

SOLDATS DU FEU
Hors-série 22

LE PREMIER MAGAZINE FRANCOPHONE DES POMPIERS ET DE LA SÉCURITÉ CIVILE

SOLDATS DU FEU

magazine

en partenariat avec

SAPEURS ■ POMPIERS
DE FRANCE

LE MAG

SUAP

Le point de vue
du docteur Hertgen

GROS PLAN

Les pompiers face
au risque infectieux

DOSSIER EXCLUSIF

Réanimation cardio-pulmonaire
Quelle ventilation ?



M 03121 - 22H - F - 10,90 € - RD

Belgique 10,90 €

SECOURS D'URGENCE AUX PERSONNES

Tribune libre

Par Éric Faure, président de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France

Un soldat du feu devenu un acteur majeur du SUAP

À l'heure où le SUAP devient un enjeu central pour les pompiers français, réflexions du président de la FNSPF sur le sujet.

Il y a 20 ans, l'équipe de France de football devenait championne du monde. Chacun s'en souvient, c'était hier. Pour la communauté des sapeurs-pompiers de France, ce temps relève d'une autre époque. Celle d'une gestion communale finissante, d'un pays étroitement maillé [8 700 casernes contre 6 800 en 2016], et d'une composition de notre force radicalement différente : un tiers de sapeurs-pompiers professionnels de moins, mais beaucoup plus [9 000] de volontaires qu'aujourd'hui. Sur le plan opérationnel, les sapeurs-pompiers de France effectuaient alors environ 3,4 millions d'interventions, dont 54 % étaient des secours d'urgence aux personnes (SUAP). Aujourd'hui, ce sont plus de 4,5 millions d'interventions, dont 84 % des actions de SUAP. Dans le même temps, le nombre d'incendie a diminué de 12 % et les interventions diverses de 50 %.

Ces chiffres témoignent d'une évolution majeure dans le quotidien des sapeurs-pompiers. L'historique « soldat du feu », devenu au fil des ans « un généraliste du secours » ou « un technicien du risque », est désormais l'acteur majeur du SUAP, voire même dans de nombreux territoires, le dernier. Bien sûr, depuis 1998, le nombre et la répartition de la population de notre pays ont eux-mêmes évolué. Toutefois, cette évolution opérationnelle relève d'autres paramètres : vieillissement démographique, baisse des solidarités de proximité, développement des mobilités, quête d'autonomie, érosion de la démographie et apparition de déserts médicaux, difficultés de la permanence des soins, réorganisations hospitalières à l'échelon régional, concentration des transporteurs sanitaires privés sur les activités programmées et rentables... Autant de causalités dont chacun s'accorde à dire qu'elles ne vont que s'intensifier, voire s'aggraver, au fil des ans. Après avoir relevé de nombreux défis au fil

des décennies, dont atteste l'actuelle organisation départementale, les sapeurs-pompiers doivent désormais tirer pleinement les conséquences de cette nouvelle configuration opérationnelle. Le dire, c'est tirer l'amer constat que ce n'est pas encore le cas ! Agir pour ériger cet engagement opérationnel en faveur du SUAP au rang de priorité première dans les projets stratégiques des services d'incendie et de secours. Légitime, la préoccupation d'une indemnisation des interventions pour carences ambulancières plus en rapport avec leur coût réel ne saurait tenir lieu d'ambition première, voire exclusive. C'est l'ensemble de nos organisations, des CTA/Codis (arbres décisionnels, fonction santé) aux VSAV jusqu'à la systématisation d'indicateurs de qualité, qui doit être repensé et orienté autour du SUAP.

Agir par conséquent aussi pour inscrire les services d'incendie et de secours dans le pilotage du SUAP. Pour reprendre la sémantique interministérielle de la gestion des crises, force est de constater que les sapeurs-pompiers restent considérés comme des acteurs concourants, aux ordres d'un service menant qui les utilise à souhait. Dans des documents publics, les instances de la santé n'hésitent pas ainsi à continuer à les traiter « d'effecteurs du relevage »... Comme si nous n'étions que de simples brancardiers ! Se taire, c'est consentir à laisser perdurer des idées préconçues, de fausses représentations et des rentes de situation, qui stérilisent l'innovation et freinent les évolutions. Il est donc temps de nous émanciper. Pour sortir de ces rapports féodaux de vassalité, hérités d'une organisation quarantenaire hospitalocentrée et teintée d'hégémonisme, aujourd'hui dépassée. Pour transformer cette organisation verticale en une relation d'égal à égal conçue autour de et pour la victime, à travers une chaîne conduisant du secours d'urgence jusqu'au

juste soin, à l'hôpital ou dans des destinations alternatives. Pour faire respecter la réalité de notre activité, de nos pratiques, et reconnaître notre technicité, l'engagement et le savoir-faire remarquables des hommes et des femmes (volontaires à 80 %) qui composent nos unités, avec en leur sein notre SSSM. C'est agir enfin pour sortir les sapeurs-pompiers d'une logique de formation qui les considère toujours comme des secouristes, alors que les compétences nécessaires pour l'ensemble des missions du SUAP relèvent d'un cadre bien plus large. Faisons donc évoluer notre doctrine et nos référentiels pour faire en sorte que les sapeurs-pompiers deviennent des techniciens du secours d'urgence aux personnes, formés aux dernières techniques internationales de bilan et à la pratique de gestes leur permettant d'évaluer l'état de gravité et d'accélérer la prise en charge des victimes. Dans le cadre de la mission Volontariat, mes co-rapporteurs et moi-même avons formulé des propositions d'évolution pour faire reconnaître le rôle prépondérant des sapeurs-pompiers en matière de SUAP, réduire la sollicitation liée aux missions d'assistance aux personnes et aux interventions par carence d'autres acteurs, créer un choc de recrutement en structurant durant les trois premières années l'engagement des sapeurs-pompiers volontaires autour du SUAP, et pour les inscrire majoritairement comme des acteurs du SUAP. Je souhaite leur prise en compte par nos autorités nationales de gouvernance et au plus haut niveau de l'État, dont des annonces sont attendues fin septembre lors de notre congrès national. Elle serait un puissant stimulant à l'adaptation de nos pratiques, aujourd'hui indispensable pour répondre au nouveau paradigme que constitue le SUAP. Il s'agit là d'un enjeu central pour les solidarités sociales et territoriales, comme pour la cohésion nationale. ■

Le point de vue de Patrick Hertgen

De part leur organisation et leur compétence, les sapeurs-pompiers assurent plus de 90 % des missions SUAP.
© FREDO VERDY

Force est de constater que le champ de nos missions effectuées au titre du SUAP comporte un large pan dédié à l'assistance aux personnes. Le médecin-chef du Sdis 59, vice-président de la FNSPF, en charge du secours d'urgence aux personnes et du SSSM, nous livre son point de vue sur la question.

Les révolutions déposent rarement leur préavis et tout porte à croire que nous en vivons actuellement une. Voilà plus de dix ans que nous parlons beaucoup du secours d'urgence aux personnes (SUAP) puisque c'est en 2007 déjà que la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France a publié le manifeste qui conduisit alors – après d'âpres négociations qui en disaient déjà long sur l'effervescence du sujet – à établir en 2008 un « référentiel commun SAP-AMU » sous la forme d'une délicate ligne de démarcation entre deux logiques éminemment distinctes. Il s'agissait déjà de trouver un meilleur équilibre entre un système essentiellement régi par une loi « aide médicale urgente » du 6 janvier 1986 et des textes législatifs relatifs aux sapeurs-pompiers qui, concernant ces sujets opérationnels, n'avaient apporté que peu de modifications substantielles. Ce référentiel de 2008, rendu applicable par un arrêté interministériel de 2009, observé de près par un « comité de suivi » réunissant les administrations centrales et les représentations professionnelles, a dû être complété par une circulaire interministérielle du 5 juin 2015 relative à l'application du référentiel de 2008. L'ouvrage n'était pas totalement achevé puisque, conformément à une « feuille de route » partagée, deux autres circulaires interministérielles sont venues préciser celle du 5 juin 2015 : concernant les PISU puis les arbres décisionnels.

Toutes ces normes ont été négociées de manière éminemment pointilleuse puisqu'à chaque fois, il s'agissait d'obtenir l'acquiescement des Samu pour des actions effectuées par les sapeurs-pompiers. Lors de chacune de ces discussions, sur des sujets relativement techniques, les sapeurs-pompiers trouvaient en face d'eux une contradiction appuyée sur un principe de « régulation médicale » selon lequel seul le médecin régulateur du Samu est habilité à décider de chaque action auprès des victimes. Ce principe a trouvé sa source au début des années 1960 lorsque des initiatives souvent hospitalières, mais aussi chez des sapeurs-pompiers (à Paris et Nancy notamment), conduisirent d'une part à distribuer des secours médicaux (les premiers Smur)

aux accidentés de la route, et d'autre part à orienter leur évacuation vers l'hôpital le mieux adapté. Les années ont passé et les sapeurs-pompiers ont vu constamment augmenter le nombre de missions de SUAP encadré par un édifice normatif foisonnant où chaque liberté d'action demeure soigneusement circonscrite mais où, en revanche, chacun s'accorde à leur confier les missions que personne d'autre n'est en capacité ou ne souhaite accomplir. Depuis des années, les sapeurs-pompiers observent des services d'urgence toujours plus saturés où les VSAV attendent souvent longuement que la victime qu'ils évacuent puisse être prise en charge par des soignants éprouvés. Les sapeurs-pompiers patientent également de plus en plus avant que les centres 15 ne soient en capacité de répondre aux appels qu'ils transmettent depuis le 18 ; ils patientent également souvent au moment de transmettre des bilans à ces mêmes centres 15

qu'ils savent soumis à un flux d'appel hors de proportion avec les ressources dont ils disposent. Pendant ce temps, les victimes supportent une attente à laquelle il est de plus en plus difficile de trouver un sens. Autrefois facilitateur, ce principe de « régulation » doit aujourd'hui trouver les conditions d'une meilleure intégration dans les dispositifs de secours afin de ne pas demeurer un frein à la fluidité du système de secours. Les sapeurs-pompiers disposent aujourd'hui d'une organisation et de compétences qui leur permettent d'assurer seuls plus de 90 % des missions de SUAP. Puisqu'ils en ont la charge, ils doivent désormais en maîtriser la gestion.

Trop souvent relégués à un rôle d'« effecteur secouriste », les sapeurs-pompiers doivent désormais s'émanciper et agir



en acteurs majeurs du SUAP. L'augmentation de la charge opérationnelle du SUAP est de plus en plus difficilement soutenable dans des services d'incendie et de secours qui, depuis une dizaine d'années, ne sont plus en période de croissance et dont les ressources de sapeurs-pompiers volontaires sont notablement fragilisées. Au-delà des seules charges financières, liées à l'augmentation des coûts marginaux et aux franchiselements de seuils d'équipement, l'accroissement continu du nombre des interventions éprouve et remet en cause le modèle du volontariat. En effet, les sapeurs-pompiers volontaires, leur entourage et leurs employeurs admettent de moins en moins facilement qu'ils quittent toute affaire cessante leur activité pour accomplir une mission qui paraît de plus en plus souvent éloignée de la notion de secours. L'inflation opérationnelle du SUAP, longtemps apparue inéluctable, doit désormais faire l'objet d'une réponse planifiée et cohérente. Il s'agit désormais de dégager une gouvernance en capacité de définir une stratégie efficiente pour le SUAP.

Comme vient de le souligner le rapport de la mission volontariat remis au ministre de l'Intérieur, le SUAP n'est plus une mission accessoire, ou illégitime, et il constitue désormais le principal enjeu opérationnel des services d'incendie et de secours. Nous observons ainsi, sans surprise, que le champ des missions effectuées glisse du SUAP vers des missions d'assistance aux personnes (MAP) sans que la distinction entre les deux ne soit aujourd'hui formalisée. L'enjeu est pourtant majeur, et la première difficulté à résoudre pour la communauté des sapeurs-pompiers, et leurs autorités de tutelle, consistera donc à concevoir une stratégie réaliste, de nature à maîtriser et contenir l'activité de SUAP et de l'articuler avec les MAP. Aujourd'hui très morcelées, parfois évanescentes, les stratégies des différents SIS concernant le SUAP gagneraient à être mieux affirmées et plus homogènes. Si des adaptations doivent naturellement être apportées selon les situations particulières de chaque territoire, les seules « spécificités locales » peuvent difficilement justifier

que le franchissement d'une frontière départementale modifie parfois très substantiellement les réponses apportées à une même situation opérationnelle. Cette hétérogénéité des pratiques des SIS fait contraste avec le volontarisme affiché par le ministère de la Santé, promoteur d'une politique de santé souvent envahissante, et la régionalisation des Samu. Elle fragilise les positions de chacun des SIS, en les exposant à la mise en cause de leur légitimité, et ne facilite pas les coopérations interdépartementales. Il apparaît désormais souhaitable qu'une politique plus affirmée concernant le SUAP émerge et fasse consensus autour de deux idées qui nous semblent primordiales : en premier lieu, l'efficacité d'une réponse qui ne peut qu'être coordonnée entre les différents acteurs, fussent-ils de cultures distinctes ; en second lieu, un principe selon lequel celui sur qui repose la charge de la mission doit être en position d'en diriger l'exécution.

Analyse qualitative et l'émergence d'une doctrine

La mise au point d'une stratégie suppose de connaître de manière précise la réalité de l'activité de SUAP effectuée par les services d'incendie et de secours. Cette connaissance demeure hélas imprécise et se limite souvent au dénombrement des missions effectuées selon une classification des « motifs de départs » et les rubriques des statistiques annuelles du ministère de l'Intérieur. À titre d'illustration, selon les rubriques de ce rapport annuel, les interventions des sapeurs-pompiers à domicile ne devraient correspondre qu'à deux hypothèses : une détresse vitale ou une carence d'ambulance. Cette classification binaire apparaît l'héritière de l'époque où les sapeurs-pompiers n'étaient pas réputés intervenir à domicile sauf « détresse vitale ». La réalité est évidemment tout autre puisque la majorité des interventions des sapeurs-pompiers au domicile des victimes ne correspond ni à une situation où la vie

est immédiatement mise en danger ni à des carences d'ambulance. Au-delà de cet exemple, les SIS ne disposent pas de statistique descriptive de leur activité suffisamment précise pour être en mesure de définir efficacement le périmètre et de la conduite opérationnelle de ces missions. De la même façon que le monde hospitalier l'a fait depuis plus de trente ans, les SIS doivent s'atteler à recueillir, analyser et exploiter les données correspondantes à leur activité de SUAP. Le contenu des fiches d'intervention des VSAV et autres véhicules participant au SUAP (VLI, VLM...) doit être

d'organisation et d'intervention qui sont celles des sapeurs-pompiers. En d'autres termes, il ne s'agit pas d'abandonner tout un champ de missions mais plutôt de mieux nous organiser pour apporter une réponse spécifique pour le SUAP et pour les MAP. Cela ne veut pas dire que les sapeurs-pompiers ne doivent pas apporter cette assistance, qu'ils sont au demeurant souvent les seuls à pouvoir offrir. En revanche, cette distinction doit permettre d'une part d'organiser les MAP selon des procédures et avec des moyens mieux adaptés et d'autre part de leur attribuer un mécanisme de financement

« Le pilotage opérationnel relève de l'autorité du Codis »

numérisé puis exploité de manière à connaître l'état des victimes prises en charge ainsi que les actions et soins qui leur ont été apportés par les sapeurs-pompiers. Ce recueil de données est indispensable afin de connaître la réalité des missions effectuées ainsi que la « charge de soins » qui a été mise en œuvre. La conception et la réalisation de cette analyse qualitative doivent notamment s'appuyer sur l'expertise du service de santé et de secours médical (SSSM). De cette connaissance précise de notre activité peut se déduire une doctrine permettant aux services d'incendie et de secours de distinguer les situations qui relèvent de leurs missions de celles qui semblent plutôt devoir être rattachées à d'autres champs d'activités. Cette distinction n'a pas pour seul objet des nécessités de gestion, elle permet également de justifier et de préserver les conditions spécifiques

distinct. À cet égard, les conseils départementaux qui détiennent la compétence de l'action sociale nous apparaissent comme des acteurs majeurs de cette définition. L'état actuel des réflexions consiste à distinguer les interventions qui font l'objet de la réalisation d'une action de secours (qui peut inclure l'insertion dans une filière de soins spécifique, telle que les urgences neurovasculaires), qui relèvent du SUAP, de celles qui ne font l'objet que d'un simple transport sans autre action de secours ni de soin et qui relèvent des MAP. Les sapeurs-pompiers supportent seuls la charge de plus de 90 % des missions de SUAP. Compte tenu des enjeux qui y sont attachés, ils ne peuvent plus se contenter d'en gérer les moyens opérationnels mais doivent assurer également la conduite de la mission. Cette conduite des opérations de SUAP concerne le traitement de l'alerte, le

Une analyse qualitative des interventions SUAP doit permettre de connaître la réalité des missions effectuées.
© FRED VEROY



Le SUAP en chiffres

« L'activité SUAP répond à une règle des 3 x 80 : elle correspond à 80 % des missions, occupe 80 % des personnels et recouvre 80 % du coût de fonctionnement des unités opérationnelles. »

Colonel Grégory Allione, directeur départemental du Sdis des Bouches-du-Rhône

En 2016, 4 542 400 interventions ont été effectuées, soit une augmentation de 2 % par rapport à 2015 dont :

- 288 100 accidents de circulation (+ 3 %)

- 3 505 700 secours à victime et assistance à la personne (+ 3 %)

Avec ses 11 800 agents (soit 5 % des effectifs des Sdis), les services de santé et de secours médical (SSSM) ont participé à 210 900 interventions (+ 1 % par rapport à 2015), soit 6 % des interventions de secours à victime et accidents de circulation.

Au total, 3 645 400 de victimes ont été prises en charge (soit une hausse de + 3,2 %), ce qui représente 5 % de la population directement concernée par le SUAP.

Au plan national, les services d'incendie et de secours disposent de 6 311 véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV).

Sources : pompier.fr

suivi du déroulement de l'opération et le recueil du bilan du chef d'agrès. Le traitement de l'alerte concernant le SUAP mérite aujourd'hui d'être perfectionné. Au motif que l'ensemble de ces appels devrait aboutir à un médecin « régulateur », l'action des CTA est souvent limitée à des procédures rudimentaires de traitement de l'alerte SUAP et confie aux centres 15 beaucoup des décisions d'engagement opérationnel. Au surplus, les discussions interministérielles relatives aux arbres décisionnels de déclenchement des départs réflexes ont été l'occasion pour les représentants des Samu d'en limiter considérablement la portée et d'insister pour que la durée du traitement de l'appel soit aussi brève que nécessaire et le nombre de questions posées sur l'état de la victime soit réduit. La réalité montre que les capacités de ces centres 15 connaissent des limites et que, face aux flux de sollicitations auxquelles ils doivent répondre, beaucoup de ces appels ne font *in fine* pas l'objet d'un dialogue avec le médecin. Il apparaît désormais nécessaire d'adopter des techniques modernes de traitement des appels par des opérateurs non-médecins, telles qu'elles existent dans l'ensemble des pays développés et dont les procédures auraient vocation à être partagées. Si la rapidité du traitement de l'alerte est une exigence fondamentale pour les situations d'urgence immédiate, le traitement des demandes de secours ne peut donc plus se limiter à la recherche d'une dizaine de situations évidentes qui limitent considérablement l'intérêt et la portée de tels arbres décisionnels. Le suivi du déroulement des opérations gagne à bénéficier d'une fonction santé au sein des Codis.

Cette fonction existe actuellement dans une vingtaine de départements, le plus souvent tenue par un infirmier. Cette fonction santé n'a pas vocation à se substituer

au traitement de l'alerte par les opérateurs ni au rôle des Samu. En revanche, elle doit apporter une expertise santé utile notamment à l'analyse et au suivi des opérations particulières, au suivi de l'engagement des moyens SSSM, à l'appui des chefs d'agrès VSAV et à l'analyse en temps réel des interventions. Une gestion plus fine de ces interventions (SUAP, MAP ou encore missions par carences d'ambulanciers) permet une diminution de la sollicitation opérationnelle ainsi qu'une meilleure valorisation des opérations effectuées. Souvent délégué en pratique au service partenaire, ce pilotage opérationnel relève en réalité du plein exercice de l'autorité du Codis. Il en est de même du traitement des bilans des VSAV qui devraient en toute logique être transmis au Codis puisqu'il s'agit du compte-rendu de l'action de ces moyens opérationnels dont le contrôle et le suivi sont importants. Cette fonction de réception et d'analyse des bilans doit être coordonnée avec le Samu en charge du « parcours de soin » mais cette orientation des victimes, qui en pratique ne nécessite le plus souvent pas l'intervention d'un médecin régulateur, ne doit pas être confondue avec la réception d'un bilan qui relève *in fine* d'un acte de commandement.

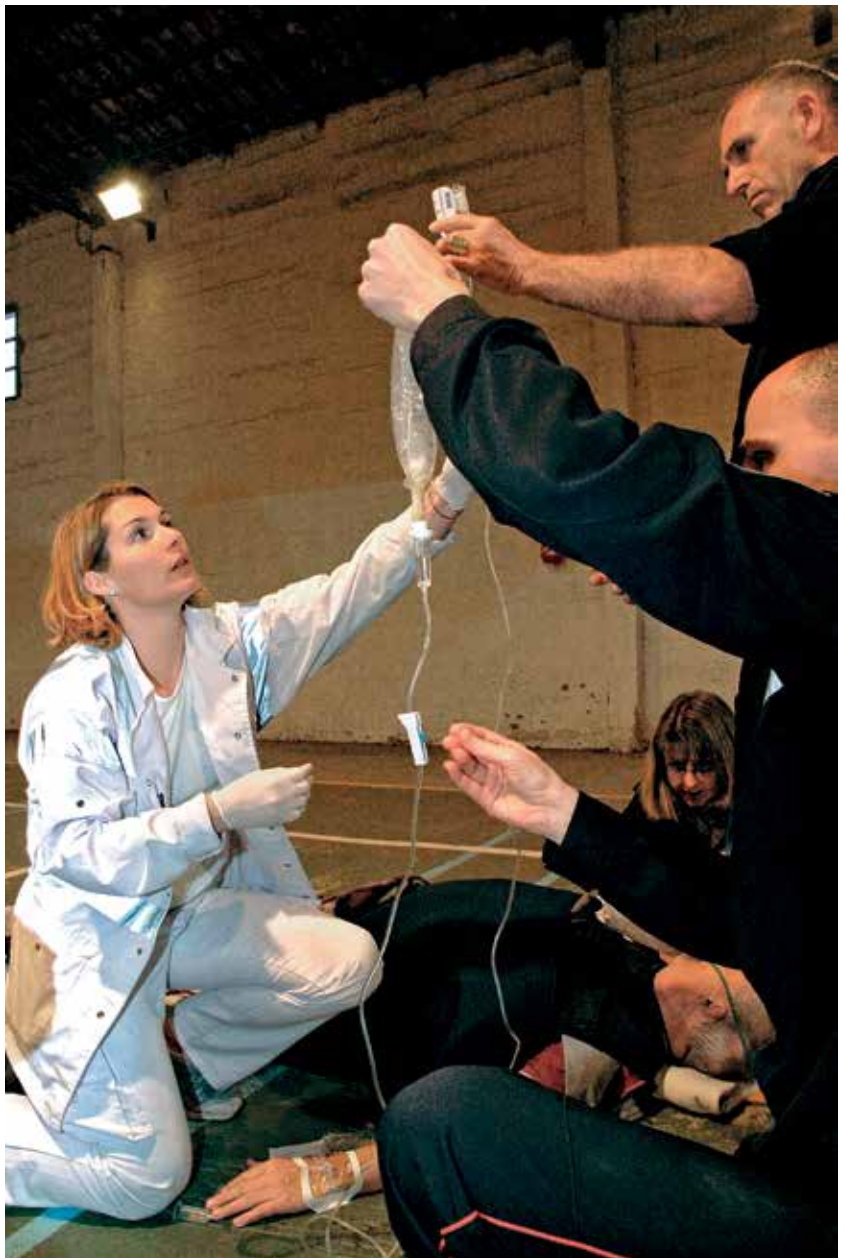
Compte tenu de la nature des enjeux présentés, cette fonction santé au profit des Codis a vocation à être médicalisée. Ce qui est peu envisageable à l'échelle d'un seul département pourrait être mutualisé et une réflexion mérite d'être conduite sur la création de coordinations médicales supra-départementales des moyens du SUAP. À ceux qui seraient effrayés d'une telle idée, rappelons qu'aujourd'hui beaucoup de Sdis transmettent des bilans vers un Samu situé dans un autre département, relevant d'une tout autre organisation, et que ce phénomène ne fait que débiter.

« Le SUAP doit être une mission pilotée par les sapeurs-pompiers »

Évolution des techniques et formation

La légitimité des sapeurs-pompiers à piloter leurs missions de SUAP repose notamment sur la qualité des secours délivrés. Ils ne doivent plus demeurer de simples secouristes mais devenir des techniciens de secours d'urgence aux personnes.

La technique de bilan dite « ABCDE », issue de la formation du PHTLS, permet d'effectuer une évaluation systématisée des victimes et d'apprécier ainsi de manière reproductible leur état de gravité. D'autres formations, comme le TECC (*Tactical Emergency Casualty Care*), développé également par les équipes du PHTLS, sont concentrées sur les soins d'urgence médicaux et non médicaux aux blessés en situation tactique, appliquée à la médecine civile. Au quotidien, les sapeurs-pompiers doivent être formés afin de pratiquer des gestes permettant un gain de temps significatif dans la prise en charge de certaines victimes. Ils doivent notamment être qualifiés pour pratiquer des glycémies capillaires, à la recherche d'une hypoglycémie qu'ils sont éventuellement capables, dans certaines circonstances, de traiter en administrant du sucre. Plus généralement, ils doivent pouvoir bénéficier d'un enseignement de notions d'anatomie et de physiologie plus développées qu'aujourd'hui. Dans ce contexte d'amélioration et de recherche permanente de la qualité du SUAP, les sapeurs-pompiers comptent notamment parmi eux des médecins et des infirmiers qui participent à la réponse de SUAP. Les infirmiers, spécifiquement formés et agissant sous la responsabilité du médecin-chef, peuvent mettre en œuvre des PISU et assurent ainsi un maillage territorial paramédical unique. Dans un contexte de raréfaction des effecteurs médicaux, les infirmiers protocolés permettent une prise en charge rapide et efficace des victimes prises en charge par les



L'enjeu pour la communauté des sapeurs-pompiers consiste à maîtriser et contenir l'activité du SUAP. © FREDO VEROY

sapeurs-pompiers. Au surplus, ces mêmes ressources opérationnelles permettent aux sapeurs-pompiers de bénéficier d'un soutien santé des opérations efficient. Le service de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers comporte également des médecins, urgentistes pour la plupart, apportant soit une réponse médicale de proximité, en complément d'un VSAV et le cas échéant d'un VLI, soit la constitution d'un équipage en binôme avec un infirmier armant un VLM. Ces médecins de sapeurs-pompiers, qui ont souvent une fonction hospitalière, apportent une expertise non seulement sur le terrain, mais également dans un Codis/CTA pour l'analyse et la conduite opérationnelles du SUAP.

C'est ainsi que le service de santé et de secours médical doit être investi dans les domaines opérationnels afin d'accroître l'expertise et la légitimité des sapeurs-pompiers dans la gestion du SUAP. C'est au prix de ces investissements et de quelques audaces que les sapeurs-pompiers s'émanciperont du rôle d'effecteur où ils ont été relégués et deviendront l'acteur majeur du SUAP qu'ils ont vocation à être. Ce n'est qu'ainsi que la profession continuera de progresser et qu'elle assurera la pérennité des autres missions d'incendie et de secours. ■