

Le secours d'urgence aux personnes

(SUAP)

Rapport d'étude livre 1

Le 15 Février 2015

En considérant les échéances à court et moyen terme, la densité du sujet, la nécessité de coopération avec l'ensemble des nombreux acteurs concernés et à la lumière des échanges ayant eu lieu au sein du groupe de travail comme de ceux que chacun de ses membres ont eu avec leurs interlocuteurs de la zone de défense dont ils sont les représentants, le groupe a souhaité présenter ces travaux sous la forme d'un premier livre.

Un second livre susceptible d'apporter des éléments de déclinaison du premier sera produit dans un second temps.

Ce premier livre fixe le cadre général de la réflexion, examine les éléments de contexte, fait le point des difficultés et fait des propositions notamment sur l'opportunité de tirer le meilleur parti de capacités opérationnelles de proximité des services d'incendie et de secours.

DGSCGC-Equipe Nationale de Secours à Personne – GROUPE 1 (EN-SAP G1)

Jean-Louis FABIANI ; Guillaume BOIS ; Murielle MERENS ; Pascal DUPEZ ; Patrick LALLEMAND ; Jean-Christophe COGNARD ; Franck NEVACHE ; Frédéric FREY ; Yaël LECRAS ; Gabriel PLUS (rapporteur) ; Bertrand KAISER (animateur)

Table des matières

1. Introduction	3
2. Cadre général de la réflexion	4
2.1. La santé publique en France relève dans sa conception d'un système rigide et cloisonné avec lequel nous devons composer pour organiser le champ du secours d'urgence aux personnes propre au système de sécurité civile.	4
2.2. Un maillage territorial dont il faut tirer parti :	4
2.3. Le système de santé publique montre la voie	5
2.4. Le référentiel commun d'organisation du secours aux personnes et de l'aide médicale urgente.	6
3. Préambule sémantique	7
3.1. Eléments de glossaire	7
3.2 Les notions de délégation et de transfert	8
4. Méthodologie	9
5. Identification des acteurs existant relevant des SDIS	9
5.1. Les secouristes	9
5.2. Les Infirmiers	9
5.3. Les Médecins	9
6. Orientations pour l'acquisition des compétences	10
6.1. Modification de la compétence propre	10
6.2. Délégation	10
6.3. Coopération des professions de santé	10
6.4. Application	10
7. Cadre général des opérations de secours à personnes et définition de la mission de secours et d'urgence aux personnes (SUAP)	10
7.1. Déclinaison des principes généraux	11
7.2. Au niveau du CTA-CODIS	11
7.3. La gouvernance opérationnelle CTA-CODIS, CRAA et moyens engagés	12
7.4. Engagement des secours et régulation médicale	13
7.5. Sur le théâtre d'opération	13
8. La réponse opérationnelle au juste besoin: Une réponse adaptée clef d'une collaboration incontournable	14
9. Organisation de la réponse SUAP des SDIS	14
9.1. Accroître le niveau de compétences	15
9.2. Adapter la réponse SUAP	16
➤ Réponse de premier niveau	16
➤ Réponse de deuxième niveau	16

➤ Réponse de troisième niveau	16
10. Mise en œuvre de la réforme du SUAP	18
11. Mesures transitoires	18
12. Compétences collectives que doivent détenir les sapeurs-pompiers	18
13. Recommandations	19
13.1. Recommandation n°1 : Doctrine d'emploi	19
13.2. Recommandation n° 2: création du métier de "Technicien de Secours et de Soins d'Urgence" (TSSU) et des « équipes de secours et de soins d'urgence » (ESSU)	19
13.3. Recommandation n°3 le référentiel de compétences	19
13.4. Recommandation n°4 dispositions transitoires.....	20
14. Conclusion	20

1. Introduction

La santé et la sécurité des populations sont deux préoccupations majeures de nos concitoyens. Pour les prendre en charge, deux politiques publiques sont historiquement identifiées au plan national : d'une part, la politique de santé publique et, d'autre part, celle de sécurité et protection civile.

L'une et l'autre ont vocation à prendre en charge, en complémentarité, le secours et le soin d'urgence aux personnes, dans le cadre d'une mission partagée.

Les deux mondes doivent faire face à des changements majeurs.

Nul ne conteste qu'au cours de ces 30 dernières années, la constante amélioration du système de santé publique a accompagné, avec un succès que tout le monde s'accorde à reconnaître, les évolutions sociales économiques et culturelles de notre nation.

Bien que les cinétiques soient différentes, le monde de la sécurité de la protection civile, confronté aux mêmes évolutions, a su adapter et conforter une réponse à la hauteur des aspirations de nos compatriotes.

Malheureusement, nous devons tenir compte d'un horizon plus sombre, notamment eu égard à l'évolution non maîtrisée des attentes et des comportements des populations dont le corollaire est une forte augmentation de la demande et une exigence de qualité de plus en plus marquée.

Le fait que les services d'incendie et de secours aient, en quelques années, vu la proportion des opérations relevant du champ du secours aux personnes atteindre jusqu'à 80 % de leur volume opérationnel est très révélateur de ces nouvelles tendances.

Ces nouveaux comportements peuvent, pour nombre d'entre eux, être attribués à l'émergence de pathologies et d'accidents liés au vieillissement, à la dépendance et aux difficultés sociales de plus en plus prégnantes rencontrées par nos concitoyens. Plus largement, c'est bien à un phénomène de société, auquel nous sommes confrontés.



En tenant compte des récentes préconisations de l'IGA-IGAS¹, le groupe de travail EN-SAP GT1 s'est attaché à réfléchir à la manière dont les services d'incendie et de secours, pourront s'adapter aux transformations de notre environnement et, faire face aux contraintes et difficultés rencontrés.

En revisitant la mission « secours d'urgence à personnes » (SUAP) notre groupe de réflexion a cherché à rendre plus efficace l'action des acteurs de terrain que sont les SIS, notamment, en reconsidérant leur place dans la chaîne de distribution du secours d'urgence aux personnes, et en travaillant à proposer les compétences individuelles et collectives qu'ils doivent détenir.

¹ Inspection générale de l'administration et inspection générales des affaires sociales.

2. Cadre général de la réflexion

2.1. *La santé publique en France relève dans sa conception d'un système rigide et cloisonné avec lequel nous devons composer pour organiser le champ du secours d'urgence aux personnes propre au système de sécurité civile.*

Sans écarter une éventuelle et peu probable remise en cause, chacun doit intégrer que le droit français réserve aux seuls médecins l'établissement d'un diagnostic et le traitement des maladies (article L 4161 - 1 Du code de la santé publique).

Dès lors, la fonction du docteur en médecine se trouve installée comme un véritable monopole et, hors le cas du rôle propre des infirmiers, les interventions des autres professionnels de santé sont conçues comme des dérogations par le biais de délégations. Ces délégations sont strictement encadrées par des décrets qui fixent la liste limitative des actes pouvant être délégués par un médecin à un paramédical ceux-ci étant réalisés soit sous le contrôle direct d'un médecin, soit sur sa prescription soit sur un protocole de soins, de soins d'urgence ou d'antalgie.

Si elle est rassurante, cette apparence de sécurité est, en revanche, consommatrice de ressources rares. Ce principe de fonctionnement médico-centré, quasi dogmatique, fragilise de plus en plus une réponse qui souffre justement d'un déficit chronique de médecins.

Ce système peut, à bien des égards, apparaître comme protecteur, cependant faute d'effectif médical suffisant, il démontre au quotidien ses limites. Il est temps d'intégrer dans nos organisations que le métier de médecin, et notamment de médecin urgentiste, comprend certains aspects qui, bien qu'ils soient nécessaires à leurs savoirs, pourraient être accessibles à d'autres professionnels sans, pour autant, nécessiter une formation aussi riche.

2.2. *Un maillage territorial dont il faut tirer parti :*

En matière de secours et de soins d'urgence aux personnes, chacun peut vérifier que l'ensemble des acteurs, et tout particulièrement les services d'incendie et de secours sont en capacité d'offrir un maillage territorial serré, riche de femmes et d'hommes susceptibles, si l'on s'en donne les moyens, d'offrir tout ou partie de la juste réponse.

Cependant, la couverture nationale en matière d'aide médicale urgente manque d'homogénéité, et malgré les objectifs d'égalité du citoyen en matière de distribution de secours et de soins d'urgence la réalité de terrain est très différente.

Globalement, si la proximité des acteurs du secours avec un potentiel de savoir-faire paramédical existe, l'éloignement, la forte sollicitation et le manque de disponibilité du savoir-faire médical sont aussi très réels

A l'appui de cette réalité, et eu égard à l'environnement financier contraint, tant la sphère de la sécurité civile que celle de la santé publique doivent d'une part, chercher à offrir la réponse adaptée à la nature de la demande sans céder à la tentation protectrice de faire de la sur-qualité et, d'autre part, faire la promotion d'une dynamique de complémentarité entre les métiers de santé et les métiers du secours impliqués dans le secours et le soin d'urgence aux personnes

Il est en effet primordial de garantir que le niveau d'expertise médicale requis par la situation soit mobilisé quand la cause le justifie comme il est incontournable que des effecteurs intermédiaires

pertinents, puissent être mobilisés seuls quand elle ne le justifie pas ou qu'elle nécessite l'engagement d'un niveau médical éloigné.

Par ailleurs, si la réponse actuelle aux besoins peut apparaître inadaptée ou déficiente, il est possible effectivement de l'expliquer par une pénurie professionnelle, mais nous ne devons pas omettre de creuser la piste des besoins mal cernés, des ressources humaines mal réparties, mal utilisées, ou encore des métiers manquants ou mal adaptés.

Enfin, nous devons prendre en compte les spécificités locales telle que la réalité urbaine différente de la réalité rurale et permettre que dans chaque territoire identifié, l'organisation de la réponse puisse reposer sur une analyse du risque et des ressources et faire l'objet d'adaptations soutenues par un cadre national commun.

2.3. Le système de santé publique montre la voie

Le professeur Berland, en octobre 2003, dans son rapport sur la coopération des professions de santé et le transfert de tâche et de compétence montre la direction : « *Tout en tenant compte des particularités liées à notre système de soins et à l'exercice de la médecine en France, l'analyse des pratiques nord-américaines et européennes et la synthèse des entretiens que j'ai pu avoir avec les différents professionnels de notre pays, m'amènent à conclure qu'il est indispensable et urgent d'envisager le transfert de compétences* »

L'Académie Nationale de Médecine, elle-même, dans le rapport 12-05² relatif à la prise en charge pré-hospitalière des urgences vitales en pratique civile préconise, notamment, **d'améliorer le maillage territorial en favorisant la création, le développement de la coordination des moyens d'intervention rapide et des structures de proximité ou de relais de prise en charge des urgences vitales et, de favoriser la délégation de compétences, en particulier, au bénéfice des sapeurs-pompiers en précisant les devoirs, les limites et les responsabilités de chacun des acteurs.**

Le système de secours et de soins d'urgence aux personnes doit s'inspirer de ces observations. En effet, non seulement la France doit faire face à la diminution annoncée de la démographie médicale (210 000 médecins en activité en 2006, moins de 190 000 annoncés en 2020³) mais, à effectif constant, cette ressource offre de moins en moins de disponibilité.

Dès lors, comme pour le système de soins, dans son intégralité, il est vital que celui du secours et du soin d'urgence aux personnes soit en recherche d'optimisation, notamment en évitant la mise en place d'organisations parallèles, sources de conflits, et en offrant une réponse de proximité adaptée, appuyée sur une légitime reconnaissance des compétences des acteurs.

En revisitant la compétence opérationnelle des acteurs et leur déploiement, il est possible d'identifier quelques axes forts d'amélioration, de les mettre en perspective, de réviser l'organisation sans la révolutionner selon des principes et règles bien définis, d'expérimenter de nouvelles compétences, de créer de nouveaux métiers, et de prévoir la mise en œuvre des formations nécessaires.

²Adopté à l'unanimité lors de la séance du 15 mai 2012-groupe de travail de la commission IX (Chirurgie-anesthésiologie-Réanimation-Urgence) composé de MM. F. DUBOIS (Président), J. DUBOUSSET, H. LACOURREYE, M. MALAFOSSE, JM MANTZ, F. WATTEL (Secrétaire)

³ Source rapport Berland 20003

Trois points importants ne doivent pas échapper à nos réflexions, tant du point de vue médico-légal que de celui de l'assurance qualité :

- la qualité de la formation initiale et continue de ces personnels
- la reconnaissance et la valorisation des « compétences » professionnelles spécifiques
- une définition précise des actes autorisés à la pratique des non-médecins

2.4. Le référentiel commun d'organisation du secours aux personnes et de l'aide médicale urgente.

Le référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente (R. SAP-AMU), porté par l'arrêté interministériel Santé-intérieur du 24 Avril 2009, a pour objet la prise en charge des urgences pré hospitalières et constitue la doctrine française des services publics en matière d'organisation quotidienne des secours et soins urgents.

Il organise la réponse, du système de santé et du système de sécurité civile, en précisant les prérogatives et les responsabilités de deux des services concourant à l'aide médicale urgente et au secours à personne, d'une part le SAMU et les SMUR pour la réponse hospitalière et, d'autre part les SIS distinguant :

Certaines des orientations et des recommandations formulées tant par la mission d'évaluation de IGAS-IGA sur l'application du référentiel RSAP-AMU que celles relevant de l'IGA relative à la politique territoriale d'incendie et de secours sont de nature à gagner en efficacité et faciliter l'interopérabilité entre les moyens hospitaliers et ceux des services d'incendie et de secours.

Sur les recommandations IGA-IGAS, et sans attendre les résultats des travaux du comité national de suivi du référentiel SAP-AMU, notre groupe de travail, a résolu de les intégrer dans ses réflexions, notamment relativement aux thématiques suivantes :

- Dans le cadre du traitement des demandes de secours, organiser le tri des appels et la révision du périmètre des départs réflexes dans la perspective d'en augmenter l'efficacité ;
- Pour les effecteurs, garantir la reconnaissance mutuelle des ressources médicales attachées aux services d'incendie et de secours comme celle des moyens hospitaliers relevant de la coordination des SAMU;
- Permettre une prise en compte réaliste des possibilités de ressources ancrées dans les territoires et considérant, notamment, la différence de fait entre le milieu urbain et le milieu rural, autoriser l'adaptation de la réponse opérationnelle, sans toutefois rompre avec la volonté de garantir au citoyen l'égalité de traitement face à la distribution des secours.

Enfin l'intérêt manifesté par la mission d'évaluation des politiques territoriales d'incendie et de secours, conduite par l'IGA pour la nécessaire rationalisation des moyens et ressources et la non moins nécessaire optimisation de la gouvernance et de la gestion des moyens a, également, retenu notre attention et guider notre réflexion.

3. Préambule sémantique

3.1. Eléments de glossaire

Les différents concepts susceptibles d'être abordés dans ce document sont nombreux et doivent être partagés par l'ensemble des lecteurs susceptibles de le parcourir. A cette fin quelques définitions sont proposées ci-après :

Les tâches correspondent aux différentes opérations élémentaires qui doivent être effectuées pour réaliser correctement chaque activité.

Une activité est un ensemble cohérent, logique et/ou chronologique de tâches finalisées, identifiées, organisées et observables. Une activité concourt à une ou plusieurs fonctions dans l'Institution, selon des conditions d'exercice identifiées.

L'aptitude est la capacité supposée à exercer une activité, à exécuter une tâche à accomplir, à occuper un emploi, à acquérir une connaissance ou un savoir.

La capacité est l'ensemble des acquis (savoirs, savoir-faire et savoir être détenus à l'issue d'une formation ou tirés de l'expérience et maîtrisés) rendant possible la réussite dans la mise en œuvre, des compétences nécessaires à l'accomplissement d'une activité. La capacité est une composante de la compétence, Il s'agit d'une compétence décontextualisée.

Une compétence est un ensemble de connaissance et de savoir mobilisable, obtenue après formation ou tirée de l'expérience dont la combinaison dynamique permet la réalisation d'une activité dans un environnement de travail

Observations connexes :

- La compétence participe à produire la performance.
- Une performance régulière est révélatrice de la compétence.
- Elle diffère de la qualification qui est sanctionnée par un diplôme ou un titre.
- Elle n'est pas le potentiel : le potentiel est le pronostic de compétences, d'une capacité à évoluer.
- Elle n'est pas l'expérience mais cette dernière participe à l'acquisition de la compétence.

Le poste de travail est l'unité élémentaire de la division du travail, correspondant à une situation individuelle de travail, c'est un ensemble ordonné d'activités effectuées par un agent au sein d'une structure donnée

L'emploi désigne une famille de postes de travail qui présentent des contenus d'activité et qui nécessitent la mise en œuvre de compétences suffisamment proches ou similaires pour qu'ils puissent être occupés par une même personne

L'emploi-type ou l'emploi-repère est obtenu par regroupement de plusieurs emplois présentant des finalités, des activités principales et des compétences proches ou similaires.

Le métier est un ensemble d'emplois- liés entre eux par une même technicité, présentant un noyau dur d'activités communes et requérant des compétences proches ou similaires. Le métier n'est pas directement lié à l'organisation interne et la structure d'un service ou d'une entreprise, à l'inverse de

l'emploi et de l'emploi-type ou repère. Il évolue en fonction des progrès des sciences et des techniques, des transformations de l'environnement

Observations connexes :

- La notion de métier permet de travailler sur la construction globale d'action de formation et de parcours d'évolution professionnelle en se centrant sur les activités et les compétences.
- Le métier n'est pas directement rattaché à une collectivité, une organisation ou une entreprise. Il peut comprendre des emplois de niveaux différents.

La finalité/mission est raison d'être de l'emploi ou du métier. C'est la contribution de l'emploi ou du métier aux objectifs d'une structure. La finalité met en évidence le « sens » de l'emploi ou du métier.

Profession de santé et acteur de santé :

Le terme « **professionnel de santé** » recouvre l'ensemble des professions réglementées **par le code de la santé publique.**

Le terme « **acteur de santé** » a une acception **beaucoup plus large, puisqu'il désigne les personnes dont les activités, professionnelles ou non, ont un retentissement sur la santé des autres.** Ainsi, un agent de l'État ou Un travailleur social peuvent être un acteur de santé.

3.2 Les notions de délégation et de transfert

Dans le cadre de la médecine ou de la para-médecine, nous devons être attentifs à l'importance des questions de sémantique, singulièrement à la différence entre délégation et transfert.

Il n'y a de transfert d'une compétence médicale (ou paramédicale) que celle qui est réglementairement attribuée à une profession, ou une fonction. Dès lors, les professionnels concernés disposent de l'autonomie décisionnelle pour l'assumer et pratiquer l'acte ou les actes qui entrent dans le champ de la dite compétence.

La délégation de compétence médicale (ou paramédicale) suppose que l'acte ou les actes formant compétence n'appartiennent pas au domaine propre du professionnel, mais relèvent de la compétence et de la responsabilité d'un autre.

La délégation entraîne nécessairement, pour le délégant, un devoir de surveillance, de contrôle et au besoin d'assistance du délégué. L'absence de contrôle peut ainsi être constitutive d'une faute engageant la responsabilité pénale du délégant.

Chaque acteur du secours et de soins d'urgence aux personnes dispose par nature d'un rôle propre, une sphère de compétence spécifique reposant sur un socle réglementaire et/ou législatif.

4. Méthodologie

La réflexion portée par le groupe de travail a pour ambition d'atteindre l'objectif de gagner en efficacité, en organisant un juste équilibre entre le devoir de répondre à toutes les demandes de secours et de soins justifiant de l'urgence, la réorientation ou le traitement différé de celles qui n'en justifient pas et la structuration d'une réponse opérationnelle qui tiennent compte des réalités de terrain. Trois grands axes ont été identifiés :

- organiser des réponses au juste besoin ;
- proposer des solutions permettant de limiter la demande ;
- proposer les effecteurs de terrain à développer afin de rendre l'action des acteurs SUAP plus efficiente.


Trois étapes ont été identifiées :

- Rappeler le cadre général des opérations de secours à personnes et formaliser la doctrine secours et de soins d'urgence
- Déterminer les compétences que doivent posséder les acteurs relevant des services d'incendie et de secours pour pouvoir assurer les interventions de secours et de soins d'urgence
- Pour ces acteurs, en déduire un recueil des compétences formant référentiel qui, à l'aide de fiches techniques, précisera le périmètre et les conditions de mise en œuvre de chacune d'entre elles

5. Identification des acteurs existant relevant des SDIS

3 catégories d'acteurs du secours et des soins d'urgence aux personnes peuvent être actuellement identifiées.

5.1. Les secouristes

Ils ne sont pas considérés comme des professions de santé, au sens du code de santé publique, comme le sont les ambulanciers depuis leur accession au diplôme d'Etat d'ambulancier (Livre III du CSP : Auxiliaires médicaux). Cette notion est fondamentale car elle exclut les secouristes du champ du transfert de compétence entre professionnels de santé dont dispose le code de la santé publique (L4011-1 à 3). 

Les secouristes disposent d'une compétence propre qui consiste en l'ensemble des actes et prérogatives tels que définis par leur programme de formation. Cette dernière repose sur un dispositif réglementaire (Arrêtés interministériels santé-intérieur portant référentiels de formation).

5.2. Les Infirmiers

Ce sont des professionnels de santé. Le champ de leurs prérogatives est défini par le code de santé publique, notamment par les articles R4311 et R4312 du CSP, et la notion de protocole de soins, de soins d'urgence et d'antalgie est explicitement définie par les articles R4311-3, R4311-8 et R4311-14 du CSP. On peut observer que cette sphère de compétence est différente en fonction de la spécialité de l'infirmier (ex : infirmier anesthésiste qui réalise et contrôle des soins infirmiers en anesthésie).

5.3. Les Médecins

Leur sphère de compétence est de portée générale (article L 4161 - 1 du code de la santé publique) mais est limitée par des textes spécifiques visant notamment à restreindre l'utilisation de médicaments à l'usage hospitalier et certains actes à des spécialistes


6. Orientations pour l'acquisition des compétences

Prenant appui sur ce fond réglementaire, trois options d'orientation, non exclusives l'une de l'autre, peuvent être envisagées :


6.1. Modification de la compétence propre

Cette option suppose de modifier les textes relatifs à une catégorie en lui confiant une nouvelle compétence associée à une modification de son programme de formation.

6.2. Délégation

Ceci suppose la mise en jeu de la responsabilité du délégataire. Au-delà de cet aspect, cette option, par nature, n'est pas pérenne. Elle est par contre tout à fait pertinente dans un cadre expérimental. 

6.3. Coopération des professions de santé⁴

Ce cadre particulier, très soutenu par la santé, dispose d'un cadre juridique spécifique. Hormis les ambulanciers, les secouristes n'entrent pas dans le champ de ce cadre conceptuel et juridique. Cette option suppose un transfert partiel de compétence dans un cadre restrictif ; dans le champ de nos missions, seuls les infirmiers pourraient y prétendre. 

6.4. Application

Tant pour nos infirmiers, pour lesquels nous pourrions travailler dans le cadre de la coopération des professionnels de santé, que pour les secouristes pour lesquels nous pourrions élever le niveau d'intervention en modifiant leur compétence propre, toute modification devra nécessairement aller de pair avec une adaptation de l'offre de formation initiale.

Celle-ci devra leur permettre d'acquérir les connaissances nécessaires à la mise en œuvre du nouveau référentiel de compétences préalablement défini. La voie de la délégation est le biais qui pourra, le cas échéant, asseoir l'élargissement des compétences propres par la voie réglementaire.

7. Cadre général des opérations de secours à personnes et définition de la mission de secours et d'urgence aux personnes (SUAP)

Comme en dispose l'article L1424-2 du CGCT, les Services départementaux d'incendie et de secours sont, avec les autres services concernés, notamment, chargés des secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que de leur évacuation.

Comme toutes les autres missions de protection et de sécurité des populations, cette mission s'effectue sous l'autorité du maire ou du préfet agissant dans le cadre de leurs pouvoirs respectifs de police. Comme en dispose l'article L742-1 du CSI et les articles L1424-4 du CGCT, ces deux autorités sont alors investies de la fonction de directeur des opérations de secours (DOS).

⁴L'article 51 de la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST dite loi Bachelot) permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, avant de le soumettre à la validation de la HAS.

Comme pour toutes les opérations de secours, pour celles relevant du secours d'urgence aux personnes, le DOS s'appuie sur un commandant des opérations de secours (COS) qui est chargé, sous son autorité, de la mise en œuvre de tous les moyens publics et privés mobilisés pour l'accomplissement des opérations de secours.

Le secours d'urgence aux personnes ne peut véritablement s'entendre sans que la composante « *soins d'urgence* » ne soit complètement associée à la notion de secours.

Le SUAP, mission structurante des SDIS, est la source d'une activité opérationnelle conséquente dont le directeur départemental des services d'incendie et de secours détient la charge de mise en œuvre. Le médecin-chef assure les fonctions de conseiller technique du SUAP et du « *soin d'urgence* » au profit du DDSIS et des autorités, conformément au R1424-26 du CGCT.

Observations :

- La mission SUAP se distingue de celle des transporteurs sanitaires qui répondent à une logique de transport, organisée sur prescription médicale et hors champs du secours.
- Selon les circonstances, en fonction des besoins et comme le prévoient les articles L724-1, L724-4 et L724-5 du CSI, le SDIS peut, par le biais de convention, contractualiser la participation d'associations agréées de sécurité civile au SUAP sous l'autorité du COS, afin d'en définir les modalités pratiques.

7.1. Déclinaison des principes généraux

La mise en œuvre du SUAP par les SDIS repose sur leur capacité :

- À garantir la distribution d'un secours de proximité où, à l'appui d'un maillage territorial serré, la recherche de délais rapides d'intervention est privilégiée
- À organiser la montée en puissance des moyens lors d'évènements le nécessitant, notamment dans le cadre d'accidents, sinistres ou catastrophes avec nombreuses victimes
- À s'adapter à des conditions et à un environnement particuliers ou hostiles, notamment le NRBCe
- À organiser et coordonner la réponse interservices comme en dispose l'article L 742-1 du CSI et les articles L1424-4 du CGCT

Dès lors, même si elle doit être conçue sous l'angle du partenariat interservices, la rigueur et la réactivité nécessaires à l'accomplissement de la mission imposent que, sous l'autorité des maires et du préfet, les SDIS disposent d'une capacité de gestion opérationnelle complète et autonome.

7.2. Au niveau du CTA-CODIS

Sous l'autorité du DDSIS, le CTA-CODIS est la seule structure compétente pour engager ou désengager les moyens des services d'incendie et de secours, notamment ceux qui, conformément au Titre I chapitre III du référentiel commun de secours aux personnes et de l'aide médicale urgente (RSAP-AMU), permettent la réponse adaptée selon la nature et le lieu de l'appel (moyens secouristes, infirmiers et médecins sapeurs-pompiers).

Comme l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel SAP-AMU en a réaffirmé l'importance et comme en disposent les articles L6311-2 du CSP et R1424-44 du CGCT, le CTA-CODIS et le CRRA sont interconnectés.

Le responsable du CTA-CODIS, désigné par le DDSIS, engage la responsabilité du SDIS. Il garantit la bonne gestion de ses moyens et en assure la pleine maîtrise.

Dans le cadre du SUAP, sous son autorité, le CTA-CODIS :

- Veille au bon engagement des moyens adaptés à la situation et au respect de la bonne couverture opérationnelle
- Assure le suivi de l'intervention, notamment par l'écoute conjointe avec le CRRA des bilans médico-secouristes transmis par les moyens des services d'incendie et de secours engagés en opération, jusqu'à leur retour en caserne
- Peut être sollicité par le CRRA pour l'engagement de moyens
- Peut solliciter le CRRA pour l'engagement de moyens
- Partage autant que nécessaire les informations utiles au bon accomplissement des opérations de secours

7.3. La gouvernance opérationnelle CTA-CODIS, CRAA et moyens engagés

Le législateur a placé le médecin régulateur du SAMU au cœur de la collaboration des SIS avec le système de santé dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Pourtant, force est de constater qu'au quotidien, les hôpitaux, sièges de SAMU, très sollicités par la charge croissante de demandes relevant de la permanence des soins, ont été conduits à mettre en place des organisations qui éloignent le médecin régulateur des moyens des SDIS engagés auprès des victimes.

En effet, les difficultés pour obtenir l'analyse médicale du médecin régulateur, prévue réglementairement, sont nombreuses (longs délais d'attente, régulation détournée vers d'autres acteurs que le médecin régulateur (infirmiers, permanenciers...) et le service rendu n'est pas à la hauteur des attentes.

Dès lors, depuis le CTA-CODIS, sans préjudice de la régulation médicale relevant du SAMU, une coordination des moyens médicaux ou paramédicaux des services d'incendie et de secours peut être organisée. A cette fin, le chef du CTA-CODIS peut s'appuyer sur un officier placé sous son autorité, dont le profil peut être médical ou paramédical et qui est désigné par le médecin-chef du SIS.

Cet officier constitue l'interlocuteur privilégié du médecin régulateur du CRRA pour régler les difficultés ou optimiser l'engagement de moyens médicaux. Les liens entre le médecin régulateur et cet officier santé doivent être privilégiés et renforcés.

Dans le cadre d'une intervention SUAP, la responsabilité du médecin régulateur du CRRA consiste à :

- Déterminer et, le cas échéant, compléter la réponse médicale pour l'adapter à la nature et la gravité des atteintes
- S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état de la victime
- Organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé avec l'appui des moyens des services d'incendie et de secours
- Veiller à l'admission du patient
- Selon les données du bilan transmis par l'infirmier sapeur-pompier habilité et, en l'absence du médecin représentant le médecin-chef, à proposer une adaptation du protocole de soins d'urgence conformément aux dispositions que ce dernier prévoit
- Selon les circonstances, organiser une convergence en lien avec le CTA-CODIS quand la destination de l'évacuation de la victime ne permet pas de tenir compte du maillage opérationnel du SDIS.

7.4. Engagement des secours et régulation médicale

Comme en dispose l'article R.6311-1 du CSP conforté par l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel SAP-AMU, toute demande de secours reçue via les numéros d'appel d'urgence 18 ou 112 au CTA-CODIS et relevant du secours et du soin d'urgence aux personnes doit conduire, quand elle est possible, à une régulation médicale par le CRRRA :

- Pour les demandes de secours entrant dans le champ des départs réflexes : la régulation médicale est réalisée a posteriori
- Pour les autres cas : elle est réalisée a priori, de préférence par conférence à 3 mais elle reste possible par simple transfert de l'appelant
- Après régulation médicale, le CRRRA tient informé le CTA-CODIS de la suite qu'il souhaite donner à la demande. Il peut solliciter les moyens du SDIS via le CTA-CODIS. Ce dernier reste maître de la qualité et de la quantité des moyens des services d'incendie et de secours qu'il décide d'engager


7.5. Sur le théâtre d'opération

Sous l'autorité du DOS, selon le cas le maire ou le préfet, le COS est chargé de la mise en œuvre des moyens publics et privés mobilisés pour l'accomplissement de l'opération de secours et prend les mesures nécessaires à la protection et à la sécurité des populations et des acteurs intervenants.

Notamment, si les circonstances l'exigent, le COS peut empêcher ou restreindre l'accès à la zone d'exclusion, prendre des mesures spécifiques de protection des intervenants et organiser les actions afin d'en garantir la cohérence et les conditions de sécurité.

Le respect de ces grands principes d'organisation fondés par la loi s'impose à tous les acteurs du secours et conduit à ce que les services partenaires, qu'ils soient organisés en détachement, en équipe ou dépêchant un agent isolé, se présentent au COS dès leur arrivée sur le théâtre d'opération, avant leur engagement par le COS. Il appartiendra à ce dernier de prendre toute mesure pour faciliter et organiser l'accès aux victimes et permettre l'accomplissement des gestes secouristes, paramédicaux et médicaux.

Concernant les opérations relevant du risque courant, outre les fonctions de COS qu'il peut assurer, le chef d'agrès du VSAV ou du véhicule d'incendie et de secours engagé sur les lieux exerce une autorité hiérarchique sur l'ensemble du personnel et assure le choix des techniques secouristes.

En présence d'un médecin, d'un infirmier, la prise en charge médicale ou paramédicale relève de la responsabilité du professionnel de santé⁵. Dans ce cadre, le COS se met à disposition du professionnel de santé identifié, les autres aspects de l'intervention relevant toujours de sa responsabilité. 


Le médecin présent sur les lieux exerce selon sa sphère de compétence et sous sa responsabilité. L'infirmier sapeur-pompier habilité à réaliser des protocoles de soins d'urgence exerce sur prescription et autorité du médecin-chef du SDIS.


⁵ Voir définition et rôle des TSSU

8. La réponse opérationnelle au juste besoin: Une réponse adaptée clef d'une collaboration incontournable

Comme cela a été souligné en introduction, la santé et la sécurité des populations sont à la croisée de l'accomplissement de deux politiques publiques historiquement identifiées au plan national : d'une part, la politique de santé publique et, d'autre part, celle de sécurité et protection civile.

L'une et l'autre ont vocation à prendre en charge en complémentarité, le secours et le soin d'urgence aux personnes dans le cadre d'une mission partagée : l'aide médicale urgente.

Ces deux politiques doivent faire face à des changements majeurs liés à l'émergence de nouveaux comportements, de pathologies et d'accidents liés au vieillissement, à la dépendance et aux difficultés sociales. 

Leur conduite doit aussi tenir compte de la maîtrise, voire la diminution, des ressources financières qui pourront lui être consacrées. 

Le partage et la mutualisation s'accordent avec la notion d'efficacité ; le SUAP, par définition, est une solution partagée.

En effet, le SUAP n'est pas une mission exclusive des SDIS, au même titre que la lutte contre les incendies. C'est une mission partagée principalement avec le service public hospitalier, comme en dispose le cadre législatif et réglementaire, et notamment les articles L 6311-1 et 2 du CSP.

Cette collaboration nationale organisée par le législateur a contribué à construire une doctrine explicite et formalisée par le référentiel commun SAP-AMU porté par l'arrêté interministériel santé-intérieur du 24 avril 2009.

Ce référentiel organise la réponse opérationnelle des SDIS en autorisant la mobilisation des secouristes, des infirmiers de sapeurs-pompiers habilités à travailler sous protocoles de soins, de soins d'urgence et d'antalgie et des médecins de sapeurs-pompiers et des SMUR.

Cette organisation de la réponse permet, sur un même territoire, en fonction de l'atteinte de la victime et de la disponibilité des acteurs, d'approcher la juste réponse.

Dès lors, la participation sans réserve du Service de Santé et de Secours Médical dans le cadre du SUAP est structurante. Elle permet notamment :

- De maintenir une compétence en médecine d'urgence pour assurer le soutien santé opérationnel de qualité
- De renforcer, en tant que de besoin et avec pertinence, la réponse secouriste qui, grâce au maillage serré du territoire, garantit une réponse rapide en tout point du territoire
- De compléter la réponse hospitalière fournie par les SMUR au quotidien comme en situation exceptionnelle lors de sinistres ou d'accidents impliquant de nombreuses victimes.

9. Organisation de la réponse SUAP des SIS

Appuyée sur un maillage territorial performant, la réponse secouriste offerte par les services d'incendie et de secours est, à ce jour, le socle d'une réponse paramédicale et/ou médicale plus lâche et plus hétérogène rompant avec le principe d'égalité du citoyen face à la distribution des secours.

A l'appui de cette réalité, les partenaires doivent chercher à offrir une réponse plus homogène adaptée à la nature de la demande, sans céder à la tentation de faire de la sur-qualité et, ne pas compter

exclusivement sur la seule mobilisation du niveau médical, susceptible d'intervenir avec plus de délai, pour apporter une réponse que d'autres effecteurs plus proches peuvent fournir.

Par ailleurs, les missions SUAP, assumées par les équipes secouristes, les conduisent à prendre en charge les victimes dans un environnement de collaboration assez changeant. En effet, même si l'atteinte de la victime est grave, toutes les configurations de prises en charge sont possibles et l'équipe secouriste, le cas échéant accompagnée d'un infirmier, peut être conduite à assumer seule la prise en charge, dans l'attente, parfois longue, qu'un médecin, ou une équipe SMUR, se rende sur place.

Afin de construire une réponse plus homogène adaptée au milieu et faciliter la conduite des opérations, tant pour les infirmiers que pour les sapeurs-pompiers secouristes, il s'agit d'optimiser la ressource. Dès lors, deux pistes visant à augmenter les compétences et/ ou adapter la réponse SUAP sont proposées :

9.1. Accroître le niveau de compétences

Nous devons permettre aux équipes relevant des SIS, d'élever leur capacité à la prise en charge des victimes en adaptant leurs compétences propres et, le cas échéant, faire le nécessaire pour modifier l'offre de formation initiale

Celle-ci devra leur permettre d'acquérir les connaissances nécessaires à la mise en œuvre du nouveau référentiel de compétences SUAP (à construire).

La voie de la délégation du médecin-chef est le biais qui pourra être privilégié pour asseoir l'élargissement des compétences propres par la voie réglementaire.

Dès lors, au sein des services d'incendie et de secours, reposant sur ce nouveau référentiel de compétences, **nous proposons la création du métier de "Technicien de Secours et de Soins d'Urgence" (TSSU) et que ces TSSU, organisés en binômes, forment les « équipes de secours et de soins d'urgence » (ESSU) des services d'incendie et de secours.**

Ces équipes doivent détenir un profil reposant sur celui des équipes secouristes, connu à ce jour, mais enrichi de la capacité à procéder aux évaluations initiales, de dispenser des gestes des soins d'urgence relevant de la nomenclature des actes médicaux contrôlés (protocoles) identifiés dans le recueil des compétences SUAP.

Créé en interministériel, le contenu de ce recueil des compétences doit pouvoir faire l'objet d'un arrêté du seul ministre de l'Intérieur.

Le profil de compétence des TSSU doit être déterminé en fonction de la capacité de prise en charge des ESSU auxquels ils peuvent être intégrés. Il peut être envisagé à plusieurs niveaux :

- Un premier niveau (TSSU1) dont le profil est construit sur celui de l'équipier secouriste connu à ce jour, mais qui est enrichi de la capacité à procéder aux évaluations initiales, de dispenser certains soins d'urgence limités, identifiés dans le recueil des compétences SSUAP et de transporter une victime vers un établissement de santé
- Un deuxième niveau intermédiaire (TSSU2) capable de procéder à une évaluation plus poussée, de dispenser des gestes des soins d'urgence relevant de la nomenclature des actes médicaux contrôlés (protocoles) identifiés dans le recueil des compétences SSUAP et plus avancés que le premier niveau. Le TSSU2 a vocation à prendre le commandement des opérations de secours et de soins d'urgence à bord d'un VSAV ou un véhicule de secours engagé seul
- Un troisième niveau (TSSU3) équivalent à celui de l'infirmier de sapeurs-pompiers protocolisé et capable de mettre en œuvre des gestes de soins d'urgence relevant de la nomenclature des actes médicaux contrôlés (protocoles) identifiés dans le recueil des compétences SSUAP, le cas échéant, portés par des analyses de télémédecine

Sous l'autorité du directeur départemental des services d'incendie et de secours, du général commandant la BSPP, de l'amiral commandant le BMPM, le médecin-chef doit être le référent de la doctrine SUAP.

9.2. Adapter la réponse SUAP

En tenant compte de la couverture opérationnelle, il s'agit d'adapter la réponse des « ESSU » au motif de l'appel, et d'accorder à la fois le nombre d'équipier et le niveau de leurs compétences au contexte opérationnel et à la gravité supposée de l'atteinte à la victime.

Cette discrimination pourrait s'articuler ainsi :

➤ Réponse de premier niveau

Garante de proximité, cette réponse pourrait être fournie par une ESSU qui comprendrait à minima un binôme sapeurs-pompiers TSSU1 doté d'un sac de premier secours comprenant notamment un défibrillateur externe automatisé (DEA). Elle constituerait le premier maillon de la chaîne de réponses opérationnelles adaptées dans l'attente d'un complément de réponse ou pourrait rester isolée en fonction des informations recueillies à l'appel et le bilan de la prise en charge sur les lieux. Dans ce dernier cas, il n'y aurait pas d'évacuation de la victime.

➤ Réponse de deuxième niveau

Cette réponse pourrait être fournie par une ESSU qui comprendrait au moins un TSSU2. Elle interviendrait, quand cela serait nécessaire, en complément de la réponse de niveau 1. Elle serait, le plus souvent, mais non exclusivement, vectorisée au moyen du VSAV.

Deuxième maillon de la chaîne de réponses opérationnelles adaptées, elle pourrait rester isolée ou être complétée par une réponse de niveau supérieure, laquelle, en fonction de la gravité potentielle de l'atteinte de la victime, détectable lors de la réception de l'appel, pourrait être intégrée dès le départ en complétant l'équipage.

➤ Réponse de troisième niveau

Ce niveau de réponse peut être envisagé à court et moyen termes.

A court terme, il reposerait, et c'est déjà le cas dans la plupart des départements, sur une équipe intégrant les infirmiers de sapeurs-pompiers qui sont des professionnels de santé dont le champ des prérogatives est défini par le code de santé publique, notamment par les articles R4311 et R4312 du CSP.


Le recours aux protocoles de soins, de soins d'urgence et d'antalgie explicitement définis par le CSP, construits et validés sous l'autorité et la responsabilité des médecins-chefs des SDIS a, en effet, déjà débouché sur une solution structurante : les infirmiers de sapeurs-pompiers fournissent une prestation de para-médicalisation de proximité des opérations de secours et de soins d'urgence augmentée de gestes médicaux encadrés par des protocoles de soins d'urgence.

Cette véritable innovation dans la conduite des opérations SSUAP offre une alternative aux solutions totalement tournées vers le médecin, acteur du soin d'urgence engagé sur le théâtre d'opération.


Cette nouvelle conception d'un effecteur médical par délégation s'oriente plus sur un médecin concepteur de solutions (le médecin-chef) détenant le total contrôle et la totale maîtrise de niveau médical des phases amont et aval des opérations.

Plus encore, il est possible d'enrichir cette solution en organisant le **recours possible à un médecin** représentant le médecin-chef, ou au médecin régulateur du SAMU, pour répondre aux sollicitations d'un infirmier lors de la mise en œuvre d'un protocole de soins d'urgence et en élargissant les compétences des ISP et des TSSU3 aux actions et analyses permises par la télémédecines (transmission et recueil de données médicales, ajustement des prescriptions, voire prescriptions complémentaires, modification du choix du plateau technique d'accueil...).

Ces évolutions sont possibles par le biais des délégations, des transferts de compétences et des modifications du contenu des formations initiales.

A moyen terme, et **sous réserve** de dispenser une formation permettant d'acquérir le niveau nécessaire, le niveau **TSSU3** pourrait être accessible **à des sapeurs-pompiers TSSU2 justifiant de plusieurs années d'expérience et détenant les unités de valeurs jugées nécessaires.** 

9.3. Réponse médicale des SDIS dans le cadre du SUAP

La réponse médicale des SIS dans le cadre du SUAP repose sur les médecins de sapeurs-pompiers (MSP) du Service de Santé et de Secours Médical. Elle s'organise dans l'objectif de fournir une offre de réponse de proximité dont la caractéristique de base est la **capacité de prise en charge médicale de la première demi-heure, qui en fonction des compétences détenues par ces médecins de proximité peut offrir une capacité de prise en charge du niveau de médecin anesthésiste réanimateur.** 

Dès lors, appuyés sur les trois niveaux de réponses des techniciens de secours de soins d'urgence identifiés aux articles précédents et, **sans préjudice des prérogatives et des compétences des équipes médicales des SMUR, les MSP fournissent une alternative complémentaire à ces structures.**

C'est à cet effet que la doctrine de médecine d'urgence pour les MSP est intégrée dans les formations statutaires de l'ENSOSP. En effet, placé sous l'autorité scientifique de 5 universités, l'enseignement des modules Urgence et Santé Publique est sanctionné par un Diplôme Interuniversitaire (DIU) également accessibles aux infirmiers.


Comme les officiers du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) sont dans leur grande majorité des officiers volontaires exerçant sur tout le territoire national, le DIU a pour premier objectif de permettre qu'une réponse médicale de proximité structurée, reposant sur cette ressource, puisse être organisée en complément des équipes SMUR.

Par ailleurs, le DIU a pour second objectif de faire en sorte que les équipes constituées répondent aux exigences de qualité préconisées pour la prise en charge d'une réanimation pré-hospitalière.


Tant pour les difficultés de lisibilité que pour les complications d'ordre juridique que peut entraîner le cumul de statuts pour un officier du Service de Santé et de Secours Médical volontaire en opération, il est primordial que pour chaque intervention, le mode d'exercice du professionnel de santé soit clairement identifié dès son déclenchement.

10. Mise en œuvre de la réforme du SUAP

Les propositions de modifications d'organisation de la réponse SUAP des SIS et, au premier rang d'entre elles, la requalification des métiers par la création des TSSU, doivent correspondre tant :

- à une évolution des métiers des acteurs secouristes sans rupture avec ceux qui sont identifiés à ce jour : le TSSU1 est l'équipier secouriste auquel on donne les moyens d'aller un peu plus loin dans l'accomplissement de sa mission, le TSSU2 correspond à un sous-officier chef d'agrès du VSAV auquel on permet également d'accéder à une capacité plus importante de prise en charge des victimes et le TSSU3 correspond au profil des infirmiers de sapeurs-pompiers. 
- A une capacité de réponse adaptée en qualité et en nombre selon le milieu concerné :

Il est donc aisé de mettre en œuvre cette amélioration du niveau de réponse dans le temps sans rompre avec l'ancienne organisation et de la mettre en place peu à peu quand les conditions sont réunies.

Elle pourra, très certainement, être mise en œuvre plus rapidement dans les secteurs à fortes sollicitations opérationnelles que dans ceux qui sont moins sollicités. Cependant, rien n'interdit de faire cohabiter les niveaux de qualification secouriste tels que nous les entendons maintenant avec ceux des TSSU vers lesquels nous souhaitons évoluer. 

11. Mesures transitoires

En raison de sa rapidité dans la mise en œuvre et au maillage des centres d'incendie et de secours (CIS), la réponse des services d'incendie et de secours demeure l'étape la plus précoce de la chaîne de distribution des secours et soins d'urgence aux personnes. Le référentiel SAP-AMU le rappelle : « à la première mission d'accéder à la victime et de la protéger s'ajoutent celles de la maintenir en vie, de prévenir l'aggravation de son état et, selon les situations, d'assurer son évacuation ou d'attendre des renforts. Dans de nombreuses circonstances, notamment dans les cas les plus graves, cette réponse permet d'éviter une issue fatale. »

Cette capacité demeurera le socle de la garantie de sécurité auprès de nos concitoyens, dès lors que la réponse secouriste continuera d'être assurée par les services d'incendie et de secours et pourra cohabiter avec l'élévation qualitative des équipages.

12. Compétences collectives que doivent détenir les sapeurs-pompiers

Une compétence est une connaissance (savoir, savoir-faire, savoir-être) mobilisable, obtenue après formation ou tirée de l'expérience dont la combinaison dynamique permet l'exercice d'une activité.

On peut distinguer deux grands types de savoirs : les savoirs formalisés (connaissances et procédures) et les savoirs agissants (savoir-faire, expérience) ; la dimension comportementale doit être abordée à travers la notion de savoir-être qui permettra de mieux aborder les situations de fragilités révélées par les imprévus inhérents à l'urgence.

Le recueil de ces compétences permet de dresser la liste des exigences et des savoirs que les services d'incendie et de secours doivent pouvoir mobiliser pour accomplir la mission SUAP relevant des SDIS et apporter la réponse conforme aux attentes des populations et des autorités en application des textes législatifs et réglementaires en vigueur .

Afin d'organiser le recueil de ces compétences, l'ENSAP travaillera à les ordonner en usant de la terminologie suivante : les **domaines de compétence** regroupent plusieurs **compétences générales**

qui définissent les attentes générales de résultats elles-mêmes subdivisées en **compétences particulières**.

La poursuite de la réflexion devra permettre que les sapeurs-pompiers TSSU puissent posséder les compétences générales, relevant de leurs domaines de compétence et notamment ceux de la connaissance de leurs responsabilités professionnelles, de la bonne appréhension du domaine de la santé et de la sécurité, de la capacité à mettre en œuvre des techniques sécurisées, à évaluer, analyser, diagnostiquer et prendre en charge certaines détresses et pathologies identifiées.

13. Recommandations

13.1. **Recommandation n°1 : Doctrine d'emploi**

Si le cadre général des opérations de secours d'urgence aux personnes existe au plan législatif et réglementaire, le différentiel de culture opérationnelle entre le monde **la sécurité et la protection civile et celui de la santé publique**, et particulièrement le monde hospitalier, conduit à bien des interprétations propices à **la confrontation, voire l'affrontement, des deux univers**.

Il est de première importance que la doctrine du ministère de l'intérieur relativement au secours et soins d'urgence aux personnes soit clairement établie pour qu'elle puisse être partagée et valorisée auprès de notre partenaire de la santé.

Il est proposé de porter cette doctrine au plan réglementaire à un niveau qui reste à déterminer.

13.2. **Recommandation n° 2: création du métier de "Technicien de Secours et de Soins d'Urgence" (TSSU) et des « équipes de secours et de soins d'urgence » (ESSU)**

Dès lors, au sein des services d'incendie et de secours, reposant sur ce nouveau référentiel de compétences, nous proposons la création du métier de "Technicien de Secours et de Soins d'Urgence" (TSSU) et que ces TSSU, organisés en binômes, forment les « équipes de secours et de soins d'urgence » (ESSU) des SDIS.

Ces équipes doivent détenir un profil reposant sur celui des équipes secouristes, connu à ce jour, mais enrichi de la capacité à procéder aux évaluations initiales, de dispenser des gestes des soins d'urgence relevant de la nomenclature des actes médicaux contrôlés (protocoles) identifiés dans le recueil des compétences SSUAP.

13.3. **Recommandation n°3 le référentiel de compétences**

Après avoir identifié au chapitre 13 les compétences générales que les acteurs relevant des services d'incendie et de secours doivent détenir pour assurer les interventions de secours et de soins d'urgence, elles doivent se décliner en **un référentiel de compétences** avec, pour chacune d'entre elles, une ou plusieurs fiches techniques précisant leur mise en œuvre.

Il est proposé de porter ce recueil par un texte dont la rédaction relèvera du seul ministère de l'Intérieur à un niveau qui reste à déterminer.

13.4. **Recommandation n°4 dispositions transitoires**

En raison de sa rapidité dans la mise en œuvre et du maillage des centres d'incendie et de secours (CIS), la réponse des services d'incendie et de secours demeure l'étape la plus précoce de la chaîne de distribution des secours et soins d'urgence aux personnes.

Cette capacité demeure le socle de la garantie de sécurité auprès de nos concitoyens. Dès lors, la réponse secouriste doit pouvoir continuer, jusqu'à transition complète vers le dispositif des ESSU, d'être assurée par les services d'incendie et de secours.

Sous réserve d'une organisation adaptée, les deux réponses peuvent, coexister, le temps nécessaire à la transition.

14. Conclusion

A la différence de nombreux pays étrangers moins sensibles à cet aspect, dans la conduite des politiques publiques, la récurrence du souci permanent de la proximité est révélatrice de la valeur que la société française accorde à cette notion.

Si elle est attachée à une notion de confort du citoyen dans le cadre du fonctionnement générale des administrations, dans la distribution des secours et des soins d'urgence, la simple préoccupation de réponse de proximité se transforme en besoin crucial.

En la matière, totalement impliqués dans la vie de tous les jours, les services de secours, comme tous les services d'urgences, ne peuvent pas ignorer les évolutions et les transformations radicales qui affectent notre société.

Au cœur même des institutions, et particulièrement pour les services d'incendie et de secours à travers le volontariat, les personnels qui les composent suivent ces transformations.

Plus éduqués, plus soucieux du résultat, aspirant à progresser, les personnels des services d'incendie et de secours revendiquent une participation plus riche à la mission qui représente 80 % de leur activité.

En complément d'une meilleure adéquation des moyens et de la mission, les modifications de l'organisation proposée dans ce document accompagne cette recherche de performance.