

**SAPEURS ■ POMPIERS**  
DE FRANCE



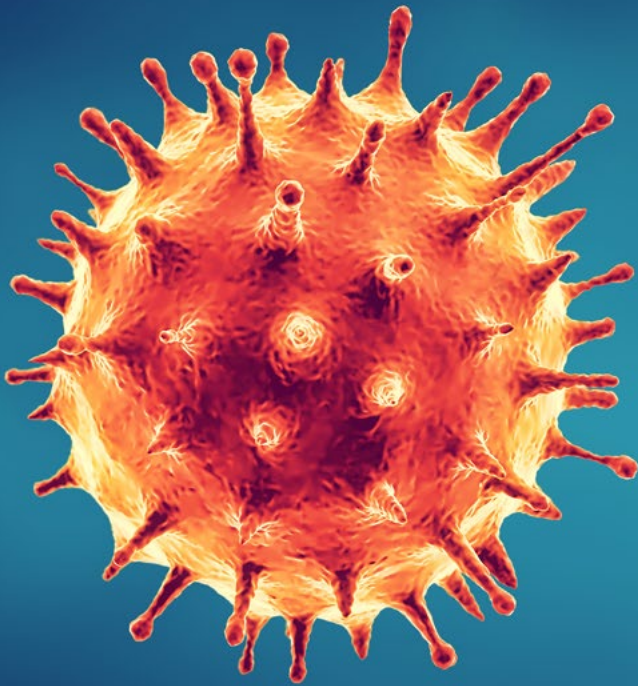
# CRISE DE LA COVID-19

## RAPPORT DE SYNTHÈSE

des sapeurs-pompiers de France  
sur la gestion de la 1<sup>ère</sup> phase



CRISE DE LA  
COVID-19



# INTRODUCTION

**P**ar son ampleur et son intensité, la crise de la Covid-19 a sévèrement éprouvé notre système de secours et révélé les forces et les faiblesses de notre modèle de gestion des crises.

Elle a agi comme un prisme grossissant en exacerbant les limites voire les dysfonctionnements du système actuel auxquels les sapeurs-pompiers sont confrontés quotidiennement. Il s'agira ici d'analyser la gestion de cette crise et d'identifier ses lacunes, de souligner les difficultés et les insuffisances, et de montrer comment l'adaptabilité locale a permis le succès de la gestion territoriale de la crise malgré, par endroits, une participation des sapeurs-pompiers peu souhaitée par les autorités sanitaires en charge de la gestion de cette crise.

La Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (FNSPF), en sa qualité de représentant des 250 000 soldats de l'urgence que sont les sapeurs-pompiers, souhaite souligner le rôle joué par les services d'incendie et de secours (SIS) dans la réponse opérationnelle à cette pandémie, dans le but de proposer toute mesure tendant à l'amélioration de la réponse à ces événements désor-

mais récurrents et à la résilience de notre pays. L'indépendance de la FNSPF lui confère une liberté d'analyse et de parole pour apprécier la gestion de crise et en évaluer les caractéristiques.

Ce processus de réflexion a été réalisé après une large consultation des sapeurs-pompiers de France. Il rassemble les informations et les expériences vécues afin de les capitaliser et d'en tirer les conséquences. La méthode retenue a consisté à recueillir les données objectives remontées des SIS et issues des instances internes à la FNSPF - Unions départementales et régionales de sapeurs-pompiers, commissions thématiques et catégorielles, groupes de travail - puis à procéder à des auditions de différents acteurs institutionnels, associatifs ou syndicaux, impliqués dans la réponse à cette crise.

Par ce document, la FNSPF souhaite formuler des préconisations à l'attention des organes de direction et de gouvernance des SIS, des autorités de tutelle de la sécurité civile, ainsi que des pouvoirs publics notamment pour la mise en place d'une véritable organisation interministérielle et interservices de la gestion des crises.

# SOMMAIRE

## — 01

### UNE GESTION INATTENDUE

DE LA CRISE AU PLAN NATIONAL

---

- ▶ La question de concordance avec la doctrine et le cadre réglementaire
- ▶ Le fonctionnement national en mode cloisonné et ses conséquences
- ▶ Les sapeurs-pompiers, ressource sous-utilisée
- ▶ La mauvaise articulation des gestionnaires de la crise
- ▶ Le manque de communication au niveau national

## — 02

### « L'IMPOSSIBLE OPÉRATIONNEL »

POUR LA DGSCGC

---

- ▶ Une DGSCGC largement mise à l'écart de la gestion de crise
- ▶ Le COGIC réduit à un centre de veille et de management de l'information
- ▶ Les Sdis livrés à eux-mêmes

## — 03

### UNE GESTION TERRITORIALE RÉUSSIE

GRÂCE À L'ADAPTABILITÉ DES ACTEURS LOCAUX

---

- ▶ Une gestion de crise locale rendue difficile par un pilotage des ARS ignorant les sapeurs-pompiers
- ▶ Les effets néfastes d'une gestion administrative de la crise
- ▶ Les Services de santé et de secours médical, clé de voute de l'édifice opérationnel
- ▶ Le manque d'équipements de protection individuelle
- ▶ Les mesures de continuité opérationnelle et de suivi des agents
- ▶ Innovation technique et adaptation administrative
- ▶ La prise en charge médicale des agents
- ▶ Des déficits dans le suivi

## — 04

### L'ENGAGEMENT OPÉRATIONNEL

ET LES RENFORTS AUPRÈS D'AUTRES ACTEURS

---

- ▶ Coordination SIS/SAMU et renforts auprès de CRRA-15
- ▶ Des adaptations de procédures
- ▶ Un appui multiforme aux hôpitaux
- ▶ L'appui aux EHPAD
- ▶ L'appui aux populations

## — CONCLUSION

### — 10 PROPOSITIONS POUR UNE GESTION DES CRISES INTERMINISTÉRIELLE ET TERRITORIALISÉE.

## — ANNEXE

## — REMERCIEMENTS



## UNE GESTION INATTENDUE DE LA CRISE AU PLAN NATIONAL

### A/ La question de concordance avec la doctrine et le cadre réglementaire

**I apparaît globalement que les textes et les plans définissant l'organisation de la gestion nationale des crises et la réponse à une pandémie n'ont pas été appliqués durant la première vague de cette pandémie.**

Conformément au Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2008, le Premier ministre confie, en principe, la conduite opérationnelle d'une crise :

- au ministre de l'intérieur (MININT) lorsque la crise a lieu sur le territoire national ;
- au ministre des affaires étrangères et européennes pour les crises extérieures.

Le choix de confier le pilotage de la crise de la Covid-19 au ministère des solidarités et de la santé (MSS) contrevient directement à ces dispositions et heurte plusieurs autres textes et principes de référence.

La circulaire n°5567 SG du Premier ministre du 2 janvier 2012 définit l'organisation gouvernementale lors de la gestion des crises majeures. Elle prévoit que le MININT est responsable de l'anticipation et du suivi des crises susceptibles d'affecter la sécurité intérieure et la sécurité civile. Il est chargé de la conduite opérationnelle des crises

sur le territoire de la République (article L. 1142-2 du code de la défense).

Il doit également, au titre de la préparation à la gestion des crises, s'assurer de la transposition et de l'application au niveau déconcentré des plans gouvernementaux. Selon les procédures prévues dans cette circulaire, le ministre chargé de la santé est responsable « de l'organisation et de la préparation du système de santé et des moyens sanitaires nécessaires à la connaissance des menaces sanitaires graves, à leur prévention, à la protection de la population contre ces dernières, ainsi qu'à la prise en charge des victimes. Il contribue à la planification interministérielle en matière de défense et de sécurité nationale en ce qui concerne son volet sanitaire » (Article L.1142-8 du code de la défense). Le plan national de prévention et de lutte "Pandémie grippale" de 2011, issu du RETEX de l'épidémie de grippe H1N1 de 2009, réitère cette prééminence accordée au ministre de l'intérieur ainsi qu'aux préfets de zones et de départements.<sup>1</sup>

Enfin, la planification des secours issue de la loi n°2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile confie au dispositif opérationnel ORSEC<sup>2</sup> l'organisation permanente et unique de la gestion des événements touchant gravement la population. Des dispositions particulières prévoient notamment la préparation des réponses adaptées aux risques sanitaires lors de pandémies.

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

<sup>2</sup> Organisation de la réponse de sécurité civile.

Sur le plan de la doctrine, un même éloignement des principes peut être observé. 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 techniques. Or, ces principes n'ont pas été respectés dans la phase initiale, marquée par une multiplicité et une succession des décideurs et commandants de crise. Mais de surcroît, le commandement de la crise a été confié à l'acteur et conseiller technique (le ministère et l'administration de la Santé), alors que rien dans son organisation et sa culture ne le prédisposait à assurer efficacement ce rôle.

### 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 chargés de la 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 font la résilience des territoires** : élus locaux, forces de l'ordre, sapeurs-pompiers, professionnels de santé, bénévoles associatifs, partenaires sociaux.

## B/ Le fonctionnement national en mode cloisonné et ses conséquences

Le choix de distinguer la gestion sanitaire des autres impératifs a conduit à transgresser chacun de ces principes et généré une organisation atypique et variable dans le temps. Du 27 janvier au 17 mars, la réponse de l'État exclusivement pilotée par la direction générale de la santé. Par la suite, deux organisations parallèles coexistent entre les ministères de la Santé 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 crise<sup>3</sup> et à la multiplication des cellules anticipation et logistiques dans les ministères, a contribué à :

- ▶ Opacifier lieu de décision stratégique,

- ▶ Favoriser le travail « en silos » des administrations plutôt qu'une gestion interministérielle. Cette situation a en particulier 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 et également exposés au virus.
- ▶ Complexifier les lignes de communication, nuisant à la remontée d'informations.

#### Cette situation est illustrée :

- ▶ D'une part, par l'installation tardive le 17 mars<sup>4</sup> de la CIC<sup>5</sup> 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 ministère de la Santé a souvent de surcroît été absent<sup>6</sup>.
- ▶ D'autre part, par la réduction à partir de ce stade du COGIC<sup>7</sup> à un rôle de veille et de mise en œuvre, alors que sa participation à la gestion opérationnelle de la crise entre janvier et le 17 mars aurait été utile pour prendre en compte sa dimension multisectorielle.

La qualification de cette crise comme une crise sanitaire et son pilotage par le MSS, alors qu'elle était également, par son caractère intersectoriel et son impact général sur les populations et la société, une crise systémique, ont mis en lumière deux carences majeures de ce ministère en matière de gestion de crises.

En premier lieu, ce choix a révélé le manque profond de culture interministérielle au sein du ministère de la santé. Le pilotage d'une crise intersectorielle par un ministère sectoriel a conduit un acteur technique – aussi important soit-il – à gérer des aspects de la crise totalement étrangers à son domaine d'expertise, à ses capacités opérationnelles et à sa légitimité institutionnelle. Il en a résulté une coordination interministérielle insuffisante, que ce soit en phase initiale lorsque chaque ministère a activé sa cellule de crise et a géré les conséquences dans son domaine d'expertise, ou après l'activation de la CIC, le MSS contournant régulièrement la cellule et envoyant directement ses points de situation au Premier ministre et au président de la République.

En second lieu, le pilotage de la crise par le MSS a beaucoup souffert du manque de culture d'anticipation au sein de ce ministère, à l'image de la destruction des stocks stratégiques de masques constitués après la pandémie de grippe H1N1 pour des raisons de maîtrise

<sup>3</sup> Le Pr SALOMON, puis le Préfet THIRION, le Préfet DEGOS, M. CASTEX, M. RIBADEAU-DUMAS, et le Préfet ROBIN.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Cellule interministérielle de crise.

<sup>6</sup> Circulaire n° 5567 SG du Premier ministre du 2 janvier 2012 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures.

<sup>7</sup> Centre opérationnel de gestion interministérielle des crises, DGSCGC, ministère de l'Intérieur.



budgétaire, alors que plusieurs rapports de l'Inspection générale de l'administration (IGA) préconisaient un renfort logistique face aux risques pandémiques notamment en masques FFP2.

Cette ligne de conduite du MSS vis-à-vis des sapeurs-pompiers n'a pas changé pendant la crise : une priorité a été établie pour les seuls soignants concernant le port des masques FFP2. Sur cette question des masques, tout au long de la crise, le ministère a semblé gérer la pénurie, pas l'approvisionnement. D'une manière générale, les acteurs de terrain ont eu le sentiment de subir la temporalité de l'événement, et avec retard.

En cohérence avec le positionnement du ministère de l'intérieur, la DGSCGC a semblé absente les premières semaines, laissant les services départementaux d'incendie et de secours (Sdis) répondre sans appui ni coordination.

Par la suite, le MSS et son centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORUSS) n'ayant pas vocation à gérer des crises interministérielles et n'étant pas doté des outils nécessaires, la CIC Beauvau a été activée, sans toutefois pouvoir maîtriser la remontée d'information du terrain. Cette duplication de la chaîne de commandement -que cherchait précisément à éviter la circulaire de 2012 qui sera évoquée plus en détails- a contribué à rendre confuse et peu lisible l'action de nos institutions.

## C/ Les sapeurs-pompiers, ressource sous-utilisée

Les sapeurs-pompiers sont, au quotidien, les premiers acteurs des secours et soins d'urgence, eux qui

interviennent toutes les 7 secondes et consacrent 84% de leurs interventions au secours d'urgence aux personnes (SUAP), soit 4,13 millions d'interventions par an. Cela les prédisposait inévitablement à être des acteurs majeurs de cette crise auprès des populations comme en soutien du système de santé et du système médico-social, en particulier des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : dépistage, désinfection et entretien des locaux, brancardage, distribution de repas...

### **Les sapeurs-pompiers ont cependant été insuffisamment inclus - voire même parfois délibérément écartés - dans la gestion initiale de cette crise sanitaire.**

Dans ce contexte s'est développé chez les sapeurs-pompiers et leurs services de santé et de secours médical (SSSM) un sentiment d'absence de prise en compte et de reconnaissance de la part de l'État. Véritable symptôme de ce déficit, le réflexe premier de l'État central, en situation de « guerre sanitaire », a été de recourir aux armées plutôt qu'à l'expertise et aux moyens des sapeurs-pompiers, perçus comme des acteurs territoriaux.

Les sapeurs-pompiers n'ont de ce fait pas été inclus dans le périmètre des décisions nationales concernant les acteurs dits de « première ligne », notamment celles relatives à l'accès aux dispositifs prioritaires de gardes d'enfants, l'accès aux tests de dépistage, ou encore la reconnaissance comme maladie professionnelle des cas de contraction du Covid-19 en service. Le long silence opposé sur ce dernier point, malgré les recommandations de l'Académie nationale de médecine, demeure particulièrement incompris et mal vécu.

Mais sur ce registre, le point le plus défailant est incontestablement le manque d'équipements de protection individuelle (EPI), dont la dotation était centralisée par le MSS avec dans le même temps une impossibilité d'acquisition

par les Sdis, les contraignant en urgence à des accords entre Sdis pour des échanges ou une mutualisation des stocks existants.

Alors que l'importance de l'action des sapeurs-pompiers dans la gestion de cette crise est progressivement reconnue, il devient primordial d'assurer la nécessaire coopération entre acteurs de la santé et de la sécurité civile dans la gestion des crises sanitaires, et de garantir une égalité de traitement entre sapeurs-pompiers et personnels soignants, ainsi que le Président de la République s'y est engagé.

## D/ La mauvaise articulation des gestionnaires de la crise

**L**e choix de confier le pilotage de cette crise au ministère de la santé a eu pour conséquence de conférer un rôle de second rang aux acteurs du ministère de l'intérieur, en principe responsable de la conduite opérationnelle des crises lorsqu'elles ont lieu sur le territoire national<sup>8</sup>, et aux préfets de zones et de départements, traditionnellement chargés de la direction des crises dans les territoires, en contradiction avec le Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale » élaboré par le Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN).

En particulier, les préfets, pourtant seuls acteurs réellement en mesure de conduire le dialogue opérationnel avec tous les interlocuteurs dans les territoires du fait de leur rôle d'architectes de l'action publique au niveau local, n'ont pas été immédiatement placés au cœur de la gestion de crise.

Pourtant, lors d'une pandémie grippale, les missions prioritaires du préfet sont :

- ▶ le maintien de l'ordre et de la sécurité publiques, la distribution des secours et la sécurité civile, les missions de police judiciaire;
- ▶ la communication, l'information et le dialogue avec le public ;
- ▶ le maintien des missions essentielles des directions départementales interministérielles (DDI), en propre ou en transversalité. Et la priorisation des dossiers nécessaires à :
  - la continuité des services ;
  - la prise en charge des populations, notamment vulnérables ;
  - la continuité des activités économiques.

En fonction de la sévérité de la pandémie et de l'étendue de ses conséquences intersectorielles, le préfet décide en principe de l'activation d'une cellule de suivi avec l'ARS ou du centre opérationnel départemental (COD) où seront présents des représentants :

- ▶ des services préfectoraux (SIDPC<sup>9</sup>, communication) ;

- ▶ de l'ARS ;
- ▶ de la gendarmerie et de la DDSP ;
- ▶ du Sdis.

Le décret n° 2010-224 du 4 mars 2010 relatif aux pouvoirs des préfets de zone de défense et de sécurité précise les responsabilités de chacun et structure les pouvoirs du préfet de zone. Il contient des points importants, non appliqués depuis 10 ans ; notamment le renfort des états-majors interministériels de zones de défense et de sécurité (EMIZDS) par des cadres issus des différents ministères. Malgré la circulaire publiée par Xavier BERTRAND, alors ministre de la Santé, demandant la mise à disposition d'un cadre de ce ministère à l'EMIZDS, aucun EMIZDS n'a bénéficié de cette mise à disposition.

Or, lors de la première phase de cette crise, les préfets de zones et de départements ne se sont pas vu attribuer systématiquement la place qui aurait dû être la leur.

**Dans certains territoires, les préfets ont pris la main. Dans d'autres non, conduisant les sapeurs-pompiers à prendre la vague épidémique avec d'autant plus de violence.**

Dans un département particulièrement touché par l'épidémie, il apparaît que le Sdis est demeuré privé d'information durant toute la crise, sa principale source de renseignement s'avérant être finalement le dispositif numérique CRISORSEC tout au long de l'évènement.

Les retours d'expériences communiqués par les acteurs de terrain de la sécurité civile font ressortir de profondes différences sur la relation que les Sdis entretiennent avec les préfets ou les agences régionales de santé (ARS).

Alors que dans un département, l'on s'est étonné du manque d'interactions et de coopération avec l'ARS (un contact collectif par semaine sur demande insistante des 8 Sdis de la région), dans un autre, on parle de rapports de confiance multiples et quotidiens avec l'ARS, les centres hospitaliers et le SAMU.

Ces différences d'un département à l'autre sont sans doute le symptôme d'un manque de stratégie et d'organisation collective au niveau national.

Les membres de la commission fédérale des directeurs départementaux des services d'incendie et de secours (DDSI) et de l'encadrement supérieur indiquent ainsi que les préfets et l'ARS ne partagent pas les informations comme ils le devraient.

<sup>8</sup> Circulaire n° 5567 SG du Premier ministre du 2 janvier 2012 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures.

<sup>9</sup> Service interministériel de défense et de protection civile.

## E/ Le manque de communication au niveau national

**I**l remonte des Sdis et des Unions départementales de sapeurs-pompiers un grief important quant à l'absence de communication au début de la crise qui a rendu le démarrage de sa gestion difficile, avec des informations délivrées avec parcimonie et ouvertes à l'interprétation des élus et des directeurs. Il apparaît nettement que la gestion de crise aurait bénéficié d'une communication unique plus efficace au niveau national pour transmettre une doctrine commune de l'échelon national au niveau local<sup>10</sup>.

S'agissant de la reconnaissance du rôle joué par les sapeurs-pompiers, la communication du président de la République, qui ne les a pas mentionnés comme des acteurs de première ligne dès le départ, reflète cette reconnaissance tardive de leur rôle. Leur omission totale dans le discours de Mulhouse, le 25 mars, alors que les sapeurs-pompiers, en particulier ceux du Haut-Rhin, étaient déjà largement mobilisés dans les territoires sous tension et se préparaient dans les autres départements à l'arrivée de la vague épidémique, a défavorablement surpris l'ensemble des sapeurs-pompiers de France et été perçue comme un manque de reconnaissance, fort heureusement corrigé dans l'adresse aux Français du 13 avril.

Cette lacune est symptomatique de l'absence d'intégration d'emblée des sapeurs-pompiers par les autorités politiques et administratives nationales parmi les véritables acteurs de la gestion de cette crise. Véritable manifestation de cette mise à l'écart des sapeurs-pompiers, même en situation normale, les DDSIS n'ont pas accès au site de l'offre collaborative du ministère de l'Intérieur (OCMI), alors que tout agent d'une préfecture y accède.

---

<sup>10</sup> Commission des sapeurs-pompiers volontaires, 29 avril 2020





# 02

## L'IMPOSSIBLE OPÉRATIONNEL POUR LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SECURITÉ CIVILE ET DE LA GESTION DES CRISES

### A/ Une DGSCGC largement mise à l'écart de la gestion de crise

**L**a DGSCGC a été largement absente dans la gestion de la première phase de cette crise, hormis 5 ou 6 officiers en CIC, pour la plupart affectés à des fonctions peu valorisantes de secrétariat.

Un acteur de la gestion de cette crise indique avoir relevé une journée lors de laquelle, sur 76 personnes en CIC, on a compté 5 sapeurs-pompiers pour 12 gendarmes malgré la prépondérance de la dimension de protection civile de la crise sur sa dimension d'ordre public.

En particulier, 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 unanimes :

- ▶ **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 ;
- ▶ **Absence de directives nationales 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 ;

- ▶ **Absence d'officiers de sapeurs-pompiers de la DGSCGC (alors placés en télétravail) aux côtés des élèves-policiers et à des élèves de l'École de guerre dans la gestion de la CIC.**

Outre la définition d'une doctrine nationale de gestion de la crise, la DGSCGC aurait dû anticiper les commandes du ministère de l'intérieur pour les Sdis en étant force de proposition dans les réflexions concernant les missions réalisables et leurs limites, les moyens à acquérir le cas échéant, et l'anticipation opérationnelle.

Initialement créée en 2011 dans le but 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, **la DGSCGC doit se voir donner les moyens et l'organisation de concrétiser l'ambition, plus que jamais pertinente, qui a justifié sa création.**

En particulier, un constat unanime ressort pour déplorer **l'absence du pôle santé** de la DGSCGC auprès des Sdis et de leurs SSSM dans la gestion de cette crise.

La maîtrise exclusive du MSS sur l'ensemble des questions sanitaires a généré une très faible sollicitation et le très large désengagement du pôle santé de la DGSCGC, ce qui est inconcevable.



Outre le rôle de conseil santé du directeur général, il devrait pourtant être un maillon de coordination en capacité d'animer le réseau SSSM, d'impulser des réflexions, de recueillir les bonnes pratiques, de produire une doctrine opérationnelle et santé en service, en lien avec les bureaux de la DGSCGC concernés, qui servirait de ligne directrice nationale.

## B/ Le COGIC a été réduit à un centre de veille et de management de l'information

**L**e COGIC constitue, pour sa part, le bras armé de la DGSCGC. Véritable outil de coordination des états-majors interministériels de zone de défense et de sécurité (EMIZDS) et des centres opérationnels des autres ministères, il a su faire preuve d'un haut niveau de résilience pendant les deux premiers mois de la crise.

Il remonte cependant que **le COGIC a ensuite été réduit à un centre de veille et de management de l'information. En particulier, le COGIC a été écarté de la gestion opérationnelle de la crise**, pourtant multi-sectorielle, et réduit à des actions de mise en œuvre dès le passage au stade 3 du plan "pandémie grippale" le 17 mars, date à laquelle la conduite opérationnelle a été transférée à la CIC.

Ce choix politique a eu plusieurs conséquences majeures :

- ▶ Une absence d'exploitation au bon niveau des informations fournies par le COGIC ;
- ▶ La privation des autorités de la DGSCGC d'un avis opérationnel éclairé ;
- ▶ Une démultiplication des conseillers en gestion de crise ;
- ▶ Une gestion de crise imparfaite, malgré un haut niveau de réponse de sécurité civile ;
- ▶ Une absence fréquente de réponse appropriée aux besoins remontés par les chefs d'EMIZDS (épidémie de dengue et de Covid-19 à La Réunion ; tension sur l'approvisionnement en masques de l'Oise).

**En conséquence, la nécessaire gestion interministérielle de la crise n'a pas pu être mise en œuvre et chaque ministère s'armait de manière autonome.**

## C/ Les Sdis ont été livrés à eux-mêmes

**A** lors qu'en Italie, la Protection civile se voyait simultanément confier la gestion de la crise et sa communication, la DGSCGC n'a pas été en situation de communiquer en direction du grand public, mais aussi et surtout, a été trop peu présente auprès des Sdis, largement livrés à eux-mêmes.

Les sapeurs-pompiers auraient dû être considérés comme une force capable d'anticiper et d'agir face à la crise sanitaire.

On peut également s'interroger sur les raisons qui ont conduit à ne jamais utiliser les quatre établissements de soutien opérationnel et logistique (ESOL) dont le soutien logistique constitue pourtant la mission pour la distribution de masques aux acteurs de terrain engagés contre l'épidémie.

Les sapeurs-pompiers ont déploré que le bénéfice des tests de dépistage ne leur ait pas été accordé. L'activité professionnelle de certains sapeurs-pompiers volontaires a en outre pu être impactée du fait de leur participation à la lutte contre la Covid-19.



# 03

## UNE GESTION TERRITORIALE RÉUSSIE GRÂCE À L'ADAPTABILITÉ DES ACTEURS LOCAUX

### A/Une gestion de crise locale rendue difficile par un pilotage des ARS ignorant les sapeurs-pompiers

**L**a prééminence initiale accordée aux directeurs généraux des ARS sur les préfets de départements a conduit, dans trop de territoires, les acteurs de la santé à prétendre gérer seuls cette crise durant la première phase de l'épidémie.

Or, les structures administratives de la Santé sont apparues comme lourdes et rigides.

Leur verticalité a conduit à marginaliser la médecine libérale par rapport à l'hôpital.

Les délégués territoriaux des agences régionales de santé (ARS) ont paru trop souvent manquer de toute capacité décisionnaire dans l'urgence.

Les ARS ont répondu à ce pourquoi elles avaient été conçues : des administrations de gestion du système de santé.

Aucunement préparées à la gestion des situations d'urgence, elles ont semblé accaparées par la gestion du nombre de places en réanimation hospitalière, les demandes de remontée statistique de Santé Publique France et le contrôle des données sanitaires dont le partage (avec les préfets, les élus...) était nécessaire à la coordination territoriale des acteurs.

Des ARS ont ainsi donné pour instruction à leurs délégués territoriaux et aux 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 (exemple des EHPAD).

Elles ont trop longtemps oublié les EHPAD, laissant seules les collectivités territoriales face au décès en nombre de nos aînés<sup>11</sup>.

Elles ont démontré leur impréparation à la gestion d'une crise de cette ampleur et leur déficit de culture de gestion opérationnelle.

<sup>11</sup> 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 Tonnavy-Charente, établissement dont il est politiquement responsable !

## B/ Les effets néfastes d'une gestion administrative de la crise

**E**n premier lieu, **les échelons nationaux et régionaux ne sont pas parvenus à anticiper efficacement** notamment en matière logistique (masques, blouses, charlottes, sur-chaussures). Ce déficit d'anticipation a été porteur de risques de ruptures capacitaires pour les sapeurs-pompiers, pourtant en première ligne, que l'étroitesse de leurs liens avec les collectivités locales et les acteurs économiques de leurs territoires a fort heureusement permis de pallier.

En second lieu, la recherche d'autonomie des acteurs de santé, convaincus qu'ils étaient capables de faire face seuls à une crise considérée comme exclusivement sanitaire, les a poussés à **éviter au maximum le recours aux sapeurs-pompiers**.

Ainsi à titre d'exemple, le refus d'un SAMU, couvert par son ARS, de reconnaître les compétences des médecins sapeurs-pompiers a eu pour effet un recours à des hélicoptères militaires médicalisés pour l'occasion, plutôt qu'aux Sdis pour le transfert de patients, conduisant l'hélicoptère de la Sécurité civile du Sdis local, armé par le SSSM, à assurer de manière paradoxale des transferts de patients au profit d'une autre région.

De manière générale, le suivi du nombre d'interventions à la demande du SAMU pour les quatre départements de la grande couronne francilienne fait ressortir que les sapeurs-pompiers ont été très fortement sollicités au début de la crise, à partir de début mars, pour pallier les désorganisations de la Santé, et ont été progressivement mis à l'écart à partir de la mi-mars quand l'ARS a commencé à faire appel aux associations agréées de sécurité civile (AASC). Ainsi, les sapeurs-pompiers ont été positionnés en première ligne au début de la crise, puis ils ont été remplacés par des bénévoles associatifs pourtant moins bien protégés et moins préparés qu'eux, 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 au risque courant.

Cette prééminence accordée aux ARS a également engendré **une volonté de captation des ressources de la sécurité civile**, avec notamment des tentatives de débauchage individuel des professionnels de santé du SSSM dans le cadre des appels à rejoindre la réserve sanitaire plutôt que leur sollicitation au titre du SIS en termes d'effet à obtenir. Le même phénomène avait déjà observé en 2013 avec les sollicitations individuelles de médecins sapeurs-pompiers afin de devenir « médecins correspondants de SAMU ».

En outre, cette prépondérance des ARS a désincité les échanges avec les Sdis et le partage interservices du

travail d'anticipation de leurs cellules de crises, notamment sur les potentielles ruptures capacitaires des acteurs et/ou des moyens.

De la même façon, l'absence d'activation systématique des centres opérationnels départementaux (COD) a été préjudiciable à la coordination et au travail interservices.

**L'articulation entre ARS et préfets à l'échelle territoriale n'a pas été la même dans toutes les régions. Elle a beaucoup -et trop !- dépendu des hommes et des femmes en présence**, notamment du délégué territorial de l'ARS (DT ARS) et des relations préexistantes entre les acteurs locaux.

Dans les départements où la relation entre l'ARS et les préfets peut être qualifiée d'« entente cordiale », les Sdis ont été relativement libres de manœuvrer du moment que l'ARS et la préfecture partageaient l'information.

En revanche, dans d'autres départements, le préfet a été notoirement tenu éloigné des discussions par l'ARS.

Ainsi privés de données sur l'évolution prévisible de la situation, le préfet et les services placés sous sa direction opérationnelle n'avaient pas les outils nécessaires pour envisager des idées de manœuvres sur certains scénarios : activation de structures d'accueil en amont ou aval des centres hospitaliers, activation de dépôts mortuaires, actions spécifiques dans les EHPAD, organisation du soutien à la population et aux acteurs de première ligne hors milieu hospitaliers (infirmières libérales, aides à domicile etc.).

En conséquence, la délégation sénatoriale aux collectivités territoriales a publié le 2 juin 2020 un premier bilan critique de la coordination entre les collectivités territoriales et les ARS, partagé par la suite par les associations nationales d'élus (AMF, ADF, Régions de France). Son président, le sénateur Jean-Marie Bockel, reproche aux ARS d'être « trop distantes des territoires » et « peu adaptées face à des contextes de crises » dans la mesure où elles n'associent pas suffisamment les acteurs locaux à la gestion de crise.

De manière générale et comme l'a démontré avec succès par la suite la gestion du déconfinement dont ils ont été les pivots avec les maires, **la gestion territoriale de cette crise aurait grandement bénéficié d'un pilotage unique d'emblée par les préfets de département, uniques autorités capables, avec les élus, d'assurer la coordination des acteurs de terrain, avec l'appui éventuel des ARS.**



## C/ Les Services de santé et de secours médical, clé de voute de l'édifice opérationnel

**L**es SSSM, outils indispensables d'anticipation des Sdis dans cette crise sanitaire, regroupent 12 230 membres, professionnels et volontaires, issus des métiers de la santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, cadres de santé, psychologues, vétérinaires...) qui associent leurs compétences et sont intégrés dans l'univers des sapeurs-pompiers. Leur expertise se place au profit des politiques des SIS et de leurs autorités, dans l'objectif de produire des secours de qualité tout en contribuant à la protection et aux soins destinés aux intervenants.

Dans la crise du Covid-19, les SSSM des SIS ont notamment assuré la continuité de la gestion de l'approvisionnement (équipements de protection individuelle, oxygène...) et ont apporté une expertise intégrée permettant des échanges équilibrés avec les différents organismes de santé (ARS, SAMU...).

Ce fut en particulier le cas lorsqu'il a fallu se positionner sur le choix du port des masques FFP2 pour garantir la protection des personnels opérationnels malgré les recommandations nationales. Les SSSM ont joué un rôle prépondérant dans les différentes actions exposées dans la suite de ce rapport, et qui ont permis aux SIS de concilier continuité et adaptabilité de leurs missions.

A l'heure où 84 % de leur activité concerne le SUAP, les SIS doivent détenir une compétence santé pluridisciplinaire intégrée. Cette expertise santé garantit aux SIS la capacité de maîtriser et piloter la mission de secours d'urgence aux personnes ; elle apporte en outre un conseil pertinent et une analyse critique par une composante santé acculturée.

De même, face à une crise sanitaire à fort impact ressource humaine, les SIS, grâce à leur SSSM, sont en capacité de suivre et d'analyser les données médicales multiples dans un environnement complexe lui permettant d'anticiper plutôt que de subir.

## D/ Le manque d'équipements de protection individuelles

**P**armi les difficultés rencontrées par les Sdis pour assurer leur propre résilience et ne pas risquer de contaminer les personnes secourues, la question de l'approvisionnement en équipements de protection individuelle (EPI) est révélatrice de l'isolement des Sdis et de leur capacité d'adaptation.

Il apparaît aujourd'hui que les stocks préexistants n'étaient pas dimensionnés pour traverser une telle crise.

Au début de la crise, les Sdis étaient inégalement équipés en EPI : alors que certains disposaient en première intention d'une capacité de deux semaines sans réapprovisionnement, les stocks existants de masques

permettaient de tenir un mois dans d'autres départements. La plupart des Sdis ont ainsi dû compter sur des dons divers qui ont permis de faire la jonction entre deux livraisons par exemple.

La majorité des approvisionnements de revendeurs français provenant d'Asie, continent déjà touché par la crise sanitaire depuis plus de deux mois quand l'épidémie est apparue en France, ces voies d'approvisionnement se sont vite tariées au regard des demandes accrues de l'ensemble des acteurs de la crise.

Dès le début de ces tensions d'approvisionnement, **les pharmacies à usage intérieur (PUI)** n'ont eu de cesse d'étudier chaque jour toutes les pistes possibles de fourniture de produits de santé nécessaires afin d'éviter toute rupture, en utilisant les réseaux des partenaires de marchés actuels, des industriels des territoires (souvent priorités), des pharmaciens de Sdis et hospitaliers, ou encore de nouveaux fournisseurs nationaux ou internationaux.

Les Sdis ont cependant dû faire face à la problématique des réquisitions de leurs commandes par l'État, abordées plus bas dans ce support.

Ainsi, rapidement, ils se sont tournés vers des donateurs pour pallier leurs carences en EPI.

En plus des dons spontanés de la part d'entreprises de leur département, les Sdis ont été proactifs et ont pris la décision de prendre contact avec toutes les entités susceptibles d'en fournir : établissements scolaires, entreprises, centres commerciaux, diverses enseignes... Cela a demandé un travail de recherche approfondi et minutieux, qui a fini par porter ses fruits puisque plusieurs structures ont répondu à ces appels aux dons.

Hors l'approvisionnement en EPI qui aurait pu être coordonné plus tôt au niveau central pour les Sdis, **des instructions sur l'harmonisation des règles d'usage étaient attendues** de la DGSCGC. Les informations contradictoires entre les notions connues par les agents et les recommandations de la Santé, tout comme les réponses différentes mises en place par les Sdis selon l'étendue de leur stocks et l'intensité relative de la crise,

ont créé des inquiétudes légitimes auprès des agents et des tensions sur le terrain entre les personnels soignants et les sapeurs-pompiers.

**Tout au long de la crise, la carte de la solidarité inter-Sdis, par le biais des pharmaciens, a été essentielle dans l'approvisionnement en masques des départements sous tension.**

A titre d'exemple, le Sdis de l'Oise a bénéficié d'un don de 5 000 masques chirurgicaux à lacets de la part du Sdis 77 (don de 3 000 masques) et du Sdis 91 (2 000 masques) en début de crise. Le Sdis 80 a également organisé la plateforme de distribution de l'ARS à partir du 26 mars puis chaque semaine pour la distribution de 99 050 masques chirurgicaux et de 2 500 masques FFP2, reçus le 8 juin dans l'Oise. A son tour et grâce à cette solidarité inter-Sdis, le Sdis 60 a pu offrir le 20 mars 1 000 masques FFP2 et 3 000 masques chirurgicaux aux Sdis 80, 62, 02 et 500 masques FFP2 aux Sdis du Bas-Rhin et du Haut-Rhin ainsi que des masques chirurgicaux.

Des difficultés ont également été rencontrées en ce qui concerne l'approvisionnement des Sdis en oxygène et en gel hydroalcoolique. Là encore, ils ont dû faire preuve d'adaptabilité et compter sur leurs relations avec des fournisseurs locaux pour s'approvisionner eux-mêmes.

## E/ Les mesures de continuité opérationnelle et de suivi des agents

**D**ès le début de la crise, les Sdis ont dû s'organiser pour assurer la continuité de leur service public dans des conditions sanitaires saines pour leurs personnels. Ainsi, un certain nombre de mesures humaines et organisationnelles ont été mises en œuvre. Elles sont énumérées en annexe 1.

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 à la Covid-19, et démontré leur forte technicité au profit de la population.

L'ensemble des mesures de protection individuelles mises en place par les Sdis a montré son efficacité : on ne déplore à ce jour aucun élément accreditant une surexposition des sapeurs-pompiers à la Covid-19, et le taux de pénétration du virus parmi les sapeurs-pompiers, certes variable selon les territoires et leur degré d'exposition à la crise<sup>12</sup>, est comparable et ne dépasse pas celui de la population du département concerné.

Selon le Centre opérationnel de gestion interministérielle des crises, au 28 août, 1826 sapeurs-pompiers ont été déclarés positifs au virus, dont aucun n'a été considéré comme cas grave en lien avec le service.



<sup>12</sup> 5% au Sdis 60, 15% au Sdis 68, chiffres à interpréter avec prudence compte tenu du nombre de cas asymptomatiques.



Pour protéger leurs effectifs, les Sdis ont mis en place des mécanismes divers, dans lesquels les SSSM ont joué un rôle majeur.

Dans le Haut-Rhin, le DDSIS souligne l'efficacité de ces mesures qui ont permis de protéger les personnels du Sdis malgré la virulence du virus dans le département : alors qu'ils sont intervenus pour un tiers des interventions SUAP avec une suspicion Covid, aucun cas grave n'a été déploré parmi les effectifs.

## F/ Innovations techniques et adaptation administrative

**C**o-développée par le Sdis de l'Allier, une association et une startup, une solution de suivi des agents spécifique Covid a vu le jour. Lancée dans le Sdis 03, elle a par la suite été mise en place par leurs homologues des Yvelines, de la Seine-et-Marne et de la Corse-du-sud.

Grâce à ce logiciel utilisant l'intelligence artificielle, chaque agent a pu renseigner son état de santé quotidiennement, permettant aux SSSM d'avoir une vision précise et actualisée des agents malades au fil des jours. Dans les Yvelines, au 29 avril, 1316 agents étaient suivis grâce à cette application, dont 37 recensés positifs.

Cette innovation a permis à ces Sdis, non seulement d'acquérir et de conserver une photographie très précise et actualisée de l'état de santé de leurs agents, mais aussi de maintenir le lien social, et d'optimiser le temps médical pour le suivi des agents. Sur l'ensemble de l'épisode, plus de 7000 agents ont été suivis.

En ce qui concerne les critères d'éviction ou de maintien dans l'emploi des agents suspectés, le SSSM de l'Yonne

a missionné un médecin professionnel chargé de la médecine préventive au sein du Sdis pour suivre chaque agent suspecté Covid-19, cas contact afin d'apporter son expertise médicale dans la marche à suivre (isolement, mesures barrières...) mais également de définir son maintien ou non dans l'activité opérationnelle. Plusieurs situations administratives ont permis de définir le maintien ou non de l'agent au sein de la structure et plus particulièrement les sujets à risques qui ont été immédiatement (sur avis médical) invités à rester à domicile.

Dans les départements les plus touchés comme le Haut-Rhin, le Sdis a été conduit à demander à ses personnels "cas contact risque élevé" de travailler avec port de masque pour faire face à l'épidémie.

Les dépistages, réalisés de manière quasi systématique au début de la crise, sont plus tard devenus difficiles à obtenir, ce qui a engendré des incertitudes et des interrogations pour les sapeurs-pompiers. Dans le Val d'Oise, le SSSM a été en capacité de proposer des tests PCR systématiquement à ses agents à partir du 23 mars.

## G/ La prise en charge médicale des agents

**C**omme elle l'a demandé dès le 27 mars au ministre des Solidarités et de la Santé, la FNSPF **appelle le Gouvernement** à se conformer à l'avis de l'Académie nationale de médecine et à permettre, comme c'était déjà le cas pour les personnels soignants aux côtés desquels ils luttent quotidiennement, **que l'ensemble des pompiers atteints en activité du SARS-CoV-2 soient déclarés en « affection imputable au service »**. **Il est impératif de mettre en œuvre l'indemnisation comme maladie professionnelle des sapeurs-pompiers contaminés en service, afin de leur éviter des procédures lourdes et aléatoires.**

Les SSSM sont à disposition des SIS pour venir en soutien des agents, que ce soit sur le plan somatique ou psychologique. Le soutien santé des agents a été mis en œuvre par plusieurs moyens. Dans le Bas-Rhin, dès le recensement du premier cas contact d'un sapeur-pompier professionnel, le Sdis a mis en place un binôme officier sapeur-pompier professionnel/médecin du SSSM.

**Le soutien psychologique aux agents** a notamment fait l'objet d'une communication intensive à l'attention des agents des SIS. Dans l'Ain, une telle communication à l'attention des sapeurs-pompiers a été élaborée par le SSSM. Parmi d'autres, deux vidéos du médecin-chef expliquant l'épidémie et les mesures nécessaires ont été réalisées. Des consignes ont également été diffusées par affichage et mailing aux SPV, SPP et PATS. De plus, des

audioconférences entre le médecin chef et les agents en garde ont été mises en place pour répondre aux questions, et une FAQ Covid était régulièrement alimentée. Enfin, des points de situation réguliers (chaque semaine) avec les organisations syndicales et le CCDSPV étaient organisés. Outre cette communication efficace, un soutien psychologique a été proposé aux agents, qui n'a cependant pas été sollicité sauf au CTA où une psychologue est intervenue.

Pour offrir à leurs agents un soutien psychologique efficace et réactif, des dispositifs ont été mis en place par les SIS.

L'Union départementale des sapeurs-pompiers du Val d'Oise a ainsi organisé un système solidaire dans lequel des SPV psychologues ont été mis à contribution pour aider les agents dans la gestion du stress.

Dans un centre de secours de l'Yonne, en plus de contacts téléphoniques avec des psychologues, les sapeurs-pompiers ont pu bénéficier d'une action collective de soutien psychologique, dans le respect des gestes barrières.

Dans le Val d'Oise, le service de psychologie était constitué d'un PATS temps plein et d'un SPV, et ses actions ont été menées par mail, affichage, mais principalement par téléphone et visioconférence. Toutes interventions confondues, les psychologues sont entrés en contact avec plus de 350 agents (plus de 300 sapeurs-pompiers, 50 PATS) ce qui représente environ 400 heures d'entretiens pour 15% des effectifs totaux. Dès le début de l'épidémie, les psychologues ont intégré la cellule de suivi des agents malades ou vulnérables, ce qui a permis une





connaissance immédiate et conjointe des difficultés psychologiques rencontrées par la plupart des agents, dont les principaux motifs rencontrés sont le traumatisme, l'épuisement ou encore la dépression.

L'action des psychologues s'est également tournée vers un accompagnement systématique de tous les chefs et adjoints de centres d'incendie et de secours (CIS) et de services afin d'anticiper des problématiques liées au confinement et/ou au télétravail, et d'accompagner les questions autour du deuil et du trauma, ce qui a permis de tisser des liens interservices. Une présence avec plus d'une trentaine d'entretiens informels sur le plateau du CTA CODIS a été également assurée par les psychologues. En outre, cette présence au CODIS et les échanges avec l'officier CODIS ont permis de proposer cinq actions immédiates de type débriefing psychologique post opérationnel avec les équipes sur le terrain.

Dans l'Oise, une cellule de suivi des effectifs impactés par le COVID a été mise en place. Elle rassemblait trois types d'acteurs (médecins, RH et CHSCT) et a permis la gestion des quatorzaines, des éloignements et le suivi des sapeurs-pompiers malades avec des appels téléphoniques réalisés par les médecins. En complément, et en utilisant un outil de suivi commun, la PUI a mis à disposition des agents symptomatiques des masques chirurgicaux.

## H/ Des déficits dans le suivi

### Plusieurs difficultés ont été soulevées :

- ▶ L'absence de retour d'information, émanant du centre 15 ou de l'ARS, concernant les personnes contaminées évacuées par le Sdis a rendu impossible tout croisement entre un SP infecté et une intervention ;
- ▶ La réalisation des arrêts de travail des agents du Sdis par l'ARS était compliquée ;
- ▶ Le manque d'information sur les conditions d'accès aux diverses dispositions gouvernementales a généré une période d'incertitude de plusieurs semaines qui faisait craindre un impact financier important pour le Sdis ou pour les agents. Les mêmes droits que les enfants de soignants ont été tardivement offerts pour les enfants de sapeurs-pompiers.



# 04

## L'ENGAGEMENT OPÉRATIONNEL ET LES RENFORTS AUPRÈS D'AUTRES ACTEURS

### A/ Coordination SIS/SAMU et renforts auprès du CRRA-15

**L**es retours d'expérience sur la coordination entre les SIS et les SAMU diffèrent en fonction de la situation locale et en particulier de la présence ou non d'une plateforme commune de réception des appels.

Ainsi, **dans les départements concernés, la plateforme commune a simplifié la communication et l'absorption du pic d'appels**, en permettant à tous les acteurs de l'urgence de travailler de concert.

**Les premiers temps de cette crise, les CRRA-15 ont fait face à une explosion du nombre d'appels qui a substantiellement impacté leurs délais de réponse, notamment dans les départements les plus touchés.**

La saturation d'un CRRA-15 peut avoir un double impact : l'absence de réponse médicale aux appelants provoquant de facto le report des appels sur le 18-112, et l'absence de réception des bilans d'interventions pour secours d'urgence aux personnes.

**Les délais observés d'accessibilité aux CRRA-15 ont significativement augmenté**, en particulier dans les départements les plus touchés et durant le pic d'activité. Dans l'un des départements les plus touchés par la crise sanitaire, le délai de réponse moyen du CRRA-15 qui était

légèrement supérieur à 1 min avant l'évènement Covid-19 est passé à 10 minutes 25 en mars 2020 avec 36% des appels décrochés en plus de 5 minutes. La conséquence immédiate de ce délai a été la difficulté pour le Sdis à répondre aux appels 18/112 du fait de la suroccupation des opérateurs de traitement des appels d'urgence (OTAU) CODIS à attendre un décroché du CRRA-15 pour transférer des appelants qui, la plupart du temps, avaient raccroché depuis de longues minutes. Dans un autre département violemment touché, jusqu'à 18 minutes d'attente ont été enregistrées pour transférer un bilan ou un appel au CRRA-15.

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 a été observé sur la ligne d'appels urgents<sup>13</sup> !

**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**

<sup>13</sup> Source : The European Emergency Number Association (EENA 112).

**un numéro d'appel non-urgent<sup>14</sup> distinct du numéro de secours d'urgence indiquent que ce numéro a été très utile pendant la pandémie.**

L'argument de l'imprévisibilité de la crise du Covid-19 ne peut donc valablement être soutenu.

Au-delà de la difficulté de transférer un requérant au CRRA-15, **les chefs d'agrès des départements les plus impactés se sont retrouvés dans une situation de blocage sur le terrain avec une absence de réponse du CRRA-15 pour transmettre le bilan.**

Cette transmission, prescrite par le référentiel commun SIS-SAMU d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente annexé à l'arrêté du 24 avril 2009 (hors bilan simplifiés – sans contact médical) est un frein majeur à la capacité du SIS à prendre en charge un nombre toujours plus important de victimes, les moyens étant bloqués de longues minutes avant d'avoir une réponse du CRRA-15.

## B/Des adaptations de procédures

**P**our pallier les difficultés rencontrées par les CODIS et les chefs d'agrès pour transmettre les bilans aux SAMU, depuis les premiers instants de cette crise, les sapeurs-pompiers ont dû faire preuve d'adaptabilité.

Face aux délais de réponse très allongés du CRRA 15 pour les bilans VSAV et afin de permettre une disponibilité plus rapide des moyens opérationnels du SIS, les sapeurs-pompiers sont régulièrement intervenus pour pallier l'indisponibilité du CRRA-15 dans les départements les plus impactés.

Les officiers santé dans les CODIS ont démontré toute leur utilité. Ils prenaient en charge le bilan du VSAV et décidaient de l'éventuel transport de la victime en cas de faute de réponse des CRRA15.

Pour faire face à l'augmentation d'appels, certains SIS ont renforcé leurs équipes notamment les week-end et jours fériés et ont mobilisé autant que nécessaire leurs personnels placés en astreinte.

Enfin, face aux situations d'appels pour Covid-19 qui nécessitaient une analyse particulière, le Sdis a privilégié le classement de l'appel en 4 niveaux (renvoi sur le numéro à 10 chiffres info Covid-19, classement en N1, classement N2 et engagement DR). Cette classification permettait au SAMU d'avoir un pré-tri des urgences Covid-19. Pour compléter le dispositif, un OTAU a été installé au CRRA-15, il avait pour mission de reclasser les appels ou d'engager les SP directement si nécessaire<sup>15</sup>.

Des mesures similaires ont été prises dans tous les autres départements où les délais de décroché du SAMU ont considérablement augmenté.

Face à cette saturation des SAMU observée dans les premières semaines de la crise, de nombreux SIS ont mis en place **des coordinations médicales et 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).

Face à cette problématique majeure, le refus opposé par le directeur du cabinet du Premier ministre pendant la crise<sup>16</sup> à la demande de la FNSPF de transférer aux SIS la réception du 112 dans les 14 départements où il est reçu par les CRRA-15 pour des raisons techniques liées à la crise, devra être reconsidéré à l'issue de cette dernière.

## C/ Un appui multiforme aux hôpitaux

**D**ans la mesure du possible, les SIS ont également su apporter leur soutien aux hôpitaux en leur mettant à disposition du matériel médical, notamment des respirateurs utilisés habituellement par leur SSSM. Un Sdis a même lancé une campagne de collecte de respirateurs auprès de vétérinaires de son département au profit des hôpitaux.

Les SIS ont également œuvré pour faciliter le travail des hôpitaux de plusieurs autres manières. A titre d'exemple, les sapeurs-pompiers ont régulièrement été amenés à armer des sas "Covid-19" dans l'objectif de faciliter l'accueil des victimes à l'hôpital.

**Cet appui s'est traduit de nombreuses autres façons : réalisation de transports secondaires inter-hospitaliers médicalisés ; médicalisation des hélicoptères de la Sécurité civile ; transports sanitaires par carence d'ambulances privées ; mise en œuvre de centres de dépistage...**

Face à un possible afflux massif de malades entraînant une rupture de la prise en charge des victimes, un SIS a créé un groupe de travail en collaboration avec la mairie, l'unité d'instruction et d'intervention de la sécurité civile (UIISC) et le centre hospitalier. Un projet de création d'un centre de regroupement des victimes dans une salle de congrès et de spectacles polyvalents a ainsi été mené par une équipe pluridisciplinaire.

Les conclusions de cette équipe, rassemblant les compétences nécessaires à la réalisation de cet objectif, ont abouti à la possibilité de réalisation de ce centre de regroupement des victimes tant au niveau technique qu'au niveau opérationnel.

<sup>14</sup> Le 111 au Royaume-Uni ; le 116 117 en Allemagne, en Finlande ou en Norvège (source : EENA 112).

<sup>15</sup> Réunion de la Commission Volontariat de la FNSPF, 29 avril 2020

<sup>16</sup> Courrier de M. Benoît RIBADEAU-DUMAS, alors directeur du cabinet du Premier ministre, au colonel Grégory ALLIONE, président de la FNSPF, du 10 avril 2020.

Accueilli très favorablement par le centre hospitalier comme une structure pré-hospitalière à un moment où il était sous très grande tension, la principale problématique aurait été l'armement en personnel médical (médecins, infirmiers, aides-soignants). L'ARS a été impliquée et a participé au scénario, la mobilisation des soignants insulaires aurait pu être insuffisante, le recours à des renforts nationaux (réserve nationale de Santé, ou service de santé des armées) a été envisagé. Le maire a fait part de son intérêt et de son souhait de placer ce projet dans son plan communal de sauvegarde. Fort heureusement, le centre n'a pas eu à être mis en œuvre, néanmoins l'étude reste valable et peut, à tout moment, permettre l'activation du centre de regroupement des victimes.

Cependant, ici encore, **des Sdis se sont régulièrement heurtés à des refus de collaboration de la part des centres hospitaliers ou des SAMU.**

L'un d'eux a par exemple fait la proposition le 26 mars 2020 à son centre hospitalier de mettre en place un module d'appui aux structures hospitalières (tentes et matériel PMA) dans cette zone fortement impactée par la crise sanitaire. Le Sdis a reçu une réponse négative du centre hospitalier (CH). L'objectif de ce module était de permettre un accueil différencié aux urgences du CH (Covid-19/non Covid-19) permettant tout à la fois de prendre en charge rapidement les victimes, et ainsi de libérer les VSAV plus rapidement, et d'autre part, de permettre une attente dans des conditions acceptables pour les victimes.

aussi été amenées à procéder à des visites chez des personnes âgées extérieures au réseau sur demande de certaines communes.

Les ONG sapeurs-pompiers ont également été actives durant cette crise. Ainsi, « Pompiers de l'urgence internationale » a travaillé de concert avec le Secours populaire français en Haute-Vienne pour répondre aux besoins de la population, que ce soit par la distribution de denrées alimentaires ou la sensibilisation aux bonnes pratiques sanitaires.

De la même façon, « Entraide protection civile internationale » a mené des actions telles que la distribution de masques dans des communes, la fabrication de masques, ou l'aide à des personnes âgées.

**Les sapeurs-pompiers ont donc fait preuve d'une réactivité et d'une adaptabilité à toutes épreuves, à l'instar des professionnels de santé ambulatoires et des personnels hospitaliers : infirmières, aides-soignants pour accroître les capacités d'accueil en réanimation et accompagner les personnes malades.**

## D/ L'appui aux EHPAD

**L**es SIS ont également fourni leur aide au secteur médico-social, notamment en effectuant des missions dans les EHPAD (réalisation de tests de dépistage des résidents et des soignants ; nettoyage et désinfection des locaux : accueil des familles ; entretien du lien social avec les personnes âgées). Régulièrement, les sapeurs-pompiers ont en outre participé à la distribution de gel hydro alcoolique ou à l'élaboration de rapports d'expertise dans les EHPAD concernant leur organisation en termes d'hygiène.

## E/ L'appui aux populations

**L'**action des SIS s'est complétée de l'engagement bénévole des membres du réseau associatif au profit des populations sensibles sur la base de nombreuses initiatives locales.

Les Unions départementales de sapeurs-pompiers se sont mobilisées pour assurer principalement la solidarité intergénérationnelle. Ainsi, des actions ont été conduites pour s'assurer de la santé des anciens sapeurs-pompiers dans certains départements, et pour s'assurer qu'ils n'étaient pas nécessiteux sur certains points (notamment le ravitaillement en produits de première nécessité : alimentation, médicament...). Les amicales ont également pris des nouvelles des anciens sapeurs-pompiers et des familles de pupilles pour évaluer leurs besoins. Elles ont



# CONCLUSION

**Les remontées de terrain déplorent unanimement un sentiment d'exclusion des sapeurs-pompiers autant dans la réponse opérationnelle que dans la gestion de la première phase de cette crise d'une ampleur sans précédent.**

Ce phénomène est le produit du réflexe initial de l'Etat de gérer la crise de manière centrale en s'appuyant insuffisamment sur ses propres organes déconcentrés et sur les moyens décentralisés.

Le choix de confier le pilotage de la gestion territoriale de cette crise aux ARS, dépourvues de culture en la matière et échappant au pouvoir des préfets, a conduit à une mobilisation hétérogène, partielle et non coordonnée des moyens territoriaux, source de lourdeurs, de dysfonctionnements et de perte d'efficacité.

Comme l'ont alors exprimé la FNSPF et les associations d'élus, la non-inclusion des moyens décentralisés que

représentent les sapeurs-pompiers mais aussi les collectivités territoriales dans la gestion du début de la crise a amputé notre capacité de réponse d'une partie importante de ses forces vives.

A l'opposé, le choix opéré par les pouvoirs publics depuis la phase de déconfinement de confier le pilotage et la coordination de l'action publique aux maires et aux préfets de départements a démontré la pertinence de faire de ce binôme les piliers de notre dispositif de gestion des crises, lequel doit être radicalement et durablement transformé autour de quatre idées fortes :

- ▮▮▮ **LA PROXIMITÉ**
- ▮▮▮ **L'ANTICIPATION**
- ▮▮▮ **L'INTERMINISTÉRIALITÉ**
- ▮▮▮ **LA TERRITORIALISATION**

# **10 propositions pour une gestion des crises interministérielle et territorialisée.**

- 1** Réattribuer clairement au ministère de l'intérieur le pilotage opérationnel des crises sur le territoire national
- 2** Confier au seul préfet de département la coordination des services déconcentrés dans le cadre de la gestion territoriale des crises, notamment des forces de l'ordre et de l'ensemble des acteurs de la sécurité civile et de la santé.
- 3** Faire du département l'échelon pivot de l'Etat territorial et permettre aux collectivités locales de déroger à la répartition des compétences en situation d'urgence reconnue.
- 4** Dans un objectif de résilience, renforcer la sensibilisation des populations aux risques majeurs et confier à l'ENSOSP la diffusion d'une culture partagée de sécurité civile entre les différents acteurs de la gestion des crises.
- 5** Donner la possibilité aux sapeurs-pompiers d'effectuer des gestes techniques plus larges sous la responsabilité de leur médecin-chef pour une mise en œuvre plus précoce des actes mais aussi contribuer au maintien à domicile en étroite collaboration avec les professionnels de santé des territoires.
- 6** Renforcer les capacités et le positionnement des services de santé et de secours médical des services d'incendie et de secours.
- 7** Généraliser la création de centres départementaux d'appels d'urgence répondant au numéro unique d'urgence interservices : le 112, disposant notamment d'accès à la vidéo protection, l'accès aux soins étant articulé autour du numéro d'assistance européen : le 116 117, et ainsi, repenser l'articulation entre l'hôpital et les professionnels de santé des territoires, de manière à sortir du « tout aux urgences publiques ».
- 8** Reconnaître automatiquement comme maladie professionnelle les infections à la Covid-19 contractées par les sapeurs-pompiers et plus largement l'ensemble des fonctionnaires, volontaires et bénévoles concourant aux missions de sécurité civile.
- 9** Déployer une politique ambitieuse de développement du volontariat, à travers l'adoption d'une directive européenne en faveur de l'engagement civique et citoyen sous toutes ses formes.
- 10** Consolider la réponse opérationnelle de proximité et de solidarité des territoires par une dynamique d'investissement en faveur des services d'incendie et de secours et des moyens opérationnels.



## ANNEXE

### ||| Mesures humaines

- ① Mise en œuvre d'un ordre départemental d'opération, de flashes opérationnels et de consignes (protection et nettoyage des VSAV, etc).
- ② Réalisation de documents pédagogiques (vidéo d'habillage et abordage d'une victime, etc).
- ③ Réalisation de schémas pour le zonage de centres de secours.
- ④ Livraison de repas aux centres de secours en garde modifiée.
- ⑤ Mise en œuvre de lignes téléphoniques pour répondre aux employeurs et sapeurs-pompiers volontaires (SPV).
- ⑥ Mise en place de supports d'information (FAQ, réponses sur les réseaux sociaux, communication d'infographie).
- ⑦ Réalisation de campagnes de vaccination pour la grippe saisonnière.
- ⑧ Rappel sur le principe du lavage des tenues.
- ⑨ Retour d'expérience de vétérinaires chefs auprès de l'ensemble des centres de secours concernant la réalisation des mesures barrières.
- ⑩ Audit des psychologues des Sdis auprès de l'ensemble des centres de secours.
- ⑪ Rappels des règles d'hygiène et des gestes barrières au travers de communication.
- ⑫ Information à destination des agents sur la nécessité de faire remonter tous les actes d'ostracisme.
- ⑬ Rédaction d'ordres départementaux de continuité de formation.
- ⑭ Prise en compte de la perte d'emploi principal pour certains SPV.
- ⑮ Suivi quotidien des agents impactés.





### ||| Mesures organisationnelles

- ① Activation de cellules de crise au début de l'épidémie, puis de cellules de veille.
- ② Recrutement de sapeurs-pompiers contractuels pour assurer la continuité du service public lorsque nécessaire.
- ③ Modification du temps de travail par mesure dérogatoire pour réduire le brassage des effectifs.
- ④ Dans les départements les plus impactés, organisation avec des VSAV dédiés au transport de malades Covid-19 dont l'effectif est réduit à deux à la place de trois afin de limiter le risque de contagion.
- ⑤ Déplafonnement des heures supplémentaires.
- ⑥ Mise en œuvre de cellules de suivi des effectifs impactés avec les SSSM, les ressources humaines et le Comité hygiène, sécurité et conditions de travail (CHSCT).
- ⑦ Placement en quatorzaine pour les sapeurs-pompiers au contact d'un malade sans protection adaptée et pour les agents revenant de zones à risques.
- ⑧ Placement en éloignement pour les contacts de contacts.
- ⑨ Suivi préventif et éloignement par les SSSM des personnes vulnérables.
- ⑩ Report de congés.
- ⑪ Limitation du présentiel aux postes de direction.
- ⑫ Mise en œuvre du télétravail dans le cadre des plans de continuité d'activité (PCA).
- ⑬ Signature des parapheurs électroniques plus conséquente et organisation d'élections par vote électronique.
- ⑭ Réunions d'échange entre les ZONES/Sdis/ARS.
- ⑮ Lancement de consultations de suivi des SP impactés par la maladie en télémédecine.
- ⑯ Limitation de la sollicitation des SPV travaillant dans le milieu hospitalier.
- ⑰ Mise en œuvre d'audio et visioconférences (pour les Conseils d'administration, les réunions de chefs de centres, etc.).
- ⑱ Suppression de stages et formations.
- ⑲ Isolement du CTA-CODIS et mise en œuvre des gestes barrières dans les directions et les centres de secours.
- ⑳ Positionnement d'infirmiers sapeurs-pompiers (ISP) aux CTA pour fluidifier les transports SUAP alors que les CRRA-15 étaient saturés.
- ㉑ Mise en œuvre de PCA, PRA et de guides pour assurer la santé et la sécurité post confinement.
- ㉒ Présence d'un officier au COD.

# REMERCIEMENTS

La Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (FNSPF) remercie chaleureusement les nombreux et divers contributeurs : services d'incendie et de secours, membres du réseau associatif et instances fédérales, qui ont permis, par leur contribution, la réalisation de ce retour d'expérience des sapeurs-pompiers de France :

- Les Sdis 01, 06, 13, 15, 17, 2A, 23, 25, 47, 51, 60, 62, 67, 68, 74, 79, 86, 89, 95 ;
- La BSPP ;
- L'Union régionale des sapeurs-pompiers de Poitou-Charentes ;
- Les Unions départementales des sapeurs-pompiers 03,04,06, 09, 25, 57,84, 88, 89, et 91 ;
- La commission des Directeurs départementaux des services d'incendie et de secours et de l'encadrement supérieur de la FNSPF ;
- La commission des Sapeurs-pompiers volontaires de la FNSPF ;
- La commission Santé et qualité de vie en service de la FNSPF ;
- La commission Santé de la FNSPF ;
- La commission des Anciens sapeurs-pompiers de la FNSPF.

Elle remercie également les grands acteurs et témoins qui ont bien voulu, à la faveur d'entretiens, alimenter ce document de leurs réflexions :

## |||▶ Corse du Sud

- **Colonel Bruno Maestracci**, directeur du SIS
- **Médecin-Capitaine Éric Bernes-Luciani**, médecin-chef
- **Commandant Yann Nicolas**, chef du pôle opérations

## |||▶ Oise

- **Contrôleur Général Luc Corack**, directeur du Sdis
- **Médecin-Colonel François Joly**, médecin-chef
- **Pharmacienne hors classe Valérie Legrand**, pharmacienne-chef, chargée de la gérance
- **Jean-Luc Desira**, président de l'UDSP.

## |||▶ Bas-Rhin

- **Colonel Patrice Gerber**, directeur adjoint du Sdis
- **Médecin-colonel Laurent Tritsch**, médecin-chef
- **Pharmacienne Edma Benhassine**, pharmacienne-chef
- **Lieutenant-colonel Madeleine Deloire**, chef du pôle Unités opérationnelles
- **Lieutenant-colonel Alain Koenig**, responsable du pôle Ressources humaines, emplois et compétences
- **Lieutenant-colonel Patrice Petit**, chef du pôle Analyse des risques et des opérations de secours
- **Estelle Straub**, responsable communication
- **Jean-Marie Wendling**, directeur administratif et financier
- **Christophe Elsaesser**, président de l'UDSP.

## ||| Haut-Rhin

- **Colonel René Cellier**, directeur du Sdis du Haut-Rhin
- **Médecin-colonel Fabien Trabold**, médecin-chef
- **Lieutenant-colonel Christian Demark**.

- 
- **Docteur Luc Duquesnel**, président des Généralistes CSMF.
  - **MM. Christophe Sansou**, secrétaire général,  
et **Yann Moysan**, secrétaire général adjoint, Force ouvrière services d'incendie  
et de secours.
  - **M. Gary Machado**, directeur exécutif,  
The European Emergency Number Association (EENA 112).

La FNSPF exprime enfin sa gratitude au **Contrôleur général Laurent Ferlay**,  
président de l'Association nationale des directeurs et directeurs adjoints  
de services d'incendie et de secours (ANDSIS) pour son appui  
à la réalisation de ce retour d'expérience.

**SAPEURS / POMPIERS**  
DE FRANCE

f | pompiers.fr

