

Du Manifeste de la FNSPF au Référentiel commun sur l'organisation du secours à personnes et de l'aide médicale urgente

Présentation synthétique



Une organisation optimisée au bénéfice de la victime



Fédération Nationale
sapeurs-pompiers de France



Du Manifeste au Référentiel...

Complexe, mise en place il y a trente ans, l'organisation du secours en France est, au printemps 2007, « au bord de la rupture ». Inadaptée aux besoins de la population qui, vieillissante, nécessite plus de soins et d'attention alors que le nombre de médecin baisse et que la médecine de soins se désengage, allant jusqu'à créer parfois des zones de désertification médicale. Pour les acteurs du secours, cela se traduit par une explosion et un élargissement sans précédent des interventions. Sur le terrain, cela se traduit par des dysfonctionnements croissants, de plus en plus subis par les victimes.

Alertée sur cette situation, la FNSPF décide de prendre à bras le corps ce dossier. D'une vaste enquête naît en septembre suivant un Manifeste, véritable cri d'alarme, qui est remis au Président de la République le 29 septembre 2007 lors du 114^{ème} congrès national. Celui-ci confie alors à un comité quadripartite Intérieur/Santé/sapeurs-pompiers/urgentistes hospitaliers la mission de se concerter pour rénover en profondeur les relations entre Sdis et Samu, dans l'intérêt premier de nos concitoyens.

Le Référentiel commun sur l'organisation du secours à personnes et de l'aide médicale urgente, présenté par les ministres de l'Intérieur et de la Santé le 25 juin 2008, est le fruit des travaux de ce comité. Sept mois de débats parfois tendus, mais toujours francs, pendant lesquels la Fédération s'est attachée à défendre la place des sapeurs-pompiers dans le secours à personnes, ainsi que les propositions de son Manifeste. Mais aussi sept mois de dialogues constructifs, guidés par la volonté partagée d'améliorer les services publics de secours et de soins d'urgence en remettant la victime au cœur du dispositif.

L'ensemble des acteurs peuvent être fiers de ce référentiel qui tourne une nouvelle page des urgences et des relations blancs/rouges. Pragmatique, concret, il marque une étape historique pour la FNSPF qui, depuis près de 50 ans, se mobilise pour que la population bénéficie d'un accès égal aux meilleurs secours possibles.



Rappel

Plaçant la victime en tête des préoccupations, l'organisation préconisée par les sapeurs-pompiers repose sur sept principes fondamentaux :

- 1 • L'Etat doit être au cœur du dispositif de secours à personnes.
- 2 • Les secours sont un préalable aux soins.
- 3 • Le doute doit bénéficier à la victime.
- 4 • Des secours efficaces et adaptés sont rapides.
- 5 • Le socle des secours doit reposer sur des acteurs qui disposent d'un maillage territorial dense.
- 6 • L'équipe sur place est la plus compétente pour évaluer l'état de la victime.
- 7 • L'unité de commandement est la 1^{ère} règle de l'efficacité.

Le Référentiel en bref

Les auteurs

Les représentants des sapeurs-pompiers de France (FNSPF, ANDSIS), des urgentistes hospitaliers (Samu de France, AMUF, SFMU) et de leurs ministères de tutelle (Direction de la sécurité civile, ministère de l'Intérieur ; Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ministère de la Santé), réunis en un comité quadripartite créé le 26 novembre 2007. Sept mois et vingt réunions de travail ont été nécessaires à la rédaction du référentiel, présenté par les ministres de l'Intérieur et de la Santé le 25 juin.

Il porte

sur l'organisation des missions entre les services d'incendie et de secours et les services hospitaliers (SAMU/SMUR) dans le cadre de la prise en charge des urgences pré-hospitalières.

Il ne concerne pas les missions des transporteurs ambulanciers et des associations agréées de sécurité civile qui restent inchangées, s'inscrivant dans le cadre des lois de 1986 et 2004.

Il repose

sur le Pacte républicain : au nom de la solidarité, la prise en charge des personnes en détresse relève par nature de la Nation et donc, des services publics.

De ce principe découlent également des secours gratuits pour l'utilisateur, dont les frais sont mutualisés à l'échelle de la Nation.

L'objectif

- obtenir une meilleure coordination entre les services publics de secours et de soin d'urgence pour "assurer en tout point du territoire national, la réponse la mieux adaptée et la plus rapide à une situation d'urgence ou de détresse" de manière équitable ;
- harmoniser les secours d'urgence au niveau national ;
- inscrire les secours dans une démarche d'évaluation et de qualité.

Par rapport au Manifeste...

Sur les 24 propositions émises par les sapeurs-pompiers dans le Manifeste fédéral :

- 18 ont été retenues ;
- 6 sont hors champ de mission du référentiel (développer une culture de sécurité civile ; sensibiliser la population à la notion d'alerte, de secours et de permanence des soins ; centraliser les appels sur le 112 ; créer un référentiel pédagogique SSSM au sein de l'ENSOSP). La FNSPF entend bien évidemment continuer à les promouvoir.

Le plan

reprend le déroulement d'une intervention, depuis l'appel jusqu'au transfert hospitalier.

Après un rappel du cadre législatif et réglementaire sur les missions des services d'incendie et de secours et des SAMU / SMUR, le référentiel est organisé autour de deux titres principaux :

I > Le parcours de la personne en détresse

1. le traitement de l'appel
2. la réponse adaptée selon la nature et le lieu d'arrivée de l'appel.

II > L'efficacité de l'organisation

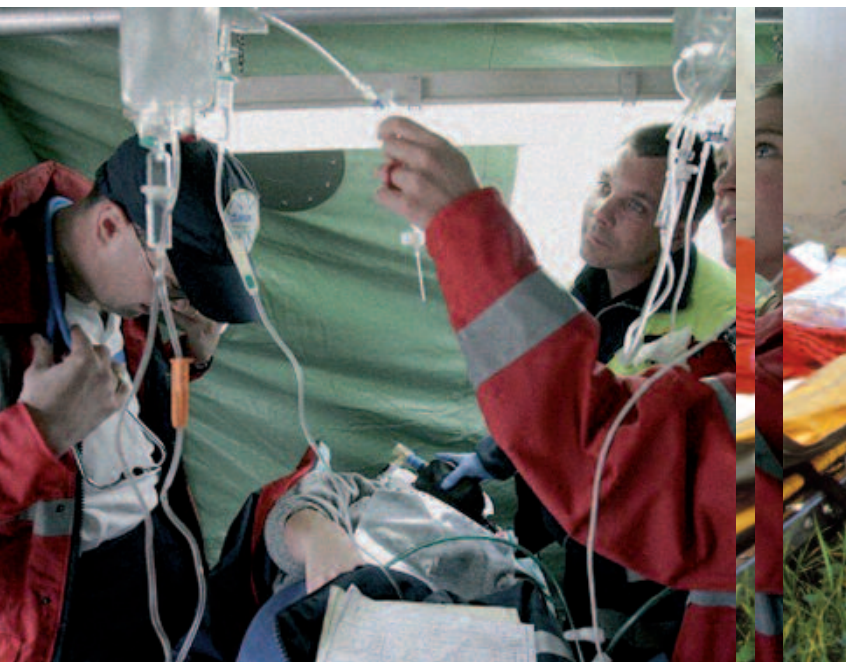
1. la démarche qualité
2. le financement
3. les axes de progrès.

Ce qu'il reste à faire

- la déclinaison réglementaire du référentiel. Un accord s'est dégagé au sein du comité quadripartite pour que ce référentiel prenne la forme a minima, d'un arrêté interministériel, qui devra être soumis à la CNSIS cet automne, pour une parution rapide ;
- veiller ensuite à l'application pleine et entière des décisions sur le terrain, sans délai.



Le référentiel commun sur l'organisation et de l'aide médicale urgente



Les principes généraux.

- Réaffirmation de la compétence prioritaire des sapeurs-pompiers en cas de prompt secours, ainsi que sur la voie publique et dans les lieux publics ;
- Réaffirmation du rôle du Service de santé et de secours médical (SSSM) et de sa vocation à participer à la médicalisation préhospitalière des urgences ;
- Réaffirmation de la mission de la régulation médicale comme valeur ajoutée.

Les dispositions opérationnelles replaçant la victime au cœur du dispositif.

L'optimisation du traitement de l'appel :

- Généralisation de l'interconnexion entre le CTA 18 et le centre 15 afin d'échanger les informations en temps réel entre les opérateurs, dès la réception de l'appel.
- Application entre les opérateurs d'une grille d'analyse commune des appels apportant un traitement unique et commun de l'appel.

Le renforcement de la réactivité des secours par des départs réflexes en cas d'urgence avérée ou potentielle :

- Déclenchement immédiat des secours les plus proches, en cas d'intervention sur la voie publique ou dans un lieu public, en cas d'urgence avérée ou d'urgence potentielle (défini en annexe du référentiel). La régulation médicale sera alors effectuée a posteriori.

Cette mesure, majeure, renforce la réactivité des secours. Consacrant le maillage territorial des sapeurs-pompiers, elle implique que tous les centres, du CPI au CSP, pourront intervenir en fonction de leur moyens (sac de l'avant, VSAV...).

Le référentiel reconnaît aussi la nécessité d'entretenir,

de conserver et de conforter ce maillage territorial, composé de ses 8 000 centres de secours, afin de pouvoir toujours garantir en tout point du territoire cette même qualité de service.

La valorisation de la place de l'intervenant secouriste qui gagne en autonomie :

- Transmission de bilans simplifiés à la régulation médicale par le chef d'agrès, dont la capacité d'orientation est reconnue, pour les interventions ne nécessitant pas de renfort ou d'intervention médicale telles que la petite traumatologie périphérique (liste en annexe du référentiel). Le gain de temps ainsi obtenu libère les moyens des Sdis pour d'autres interventions et soulage la régulation médicale en lui permettant de se concentrer sur les cas plus graves. Tout doute ou signe d'aggravation devra faire l'objet d'un bilan immédiat et complet dans les conditions habituelles.
- Obtention, sur demande du chef d'agrès, de renfort médical en cas d'urgence absolue de manière rapide et simplifiée.

La valorisation du service de santé et de secours médical :

- Reconnaissance de l'ensemble du SSSM comme acteur plein et entier de l'aide médicale urgente.
- Confirmation du rôle opérationnel et de la responsabilité du médecin du SSSM dans les interventions. Si le médecin du SSSM est le seul médecin présent sur les lieux de l'intervention, il est alors responsable de la prise en charge initiale du patient. Responsabilité qu'il transfère, afin d'organiser le transport de la victime vers l'hôpital, dans le respect du code de déontologie au médecin urgentiste hospitalier si celui-ci arrive ensuite sur les lieux.
- Confirmation de la pleine autorité du médecin-chef sur les moyens humains et matériels du SSSM, ainsi que dans la définition et la mise en œuvre des protocoles infirmiers de soins d'urgence. En outre, l'engagement

du secours à personnes



citoyen de nombreux médecins sapeurs-pompiers volontaires au service des populations souvent loin des grandes zones urbaines est particulièrement valorisé.

- **Reconnaissance du rôle des infirmiers de sapeurs-pompiers dans le cadre de la réponse adaptée.**

Pour la 1^{ère} fois, le rôle et le champ d'intervention des infirmiers sapeurs-pompiers sont définis par un accord national. Les infirmiers sapeurs-pompiers sont confortés dans leur double mission : apporter un renfort aux secouristes déjà engagés, et constituer, dans les cas graves, un relais indispensable dans l'attente de la médicalisation. Ils pourront également prendre en charge la douleur sous l'autorité du médecin-chef de leur Sdis ou mettre en œuvre des protocoles conservatoires en cas d'urgence avérée ou potentielle. Un comité paritaire SSSM / urgentistes hospitaliers sera chargé d'élaborer des recommandations validées par la Haute Autorité de Santé, pour la rédaction de ces protocoles.

Les dispositions institutionnelles renforçant la cohérence globale du dispositif.

Le développement coordonné des moyens :

- **Rapprochement des SROS et des SDACR** (établi par la circulaire Intérieur / Santé du 31 décembre 2007), ce qui permettra une meilleure pertinence des moyens et une meilleure répartition sur le territoire.
- **Concertation entre les services concernés** (Sdis et partenaires de la Santé) pour mieux coordonner l'implantation et la disponibilité opérationnelle des moyens de secours et soins d'urgence. Par exemple, les médecins correspondants de SAMU ne seront développés que dans les zones à faible proportion de médecins du SSSM, évitant ainsi les doublons. Toutefois, chacun reste maître de ses moyens humains et

matériels, et ne peut s'ingérer dans le domaine réservé de l'autre. Cette décision n'a d'ailleurs pas d'incidence sur le volontariat qui relève du droit de chaque citoyen à devenir sapeur-pompier. Concernant les personnels de santé hospitaliers qui sont également SPV, une convention cadre Intérieur/Santé viendra organiser les modalités de leur disponibilité pour les activités opérationnelles et la formation.

Le renforcement de l'interopérabilité entre les services grâce aux nouveaux moyens de communication :

- **Déploiement national du réseau ANTARES** dans les deux services publics du secours qui permettra à terme de disposer d'un réseau commun sécurisé de secours d'urgence.

L'amélioration des formations des personnels de santé :

- **Mutualisation de certaines formations des personnels de santé** contribuant à l'aide médicale urgente. Une commission pédagogique nationale constituée paritairement par des médecins d'urgence hospitaliers et du SSSM, sera chargée de faire l'inventaire des formations des médecins et infirmiers urgentistes, en vue d'en proposer des améliorations, ainsi qu'une harmonisation et une mutualisation. L'ENSOSP poursuivra son rapprochement avec les structures universitaires.

Le règlement des modalités du financement des missions :

- **Clarification des règles de financement**, découlant de la distinction claire entre les missions relevant du secours à personnes et celles de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins. Ainsi, les interventions ne relevant pas des missions propres des Sdis (telles que définies en annexe du référentiel), qui leur seront demandées par la régulation médicale en raison de l'indisponibilité du médecin ou des ambulanciers ou à cause de la nécessité de renfort en personnels (relevage, brancardage) devront être prises en charge par la Santé.

Les élus, et en particuliers les conseils généraux, premiers contributeurs des Sdis, devront être consultés dans les prochaines discussions sur les modalités et les taux de financement.

La mise en place d'une démarche commune d'évaluation et de qualité.

L'évaluation des structures :

- **Définition d'indicateurs communs** sur les délais des décrochés, les délais de déclenchement et d'intervention des moyens.

Le suivi des évolutions scientifiques et sociétales :

- **Partage des règles de bonnes pratiques** en matière d'avancées scientifiques entre tous les acteurs de la médecine d'urgence.

Transformation du comité quadripartite :

- **Le comité quadripartite devient comité de suivi**, chargé de veiller à l'application du référentiel sur l'ensemble du territoire.

Chiffres

Effectifs :

- 250 400 sapeurs-pompiers (dont 80% volontaires et 4,5% membres du SSSM > 5 800 médecins et 4 500 infirmiers)

Maillage territorial :

- 8100 centres.
- 93% du territoire est couvert par des VSAV à moins de 20 min.

Interventions effectuées par les SP en 2007 (y compris les accidents de la circulation) :

- 2 900 000 interventions de secours à personnes (soit 73% du total des interventions).
- 1 intervention de secours à personnes toutes les 10 secondes.
- 2 230 900 victimes prises en charge.

Source : Statistiques 2008, DSC, ministère de l'Intérieur.

Lexique

AMUF : Association des médecins urgentistes de France

ANDSIS : Association nationale des directeurs et directeurs adjoints des services d'incendie et de secours

Chef d'agrès : sapeur-pompier responsable de l'engagement opérationnel et de la sécurité des moyens en personnel et en matériel d'un véhicule

CNSIS : Conférence nationale des services d'incendie et de secours

CPI : Centre de première intervention

CRRA : Centre de réception et de régulation des appels (centre 15)

CSP : Centre de secours principal

CTA : Centre de traitement des appels (centre 18)

ENSOSP : Ecole nationale supérieure des officiers de sapeurs-pompiers

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SDACR : Schéma départemental d'analyse et de couverture des risques

SDIS : Service départemental d'incendie et de secours

SFMU : Société française de médecine d'urgence

SMUR : Service médical d'urgence et de réanimation

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

SSSM : Service de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers



Crédits photos : Forget - Gautier / sagaphoto.com, Laurent Lacombe

En savoir plus www.pompiers.fr



Fédération Nationale
sapeurs-pompiers de France

FNSPF

32, rue Bréguet 75011 Paris
Tél. 01 49 23 18 18
Fax. 01 49 23 18 19