

Diagnostic et propositions
des sapeurs-pompiers de France

CRISE DU CORONAVIRUS

COVID-19

Synthèse





PANDÉMIE DE COVID-19 :

D'UNE MAUVAISE ADMINISTRATION DE L'ÉVÈNEMENT À UNE GESTION DE CRISE ÉLOIGNÉE DES PRINCIPES FONDAMENTAUX

Le choix politique opéré consistant à considérer cette crise comme crise purement sanitaire et en confier le pilotage, sous l'autorité du Premier ministre, au ministre des solidarités et de la santé, suscite un vif étonnement de la part de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (FNSPF) :

- Il ne respecte pas l'organisation prévue par le plan Pandémie grippale de 2011¹, qui confie la conduite opérationnelle de la crise au ministère de l'intérieur et à la chaîne territoriale des préfets ;

► **Ce plan l'indique explicitement :** « une pandémie de grippe peut impacter tous les secteurs de la vie du pays et la réponse exige la synergie de moyens relevant de la plupart des ministères, ainsi que des collectivités et des entreprises. C'est pourquoi la stratégie de réponse ne peut être que plurisectorielle. »

En l'espèce, la dimension sanitaire a été considérée de manière trop exclusive alors que la crise, par son caractère intersectoriel et son impact général sur les populations et la société, était une crise de protection civile.

- Une crise d'ampleur est toujours, par nature, interministérielle. Pour être efficace, sa gestion doit, comme dans toute intervention de secours, mobiliser un directeur (ou un pilote) unique, un commandant des opérations unique et un ou plusieurs conseillers et acteurs techniques.

¹ Plan national de Prévention et de lutte « Pandémie grippale » n° 850/SGDSN/PSE/PSN, octobre 2011.

Ces principes ont été bafoués dans la gestion de cette crise. Il a ainsi observé :

- Non seulement une multiplicité et une succession des décideurs, directeurs et commandants de crise ;
- Mais de surcroît, la dévolution au conseiller technique (le ministère et les administrations de la santé) du rôle de commandant de crise, alors que rien dans son organisation ni dans sa culture ne le prédisposait à tenir cette fonction.

► **La gestion de crise repose sur 3 grands principes :**

- **Un commandement unique** (après prise en compte de tous les aspects interministériels) ;
- **Une déclinaison unique dans les territoires :** traditionnellement assurée dans notre pays par les préfets de zones et de départements (coordination des administrations territoriales de l'Etat, de la réponse des collectivités locales, des acteurs économiques et associatifs) ;
- **La mobilisation de toutes les forces qui contribuent à la résilience des territoires :** élus locaux, forces de sécurité intérieure, de sécurité civile, professionnels de santé, bénévoles associatifs, partenaires sociaux.

Le choix de distinguer la gestion sanitaire des autres impératifs de la crise a conduit à transgresser chacun de ces principes :

- La conduite de la crise a reposé sur une organisation atypique, avec :
 - Dans un premier temps (du 27 janvier au 17 mars), une réponse de l'Etat exclusivement pilotée par la direction générale de la Santé.
 - Puis ensuite : une organisation bicéphale entre les ministères des solidarités et de la santé (MSS) et de l'intérieur avec deux états-majors et deux chaînes de commandement à la culture et à l'organisation territoriale différentes.
- Cette organisation, conjuguée à la succession des décideurs de crise² et à la multiplication des cellules anticipation et logistiques dans les ministères, a contribué à :
 - Opacifier le lieu de décision stratégique ;
 - Favoriser le travail « en silos » des administrations plutôt qu'une gestion interministérielle de la crise : cette situation a ainsi notamment conduit à limiter aux personnels soignants les mesures de soutien (accès aux écoles et aux crèches) et de protection (masques ; tests de dépistage...), à l'exclusion des sapeurs-pompiers, pourtant engagés à leurs côtés en ligne et également exposés au virus dans les territoires impactés ;

- Complexifier les lignes de communication, nuisant à la remontée d'informations.

■ Cette situation est illustrée :

- D'une part, par l'installation tardive le 17 mars³ de la CIC⁴ Beauvau, « outil (sur lequel le Premier ministre s'appuie pour) le pilotage politique et stratégique de l'action gouvernementale en matière de gestion des crises majeures », où le MSS a souvent de surcroît été absent⁵.
- D'autre part, par la réduction à partir de ce stade du COGIC⁶ à un rôle de veille et de mise en œuvre, alors que sa participation à la gestion opérationnelle de la crise entre janvier (activation en niveau 2 le 27 janvier⁷) et le 17 mars aurait été utile pour prendre en compte sa dimension multisectorielle.

■ **Les structures administratives de la santé sont apparues comme lourdes et rigides :**

- Leur verticalité a conduit à marginaliser l'offre de soins libérale par rapport à l'hôpital public.
- Les délégués territoriaux (DT) des agences régionales de santé (ARS) ont paru trop souvent abandonnés par l'ARS et manquer de toute capacité décisionnaire dans l'urgence.
- Les ARS ont répondu à ce pourquoi elles avaient été conçues : des administrations du système de santé. Aucunement préparées à la gestion des situations d'urgence, elles ont semblé accaparées par la gestion de l'offre de soins en réanimation hospitalière, la remontée statistique et le contrôle des données sanitaires dont le partage (avec les préfets, les élus...) était nécessaire à la coordination territoriale des acteurs. Certaines ARS ont ainsi donné pour instruction aux DT ARS et directeurs d'hôpitaux de mettre un terme à toute communication avec les préfets de départements, privant ces derniers des informations nécessaires à la coordination des opérations de secours. Elles ont trop longtemps négligé les EHPAD, laissant seules les collectivités territoriales face au décès en nombre des personnes âgées⁸.

**Les événements ont été administrés,
plus que gérés, conduisant à privilégier
un rôle de supervision aux dépens
de la prise d'initiatives et de responsabilités
des acteurs de terrain.**

² Le Pr SALOMON, puis le Préfet THIRION, le Préfet DEGOS, M. CASTEX, M. RIBADEAU-DUMAS, et le Préfet ROBIN.

³ Le 17 mars. Les 3 premiers cas recensés en métropole datent du 24 janvier, le déclenchement du stade 2 du plan ORSAN REB -qui vise à freiner la propagation du virus sur le territoire- du 29 février.

⁴ Cellule interministérielle de crise.

⁵ Circulaire n° 5567 SG du Premier ministre du 2 janvier 2020 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures.

⁶ Centre opérationnel de gestion interministérielle des crises, DGSCGC, ministère de l'Intérieur.

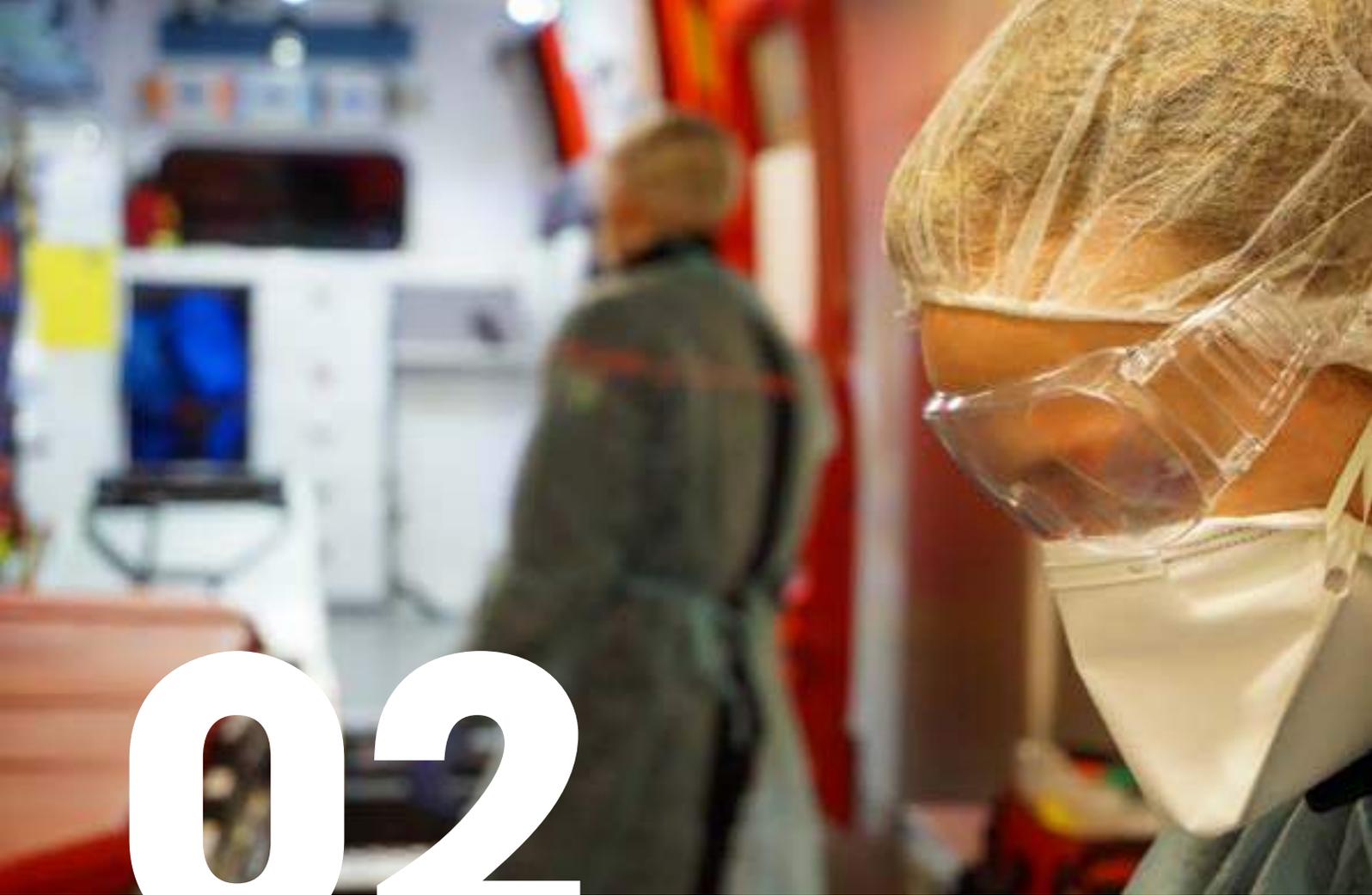
⁷ Le premier cas confirmé a été déclaré le 24 janvier.

⁸ Cf. à ce sujet le coup de gueule (Sud-Ouest, édition du 30 mai 2020) de Dominique BUSSEREAU, président du Conseil départemental de la Charente-Maritime et de l'Assemblée des départements de France, d'apprendre par la presse le décès de 16 pensionnaires de l'EHPAD de Tonnay-Charente, établissement dont il est politiquement responsable !

■ Architectes éprouvés du dialogue avec les élus locaux, les collectivités territoriales, les services publics (police, gendarmerie, sapeurs-pompiers) et les partenaires sociaux, **les préfets semblent avoir été relégués au second rang dans la gestion de la crise en raison d'une absence de dialogue avec les ARS. De ce fait, leur prise en main de la gestion de crise n'a pas été homogène jusqu'à la mise en place le 2 avril de la commission Castex chargée de préparer le déconfinement. Les services d'incendie et de secours (SIS) ont été confrontés à de vives difficultés dans les départements où les préfets n'étaient pas en mesure d'assurer le pilotage de la crise. En revanche, des préfets en position de gérer la crise ont permis aux structures concernées de s'adapter et de fonctionner correctement** de même que lors de la phase de déconfinement des populations.

Au final, plutôt qu'une crise sanitaire, la gestion de cette crise s'est résumée à des **problématiques de leadership et de communication**.

La conjonction de ces éléments explique les **nombreuses incompréhensions et insuffisances ressenties par les acteurs de terrain** (sapeurs-pompiers mais aussi médecins généralistes), que la qualité des relations de coopération avec les collectivités territoriales et les acteurs économiques locaux, la souplesse de gestion voire le « système D » ont dû et réussi à corriger (exemples de l'accueil des enfants des personnels mobilisés en 1ère ligne, des masques et des équipements de protection).



02

UNE PARTICIPATION DES SAPEURS-POMPIERS

PEU SOUHAITÉE PAR LES
GESTIONNAIRES DE LA CRISE,
MAIS RENDUE NÉCESSAIRE
PAR L'INTENSITÉ DE LA PANDÉMIE.

Dernier service public de santé des territoires avec 4,13 millions d'interventions (84% de leur activité) dédiée au secours d'urgence aux personnes (SUAP), les sapeurs-pompiers étaient **prédisposés à être des acteurs majeurs de cette crise**, auprès des populations comme en soutien du système de santé et du système médico-social.

De ce fait, l'omniprésence et le monopole médiatique de la santé dans la gestion de cette crise ne reflètent pas la réalité des actions conduites.

En effet, le **MSS a trop souvent paru vouloir faire face, seul et de manière excessivement verticale, à la crise, sans recourir à d'autres partenaires.**

Lors de cette crise, mais cet épisode n'est que le prisme grossissant des difficultés vécues au quotidien, **le mot d'ordre national** (spontané ou sous influence mandarinale ?) **semble avoir été : « tout sauf les sapeurs-pompiers ! » Cette consigne n'a heureusement pas toujours été appliquée par des responsables hospitaliers pragmatiques et constructifs.**

► **Ce mot d'ordre s'est traduit par une volonté de captation des ressources de la sécurité civile illustrée :**

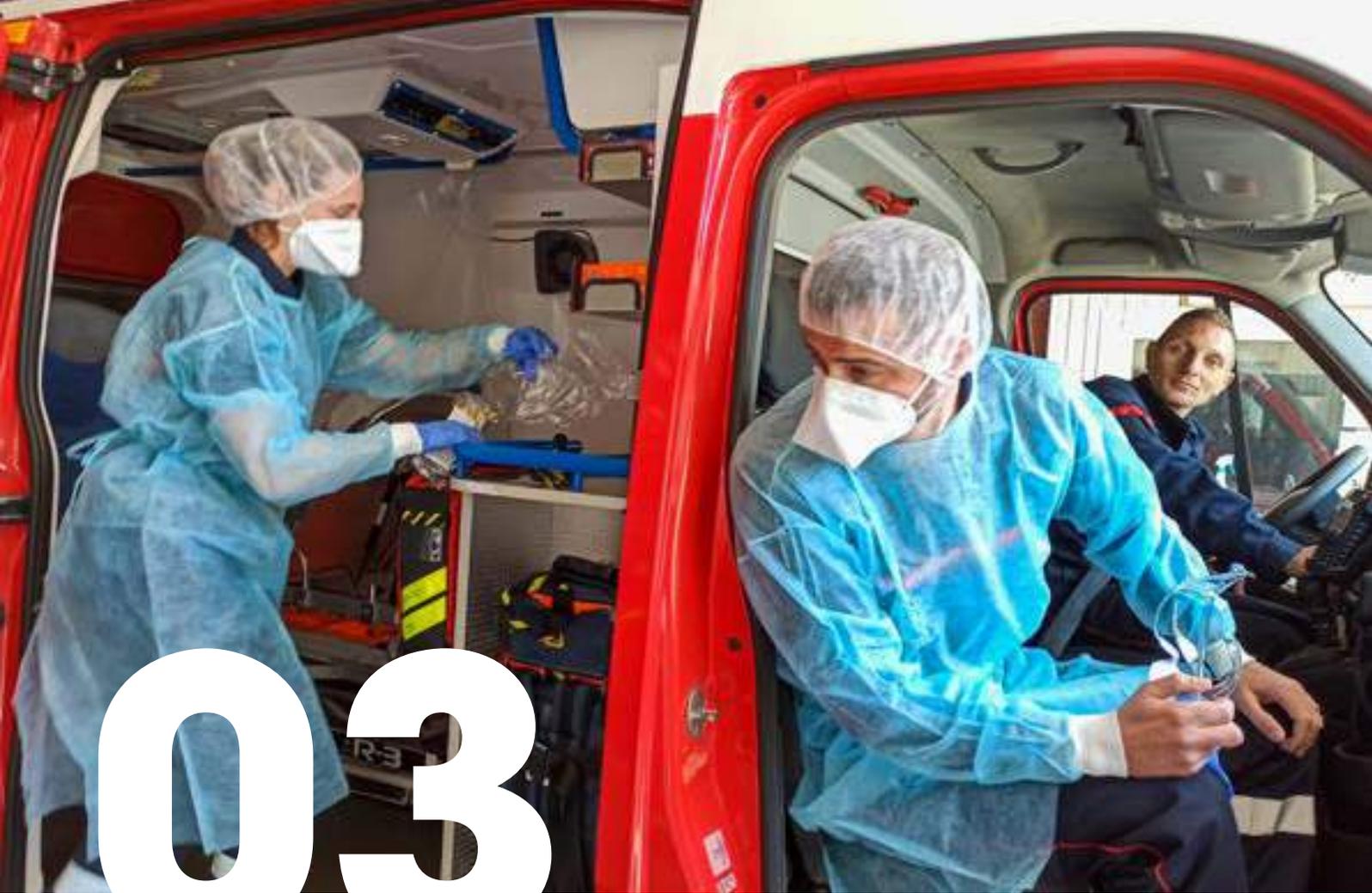
- D'une part, par des tentatives de débauchage individuel des professionnels de santé du service de santé et de secours médical (SSSM) des SIS (sapeurs-pompiers volontaires à 95%) dans le cadre des appels à rejoindre la réserve sanitaire. Il aurait été préférable de solliciter les SIS, et notamment leurs SSSM, en termes d'«effet à obtenir»⁹ ;
- D'autre part, par l'emploi direct et l'envoi en première ligne par les ARS des bénévoles des associations agréées de sécurité civile (AASC), moins bien protégés et moins préparés que les sapeurs-pompiers face à tout type de situation, au détriment de l'unité de commandement des acteurs de la sécurité civile et de leurs moyens sous la direction opérationnelle des préfets. Ce mouvement a hélas été largement favorisé par l'absence de prise en compte des AASC par les SIS dans la réponse du risque courant.

De ce fait, les sapeurs-pompiers et leur SSSM partagent très largement le sentiment d'un sous-emploi et d'une insuffisance, voire d'une absence de prise en compte par les autorités nationales et régionales de santé, dans la gestion de cette crise¹⁰.

Est-ce le fait de leur statut territorial ? Les sapeurs-pompiers et leur SSSM n'ont pas été pris en compte dans le calcul des moyens nationaux mobilisables, avec pour résultat des effectifs disponibles, compétents mais sous-employés au regard des besoins.

⁹ Comme pour les postes médicaux avancés à l'entrée des centres hospitaliers.

¹⁰ 1^{er} exemple : le refus par une ARS de la médicalisation des évacuations sanitaires hélicoptérées de victimes par le SSSM- 2nd exemple : l'éviction systématique des sapeurs-pompiers des TGV sanitaires mis en place pour assurer les transferts interrégionaux de victimes.



LA MOBILISATION DES SAPEURS-POMPIERS :

UNE FORTE RÉACTIVITÉ, DES ACTIONS SOUPLES ET POLYVALENTES ET UNE COOPÉRATION ÉTROITE AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DU SECTEUR MÉDICOSOCIAL AU SERVICE DE LA RÉSILIENCE DES TERRITOIRES.

¹¹ Chiffre à début juillet 2020.

Malgré toutes ces insuffisances, la coopération entre les sapeurs-pompiers et les acteurs de la Santé s'est organisée globalement de manière satisfaisante au niveau local. L'agilité territoriale a permis de compenser les pesanteurs de l'Etat central.

L'anticipation des scénarios de crise et leur gestion en mode dégradé, lorsque les moyens nécessaires ne leur sont pas toujours accessibles, sont intégrées dans la culture opérationnelle des sapeurs-pompiers.

Cette culture de l'anticipation a été prégnante dans la préparation à la menace du Covid-19 : en veille dès le 25 janvier, la cellule de suivi du SDIS de l'Oise a ainsi été activée un mois plus tard, dès après le premier décès lié au virus. Il en est de même de nombreux SDIS.

Pour répondre à l'état d'urgence sanitaire, les sapeurs-pompiers ont démontré **une grande polyvalence. Ils se sont mobilisés en réalisant près de 100 000 interventions¹¹ Covid-19, et en allant lorsque cela était nécessaire au-delà de leurs compétences habituelles et quotidiennes.**

Cette forte capacité d'adaptation a été saluée par leurs autorités de gouvernance (ministre de l'Intérieur, présidents de l'Assemblée des Départements et de l'Association des Maires de France).

L'absence de positionnement de la Sécurité civile dans la gestion de cette crise a pu conduire à ne jamais utiliser

aucun des quatre établissements de soutien opérationnel et logistique (ESOL) dont le soutien aurait pu être déterminant pour la mission de distribution de masques aux acteurs de terrain engagés contre l'épidémie.

Un autre système a été privilégié, dépourvu de toute expérience dans ce domaine.

Les sapeurs-pompiers ont été confrontés à une absence de tests de dépistage et de protection, notamment pour ceux d'entre eux qui ont été fragilisés dans leur activité professionnelle du fait de leur participation à la lutte contre le COVID (exemple d'une SPV assistante maternelle licenciée dans les Pyrénées-Atlantiques, en raison de la crainte de ses employeurs qu'elle contamine l'enfant dont elle assurait la garde).

Par ailleurs, le pilotage de la crise par le directeur des sapeurs-pompiers du fait de l'empêchement pour raisons de santé du DGSCGC **fait l'objet de vives critiques :**

- Retard dans la prise en compte des alertes des DDSIS du Grand Est sur la gravité de la crise jusqu'à l'arrivée de l'épidémie en Ile-de-France ;
- Parution tardive d'une directive inappropriée en matière de doctrine d'équipements de protection individuelle ;
- Pressions sur les DDSIS des territoires sous tension pour qu'ils abaissent le niveau de protection de leurs agents et le mettent en conformité avec celui des personnels soignants, confrontés à une situation de pénurie ;
- Recours à des élèves-policiers et à des élèves de l'Ecole de guerre plutôt qu'à des officiers de sapeurs-pompiers dans la gestion de la CIC.

► La gestion locale de cette crise sanitaire doit sa réussite à quatre facteurs :

1 Le lien solide et étroit unissant les sapeurs-pompiers aux préfets de départements et aux élus locaux, en particulier les maires, en matière de gestion de crise : toutes les leçons doivent à cet égard être tirées du succès de la gestion du déconfinement des populations, dont les préfets et les maires ont été les pivots, mobilisant l'ensemble des acteurs de la résilience des territoires.

2 L'agilité et la robustesse des organisations opérationnelles mises en place depuis la départementalisation des SDIS il y a 20 ans, animés par la DGSCGC.

3 La performance comme la puissance d'un modèle hybride qui associe, sur le terrain, des fonctionnaires civils ou militaires (les SP professionnels) et des citoyens engagés (les SP volontaires), dont l'action complémentaire offre un maillage sans équivalent du territoire¹².

4 Enfin, la qualité des liens de coopération noués localement entre les sapeurs-pompiers et les professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, habitués à travailler ensemble au plus près des territoires et des populations.

Lorsque les SDIS et leur SSSM et les services d'urgence hospitaliers ont su travailler en bonne intelligence (comme dans le Haut-Rhin notamment), de nombreuses difficultés opérationnelles ont pu être surmontées.

Grâce à l'adaptation du régime de travail des professionnels et à la forte disponibilité des volontaires, les sapeurs-pompiers ont pu **porter le potentiel de réponse à hauteur de la sollicitation opérationnelle.**

Ils ont fait face à la forte augmentation (30 % en mars dans le Haut-Rhin) du nombre d'interventions pour secours d'urgence aux personnes liée au Covid-19, et démontré leur forte technicité au profit de la population.

La décision du Gouvernement d'orienter vers le numéro 15 les appels des citoyens connaissant un doute sur leur état de santé à propos du Covid-19 a eu pour conséquence immédiate de **saturer les centres de réception et de régulation des appels (CRRA-15)** d'un très grand nombre d'appels souvent bien éloignés de toute urgence réelle et de les rendre ainsi pendant plusieurs semaines inaccessibles dans des délais compatibles avec l'urgence immédiate.

Ainsi les SAMU, notamment ceux d'Île-de-France, ont été visiblement submergés.

Il a été relevé sur la journée entière du 11 mars 2020, dans un département francilien, un délai moyen de réponse du SAMU de 37 minutes et 40 secondes. Au SAMU de Paris, le 13 mars 2020, seuls 6 % des appels étaient décrochés dans la minute et l'attente maximale au 15 s'est élevée à 12 minutes et 40 secondes.

Déjà le 25 février 2020, dans un CHU hors Île-de-France, 40 % des appels au SAMU étaient décrochés en plus de 2 minutes.

En comparaison, en Autriche : au plus fort de la crise, le plus long temps d'attente des appels a été de 3 minutes 26 secondes sur la ligne d'appels non-urgents.

Et aucun temps d'attente n'a été observé sur la ligne des appels urgents !

Contrairement à ses homologues, **la France n'a pas anticipé et n'a pas tiré les leçons des précédentes crises sanitaires : tous les pays qui ont mis en place un numéro d'appel non-urgent¹³ distinct du numéro de secours d'urgence indiquent que ce numéro a été très utile pendant la pandémie.**

Face à cette saturation des services d'aide médicale urgente (SAMU) observée dans les premières semaines de la crise, de nombreux services d'incendie et de secours (SIS) ont mis en place **des coordinations médicales et**

¹² 6339 centres d'incendie et de secours (source : ministère de l'intérieur, DGSCGC, 2019).

paramédicales au sein de centres opérationnels départementaux d'incendie et de secours (CODIS), qui ont permis :

- D'une part, d'apporter un appui au traitement de l'alerte par les opérateurs 18-112 ;
- D'autre part, de traiter de manière autonome les bilans des véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) et des véhicules médicaux et paramédicaux des SIS.

Les sapeurs-pompiers ont pu, de même, **venir en appui du système sanitaire** de multiples manières : appui à la régulation médicale des CRRRA-15, réalisation de transports secondaires inter-hospitaliers médicalisés, médicalisation des hélicoptères de la Sécurité civile, transports sanitaires par carence d'ambulances privées, mise à disposition des professionnels de santé d'EPI et de matériel médical, installation de « SAS » Covid-19 en amont des hôpitaux, mise en œuvre de centres de dépistage...

Sur demande des ARS ou de manière spontanée, **les SIS et le réseau associatif des sapeurs-pompiers sont également intervenus en appui du système médico-social**, notamment dans les EHPAD, que ce soit pour la réalisation de tests de dépistage des résidents et des soignants, la décontamination des locaux, l'accueil des familles ou tout simplement l'entretien du lien social avec les personnes âgées.

Par leur expertise métier, les médecins, pharmaciens, cadres de santé, infirmiers, psychologues et vétérinaires des SSSM ont permis aux SIS d'anticiper et d'affronter plutôt que de subir la crise : participation au traitement des appels 18-112 et traitement internalisé des bilans SUAP face à l'indisponibilité des CRRRA-15, suivi de l'aptitude opérationnelle des agents, dépistage des cas suspects, soins d'urgence aux agents malades, soutien psychologique, continuité de la chaîne d'approvisionnement des unités opérationnelles (médicaments, oxygène, gel hydroalcoolique...), médicalisation et para-médicalisation des secours et des évacuations sanitaires...

Les sapeurs-pompiers ont ainsi fait preuve de réactivité et d'adaptabilité.

C'est cette même réactivité, qu'il convient de saluer, dont ont fait preuve les professionnels de santé ambulatoires et les personnels hospitaliers : infirmières, aides-soignants pour accroître les capacités d'accueil en réanimation et accompagner les personnes malades.

¹³ Le 111 au Royaume-Uni ; le 116 117 en Allemagne, en Finlande ou en Norvège (source : EENA 112)



04

LES ENSEIGNEMENTS

NÉCESSAIRES DE CETTE CRISE :

- UNE REFONTE EN PROFONDEUR DU SYSTÈME DE SANTÉ FONDÉE SUR LA TERRITORIALISATION ET LA COOPÉRATION DES ACTEURS
- UNE ATTRIBUTION CLAIRE ET SANS APPEL AU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR DU PILOTAGE OPÉRATIONNEL DES CRISES SUR LE TERRITOIRE NATIONAL
- UNE NOUVELLE AMBITION DE PROTECTION CIVILE FAISANT DES SAPEURS-POMPIERS DES ACTEURS MAJEURS DES URGENCES PRÉHOSPITALIÈRES ET DE LA GESTION DES CRISES

Les enseignements de cette pandémie doivent être tirés et donner lieu à **une refonte de l'action publique pour améliorer durablement la préparation et la gestion des crises.**

L'épisode de la pandémie de grippe H1N1, dont les conclusions du retour d'expérience ont vite cédé à la pression des considérations budgétaires, doit servir à la fois d'alerte et de contre-exemple.

Malgré la mobilisation remarquable sur le terrain des professionnels de santé, du secours et des forces de sécurité, cette crise sanitaire a avant tout mis en lumière **un important manque d'anticipation.**

Trop souvent, ce sont **les moyens qui ont dicté la doctrine.**

Bien entendu, cette crise doit être, en premier lieu, l'occasion de **réformer en profondeur notre système de secours d'urgence préhospitaliers et de santé** en réorganisant l'articulation entre la médecine libérale et l'hôpital.

Cette réforme ne peut se fonder sur les thèses des promoteurs du système de santé des années 1980, dont les fondements mêmes (l'hospitalocentrisme, « le tout aux urgences publiques »...) sont à l'origine des difficultés rencontrées dans la gestion de l'épidémie du Covid-19 et dans la crise hospitalière qui l'a précédée.

Le diagnostic posé en 2017 par le Président de la République est juste : **notre système de santé souffre en premier lieu d'un handicap d'organisation**. Il n'est plus adapté ni à la demande, ni à l'offre de soins.

► Exemple lors de cette crise, les transferts de victimes entre régions par TGV sanitaires : **l'évacuation, très fortement médiatisée, de victimes entre régions par voie ferroviaire suscite plusieurs interrogations.**

- La réalité de la saturation de l'offre de soins locale, notamment au regard de l'état capacitaire des établissements d'hospitalisation privés.
- Était-il toujours efficace de faire parcourir des centaines de kilomètres par voie ferroviaire aux victimes, alors que des moyens habituels étaient disponibles ou constitués. Ces derniers n'ont pas été sollicités, comme c'est toujours le cas lors des événements tragiques (attentats).
- L'intensité de la communication développée autour de ces opérations contraste avec le peu de considération apportée à la situation des EHPAD.

Son excès de centralisation est source de lourdeur, d'inertie et d'inertie décisionnelle. La fusion de l'EPRUS¹⁴ au sein de Santé publique France suscite quelques interrogations quant à son efficacité opérationnelle.

L'opposition systématique de la Santé à l'évolution des pratiques n'a ainsi pas permis, au plus fort de la crise, d'élargir le champ **des gestes techniques réalisés par les sapeurs-pompiers au profit des victimes**.

Les sapeurs-pompiers doivent être des soldats de la vie, des acteurs du « Care ».

Ils doivent également être en mesure **de travailler avec les professionnels de santé des territoires** (maisons de santé, communautés professionnelles territoriales de santé, EHPAD...) sans être obligés d'évacuer toutes les victimes prises en charge vers les urgences hospitalières ; cette faculté, déjà affichée dans les ambitions du « référentiel SAP-AMU » de 2008 – aujourd'hui largement obsolète –, n'a jamais été véritablement mise en œuvre.

À cet effet, la crise du Covid-19 l'a démontré : il faut **simplifier et mettre en cohérence l'organisation des appels d'urgence**, comme souhaité par le Président de la République le 6 octobre 2017.

Dans nombre de départements, des délais de réponse au 15 ont été observés totalement hors de proportion avec la prétention à constituer la première réponse à des situations de détresse immédiate.

Il faut changer la situation actuelle, qui voit s'acheminer dans la même file d'attente les appels pour une grippe et ceux pour un arrêt cardiaque.

Un numéro de santé au champ aussi large que prétend l'être celui du futur « service d'accès aux soins » (SAS) ne doit pas être, en même temps, le numéro d'appel d'urgence.

L'argument avancé à l'appui du projet « SAS », selon lequel un tri initial serait effectué par le premier assistant de régulation médicale permettrait précisément cette polyvalence, ne résiste pas à l'épreuve de la réalité : cela supposerait des effectifs humains considérables – non financés dans le projet présenté – et les services dirigés par les concepteurs-mêmes de ce projet ont vu leur accessibilité s'effondrer face à la crise !

La création avec le 113 d'un numéro unique de santé, préconisée par le syndicat Samu-Urgences de France, pour le SAS, **apparaît donc après la crise comme une posture du passé**, pré Covid-19, liée à l'époque révolue du « tout aux urgences ». Sa mise en place reconduirait en réalité le statu quo 18-15 dont on connaît aujourd'hui l'inefficacité.

Aucun pays ne fait le mélange appels santé urgents et non-urgents, comme cela est proposé en France avec le 113.

De ce fait, **le 112, armé par des centres départementaux d'appels interservices** dédiés (police, gendarmerie, SAMU, sapeurs-pompiers), doit devenir **le numéro de toutes les urgences**.

La crise du COVID a démontré toute **l'utilité des plateformes communes de gestion des appels d'urgence** : les départements dotés de telles plateformes (exemples de l'Ain, de la Haute-Savoie, des Vosges ou de l'Essonne) ont ainsi pu absorber sans grande difficulté le pic d'appels généré par la crise du COVID.

À l'étranger, dans les pays dotés de tels systèmes communs (comme la Finlande), la baisse des appels d'urgence aux sapeurs-pompiers et à la police a permis d'éviter d'avoir à recruter, ce qui démontre l'intérêt de telles plateformes en termes de maîtrise des moyens et des coûts. Les enseignements de la crise du COVID doivent également être tirés en matière de sécurité et de résilience des centres d'alerte : alors que certains médecins régulateurs du 15 ont été contaminés parce qu'ils exerçaient en SMUR, la sanctuarisation immédiate des personnels des CTA-CODIS leur a permis d'éviter toute contamination.

En parallèle des plateformes communes dédiées à l'urgence autour du 112, le 116 117 doit devenir le numéro unique du service d'accès aux soins.



Cette transformation permettrait de redonner tout leur rôle aux professionnels de santé de ville, qui constituent, avec les 55 000 médecins généralistes, 120 000 infirmières libérales, près de 4 000 laboratoires de biologie médicale et 21 000 officines de pharmacie, une force sous sollicitée dans le système actuel du « tout 15 », axé majoritairement sur la réponse hospitalière.

Durant la crise du COVID, les pays qui disposaient d'un numéro médical d'appel non-urgent ont évité l'embolie de leur numéro d'appel d'urgence.

En Suède par exemple, le 113 13 (numéro de non-urgence médicale) a reçu le pic des appels COVID, sans quasiment aucun impact sur le 112 (appels d'urgence)¹⁵.

Les sapeurs-pompiers de France, mais aussi les élus en charge de la gouvernance des SDIS et tous les syndicats de médecins généralistes, appellent de leurs vœux cette organisation en deux numéros :

- Pour rompre avec le déversement d'appels d'urgence constaté avant la crise sanitaire asphyxiant les hôpitaux et les SIS.
- Pour nous conformer à nos engagements européens.
- Et pour construire une organisation lisible pour nos concitoyens, garante de la réception par chaque acteur des appels de son ressort, pour le bon exercice de sa mission.

Cette nouvelle organisation doit permettre à la fois :

- De redonner leur place aux professionnels de santé des territoires ;
- De développer le travail avec eux ;
- Et de rendre des capacités financières aux hôpitaux, en dégageant les urgences d'appels qui les asphyxient.

La réponse aux demandes de secours et de soins d'urgence doit être mieux territorialisée pour permettre des prises de décision locales rapides, différenciées et adaptables à la diversité des situations et des besoins.

La région apparaît trop vaste, trop éloignée (la Nouvelle-Aquitaine est aussi vaste que l'Autriche ou le Danemark...).

Le département, échelon des solidarités sociales et départementales, apparaît comme le niveau adéquat.

En second lieu, plusieurs enseignements doivent en être tirés dans l'organisation de notre dispositif de gestion des crises, pour mieux prévenir, préparer et affronter les crises futures (climatiques, sanitaires, terroristes...).

► **Notre pays doit :**

- **Privilégier les systèmes à la fois réactifs et en capacité de planifier, de se projeter dans le long terme**
- **Conforter les trois principes fondamentaux de notre doctrine de gestion des crises** : l'unicité de commandement, la déclinaison territoriale en appui sur le réseau des préfetures et la mobilisation de toutes les forces résilientes, publiques comme privées, des territoires.

Ces principes, cette doctrine et ces plans constituent le socle de l'organisation et de l'anticipation qui doivent présider à toute gestion de crise

Ils n'ont hélas pas été mis en pratique durant cette période et le plan Pandémie grippale issu de la grippe H1 N1 n'a pas été respecté.

Cette crise sanitaire a confirmé les rivalités entre les ministères mises en lumière lors de précédents épisodes (l'épisode neigeux de 2010, l'accident ferroviaire de Brétigny-sur-Orge le 12 juillet 2013, l'incendie de l'usine Lubrizol le 26 septembre 2019¹⁶).

Lors de chaque situation exceptionnelle, les enjeux politiques, médiatiques et administratifs sont intenses, et pourraient donner lieu à une unicité de doctrine de prise de parole, ce qui n'apparaît pas dans le cas présent.

Le ministère de l'Intérieur, pilote traditionnel de la gestion des crises sur le territoire national, doit rester le garant de la parole de l'exécutif.

Au niveau national, **notre modèle de gestion de crise doit donc être renforcé en profondeur** pour développer l'anticipation, la planification mais également la coordination interministérielle.

¹⁵ Source : EENA 112.

¹⁶ Se sont rendus sur place outre le Premier ministre E. PHILIPPE et le ministre de l'Intérieur C. CASTANER, les ministres de la Santé A. BUZYN, de la Transition écologique E. BORNE et de l'Education nationale JM. BLANQUER.

Cela relève d'un **choix de nos autorités politiques** entre deux scénarios : réaffirmer le ministère de l'Intérieur comme responsable de la conduite opérationnelle des crises sur le territoire national, ou placer la gestion des crises à un niveau interministériel.

► PREMIER SCÉNARIO ◀

La réaffirmation des choix du Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2008 (dont découlent la circulaire du Premier ministre de 2012, le plan Pandémie grippale de 2011...).

Conformément à la tradition française, **le ministère de l'Intérieur est réaffirmé comme responsable de la mise en œuvre du cadre général de la conduite opérationnelle des crises sur le territoire national**, sans préjudice du rôle du ou des ministères directement impliqués par la nature même de l'événement.

Cela suppose que le ministère de l'Intérieur, aujourd'hui quasiment réduit à la sécurité intérieure, retrouve un périmètre d'action dont il s'est vu amputer depuis quasiment dix ans : les relations avec les collectivités territoriales, l'aménagement et la solidarité entre les territoires.

En son sein, **la DGSCGC doit se voir redonner l'ambition ayant présidé à sa création en 2011, malheureusement trop peu déclinée** : celle de préparer notre pays à la gestion de crises de toute nature et d'en assurer la mise en œuvre, grâce à un continuum entre planification et action de crise et à la veille permanente opérée par le COGIC et, en cas d'activation, la CIC.

Cela exige de :

- Clarifier les compétences et les relations entre le SGDSN et la DGSCGC, comme entre le COGIC/CIC et les centres opérationnels des différents ministères ;
- **Faire évoluer la DGSCGC** pour qu'elle reflète ce qu'est la sécurité civile dans les territoires, comme ses homologues de la police et de la gendarmerie : la DGSCGC doit intégrer aux postes stratégiques des cadres sapeurs-pompiers dans son organisation afin de poursuivre son évolution vers une direction métier.

Conformément à la volonté de son directeur général, le Préfet Alain Thirion, cette crise doit également accélérer **la création auprès du DGSCGC et donc du ministre de l'Intérieur d'un état-major opérationnel de sécurité civile** composé (comme pour la police et la gendarmerie) d'officiers de sapeurs-pompiers rompus, par leur formation et leur expérience professionnelle, à la gestion des crises : la préparation des crises et l'anticipation de la réponse doivent être confiées à ceux qui les gèrent dans les territoires et sont au plus près des besoins du terrain.

A l'instar de ses homologues de la police et de la gendarmerie nationale, **la fonction de conseiller sécurité civile** au sein de la mission opérationnelle de sécurité et de défense auprès du ministre de l'Intérieur **doit également échoir à un sapeur-pompier**.

Une revoyure de la réforme des emplois supérieurs de direction de 2016 doit être engagée, pour favoriser l'inscription du parcours des officiers de sapeurs-pompiers dans un parcours de mobilité dans les services centraux et déconcentrés de l'Etat, et y inclure les médecins-chefs dans un contexte où les enjeux sanitaires apparaissent de plus en plus stratégiques dans l'activité des SIS.

En anticipation de la multiplication des situations exceptionnelles et des crises, les sapeurs-pompiers doivent également venir **renforcer les EMIZDS¹⁷**, structures qu'ils ont créées et commandent depuis 1987 sous l'autorité des préfets, et qui ont fait la preuve de leur efficacité dans la gestion des crises successives vécues par notre pays, lesquelles relèvent en écrasante majorité de la sécurité civile.

► SECOND SCÉNARIO ◀

Placer la gestion des crises à un niveau interministériel, à travers le rattachement au Premier ministre des services de la Protection civile (comme en Italie) ou d'un ministère chargé de la gestion des crises et des situations d'urgence, regroupant l'ensemble des services compétents aujourd'hui disséminés autour de plusieurs ministères (plusieurs pays occidentaux et anglo-saxons ont déjà fait ce choix).

Au niveau territorial, il faut **renforcer l'articulation entre l'Etat central, les préfets de départements et les territoires dans la planification et la gestion des crises**, les collectivités locales ayant démontré leur capacité à s'adapter, à s'organiser et à mettre en œuvre des processus ingénieux.

Les moyens alloués aux préfets doivent être accrus pour coordonner l'ensemble des services territoriaux de l'Etat, y

compris les ARS, lesquelles doivent être cantonnées dans leurs missions de gestion.

Le succès de la gestion du déconfinement par les préfets et les maires montre la nécessité de renforcer ce binôme lors du prochain examen parlementaire du projet de loi 3D (décentralisation, déconcentration, différenciation) : la proximité des territoires est au cœur des solutions.

La confiance dans les acteurs locaux, dans leur prise d'initiatives et de responsabilités doit prévaloir sur une seule logique de contrôle -notamment des données sanitaires- qui annihile la remontée des informations et des signaux faibles.

Le maire et le préfet doivent être les coordinateurs d'une réponse globale, rapide et unifiée entre les acteurs, publics et privés.

¹⁷ Etats-majors interministériels de zones de défense et de sécurité.

► **Cette réorganisation doit s'appuyer sur quatre piliers essentiels à sa réussite :**

1 Respecter les principes du pilotage de la gestion de crise : unicité de commandement, déclinaison territoriale autour des préfets de zones et de départements, mobilisation de toutes les forces contribuant à la résilience des territoires.

2 Développer la résilience de la population, à travers :

- Une politique claire et résolue en faveur de l'éducation des populations aux risques majeurs, devenus systémiques, et aux crises.
- La diffusion, autour de l'École nationale supérieure des officiers de sapeurs-pompiers (ENSOSP), d'une culture de la sécurité civile partagée entre les différents acteurs de la gestion des crises : hauts fonctionnaires des trois fonctions publiques, élus locaux, opérateurs d'importance vitale

3 Déployer une politique ambitieuse de développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers, à travers l'adoption d'une directive européenne en faveur de l'engagement civique et citoyen sous toutes ses formes et le vote d'une loi déclinant les principales mesures du plan d'action 2019-2021 du Gouvernement pour les sapeurs-pompiers volontaires.

4 Adapter la réponse opérationnelle de sécurité civile aux enjeux de secours et de soins d'urgence aux personnes, au moyen de :

- La consolidation des services de santé et de secours médical (SSSM) : appui à la maîtrise et à la conduite opérationnelle,
- L'enrichissement des capacités et gestes techniques en secours d'urgence aux personnes (SUAP),
- La généralisation de centres départementaux 112 interservices articulés avec des plateformes 116 117 d'accès aux soins portées par les professionnels de santé ambulatoires.

¹⁵ Source : EENA 112.

¹⁶ Se sont rendus sur place outre le Premier ministre E. PHILIPPE et le ministre de l'Intérieur C. CASTANER, les ministres de la Santé A. BUZYN, de la Transition écologique E. BORNE et de l'Éducation nationale JM. BLANQUER.



Fédération Nationale
SAPEURS / POMPIERS
DE FRANCE

  | pompiers.fr