

Date de dépôt : 22 février 2017

Rapport du Conseil d'Etat

au Grand Conseil sur la motion de M^{mes} Anne Emery-Torracinta, Prunella Carrard, Marie Salima Moyard, Marion Sobanek, Irène Buche, Lydia Schneider Hausser : Premiers secours : sauver des vies grâce à des gestes simples !

Mesdames et
Messieurs les députés,

En date du 13 mai 2016, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat une motion qui a la teneur suivante :

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève considérant :

- *l'étude menée récemment en Suisse sur les compétences de la population en matière de premiers secours;*
- *les graves lacunes mises en évidence à ce propos et confirmées par les observateurs (professionnels de la santé, samaritains);*
- *le fait que des gestes simples, comme le massage cardiaque, peuvent sauver des vies,*

invite le Conseil d'Etat

- *à présenter au Grand Conseil un état des lieux sur ce qui se fait aujourd'hui à Genève en matière d'intervention d'urgence en présence d'un arrêt cardiorespiratoire;*
- *à présenter un plan d'action visant à réduire la mortalité consécutive aux arrêts cardiorespiratoires.*

RÉPONSE DU CONSEIL D'ÉTAT

I. Introduction

Le 13 mai 2016, le Grand-Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat la motion M 2164-A invitant ce dernier à :

- présenter au Grand Conseil un état des lieux sur ce qui se fait aujourd'hui à Genève en matière d'intervention d'urgence en présence d'un arrêt cardiorespiratoire;
- présenter un plan d'action visant à réduire la mortalité consécutive aux arrêts cardiorespiratoires.

II. Eléments métier – arrêt cardiorespiratoire

Le Conseil d'Etat salue la démarche et comprend l'inquiétude des députés.

Lors d'un arrêt cardiaque (ACR), les minutes qui suivent l'évènement sont cruciales non seulement pour la survie immédiate de la victime, mais également pour prévenir l'éventuelle apparition de séquelles neurologiques. Sans manœuvre de réanimation, les chances de survie sont proches de zéro après dix minutes. Malheureusement, lors d'une situation d'urgence dans laquelle le pronostic vital d'une personne est engagé, il s'écoule souvent beaucoup de temps entre le moment où l'alarme est donnée et celui où les secours arrivent. (réf. : Bulletin des médecins suisses –2015; 96(33):1124–1126), d'où l'importance que le premier témoin puisse réaliser une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) jusqu'à l'arrivée des secours et la prise en charge de la victime par des professionnels dans le cadre de la chaîne globale de secours présentée ci-après.

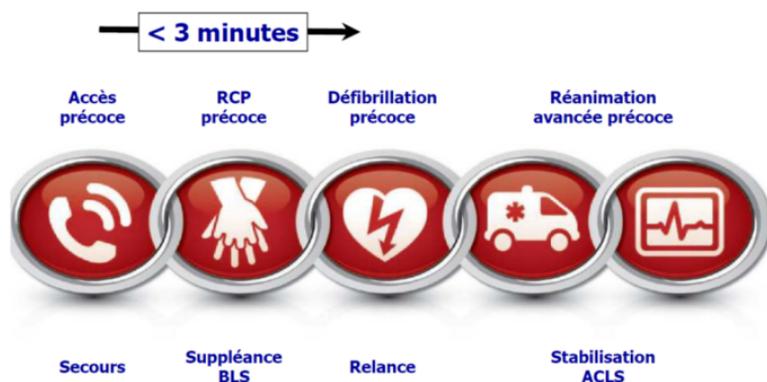


Figure 1 : chaîne de survie (source: PrimaryCare 2013;13: n°6)

Toute personne, y compris un enfant, est capable d'entreprendre les gestes qui sauvent (CPR), moyennant une formation minimale. Ces mesures de base sont complétées par l'utilisation des défibrillateurs automatiques externes (AED – *Automated External Defibrillation*). Ces derniers constituent en effet un grand progrès dans cette course contre la montre. Ces appareils peuvent être utilisés par des personnes peu entraînées. Ils sont l'unique possibilité thérapeutique de stopper avec efficacité la cause la plus fréquente des ACR soudains, à savoir la fibrillation ventriculaire.

L'Interassociation de sauvetage (IAS) recommande que le délai d'intervention maximum entre le moment où l'alarme est donné et celui où les secours arrivent auprès du patient soit inférieur à quinze minutes dans les régions rurales et dix minutes en ville, et ce dans 90% des cas. Or, en cas d'ACR, il est évident que sans réanimation par des secouristes, les secours professionnels arrivent souvent trop tard pour soit sauver la vie, soit éviter l'apparition de séquelles neurologiques graves. La figure ci-après modélise la prise en charge idéale afin d'améliorer la survie des patients après un ACR.

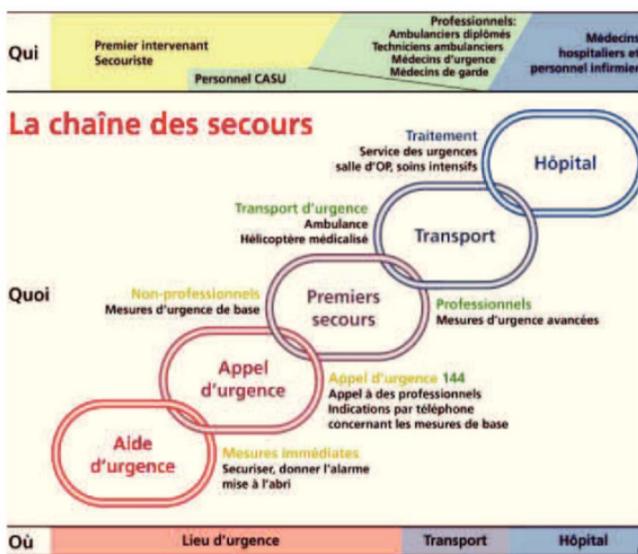


Illustration 336-1 : La chaîne des secours (Source : Interassociation de sauvetage IAS, www.144.ch)

Figure 2 : chaîne de secours proposée par les sociétés savantes et l'IAS

L'IAS propose par ailleurs une formation de la population afin d'augmenter le potentiel de personnes prêtes à entreprendre le BLS (*Basic Life Support*) en cas d'ACR. Pour y parvenir, elle propose de délivrer celle-ci dans le cadre du cursus scolaire, comme c'est par exemple le cas dans les cantons d'Obwald et du Tessin dans lesquels les écoliers sont formés, en fin de scolarité, aux techniques de réanimation cardiopulmonaire. L'argument principal étant qu'il est possible aujourd'hui d'acquérir des notions suffisantes en la matière grâce à des directives simplifiées auxquelles sont adjointes des recommandations pour la défibrillation.

Les recommandations de l'IAS peuvent être résumées de la manière suivante :

- Les mesures BLS/AED prodiguées par des secouristes volontaires permettent d'améliorer le taux de survie après un ACR.
- La formation BLS/AED doit être intégrée dans les plans d'études scolaires.
- La seule implantation d'AED ne suffit pas. Ceux-ci doivent être intégrés dans un concept de formation et d'utilisation pertinents.
- La saisie systématique et la déclaration de tous les AED publics, semi-publics et privés est la condition préalable à leur utilisation ciblée par la centrale d'appels sanitaires d'urgence et les personnes privées.

La Société européenne de réanimation soutient cette approche. Elle souligne en plus l'importance de la relation entre les témoins qui appliquent le BLS et les régulateurs des centrales d'appels 144 pour les soutenir dans leur effort ainsi que dans la mise à disposition le plus rapidement possible d'un AED.

III. Etat des lieux sur ce qui se fait aujourd'hui à Genève en matière d'intervention d'urgence en présence d'un ACR.

III.1 Données épidémiologiques des ACR dans le canton de Genève et des gestes de réanimation de base par les témoins¹

Nombre et typologie des ACR

Le nombre d'ACR préhospitaliers adultes de plus de 16 ans pris en charge par le service mobile d'urgence-réanimation (SMUR) à Genève est en moyenne de 338 par an, fluctuant entre 305 et 376 durant les huit dernières années.

Lieux de survenue des ACR

¹ (Source: Unité des urgences préhospitalières, Hôpitaux universitaires de Genève; HUG, 2008 à 2015).

La figure 3 ci-après, met en exergue le lieu de survenue d'un ACR.

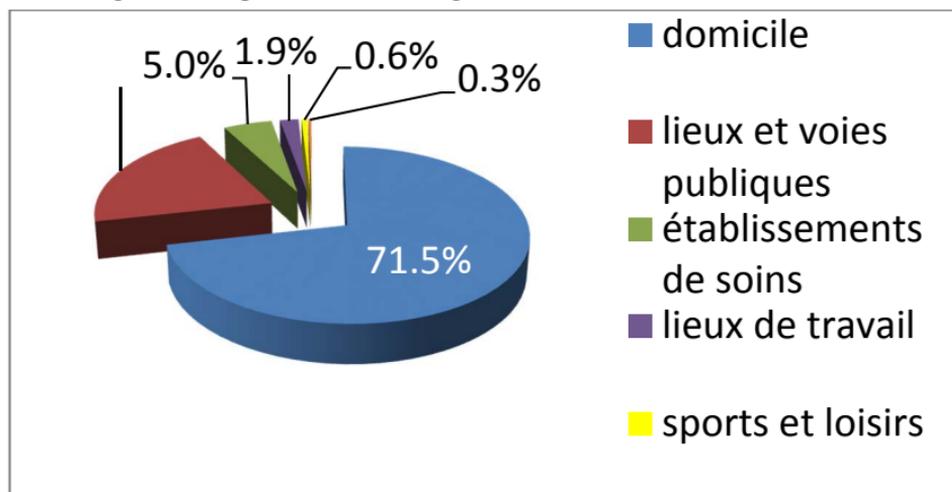


Figure 3

La majorité des ACR surviennent à domicile et dans un lieu ou une voie public (> 92%). Les établissements de soins regroupent les sites HUG périphériques, les services d'urgences ambulatoires et les cabinets médicaux; ils représentent 5% des ACR. Les établissements de détention regroupent les lieux de détention de police et les établissements de détention préventive ou d'exécution de peine.

La figure 4 ci-dessous précise le rythme cardiaque initial à l'arrivée des secours.

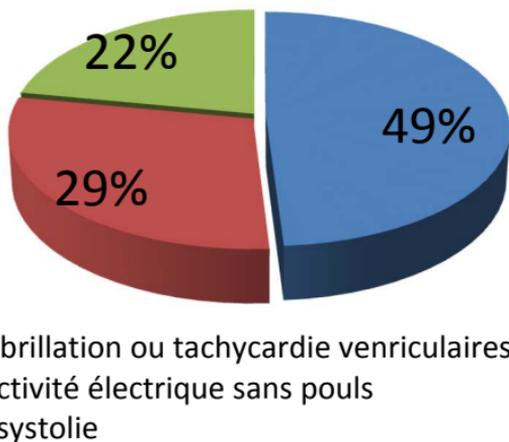


Figure 4

Le rythme cardiaque à l'arrivée des secours peut être de différents types : la tachycardie ventriculaire (TV) la fibrillation ventriculaire (FV), les activités électriques sans pouls (AESP) et les asystolies. Seules les TV et FV sont susceptibles d'être converties en rythme normal par un AED. La présence d'une asystolie est souvent un indicateur d'une durée prolongée de l'ACR. Cette constatation péjore le pronostic du patient. Le massage cardiaque pratiqué avant l'arrivée des secours devrait permettre de diminuer le nombre de patients en asystolie lors de l'arrivée des secours.

Gestes de réanimation de base par les témoins – action des premiers répondants

Le premier répondant est la première personne qui découvre le patient ou qui entreprend une tentative de réanimation. Il peut avoir été témoin du malaise ou non. Les mesures entreprises sont documentées par la première équipe d'urgence arrivée sur les lieux.

A Genève, la mise en œuvre de mesures BLS par les premiers répondants était de 20% environ jusqu'en 2010. Elle a augmenté progressivement à plus de 30% dans les années suivantes, probablement à la suite de l'instauration de mesures d'assistance téléphonique par le 144.

Gestes de réanimation de base par les témoins lorsque le premier répondant est un professionnel de la santé

Durant la période 2008-2015, 263 ACR sont survenus en présence de professionnels de la santé. Il apparaît que 20% de ces cas n'ont pas bénéficié de mesures BLS alors que ces mesures auraient été utiles selon l'appréciation faite a posteriori par le médecin du SMUR.

Survie globale des patients à l'admission aux HUG

L'analyse de la proportion de survie immédiate porte sur les cas ayant bénéficié d'une réanimation avancée par les secours professionnels. Les cas de mort évidente ainsi que l'arrêt des mesures de réanimation précoces, si la situation est dépassée, ont été exclus.

La survie à l'admission aux HUG oscille entre 50 et 60% à Genève lorsque les mesures BLS sont réalisées par les premiers répondants *versus* 30 à 40% en l'absence de BLS.

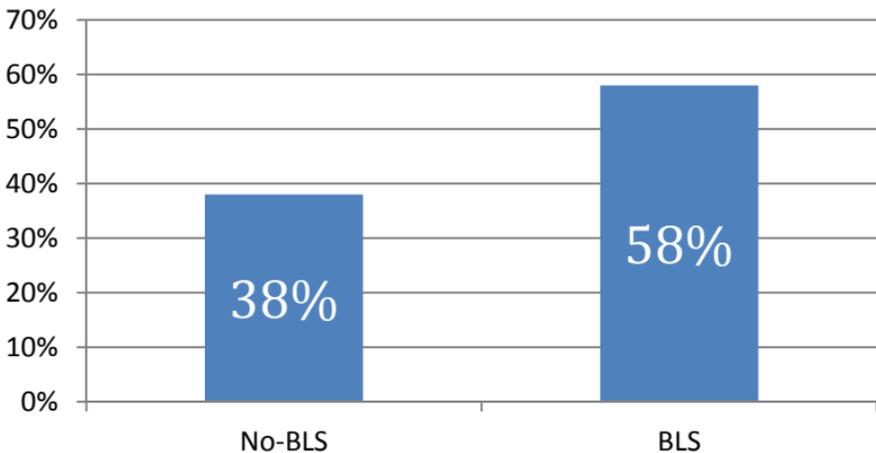


Figure 5 : Survie à l'admission aux HUG avec ou sans BLS par les premiers répondants

Lorsque les mesures BLS sont réalisées par les premiers répondants et que l'équipe d'urgence se trouve en présence d'un rythme cardiaque autre que l'asystolie, la restauration d'un rythme cardiaque passe de 63% à 84%. Autrement dit, le patient a davantage de chance d'être sauvé quand il a bénéficié d'un massage cardiaque avant l'arrivée des secours, car le massage permet de diminuer les cas d'asystolie (voir figure 6).

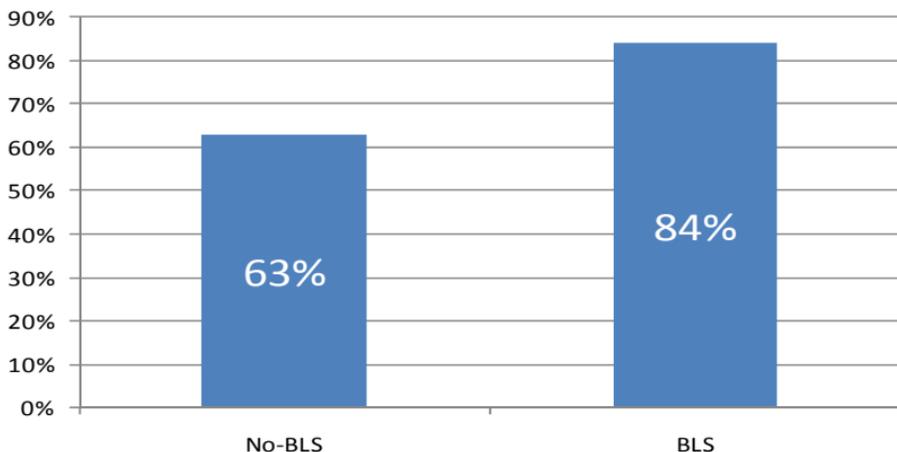


Figure 6 : Survie à l'admission avec ou sans BLS en présence d'un rythme cardiaque accessible à la défibrillation, soit autre que l'asystolie

Survie à moyen terme des patients après un ACR

En Suisse, environ 7% des patients ayant bénéficié d'une réanimation survit sans déficits neurologiques majeurs. Ces statistiques sont semblables à celles mesurées en Europe. En effet, les résultats se situent à 5% en Suède, 6% en France, 8% en Belgique et 9% en Hollande, selon Katz et Coll. *Revue médicale Suisse*, 2003.

III.2 Etat de l'inventaire des défibrillateurs semi-automatiques – AED annoncés à la centrale d'appels 144

Il n'y a pas de bases légales ou réglementaires pour tenir un registre des AED. Le nombre exact et l'emplacement géographique des AED déployés dans le canton sont inconnus. L'unité des urgences préhospitalières et de réanimation tient une base de données des AED du canton de Genève. Les détenteurs d'AED les déclarent volontairement via un site Internet en accès public (www.cardiomobile.net). L'exactitude des données est vérifiée par la centrale d'appels 144 au moment de la déclaration, la mise à jour des données restant sous la seule responsabilité des détenteurs. La base de données a pour but de mettre à disposition des régulateurs du 144 une cartographie et des données d'accès des AED de structures publiques ou privées pouvant être mis en œuvre en cas de nécessité. A ce jour, un total de 63 AED a été annoncé. Ce registre n'est cependant pas exhaustif, en particulier par le fait que les AED

des centres sportifs, piscines et écoles, dont l'installation est antérieure à la constitution de la base de données, ne sont pas annoncés.

III.3 Formation BLS/AED dans le canton de Genève

Il n'y a ni catalogue ni registre des formations de la réanimation de base pour notre canton. Il existe de nombreuses formations disponibles et accessibles au public.

Société civile

Des cours de premiers secours sont dispensés notamment par l'Association genevoise des sections de samaritains (AGSS), la Haute école de santé, l'armée et des sociétés de services privées, par exemple Firstmed. Ces cours sont donnés de manière unique, sans formation continue. Il n'existe pas de structure qui organise une formation continue systématique.

Une recherche non exhaustive sur Internet a permis d'identifier treize organismes privés ou d'intérêt public dispensant ce type de cours dans notre canton. La durée des formations varie de quatre à huit heures, parfois complétée d'un e-learning de deux heures. Leur prix varie de 250 F à 325 F. Dix de ces treize organismes précisent être reconnus, voire certifiés par le Swiss Resuscitation Council (SRC). Le nombre de personnes formées par année est inconnu. Toutefois, il peut être relevé que toutes les personnes passant l'examen pour l'obtention du permis de conduire un véhicule automobile ont reçu une fois une formation aux premiers secours (environ 7 000 par année à Genève), mais sans obligation de formation continue.

Milieu scolaire

Le service de santé de l'enfance et de la jeunesse (SSEJ) du département de l'instruction publique, de la culture et du sport (DIP) est en charge depuis 1965 de la formation des enseignants et du personnel administratif et technique du DIP aux gestes de premiers secours en vue d'assurer l'accueil et la sécurité des élèves.

Dans chaque établissement (voir annexe), ces personnes formées ont un statut de « préposés aux premiers soins » et sont identifiées par leurs collègues comme personnes ressources pour intervenir en cas de malaise ou d'accident. Ces personnes sont également formées à porter secours à un adulte. S'y ajoute le projet d'accueil individualisé (PAI) mis en place pour des enfants et jeunes présentant un problème de santé chronique ou de longue durée, ou en situation de handicap, et dont l'état nécessite des mesures spécifiques en milieu scolaire (diabète, allergie, épilepsie, etc.). Le SSEJ est chargé d'enseigner aux encadrants les gestes appropriés en lien avec les besoins de l'enfant, comme,

par exemple, mesure de glycémie, injection de Glucagon ou d'adrénaline, administration de médicaments d'urgence, appels d'urgence, gestes de premiers secours.

Il n'y a pas de formation aux gestes de réanimation proposée par le SSEJ au personnel des institutions de la petite enfance et du parascolaire.

Université

Le service santé au travail, environnement, prévention et sécurité dispense des formations de premier secours : certaines pour former les membres du personnel volontaires pour être samaritains au sein de l'Université, d'autres pour les personnes travaillant dans les laboratoires de sciences et de médecine, d'autres encore ouvertes à tous. L'Université organise avec un groupe d'étudiants en médecine une mini-campagne de sensibilisation à la réanimation en début d'année académique. Prévue à Uni Mail, elle vise principalement les étudiants des facultés qui y étudient, mais les membres du personnel sont également acceptés.

Professionnels de la santé

L'Université forme les étudiants en médecine et médecine dentaire lors de leur cursus, la Haute école de santé (HEdS) forme les étudiants de ses cinq filières, soit diététicien, infirmier, sage-femme, physiothérapeute, technicien en radiologie. Les ambulanciers sont tous formés et re-certifiés tous les deux à trois ans. Les HUG forment tous les nouveaux collaborateurs.

Services d'urgences prioritaires professionnels

L'académie de police dispense la formation BLS-AED selon les normes de la SRC. Les astreints de la protection civile sont formés au BLS durant leur formation de base de deux semaines. Et les sapeurs-pompiers sont également formés au BLS.

Entreprises privées

Certaines entreprises organisent et forment leur personnel au BLS de manière volontaire.

IV. Plan d'action visant à réduire la mortalité consécutive aux arrêts cardiorespiratoires à Genève

Avant toute chose, il est important de souligner que la seule implantation, dans de nombreux sites, de défibrillateurs ne suffit pas pour améliorer la survie des patients. En effet, ces dispositifs médicaux, bien que nécessaires pour convertir une arythmie majeure, doivent être intégrés dans un concept d'utilisation pertinent et les groupes cibles à proximité des AED susceptibles

de les employer doivent être formés en conséquence. De plus, la saisie systématique et la déclaration de tous les AED publics, semi-publics et privés est la condition nécessaire à leur utilisation ciblée par la centrale d'appels sanitaires d'urgence et les personnes privées.

Pour ce qui est de la formation BLS, de nombreuses possibilités sont offertes dans notre canton. Il s'agit cependant de formation unique la plupart du temps, sans formation continue. Malgré le nombre probablement conséquent de personnes qui ont reçu une formation, les statistiques de la centrale d'appels 144 montrent trop souvent qu'aucun geste n'a été entrepris avant l'arrivée des secours ou bien que lesdits gestes sont inefficaces selon l'observation des professionnels de la santé. Pour tenter de remédier à ce constat, un groupe de travail réunissant le médecin chef de la brigade sanitaire cantonale, le médecin responsable du centre de simulation en réanimation de la faculté de médecine, un médecin représentant du DIP et le service du médecin cantonal de la direction générale de la santé a exploré différentes pistes de réflexion. La première consiste à généraliser la formation BLS, principalement durant la scolarité, en proposant en plus des formations continues. La seconde se base sur l'expérience des cantons du Tessin et du Valais, avec la mise sur pied d'un dispositif de premiers répondants (*first responders*).

IV.1 Actions de formation au BLS

La première piste vise à optimiser la formation existante durant la scolarité et à former tous les collaborateurs de l'Etat. Il serait également nécessaire d'assurer une formation continue pour maintenir la compétence au cours du temps.

IV.2 Optimiser la formation existante

Formation dans le milieu scolaire

Le SSEJ a développé une expertise spécifique lui permettant d'être le référent ressource au niveau cantonal en matière de premiers secours dispensés aux enfants et aux jeunes (hors milieu médical).

La formation BLS/AED et aux premiers secours en général pourrait être intégrée dans les plans d'études scolaires afin de dispenser une formation des élèves tout au long de leur scolarité. Des programmes européens existent et pourraient être adaptés au contexte genevois. Une telle démarche s'inscrirait tout à fait dans les objectifs du Plan d'études romand.

Actuellement, au cours de la scolarité, seuls les élèves de 10^e année du cycle d'orientation bénéficient d'une sensibilisation à la réanimation (alerte,

PLS, BLS avec mannequins) donnée par les maîtres d'éducation physique en collaboration avec les infirmières du SSEJ. La prochaine généralisation de la troisième période d'éducation physique au cycle d'orientation pourrait être l'occasion de renforcer la formation dispensée aux élèves pour la réanimation et de l'étendre de la 9^e à la 11^e année.

La formation du personnel des institutions de la petite enfance (IPE) et du personnel du parascolaire (GIAP) pourrait également être développée, en collaboration avec les communes. A noter que le SSEJ n'a pas les ressources suffisantes, à ce jour, pour développer ce plan d'action. Une estimation grossière des besoins pour implanter un programme de formation des élèves au cours de la scolarité nécessiterait un équivalent temps plein (ETP) pour former les enseignants à dispenser cet enseignement ainsi qu'un ETP auxiliaire pendant deux ans pour implémenter le programme. A ces besoins en personnel, il conviendrait également d'ajouter des frais d'investissement et de maintenance non comptabilisés à l'heure actuelle pour équiper les différents lieux où se déroulerait la formation.

Formation des employés de l'Etat

Le commentaire du Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) d'avril 2016 à propos de l'article 36 de l'ordonnance 3 relative à la loi sur le travail concernant les premiers secours stipule « *L'objectif est de former et d'intégrer dans les premiers secours suffisamment de personnes pour qu'aux heures où des employés travaillent dans l'entreprise, au moins deux personnes chargées des premiers secours arrivent sur les lieux de l'incident moins de 3 minutes après qu'il ait eu lieu* ». L'objectif serait donc de former au moins deux secouristes par site de l'Etat, des policiers, des chauffeurs TPG, des pompiers volontaires et des SIG. La personne formée serait alors elle-même susceptible de former ses pairs, selon le principe « *train the trainer* ».

Dans l'idéal, l'Etat devrait s'y conformer, mais il faudrait des moyens supplémentaires. Le service de santé de l'Etat ne dispose pas de ressources humaines suffisantes et n'a ni la compétence ni le matériel pour couvrir le besoin de formation des collaborateurs de l'Etat.

Une option alternative pourrait être de bénéficier des infrastructures de la faculté de médecine de l'Université de Genève et de la Haute école de santé de la HES-SO Genève qui gèrent conjointement un centre de simulation où sont dispensés actuellement des cours de réanimation à environ 150-200 personnes formées par an (médecins et médecins dentistes), les deux hautes écoles formant elles-mêmes, comme précédemment dit, leurs professionnels de niveau « bachelor ».

Le centre de simulation accueille actuellement aussi les re-formations, mises à jour et re-certifications des professionnels des HUG.

Dans l'idéal, la formation et la re-certification de l'ensemble des professionnels de la santé pourraient se faire sur cette plateforme conjointe entre les institutions d'enseignement (Haute école de santé, faculté de médecine) et les institutions de pratique professionnelle (tels HUG et IMAD) à l'horizon 2017-2019; ceci favoriserait des formations en réanimation certifiantes (contrôle qualité et homogénéisation), ainsi que des re-certifications itératives et suivies par un registre central. La création d'un pôle d'expertise réunissant les différents experts en la matière permettrait le développement d'une politique concertée efficace et efficiente.

Le centre de simulation pourrait également augmenter le nombre de formations en les délivrant tout au long de l'année sur 240 jours par an, avec deux heures de formation théorique en e-learning (à domicile) et quatre heures de formation pratique dans le centre. Il offrirait ainsi 960 sessions de quatre heures. Chaque session pourrait accueillir un groupe composé de huit à dix personnes. Il en résulterait qu'environ 1200 personnes par année pourraient recevoir la formation. Il faut ajouter les re-certifications qui ne commenceraient qu'au bout de deux années après le début d'un tel programme. Pour y parvenir, deux ETP seraient nécessaires, incluant les enseignants et le personnel administratif dédié. L'investissement en matériel estimé serait d'environ 100 000 F (sans contrat de maintenance). Pour un groupe de huit personnes, cette somme incluerait : mannequins BLS complet avec ordinateur et logiciels *ad hoc*, soit environ 10 000 F par poste « mannequin », ainsi que huit défibrillateurs AED (1200 F chacun). Enfin il convient d'ajouter la location du serveur pour le programme e-learning.

Formation continue

La formation continue des professionnels de la santé doit être assurée par leurs pairs, mais, comme décrit ci-dessus, doit faire l'objet d'une politique concertée et s'insérer dans le déploiement du pôle d'expertise du centre de simulation.

IV.2 Organiser un concept de premier répondant volontaire

Les mesures BLS/AED prodiguées par des secouristes volontaires permettent d'améliorer nettement le taux de survie après un ACR. Compte tenu de leur territoire étendu, les cantons du Tessin et du Valais ont organisé un concept de premier répondant volontaire (*first responder*). Les « first responders », après une formation BLS suivie de formations continues toutes les deux-trois années, sont volontaires pour annoncer leur numéro de téléphone

à la centrale d'appels 144. Cette dernière envoie un SMS à chacun d'entre eux en cas de besoin et le plus proche du lieu d'intervention s'annonce et agit.

Expérience du Valais

Compte tenu de sa géographie, le concept de *First responder* a été développé en Valais. Sa gestion a été confiée à l'Organisation valaisanne de secours subventionnée par l'Etat. Elle gère la centrale du 144 du Valais, forme et reconnaît la formation de *First responder* qui est spécifique, et tient la liste des premiers répondants volontaires. L'exemple valaisan montre que, pour développer ce concept, il est nécessaire de prévoir des postes en ressources humaines ainsi qu'un budget adéquat pour mener à bien cette activité.

Premiers répondants volontaires à Genève ?

Un tel système n'existe pas à l'heure actuelle dans notre canton. Cependant, compte tenu de la géographie peu étendue de celui-ci, il n'y a pas d'évidence scientifique qu'un tel concept améliore la survie des patients. Le bénéfice serait minime et le Conseil d'Etat renonce dès lors à le proposer dans le plan d'action.

V. Conclusion

Dans notre canton, l'unité des urgences préhospitalières des HUG comptabilise 340 ACR par an, et environ 25 personnes survivent sans séquelles neurologiques importantes. Le traitement d'un ACR comprend trois volets : appeler aussitôt de l'aide (numéro d'appel d'urgence en Suisse : 144), débiter une réanimation cardio-pulmonaire immédiate (BLS) avec enfin une défibrillation dès que possible. La survie immédiate des patients victimes d'un ACR est améliorée si le BLS est entrepris immédiatement sans attendre l'arrivée des secours. Il importe donc de diffuser la formation BLS le plus largement possible. Cependant, les moyens nécessaires pour dispenser ces formations ne sont pas inscrits au budget de l'Etat.

Il faut relever que l'effort nécessaire pour doubler les chances de survie, soit sauver 25 vies supplémentaires, est très important. Pour tenter d'y parvenir, une piste devrait être d'augmenter la fréquence de formation durant la scolarité obligatoire, voire durant le post-obligatoire. Un enseignement par des maîtres formés, dont ceux d'éducation physique, pourrait, à moindre coût, maximaliser les occasions pour les élèves de répéter ces gestes simples et qui peuvent sauver. De plus, une formation obligatoire décentralisée de tous les collaborateurs de l'Etat, avec répétition régulière, pourrait augmenter sensiblement le nombre de personnes formées au BLS.

Le Conseil d'Etat, relève que le nombre de décès suite à un ACR est important. Il s'engage à explorer des pistes pour augmenter les occurrences de formation des gestes qui sauvent dans le cadre de la fixation des objectifs de la prochaine législature.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à prendre acte du présent rapport.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :
Anja WYDEN GUELPA

Le président :
François LONGCHAMP

Annexe :

Énumération des cours de secouristes délivrés par le SSEJ et public-cible

Énumération des cours de secouristes délivrés par le SSEJ et public-cible :

L'unité de premiers secours (UPS) du SSEJ est chargée de l'enseignement et forme environ 1 000 personnes par année. Le dispositif a été établi sur les bases de directives de la Commission médicale suisse de premiers secours et de sauvetage, soit :

- Collaborateurs du SSEJ :
 - Tous les collaborateurs du SSEJ sont formés au PBLS (Pediatric Basic Life Support) et/ou BLS-AED, soit le personnel médical et administratif du service de santé de l'enfance et de la jeunesse, et du service dentaire scolaire.
- Ecoles primaires :
 - Pas d'enseignement aux élèves
A titre expérimental, un programme de la Fondation suisse de cardiologie a été proposé au premier semestre 2015 à un certain nombre de classes de 6P. Il doit encore être évalué.
 - Tous les enseignants d'éducation physique reçoivent une formation BLS enfants et adultes avec AED, traumatismes et immobilisation, médicaments d'urgence.
 - En outre, dans chaque établissement et centre médico-pédagogique (CMP), deux préposés aux premiers soins sont désignés : ils reçoivent une formation de deux jours avec BLS-AED, PBLS, position latérale de sécurité (ou PLS), soins de plaies, immobilisation, traumatisme crânio-cérébral (TCC), maladies chroniques, médicaments d'urgence, etc. Un cours de rafraîchissement d'une journée est organisé tous les deux à quatre ans. En outre, tous les enseignants en période probatoire (nouveaux engagés) reçoivent cette même formation, condition à leur nomination.
- Cycles d'orientation :
 - Formation de deux jours pour les préposés aux premiers secours, cf. ci-dessus.
 - Formation des enseignants d'éducation physique, cf. ci-dessus.
 - Certains enseignants d'autres disciplines sont également formés : biologie, alimentation, travaux manuels.
 - Sensibilisation des élèves de 10^e à la réanimation : alerte, PLS, BLS avec mannequins.

- Secondaire postobligatoire :
 - Formation des préposés et des enseignants d'éducation physique comme au cycle d'orientation.
 - Formation de maîtres d'ateliers dans les centres de formation professionnelle (CFP) et des enseignants du CFP nature et environnement.
 - Pas d'intervention auprès des élèves.
- Ecole supérieure d'éducatrice et d'éducateur de l'enfant (ESEDE) :
 - Trois demi-journées de formation P-BLS (enfant et bébé), désobstruction des voies respiratoires, immobilisation, médicaments d'urgence, maladies chroniques.
- Parascolaire :
 - Animatrices et animateurs du parascolaire: sensibilisation aux soins d'urgence, mais pas d'enseignement systématique de la réanimation par le SSEJ. Le personnel qui se rend en piscine avec les enfants bénéficie d'une formation par la société suisse de sauvetage qui comprend les gestes de réanimation.
 - Moniteurs de la FASe (activités extra-scolaires, centre de loisirs) : PLS, BLS-AED.
- Institutions de la petite enfance (IPE) :
 - Les institutions de la petite enfance font appel à des organismes externes. Les infirmières du SSEJ proposent des formations à la demande : hygiène, soins de plaie, maladies chroniques, médicaments d'urgence, etc.
- Instructeurs d'organismes de formation :
 - Instructeurs d'organismes de formation (Samaritains, Firstmed, Société suisse de sauvetage) : formation au P-BLS et aux spécificités de l'enfant.

En résumé, le personnel du DIP en contact avec les enfants et jeunes est formé par le SSEJ. Les autres personnes du département peuvent bénéficier d'une formation confiée à des partenaires externes.