

Groupe de travail « 1 » du Conseil National des secours médicaux d'urgence : la programmation des moyens de l'aide médicale urgente.

Constatations

1. Même s'il est difficile d'obtenir des données comparatives mesurant les performances, le conseil national constate que les citoyens de différentes régions du pays sont inégaux devant l'accès à l'aide médicale urgente : il existe en effet une forte disparité dans les délais de départ, les moyens disponibles (PIT/SMURS/ AMBULANCES), les qualifications du personnel, les performances et les normes.
2. La mise en place des PIT dans les expériences pilotes a une plus-value médicale démontrée mais ne semble pas avoir eu beaucoup d'effet sur le nombre de missions de la fonction SMUR en particulier dans certaines provinces. Cela pourrait s'expliquer par une différence de régulation.
3. Le déploiement du processus des appels de garde pour la médecine générale via le 1733 influence potentiellement le fonctionnement de l'aide médicale urgente. Il faut considérer leur complémentarité et la gestion commune ou séparée des deux systèmes (112 et 1733) pour augmenter les synergies. Les effets de l'envoi des médecins traitants comme moyen à part entière dans l'AMU ne sont pas encore évalués.
4. En dehors des fonctions SMUR, il n'existe toujours pas de programmation des moyens.
5. Le « PIT » reste actuellement un projet pilote sans normes dont la programmation doit prendre en compte les vecteurs disponibles, les « service level agreement » (SLA) ainsi que la pénurie prévisible du personnel qualifié.

Recommandations

1. Chaque citoyen devrait en principe, dans 90% des cas, pouvoir avoir recours à un moyen AMU (ambulance 112 ou PIT) dans les 15 minutes suivant l'appel initial. Il s'agit de 15 minutes à compter de l'appel du patient ou de son entourage au CS112/100 jusqu'à l'arrivée du moyen AMU sur place. Ces 90 % ne sont pas une moyenne pour l'ensemble du pays ou par province. La moyenne n'est donc pas le résultat de pourcentages élevés qui compensent des pourcentages très faibles : il faut la calculer pour chaque citoyen dans chaque commune. Il va de soi que cela ne pourra se faire à terme qu'en suivant une feuille de route, dans le cadre de laquelle le financement jouera de manière évidente un rôle, et des SLA seront mis en place selon différentes phases au fur et à mesure que le financement le permettra. Un SLA pour les moyens de type « Advanced Life Support » (ALS) doit, pour être réalisé, être soutenu par un renfort des moyens [Basic Life Support (BLS) + Automatic Extern Defibrillator (AED)] ou doit être le premier intervenant. Pour réaliser une programmation adaptée, un outil GIS a été développé sur ces SLA théoriques. La validation de cet outil dans les 6 zones

de test devrait être possible dans les trois prochains mois. Pour cette raison, le temps nécessaire est demandé à la Ministre.

2. Les réseaux de soins recommandés par la Ministre De Block doivent servir de base à l'offre de soins hospitaliers (spécialisés par programme de soins). Cela peut modifier, dans certains cas, la règle de l'hôpital le plus proche comme hôpital de destination pour prendre en compte les spécialisations offertes par le réseau ou le bassin de soin. Il est recommandé que les régions dans lesquelles un dialogue se tiendrait sur la programmation et l'optimisation des ressources au sein de l'AMU correspondent aux régions qui verront le jour dans le cadre des réseaux hospitaliers.
3. La programmation doit migrer d'un modèle statique (une ambulance, un lieu de départ, une équipe) vers un modèle plus flexible où les lieux de départs peuvent alterner (nuit/jour...) et les équipes utiliser différents vecteurs (SMUR, ambulance...) sur différents secteurs (modèle dynamique limité).
Le groupe de travail recommande à la Ministre d'objectiver la demande en soins lors de la répartition au sein de l'AMU ainsi que de proposer les actions possibles qui devraient être remplies en phase pré-hospitalière. Cela aurait pour résultat d'envoyer des équipes avec de bonnes capacités de prise en charge (BLS / ALS) plutôt que du transport pur. Dans ce contexte, le groupe de travail estime que l'ajout d'au moins un ambulancier par ambulance 112 aura une influence majeure sur d'autres ressources telles que les PIT et les SMUR.
4. Le manque de moyens AMU dans les régions à faible densité de population et un faible nombre d'appels nous conduit à la possibilité de prendre en considération de la possibilité de passer du secouriste-ambulancier vers le concept de « First Responder » pour les zones où le SLA n'est pas rencontré. Ces « First responder » doivent au minimum disposer d'un badge 100/112 mais leur qualification sera, à terme, améliorée.
5. Le développement d'un outil de programmation, tel que testé et validé par le groupe de travail, doit être mis à disposition de chaque entité géographique pour, en fonction des moyens disponibles, faire des simulations permettant de mesurer l'effet sur les temps de réponse de différents scénarii avec les différents moyens.
6. Les moyens disponibles devraient être calculés par région/province/réseaux en fonction du nombre d'habitants, de la dispersion géographique et des risques particuliers (nombre de réanimations dans le passé, tourisme, industrie, grandes manifestations...).