L'avenir du secours à personnes

Enquête FNSPF 2007

Sommaire

- Présentation générale
- La consultation :

  partie 1 : l'alerte

  partie 2 : la régulation et l'intervention

  partie 3 : la formation

  partie 4 : le financement

Présentation générale

Le secours à personnes en France

- Sapeurs-pompiers
- SAMU/SMUR
- Sécurité civile
  (groupement aérien)
- Gendarmerie - police - Marine nationale
- Organisations parapubliques ou associations agréées de sécurité civile
  (SNSM, Croix rouge, FNPC, guides de haute montagne, spéléo-secours…)
- Prestataires privés

Remarques et suggestions :

La place des SP

Le secours à personnes :

71 % des interventions totales en 2005,

soit 2,3 millions d'interventions

Les atouts des SP :

- maillage serré du territoire,
- unités de proximité, disponibles 24h/24,
- personnels formés, polyvalents et équipés,
- culture de l'urgence,
- longue expérience, pragmatisme, adaptabilité et recherche de progrès.

= 2e maillon de la chaîne de secours

Extraits du document de travail :

En 2005, les sapeurs-pompiers ont effectué 2 556 000 interventions de secours à victimes ; ce qui représente 71% de leurs interventions totales. Ces interventions sont en progression constante depuis plusieurs années (hausse de 8% entre 2004 et 2005). Une intervention de secours à victime mobilise désormais en moyenne 3 sapeurs-pompiers pendant 2 heures sur des missions aussi diverses que les accidents sur les lieux de travail, les accidents de la route, les malaises à domicile ou sur la voie publique…

Remarques et suggestions :

Des dysfonctionnements…

- explosion des sollicitations auprès de tous les acteurs,
- saturation des 15,
- déclenchements parfois tardifs des secours,
- manque de coordination entre les acteurs,
- transfert des charges de services vers d'autres…

Remarques et suggestions :

Remarques et suggestions :

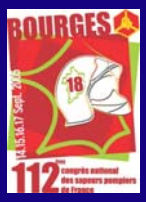
Et demain ?

Volonté fédérale

- lancer une réflexion **sur l'avenir du secours à victimes et sur la place des SP dans ce dispositif**,

- **sensibiliser, par un Livre blanc, les pouvoirs publics** aux positions des sapeurs-pompiers.

2 ans de travail fédéral



Bourges 2005, 112e Congrès national :

- lancement de la réflexion fédérale par le président Vignon,

➡ création du groupe de travail ad hoc, co-présidé par le méd-col Bassetti et le col Franoz.

2006 : 1eres contributions écrites et voyages d'études à l'étranger.

2 ans de travail fédéral

Printemps 2007 :

- 1ers état des lieux et pistes d'actions possibles,
- consultations des SP, (via les Unions) et des commissions.

une consultation en 2 phases

mars – avril 2007: débats et propositions

- propositions fédérales **débattues et complétées** par les sapeurs-pompiers (via les unions) et les commissions
- synthèse des retours dans une note.

mai – juin 2007 : validation des propositions

- diffusion **pour avis** de la note auprès des unions et commissions,
- 22 juin : **validation** des propositions par les administrateurs de la FNSPF et les présidents d'unions.

juillet - septembre 2007

Rédaction puis présentation
aux SP et aux pouvoirs publics
du

Livre blanc

sur l'avenir
du secours à personnes,

114e Congrès

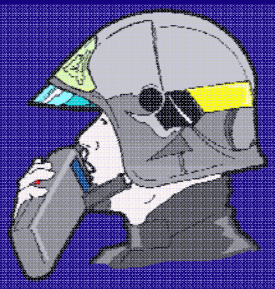
Clermont-Ferrand

à vous la
parole !

préambule

- Au niveau national et au sein d'un même département, les situations diffèrent.

- Donc les solutions proposées
  - ne doivent être ni coercitives, ni dogmatiques,
  - mais souples, pragmatiques et adaptables.



Partie 1 :

l'alerte

Extraits du document de travail :

Un facteur endogène : la création puis la médiatisation du 18

Accroissement sans précédent des appels aux SP, passant de 1 million d'interventions dans le domaine du secours à victimes en 1993 *(Source : Rapport de la Cour des comptes relatif aux urgences médicales, 9 janvier 2006)* à près de 2,6 millions en 2005 *(Source : statistiques de la DDSC)* soit **une augmentation de 160% en 12 ans**. Cet essor sans précédent s'explique en premier lieu par un facteur endogène qui est la création, puis la médiatisation, du 18, ainsi que la centralisation de ces appels au niveau départemental. En effet, avant la création du 18, la population des zones rurales pouvait hésiter à appeler les sapeurs-pompiers car cet appel s'effectuait par un acteur intermédiaire (gendarmerie, boulanger etc…). L'éloignement géographique du centre 18 (en raison de sa centralisation) a fait tomber cette barrière psychologique et a conduit à une augmentation du nombre d'appels. Pour apporter une réponse adaptée à cette évolution, les sapeurs-pompiers ont renforcé leurs équipes et équipements.

Un facteur exogène : la saturation du 15.

•**Le nombre d'appels aux centres 15 augmente, depuis plusieurs années, en moyenne de 5 à 10% par an** et a atteint en 2004 le chiffre de 10 millions. Le 15 est ainsi devenu une plateforme télé-médico-sociale et sanitaire : ce qui a entraîné une saturation de ses centres. **Certains chiffres d'appels non décrochés ou abandonnés par l'appelant peuvent aller jusqu'à 1 appel sur 5.** Cette saturation résulte d'un désengagement de la médecine de soins, une rationalisation des services d'urgence et une surmédiatisation du 15. Ce phénomène est accentué pour le SAMU et les SMUR par des difficultés de recrutement de médecins et les effets pervers d'un numerus clausus mal calculé, du manque d'organisation des ressources humaines dans les centres 15 (manque de spécialistes etc…).

•Par ailleurs, les centres 15 ayant accepté de nombreux appels relevant non de l'urgence mais de la permanence des soins, **les suites données aux appels sont à plus de 50% des conseils médicaux simples et seulement moins de 15% des appels conduisent à un départ d'une UMH (données fortement variable d'un SAMU à l'autre).** Dans ce contexte, les médecins régulateurs sont assez peu disponibles pour suivre les interventions.

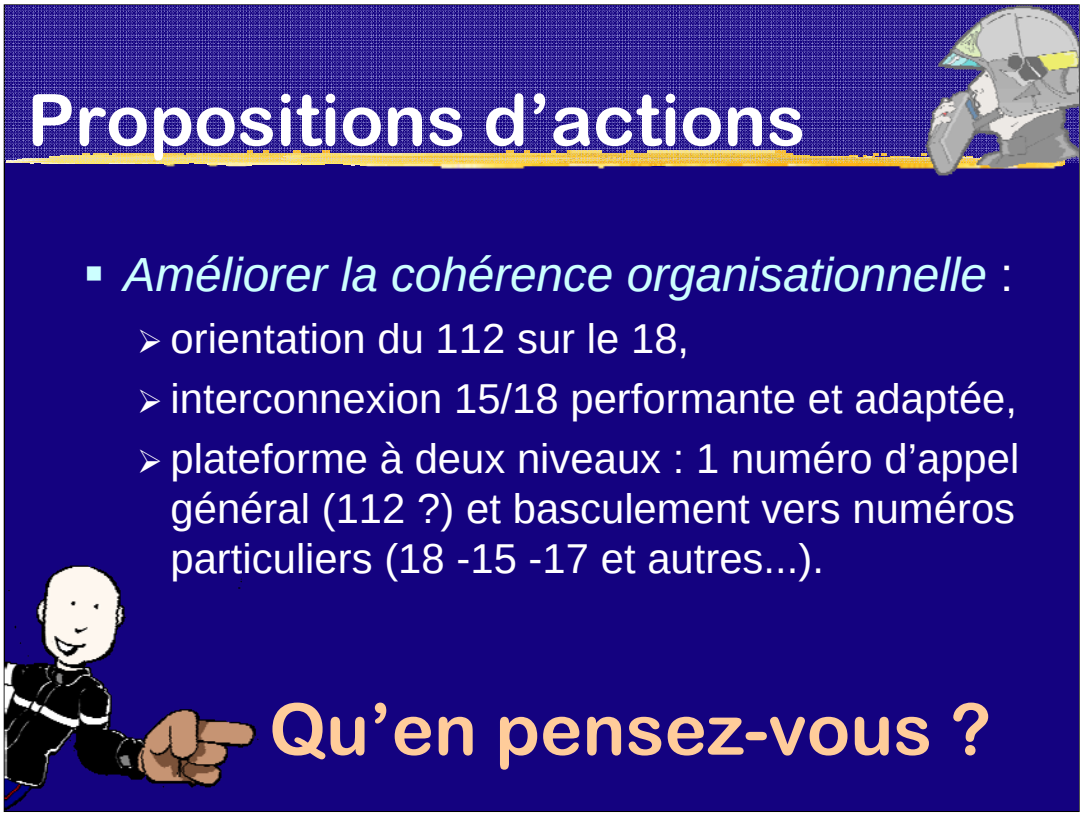
•Enfin, lorsque l'appel arrive au 15, le régulateur médical est le 2ème intervenant sur le même dossier et lorsque l'appel arrive par le 18 il est le 3ème, ce qui **rallonge considérablement la prise de décision** et aboutit parfois **à des pertes d'information** en ligne mais surtout à des expressions de mécontentement chez l'appelant. La grève des médecins libéraux en 2002 a fait augmenter significativement et inexorablement le nombre d'interventions. Il faut ajouter à cela que l'éloignement géographique des accueils hospitaliers résultant de la fermeture de certains hôpitaux a fait considérablement augmenter le temps consacré à chaque intervention : ce qui est à l'origine d'un autre effet multiplicateur important. **Ce manque d'efficacité a des conséquences néfastes pour les sapeurs-pompiers, comme cela a été exprimé lors de la CNSIS du 17 mars 2005.**

Remarques et suggestions :

Extrait du document de travail :

Engager résolument une politique d'éducation de la population en matière de secours (formation à l'alerte, aux premiers secours…)

Remarques et suggestions :



Extrait du document de travail :

Orienter le 112, compétence des Préfets de Département, systématiquement sur le 18, pour des raisons de cohérence organisationnelles (Préfectures de département) et mettre en place systématiquement l'interconnexion, dans les deux sens, entre le 15 et le 18.

Remarques et suggestions :

Extrait du document de travail :

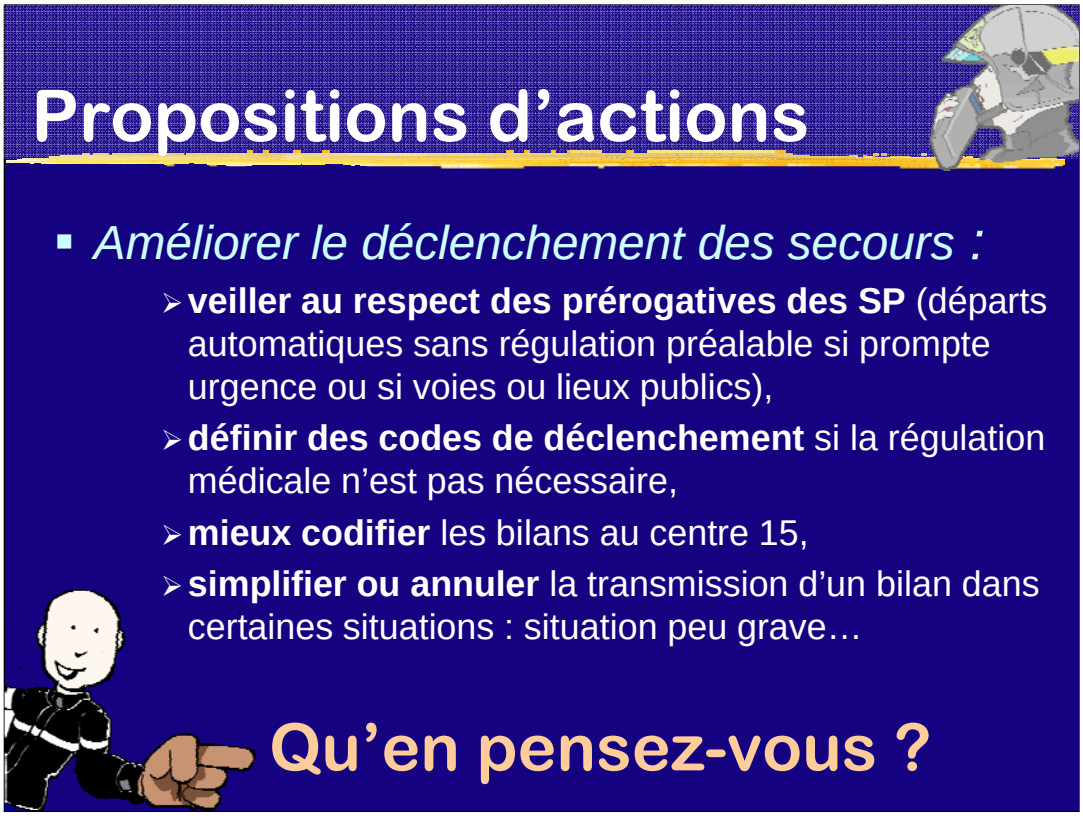
Encourager le principe de subsidiarité sur le terrain, c'est-à-dire la signature de conventions mettant en œuvre des pratiques et relations entre les acteurs différents selon la taille et le taux d'urbanisation des départements :

•Prévoir, dans les CTA, la présence systématique d'un membre du SSSM (en s'appuyant notamment sur les infirmiers), afin de permettre aux sapeurs-pompiers de coordonner hors de la régulation.

•Mettre en place une régulation authentique pour les CTA départementaux, lorsque la régulation du 15 a été regroupée au niveau régional.

•Envisager, lorsque le contexte le permet, des plates-formes départementales des appels d'urgence qui reposent sur le principe de mixité, de mise en commun des ressources et renvoi immédiat (en quelques secondes) sur le corps mobilisé.

Remarques et suggestions :



Extrait du document de travail :

•Veiller à l'application systématique du déclenchement des secours, sans régulation médicale préalable, sur voie publique et en cas de prompte urgence.

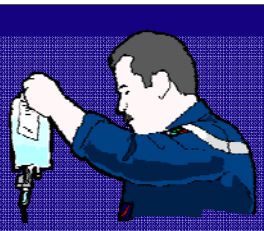
•Définir des protocoles ou des codes de déclenchement des secours dans les cas où la régulation médicale n'est ni nécessaire ni une valeur ajoutée.

•Mieux structurer et codifier les bilans au Centre 15 pour éviter des pertes de temps pour les victimes.

•Exonérer les sapeurs-pompiers de la transmission d'un bilan et de l'obligation de la régulation du Samu dans tous les cas suivants : situations peu graves dans les lieux publics ou au domicile quand il y a eu au préalable régulation du Samu qui a conclu à une situation peu grave, quand on sait que le lieu d'évacuation sera l'hôpital de proximité ou quand on sait qu'un membre du SSSM accompagne la victime…)

•Systématiser les démarches d'évaluation permettant aux sapeurs-pompiers de toujours améliorer leurs pratiques.

Remarques et suggestions :



Partie 2 :

la régulation et l'intervention

Etat des lieux

En théorie, la régulation = « le bon patient au bon endroit au bon moment »

Mais :

- pratiques hégémoniques du SAMU,
- problèmes de coordination entre les acteurs,
- problèmes du financement des carences,
- disproportion des financements,
- délais d'intervention perfectibles…

Extraits du document de travail :

La régulation pourrait se résumer à la formule suivante : « **the right patient to the right place at the right time** » (le bon patient au bon endroit arrivant à temps). Dans les faits, la régulation et la coordination des acteurs mises en place ne sont pas aussi parfaites.

•Problème de coordination avec les autres acteurs du secours à victimes :

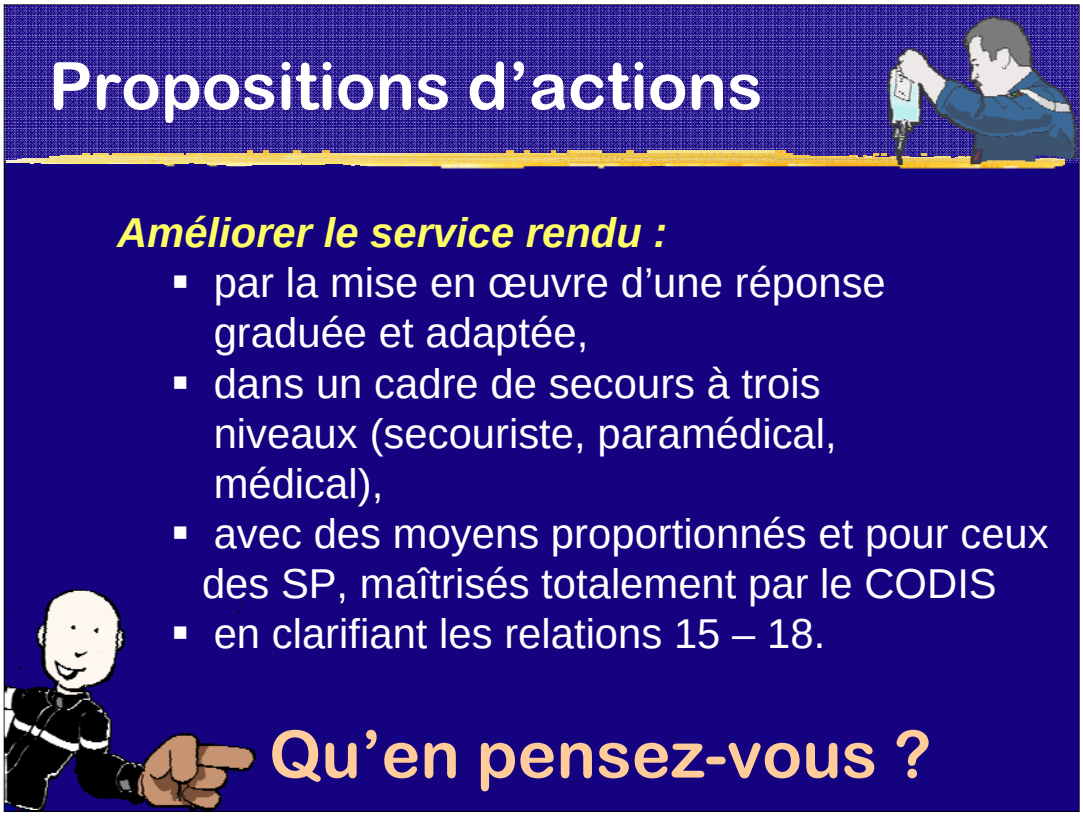
comme le souligne le rapport annuel 2006 de la Cour des Comptes, les ambulanciers privés promouvant une logique purement économique, ont freiné la signature d'un certain nombre de conventions SDIS-SAMU-Ambulanciers privés et ont multiplié, avec le Samu, les difficultés à leur mise en application. Enfin, la note adressée aux préfets le 6 avril 2005 qui insistait notamment sur le rôle des services d'incendie et de secours en matière de secours d'urgence et l'autonomie des moyens qu'ils peuvent mobiliser, sous l'autorité des préfets, au profit des urgences sanitaires, ainsi que sur leur capacité d'intervention d'initiative dans tout lieu ouvert au public, à commencer par la voie publique, ou en situation de prompt secours, est régulièrement remise en cause au détriment des sapeurs-pompiers, rendant la coordination sur le terrain très difficile.

•Problème du financement des carences: Si l'appel ne relève pas de l'urgence, la régulation peut orienter la victime vers des transporteurs privés. Dans certains cas, ces ambulanciers privés n'étant pas disponibles (mobilisation en journée pour les sorties d'hôpitaux ou les transports médicalisés), les sapeurs-pompiers sont appelés au motif d'une carence des transporteurs privés. Le financement de cette substitution est normalement prévu par différents textes législatifs et réglementaires. Dans les faits, les SDIS rencontrent toujours de nombreuses difficultés à se faire rembourser leurs interventions effectuées dans ce cadre. Ainsi de nombreux SDIS restent en attente de paiement pour des interventions effectuées en 2003. L'impact opérationnel de la multiplication des interventions pour carences est par ailleurs clair : problème de disponibilité des sapeurs-pompiers volontaires, allongement des durées de transport etc…

•disproportion des financements: Cette situation est d'autant plus choquante quand on observe les coûts d'une garde ambulancière. Celle-ci couvre uniquement la nuit et le week-end et son coût annuel atteint en moyenne annuelle 150 000€ pour un secteur de garde. Le coût global de ces gardes ambulancières équivaut au budget moyen de 4 SDIS. Dans un département rural moyen, ces gardes ambulancières assurent la présence de 6 à 8 ambulances pour un coût correspondant à 10% du budget d'un SDIS qui lui peut engager 24h/24h plus d'une centaine d'engins et environ 250 pompiers en grande partie volontaires.

•des délais d'attente perfectibles : Au London Ambulance Service, au Royaume-Uni, les autorités ont établi une obligation de performance qui stipule que 75% des victimes des catégories A doivent être atteints en 8 minutes et 95% en 14 minutes et 95% des appels de catégorie B (recouvrant les interventions pour les événements sérieux mais non vitaux) doivent être secourues en 14 minutes. En France les appels mettant en jeu le pronostic vital peuvent donner lieu à un départ en prompt secours sans régulation préalable. Mais les autres appels urgents mais non vitaux n'autorisent pas les SDIS à engager leurs moyens et les délais restent longs.

Remarques et suggestions :



Extrait du document de travail :

Ces propositions passent par la clarification des relations 15 – 18. Des protocoles de dialogues et d'échanges rénovés doivent être négociés en garantissant à chaque service la responsabilité du déclenchement de ses moyens et en évitant la mise sous tutelle d'un service par un autre.

S'appuyer sur les atouts des sapeurs-pompiers : le maillage territorial, la polyvalence permettant un secours intégré en équipe, la capacité d'agir en équipe, la culture de la crise…

Mettre en place la réponse graduée et adaptée dans le cadre d'une organisation des secours à 3 niveaux (secouriste, paramédical et médical) avancé où l'ensemble des partenaires trouvent chacun leur juste place.

Envoyer des moyens matériels proportionnés (un homme à moto, un VL avec deux hommes, un véhicule léger d'évacuation sanitaire etc…) croisés avec la réponse graduée.

Remarques et suggestions :

•Systématiser la concertation entre les Ministères de la Santé et de l'Intérieur et la consultation préalable par le Gouvernement des organisations professionnelles (contre exemple de l'Arrêté du 12 février 2007 sur les médecins correspondants de Samu)

•Rappeler au Préfet de veiller lorsqu'il arrête le SDACR, à la compatibilité de ses orientations avec celle du SROS.

•Mettre un terme aux transferts de charge vers les collectivités territoriales.

•Rappeler aux Préfets l'obligation de doter leurs départements d'une convention SDIS-SAMU-Ambulanciers privés.

•Proposer des solutions innovantes au plan administratif comme les groupements d'intérêt publics ou groupements de coopération sanitaire d'urgences extra hospitalières permettant d'inscrire notre partenariat avec les SAMU / SMUR dans un grand service public.

Remarques et suggestions :

Extraits du document de travail :

•Supprimer, avec l'accord du département les permanences du SAMU dans certains secteurs ruraux et les remplacer, contre un remboursement de l'assurance-maladie, par une garde de sapeurs-pompiers qui ferait les levées de doute et les urgences.

•Mobiliser et recréer des CPI avec pour mission principale la prompte urgence avec l'équipement de DSA et la possibilité de missions comme celle d'animation du contexte local (sur le modèle des Community Emergency Response Teams américaine qui ont pour fonction la préparation des habitants d'un territoire à une crise, leur encadrement et l'aide au retour à la situation normale, sous la direction des secours professionnels)

•Définir des appels relevant de l'urgence mais non du diagnostic vital qui permettent aux CTA d'engager ses moyens directement évitant ainsi des retards souvent insupportables pour les victimes.

•Intégrer les SSSM et les sapeurs-pompiers, dans une logique de secours intégré, aux sections d'opérations spécialisées.

•Faire aboutir les grands dossiers en cours (régime indemnitaire, statuts…) en vue de conférer la même attractivité statutaire et financière aux médecins SP et aux médecins du SAMU

•Avoir une politique de recrutement dynamique tant pour les professionnels que volontaires au niveau des SSSM, avec des possibilités pour les étudiants en médecine d'intégrer les SSSM comme équipiers VSAV, puis infirmiers et aspirants médecins SP lorsqu'ils sont internes.

Remarques et suggestions :

Partie 3 :

la formation

Etat des lieux

Actuellement, 3 niveaux de formation :

- de premier intervenant
  - ➡ les secouristes.
- de prise en charge de base (niveau confus)
  - ➡ les SP (SAP) certainement,
  - ➡ les ambulanciers CCA ?
  - ➡ les acteurs hospitaliers ou parahospitaliers ?
- de prise en charge avancée
  - ➡ formations médicales.

Extrait du document de travail :

•Le niveau de premier intervenant ou premier secours : C'est en France le niveau secouriste de base soit associatif ou privé comme les secouristes du travail. La formation est limitée à des gestes de premier secours, de la RCP, des positions d'attentes des victimes critiques sans ou avec peu de connaissance en anatomie, physiologie ou pathologie, des recyclages limités.

•Le niveau de prise en charge de base : Ce niveau est mal identifié en France, il peut correspondre à un niveau CCA et un niveau SAP avec des formations d'adaptation à l'emploi telles que chef d'agrès VSAV ou conducteur SMUR qui participent à la prise en charge des patients et sont actifs avec la capacité de réaliser de nombreux gestes : immobilisations spécifiques, oxygénation, ventilation, préparation de médicaments…. Cette formation est suivie par les sapeurs-pompiers et les autres acteurs de la sécurité civile, mais pas par les ambulanciers privés, ni les acteurs hospitaliers ou para hospitaliers.

•Le niveau de prise en charge avancée relèvent des équipes médicales qui se déplacent sur les lieux auprès des patients avec un arsenal thérapeutique pour stabiliser les détresses, débuter les thérapeutiques avec un transport vers un site en principe approprié à l'état de la victime.

Remarques et suggestions :

Extraits du document de travail :

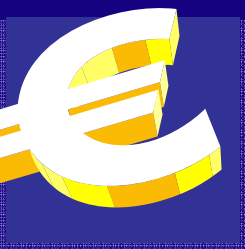
•Octroyer aux sapeurs-pompiers, par la création de modules complémentaires dans le cadre du secours à personnes (SAP), une compétence supplémentaire à celle conférée aux autres acteurs des secours par le PSE1 et le PSE2.

•Créer les fonctions de technicien de secours d'urgence et y former nos personnels.

•Adapter la formation des infirmiers sapeurs-pompiers aux techniques d'urgence

•Faire reconnaître la spécialité d'urgentiste de terrain à tous les médecins sapeurs-pompiers opérationnels et uniquement à eux, et décliner cette spécialité dans les textes des Ministères de l'Intérieur et de la Santé.

Remarques et suggestions :



Partie 4 :

le financement

Etat des lieux

- différence de financement des gardes hospitalières / SP,
- problèmes de financement des carences,
- transferts de charges…

Remarques et suggestions :

Propositions d'actions

- recherche de nouvelles sources de financement,
- clarification des compétences financières de l'Etat et de l'assurance-maladie,
- compensation des charges nouvelles pour les collectivités territoriales…

Qu'en pensez-vous ?

Remarques et suggestions :

Remarques et suggestions :

Merci de votre attention !