



Union Régionale des Sapeurs-Pompiers du Sud-Méditerranée

*Pyrénées Orientales, Aude, Hérault, Lozère, Gard, Vaucluse, Bouches du Rhône, Var,
Alpes de Haute Provence, Hautes Alpes, Alpes Maritimes, Haute Corse, Corse du Sud*

Saint Zacharie, le 23 avril 2011.

COMMISSION SANTE SUD MEDITERRANEE

8 AVRIL 2011

La commission santé sud méditerranée s'est réunie à la Direction Départementale des Services d'Incendie et de Secours de l'Hérault le 8 avril 2011

Membres présents :

- J. Barberis, SDIS06, président
- D. Prost, SDIS34, suppléant
- J.Y. Bassetti SDIS11, vice-président de la FNSP
- B. Mercier SDIS66
- T. Prunet SDIS30
- J.M. Sague SDIS05
- V. Audfray SDIS84
- F. Pons SDIS13
- S. Rossi SDIS11, PUD11
- S. Lupi SDIS06
- C. Pugnaire SDIS83
- P. Miniconi SDIS2A
- J. Lodico SDIS2B
- C. Lacheretz SDIS34
- G. Pointeau SDIS30

1/ MOTION RELATIVE A LA VAE DES FI DE SAPEURS-POMPIERS PROFESSIONNELS:

La séance a débuté par un rajout à l'ordre du jour, les membres ayant été informés le matin même des résultats de validation des acquis et de l'expérience concernant les personnels du Service de Santé et de Secours Médical devant obtenir en 2011 leurs brevets respectifs de formation initiale. Il ressort que de très nombreux personnels n'ont eu qu'une très faible part de leur expérience validée, alors que certains disposent d'une ancienneté importante (15 à 20 ans), exercent les fonctions depuis une très longue période, d'abord en tant que sapeur-pompier volontaire, puis depuis leur nomination en tant que sapeur-pompier professionnel, certains faisant même fonction de médecin de groupement. On relève notamment que sur la région, un médecin ayant 20 ans d'ancienneté de médecin sapeur-pompier volontaire, totalisant 8 ans de médecin contractuel au Bataillon des marins pompiers de Marseille, disposant d'une solide expérience, n'obtient qu'une validation très limitée de ses acquis et expérience. De même, un médecin ayant 8 ans de service de santé des armées, 13 ans de médecin sapeur-pompier volontaire, très impliqué, et faisant fonction de médecin de groupement, n'atteint qu'à peine 30% de validation.

Il est décidé de rédiger une motion afin d'attirer l'attention de la Fédération et de la DSC sur les inquiétudes pouvant découler d'une validation aussi restrictive :

- La commission émet des craintes sur une démotivation d'éventuels candidats pour une fonction en perte d'effectifs et d'attractivité, tant au niveau des personnels volontaires que professionnels.
- Mise en difficulté des SDIS qui perdent leurs personnels pendant de nombreux mois.
- Il semble y avoir discordance entre les formations exigées et le parcours réalisé, le manque de certaines parties de modules ne devant pas imposer la réalisation complète d'un module.

Enfin, il est précisé qu'il n'est nullement question de mettre en cause la qualité de la formation dispensée par l'ENSOSP, mais d'assouplir lorsque c'est possible les formations initiales, le temps dégagé pouvant permettre la mise en place de formations supérieures annoncées depuis plusieurs années, mais pour certaines encore à l'état de projet.

2/ FIDELISATION DU VOLONTARIAT :

De nombreux départements sont confrontés à une baisse des effectifs volontaires du Service de Santé et de Secours Médical, en particulier les médecins.

Parmi les causes relevées, nous retenons surtout :

- Baisse de la démographie médicale
- Attrait préférentiel des spécialités au détriment de la médecine générale,
- Baisse du mode d'exercice libéral
- Faible disponibilité des libéraux en cabinet de groupe (répondeur en dehors des heures d'ouverture)
- Féminisation de la profession (recherche préférentielle de spécialités, de temps partiel, et difficulté à assumer les gardes de nuit en raison des agressions)

Ces éléments concernent actuellement les médecins, mais risquent également de s'étendre vers les infirmiers.

Certaines pistes sont intéressantes, notamment l'expérience des alpes maritimes qui recrutent leurs personnels via des conventions :

Afin de pérenniser les tableaux, il faut apporter des garanties aux sapeurs-pompiers volontaires, ce qui est réalisé par une convention lissée sur 3 ans avec le Service Départemental d'Incendie et de Secours et signée par le président du conseil d'administration : engagement d'un nombre de gardes sur 3 ans, sur n'importe quel site et n'importe quelle date. La garde est rétribuée à 200% de la vacation horaire officier (soit environ 500 €/24H). Il est demandé en prérequis la CAMU ou diplôme d'anesthésiste réanimateur, ainsi qu'un engagement sur la formation médicale continue. Il existe une liste d'attente, garantissant un maintien des effectifs. Cette formule a un impact positif sur le directeur et le président du CA.

Il ne faut toutefois pas oublier que ce département dispose d'une faculté de médecine, d'un important potentiel, et d'un budget adéquat.

L'attrait est important, mais l'impact sur le budget sera différent entre les départements, et ne favorise pas le volontariat pur.

Cout du Service de Santé et de Secours Médical 06 : 4 M€ = 3% du budget du Service Départemental d'Incendie et de Secours, mais la réalisation de conventions permet le financement d'une grande partie du dispositif mis en place.

D'autres départements plus modestes financièrement parlant arrivent à mettre en place des dispositifs attrayants comme dans l'Aude qui a mis en place 4 gardes postées d'infirmiers sapeurs-pompiers. Les exemples de gardes médicales, infirmiers ou soutien sanitaire, ainsi que la médicalisation des hélicoptères sécurité civile sont réalisés par plusieurs départements, et sont dans l'ensemble très appréciés

B. Mercier souligne les disparités entre départements : il est seul médecin sapeur-pompier professionnel de son département, ce qui est loin d'être un cas isolé. Le positionnement des médecins chefs est différent d'un département à l'autre, allant d'une reconnaissance au sein de l'équipe de direction, aux côtés directs du directeur et de directeur adjoint, à une dépendance administrative d'un officier chef de groupement.

T. Prunet souligne qu'un bon dimensionnement est indissociable des conventions hospitalières.

Il dispose de garde santé au CODIS, plus garde Grau du Roi et gardes de secteurs. Il dispose de 28 VRM. Cout du SSSM 30 : 3% du budget du SDIS également.

Il faut insister sur la qualité des personnels que nous mettons à bord de nos véhicules et qui surpassent un certain nombre de médecins SMUR.

Il faut également veiller à ne pas mettre les personnels en situation de danger. Il existe un dilemme entre la nécessité de maintenir un secours local efficace et la mise en place d'équipe très spécialisées : il y a un travail à 2 vitesses.

JY Bassetti rappelle que les médecins viennent beaucoup pour faire de l'opérationnel. La féminisation de la profession a un impact sur les disponibilités de terrain.

D. Prost souligne les problèmes de démographie dans des départements pourtant attractifs, entraînant des inégalités de secteurs, et indique l'intérêt de mettre en place des relais : VLI, VRM ou hélico pour les interventions lourdes pour libérer le médecin local qui pénalisera moins son activité. Cette solution nécessite d'avoir la possibilité de mettre en place ces relais, car il est souvent constaté que les moyens SMUR ne sont pas suffisants, que ce soit en quantitatif, qu'en dimensionnement des secteurs d'intervention. Les conventions départementales sont une piste intéressante pour permettre le financement de la mise en place de médecins ou infirmiers sapeurs-pompiers en garde casernée.

V. Audfray insiste sur la nécessité de disposer de personnels correctement formés, afin de préserver l'aspect judiciaire.

T. Prunet confirme que les difficultés du volontariat sont réelles et que nous avons besoin de personnels performants. Les professionnels sont une alternative au volontariat défaillant, mais il faut les amener à un niveau de pratique et de technicité suffisant. L'avenir du Service de Santé et de Secours Médical passe par le volontariat avec un médecin de proximité qu'il faut équiper, former et assister, à côté des médecins de sapeurs-pompiers professionnels bien formés : les 10% de FMC sont souvent insuffisants et il faut envisager conjointement une activité hospitalière telle une activité mixte afin de conserver sa compétence en médecine. Cette pluralité de mode d'exercice enrichira le système : le volontariat va changer, et les médecins sapeurs-pompiers professionnels évolueront. La présence de spécialistes est également appréciable. Il en est de même pour les infirmiers : le fait de ne plus toucher suffisamment un malade paraît très dangereux.

Les disparités entre les départements sont mises en évidence, avec des problématiques très dépendantes des élus, des directeurs et des médecins chefs. Il est parfois constaté un rapport de force qui ne bénéficie pas au service.

S. Lupi souligne la révolution des cabinets médicaux surchargés, même en rural, mais en ayant à garder les volontaires, en leur assurant un complément en arrière, ce qui permet au médecin rural d'intervenir sans trop pénaliser son cabinet.

L'attractivité des infirmiers a également un côté pécuniaire qui constitue une certaine attractivité : dans le 06 près de 7000 interventions sont réalisées par les infirmiers. La plupart sont des infirmiers hospitaliers, avec convention permettant des formations hospitalières (10 à 15j par an).

Un bon soutien sanitaire nécessite conjointement de pratiquer régulièrement l'aide médicale urgente.

En Haute Corse, les infirmiers regrettent de ne pas avoir d'activité opérationnelle importante.

P. Miniconi apprécie les protocoles et la possibilité de réaliser certaines gardes, mais des cadres d'emploi doivent être définis quant aux conditions d'engagement.

S. Rossi indique l'intérêt de disposer d'infirmier au CODIS, ou au minimum d'une note de service définissant les conditions d'engagement des moyens du service de santé. Il y a intérêt à sectoriser les infirmiers, plutôt que de les rattacher seulement à leur centre d'origine.

3/ EMPLOIS SUPERIEURS DE DIRECTION

Au niveau national, la plupart des directeurs pensent que cela constitue une avancée positive.

Pour les médecins chefs : il y aura une contrainte de mobilité, mais cela constitue un plan de carrière qu'il convient d'étudier sérieusement, d'autant que cela contribue à une reconnaissance dans une fonction de direction.

Il s'agit de reconnaissance d'emploi fonctionnel, ce qui aboutit à un pas de plus qui nous rapproche des directeurs et nous distingue des chefs de groupement.

A l'unanimité, les médecins chefs de l'UR se prononcent pour demander à s'intégrer dans le même projet que celui lancé pour les directeurs, en étudiant les différentes propositions. Le profil de carrière devra être précisément défini.

Il est relevé que les actuelles grilles indiciaires actuellement en vigueur doivent être étudiées, car passablement éloignées de celles pratiquées dans le service de santé des armées, et encore plus de celles des praticiens hospitaliers.

4/ REFERENTIEL SECOURS A PERSONNES

Les principaux travaux à mener concernent:

- Les conventions
- Les liaisons avec les ARS
- La prise en compte des missions demandées par le 15, non sapeurs-pompiers

J. Barberis rapporte qu'une note a été remise aux directeurs sur les relations à avoir avec les ARS

Les ARS ont une vocation régionale, les conseillers régionaux vont donc impacter sur les Service Départemental d'Incendie et de Secours

Les recommandations de la Fédération sont de prendre contact avec les ARS, afin de traiter au mieux les conventions et modalités de coopération entre services publics

L'UR couvre 3 ARS.

Les ARS sont un organe législatif, mais ont une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, où les SDIS ont leur place au niveau des conférences de l'offre de soins. Il est souhaitable que les médecins chefs y soient associés. En PACA les 2 représentants sont un directeur et un médecin chef.

Au niveau local déclinaison en conférences de territoire: il s'agit d'un domaine où les sapeurs-pompiers n'ont pas leur place, sauf désignation comme personne compétente

déléguée par le président du conseil général, uniquement pour les missions d'urgence. Il est nécessaire d'avoir une attitude commune entre les différents départements via une concertation avec les présidents de conseil d'administration et les directeurs

Il est important que dans chaque région un directeur et un médecin chef délégués prennent contact avec l'ARS.

5/ SOUTIEN SANITAIRE DANS LE SUD MEDITERRANEE

Il est constaté qu'au sein de la zone de défense, les demandes de renforts et constitution rapide de colonnes ne se font pas dans le cadre prévu par l'ordre d'opération national : c'est ainsi, pour des renforts feux de forêts de départements très proches, sauf dispositifs importants, les engagements sont rarement effectués colonne complète, mais plutôt par GIF. Le soutien sanitaire, lorsqu'il est constitué, ne s'attache donc plus à sa seule colonne, mais participe au dispositif général.

Afin de garantir non seulement le soutien des colonnes de renfort, mais également de renforcer si nécessaire les moyens santé locaux, il est préconisé que dès prévision de départ de renforts, un contact soit pris entre les Service de Santé et de Secours Médical des départements concernés, afin de définir les besoins, et les proposer aux directeurs respectifs.

Dans tous les cas, il est nécessaire que dès son arrivée, le soutien sanitaire engagé avec une colonne prenne contact avec le SSSM local, puis garde des liaisons constantes, renseigne des actions effectuées, et confirme son désengagement dès qu'il en a reçu l'ordre.

Ces principes permettront un engagement adapté aux besoins, et coordonné avec les moyens locaux, pour une meilleure efficacité

6/ BASE DE DONNES COMPETENCES PARTICULIERES

Lors de recherches de compétences particulières de membres du SSSM par le COZ pour une opération non courante, il n'existe pas de base de données permettant une recherche rapide des départements ayant ces personnels, que ce soit pour :

- Des qualifications médicales particulières
 - o Urgentistes
 - o Anesthésistes
 - o Chirurgiens
 - o Cardiologues
 - o Médecine de catastrophe
 - o Médecine légale
 - o Gynécologue ou sage femme
 - o IBOD
 - o ISAR
 - o Psychiatres et psychologues
 - o Généralistes
 - o Toxicologie
 - o Médecine tropicale
 - o Hygiéniste,

- Ou des qualifications non médicales
 - o GRIMP
 - o Montagne
 - o Spéléo
 - o Plongeur
 - o SAV
 - o NRBC
 - o Milieu maritime

- sauvetage déblaiement
- hélicoptage,

Une constitution d'une base de données au COZ, listant de telles ressources mérite d'être établie, afin de pouvoir raccourcir les délais de recherche, puis d'engagement selon les procédures réglementaires.

7/ PANORAMA DES SSSM DE LA ZONE SUD EST

Une enquête visant à réaliser une cartographie des services de santé de la région sud méditerranéenne est adressée à chaque département, et distribuée à chacun des membres présents.

Pour permettre une bonne exploitation, il est demandé de retourner le questionnaire avant fin avril, afin d'en effectuer la publication au congrès régional.

A l'issue de la réunion, un résumé des travaux de la journée a été effectué aux membres du bureau exécutif de l'Union Régionale, qui se sont réunis en même temps que se déroulait la tenue de la commission santé. Le président Binaud nous a apporté son soutien aux conclusions annoncées.

La prochaine réunion de la commission aura lieu lors du congrès régional à Serre Chevalier qui aura lieu du 20 au 22 mai (confirmation prochaine de la date et de l'horaire).