

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE : 2000

THESE N° 158

THESE

**POUR LE DIPLOME D' ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 20 octobre 2000

par

Phaly CHUM

né le 1^{er} juin 1973 à Kompong-Som (CAMBODGE)

**LA PLACE DU MEDECIN SAPEUR-POMPIER : à propos du centre
d'incendie et de secours de Lubersac.**

Directeur de thèse : Dr H. Luc Soulié

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur PIVA, Professeur..... Président
Monsieur DUMONT, Professeur Juge
Monsieur BUCHON, Professeur..... Juge
Monsieur CLEMENT, Professeur..... Juge
Monsieur MATHE, Docteur en médecine.....Membre invité
Monsieur SOULIE, Docteur en médecine.....Membre invité



UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur PIVA Claude

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

Monsieur le Professeur DENIS François

Monsieur le Professeur GASTINNE Hervé

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

ACHARD Jean-Michel

ADENIS Jean-Paul * (C.S)

ALAIN Luc (C.S)

ALDIGIER Jean-Claude

ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)

ARNAUD Jean-Paul (C.S)

BARTHE Dominique
(C.S)

BEDANE Christophe

BENSAID Julien

BERTIN Philippe

BESSEDE Jean-Pierre

BONNAUD François (C.S)

BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)

BORDESSOULE Dominique (C.S)

BOULESTEIX Jean (C.S)

BOUTROS-TONI Fernand

CATANZANO Gilbert

CHARISSOUX Jean-Louis

CLAVERE Pierre

COGNE Michel

COLOMBEAU Pierre (C.S)

CORNU Elisabeth

CUBERTAFOND Pierre (C.S)

DARDE Marie-Laure (C.S)

DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)

DENIS François (C.S)

DESCOTTES Bernard (C.S)

DUDOGNON Pierre (C.S)

DUMAS Jean-Philippe

DUMAS Michel (C.S)

DUMONT Daniel

DUPUY Jean-Paul (C.S)

FEISS Pierre (C.S)

GAINANT Alain

GAROUX Roger (C.S)

GASTINNE Hervé (C.S)

PHYSIOLOGIE

OPHTALMOLOGIE

CHIRURGIE INFANTILE

NEPHROLOGIE

MEDECINE INTERNE

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE

CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE

DERMATOLOGIE

CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE

THERAPEUTIQUE

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

PNEUMOLOGIE

DERMATOLOGIE

HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION

PEDIATRIE

BIostatistique ET Informatique MEDICALE

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE

ORTHOPEDIE

RADIOTHERAPIE

IMMUNOLOGIE

UROLOGIE

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE

PARASITOLOGIE

PEDIATRIE

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

ANATOMIE

REEDUCATION FONCTIONNELLE

UROLOGIE

NEUROLOGIE

MEDECINE DU TRAVAIL

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

CHIRURGIE DIGESTIVE

PEDOPSYCHIATRIE

REANIMATION MEDICALE

LABROUSSE Claude
LABROUSSE François (C.S)
LASKAR Marc (C.S)
LEGER Jean-Marie (C.S)
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)
MABIT Christian
MAUBON Antoine
MELLONI Boris
MENIER Robert (C.S)
MERLE Louis
MOREAU Jean-Jacques (C.S)
MOULIES Dominique
NATHAN-DENIZOT Nathalie
PERDRISOT Rémy
PILLEGAND Bernard (C.S)
PIVA Claude (C.S)
PRALORAN Vincent (C.S)
RIGAUD Michel (C.S)
ROUSSEAU Jacques
SALLE Jean-Yves
SAUTEREAU Denis
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)
TREVES Richard (C.S)
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (C.S)
VERGNENEGRE Alain
VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (C.S)

REEDUCATION FONCTIONNELLE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
PSYCHIATRIE D'ADULTES
NEPHROLOGIE
ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
RADIOLOGIE
PNEUMOLOGIE
PHYSIOLOGIE
PHARMACOLOGIE
NEUROCHIRURGIE
CHIRURGIE INFANTILE
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
MEDECINE LEGALE
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
RHUMATOLOGIE
CANCEROLOGIE
NEUROLOGIE
ANATOMIE
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
EPIDEMIOLOGIE- ECONOMIE DE LA SANTE PREVENTION
MEDECINE INTERNE
REANIMATION MEDICALE
CARDIOLOGIE
MALADIES INFECTIEUSES

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

* C.S = Chef de Service

A notre Président de thèse

Monsieur le Professeur PIVA Claude.

**Médecine légale
Médecin des hôpitaux
Chef de service
Doyen de la faculté de médecine**

*Nous sommes très sensible à l'honneur
que vous nous avez fait en acceptant
de présider ce Jury de soutenance.*

*Nous vous prions de croire à l'expression
de notre gratitude respectueuse.*

A notre Directeur de Thèse

Monsieur le Dr. H. Luc Soulié,

**Médecin généraliste,
Médecin Commandant sapeur-pompier de Lubersac.**

*Nous sommes sensible à l'honneur
que nous vous avez fait en acceptant
de diriger ce travail.*

*Nous vous adressons nos remerciements
respectueux pour les conseils et les
critiques que vous nous avez faits
tout au long de notre étude.*

A nos juges

Monsieur le Professeur DUMONT Daniel,

**Médecine du travail,
Médecin des hôpitaux,
Chef de service.**

Monsieur le Professeur CLEMENT J-Pierre,

**Psychiatrie d'adultes,
Médecin des hôpitaux,
Chef de service.**

Monsieur le Professeur BUCHON Daniel,

**Médecine générale,
Maître de conférence associé à mi-temps.**

Monsieur le Docteur MATHE Daniel,

**Service des urgences,
Praticien hospitalier,
Médecin-chef du SDIS 87.**

Nous vous sommes très reconnaissant

d'avoir accepté de juger ce travail.

Nous sommes honoré de votre participation

à ce Jury de soutenance.

A mes parents,

A mes deux frères,

A mon épouse Sandrine,

A notre fille Rachel,

Je leur dédie ce travail, et leur adresse mes remerciements les plus sincères.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'étiologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.

CHAPITRE PREMIER : HISTORIQUE.

A. L'HISTOIRE DES SAPEURS-POMPIERS.

B. L'HISTOIRE DDU MEDECIN SAPEUR-POMPIER ET DU SERVICE DE SANTE ET DE SECOURS MEDICAL.

CHAPITRE DEUXIEME : LE SERVICE DE SANTE ET DE SECOURS MEDICAL DES SERVICES DEPARTEMENTAUX D'INCENDIE ET DE SECOURS.

A. ORGANISATION GENERALE DE LA SECURITE CIVILE.

- I. L'organisation administrative.
- II. La direction de la sécurité civile.
- III. La zone de défense civile.
- IV. A l'échelon communal.
- V. L'organisation du service départemental d'incendie et de secours.

B. ORGANISATION DU SERVICE DE SANTE ET DE SECOURS MEDICAL.

- I. Le personnel.
- II. Les moyens mis à disposition du SSSM.

C. LE ROLE DU MEDECIN SAPEUR-POMPIER.

- I. Les missions internes.
 - 1. La médecine professionnelle et d'aptitude.
 - 1.1. La médecine d'aptitude.
 - 1.1.1. Chez les professionnels.
 - 1.1.2. Chez les volontaires.
 - 1.1.3. Cas particuliers :
 - L'aptitude des sapeurs-pompiers auxiliaire.
 - L'aptitude chez les jeunes sapeurs-pompiers.
 - 1.1.4. Les aptitudes spécifiques.
 - 1.2. Aspects réglementaires et juridiques de la médecine professionnelle des sapeurs-pompiers.
 - 1.2.1. La médecine professionnelle dans la fonction publique.
 - 1.2.2. La médecine professionnelle des sapeurs-pompiers.
 - 2. La surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers.
 - 3. Conseils en matière de prévention, de sécurité et d'hygiène.
 - 4. L'enseignement du secourisme.
 - 4.1. L'AFPS.

- 4.2. Le CFAPSE.
- 4.3. Le monitorat national des premiers secours.
- 4.4. Le CFAPSR.
- 5. Le soutien sanitaire.
- 6. La gestion du matériel médical et secouriste.
- II. Les missions externes.
 - 1. L'activité médicale urgente.
 - 1.1. Les secours à personnes.
 - 1.2. Les secours à victimes lors des situations exceptionnelles.
 - 2. Les interventions hors frontières.

D. LE ROLE DU MEDECIN-CHEF.

- I. Ses missions.
- II. Les conditions d'exercice.
- III. La responsabilité.
- IV. La protection.
- V. Son dossier individuel.
- VI. La rémunération.
- VII. La garantie.

E. LA RESPONSABILITE MEDICALE.

- I. Le secret médical.
- II. Les certificats médicaux.
- III. Les réquisitions.
- IV. Les problèmes médico-légaux et juridiques dans le cadre des interventions de secours.
- V. L'obligation de formation continue.
- VI. L'obligation de confraternité.

CHAPITRE TROISIEME : L'ORGANISATION DU SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS DE LA CORREZE.

A. Le conseil d'administration.

B. La départementalisation du SDIS.

C. L'organisation territoriale du SDIS.

- I. Le schéma d'organisation territoriale.
- II. La répartition des CSP, CS, CPI.
- III. Organisation opérationnelle et administrative du SDIS.
- IV. Les délais de route d'interventions.
- V. La moyenne annuelle des interventions par CS.
- VI. Les interventions en Corrèze.
- VII. Les effectifs.

D. Le service de santé et secours médical du SDIS 19.

- I. Répartition des personnels du SSSM.
- II. Enquête locale : Le questionnaire.
 - 1. Les caractéristiques des médecins sapeurs-pompier.

2. L'implication des médecins sapeurs-pompiers dans les missions qui leur sont confiées.
3. L'organisation des activités opérationnelles.

E. L'organisation des secours en Corrèze.

- I. Le principe.
- II. Le déclenchement des secours.
- III. L'orientation du patient et la conduite de l'intervention.
- IV. L'évacuation et le transport.
- V. Le schéma d'organisation des secours en Corrèze.

CHAPITRE QUATRIEME : LE CENTRE DE SECOURS DE LUBERSAC.

A. HISTORIQUE.

B. LE CENTRE DE SECOURS.

- I. Les locaux.
- II. Les effectifs.
- III. Le matériel mis à disposition du CS.
- IV. Le VSAB.
 1. L'équipement du VSAB.
 2. L'entretien du VSAB.
- V. Le service de santé et de secours médical du CS.
 1. Les moyens mis à disposition du SSSM.
 2. La place des médecins sapeurs-pompiers au sein du CS.
 3. La formation médicale continue.
- VI. Les statistiques d'interventions du CS.
 1. Bilan annuel 1998.
 2. Bilan semestriel de novembre 1999 à avril 2000.

CONCLUSION.

BIBLIOGRAPHIE.

ANNEXES.

SIGLES

ARI : appareil respiratoire isolant.
AFPS : attestation à la formation aux premiers secours.
BSPP : brigade des sapeurs-pompiers de Paris.
BEA : bras élévateur articulé.
CRRA 15 : centre de réception et de régulation des appels 15.
CS : centre de secours.
CSP : centre de secours principal.
CPI : centre de première intervention.
COS : commandant des opérations de secours.
CTA : centre de traitement de l'alerte.
CTP : comité technique paritaire.
CHS : comité d'hygiène et de sécurité.
CODIS : centre opérationnel département d'incendie et de secours.
CIRCOSC : centre interrégional de coordination opérationnelle de sécurité civile.
CODISC : centre opérationnel de la direction de la sécurité civile.
CASIS : conseil d'administration du service d'incendie et de secours.
CFAPSE : certificat de formation aux premiers secours en équipes.
CFAPSR : certificat de formation aux premiers secours routiers.
CD : camion dévidoir.
CMIR : cellule mobile d'intervention radiologique.
CMIC : cellule mobile d'intervention chimique.
CME : centre médical d'évacuation.
DDSC : direction de défense et de la sécurité civile.
DDSSIS : directeur départementale du service d'incendie et de secours.
DDSSIS : direction départementale des services d'incendie et secours.
DSM : directeur des secours médicaux.
DICA : détachement d'intervention catastrophes aéromobile.
DACO : détachement avancé de coordination opérationnelle.
DAM : détachement d'appui médical.
ESCRIM : élément de sécurité civile rapide d'intervention médicale.
EPCI : établissement public de coopération intercommunale.
EPA : échelle pivotante automatique.
EPSA : échelle pivotante semi-automatique.
FPT : fourgon pompe tonne.
GL : grosse lance.
GRIMP : groupe d'intervention de secours en montagne et spéléologie.
INESC : institut national d'études de la sécurité civile.
MPR : moto pompe remorquable.
PMA : poste médical avancé.
PC : poste de commandement.
PCM : poste de commandement mobile.
PCI : perte de connaissance initiale.
PRE : points de répartition des évacuations.
PAC : pantalon anti-choc.
PL : petite lance.
PTSD : post traumatique stress disorder.
PSSP : parcours sportif du sapeur-pompier.
SDIS : service départemental d'incendie et de secours.
SIS : service d'incendie et de secours.
SAMU : service d'aide médicale urgente.
SSSM : service de santé et de secours médical.
SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation.
SSU : réseau de secours et soins d'urgence.
SDACR : schéma départemental d'analyse et de couverture de risque.
SID-PC : service inter-ministériel de défense et de protection civile.
UIISC : unité d'instruction et d'intervention de la sécurité civile.
UMI : unité mobile infirmerie.
VRM : voiture radio-médicalisée.
VSAB : véhicule de secours aux asphyxiés et aux blessés.
VL : véhicule de liaison.

INTRODUCTION

Dans une société qui n'admet pas la multiplication des dangers causés par une civilisation de plus en plus complexe, qui refuse la mort pourtant inéluctable, en mettant en place des organismes de protection et en élaborant des règles de sécurité, on peut comprendre que les sapeurs-pompiers, de vrais techniciens du risque, répondant rapidement, efficacement et gratuitement représentent une des professions les plus admirées.

La France compte aujourd'hui environ 240 000 sapeurs-pompiers femmes et hommes ; l'implication, le courage et le dévouement alimentent leur vie, ils ont choisi comme éthique de vie l'assistance à autrui.

Les sapeurs-pompiers sont rattachés au ministère de l'intérieur par la DDSC (Direction de la Défense et de la Sécurité Civile) ; ils se répartissent en 2 catégories :

1) Les sapeurs-pompiers civils :

Environ 236 000 hommes et femmes sont répartis entre volontaires et professionnels.

a) Les sapeurs-pompiers volontaires.

Il y a actuellement 207 000 volontaires en France, soit 8 sur 10. Ils constituent l'ossature principale des secours dans notre pays. Ils accomplissent leur mission parallèlement à leur profession, à leurs études, et à leur vie familiale.

b) Les sapeurs-pompiers professionnels.

Ils sont au nombre de 27 500, et sont affectés dans les grandes agglomérations ou dans les centres de secours fortement sollicités. Par ailleurs, ils assurent l'ossature des services départementaux d'incendie et de secours propre à chaque département.

En leur sein, ils disposent d'un important service de santé regroupant près de 8000 médecins, pharmaciens, vétérinaires, et infirmiers sapeurs-pompiers.

2) Les sapeurs-pompiers militaires :

Leur effectif est de l'ordre de 9000 comprenant environ 2000 appelés du contingent, ils sont présents :

- a) *A Paris et dans les départements 92, 93 et 94* : où ils constituent la Brigade des Sapeurs Pompiers (BSPP) ; il s'agit d'une unité militaire du génie appartenant à l'armée de terre qui est chargée de protéger Paris et ses 3 départements limitrophes.

Elle compte environ 7300 hommes, la BSPP est commandée par un général qui dispose lui-même d'un état-major servant aux ordres du préfet de police.

Elle comprend :

- un groupement de services qui assurent le support administratif, logistique et technique,
- un groupement d'instruction chargé de la formation des recrues et des cadres,
- trois groupements d'incendie rassemblant 23 compagnies réparties en 77 centres de secours terrestres, 2 centres de secours portuaires ainsi qu'un commando hélicopté,
- ainsi que des détachements extérieurs basés à Lacq-Artix, à Biscarosse, Brignoles et à Kourou (Guyane).

La BSPP est la plus grande école française du feu, ses anciens sapeurs constituent une partie importante des corps de sapeurs-pompiers professionnels des grandes villes françaises et des services de sécurité privée.

- b) *A Marseille* : où ils forment le bataillon des marins-pompiers de Marseille, c'est une unité militaire appartenant à la marine nationale qui est chargée de protéger l'agglomération ; son effectif est de l'ordre de 1550 hommes commandés par un capitaine de vaisseau qui est à la fois inspecteur départemental des services d'incendie et de secours et mis à disposition du maire. Les marins-pompiers sont entraînés à la lutte d'incendie de bateaux.
- c) Il existe d'autres unités militaires qui participent aux missions de la sécurité civile : UIISC, ce sont les Unités d'Instruction et d'Intervention de la Sécurité Civile comprenant environ 1800 hommes. Leur rôle est d'intervenir en complément des moyens d'intervention locaux si nécessaire.

Qu'ils soient militaires du génie ou de la marine, professionnels ou volontaires, tous participent quotidiennement à notre sécurité. Bien que les sapeurs-pompiers aient su se faire apprécier par l'ensemble de la population, il semblerait néanmoins que leur mission, leur responsabilité, leur rôle et leur compétence restent souvent méconnus.

Avec le modernisme, l'accroissement de la mécanisation et des moyens de transport de plus en plus rapides et puissants, le nombre et la gravité des traumatismes ne cessent d'augmenter. L'urgence est devenue un véritable fait de la civilisation moderne. Le médecin généraliste est souvent le médecin de premier recours. Autrefois, tenter tous ces gestes de réanimation seul s'avérait extrêmement difficile, alors qu'aujourd'hui nous pouvons faire rapidement appel à des équipes mobiles de secours.

Deux grandes structures participent à la chaîne des secours ; l'une hospitalière représentée par le SAMU par l'intermédiaire du SMUR, et l'autre extra-hospitalière constituée par le service d'incendie et de secours. Chaque membre appartenant à chacune de ces structures constitue un maillon de cette chaîne des secours.

Cette thèse fait l'objet d'une étude concernant un de ces maillons : le médecin sapeur-pompier, dont le rôle reste souvent méconnu de la population.

Nous nous sommes penchés sur les questions suivantes ; quelle est actuellement la place du médecin sapeur-pompier dans la chaîne des secours ? quelles sont les missions qui lui sont confiées ?

Pour répondre à ces questions, nous avons décidé de réaliser une enquête locale et notamment en Corrèze, par l'intermédiaire du SDIS et à travers un questionnaire adressé aux médecins sapeurs-pompiers de ce département.

Le plan d'étude de ce mémoire de thèse se déroule de la manière suivante :

- 1) Le chapitre premier est consacré à l'historique, ce qui va nous permettre de remonter aux origines des sapeurs-pompiers et du service de santé et de secours médical,
- 2) Le chapitre deuxième, porte sur la présentation du SSSM des SDIS
- 3) Le chapitre troisième présente le SDIS de la Corrèze,
- 4) Et enfin, le dernier chapitre est consacré à l'étude du centre de secours de Lubersac.

HISTORIQUE

Il nous a paru nécessaire de consacrer ce chapitre à l'histoire, qui va nous permettre de mieux comprendre l'importante place qu'occupent les sapeurs-pompiers dans la chaîne des secours. Nous allons tout d'abord nous intéresser à l'histoire générale des sapeurs-pompiers, puis nous intéresser à l'historique du service de santé et de secours médical.

A. L'HISTOIRE DES SAPEURS-POMPIERS.

C'est dans l'antiquité, que les hébreux, grecs et égyptiens avaient organisé pour se protéger du feu, des patrouilles chargées de donner l'alarme en cas de sinistre.

Vingt-ans avant notre ère, Rome prit à son tour des mesures pour combattre le feu.

Rome fût un modèle d'organisation administrative ; les traces certaines d'une organisation de lutte contre le feu apparurent avec la mise en place d'un véritable corps des pompiers urbains, et ceci plusieurs siècles avant Jésus-Christ.

Des groupes de trois hommes, les « **triumviri nocturni** », ou de dix hommes, les « **decemviri nocturni** » étaient chargés de détecter les incendies. Plus tard, un titre leur fût clairement attribué, on les appela « **oediles incendiorum extinguendorum, les éteigneurs municipaux d'incendies** », qui furent les ancêtres de nos corps de sapeurs-pompiers actuels. Ces hommes n'étaient plus seulement chargés de déceler les incendies, mais ils devaient aussi les combattre. A cette époque, ils disposaient pour éteindre le feu de gigantesques seringues dénommées « **siphones** » inventées par un grec du nom de Héron.

L'organisation romaine fût très efficace, et cela d'autant plus que les romains étaient de vrais maîtres dans l'acheminement de l'eau grâce à la construction des aqueducs. D'autres part, des guetteurs souvent placés sur les maisons de riches propriétaires soucieux de préserver leur bien, avaient pour mission de détecter toute fumée suspecte et de déclencher l'alerte. Un véritable réseau de surveillance fût donc mis en place.

Rome exporta ses expériences dans tout l'empire et les peuples conquis bénéficièrent dans ce domaine, comme dans bien d'autres, de ses avances techniques.

En France, il a fallu attendre les incendies catastrophiques du moyen âge pour que s'esquisse une organisation faisant intervenir « **le guet bourgeois** », les corporations du bâtiment, les moines et les filles communes (il s'agissait de filles chargées de venir à la rescousse, de porter l'eau et de faire leur devoir sous peine d'être punies par la main de bourreaux, fustigées et bannies à jamais hors de la cité).

Pendant des siècles, le procédé le plus efficace consistait à démolir les maisons les plus menacées par l'incendie pendant que les sauveteurs faisaient la chaîne des seaux d'eau. C'est en 1699, que François DUMOURIEZ DU PERIER, noble sociétaire de la comédie française et un proche de Molière, importe de Hollande une machine « **propre à jeter l'eau contre le feu** », ce fût donc l'apparition des premières pompes à incendie.

Louis XIV lui donnait le privilège de la fabrication et de l'exploitation de ces pompes utilisées pendant de nombreuses années par des gens de bonne volonté qui constituèrent le premier corps « **des gardes pompes** » ainsi créés en **juin 1716**.

En **1725**, ces gardes furent vêtus pour la première fois d'un uniforme. Sous le règne de Louis XV en **1733**, celui-ci décrète la gratuité des secours et à l'exemple de Paris, les grandes villes du royaume s'équipèrent progressivement.

La capitale disposait en **1789** de 263 gardes-pompes ainsi que 56 pompes. Une convention intégra ces hommes dans une organisation relevant de la garde nationale.

Le corps des gardes-pompiers fût rendu responsable par Napoléon 1^{er} de l'incendie tragique de l'ambassade d'Autriche de juillet 1810. Il fût donc dissout et réorganisé par un décret impérial du **18 septembre 1811**, Napoléon Ier mit donc sur pied « **le bataillon de sapeurs-pompiers militaires** » servant sous les ordres du préfet de police et chargé du service des incendies à Paris.

1811 fut une date importante, puisque la dénomination « de sapeurs » avait été employée pour la première fois et remplaça de ce fait le terme de gardes.

Montesquiou, ministre de l'intérieur définissait par une circulaire du 6 février 1815, un cadre d'organisation générale, demandant aux préfets de créer dans chaque commune un service civil de lutte contre le feu, plaçant les sapeurs-pompiers ainsi sous l'autorité des maires qui rédigeaient un règlement, assureraient l'utilisation et l'entretien du matériel, désigneraient des hommes non soldés mais dispensés du service de la garde nationale. Ces hommes devaient appartenir à un métier du bois, du bâtiment, du cuir, ou du métal. Les sapeurs-pompiers n'étaient pas obligatoirement armés mais certains corps obtinrent des fusils, contre l'avis des autorités.

En **1831**, les villes étaient autorisées à transformer en corps de sapeurs-pompiers une fraction de la garde nationale, et en **1867** le bataillon des pompiers de Paris fût transformé en un régiment ; son statut devint alors de plus en plus militarisé.

La loi du 5 avril 1884 confia à tous les maires le soin de prévenir et d'intervenir par la distribution de secours lors d'accidents de toutes sortes ainsi que lors d'incendies.

D'autres dates sont également à citer tels que **1870**, marquée par l'apparition des premières pompes à vapeur ; en **1883** celle des grandes échelles et ce n'est qu'en **1907** que le premier fourgon pompe automobile fût mis en service.

La carence des pompiers locaux lors de l'incendie des Nouvelles Galeries de Marseille en **1938** a été l'origine de la création du bataillon des marins-pompiers militaires, qui depuis 1939 veille sur cette grande cité.

Le numéro d'appel téléphonique **18** est attribué aux sapeurs-pompiers en **1948**.

Rattaché en 1965 à l'arme du génie, le régiment de Paris devint en **1967** « **la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris** », celle-ci a pris en charge de 3 nouveaux départements dès 1968, il s'agit de la Seine-Saint-Denis, du Val-de-Marne et des Hauts-de-Seine.

Les corps des sapeurs-pompiers communaux ont été organisés par les **décrets du 7 mars 1953 et du 12 juillet 1973**.

Près de 27500 sapeurs professionnels et plus de 200 000 volontaires veillent sur le patrimoine national en dehors des secteurs confiés aux militaires à Paris et à Marseille. L'organisation du service d'incendie et de secours (décret du 20 mai 1955) de type départemental est confiée à un officier supérieur de sapeurs-pompiers, inspecteur départemental des services d'incendies et de secours.

Les communes sont libres d'entretenir ou non un corps de sapeurs-pompiers, mais elles s'intègrent obligatoirement dans l'organisation départementale et participent à ses dépenses (**décret du 12 novembre 1938**).

Ceci n'est qu'un aperçu d'une très longue et passionnante histoire des sapeurs-pompiers, nous allons enchaîner maintenant avec l'histoire du médecin des sapeurs-pompiers tout aussi intéressante.

B. L' HISTOIRE DU MEDECIN SAPEUR-POMPIER ET DU SERVICE DE SANTE ET DE SECOURS MEDICAL.

Période 1700-1900.

Créés en février 1716 par une ordonnance royale, les corps des gardes pompes prirent le nom de compagnie des gardes pompes. En 1770, il fût créé le poste de chirurgien de la compagnie ; avec cette nomination le service de santé venait de prendre vie.

Il a été créé avec pour objectif unique de venir en aide et de soigner gratuitement les gardes-pompes blessés au feu.

Lors de la militarisation du corps par Napoléon Ier le 18 septembre 1811, le poste resta confié à un civil avec le titre de « **chirurgien major** ».

Sa mission consistait à visiter et soigner gratuitement les malades et blessés du bataillon ; il devait également se présenter spontanément sur tous les feux autres que ceux des cheminées. Les postes de soins médicaux furent créés dans la compagnie des sapeurs, pour y traiter malades et blessés du corps dont l'état ne justifiait pas l'hospitalisation. Ces postes étaient dotés de « **cantines de médicaments** », véritables ancêtres des valises de réanimation de nos ambulances médicalisées actuelles.

Période 1900-1950.

Au début du XX ème siècle, le service de santé continuait de s'étoffer avec la création d'une infirmerie par compagnie et l'équipement des fourgons pompes avec les boites de premier secours.

Le médecin disposait désormais d'une automobile, et ce fût aussi la mise en service de l'ambulance pour transporter les malades couchés en 1913.

L'année 1924 est l'une des dates les plus importantes dans l'histoire du service de santé, sa mission s'est étendue au profit de la population. C'est sous l'impulsion du **médecin-chef Cot** que fût mis en place un double dispositif à la fois secouriste et médical.

Grâce à Cot, pour la première fois les missions du service de santé ont été redéfinies ; ainsi les sapeurs-pompiers sauveteurs sont transformés en sapeurs-pompiers secouristes.

En adaptant la médecine de guerre pendant le conflit mondial par les médecins de l'avant, Cot a donné naissance au service mobile d'urgence, préfiguration de nos actuels SAMU. Les médecins de campagne intervenaient si besoin.

Les principes de Cot définissaient les trois phases essentielles d'une bonne médecine d'urgence c'est-à-dire :

- Le sauvetage, c'est l'extraction du milieu agressif : feu, gaz, fumée et eau.
- Le secourisme : ce sont les gestes de survie.
- Les soins médicaux et l'hospitalisation.

Il précisa que pour y parvenir il fallait disposer d'un service rapide, efficace et public ; il fallait que les soins aillent à la victime et non pas la victime vers l'hôpital.

Cot précisa également qu'un traitement débuté sur place permettait d'améliorer l'état du traumatisé, et que les transports vers l'hôpital devaient s'effectuer à bord de véhicules adaptés tels que les ambulances. Et enfin, il ne fallait utiliser que les moyens et les traitements ayant fait leurs preuves en milieu hospitalier.

En 1925, un décret prévoyait le recrutement des médecins bénévoles dans les centres de secours. Seul leur grade était une récompense à leur dévouement ; ils pouvaient prétendre au grade d'officiers subalternes (lieutenant, capitaine), puis bénéficier d'un grade d'officier supérieur au bout de cinq années d'exercice (commandant, lieutenant-colonel...).

Leur rôle consistait au début à surveiller et à soigner les sapeurs-pompiers malades et blessés lors d'une intervention ; puis vers les années quarante ils devaient apporter leur aide en complétant les soins donnés aux victimes par les sapeurs-pompiers.

Le service de santé fût doté d'un véritable statut en 1946 ; on note également la création à l'époque d'une commission médicale de la fédération nationale des sapeurs-pompiers elle-même créée en 1907.

Période 1950-1980.

La loi du 7 mars 1953 relative au service de secours et d'incendie rendait obligatoire la création d'un service de santé et de secours médical comprenant des médecins, pharmaciens des sapeurs-pompiers non professionnels. Le service de santé et de secours médical était ainsi assuré par un médecin. Dans les centres les plus importants, celui-ci pouvait être assuré par plusieurs médecins.

Par ailleurs, il a été créé un poste de médecin-chef chargé d'organiser le service de santé et d'assurer la formation médicale du personnel, mais aussi contrôler l'état du matériel de secours. Toutes ces nominations sont préfectorales. En sa qualité d'officier, le médecin des sapeurs-pompiers peut requérir de peines disciplinaires.

Le médecin général Genaud et le professeur Arnaud débutent alors l'enseignement à Nainville où vient d'être installée en 1954, l'école nationale de protection civile. Ils codifient le secourisme, fixent les règles de son emploi et surtout, inventent ce qui va devenir « le secours routier » pour tous les sapeurs-pompiers.

En 1956 le dossier médical pour tous les sapeurs-pompiers fût rendu obligatoire par la commission médicale de la fédération.

Le médecin des sapeurs-pompiers fût doté d'un uniforme par un arrêté ministériel du 28 mars 1958 ; puis par un arrêté de juillet 1973, le bandeau du képi fût de velours cramoisi, et la bride du képi devint de couleur dorée ; les boutons de manteau et de vareuse furent également dorés et estampés en relief d'un caducée. L'insigne distinctif général comporta alors un caducée en paillettes d'or posé sur un écusson en velours cramoisi.

En 1961 l'effectif des médecins sapeurs-pompiers était d'environ deux mille ; beaucoup d'entre eux se lancèrent dans l'enseignement du secourisme. L'enseignement du secours routier naquit par une circulaire de février 1962 ; cette date fût également marquée par la naissance des premiers VSAB (véhicules de secours aux asphyxiés et blessés).

Le premier règlement relatif aux médecins des centres de secours fût publié le **1er mars 1962**, celui-ci a donc permis de définir leur rôle :

- Ils doivent surveiller la condition physique des sapeurs-pompiers et veiller à leur adaptation aux efforts nécessités par les différentes interventions,
- Les médecins doivent également contrôler l'équipement médico-secouriste du centre,
- Ils participent à l'enseignement du secourisme et en contrôlent les résultats,
- Ils apportent des soins d'urgence aux sapeurs-pompiers,
- Ils dispensent des soins d'urgence aux victimes d'accidents et des sinistres de toute nature.

Les médecins des sapeurs-pompiers doivent accomplir ces missions selon le code de la déontologie et par conséquent sont soumis au secret médical.

En 1964, le nombre de médecins-chefs départementaux était de 76 avec une dizaine d'adjoints et 2315 médecins de centre de secours, il existe à l'époque 406 véhicules de secours aux asphyxiés et blessés. Pendant cette même année un nouvel **arrêté ministériel du 25 janvier** définissait un règlement concernant l'aptitude des sapeurs-pompiers qui devaient désormais passer des visites, et notamment la première pour laquelle on peut rattacher une importance capitale avec le **SIGYCOP** que l'on verra en détail ultérieurement. Ensuite les visites devaient se faire tous les ans pour les sapeurs-pompiers professionnels et de tous les deux ans pour les volontaires.

En novembre 1964 les médecins-chefs départementaux ont obtenu le grade de conseiller technique médical à la protection civile.

En **1965**, 96 % des centres disposent d'un officier médecin.

L'effectif du service de santé était porté à 2440 médecins, dont 83 médecins-chefs départementaux **en 1967**.

Pour la première fois il avait été évoqué la possibilité de créer des postes de médecins de sapeurs-pompiers à plein temps au niveau des grands corps de professionnels.

La féminisation du service de santé a été possible depuis **1971** ; à noter également qu'un décret du 25 octobre 1976 précisa que « *les corps de sapeurs-pompiers communaux peuvent être composés de personnels tant masculins que féminins...* ». L'incorporation des femmes dans un milieu traditionaliste très viril n'a pas été sans poser des problèmes d'adoption, plutôt que d'adaptation.

1972 : date de création du SAMU (service d'aide médicale urgente) qui agit dans le cadre régional. La circulaire du 4 septembre 1973 définit le SAMU selon les 3 critères :

- Élément opérationnel comprenant secrétariat, écoute téléphonique permanente, unités mobiles.
- Élément d'accueil comprenant évaluation de gravité et soins immédiats.
- Élément de réanimation.

En 1973, 300 médecins sapeurs-pompiers ont suivi les stages de secours routier de Nainville. Dès **1975**, on assiste à la montée en puissance dans la chaîne des secours des unités hospitalières, les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR).

Un décret du 25 octobre 1976 a permis de définir le service de santé et de secours médical ; il doit être assuré par un médecin au moins dans chaque centre de secours, et celui-ci est recruté en qualité de médecin capitaine stagiaire et sa titularisation n'aura lieu qu'au bout d'un an de service.

Le **3 octobre 1977** une circulaire ministérielle autorisa les collectivités locales à doter les médecins de corps des sapeurs-pompiers de voitures légères (VRM ou véhicule radio-médicalisé). Celles-ci sont normalement équipées de matériels spécialisés, et doivent leur permettre d'intervenir dans de bonnes conditions lors d'une mission.

Une circulaire du 10 mars 1978 précisa le rôle de direction et de coordination du médecin-chef et du médecin-chef adjoint du service départemental d'incendie et de secours. Ils doivent participer à l'élaboration des plans de secours départementaux et agir en collaboration étroite avec l'ensemble des structures relevant du ministère de la santé.

Période 1980-2000.

Le **13 mai 1980** une circulaire définit un règlement particulier aux médecins des centres de secours. Ils doivent contrôler l'aptitude et l'entraînement des sapeurs-pompiers, enseigner le secourisme et participer aux jurys d'examens, assurer les soins d'urgences aux sapeurs mais aussi envers les victimes de sinistres de toutes sortes, et enfin gérer le matériel médical et de secourisme.

Depuis 1984, le service de santé a organisé des stages d'initiation aux fonctions de médecins sapeurs-pompiers ; il s'agit de permettre à ces nouveaux médecins d'acquérir des notions élémentaires et indispensables à leur action que nous verrons au prochain chapitre.

Les années 80 ont été des années de concurrence entre le service de santé et de secours médical et les unités de secours hospitalières, des années de complémentarité mal gérées que ne conjurent pas la loi du **6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires**, ni la loi du **22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile qui définit les plans ORSEC, plans d'urgences destinés à porter secours à de nombreuses victimes**. C'est à cette occasion que le service d'incendie est chargé des secours sur la voie publique.

Le **décret du 6 mai 1988**, définit les missions du service d'incendie et de secours et instaure officiellement le SSSM des sapeurs-pompiers et entérine la circulaire de mai 1980 ; et c'est à cette date qu'a été défini le rôle du médecin-chef départemental.

Ce n'est qu'à partir de **1992**, qu'un réel souci de coopération émerge entre les 2 services publics !

Entre 1992 et 1996, le gouvernement essaye de trouver un terrain d'entente **par la circulaire de 18 septembre 1992** qui mentionne une convention entre le SAMU et SDIS incluant :

- Les relations de ces 2 services :

- Interconnexion 15-18.
- Communication entre les moyens engagés et leur centre de régulation.
- Information opérationnelle.
- Régulation médicale attribuée au 15.

- Les procédures :

- Retransmission initiale des appels entre les centres.
- Déclenchement des moyens selon les lieux.
- L'orientation du patient est décidée par le médecin sur place en concertation avec le médecin régulateur.
- Analyse de l'évacuation et du transport.

- Le comité d'évaluation :

Qui juge de l'efficacité, de la complémentarité et de la coopération.

Le 21 avril 1995, la circulaire du Premier ministre relative à la mise en place du **numéro 112** qui représente un numéro d'urgence européen implique dans l'avenir quelques restructurations du système de secours.

Une **loi de mai 1996** définit le statut des sapeurs-pompiers volontaires et prévoit une départementalisation des services d'incendies et de secours dans un délai de 5 ans, c'est-à-dire avant 2001.

Le décret du 26 décembre 1997, est relatif à l'organisation des services d'incendies et de secours.

L'arrêté du 6 mai 2000 (annexe n° 4), fixe les conditions d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires, et les conditions d'exercice de la médecine professionnelle et préventive au sein des services départementaux d'incendie et de secours.

Ainsi, 4 textes essentiels définissent l'existence, les missions et l'organisation du service de santé et de secours médical :

- **Le code des communes.**
- **La loi du 22 juillet 1987 portant sur la sécurité civile.**
- **Le décret du 6 mai 1988 qui applique la loi précédente.**
- **Le décret du 26 décembre 1997.**

Voici donc, comment on peut résumer de façon brève l'historique du médecin des sapeurs-pompiers. Par ailleurs, il faut noter également que le service de santé ne se compose pas uniquement de médecins, mais aussi de pharmaciens, vétérinaires et infirmiers qui assurent eux aussi leur mission au sein des corps des sapeurs-pompiers avec courage et dévouement.

**LE SERVICE DE SANTE ET DE SECOURS MEDICAL
DES SERVICES DEPARTEMENTAUX
D'INCENDIE ET DE SECOURS**

Après nous être intéressés à l'histoire, nous allons désormais voir en détail l'organisation du service de santé et de secours médical et le rôle du médecin des sapeurs-pompiers. Mais avant cela il est indispensable de connaître certaines notions sur l'organisation générale de la sécurité civile.

A. ORGANISATION GENERALE DE LA SECURITE CIVILE.

I. L'organisation administrative.

Elle est représentée par le **ministère de l'intérieur** qui est le ministère de tutelle des sapeurs-pompiers civils. Il comprend 7 directions dont la direction de la sécurité civile la plus récente créée par le décret du 23 juillet 1973. Les pouvoirs du ministère de la défense passive ont été transférés au ministère de l'intérieur par la loi du 23 février 1944.

II. La direction de la sécurité civile.

C'est l'échelon national de la sécurité civile ; réorganisée en 1991 elle comprend quatre sous-directions ; ses missions sont définies par la **loi du 22 juillet 1987** : « *la sécurité civile a pour objet la prévention des risques de toute nature ainsi que la protection des personnes, des biens, et de l'environnement contre les accidents, les sinistres et les catastrophes* ».

a) **La sous-direction de l'administration et de la modernisation.**

Elle comprend 3 bureaux, les ressources humaines et de la modernisation, les affaires financières et juridiques, et enfin l'équipement.

b) **La sous-direction de la prévention et des plans de secours.**

Elle étudie les risques, participe à l'élaboration des règles de sécurité, définit les plans de secours. Elle comprend 3 bureaux chargés chacun d'évaluer les risques naturels, technologiques et ainsi que les risques dans le domaine des bâtiments.

c) **La sous-direction des services de secours et des sapeurs-pompiers.**

Elle anime et coordonne la formation des sapeurs-pompiers, assure les enseignements de la sécurité civile. Elle participe à l'élaboration des textes concernant les services d'incendie et de secours ; elle assure la gestion des DDSIS, des officiers sapeurs-pompiers ainsi que les appelés du contingent. Par ailleurs, elle procède à l'amélioration des secours et participe à l'élaboration des textes relatifs à la médicalisation des secours.

Et enfin, elle est la tutelle de l'Institut National d'Etudes de la Sécurité Civile (INESC).

d) La sous-direction des opérations de secours.

Elle est chargée de préparer, d'assurer et de coordonner les actions de secours ; elle se compose de 3 bureaux :

- Le bureau de coordination opérationnelle (opération de secours, feux de forêt et exercices de la sécurité civile), qui recueille et traite les informations opérationnelles, attribue et coordonne les moyens nationaux de secours et d'expertise par le CODISC (Centre Opérationnel de la Direction de la Sécurité Civile).
- Un bureau de groupement des moyens aériens.
- Et enfin le bureau du déminage.

Au niveau de la direction, il existe l'inspection technique chargée de l'inspection générale des différents services de la direction de la sécurité civile.

D'autre part, il existe aussi le comité d'expertise et d'évaluation des services de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers. Il a été créé par un arrêté du 21 mars 1995, et qui est chargé de définir la doctrine d'emploi des SSSM ainsi que d'évaluer ses actions dans les dispositifs de secours.

Ce comité est composé de :

- 3 médecins sapeurs-pompiers volontaires,
- 3 médecins sapeurs-pompiers professionnels,
- 2 médecins du SAMU,
- 2 médecins des armées,
- 1 représentant du conseil national de l'ordre des médecins,
- 1 vétérinaire sapeur-pompier volontaire,
- 1 pharmacien sapeur-pompier volontaire,
- 1 infirmier sapeur-pompier volontaire.

Il est présidé par le directeur de la sécurité civile.

III. La zone de défense civile.

C'est l'échelon zonal de la sécurité civile dirigé par le préfet de zone.

Le préfet de zone coordonne les moyens de secours en établissant un schéma, et dispose :

a) D'un état major de zone.

Il est chargé d'étudier les risques susceptibles de dépasser le cadre géographique des départements.

Il recense les moyens pouvant être mis en œuvre, et constitue un répertoire de conseillers techniques pouvant être délégués auprès du DDSIS (Directeur Départemental des Services d'Incendie et de Secours) afin de définir des moyens complémentaires nécessaires en fonction des plans d'interventions.

b) Le CIRCOSC.

C'est le Centre Interrégional de Coordination Opérationnelle de Sécurité Civile.

Il recueille et exploite les informations des sinistres ; il informe le préfet de zone.

Le CIRCOSC doit répondre aux renseignements techniques et mettre à dispositions les moyens complémentaires demandés. Et enfin il est chargé de faire une synthèse pour le préfet pour l'information du ministre ou des médias.

IV. A l'échelon communal.

La sécurité civile est placée sous l'autorité du maire, premier magistrat de la commune, qui dispose de par sa qualité d'autorité déconcentrée de l'état de certains pouvoirs conformément à la loi. Le rôle du maire est fixé par l'article 131.2 du code des communes : « *prévenir par des précautions convenables et de faire cesser par la distribution de secours ... Et, s'il y a lieu, de provoquer l'intervention de l'administration* ».

Pour assurer la prévention, le maire dispose des règlements de police administrative.

En ce qui concerne le secours à personne, il peut s'il le désire doter sa commune d'un corps de sapeurs-pompiers pour assurer les secours sous sa responsabilité. Les dépenses relatives aux corps de sapeurs-pompiers incombent à la commune et notamment pour les frais d'achat et d'entretien des matériels de secours et de lutte contre l'incendie, les frais liés au contrôle d'aptitude des sapeurs-pompiers, les frais de formation et de vacations des volontaires.

Par ailleurs à ces frais, s'ajoute pour toutes les communes la contribution au fonctionnement du SDIS.

V. L'organisation du service départemental d'incendie et de secours.

Elle est placée sous l'autorité du préfet.

Les missions de la sécurité civile sont réalisées par 2 services, le SID-PC et le SDIS

Le SDIS se voit confier les missions de la sécurité civile sous le contrôle du préfet du département. En fait au niveau départemental, il existe aussi un service interministériel de défense et de protection civile (SID-PC) mais avec un rôle plus administratif que le SDIS qui lui est plus opérationnel.

Le préfet est responsable de la protection des personnes, de la sauvegarde des installations et des ressources d'intérêt général, de l'exécution des mesures non militaires de défense.

1. Le SID-PC.

Le SID-PC permet au préfet d'animer, de coordonner et de contrôler les services extérieurs des administrations civiles du département.

Ce service comprend :

- Un bureau des affaires administratives qui gère les dossiers de la sécurité civile et assure la liaison avec le SDIS.
- Un bureau de défense civile qui assure la liaison entre la région et la zone de défense.
- Un bureau des affaires économiques intéressant la défense.
- Un bureau de prévention des risques et des plans de secours.

2. LE SDIS.

Il s'agit d'un établissement départemental créé par un arrêté du préfet pris sur avis du conseil général. Le SDIS a pour missions de mettre directement ou par l'intermédiaire des corps communaux ou intercommunaux, les moyens en personnel et en matériel nécessaires à la réalisation de la mission des maires ou de préfets afin « *de faire cesser par des précautions convenables, les accidents et fléaux calamiteux* ».

Le SDIS est régi par un décret du 6 mai 1988 relatif à l'organisation générale des services d'incendie et de secours.

Par la loi du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours, il est créé dans chaque département un établissement public, dénommé le « le service départemental d'incendie et de secours », qui comporte un corps départemental de sapeurs-pompiers, composé selon l'article 5 de sapeurs-pompiers professionnels et volontaires relevant de corps communaux et intercommunaux desservant des centres de secours principaux ou des centres de secours, ainsi que de sapeurs-pompiers auxiliaires du service de sécurité civile.

Cette loi dit aussi que le SDIS, comprend un service de santé et de secours médical.

Le service départemental d'incendie et de secours est administré par un conseil d'administration (**CASIS** ou **CASDIS**) composé de représentants du département, des communes et des établissements publics de coopération intercommunale compétents en matière de secours et de lutte contre l'incendie qui sont élus pour 3 ans.

Cette commission administrative regroupe :

1) Des membres de droit, représentants de l'administration :

- Le président du conseil général.
- Le préfet.
- Le directeur départemental des SIS (DDSIS).
- Le médecin-chef du SDIS.
- Le payeur départemental (directeur des services fiscaux du département).

2) Les représentants des officiers sapeurs-pompiers.

- Un officier professionnel désigné par le président pour 3 ans.
- Un officier professionnel et volontaire élus par pair.

3) Les représentants du département.

- Quatre conseillers généraux élus pour 3 ans.

4) Les représentants des communes.

Cinq maires sont élus pour une durée de 6 ans, représentés par :

- 1 maire de commune sans centre.
- 1 maire de commune avec un corps de première intervention.
- 1 maire de commune avec un centre de secours.
- 1 maire de commune avec un centre de secours principal.
- 1 maire d'établissement de coopération intercommunale (communauté urbaine, district).

5) Des représentants du personnel.

Deux par catégories de sapeurs-pompiers professionnels ou volontaires (sous-officiers, caporaux, et sapeurs) élus pour 4 ans.

Le CASDIS émet un avis sur le budget du service, son règlement, le montant de la cotisation communale, la liste des centres de secours et leur classement, la création ou la dissolution du corps départemental.

Sur le plan de l'organisation opérationnelle, le SDIS est placé sous l'autorité du directeur départemental des services d'incendie et de secours, nommé par le ministre de l'intérieur après avis du préfet et avec l'accord du président du CASDIS. Par l'article 33, sous l'autorité du préfet, le directeur départemental assure :

- La direction opérationnelle du corps départemental des sapeurs-pompiers.
- La direction des actions de prévention relevant du SDIS.

- Le contrôle et la coordination de l'ensemble des corps communaux et intercommunaux.
- La mise en œuvre opérationnelle de l'ensemble des moyens de secours et de lutte contre l'incendie.

Le DDSIS assure la direction administrative et financière du service sous l'autorité du président du CASDIS. Sous l'autorité du préfet, il établit le schéma départemental d'analyse et de couverture des risques de toute nature pour la sécurité des personnes et des biens selon l'article 7 ; il doit assurer la mise en œuvre des opérations et le contrôle des services d'incendie et de secours sur le département sous l'autorité des maires concernés. Le directeur départemental a l'autorité sur les personnels et les matériels.

Le SDIS comporte des corps communaux et intercommunaux qui sont créés par le préfet sur demande des communes, du district ou de la communauté urbaine ; ces corps sont classés selon leur effectif, leur encadrement et leur équipement soit en centre de secours principaux, soit en centre de secours ou en centre de première intervention. Chacun des centres a un secteur géographique opérationnel qui lui est propre, et dispose en cas de besoin d'un centre en renfort.

Ces corps sont placés sous l'autorité d'un chef de corps nommé par un arrêté conjoint du préfet et du maire jusqu'au grade de capitaine, et par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité civile et du maire pour les grades supérieurs.

Avec la départementalisation, le SDIS va comporter un seul corps départemental; sur proposition du président du CASDIS le préfet peut dissoudre ce corps qui relève directement du service départemental à la fois sur le plan financier et administratif. Il est placé sous l'autorité du DDSIS.

L'organisation opérationnelle comporte également le CTA et le CODIS.

Le numéro 18 parvient au centre de traitement de l'alerte (CTA), qui lui-même est relié au centre de régulation et de réception des appels SAMU, le 15 et à ceux des services de police et de gendarmerie, le 17.

Il existe un centre de coordination de l'activité opérationnelle au niveau du service départemental, il s'agit du CODIS (Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours).

Le CODIS est tenu au courant de toutes les opérations et de l'évolution de la situation ; sous l'autorité du DDSIS, il assure les relations avec le préfet, les autorités départementales et municipales ainsi qu'avec tous les autres organismes impliqués dans les opérations.

Le SDIS comprend un service de santé et de secours médical dirigé par un médecin-chef assisté le cas échéant par un pharmacien-chef ayant tous deux au moins le grade de commandant ; ils sont nommés par un arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du président du CASIS, sur proposition du préfet après avis du directeur départemental du service d'incendie et de secours.

B. L'ORGANISATION DU SERVICE DE SANTE ET DE SECOURS MEDICAL.

Le service de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers comprend des médecins, pharmaciens mais également des infirmiers et vétérinaires régis chacun par leur propre règlement.

Trois textes essentiels définissent l'existence, les missions et l'organisation du SSSM :

- Le code des communes.
- La loi du 22 juillet 1987 portant sur l'organisation de la sécurité civile.
- Le décret du 6 mai 1988 qui est l'application de la loi précédente.

Aux termes de ce dernier décret, repris par la loi de 3 mai 1996, le SDIS comprend un service de santé et de secours.

I. Le personnel.

1. Les médecins.

Ils sont pour leur immense majorité des volontaires, obéissant aux mêmes règles que les autres officiers de sapeurs-pompiers volontaires et par conséquent doivent présenter les mêmes conditions d'aptitude physique. Le service de santé et de secours médical est assuré dans chaque centre de secours principal et dans chaque centre de secours de premières interventions par au moins un médecin.

Certains sont recrutés à temps complet ; ils sont rémunérés à la vacation horaire d'interventions ou d'instructions. Ils sont employés soit par une collectivité communale soit par le département. A noter que quelques rares médecins sont recrutés à titre professionnel. Les missions du médecin sont les suivantes :

- Surveiller la condition physique des sapeurs-pompiers et veiller à leur adaptation aux efforts lors de l'activité opérationnelle.
- Contrôler l'état de l'équipement médico-secouriste.
- Participer à l'enseignement du secourisme et contrôler les résultats.
- Apporter des soins d'urgence aux sapeurs-pompiers.
- Dispenser les soins d'urgence aux victimes d'accidents et de sinistres de toute nature dans les conditions prévues par la loi du 22 juillet 1987.

C'est sur proposition du directeur départemental des services d'incendie et de secours et après avis du médecin-chef départemental que sont recrutés les médecins. Ils sont également nommés par le préfet ainsi que par l'autorité municipale.

Au niveau des centres de secours, le médecin est placé sous l'autorité du chef de corps pour tout ce qui n'est pas du domaine de la médecine. Les médecins des sapeurs-pompiers sont inscrits à l'ordre des médecins ; ils doivent bien évidemment respecter le code de déontologie médicale.

Comme tout sapeur-pompier, leur responsabilité civile est assurée par le service départemental d'incendie et de secours sauf quand il s'agit d'une faute détachable de son exercice.

Sur le plan pénal, ils bénéficient d'une protection contre les menaces, outrages, injures voir diffamations assurées par l'autorité responsable.

Par ailleurs, les médecins bénéficient également d'une protection sociale comme tous les sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident du travail ou de maladie contractée lors du service selon la loi du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires. Les médecins sapeurs-pompiers sont passibles des mêmes peines disciplinaires

que tout autre officier selon le code des communes. Ils passent devant un conseil disciplinaire (conseil d'enquête paritaire) constitué par trois médecins de grade inférieur à commandant pour les médecins au grade d'officier subalterne, trois représentants du conseil municipal désignés par le maire et le médecin-chef départemental. A noter que le préfet peut déférer un médecin ou pharmacien devant le conseil départemental lorsque le maire refuse de les poursuivre.

La cessation de fonction du médecin des sapeurs-pompiers résulte soit d'une démission volontaire ou d'office. Le préfet peut prononcer une démission d'office quand il s'agit de fautes imputables telles que :

- Une absence supérieure à un mois sans congé régulier.
- Une aptitude physique insuffisante.
- Une insuffisance d'aptitude technique ou administrative lors des missions.
- Une insuffisance professionnelle malgré la titularisation.

Lors d'une démission volontaire, les médecins doivent faire une demande écrite de cessation de fonction ; celle-ci ne prendra effet qu'après acceptation du préfet.

Toute cessation avant la date fixée par le préfet peut conduire à une sanction disciplinaire.

Au sein du service départemental d'incendie et de secours, le service de santé est dirigé par un médecin-chef assisté le cas échéant d'un pharmacien-chef.

Tous deux ont au moins le grade de commandant, et sont nommés par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité civile et du président de la commission administrative du service départemental d'incendie et de secours.

Le médecin-chef anime, coordonne et contrôle les services de santé et de secours médical des corps de sapeurs-pompiers communaux ou intercommunaux mais aussi du corps départemental. Lui aussi exerce de façon très indépendante, mais il est placé sous l'autorité administrative du directeur départemental du service d'incendie et de secours.

Le médecin-chef est également passible de peines disciplinaires prévues par le code des communes en sa qualité d'officier sapeur-pompier.

Son rôle sera détaillé au chapitre suivant.

2. Les pharmaciens.

Dans les centres auprès desquels ils sont affectés, les pharmaciens des sapeurs-pompiers participent dans la limite de leur compétence, à l'exécution des missions définies à l'article 41, notamment lors des accidents et des sinistres où la présence de certaines matières peut présenter un danger pour les personnes ainsi que l'environnement. Leur rôle consiste à assurer la maintenance et la surveillance des médicaments et équipements pharmaceutiques utilisés au centre de secours. En matière d'hygiène, ils peuvent participer à l'enseignement du personnel concernant les protocoles de nettoyage et de désinfection des véhicules sanitaires ainsi que tous les matériels médicaux et chirurgicaux non stériles à usage multiple. Les pharmaciens sont rémunérés à la vacation horaire. Ils bénéficient des mêmes protections sociales que les médecins ; ils ont les mêmes garanties en cas d'accidents ou de maladies contractées en service.

Les pharmaciens sont bien évidemment pour la plupart des volontaires quel que soit leur mode d'exercice. Il existe, tout comme les médecins, de cas exceptionnels où ils exercent en tant que professionnels. Ils peuvent également prétendre au grade d'officier subalterne ainsi qu'au grade d'officier supérieur et devenir pharmacien-chef par les mêmes nominations que le médecin-chef.

Ils peuvent également intervenir comme conseillers techniques en cas de risque biologique, chimique voir nucléaire. Et enfin, le pharmacien peut participer à l'enseignement en ce qui concerne les risques technologiques.

Un pharmacien-chef siégeant au SDIS a le même rôle que celui du médecin chef mais il reste sous l'autorité du médecin en dehors de son art.

Enfin le pharmacien-chef siège de droit à la commission médicale consultative départementale

3. Les vétérinaires.

Dans les secteurs où il existe des risques particuliers, le service de santé et de secours médical peut comprendre des vétérinaires sapeurs-pompiers volontaires, dont le rôle est de participer à la prévention et à la lutte contre les risques naturels et technologiques. Ils assurent la formation et le suivi des équipes cynophiles départementales ; ils participent à l'activité pédagogique, sanitaire et hygiénique du SSSM. Ils doivent aussi assurer la gestion et la maintenance des moyens vétérinaires, et des moyens animaliers utilisés par les sapeurs-pompiers ; soutenir les opérations de sauvetage d'animaux ou de neutralisation d'animaux dangereux menaçant la sécurité.

Et enfin, ils interviennent en tant que conseiller auprès du commandant des opérations de secours lors de certains sinistres et notamment sur la chaîne alimentaire, et effectuent des prélèvements sur les cadavres d'animaux.

La fonction de vétérinaire sapeur-pompier est une formation jeune et qui n'a été reconnue officiellement que par le décret du 6 mai 1988, formation que l'on devra développer dans les années à venir.

4. Les infirmiers.

Tout infirmier qu'il exerce en libéral ou en milieu hospitalier peut également être infirmier des sapeurs-pompiers volontaires. En effet, depuis le décret du 26 décembre 1997 l'existence des infirmiers a donc été reconnue au sein des corps des sapeurs-pompiers.

Les infirmiers interviennent en tant que collaborateur au sein du binôme médecin-infirmier ; ils doivent apporter toute leur compétence dans la réalisation de gestes infirmiers (gestes de secouristes, poses de voies veineuses périphériques, prélèvements sanguin, scope, ECG...) .

L'infirmier pour pouvoir enseigner le secourisme doit suivre la formation de moniteur national de premiers secours et obtenir le brevet national.

Son rôle s'étend donc aux actions d'encadrement des sapeurs-pompiers en ce qui concerne les règles d'hygiène fondamentales et les règles en matière d'asepsie.

Il participe également à la prévention contre les maladies transmissibles, la toxicomanie, l'alcoolisme ainsi que les accidents de travail. L'infirmier joue un important rôle de coordination dans la chaîne de secours ; il doit de par sa compétence coordonner les actions de secours en veillant à la bonne exécution des actes accomplis.

L'infirmier sapeur-pompier de direction en fonction des besoins du SDIS, peut être le collaborateur du médecin-chef lors des missions de ce dernier.

L'infirmier principal est recruté parmi les cadres infirmiers ou infirmiers anesthésistes, dont le rôle est de coordonner l'action des infirmiers sapeurs-pompiers du département.

Prochainement, un statut d'officier leur sera attribué.

Les meilleurs soins ne seront donnés que s'il existe une coordination étroite entre les différents acteurs de la santé ; toutes ces professions que nous avons donc vues doivent être complémentaires.

II. Les moyens mis à disposition du SSSM.

Il n'existe pas de textes du ministère de l'intérieur qui définissent les locaux et le matériel nécessaires aux médecins sapeurs-pompiers pour pratiquer la médecine professionnelle dans les directions et les centres d'incendies et de secours.

Ces moyens paraissent donc indispensables au bon fonctionnement du SSSM.

1. Le cabinet médical.

C'est le local indispensable à l'exercice du médecin, tant au niveau de la direction qu'au niveau des centres.

Celui-ci doit comporter une salle de soins et d'investigations complémentaires, d'un secrétariat, des installations sanitaires, un local d'attente.

Les salles d'investigations doivent dans la mesure du possible posséder des épreuves fonctionnelles, du matériel pour les examens biométriques et de laboratoire courant.

Les salles de soins doivent permettre d'accueillir un malade ou un blessé, et l'agencement doit être accessible à un blessé sur brancard ou à un handicapé en fauteuil roulant.

La plupart des médecins sapeurs-pompiers volontaires sont des généralistes, et mettent à disposition leur propre cabinet pour la médecine professionnelle des sapeurs-pompiers.

2. La pharmacie.

Selon l'article L595.10 du code de la santé publique, les SDIS ont la possibilité de se doter d'une pharmacie à usage intérieur.

La demande de création de la pharmacie départementale est faite par le directeur départemental, puis adressée au préfet. Une fois la demande acceptée, l'installation devra se faire selon les normes concernant les locaux, la sécurité (les stupéfiants seront détenus dans un coffre à clé), et l'agencement.

Au niveau de la gestion, une bonne connaissance des budgets administratifs est utile à l'élaboration du budget pharmaceutique. Une convention peut être signée entre le SDIS et le centre hospitalier proche du DDSIS.

Le pharmacien est chargé de la distribution en fonction des particularités propres à son département. Pour faciliter la distribution, une armoire à pharmacie est mise en place dans chaque centre de secours principal qui eux-mêmes feront la distribution aux centres de secours du secteur de ce CSP par l'intermédiaire d'un pharmacien ou d'un infirmier.

Une information doit permettre l'utilisation de médicaments et du matériel sous forme de livret. En revanche tout problème de pharmacovigilance doit être signalé par le médecin.

3. Le VSAB.

C'est le véhicule de secours d'urgence aux asphyxiés et aux blessés, appartenant à la catégorie A prévue par le décret de novembre 1987.

Le VSAB permet d'assurer les missions suivantes :

- Reconnaissance, dégagement et relevage des victimes.
- Transports de malades ou blessés.
- Exécution des soins médicaux d'urgence et de réanimation lorsqu'il est médicalisé.

Il ne peut cependant prendre en charge qu'une seule victime grave, et dans le cas contraire un patient supplémentaire peut être pris en charge.

Les VSAB doivent présenter selon les normes des caractéristiques techniques communes concernant la carrosserie, la suspension, l'équipement électrique, la cellule sanitaire qui doit présenter des bonnes dimensions, une bonne isolation, un plan de travail ainsi que des rangements divers et un lavabo.

Par ailleurs, ils doivent disposer absolument de l'oxygénothérapie, d'un système de ventilation, ainsi que de brancards.

4. Le VRM.

C'est le véhicule radio-médicalisé, qui peut être de type berline, break ou monospace. Ses missions sont les suivantes :

- Médicalisation sur les lieux d'une détresse.
- Médicalisation d'un transport sanitaire avec le VSAB.
- Escorte du VSAB médicalisé.

Le VRM doit s'équiper de matériels suivants : tensiomètre, stéthoscope, électrocardiogramme, un appareil détecteur de CO, ARI, oxygène portable, matériel d'intubation, insufflateur, respirateur volumétrique, aspirateurs des mucosités, matériels de perfusion, seringue électrique, défibrillateur manuel ou semi-automatique, entraîneur électro-systolique externe, drogues diverses, matériel pédiatrique,...

Les VRM doivent être affectés aux médecins sapeurs-pompiers qui assurent des interventions fréquentes.

En fonction des cas, le CODIS peut déclencher d'emblée le VRM quand il existe une gravité réelle ; ou bien lorsque l'équipage du VSAB sur les lieux le demande.

La présence certaine à chaque intervention d'un médecin sapeur-pompier contribue à un choix précis des VRM, parfois même une personnalisation de cette dernière, car chacun a ses manières d'opérations et ses habitudes.

La présence lointaine d'une équipe SMUR, est un facteur fondamental dans le choix du VRM ainsi que dans son équipement.

5. Le véhicule personnel du médecin.

La majorité des médecins sapeurs-pompiers sont des médecins généralistes ; ils n'hésitent pas pour la plupart à faire usage de leur propre véhicule professionnel pour intervenir si besoin avec les sapeurs-pompiers.

Leur véhicule doit comporter tout le matériel nécessaire si possible comme le VRM.

Concernant la signalisation des véhicules d'intervention urgente, un décret est apparu en décembre 1986 portant sur les modifications de certaines dispositions du code de la route et relatif à ces voitures d'intervention.

Un arrêté du 30 octobre 1987, relatif aux dispositifs spéciaux de signalisation de ces véhicules, permet d'équiper ces voitures de dispositifs lumineux.

Il est à distinguer 2 catégories :

- **La catégorie A** intéresse les véhicules de la police, gendarmerie, du service d'incendie et de secours, des unités mobiles hospitalières.
- **La catégorie B** concerne les ambulances, les véhicules EDF-GDF, les véhicules des douanes, des associations médicales assurant les interventions urgentes, et enfin les véhicules des médecins sapeurs-pompiers assurant la garde départementale.

Ainsi, seuls les médecins sapeurs-pompiers utilisant leur propre véhicule, et assurant la garde départementale et après autorisation du préfet sont en droit de disposer du matériel de signalisation lumineux et sonore.

6. Les PMA.

Il s'agit des postes médicalisés avancés, concepts issus de l'expérience du service de santé des armées. Les PMA sont utilisés en cas de situation de crises civiles exceptionnelles telles que des accidents catastrophiques. La direction de la sécurité civile propose 2 impératifs : le PMA est destiné à traiter 20 victimes par unité et sa mise en place doit se réaliser en 45 minutes. Par ailleurs, elle a également déterminé 4 critères de conception : « modulaire, léger, souple et adaptable ».

L'évolution s'est faite vers des petites unités, que chaque département répartit selon les besoins avec des lots limités faciles à gérer.

L'équipement des PMA sera évoqué dans le chapitre concernant les activités opérationnelles du médecin sapeur-pompier.

7. Les hélicoptères de la sécurité civile.

La responsabilité de l'état est engagée lors du transport de personnes à bord des hélicoptères ; les passagers doivent bénéficier d'une autorisation spéciale du chef de groupement d'hélicoptères, à l'exception des médecins ou infirmiers.

Les évacuations par hélicoptères ne se justifient que pour des malades ou blessés graves dont l'état nécessite des soins urgents ou pour lesquels le transport par voie routière est contre-indiqué voire impossible et notamment lors des accidents en montagne.

L'évacuation sera décidée par un médecin ; le transfert d'un patient d'un hôpital à l'autre ne se fait qu'en présence d'un médecin ou d'un infirmier. L'accompagnement du patient par un membre de la famille est interdit sauf accord du médecin.

Les responsables des opérations de secours peuvent également prendre place à bord de l'appareil, ainsi que des équipes spécialisées.

En matière d'hygiène, la désinfection de l'hélicoptère se fait selon un protocole établi par le personnel médical.

Et enfin, les règles de vol se font selon les règles de la circulation aérienne générale définies par l'administration française à tous les hélicoptères appartenant à l'état.

8. UMI.

C'est l'unité mobile infirmerie.

Elle n'existe que dans quelques départements, conçue en 1992 et qui est chargée du soutien sanitaire lors des interventions de longue durée et notamment pendant les feux de forêts.

Il permet de reconstituer en cas de nécessité le matériel médico-pharmaceutique dans les VSAB et les VRM, de contrôler la condition physique des sapeurs-pompiers, de surveiller l'hygiène et l'alimentation, et enfin de contrôler le personnel après l'intervention.

C. LE ROLE DU MEDECIN SAPEUR-POMPIER.

Devant l'accroissement des accidents et des sinistres de toute sorte, nous pouvons aisément comprendre la place qu'occupe le médecin au sein des corps de sapeurs-pompiers; ceci est d'autant plus vrai que les sapeurs-pompiers professionnels ou volontaires sont liés par les mêmes missions et donc exposés aux mêmes risques, et cela nécessite qu'une personne puisse juger du risque encouru, pouvant nuire à leur santé. Tous ces hommes et femmes volontaires pour la plupart, accomplissent avec dévouement et courage les missions qui leur sont confiées même au péril de leur vie. C'est pourquoi, il est indispensable que le SSSM puisse se doter d'un outil moderne et adapté permettant de juger de l'aptitude aux fonctions de sapeurs-pompiers. Un **arrêté de 1964 (annexe n° 3)** avait défini l'aptitude aux fonctions, mais celui-ci ne semble plus répondre aux exigences actuelles ; à cette époque il ne tenait pas compte des événements qui peuvent émailler la vie des sapeurs-pompiers, ni du vieillissement naturel, et d'autant plus qu'il distinguait les professionnels des volontaires.

D'autre part, la médecine professionnelle des sapeurs-pompiers a largement évolué par le progrès des techniques médicales, d'aide aux diagnostic, mais aussi par les connaissances nouvelles sur la prévention, la physiologie et sur les facteurs du stress.

Le médecin de par son sens clinique, sa responsabilité, en tant qu'officier, et sa connaissance de postes de travail doit garantir les conditions d'aptitude des sapeurs-pompiers.

Le décret du 26 décembre 1997 précise les missions confiées au SSSM et les classe en deux catégories : les missions spécifiques au SSSM qui sont essentiellement des missions internes au service d'incendie et de secours, au profit des sapeurs-pompiers, et des missions qu'il partage avec d'autres services qui sont des missions externes au profit de la population. Pour les médecins sapeurs-pompiers, outre une indispensable bonne connaissance de l'ensemble des activités des sapeurs-pompiers ; certaines activités très spécifiques nécessitent des compétences particulières.

a) En interne :

- Compétence en médecine du sport, nécessaire à la surveillance de la condition physique,
- Une compétence en médecine du travail pour la médecine professionnelle et d'aptitude,
- Une compétence en santé publique pour les conseils en matière de prévention, de sécurité, et d'hygiène,
- Compétence pédagogique pour l'enseignement,
- Compétence en logistique nécessaire au soutien sanitaire des opérations et à la surveillance des équipements médico-secouristes.

b) En externe:

- Compétence en médecine d'urgence et médecine de catastrophe,
- Compétence concernant les risques naturels et technologiques,
- Et enfin, une connaissance de la prévision et de la prévention.

L'ensemble de ces compétences nécessitent aux docteurs en médecine désirant servir chez les sapeurs-pompiers de réaliser une formation et un stage d'application adaptés sous l'autorité du médecin-chef.

Nous allons maintenant voir en détail le rôle du médecin au sein des corps des sapeurs-pompiers.

I. LES MISSIONS INTERNES.

1. La médecine professionnelle et d'aptitude.

1.1 La médecine d'aptitude.

Le recrutement signifie le premier emploi ou premier engagement ; cette étape est très importante et sera suivie d'une visite de titularisation.

En effet, avec la rigueur de sélection on va pouvoir ainsi éviter tous risques évolutifs durant la carrière des sapeurs-pompiers. Cette décision d'aptitude regroupe l'aptitude médicale et l'aptitude physique, que seul le médecin des sapeurs-pompiers peut prendre.

1.1.1. Chez les professionnels :

- L'aptitude médicale.

Les conditions de recrutement dépendent de ce que l'on appelle le **SIGYCOP**, défini par le ministère de la défense concernant l'aptitude au service et à la sélection médicale dans les armées. Celui-ci permet de recueillir des critères objectifs de sélection et d'en quantifier les altérations ; il permet de définir des « *profils types* » d'aptitude qui seront adaptés à la sélection, aux étapes de la carrière, aux tranches d'âge ainsi qu'à l'exercice de certains emplois (GRIMP, CMIC, plongée...).

Les règles du SIGYCOP doivent impérativement être respectées ; le profil SIGYCOP résulte de l'examen clinique complété par d'éventuels examens complémentaires en tenant compte des exigences physiologiques, physiques et psychologiques de la profession.

Ce profil est défini par sept sigles auxquels on attribue un certain nombre de coefficients qui couvrent les différents degrés, allant de la normalité traduisant une aptitude sans restriction jusqu'à l'affection grave ou l'impotence fonctionnelle majeure entraînant l'inaptitude totale.

Voici les sigles du profil médical :

- S : Correspond à la ceinture scapulaire et aux membres supérieurs.**
- I : Correspond à la ceinture pelvienne et aux membres inférieurs.**
- G : Correspond à l'état général.**
- Y : Correspond aux yeux et à la vision (sens chromatique exclu).**
- C : Correspond au sens chromatique.**
- O : Correspond aux oreilles et à l'audition.**
- P : Correspond au psychisme.**

Le choix du sigle dépend de la localisation de l'affection. A noter que l'appréciation de l'état général ne se limite pas à la robustesse physique ; toute affection évolutive ou non, susceptible de retentir sur l'organisme par ses complications ou bien par une diminution de la résistance et de l'activité du sujet, peut influencer sur le coefficient attribué au sigle G.

Les coefficients attribués aux différents sigles sont les suivants :

- 6 coefficients de 1 à 6 sont attribués à chacun des sigles S, I, G, Y, O.
- 4 coefficients de 1 à 4 pour le sigle C.
- 6 coefficients de 0 à 5 pour le sigle P.

0 indique que l'intéressé n'a pas eu d'entretien avec un psychiatre lors de sa sélection, et ne peut donc être proposé que par le médecin généraliste des centres de sélection de l'armée de terre. Ceci n'est que provisoire, car il doit être transformé en coefficient définitif de 1 à 5 à la fin du troisième mois.

Quelle est la signification de ces coefficients ?

- Coefficient 1 :

Il traduit l'aptitude à tous les emplois même les plus pénibles, les plus contraignants ou les plus stressants.

- Coefficient 2 :

Il autorise la plupart des emplois ; c'est le coefficient limite pour une aptitude professionnelle.

- Coefficient 3 :

Lors de la sélection ce coefficient attribue aux sigles I, G, S une restriction dans l'entraînement physique et par conséquent il limite l'éventail des emplois pour les interventions.

Y3 et O3 correspondent aux normes définies par le ministre des transports par un arrêté du 24 mars 1981. Pour la conduite des poids lourds et des transports en commun, il est exigé une acuité visuelle de 15/ 10 pour le total des deux yeux après correction. L'acuité de l'œil le plus faible ne pouvant être inférieure à 5 / 10 après correction.

C3 détermine la valeur minimum du sens chromatique compatible avec l'emploi de conducteur de véhicules.

P3 contre-indique l'affection dans un emploi contraignant ou exigeant un esprit d'initiative ou conférant une responsabilité.

- Coefficient 4 :

Attribué à S, I, G, ce coefficient exempté de tout entraînement physique ; par conséquent il limite les sujets à des activités sédentaires ou à des emplois s'apparentant à leur profession civile.

Y 4 et O 4 correspondent aux normes requises pour la conduite de véhicules légers.

P 4 impose l'inaptitude au service militaire.

- Coefficient 5 :

Attribué à l'un des sigles S, I, G, Y, O, il réduit l'aptitude à certains emplois et notamment en ce qui concerne l'opérationnel. P5 entraîne une inaptitude à toutes les formes d'emplois.

- Coefficient 6 :

Quel que soit le sigle où il est attribué, il détermine une inaptitude totale.

Enfin il est à signaler qu'il existe un indice temporaire « T », pouvant être attribué à l'un des coefficients des divers sigles du profil médical à l'exception du C et P.

Cet indice marque l'existence d'une affection susceptible de guérir ou d'évoluer favorablement avec ou sans traitement ; par conséquent il entraîne une restriction temporaire ou partielle de l'aptitude. S'il est attribué à un coefficient commandant l'inaptitude, il correspond à une proposition d'ajournement en attente d'un nouvel examen médical.

L'examen médical se fait selon les règles de l'art médical ; bien évidemment tout examen débute par l'interrogatoire qui recherchera si l'intéressé a accompli ou non son service militaire. Une exemption lors de la sélection correspond à un coefficient 5 ou 6 en S, I,G,Y,O,P ; et une exemption après incorporation ou au cours du service donne un coefficient 3 en I, O,P.

Il faut rechercher également les antécédents personnels et familiaux, et insister sur les facteurs de risque.

Puis l'examen clinique sera effectué de façon le plus exhaustif possible. Tout élément pathologique sera noté, ainsi que le coefficient attribué. Si un ou plusieurs de ces coefficients sont supérieurs à 2, le sujet est inapte au recrutement.

Les critères définis par l'arrêté du 25 janvier 1964 doivent être évidemment pris en compte, à savoir :

- La taille supérieure à 1,60 pour les hommes et 1,55 pour les femmes sans dérogation.
- Absence de troubles objectifs ou subjectifs de l'équilibration.
- Absence de difformité incompatible avec le port de l'uniforme.
- Le rapport poids-taille par l'indice de Quételet.
- Une excellente paroi abdominale.
- Un coefficient de mastication satisfaisant.
- Une absence d'affection de la colonne vertébrale.
- Une absence d'affection broncho-spastique.
- Une absence d'antécédent psycho-névrotique.
- L'état de grossesse n'étant qu'une contre-indication temporaire.

L'examen clinique peut être complété par des examens complémentaires.

Un bilan biologique peut être effectué recherchant une anomalie au niveau de la numération formule sanguine, une dyslipidémie, un diabète, une glycosurie et protéinurie...

Un bilan radiologique, EEG, ORL peuvent également être réalisés.

Les explorations fonctionnelles comprennent :

- ECG de repos.
- Une boucle débit volume par un examen spirométrique.
- Un test sur cycloergomètre et calcul de la VO₂ max indirecte.
- Un audiogramme.
- Un examen ophtalmologique comprenant l'acuité visuelle, le champ visuel, le sens lumineux, le sens du relief.

Il ne faut pas hésiter à faire appel aux spécialistes après avis du médecin-chef.

- L'aptitude physique.

Il est possible de fixer pour chaque sujet les conditions d'entraînement physique, selon leur pratique sportive antérieure, les contre-indications médicales à l'entraînement pouvant faire office d'une inaptitude.

Des épreuves physiques sont exigées tel que le parcours sportif qui permet de mentionner la résistance à l'effort ainsi que la valeur motrice ; une épreuve de natation 50 mètres chronométrés ; une épreuve fonctionnelle d'endurance (test navette) ; et enfin une épreuve fonctionnelle de la force musculaire (ex : Jump test).

- La surveillance pendant la carrière ou l'activité.

L'aptitude doit être contrôlée annuellement quel que soit le grade du sapeur-pompier. L'examen comporte les points habituels c'est-à-dire un examen clinique complet, un entretien recherchant des événements médicaux de l'année coulée, des éventuels examens complémentaires, la mise à jour des vaccinations. Un profil médical est établi lors de la visite selon le SIGYCOP déterminé en fonction des résultats appréciés avec une définition du profil seuil suivant :

- profil A : 1122212.
- Profil B : 2223222.
- Profil C : 2233222.
- Profil D : 3333232 .
- Profil E : 3334232.

Le profil médical seuil minimum pour l'aptitude jusqu'à 40 ans est B. Pour la conduite des véhicules et la pratique des activités sportives sans compétition, le profil est C. Pour le GRIMP, on exige le profil A. Entre 40 et 50 ans on exige un minimum C , et au dessus de 50 ans un profil E.

Pour les personnels de plus de 45 ans, l'examen clinique sera complété tous les deux ans par un bilan biologique orienté bien sûr selon les données de cet examen, et par un électrocardiogramme ; mais rien n'empêche de faire ces examens plus tôt . Les coefficients du SIGYCOP peuvent devenir supérieurs à 2 en fonction du vieillissement naturel de l'intéressé ; et par conséquent cela conduit à affecter le sapeur-pompier à des emplois non opérationnels et à limiter ses possibilités de mutation puisque qu'à chaque nouveau recrutement un SIGYCOP 1 ou 2 est exigé. Concernant l'aptitude physique, le parcours sportif sera médicalisé, la fréquence cardiaque maximum exigée sera de $(220 - \text{âge}) - 20\%$. Le médecin sapeur-pompier peut pour raison médicale dispenser le sapeur-pompier de tout ou partie des tests physiques. L'aptitude est prononcée en fonction des résultats des aptitudes médicales et physiques. Le certificat est valable un an sauf en cas d'évènements médicaux intercurrents.

- L'inaptitude :

Un sujet est déclaré inapte, ceci signifie qu'il ne répond pas aux conditions de recrutement exigés . Si le maintien du sapeur-pompier dans le corps ne peut plus se faire, le problème qui se pose alors est son reclassement professionnel. Le médecin, seul peut prendre la décision dans ce cas ; il peut avoir recours au médecin-chef ainsi qu'à la commission médicale pour l'aider à cette décision. Le reclassement professionnel dans d'autres services des collectivités territoriales est souvent très difficile, d'autant plus que le sujet intéressé considère cette situation comme « *une mise à pied* ».

1.1.2. Chez les volontaires :

L'aptitude des volontaires reste un sujet de grande discussion . A risque égal avec les professionnels, les volontaires doivent présenter les mêmes conditions d'aptitude. Afin de préserver le volontariat, les conditions de recrutement semblent souvent laxistes, vagues et mal définies.

Il paraît nécessaire actuellement de faire le rapprochement de l'aptitude des volontaires à celui des professionnels ; la vigilance doit donc être de rigueur lors du recrutement afin d'éviter tout incident portant sur l'intégrité corporelle du sapeur-pompier mais également envers autrui. **L'arrêté du 6 mai 2000, fixe les conditions d'aptitude médicale des professionnels et des volontaires et les conditions d'exercice professionnelle et préventive.**

La question que nous pouvons nous poser est la suivante : Dans l'avenir, si ces conditions d'aptitude deviennent aussi strictes que pour les professionnels, le volontariat subsistera-t-il ?

- Conditions d'aptitude des volontaires :

La limite d'âge d'incorporation est de 16 ans . Ils doivent présenter les caractères suivants :

- Taille supérieure à 1,60 pour les hommes et 1,55 chez les femmes.
- Une absence d'anomalie constitutionnelle incompatible avec le port des tenues réglementaires.
- Une absence d'antécédents rachidiens pathologiques, cliniques ou radiologiques dont l'existence doit faire l'objet d'un bilan médical orienté.
- Absence de psychose ou névrose.
- Absence de trouble de l'acuité visuelle, avec une acuité supérieure ou égale à 15/10 pour la somme des 2 yeux, un minimum de 5 /10 pour un œil.
- Absence de manifestation d'hyperréactivité bronchique.

A noter que le port de lentilles et verres correcteurs peut occasionner des accidents lors des interventions et notamment lors d'un incendie.

L'examen médical comporte évidemment l'interrogatoire qui précisera les antécédents personnels et familiaux, les facteurs de risque en particulier respiratoire et cardio-vasculaire. Ensuite on passe à l'examen clinique complet qui sera complété par d'éventuels examens complémentaires.

Actuellement, dans un bon nombre de départements la sélection des volontaires se fait à l'aide du SIGYCOP et dont chaque sigle doit être attribué d'un coefficient 3 ; mais il faut savoir que la notion du SIGYCOP n'est applicable qu'à l'embauche des sapeurs-pompiers professionnels.

Il faut également savoir qu'un sujet refusé avec les bases de cette cotation peut opposer l'arrêté du 25 janvier 1964 qui est plus vague.

- Les conditions de réengagement :

Le réengagement doit être considéré comme une nouvelle embauche ; la décision de rejeter un sapeur-pompier de son corps n'est pas une décision toujours facile et d'autant plus que celui-ci reste souvent inconscient de son état de santé et physique. Il faut de ce fait prévenir le sapeur-pompier, que ses critères d'aptitude deviennent insuffisants et que son dossier sera soumis à la commission médicale. Ainsi la responsabilité du médecin du corps sera moins impliquée puisque la décision sera prise par une instance extérieure.

Une visite de réengagement a lieu tous les cinq ans ; elle peut être réalisée par un praticien libéral mais il est souhaitable que ce soit le médecin des sapeurs-pompiers titulaire qui la fasse. Comme pour les professionnels, un ECG ainsi qu'un bilan biologique doivent être effectués tous les 2 ans après l'âge de 45 ans. Des examens déjà pratiqués par le médecin traitant peuvent être utilisés.

- L'inaptitude :

Celle-ci peut être prononcée lors du réengagement, mais aussi pendant l'activité du sapeur-pompier, à l'occasion d'une maladie ou d'un accident intercurrent dont les séquelles ou les traitements sont incompatibles avec la fonction.

Malheureusement, quand le médecin du corps n'est pas le médecin traitant, il peut lui arriver de passer à côté de beaucoup de détails concernant les problèmes de santé du sujet. Certains d'entre eux préfèrent parfois se confier plus à leur chef de corps plutôt qu'au médecin. Il ne faut en aucun cas hésiter à faire appel à la commission médicale consultative départementale.

Enfin, il est à noter que l'avis médical sur l'aptitude n'est qu'un conseil technique, et la décision finale appartient à l'autorité de l'emploi. Le médecin se dégagera de toutes responsabilités en cas de problèmes, s'il certifie par écrit la décision d'inaptitude médicale.

1.1.3. Cas particuliers :

- L'aptitude des sapeurs-pompiers auxiliaires :

Le service de sécurité civile créé par la loi du 4 janvier 1992, un service civil placé sous l'autorité du ministre de l'intérieur. Les conditions d'aptitude médicale sont applicables aux sapeurs-pompiers professionnels, avec un SIGYCOP inférieur ou égal à 2.2.2.2.2.2. La vaccination contre le DTP, l'hépatite, et la fièvre typhoïde sont obligatoires. Ces auxiliaires ne seront affectés que dans les centres de secours où il existe des professionnels.

- L'aptitude des jeunes sapeurs-pompiers :

La réglementation des associations habilitées de jeunes sapeurs-pompiers est régie par le décret du 23 avril 1981 modifié par un décret du 3 septembre 1991.

Ce texte institue un brevet national de cadets de sapeurs-pompiers et prévoit la création d'un comité technique de formation. La circulaire du 2 avril 1990 définit les conditions du suivi médical.

De nombreux enfants et parents ne comprennent pas toujours le refoulement pour inaptitude lors de l'incorporation. Il faut signaler dès le départ que des éléments physiques peuvent empêcher malheureusement une incorporation comme sapeur-pompier professionnel ou volontaire.

1.1.4. Les aptitudes spécifiques :

- L'activité sportive :

Il faut distinguer le sport organisé par le SDIS, dont le médecin des sapeurs-pompiers doit en assurer l'aptitude, et des activités sportives organisées par des amicales voire à l'extérieur du corps qui eux relèvent du médecin traitant ou médecin du sport.

Deux cas de figures sont possibles quand il s'agit d'activités organisées par le SDIS :

- Il peut s'agir d'activités sportives sans compétition qui font partie des activités normales du sapeur-pompier ; dans ce cas il n'est pas nécessaire d'établir un certificat médical, par contre il faut effectuer des visites d'aptitude. Voici quelques exemples d'activités sportives que les sapeurs-pompiers peuvent mener : le parcours sportif, le cross, ainsi que des épreuves athlétiques.
- D'autre part, il peut y avoir des compétitions. Conformément au décret du 27 mai 1977, à la loi de juillet 1984 et au décret du 1^{er} juillet 1987 relatif à la surveillance médicale des activités physiques et sportives, un certificat médical d'aptitude doit être impérativement délivré à tout sapeur-pompier participant à une compétition. Le contrôle médical est annuel ; certaines pratiques sportives nécessitent l'avis d'un médecin spécialiste ou diplômé de médecine de sport. La circulaire du 21 septembre 1989 précise les dispositions administratives et le rôle des médecins sapeurs-pompiers pour le parcours sportif et les épreuves athlétiques. Il est précisé également qu'il est indispensable de réaliser des tests morpho-physiologiques, des tests d'effort ainsi qu'un examen médical au moins 6 mois avant la compétition de chaque concurrent.

- L'aptitude à la conduite des poids lourds :

Les sapeurs-pompiers ont besoin de ce permis pour conduire un fourgon pompe. Un arrêté du 24 mars 1981 précise que les normes médicales exigées pour la conduite du VSAB correspondent à celles retenues pour les véhicules lourds. Cette visite d'aptitude doit être pratiquée par des médecins agréés du ministère de l'intérieur bien que cela ne soit pas toujours respecté. Une circulaire du 11 septembre 1985, conseille de faire agréer un certains nombres de médecins sur proposition du médecin-chef auprès de la DDASS ; malheureusement des résultats sont peu satisfaisant selon les départements.

La liste des affections interdisant ce permis figure dans l'arrêté du 4 octobre 1988.

- Le port de l'ARI (appareil respiratoire isolant) :

L'ARI est l'outil de base de lutte contre le feu. L'aptitude médicale suffit pour porter l'ARI ; il n'y a aucun texte officiel définissant les conditions à remplir pour le port de cet appareil. Il faut tout de même rester prudent, et notamment chez des sapeurs-pompiers présentant des facteurs de risques cardio-vasculaires et respiratoires. Des troubles décelés peuvent conduire à une restriction d'activité opérationnelle.

Remarque :

Concernant les activités spécialisées telles que le SAL, le GRIMP, le CMIR, et le CMIC, aucun texte officiel ne fixait jusqu'à présent les conditions d'aptitude.

Un arrêté récent du 6 mai 2000, fixe les conditions d'aptitude spécifiques et des examens complémentaires particuliers, qui sont exigés pour les sapeurs-pompiers qui pratiquent ces activités (art. 21).

- La pratique de la plongée et SAL (plongeurs en scaphandre autonome léger) :

Les critères d'appréciation de l'aptitude à la plongée sont définis par la circulaire de mars 1976, complétée par celle du 19 août 1982 puis modifiée par celle du 17 août 1988.

Le schéma national a été défini en juin 1993 qui précise la périodicité des visites. Seuls les médecins du sport, les médecins titulaires d'un CES, les médecins sapeurs-pompiers ayant reçu la formation concernant la physiologie de la plongée ainsi que les médecins fédéraux de

la fédération française d'études et des sports sous-marins peuvent délivrer le certificat d'aptitude. On exige un profil seuil médical A.

- L'aptitude concernant les équipiers CMIR (cellule mobile d'intervention radiologique) :

Il n'existait pas de texte régissant une aptitude spécifique ; en général l'aptitude médicale suffisait.

Par contre lors d'une intervention en ambiance radio-active, une surveillance est de rigueur. Ces équipiers bénéficieront de la visite annuelle complétée par un examen sanguin et urinaire. Un examen ophtalmologique est nécessaire avec la réalisation d'un fond d'œil , d'un examen biomicroscopique des cristallins voir la tonométrie.

Après chaque intervention, un examen médical doit être immédiatement réalisé, à renouveler un mois plus tard. La quantification des doses reçues , ainsi que tous les résultats biologiques seront notés précieusement dans le dossier médical pendant 30 ans, et servira en cas de problème médico-légal.

- Les équipiers CMIC (cellule mobile d'intervention chimique) :

De même que pour le CMIR, il n'y avait pas de texte définissant l'aptitude spécifique. La surveillance médicale sera adaptée aux types de produits auxquels les sapeurs-pompiers sont exposés. Le médecin sapeur-pompier doit se référer à l'article R-234 du code travail.

- Le GRIMP , secours en montagne et secours spéléologiques :

En général, seule l'aptitude médicale suffisait, comme pour les équipiers CMIR et CMIC. Actuellement des conditions d'aptitude spécifiques sont bien déterminées par l'arrêté de mai 2000.

(NB : les missions à l'étranger ne requièrent pas de conditions d'aptitude supplémentaires à l'aptitude opérationnelle. Par contre une attention particulière sera portée sur les vaccinations qui sont obligatoires et l'état psychologique du sapeur-pompier).

AU TOTAL :

A l'issue de la visite, le médecin sapeur-pompier délivre le certificat médical qui ne précise que le profil seuil médical, l'inaptitude ou l'aptitude totale ou partielle en mentionnant des réserves d'emploi à l'exception de tout autre renseignement. Ce certificat sera remis au directeur départementale des services d'incendie et de secours. Le médecin est tenu de veiller à la mise à jour du dossier médical où le certificat y sera conservé.

L'arrêté du 6 mai 2000, fixe les conditions d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers volontaires et professionnels, ainsi que les conditions d'exercice de la médecine professionnelle et préventive au sein du SDIS. L'aptitude médicale est prononcée par un médecin sapeur-pompier habilité. La liste des médecins habilités est établie par le président du CASDIS, sur proposition du médecin-chef après avis de la commission consultative du SSSM (art. 2 du même arrêté).

L'arrêté du 25 janvier 1964 modifié relatif aux conditions d'aptitude des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires est abrogé (art. 34 de l'arrêté du 6 mai 2000).

1.2. Aspects réglementaires et juridiques de la médecine professionnelle des sapeurs-pompiers.

1.2.1. La médecine professionnelle dans la fonction publique.

Le décret du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la médecine préventive et professionnelle dans la fonction publique territoriale, s'applique aux collectivités et établissements publics employant des agents régis par la loi 26 janvier 1984 portant sur le statut relatif à la fonction publique territoriale. Les collectivités et établissements publics sont dans l'obligation de disposer d'un service de médecine professionnelle soit par création ou par adhésion à un service départemental. Tout médecin du travail n'étant pas en poste avant juin 1985 dans un service de médecine professionnelle ou préventive doit être titulaire d'un DES de médecine du travail. La médecine professionnelle ou préventive présente les missions suivantes :

- L'action sur le milieu professionnel :

Elle conseille l'autorité territoriale, les agents et leurs représentants sur :

- L'amélioration des conditions de travail dans le service.
- L'hygiène des locaux.
- L'adaptation des postes et techniques de travail.
- La protection des agents contre les accidents de travail et de maladies professionnelles ou à caractère professionnel.
- L'information sanitaire.
- L'hygiène des restaurants administratifs.

Par ailleurs elle participe à la formation sur l'hygiène, et sur la sécurité mais également à la formation de secouristes.

Elle est consultée en cas de projets de construction ou d'aménagement des bâtiments administratifs.

Elle doit être informée avant toute utilisation de substances et de produits dangereux ; et elle même doit informer le comité technique paritaire (organisme compétent en matière d'hygiène et de sécurité) d'éventuels résultats d'analyses.

Et enfin elle participe aux études et enquêtes épidémiologiques.

- La surveillance médicale des agents :

En plus des examens médicaux obligatoires prévus par le code des communes, l'autorité territoriale peut organiser des examens plus fréquents pour des agents soumis à des risques particuliers. Les médecins du service de médecine professionnelle peuvent recommander des examens complémentaires dans le respect du secret médical. Ils doivent porter une attention particulière sur des agents pouvant présenter des risques spéciaux. Les médecins sont habilités à proposer des aménagements de poste de travail en fonction de l'âge, de la résistance physique ou de l'état de santé des agents. Si cet avis est refusé par l'autorité territoriale, le comité paritaire doit en être informé. Chaque accident et maladie professionnelle ou à caractère professionnel, doivent être communiqués aux médecins le plus rapidement possible.

1. 2. 2. La médecine professionnelle des sapeurs-pompiers.

Le service de médecine professionnelle des sapeurs-pompiers n'est autre que le SSSM, organisé par le décret du 6 mai 1988 (article 40), et dont la mission est définie par l'article 41 du même décret. Il doit veiller à la condition physique des sapeurs-pompiers dans les centres auprès desquels les médecins sont affectés, et veiller à leur adaptation physique nécessitée par l'activité opérationnelle.

Le médecin sapeur-pompier n'est pas obligatoirement titulaire de la capacité de médecine du travail ; il peut être médecin libéral.

Le médecin-chef départemental coordonne les SSSM des corps communaux, intercommunaux et départementaux. Il veille au respect des règles d'hygiène et de sécurité dans les corps de sapeurs-pompiers.

En cas d'accidents survenus et de maladies contractées en service commandé, quels sont les procédures ?

- Chez les professionnels :

- En cas d'accident de service ou de trajet, en sachant que celui-ci pour être reconnu doit « *résulter d'une action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail ou du trajet une lésion du corps humain* », il convient au sapeur-pompier d'en apporter la preuve de l'accident et de sa relation avec le service.
- En cas de maladies contractées, celles-ci doivent être reconnues par les tableaux des affections professionnelles.
- Le chef de service délivre à la victime un certificat de prise en charge seulement s'il existe une relation certaine de cause à effet entre l'accident et le service, qui lui permet de ne pas régler les soins effectués par les différents prestataires.

- Chez les volontaires :

- Le service commandé comporte les interventions, les manœuvres, stages, entraînements physiques, le cross organisé par le corps ou la DDSIS, les travaux d'entretien du matériel, les trajets aller-retour entre le domicile ou lieu de travail et le centre de secours ; et entre le centre et les lieux d'interventions.
- En cas d'accidents ou de maladies contractées, un dossier d'accident en service commandé sera mis en place et transmis à la DDSIS ; le chef de centre remet à la victime la feuille d'accident et de prise en charge lui permettant la gratuité des soins.
- Le président du CASDIS, décide de l'imputabilité au service pour une ITT inférieure à 15 jours.

Remarque : Concernant la surveillance médicale après un accident ou une maladie en service commandé.

La législation dans le cadre de la médecine du travail s'applique aux sapeurs-pompiers professionnels.

Après un arrêt de travail de plus de 21 jours, le salarié doit être revu par le médecin du travail afin de déterminer si la maladie n'est pas provoquée par le travail et si les conséquences de cette maladie lui permettent de reprendre son poste ou non.

Après un accident de travail, le sujet doit être obligatoirement revu par le médecin sapeur-pompier qui mettra le dossier médical à jour.

Par ailleurs, le médecin sapeur-pompier peut se prononcer sur une inaptitude temporaire du sapeur-pompier (par exemple, il ne pourra assurer qu'un rôle de conducteur et ceci pendant 2 mois). L'arrêté du 6 mai 2000, prévoit une obligation d'information du médecin sapeur-pompier chargé de l'aptitude de tout arrêt de travail supérieur à 21 jours, pour cause de maladie ou accident, survenu en service ou hors service (Art.6.).

Tout sapeur-pompier professionnel ou volontaire bénéficie d'une protection sociale ; en ce qui concerne les volontaires, la loi du 31 décembre 1991 leur assure une protection sociale comparable à celle des professionnels. Ils perçoivent donc des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail, et bénéficient d'une prise en charge des frais de soins médicaux entraînés par leur maladie ou l'accident.

2. La surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers.

Les sapeurs-pompiers doivent avoir un entraînement physique régulier, ceci leur permet d'être toujours opérationnels lors des interventions. Le médecin assure la surveillance des efforts fournis surtout lors des compétitions, mais doit également veiller à ce qu'ils soient aptes à les assumer.

Nous avons vu précédemment qu'il est impératif que le médecin sapeur-pompier délivre un certificat d'aptitude sportif lorsqu'il s'agit d'une compétition essentiellement.

A la demande du chef de corps, le médecin surveille l'entraînement des sportifs et peut participer aux jurys des compétitions.

Les épreuves physiques qui sont exigées sont les suivantes :

2.1. Les épreuves athlétiques :

Elles comprennent la course à pied de vitesse et de fond , le saut en hauteur, le grimper de corde ; elles font partie de l'entraînement normal des sapeurs-pompiers et servent au recrutement des professionnels mais aussi à la compétition.

2.2. Le cross country :

Le cross des sapeurs-pompiers a été créé par le ministre de l'intérieur le 10 octobre 1984 ; celui-ci est ouvert aux volontaires, professionnels ainsi qu'aux jeunes sapeurs.

Le médecin sapeur-pompier doit contrôler le certificat médical de non contre-indication pour ceux qui participent au cross de compétition. Il se doit également d'assurer la surveillance médicale des épreuves à la demande de la direction départementale ou du chef de corps.

2.3. Le parcours sportif du sapeur-pompier (PSSP) :

Ce parcours a été institué par l'arrêté commun du ministre de l'intérieur et de l'éducation nationale. Il s'agit d'une épreuve qui tient lieu du contrôle permanent de l'aptitude physique des sapeurs-pompiers.

Cette épreuve comprend des exercices tels que la course à pied, le tirer d'un dévidoir, le lancer d'adresse de commandes(c'est la cordelette que le sapeur-pompier peut utiliser de diverses façons), une course d'obstacle, une course avec porté d'un tuyau et franchissement de barrière et de poutre d'équilibre, le porter de sac avec obstacles, et enfin une course finale de 25 mètres.

Le PSSP symbolise en fait les activités du sapeur-pompier intervenant sur un incendie. Il est organisé chaque année par le chef de corps assisté du médecin, et sous l'autorité du directeur départemental. Le médecin fait parti du jury. Par ailleurs, il importe au médecin de ne pas autoriser la participation à ce parcours des sujets de plus de 50 ans, pour lesquels existent des risques cardio-vasculaires avérés ou potentiels.

A propos de l'entraînement, il est important pour le médecin d'en assurer la surveillance, car au cours de celui-ci l'organisme est soumis à des modifications du système cardio-vasculaire, respiratoire, articulaire, et musculaire. Il y a des principes généraux concernant l'entraînement qu'il faut respecter :

Tout d'abord, l'entraînement doit être progressif en intensité et en quantité (durée et fréquence) ; ensuite il nécessite de la persévérance pour atteindre une VO2 Max, il doit être personnalisé et adapté au sujet selon ses capacités , et enfin il faut une adaptation aux possibilités de récupération de chaque individu en fonction de son activité professionnelle.

3. Rôle de conseiller en matière de prévention, de sécurité et d'hygiène.

3.1. La prévention et la sécurité.

Le métier de sapeur-pompier est « *un métier à risque* » ; au péril de leur vie les sapeurs-pompiers vont sauver des biens et encore plus des vies , et s'exposent donc à des risques. Mais ces prises de risques doivent être mesurées et limitées, afin de ne pas les considérer comme naturelles à cette profession.

Le sapeur-pompier en opération est constamment soumis à des agressions extérieures qu'il est chargé de combattre sans y succomber.

Ces agressions peuvent être responsables de diverses pathologies ; pour cela il existe des moyens de protection qui sont les suivants :

- Il existe une protection immédiate incluant des moyens techniques et vestimentaires utilisés selon le type d'intervention.
- Une prévention des risques à long terme passe par la formation, le suivi médical, et le respect du calendrier vaccinal.

3.1.1. La prévention contre les risques infectieux :

Le médecin doit donc sensibiliser les sapeurs-pompiers aux risques infectieux, et les informer des possibilités de prévention.

a. Les agents infectieux et les mesures préventives.

La transmission d'un agent pathogène d'un réservoir initial à un hôte définitif dépend de plusieurs paramètres.

Elle dépend tout d'abord de la source de contamination, c'est-à-dire des réservoirs (eaux usées ou pluviales, animaux, eaux de rivières, ...), et des contaminants (animaux malades, porteurs sains ou malades, cadavres, liquides biologiques...).

Elle dépend également des circonstances (captures d'animaux, transport de malades ou blessés contagieux, destruction d'insectes, travail en eau souillée...).

La contamination peut se faire sur 2 modes, directe par contact avec la peau saine, par brèche cutanée lors de piqûres, de morsures ou griffures ; et la voie indirecte par vêtements souillés, locaux souillés, ingestion d'aliments souillés.

Et enfin la transmission est fonction de la susceptibilité du récepteur et des mesures vaccinales prises.

- La rage.

Rappel : Maladie virale, mortelle entraînant une atteinte du système nerveux, transmise à l'homme par la salive d'animaux infectés.

Il faut tenir compte des critères qui permettent de juger du caractère suspect ; il s'agit de la région à risque, du milieu rural, d'animal non vacciné, agression spontanée ou comportement anormal de l'animal.

L'animal doit être confié à un service vétérinaire pour une observation, le virus étant présent dans la salive pendant 15 jours.

Voici la conduite à tenir devant un homme blessé :

Lavage abondant de la plaie avec de l'eau et du savon et rinçage soigneux.

Vaccination curative systématique d'emblée.

Si les analyses sont négatives le traitement sera alors interrompu.

La prévention consiste en la prudence lors des contacts avec les animaux suspects, puis la vaccination dès que possible pour certaines professions.

Les sapeurs-pompiers sont exposés lorsqu'il s'agit de la capture d'animaux suspects en France ; se méfier aussi des chauves-souris.

Il leur est fortement conseillé de s'immuniser contre cette maladie, lorsqu'ils effectuent des missions humanitaires et opérationnelles en outre-mer ou dans certains pays du tiers monde lors des séismes par exemple, où il peut y avoir des agressions par des animaux blessés ou affolés.

- Le tétanos :

Toxi-infection grave, souvent mortelle entraînant des contractures musculaires, et une atteinte de la fonction respiratoire par paralysie diaphragmatique et spasmes laryngés.

L'homme se contamine par souillure d'une porte d'entrée cutanée (ulcère de jambe, plaie, brûlure...). La seule prévention reste la vaccination.

La vaccination est obligatoire pour les enfants et les militaires ; les sapeurs-pompiers doivent subir un rappel tous les 5 ans en raison des risques de plaies lors des interventions.

- L'hépatite A :

Contamination oro-fécale ; elle touche principalement les adultes avec une évolution souvent sévère.

La prévention repose sur les mesures hygiéno-diététiques et la vaccination.

Ce vaccin s'adresse surtout aux voyageurs vers les pays à risque, aux militaires et sapeurs-pompiers exerçant hors métropole.

- L'hépatite B :

Contamination par le sang et par ses dérivés, par les contacts sexuels et par les seringues contaminées. La prévention est essentielle dans la lutte contre cette affection. La prévention se fait par des mesures d'hygiène général, par le port de gants à usage unique lors des soins si les blessés présentent des plaies, et bien évidemment par la vaccination des sapeurs-pompiers.

Actuellement pour être maintenu en activité et déclaré apte, le sapeur-pompier doit remplir les conditions d'immunisation vaccinale prévues par l'arrêté du 26 avril 1999 ou , en ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite B, être en possession d'un dosage des anticorps anti HBs supérieur à 10 unités, s'il est âgé de plus de 25 ans.

Si ce dosage est négatif, l'utilité d'une dose vaccinale complémentaire est à apprécier par le médecin chargé du contrôle de l'aptitude. Si les conditions d'immunisation vaccinale

réglementaires ne sont pas remplies, le sapeur-pompier est alors placé en inaptitude opérationnelle temporaire de trois mois.

- La fièvre jaune :

Arbovirose transmise par les moustiques entraînant une hépato-néphrite grave.

Le vaccin est recommandé aux sapeurs-pompiers en mission en zones inter-tropicales quelle que soit la durée du séjour.

- La leptospirose :

Maladie transmise à l'homme par contact avec les insectivores et les rongeurs ; la contamination se fait par l'eau de rivière, par la boue des marécages infectés par les urines des rongeurs. Bien que rare, elle peut être mortelle. A noter qu'il existe des formes frustes pseudo-grippales souvent méconnues

Seule la vaccination protège contre les formes les plus graves. Elle est obligatoire pour les éboueurs et gardes-pêches ; elle est recommandée pour les sapeurs-pompiers car ils peuvent avoir un contact avec l'eau et notamment lors des inondations, des compétitions sportives en rivière, de la plongée sub-aquatique par l'intermédiaire de plaies ou par les muqueuses.

- La piqûre de tique :

Responsable de la maladie de Lyme, son pronostic peut être redoutable si elle passe inaperçue.

La prévention repose sur une tenue vestimentaire adaptée lors de l'intervention.

- Les parasitoses:

La pédiculose et la gale sont encore fréquentes en France .

Des mesures doivent être prises contre l'amibiase et le paludisme lors de l'envoi des sapeurs-pompiers dans les régions d'endémies.

- La typhoïde :

La vaccination est la mesure préventive la plus efficace, pour les sapeurs-pompiers en mission dans les pays à risques.

Elle se voit surtout dans les pays défavorisés où l'hygiène reste précaire.

La vaccination anti-typhoïdique était systématique au service militaire. Le TAB est actuellement abandonné. Elle est indiquée chez les voyageurs, les militaires et les sapeurs-pompiers séjournant dans les régions où l'approvisionnement en eau potable devient difficile et notamment lors des séismes.

- Le V.I.H :

Ce virus se transmet essentiellement par le sang et le sperme à travers une peau lésée ou par projection sur les muqueuses. Les sapeurs-pompiers y sont exposés lors des interventions de secours à personne surtout s'ils présentent eux-mêmes des effractions du revêtement cutané. Prendre en charge des victimes en conditions pré-hospitalières exige systématiquement des précautions et des règles d'hygiène strictes. Cette attitude doit être constamment rappelée aux équipes sapeurs-pompiers sans dramatisation excessive.

Les sapeurs-pompiers sont également exposés aux risques de transmission des affections opportunistes graves telles que la tuberculose, salmonelle, pneumocystose...

Les mesures préventives sont les mêmes que pour les autres maladies transmissibles comme l'hépatite B .

- La poliomyélite :

La poliomyélite est une affection endémique dans les pays en voie de développement. Les sapeurs-pompiers en France, sont exposés au même risque lors des contacts avec l'eau de rivière au moment des inondations ou de la plongée sub-aquatique. A l'étranger, ils peuvent également être exposés lors des missions humanitaires en Afrique ou opérationnelles (séismes...).

- La diphtérie :

Maladie encore fréquente dans les pays en voie de développement ; le vaccin est obligatoire pour les enfants, les militaires et les personnels de santé. Il est donc très important pour les sapeurs-pompiers en mission en outre-mer de s'immuniser.

- La méningite :

Il n'existe de vaccin que contre les méningocoques de types A et C. Il s'adresse aux sapeurs-pompiers en missions humanitaires ou opérationnelles dans les zones d'endémie tel que l'Afrique ; mais cependant nos sapeurs-pompiers peuvent s'exposer en France et notamment lors du transport de malades présentant un purpura fulminans. Dans ce cas, il est recommandé de prescrire une chimio-prophylaxie par la Rifadine 300 mg, à la dose de 2 comprimés par jour pendant 48 heures.

- La grippe :

Affection très contagieuse ; il est souhaitable de vacciner les sapeurs-pompiers afin de les maintenir opérationnels pendant l'épidémie.

- La tuberculose :

Bien qu'obligatoire pour les enfants, les étudiants en médecine, les élèves infirmiers, les militaires, les personnels hospitaliers... ; il n'en est pas ainsi pour les sapeurs-pompiers. Ils ne sont pas tenus à la vérification systématique des IDR, ni à la vaccination par le BCG. Ils sont cependant exposés lors du transport de sujets tuberculeux, mais également dans les pays en voie de développement pour ceux qui y sont en mission.

Au total :

Les vaccinations sont rendues obligatoires aussi bien pour les professionnels que les volontaires en ce qui concerne le tétanos et l'hépatite B selon l'arrêté du 6 mai 2000. Les vaccinations obligatoires sont celles prescrites par l'article L.10. alinéa du code la santé publique. Les conditions d'immunisation sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé. En fonction des spécialités pratiquées et des risques de contamination encourus par les sapeurs-pompiers, le médecin étant chargé du contrôle de l'aptitude, doit proposer les vaccinations adaptées.

b. Le respect des règles d'hygiène.

Il faut porter des gants protecteurs vinyles, ne jamais remettre le capuchon d'une aiguille mais la jeter dans une poubelle appropriée ; bien se laver les mains en cours d'intervention notamment quand les gants se sont déchirés ; en fin d'intervention se laver les mains au savon puis désinfecter à l'alcool. Il faut se vêtir d'une tenue opérationnelle de protection facile à laver et à désinfecter.

Le nettoyage et la décontamination des VSAB doivent se réaliser suivant des protocoles usuels dont l'application doit être vérifiée par le médecin ou l'infirmier du centre de secours. Le transport de patients porteurs de germes, virus ou champignons peut entraîner des infections graves et particulièrement chez la femme enceinte, l'immuno-déprimé, le sujet âgé... Chaque centre de secours doté de VSAB doit être équipé d'un local réservé à l'entretien des véhicules et des matériels.

3.1.2. La prévention contre les agressions thermiques :

Des statistiques révèlent que les sapeurs-pompiers sont soumis à des agressions thermiques dans 4% des cas. Des études dans l'armée française ont montré que l'élévation de 1,5 °C de la température centrale entraîne une sensation d'inconfort ; une élévation de 2,5 °C entraîne une incapacité de 50 % ; et une température de 41°C induit une incapacité de 100 % .

Les sapeurs-pompiers s'exposent à un risque de coup de chaleur, survenant lors d'un effort physique intense en ambiance chaude et humide et d'autant plus qu'ils portent des vêtements imperméables.

Le coup de chaleur se manifeste par des signes neurologiques pouvant aller jusqu'au coma ; une température centrale supérieure à 40 °C entraîne un arrêt fréquent de la sudation. Il est donc très important de faire le diagnostic le plus rapidement possible.

Avant la phase de coup de chaleur, des signes d'alarme peuvent être détectés tels que les crampes, l'épuisement voire la syncope de chaleur. Par ailleurs, il est indispensable que les pertes hydriques par sudation soient compensées par des apports hydriques suffisants afin d'éviter une déshydratation.

Les sapeurs-pompiers peuvent s'exposer directement à la source de chaleur (rayonnement électromagnétique, flamme, gaz portés à haute température, courant électrique...).

Les lésions cutané-muqueuses ne sont pas rares et en particulier respiratoires. En cas d'explosion , le tableau clinique peut s'accompagner de lésions mécaniques dues aux blasts et à la projection d'éléments solides ou du sujet lui-même sur un obstacle.

Le médecin sapeur-pompier intervient en tant que conseiller technique en insistant sur les règles de prévention.

Pour se protéger de ces contraintes thermiques, un mécanisme physiologique permet l'échange de chaleur entre l'organisme et le milieu ambiant. Cette protection physiologique comporte la conduction, la convection, le rayonnement, et l'évaporation.

Des moyens de protection indirecte que sont les vêtements de protection, sont mis à disposition des sapeurs-pompiers et qui seront adaptés selon la source de chaleur.

Le médecin se doit donc de s'assurer que tout sapeur-pompier opérationnel ne présente aucune affection cardio-vasculaire, respiratoire, cutanée restreignant la sudation, métabolique, et avoir un entraînement physique suffisant. Il doit veiller à l'entraînement du personnel , à la compensation des pertes hydriques lors des interventions, au respect des règles d'hygiène et à la qualité des équipements.

3.1.2. La prévention contre les agressions mécaniques :

- En relation avec les gestes et les postures :

Les sapeurs-pompiers sont souvent confrontés à la manutention ; ils s'exposent à des risques de lombalgies, de dorsalgies, de cervicalgies...

Ceci incrimine une mauvaise préparation du personnel aux techniques de relevage et de brancardage des victimes, une mauvaise adaptation des équipements individuels (qualité des chaussures, poids des vêtements, moyens de protection) et équipements collectifs ...

A noter que l'architecture des lieux d'intervention peut également influencer ces pathologies. En matière de prévention, il faut enseigner des techniques d'économie du dos, améliorer les équipements individuels et collectifs, utiliser des techniques posturales lors des interventions, et bien sûr insister sur une sélection rigoureuse à l'embauche et procéder à un suivi médical du personnel.

- La prévention contre les accidents traumatiques :

Ces accidents peuvent être dûs aux chutes, aux accidents de la voie publique, au transport ou la manipulation d'objets, aux matières explosives, aux accidents en atmosphère hyperbare. Ils sont responsables des lésions du squelette (entorses, fractures, luxations), des lésions vasculaires et nerveuses, des lésions oculaires, le barotraumatisme, poly-traumatisme, des effets de blast... Là encore, la prévention, la formation, et la protection du personnel sont de rigueur.

3.1.3. La prévention contre les pathologies cardio-vasculaires :

Elles constituent la deuxième cause de décès après les accidents de la voie publique chez les sapeurs-pompiers. Des statistiques portant sur les dix dernières années montrent 62 décès d'origine cardio-vasculaire sur un total de 206 décès en service commandé. En effet, ces hommes sont soumis à un stress permanent et aggravé par des facteurs de risque tels que la surcharge pondérale, le tabagisme, l'alcoolisme et la charge de travail au cours de certaines missions.

Des troubles du rythme sont rencontrés et souvent liés à une anomalie préexistante passée inaperçue. L'ischémie aiguë peut se voir et parfois être favorisée par une intoxication au CO. La mort subite du sujet jeune due à une cardiopathie ou à une maladie coronarienne, nous oblige à rester vigilant à la visite d'aptitude. Des cas d'embolies pulmonaires ont également été constatés, de même que des hémorragies cérébrales par poussée hypertensive lors des efforts violents.

La prévention doit porter sur l'importance de la visite médicale d'aptitude ; aussi faut-il discuter de la place qu'occupent l'ECG et les épreuves d'effort afin de pouvoir dépister une éventuelle pathologie cardio-vasculaire évolutive chez nos sapeurs-pompiers. Le médecin sapeur-pompier en collaboration avec les infirmiers sapeurs-pompiers doivent effectuer des campagnes de prévention contre le tabagisme et l'alcoolisme.

Enfin, la formation et la dotation des sapeurs-pompiers de défibrillateurs semi-automatiques semblent être deux facteurs essentiels pour assurer la protection du personnel opérationnel.

3.1.4. La prévention contre les agressions chimiques :

a) Les intoxications :

- Par inhalations de gaz et fumées :

Cela représente à peu près 5 % des accidents de travail chez les sapeurs-pompiers. Le gaz le plus souvent rencontré est le monoxyde d'azote lors des incendies ou lors des interventions pour des victimes de malaises. L'inhalation de fumées toxiques peut déclencher un bronchospasme d'où l'intérêt du dépistage des antécédents d'asthme ou de pathologies pulmonaires pré-existantes. Pour se protéger de ces accidents, nous disposons de l'appareil respiratoire isolant ou ARI qui hélas présente des conséquences physiologiques lors du port.

Le sapeur-pompier doit avoir une parfaite connaissance de son matériel et de ses contraintes ; il doit s'acquérir d'une parfaite maîtrise grâce aux entraînements.

- Par pénétration cutanée de produits chimiques industriels :

C'est une voie classique de pénétration dans l'organisme ; la prévention repose essentiellement sur des mesures de protection cutanée par le port de gants, de cagoules, et de vêtements de protection adaptés à la substance concernée.

b) Les brûlures.

Il peut s'agir de brûlures chimiques classées de la manière suivante :

- Brûlures du revêtement cutané.
- Brûlures des voies aériennes supérieures.
- Brûlures oculaires.

Elles peuvent être associées à d'autres pathologies conséquentes des explosions (blast ...), ou des incendies (brûlures thermiques, inhalation de gaz de fumées).

La protection repose sur le port des vêtements adaptés, le médecin doit s'assurer de la bonne application des règles de sécurité.

3.1.5. La prévention contre les agressions électriques :

Le sapeur-pompier s'expose à des risques électriques lors des missions de secours et de sauvetage.

Ces risques se rencontrent pour les secours aux électrisés ou aux électrocutés, lors des incendies de maison ou d'entreprise, des dégâts des eaux, des interventions près des lignes de haute tension.

Le courant électrique modifie l'activité électrique cellulaire en inhibant le système nerveux, pouvant entraîner ainsi un arrêt respiratoire, un arrêt circulatoire par fibrillation ventriculaire, une asphyxie par contractures musculaires. Il peut entraîner aussi des brûlures graves.

Pour prévenir ces accidents il faut respecter quelques règles de prudence :

- Savoir tenir compte des caractéristiques de la source électrique.
- Tenir compte de la résistance cutanée (humidité ambiante, sécrétion sudorale).
- Tenir compte de la présence de matériaux conducteurs à l'intérieur de l'organisme (pacemaker).
- Et enfin tenir compte de la tenue vestimentaire (vêtements épais, peu conducteurs, semelles isolantes).

3.1.6. La prévention contre les agressions animales :

- L'exposition aux morsures ou griffures.

Cela s'observe lors des opérations de capture d'un animal blessé, bloqué à dégager, ou en fuite.

Le risque majeur concerne surtout la rage, mais peuvent se voir également la leptospirose ainsi que la toxoplasmose. Lors de ce type d'accident, il faudra prévenir le vétérinaire ce qui justifie sa place au sein du corps des sapeurs-pompiers.

- L'envenimation.

Elle est souvent due à la morsure de serpent et notamment lors des incendies de forêts ou dans les régions d'endémie. Il faut équiper les sapeurs-pompiers de kit sanitaire comprenant

antiseptiques , antalgiques ; le sérum anti-vipérien et l'héparinothérapie ne peuvent être administrés qu'en présence du médecin sapeur-pompier.

Une bonne tenue vestimentaire reste la meilleure prévention.

- Les piqûres d'insectes.

La destruction de nids d'hyménoptères est une des missions fréquentes des sapeurs-pompier. Ces piqûres peuvent être responsables d'accidents allergiques graves et notamment de choc anaphylactique ou d'oedèmes de Quincke.

La prévention repose sur le respect des règles opérationnelles, le port d'équipements de protection, la dotation éventuelle d'Anakit . Il est nécessaire de proposer au sujet allergique une désensibilisation et de prendre des mesures d'éviction d'allergènes dans la mesure du possible.

3.1.7. La prévention pour les équipes spécialisées.

a) Les équipes de plongeurs.

En dehors du barotraumatisme, les plongeurs peuvent présenter des accidents biochimiques tels que l'hyperoxie (effet neurotoxique lors des plongées en oxygène pur), la narcose à l'azote survenant aux profondeurs de 40 à 70 mètres, l'intoxication au gaz carbonique ou aux gaz polluants lors du gonflage des bouteilles d'air.

Ils peuvent présenter des accidents biophysiques par la décompression qui est consécutive à la dilution des gaz dans les tissus de l'organisme, ainsi qu'à la formation de bulles d'azote.

La décompression se traduit par une asthénie importante, une réaction cutanée, des douleurs ostéo-articulaires et musculaires ; on peut observer des accidents médullaires (paraplégie, tétraplégie...), des accidents cérébraux...

Il peut se produire dans certains cas une surpression pulmonaire lorsque l'air reste emprisonné dans les alvéoles (l'air inspiré est dilaté lorsque la pression diminue pendant la remontée).

Il faut craindre aussi les risques d'hypothermie car pendant l'immersion la déperdition calorique est toujours supérieure à la production de chaleur malgré l'augmentation du métabolisme d'où ce risque d'accident.

Pour se protéger il leur faut donc des vêtements isolants , une diététique adaptée, et des mesures d'hygiène habituelles.

Et enfin, ils sont exposés à des risques de noyade.

La prévention repose sur l'encadrement des missions, l'entraînement, et encore une fois insistons sur la rigueur du contrôle médical.

b) Les équipes CMIC.

La prévention repose sur le port de tenues de protection appropriées

c) Les équipes CMIR.

Ces hommes sont exposés à des rayonnements à distance de l'organisme ou bien soumis à des substances radio-actives par des sources non scellées incorporant l'organisme par inhalation, ingestion , voie transcutanée ou par voie directe (plaie , brûlure...).

En matière de prévention, le médecin sapeur-pompier doit veiller à la surveillance médicale, mais aussi à la surveillance de l'exposition individuelle. L'encadrement, la formation, et l'entraînement des sapeurs-pompier, ainsi que l'entretien du matériel complètent cette prévention.

3.1.8. La prévention contre les agressions psychologiques.

Les agressions psychologiques méritent une certaine attention ; les sapeurs-pompiers sont fréquemment confrontés à des situations difficiles responsables d'un déséquilibre psychologique ayant des conséquences sur leurs activités opérationnelles.

a) Le stress et le psycho-traumatisme.

Les sapeurs-pompiers exercent un métier à risque, et sont soumis à un stress permanent considéré comme un risque professionnel. Le stress est un mot anglais qui définissait à l'origine un phénomène de contrainte, de tension provenant d'une force s'exerçant sur un corps physique. En 1936, SELYE met en évidence que face à une agression, l'organisme réagit par une réaction générale d'adaptation mettant en oeuvre une réponse biologique neuro-endocrine complexe.

Actuellement le stress se définit de la manière suivante : « *C'est la réponse inévitable d'un organisme en recherche d'adaptation aux sollicitations de l'environnement* ».

En effet, tout sapeur-pompier se trouve confronté et notamment lors des missions exceptionnelles à un stress environnemental. Nul n'est infaillible ! Les sapeurs-pompiers sont avant tout des êtres humains ; comme les victimes les sauveteurs peuvent être saisis par des surprises, envahis par un flot émotionnel.

Le médecin sapeur-pompier doit prendre conscience des impacts psychologiques de certains événements et se doit de rester attentif et toujours en alerte afin de préparer la prise en charge des hommes en détresse psychologique.

Il existe des agents du stress qui sont les suivants :

- Le stress subjectif, qui correspond à une projection mentale dans une situation de l'avenir que nous craignons ou qui s'avère désagréable.
- Des sources de tension professionnelle (Responsabilité excessive, surcharge de travail, différences de performances physiques et psychiques entre collègues, conflits vécus dans le travail...).
- Il existe des sources de stress communs à tout le monde (grandes agglomérations, pollution, médias, téléphone, difficultés relationnelles, divorces...).
- Les causes exceptionnelles (confinement, isolement, catastrophes naturelles, industrielles, humaines, guerre...).

b) Le cas particulier des sapeurs-pompiers.

3 phases d'activités spécifiques sont distinguées :

- **La phase pré-opérationnelle**, qui démarre dès le début de l'alerte jusqu'au lieu d'intervention. Le stress est lié en fait au signal sonore qui peut se déclencher à tout moment, mais aussi le niveau d'incertitude car les sapeurs-pompiers ne savent généralement pas ce qui les attendent quand l'alarme sonne.
- **La phase opérationnelle**, sur les lieux d'intervention qui dépend de plusieurs facteurs (de l'âge du sapeur-pompier, de son expérience, du profil psychologique, de la confiance envers le supérieur, des relations entre collègues, la nuit étant plus stressante que le jour...).
- **La phase post-opérationnelle** qui est la phase d'extériorisation ; des manifestations comportementales peuvent apparaître tels que les pleurs, des rires, l'agressivité surtout dans les suites immédiates. Plus tardivement, nous pouvons voir une diminution des contacts sociaux, une peur exagérée dans des situations banales, des modifications du cycle veille et sommeil.

Nous avons recueilli le témoignage d'un médecin-chef professionnel qui raconte à propos d'une expérience vécue : « *Un jour, on avait reçu un coup de téléphone de la part d'un homme qui menaçait de donner fin à sa vie en mettant le feu à son appartement ; j'avais alors décidé d'envoyer mes hommes sur place. En arrivant à son domicile, ils découvrirent l'épouse de l'homme en question, allongée par terre sur une marre de sang le cou tranché par un couteau ; mais le plus affreux c'est qu'ils avaient aussi découvert le corps d'un nourrisson de trois mois mort brûlé vif et à côté se trouvait cet homme, qui lui n'était pas mort, mais présentait des brûlures graves n'ayant pas mis sa vie en danger. Depuis, un de mes hommes a beaucoup souffert de cette terrible tragédie. Il présentait quelques jours après cet incident des comportements très bizarres ; par exemple tous les jours il allait faire des pointes de 200 à 240 KM/H avec sa moto jusqu'au jour où il finit par extérioriser son angoisse verbalement* ».

Ce témoignage montre les impacts psychologiques que peuvent subir les sapeurs-pompiers lors des interventions.

Certains parlent du « **psycho-traumatisme opérationnel** » qui est la conséquence d'un vécu traumatique lors de certaines missions.

Le stress n'est en fait qu'une réaction de défense de l'organisme contre une agression extérieure. Il a été décrit des troubles névrotiques dû à une exposition environnementale majeure gravissime. L'individu revit des épisodes récurrents de l'événement traumatique, c'est ce que l'on appelle « **l'état de stress post-traumatique ou PTSD** (post traumatique stress disorder) », bien connu depuis longtemps par des études faites sur les vétérans de la guerre du Vietnam. Tous ne présenteront pas un syndrome de stress post-traumatique ; il existe des facteurs déclenchant qui sont :

-Le caractère inattendu du stress, la soudaineté, comme les grands incendies, les explosions, les attentats, les catastrophes ferroviaires et aériennes, les désastres naturels (tremblements de terre, inondations), un grand nombre de victimes, des destructions matérielles importantes, une désorganisation sociale.

-Des scènes brutales sanglantes, l'accumulation de cadavres, la souffrance des blessés. Pour les sapeurs-pompiers, il s'agit des accidents de la voie publique graves impliquant des enfants notamment, des actes terroristes...

Les symptômes sont à type de cauchemars reproduisant les événements stressants avec l'impression de les revivre. L'expérience traumatique s'accompagne d'un fond d'anxiété chronique, d'hypervigilance, troubles du sommeil, difficultés de concentration, irritabilité ; il peut se voir des réactions phobiques face à des situations qui rappellent le vécu traumatique. Dans le cadre de l'évaluation d'un patient suspect d'état de stress post-traumatique, il faut faire un examen neurologique soigneux afin d'éliminer une cause organique associée. Ces troubles peuvent survenir quelques jours voire quelques semaines après l'exposition à l'événement traumatique.

Le péril psychologique exige des mesures d'urgence afin de prévenir de la somatisation, de la baisse des performances, de la perte du contrôle émotionnel, d'une moindre efficacité, une mise en insécurité, une dévalorisation individuelle et du groupe, d'un déséquilibre personnel et relationnel...

Le stress fait parti de la vie, son étiologie est multiple mais son expression finale est fonction de chaque individu ; c'est un moyen de se protéger, de se défendre, de s'adapter et de réagir à un événement, de se motiver ou de se surpasser.

Remarque :

Dans les quartiers à risques, il existe un climat d'insécurité. Les sapeurs-pompiers intervenant sur ces lieux sont de plus en plus souvent victimes malheureusement d'injures, mais également de coups et blessures diverses. Il en découle alors une appréhension de ces quartiers qui peut devenir néfaste sur leur travail, et diminuer ainsi la qualité des actions menées. La peur de ces quartiers difficiles peut induire un refus d'intervention et aboutir à de graves conséquences en matière de responsabilité.

Ainsi dans ces zones urbaines où existe l'insécurité, des moyens doivent être mis en œuvre pour protéger les sapeurs-pompiers de ces atteintes psychologiques. Ces moyens permettront de déceler le comportement anormal de chaque intervenant.

c) Le Burn-out:

Il s'agit d'un état d'épuisement physiologique et psychologique dû à l'exposition quotidienne à des agressions.

Il résulte en fait de la difficulté de gérer et de faire face à un stress à long terme. Le burn-out s'oppose au stress traumatique qui est dû à une seule agression violente et soudaine.

Sur le plan clinique, le burn-out s'accompagne de manifestations suivantes :

-Les manifestations psychologiques : insatisfaction, irritabilité, rigidité, anxiété, dépression, désintérets...

-Les manifestations psychosomatiques : ulcère, migraine, lombalgie, fatigue, insomnie...

-Les comportements additifs : abus d'alcool, drogue, médicament, prise de poids ...

-Les troubles relationnels : isolement, problèmes conjugaux et familiaux...

-Les problèmes d'ordre professionnels : absentéisme, mouvement de personnel,...

Un lien est certain entre le PTSD et le burn-out ; car l'individu qui présente un burn-out, devient sensible aux effets d'un incident critique.

d) Les mesures préventives :

- Sur le plan professionnel :

-Il est nécessaire aux sapeurs-pompiers d'avoir un entraînement physique fréquent, de faire des exercices de simulation de catastrophe, de plan rouge qui permettent d'améliorer l'endurance, la résistance, la pratique des connaissances sur les techniques d'interventions, la cohésion entre collègues.

-Il semble très utile d'insister lors des formations, sur les réactions névrotiques, psychotiques, émotives qu'eux-mêmes et les victimes peuvent ressentir.

- L'écoute attentionnée et empathique de groupe ou le débriefing signifiant « *retour d'expérience* » (bilan psychologique des missions), où selon les casernes les différentes équipes pourraient être entendues par un binôme composé de l'officier de garde et du médecin du corps. Tous les problèmes rencontrés par les intervenants sont abordés, et ceci permet de déceler les tensions latentes et de calmer les esprits.

Débriefing : *Terme militaire qui désigne le compte rendu que donne le subordonné de sa mission, et le bilan qu'en tire son supérieur.*

Par extension en psychologie, il est utilisé pour décrire un récit détaillé (un vécu subjectif de la situation) effectué au retour de la mission et des réflexions qui en découlent.

Ses objectifs :

- Maîtriser le récit de chacun sur l'expérience émotionnelle non dite.

- Prise de conscience par chacun en entendant les autres de ces réactions.

- La mise à plat des tensions et des conflits de groupes lors des interventions (discussions, commentaires, résolution).
- La réduction du sentiment d'échec ou d'insatisfaction qui suit la plupart des actions.
- Assignation au point final de la mission.
- Repérage par les médecins des sujets particulièrement éprouvés pour une psychothérapie individuelle.

- Sur le plan non professionnel :

- Il faut conseiller aux sapeurs-pompiers d'avoir une bonne hygiène de vie, c'est-à-dire pratiquer une activité physique régulière, avoir une alimentation adaptée aux besoins, diminuer la consommation d'alcool, de tabac et de psychotropes.
- Nous pouvons également conseiller des activités de loisir, permettant la détente tout en tenant compte des contraintes familiales, et professionnelles.
- Le soutien par l'entourage, et notamment le soutien affectif de la famille. Ce soutien peut également se faire par l'intermédiaire de personnes avec lesquelles ils peuvent partager les problèmes affectifs tout en restant compréhensif.

En conclusion :

La démarche préventive repose sur des actes d'écoutes et la prise en compte des difficultés rencontrés. Le médecin sapeur-pompier doit être le confident, car la souffrance psychologique est la conséquence d'une rupture de communication. La hiérarchie est un élément majeur, car elle permet aux sapeurs-pompiers de se confier à leur chef qui lui-même a la capacité de compréhension et d'accession à la souffrance psychologique de ses hommes, et dont il en a la responsabilité.

Le centre de secours doit être un lieu de la parole, d'écoute, de compréhension, d'échanges de sentiments en respectant la personnalité de chacun. Il est souvent difficile de faire accepter au personnel cette notion de stress ou de psycho-traumatisme, qui constituent un signe de faiblesse ou d'incompétence. Daudet disait : « *Où serait le mérite, si les héros n'avaient jamais peur ?* ».

La prévention du stress, c'est essentiellement appréhender le sapeur-pompier en interaction avec son milieu, afin d'apprécier son enthousiasme et son équilibre ou ses doutes, sa désadaptation ou sa détresse.

Dans l'avenir, faut-il proposer à nos sapeurs-pompiers volontaires et professionnels une formation psychologique spécifique ?

Au niveau professionnel, des projets concernant la création de cellules de crises psychologiques se mettent en place petit à petit, animées par des médecins, psychologues et infirmiers ayant une formation adéquate.

Ces projets devraient dans l'avenir s'étendre au niveau départemental ; des experts et notamment des psychologues seront nommés et qui auront pour objectif le suivi des détresses psychologiques des sapeurs-pompiers.

3.2. Le médecin et l'hygiène.

En fait plusieurs organismes sont chargés de veiller à l'hygiène des sapeurs-pompiers, pour les professionnels uniquement.

- **Le comité technique paritaire (CTP).**

Il est chargé d'analyser les risques professionnels et de proposer des mesures en matière d'hygiène et de sécurité.

- Le comité d'hygiène et de sécurité (CHS).

Il analyse les risques professionnels et un rapport sera transmis au centre régional de gestion ; il fait une enquête lors des accidents de services ou lors de maladie professionnelle et peut être assisté par un médecin de la médecine préventive et professionnelle.

Par ailleurs, il propose des règles d'hygiène et de sécurité.

-La médecine professionnelle et préventive.

Les collectivités et établissements visés à l'article 1^{er} du décret du 10 juin 1985 disposent d'un service de médecine professionnelle et préventive.

Elle a pour missions de veiller à l'hygiène des locaux , à protéger les agents contre l'ensemble des nuisances et des risques d'accidents de service ou de maladie professionnelle. Le service est prévenu par l'autorité territoriale de chaque accident en service et de chaque maladie professionnelle.

- Le service de santé et de secours médical.

Le décret du 26 décembre 1997 article 24 lui donne pour mission, l'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers professionnels et la médecine d'aptitude des sapeurs-pompiers volontaires , et le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité en collaboration auprès du CHS.

Il faut savoir que l'ensemble de ces possibilités en matière d'hygiène et de sécurité ne s'applique qu'aux professionnels ; en ce qui concerne les volontaires seul le SSSM intervient dans ce cadre.

Le médecin sapeur-pompier doit veiller à l'hygiène des sapeurs-pompiers et notamment pendant les missions de longues durées.

Il doit veiller au respect de certaines règles d'hygiène corporelle simples afin d'éviter des mycoses ; lors des interventions le médecin veille au repos régulier du personnel ainsi qu'à la relève.

Un responsable de l'entretien des véhicules et du matériel doit être désigné dans chaque CS. En collaboration avec le pharmacien et l'infirmier sapeurs-pompiers, le médecin doit établir un protocole de ménage et de désinfection avec des consignes précises et un mode d'utilisation des produits détergents et désinfectants.

Voici un protocole d'hygiène des VSAB :

- Nettoyage minutieux avec le détergent.
- Décontamination par pulvérisation ou lavage.
- Distribution de savon liquide automatique avec essuie-mains à usage unique.
- Conteneur de grande capacité pour le recueil des seringues et des aiguilles.
- Changement régulier de la réserve d'eau pour le lavabo.
- Pas d'humidificateur d'O₂ avec réserve d'eau car risque de pollution.
- Poubelles et matériels à usage unique.
- Nettoyage et trempage avec désinfectant des matériels à usage multiple tels que les insufflateurs manuels, les masques, les canules...
- Changement régulier du matériel plastique d'oxygénothérapie.
- Présence de flacons d'eau propre pour rincer les tuyaux d'aspiration de sécrétion, flacons à usage unique.

4. L'enseignement du secourisme.

L'enseignement des sapeurs-pompiers fait partie des missions du médecin sapeur-pompier. Celui-ci porte sur le secourisme essentiellement dont nous verrons les différents niveaux, mais aussi sur les règles de sécurité, de prévention et d'hygiène. L'enseignement porte également sur tout ce qui concerne les risques naturels, technologiques, chimiques et radiologiques. Participent à l'enseignement tous les membres du service de santé et de secours médical, c'est-à-dire les pharmaciens, infirmiers et vétérinaires dans les possibilités de leurs compétences. Le médecin-chef départemental doit veiller au bon déroulement de l'enseignement dans chaque centre de secours.

Par le décret du 30 août 1991, l'enseignement du secourisme présente deux niveaux de formation distincts :

- L'AFPS, attestation de formation aux premiers secours, ouvert au grand public.
- Le CFAPSE, certificat de formation aux activités de premiers secours en équipe, destiné aux équipiers intervenant dans le cadre d'un secours public.

Le contenu de l'enseignement est développé dans les fiches pédagogiques et techniques éditées par le ministère de l'intérieur chez France-Sélection ; ces fiches restent la seule référence officielle.

4.1. L'AFPS.

Les différentes sessions regroupent 10 à 12 élèves avec un moniteur qui assure l'ensemble de la formation des 10 modules. Il n'y a pas d'âge minimum pour les candidats, et se déroule sous la responsabilité de l'organisme formateur qui délivre l'attestation. Le moniteur procède à une évaluation par un contrôle continu des élèves.

Les feuilles de validation de chaque élève seront conservées en archive. L'attestation finale doit respecter des critères définis par les textes et doit être signée par le formateur.

La pédagogie fait appel à des méthodes actives et interactives. Chaque module comporte 5 phases :

- Les prises en main des élèves par le moniteur qui consistent à faire un rappel du module précédent.
- L'illustration du module par le moniteur qui consiste à une mise en situation d'accident simulé.
- Démonstration par le moniteur, sur la conduite à tenir face à la situation illustrée. Le moniteur met en évidence les points clés de la technique pour faciliter la mémorisation.
- L'apprentissage de la technique par les élèves qui s'entraînent par groupe de deux.
- Et enfin la mise en situation des élèves par des cas concrets, dont le concept est récent et qui permet de mettre les élèves dans une situation la plus réelle possible.

Ces cas concrets sont préparés par les moniteurs, et doivent comporter chacun une grille d'évaluation adaptée au lieu et à la circonstance. Il est impératif que les élèves jouent entre eux, afin d'en apprécier la faisabilité et la crédibilité.

4.2. Le CFAPSE.

Après l'obtention de l'AFPS ou du BNPS (Brevet National Premier Secours) qui à terme devrait disparaître, les sapeurs-pompiers doivent poursuivre leur cursus de sauveteur et se

préparer au CFAPSE pour être admis au sein d'une équipe structurée, hiérarchisée, dotée de matériel adapté et participant à des secours organisés sous le contrôle des autorités publiques. L'enseignement est obligatoire aux sapeurs-pompiers, et organisé dans le cadre de la DDSIS. Chaque session comporte 12 élèves maximum, 2 moniteurs titulaires du CFAPSE, et dirigé par un médecin qui assure un rôle identique à l'AFPS c'est-à-dire de conseiller les moniteurs, de contrôler les gestes enseignés, et de vérifier la conformité de l'enseignement aux programmes et aux orientations pédagogiques.

Le programme comporte 10 modules « équipe », les principes pédagogiques sont les mêmes que l'AFPS, l'attention est portée sur les démonstrations car il existe de nombreuses techniques. Un certain nombre de modules sont enseignés à l'occasion de manœuvres sur le terrain. Les élèves sont évalués sur les cas concrets réalisés en équipe qui comportent chacun une grille d'évaluation. Il existe un examen en fin d'enseignement, dont le jury est présidé par le préfet ou son représentant, un médecin et de moniteurs titulaires du CFAPSE.

L'examen comporte une épreuve individuelle où le sujet doit faire face à au moins 2 mises en situation ; il est jugé sur le choix du matériel et de la technique, le montage, la vérification, et le temps de réalisation. L'examen comporte également une épreuve collective qui porte sur l'aptitude de chaque candidat à travailler dans une équipe. L'évaluation porte sur la prévention du sur-accident, le bilan et sa transmission, l'utilisation correcte du matériel, la réalisation technique, la détection de l'aggravation par la surveillance.

Le candidat reçu au CFAPSE, peut participer aux équipes de secours pour 3 ans.

A la fin de ce délai, l'équipier doit suivre un recyclage avec un contrôle des connaissances qui sera peut-être remplacé dans l'avenir par un contrôle continu.

Concernant les cas concrets, il s'agit d'une nouvelle méthode pédagogique qui consiste à *« conduire un participant à manifester un comportement réfléchi et efficace devant une situation la plus proche possible du réel, avec des gestes techniquement satisfaisants »*.

Les cas concrets sont réalisés par une équipe pédagogique comprenant des moniteurs, un médecin et un instructeur. Schématiquement, la pédagogie du cas concret prévoit 4 phases qui sont la conception, la préparation, la réalisation et l'évaluation.

4.3. Le monitorat national des premiers secours.

Il s'agit de la formation des moniteurs de premiers secours.

La formation est assurée par des organismes publics habilités et les associations agréées ; la formation est dirigée par un médecin. Tout candidat admis à l'examen reçoit un diplôme.

Cette formation a pour objectif de faire acquérir des compétences techniques, pédagogiques nécessaires à l'enseignement des premiers secours.

L'âge minimum est de 18 ans, titulaire du BNPS ou ayant participé à une session de l'AFPS en qualité d'aide moniteur. A l'issue de la formation, le sujet doit être apte à réaliser une démonstration en temps réel puis à la commenter ; assurer l'apprentissage des gestes, élaborer et mettre en scène des cas concrets, utiliser des aides pédagogiques, procéder à l'évaluation des auditeurs des enseignements des premiers secours.

Le jury d'examen est présidé par le préfet ou son représentant, et comporte au moins un médecin et 2 formateurs habituels de moniteurs.

Le recyclage se déroule tous les trois ans, mais un projet prévoit de le remplacer par un contrôle continu par l'organisme qui emploie le moniteur.

4.4. Le CFAPSR.

Il s'agit du Certificat de Formation aux Activités de Secours Routier. Il ne s'adresse pas seulement aux sapeurs-pompiers et peut être accessible à tous les organismes formateurs qui le souhaitent.

Ce certificat sanctionne la connaissance des aspects particuliers en matière d'accident de la route et à l'acquisition des techniques spécifiques de la prise en charge des victimes de ces accidents. Encore une fois l'équipe pédagogique comporte 2 moniteurs et reste sous la direction du médecin.

Le programme comporte 10 modules ; les principes pédagogiques sont les mêmes que pour l'AFPS et le CFAPSE. La formation doit comprendre également des cas concrets accompagnés chacun de grilles d'évaluation.

Il y a un examen en fin d'enseignement ; les candidats qui s'y présentent doivent être titulaire du CFAPSE et être âgés de 18 ans au moins. Le jury comporte le préfet ou son représentant, au moins un médecin et deux moniteurs.

L'examen comporte 2 épreuves pratiques ; l'épreuve individuelle permet de juger le candidat sur sa capacité à prendre en compte une situation de secours routier concernant l'abord d'une victime, le bilan et la mise en œuvre de techniques adaptées.

Par ailleurs le sujet est jugé lors d'une épreuve collective comprenant 5 acteurs sur la capacité d'utilisation des techniques de désincarcération, de faire le bilan suivi des transmissions, d'abord de la victime et son dégagement, et enfin la capacité d'effectuer les gestes de premiers secours.

Un comportement conduisant à l'aggravation de l'état de la victime, nuisant l'action collective et qui met en danger la sécurité de la victime doit entraîner l'ajournement du candidat.

Le recyclage se réalise également tous les 3 ans.

Parmi toutes ces formations, le rôle du médecin est principalement un rôle de surveillance du bon déroulement, afin d'éviter les dérives ; seuls les moniteurs assurent la formation. Le médecin intervient en tant que conseiller technique auprès des moniteurs et participe aux jurys d'examens. En pratique il ne s'implique qu'à partir du CFAPSE.

5. Le soutien sanitaire.

Le soutien sanitaire et la dispense des soins d'urgences aux sapeurs-pompiers constituent l'un des rôles le plus important confiés aux médecins sapeurs-pompiers. Il s'agit d'une des missions spécifiques du SSSM définis par l'article 24 du décret de 1997 qui consiste à maintenir en bon état la santé physique et morale des sapeurs-pompiers afin qu'ils soient opérationnels lors des interventions.

Les sapeurs-pompiers s'exposent à des risques professionnels. En voici les principaux :

5.1. Les psycho-traumatismes opérationnels.

La gestion du stress doit occuper une place importante parmi les missions du médecin sapeur-pompier. De nombreuses questions sont posées ; pourquoi y-a-t-il de plus en plus de maladies cardio-vasculaires, de taux d'absentéisme, de tabagisme, d'alcoolisme, de suicide, de divorces, de violences conjugales chez les sapeurs-pompiers ?

Le traumatisme psychique est-t-il la cause à tous ces problèmes ?

Malgré la devise « *sauver ou périr* », les sapeurs-pompiers sont avant tout des hommes qui encaissent plus ou moins bien les événements difficiles et notamment en rapport avec les victimes (enfant blessé, carbonisé, déchiqueté, collègues blessés...). Il ne leur est pas toujours évident de verbaliser tous ces événements mal vécus, et donc ceux là finissent par s'accumuler !

5.2. Les risques traumatiques.

Ils sont exposés à un environnement hostile (incendies, explosions, chute d'objets, coupures, brûlures, projectiles...). Le SSSM doit s'assurer à ce que le COS prenne des mesures préventives tels que l'habillement, les protections vestimentaires, ARI...

5.3. Les malaises.

Ces malaises peuvent être du à la déshydratation, aux contraintes thermiques. Il faut donc s'assurer de la mise au repos et de la bonne réhydratation régulière. L'épuisement doit être prévenu par la gestion des relèves, ainsi que d'une bonne alimentation.

Le médecin intervient en tant que conseiller technique et médical et notamment dans le cadre des incendies importants, des accidents chimiques et radiologiques, de la plongée subaquatique, des opérations de sauvetage et déblaiement.

Il est de son ressort, assisté d'un infirmier, d'assurer les soins aux sapeurs-pompiers blessés aux cours des interventions.

Le soutien sanitaire porte également sur le respect des règles d'hygiène et des règles de sécurité lors des interventions particulièrement de longue durée.

Pour mieux comprendre le rôle de soutien sanitaire du médecin sapeur-pompier, nous allons prendre un exemple d'intervention classique et notamment un incendie de grande importance.

La lutte contre les incendies a toujours fait parti des interventions classiques, ce qui a donné ses lettres de noblesse à la profession de sapeur-pompier. Mais il faut savoir que les incendies représentent seulement 10 % de l'ensemble des interventions.

Des statistiques récentes révèlent que les agressions thermiques représentent environ 4 % des causes d'accident de travail chez les sapeurs-pompiers ; 30 % dûs aux chutes sur les lieux d'interventions, environ 10 % dûs à la manipulation de matériaux.

Nous avons choisi pour exemple, l'incendie du « Parlement de Rennes », palais du parlement de Bretagne, un haut lieu de l'histoire bretonne qui dresse sa silhouette majestueuse.

« L'incident s'était produit dans la nuit du 4 au 5 février 1994 ; à 0H 29 un appel parvient au CTA , suivi d'une dizaine d'autres « le parlement est en feu ! ».

Le premier départ avait été composé de 2 FPT (fourgon pompe tonne) et d'une EPA (échelle pivotante automatique) précédés du véhicule du chef de garde. Devant l'ampleur de l'incendie qui se propage très rapidement sous un vent fort d'ouest , le chef de garde demande aussitôt l'envoi de renforts importants. La longue nuit du parlement ne faisait que commencer... ».

Au total : 150 sapeurs-pompiers, 15 GL (grosse lance), 6 PL (petite lance), 6 EPA, 6 EPSA (échelle pivotante semi-automatique), 2 BEA (bras élévateur articulé), 3 CD (camion dévidoir) et 3 MPR (moto-pompe remorquable), 1 PCM (poste de commandement mobile), 1 cellule logistique, 1 cellule éclairage, 1 VRM, 1 VL (véhicule de liaison), 4 VSAB.

L'intervention avait duré de 0 h 29 jusqu'à 14 h 05 du moins pour l'extinction du feu, puisqu'il fallait ensuite dégager les œuvres d'art.

Tout ceci pour montrer l'importance de certains incendies mettant en jeu un grand dispositif, et demandant une bonne condition physique des sapeurs-pompiers.

Quelle place occupe le médecin dans une intervention d'une telle envergure ?

Le médecin intervient en tant que conseiller technique concernant les règles de sécurité, et soutient médicalement les sapeurs-pompiers en veillant à leur intégrité physique et à la qualité du service rendu.

Il doit veiller à ce que tous les sapeurs-pompiers en intervention soient équipés de tenues et de matériels adaptés. Pour des raisons d'exposition au risque thermique que nous avons déjà évoqué, les sapeurs-pompiers doivent s'équiper de la tenue de feu, qui assure une protection thermique intérieure supplémentaire, la couleur de la bande réfléchissante inférieure indique le grade (orange pour les sapeurs et caporaux, jaune pour les sous-officiers, blanc pour les officiers). Par ailleurs, ils doivent s'équiper de lampe et hachette ainsi que d'un sac contenant la commande (corde de 25 mètres).

En dehors, des risques de brûlures cutanées les hommes peuvent présenter des brûlures des muqueuses et notamment respiratoires par l'inhalation de fumées d'incendies.

Il est donc indispensable de compléter la tenue de feu par le port du casque SPF1 (spécialement conçu pour assurer une protection efficace de la nuque, et garantir le visage contre les projections ainsi que le flash thermique, et avoir une efficace isolation thermique et non conducteur d'électricité), et l'ARI (appareil respiratoire isolant, composé d'un masque respiratoire étanche directement adaptable sur les fixations du casque et d'un ensemble bouteille-détendeur).

Remarque concernant le port de L'ARI :

En effet, le port de l'ARI n'est pas anodin, puisqu'il entraîne des contraintes physiologiques pouvant mettre les sapeurs-pompiers en danger. Là encore, le rôle du médecin sapeur-pompier est très important car c'est un homme de terrain, et lui seul connaît bien les agents concernant leur aptitude médicale et leur condition physique pour le port de l'appareil isolant. L'ARI entraîne des contraintes suivantes :

- Les perturbations sensorielles :

- Modification du schéma corporel ; l'homme est capable de connaître en permanence l'état de ces déformations, appelé schéma corporel. Il est évident que le port d'un ARI va le modifier sensiblement par la modification des capacités de mobilisation du tronc et du cou, par augmentation du gabarit du porteur, et par la création d'un ballant d'inertie liée au ballonnement de l'appareil lors de la course ou d'un saut d'obstacle.

- Le déficit sensoriel qui majore les difficultés de progression en milieu enfumé. Cela concerne la baisse du champ visuel, la baisse de l'acuité visuelle majorée par la buée sur la face interne faciale ou due à la projection de solides ou de liquides sur la face externe ; cette baisse de visibilité est aussi due à l'opacité des fumées. Une baisse de l'audition qui est due

au bruit de ventilation de la détente des gaz ; une perte de l'odorat concernant l'odeur de gaz ou d'hydrocarbure par exemple.

- La vie de relation peut être perturbée dans l'ensemble, car il y a une difficulté de réception et d'émission. En aucun cas l'appareil ne devra être retiré de peur d'entraîner un risque toxique. Le mieux est d'équiper ces appareils d'émetteurs et récepteurs.

- L'augmentation du travail du porteur.

- Les résistances expiratoires et inspiratoires ; lorsqu'un sujet respire en air ambiant il n'existe pas de résistance si ce n'est la pression atmosphérique. Le fait de porter L'ARI favorise ces résistances.

- Le stress émotif prédomine au départ de l'intervention dû à la pénétration dans un milieu hostile, l'anxiété précède l'intervention, au manque d'expérience et d'entraînement au port de l'ARI. La consommation d'air va donc être accrue, il va y avoir une perte de maîtrise de soi et de lucidité. L'entraînement régulier au parcours de fumées reste le seul moyen efficace de diminuer le stress émotif.

- Le poids de l'appareil, varie entre 10 à 16 Kg. La dépense d'énergie est plus importante, et cela entraîne une augmentation de la fréquence cardiaque et donc une fatigue plus précoce.

- Les conséquences sur la thermorégulation. Le port de l'ARI limite l'évacuation de la chaleur excédentaire sous l'influence d'une très forte température, et à la perte d'efficacité de sudation et d'évaporation limitée par la tenue de protection. Pour rétablir l'équilibre thermique le sujet accélère sa fréquence respiratoire. Cette hyperventilation perturbe alors la lucidité.

- L'augmentation de l'espace mort, qui signifie le volume restant entre les alvéoles pulmonaires et la soupape d'expiration de la pièce faciale. L'espace mort comprend les bronchioles, les bronches et les voies aériennes supérieures ainsi que le volume libre restant dans le masque. En fait une partie de l'air expiré, riche en CO₂ est inspiré de nouveau, c'est le *REBREATHING* ; ceci est responsable d'une hyperventilation et d'une sécrétion de cathécolamines favorisant ainsi l'augmentation de la consommation d'air du porteur.

Le médecin doit veiller à ce que toutes les règles de sécurité concernant l'utilisation de l'ARI soient respectées par tous les sapeurs-pompier afin de prévenir d'un éventuel accident.

Parallèlement à ces agressions thermiques, les sapeurs-pompier peuvent s'exposer également à des lésions mécaniques dues au blast et / ou à la projection d'éléments solides ou du sujet lui-même sur un obstacle et notamment en cas d'explosion associée.

Le médecin sapeur-pompier apporte des soins d'urgence en binôme avec l'infirmier, aux sapeurs-pompier blessés quelle que soit la nature de la blessure.

Il peut y avoir des lésions du squelette (fractures, entorses...), vasculo-nerveuses, oculaires, barotraumatiques, cutanées, polytraumatismes... Les sapeurs-pompier grièvement blessés seront évacués par le VSAB vers un centre hospitalier.

Lors des interventions sur des incendies d'une telle ampleur, le médecin sapeur-pompier doit veiller au respect de certaines contraintes nutritionnelles et de règles d'hygiène qui sont les seules garantes de la qualité physique des sapeurs-pompier.

- Concernant la nutrition, dans le cas des incendies, l'effort continu entraîne une baisse du glycogène et de la glycémie, ainsi qu'une sudation due à la production intensive de chaleur. Ces pertes excessives peuvent induire des vomissements, des crampes, voir des troubles de la conscience. La chaleur augmente les pertes hydriques qui peuvent atteindre 10 litres / 24h . Le médecin doit veiller à l'hydratation satisfaisante des hommes ; il faudrait anticiper

l'hydratation si possible avant la soif qui est un début de signe de souffrance de l'organisme. L'effort prolongé en ambiance chaude, favorise une déplétion potassique, calcique, et en magnésium responsable d'asthénie, de crampes musculaires. L'apport sodé n'est pas une nécessité immédiate. Il faut également veiller à un apport calorique suffisant. Quand les interventions sont très longues, une cellule logistique sous le contrôle du médecin confectionne les repas.

-Le médecin doit veiller à l'hygiène physique, en faisant respecter le repos régulier du personnel et de sa relève. Plus les interventions sont longues et plus le risque d'épuisement des sapeurs-pompiers est grand, et d'autant plus qu'ils portent l'ARI.

L'hygiène psychologique est tout aussi importante ; en effet l'approche psychologique du personnel en intervention par le médecin permet de réduire certaines réactions de désadaptation au milieu dues à la fatigue ou à des réactions d'angoisse. Certaines équipes mettent en place une cellule de crise psychologique comprenant médecins, infirmiers, voire des psychologues pour aider les sapeurs-pompiers en détresse psychologique. Ces cellules doivent dans l'avenir s'étendre à tous les corps !

Au total : Le SSSM joue un rôle considérable au sein des corps de sapeurs-pompiers. La multiplication des interventions nécessitant des soins imposent donc la présence du médecin sapeur-pompier en binôme si possible avec un infirmier. Le soutien sanitaire ne s'applique pas seulement aux incendies, mais également à toutes sortes de sinistres mettant les sapeurs-pompiers en danger. A chaque type d'intervention, il correspond des règles de sécurité appropriées que doit respecter tout sapeur-pompier. La qualité de la prévention (formation, protection individuelle) est une aide au soutien sanitaire.

6. La gestion du matériel médical et secouriste.

En collaboration avec les pharmaciens et les infirmiers, les médecins sapeurs-pompiers sont chargés de la gestion et de l'entretien du matériel médical et de secours utilisés au centre de secours.

6.1. Le médecin doit veiller à l'équipement et au bon aménagement du VSAB.

Ce véhicule doit permettre le traitement d'une ou deux victimes en position allongée ; l'ensemble du matériel médical ainsi que le mobilier doit être agencé de manière la plus efficace possible afin de ne pas gêner l'équipe soignante pour le conditionnement des malades ou blessés sur les lieux de détresse ni dans la poursuite des soins pendant le transport vers l'hôpital.

Les VSAB doivent présenter des caractéristiques techniques conformes aux normes. Nous ne ferons pas une description exhaustive de ces caractéristiques, néanmoins il nous paraît indispensable de décrire la cellule sanitaire.

6.1.1. L'agencement de la cellule sanitaire :

La cellule doit avoir une bonne isolation thermique et phonique, et doit être accessible au lavage et à la désinfection. Elle doit communiquer avec la cabine de conduite par une baie vitrée.

La cellule doit disposer de 2 brancards dont l'un repose sur un dispositif permettant l'arrimage automatique, et l'autre secondaire, relevable, fixé sur le côté opposé. L'éclairage doit être suffisant et les prises électriques doivent être conformes.

Il doit y avoir un meuble dit frontal servant au rangement du matériel médical et des médicaments, et qui comprend un lavabo, ainsi qu'un plan de travail. Sur les côtés de la cellule des placards et autres rangements servent à mettre le restant du matériel (scope, défibrillateur manuel ou semi-automatique...).

6.1.2. L'équipement de la cellule sanitaire :

La traumatologie routière induit dans la plupart des cas l'hypoxie , d'où l'importance d'équiper les VSAB de l'oxygénothérapie. La source d'oxygène est principalement une bouteille d'oxygène ; cette source est portable, ou bien fixe. Le médecin veille à ce que les règles d'utilisation de l'oxygène soit respectées.

Voici ces consignes de sécurité :

- Eviter l'exposition de la bouteille à une source de chaleur.
- Ne jamais graisser les pas de vis.
- Ne pas manipuler près d'une flamme.
- Avant l'utilisation, éliminer les poussières en laissant diffuser un peu d'O₂.
- Serrer les appareils à la main.
- Toujours garder une bouteille pleine en réserve.
- Ne pas laisser les canalisations de distribution sous pression.
- Vérifier régulièrement l'étanchéité de la distribution.

Il faudra vérifier également le fonctionnement du détendeur, du manomètre et du débitmètre.

Tout VSAB médicalisé doit s'équiper de matériels suivants :

Le matériel de contention :

- Attelles gonflables, diverses écharpes.
- Des matelas en toile.
- Des sangles de contention.
- Des planches de massage cardiaque.
- Des matelas d'immobilisation à dépression appelés « *matelas coquilles* » conçus pour le transport des polytraumatisés.
- La planche d'olivier.
- Des petits matelas coquilles pour l'immobilisation d'un membre ou pour les enfants.

Le matériel d'oxygène et de ventilation :

- Des sondes nasales à oxygène.
- Des masques à oxygène.
- Un ambu et des masques adultes et enfants.
- Le matériel d'intubation (laryngoscope avec des lames de différentes tailles, un mandrin souple, pince de magyl, une paire de ciseaux, une pince kocher, xylocaïne en spray, pelotes de bandelette de fixation avec épingles à nourrice, les sondes d'intubation du n° 3 au 8).
- Le matériel d'aspiration (aspirateur de mucosités électrique fonctionnant sur batterie, sondes d'aspirations oro-trachéales et digestives , des seringues).

Les matériels de perfusion : Le rangement se fait par type de liquides de perfusion.

- Macromolécules type Plasmion, Elohes... en 500 ou 250 cc.
- Sérum glucosé, 5 %, 10 %, 30 % en 500 ou 250 cc.
- Sérum salé isotonique en 500 ou 250 cc.
- Bicarbonate 14 pour mille en 500 ou 250 cc.
- Prolongateurs avec robinet à 3 voies si possible.
- Cathéters de perfusion de tailles différentes.
- Garrots, aiguilles IM, IV, SC.
- Champs adhésifs type OPSITE.

Le matériel de pansements :

- Champs stériles de différentes tailles.
- Compresses stériles et non stériles.
- Bandes type VELPAUX, bandes de gaze.
- Gants stériles et non stériles.
- Pansements américains et hémostatiques.
- Pansements adhésifs type ELASTOPLASTE.
- Pansements adhésifs de différentes tailles.

Le matériel habituel :

- Stéthoscope.
- Thermomètre.
- Marteau à réflexe.
- Lampe de poche.
- Produits désinfectants.
- Couvertures de survie.
- Abaisse-langues.
- Etc....

Les médicaments :

Ils doivent être classés en catégories, dans des tiroirs différents et étiquetés clairement afin d'éviter toute confusion. Les aiguilles et seringues (2, 5, 10, 20 cc) seront placées à proximité.

- Les médicaments à visée cardiaque :

- Adrénaline injectable SC et IV.
- Atropine 0,5 et 1 mg.
- Lasilix injectable 20 mg et Lasilix spécial.
- Cédilanide.
- Xylocaine 1%.
- Cordarone amp.
- Chlorure de calcium amp.
- Trinitrine en spray, injectable et comprimé.
- Loxen injectable et en comprimé.

- Les médicaments à visée respiratoire :

- Corticoïdes injectables (Célestène, Solumédrol, Hydrocortisone...) ou en aérosol (Pulmicort, Bécotide...).

- Béta 2 mimétiques (Bricanyl, Ventoline...) en injectable et en spray.

- Les médicaments antalgiques :

- Morphine SC et IV après titration.
- Paracétamol IV ou per os.
- Antispasmodique (Viscéralgine, Spasfon ...).
- Aspégic injectable en 250 et 500 mg.
- AINS : profénid...

- Les médicaments sédatifs et anti-convulsivants :

- Nozinan, Tranxène, Rivotril, Valium....

- Divers :

- Anti-émétique.
- Naloxone.
- Ampoule de G 30 %.
- Etc...

Selon la compétence de l'équipe soignante il peut y avoir aussi du matériel nécessaire à la pose de drain thoracique et de voies veineuses centrales mais cela reste très rarement réalisé en pratique. Tous les matériels et médicaments cités ne sont qu'à titre d'exemple ; leur utilisation est bien évidemment fonction de la compétence de chacun des médecins sapeurs-pompiers.

6.2. L'équipement du VRM.

Le matériel médical dans la VRM est sensiblement le même que dans le VSAB ; mais compte tenu de la réduction de l'espace de rangement il est logique de ne privilégier que le nécessaire. Certains centres de secours, hélas ! ne possèdent pas de VRM. Certains médecins sapeurs-pompiers volontaires n'hésitent pas à faire usage de leur propre véhicule au service du corps.

6.3. L'entretien du matériel.

Le médecin sapeur-pompier a pour mission également de veiller à ce que tous le matériel médical soit bien entretenu ; cela signifie qu'il faut détecter les appareils défectueux afin d'éviter tout problème lors des interventions. En effet tous les matériels électriques exigeant une recharge sur batterie doivent être vérifiés régulièrement.

La gestion des médicaments lui est confiée dans les centres de secours ne disposant pas de pharmaciens sapeurs-pompiers ni infirmiers.

Cette gestion consiste à vérifier les dates de péremption des médicaments mais également des dispositifs médicaux ; il faut procéder à la surveillance du stock au niveau du centre et renouveler si nécessaire les médicaments et matériels périmés ou manquant auprès de la pharmacie intérieur du SDIS. Pour faciliter certains centres de secours, la récupération des produits peut se faire au niveau des CSP par « *l'armoire de pharmacie* » .

Le SSSM confie aux médecins ou pharmaciens le soins de faire respecter certaines règles fondamentales concernant l'hygiène.

Des protocoles d'hygiène doivent être élaborés et notamment concernant l'hygiène du VSAB et de son équipement.

Après chaque intervention, il faut procéder à la vidange des eaux souillées du VSAB ; les draps sales et déchets doivent être confiés à l'hôpital. Ensuite, il faut faire le nettoyage du petit matériel à usage multiple (masques, valves démontées, pinces et ciseaux, lames de laryngoscope, bouches et tuyaux...) et terminer enfin par le nettoyage et à la désinfection de la cellule sanitaire. Le matériel de désinfection pour le VSAB doit lui être spécifique, et surtout ne pas servir ailleurs. Le médecin peut désigner au sein du corps un agent responsable de l'hygiène tout en restant sous sa responsabilité.

Le rôle du médecin sapeur-pompier est primordial dans la gestion du dispositif médical et secouriste. De l'efficacité du matériel et des médicaments découle la sécurité des patients. Les protocoles d'hygiène doivent être respectés par tous afin d'éviter toute sorte de transmission de maladies aux blessés ou malades, mais aussi afin de protéger les sapeurs-pompiers.

II. LES MISSIONS EXTERNES.

1. L'activité médicale urgente.

1.1. Les secours à personnes.

Le secours à victimes reste l'une des missions principales confiées de façon partagée aux médecins et infirmiers sapeurs-pompiers. La médicalisation des secours repose sur des bases légales qui sont les suivantes :

- Loi du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.
- Décret du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU.
- Loi du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile , à la protection des forêts contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs.
- Décret du 6 mai 1988 relatif à l'organisation générale des services d'incendies et de secours.

A partir de toutes ces bases légales, nous comprenons mieux la place des sapeurs-pompiers et de leur corps de santé dans les missions de secours à personnes.

Pour décrire l'activité opérationnelle des médecins sapeurs-pompiers lors du secours à victimes, nous avons pris comme exemple l'accident de la voie publique.

Le but de la médicalisation des interventions:

- Assurer la reconnaissance des lieux, permettant d'apprécier le nombre et l'état des victimes, leur difficulté d'abord et les risques liés au dégagement pour elles et pour les sauveteurs.
- Préparer le dégagement.
- Faire un examen clinique complet des victimes, et assurer leur conditionnement en vue du transport.
- Prendre contact avec le centre de régulation pour un concours médical complémentaire si besoin.
- Médicaliser le transport sanitaire des victimes si leur état le nécessite.

Nous allons voir maintenant comment se déroule une intervention type lors d'un accident de la circulation.

1.1.1. L'alerte :

Celle-ci parvient au CTA par le 18, puis sera transmise au centre de secours concerné.

Lors d'un appel tout un dispositif de secours se met en place ; à commencer par les témoins de l'accident dont leur rôle est de protéger le lieu de l'accident, de réaliser les gestes de secours s'ils en ont la compétence , de donner ou ordonner l'alerte.

Le standardiste tâchera de calmer le témoin et demandera des renseignements concernant la nature et l'importance de l'accident, le lieu ou l'adresse exacte, éventuellement l'itinéraire.

Les moyens de secours vont donc se mettre en place ; les sapeurs-pompiers sont prévenus par des appels sélectifs à l'aide de bips ou bien par le déclenchement d'une sirène sur une commune.

Le médecin quand à lui est prévenu soit par le même bip s'il s'agit du médecin sapeur-pompier , soit par téléphone s'il s'agit d'un médecin généraliste de garde.

Le médecin sapeur-pompier rejoint par ses propres moyens les sapeurs-pompiers soit au centre, soit directement sur les lieux de l'accident. Il est important de signaler que la plupart des médecins sapeurs-pompiers sont des généralistes et n'hésitent pas à quitter leur cabinet pour participer aux interventions.

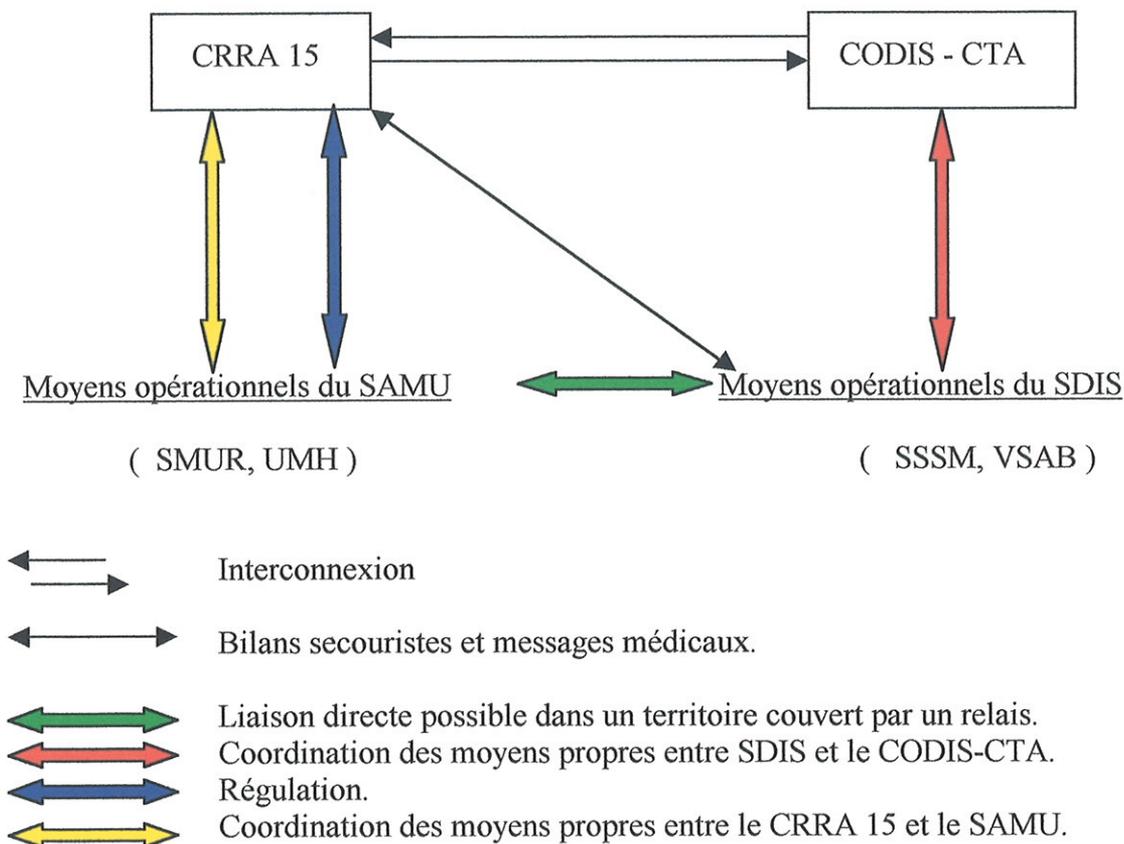
Par ailleurs, sont prévenus dans le cadre de « *l'appel en triangle* », les gendarmes et le SAMU qui dans le cas où aucun médecin local n'est disponible, se charge d'envoyer un de ses médecins par une équipe SMUR.

Remarque :

Au niveau de chaque département, existe un réseau de secours et de soins d'urgence (SSU), dont l'utilisation est réservée aux services publics participant aux opérations de secours à personnes. Sa mise en service est régie par la circulaire du 18 septembre 1992. Ces services sont le SDIS (CODIS , CTA, VSAB , VRM) et le SAMU(CRRA 15, SMUR, UMH).

Tous les échanges d'informations concernant les opérations de sauvetage, de secours, de soins et de transports dans le cadre des interventions de secours à personnes doivent se faire sur le réseau SSU . La réalisation et l'exploitation de ce réseau radio commun renforcent l'interconnexion entre les services participant aux secours et aux soins d'urgences.

Schéma n° 1 : Le trafic sur le réseau SSU.



Le SAMU dispose d'un centre de réception et de régulation (CRRA) doté d'un numéro téléphonique d'appel 15 ; la réglementation précise l'interconnexion avec les centres de réception des appels 18 et 17 ; et ceci doit permettre les transferts réciproques d'appels et si possible la conférence téléphonique. Les centres de réception 15 et 18 se tiennent mutuellement informés des opérations en cours et dans les plus brefs délais ; ils doivent réorienter vers le centre compétent tout appel qui ne relève pas de leur domaine. Les sapeurs-pompiers sont dans l'obligation d'alerter le CRRA du SAMU à chaque mouvement de leur VSAB, et de l'informer sur l'évolution de l'intervention. Le médecin régulateur peut être tenu responsable de tout retard apporté aux secours médicaux, et à l'insuffisance de moyens mis en œuvre.

Nous avons vu que la réglementation précise les missions du médecin sapeur-pompier dans le secours à victimes sur la voie et les lieux publics ; l'intervention du SDIS est indiscutable. Les textes prévoient donc que les services d'incendie et de secours interviennent avec leurs propres moyens, en liaison avec ceux mis en œuvre par le SAMU.

Le CODIS, est l'organe départemental qui gère l'intervention des sapeurs-pompiers en liaison avec le CRRA.

Si les sapeurs-pompiers reçoivent un appel pour une intervention ne rentrant pas dans le cadre de leurs missions de secours et en dehors de la voie publique , par exemple le transport de malades, ils devront orienter l'appel vers la CRRA 15.

En cas de carence des autres moyens de transport sanitaire, il peut arriver que le médecin régulateur du CRRA fasse appel aux sapeurs-pompiers ; mais il faut savoir que ceci n'est pas une obligation et l'intervention peut aussi bien être confiée à d'autres intervenants.

Le médecin régulateur du CRRA n'est pas obligatoirement un praticien hospitalier, mais peut être un médecin libéral ; il semble indispensable d'encourager les médecins sapeurs-pompiers à participer à cette régulation médicale. Par ailleurs, un médecin sapeur-pompier présent au 18 dans certains départements, ne doit en aucun cas se substituer à la fonction du régulateur du CRRA, avec lequel il reste en concertation.

Une circulaire du 18 septembre 1992, introduit la notion de « PROMPT-SECOURS », qui autorise l'intervention des sapeurs-pompiers aux domiciles privés des personnes en cas d'urgence vitale lorsque l'appel parvient au 18. L'intervention est ensuite prise en charge par la régulation médicale du CRRA qui peut modifier directement le déroulement ou soit après le bilan des secouristes sur les lieux. Une nouvelle circulaire interministérielle de février 1996 publiée au journal officiel, fait le point de l'application de la première circulaire.

1.1.2. Sur la route du lieu d'accident.

Les véhicules mis en interventions sont le VSAB, la VRM, et le VSR ; dès le départ chaque véhicule doit avoir une liaison radio opérationnelle avec le centre. Le conducteur doit allumer les feux de croisement, les gyrophares, et faire usage du klaxon 2 tons. En cas de nécessité le conducteur peut être amené à violer le code de la route, en cas d'accident sa responsabilité sera mise en jeu.

1.1.3. Sur les lieux de l'accident.

Une fois arrivé sur les lieux, le médecin et le chef d'équipe sapeur-pompier, font une reconnaissance rapide de la situation (nombre de blessés, moyens de désincarcération nécessaires, renforts si besoin).

En cas de feu d'un véhicule, et si une victime est à extraire, il n'y a pas de temps à perdre ! Il faut la dégager en la plaquant bien l'axe, tête, cou, tronc contre son corps. Conjointement, il faut procéder à l'extinction du feu.

1.1.4. L'éclairage de l'accident.

Celui-ci est d'autant plus nécessaire évidemment que la nuit commence à tomber. L'éclairage se fait par l'intermédiaire des véhicules de secours qui doivent se placer sur la même file que l'accident, mais disposés en sens opposé afin d'assurer un éclairage dans les 2 sens et permettre une protection efficace.

1.1.5. La protection du lieu d'accident.

En général le balisage est effectué par les gendarmes; ce sont les pompiers qui vont l'assurer en attendant leur arrivée.

Ce balisage se fait de chaque côté de la route et permet la sécurité des accidentés, des équipes sauveteurs, des témoins ainsi que les autres usagers de la route. Il permet également d'assurer une circulation minimale et de délimiter la zone de travail.

1.1.6. Les soins d'urgences aux victimes.

Très rapidement, avec l'aide d'un infirmier ou d'un sapeur-pompier, le médecin procède au bilan des trois fonctions vitales :

- La conscience.
- La respiration.
- La fonction circulatoire.

Les autres blessures telles que les brûlures, les plaies, les fractures ne seront examinées qu'en deuxième temps.

Prenons le cas d'un polytraumatisé pour analyser la démarche diagnostique puis thérapeutique. Tout ce qui suivra ne fera l'objet que d'un simple rappel des grands principes de la prise en charge des polytraumatisés.

Définition du polytraumatisé : « *Il s'agit d'un blessé porteur de 2 ou plusieurs lésions traumatiques graves mettant en jeu le pronostic vital et nécessitant une réanimation précédent le geste chirurgical* ».

Rappel : Il existe des traumatismes directs qui correspondent à des lésions pariétales attirant l'attention sur les organes sous-jacents, provoqués par des agents tranchants, contondants, et compressants. Par ailleurs, il existe des traumatismes indirects qui peuvent provoquer des lésions graves internes souvent méconnues en raison de l'absence de signe d'appel pariétal, et sont dûs à la décélération brutale, à l'effet de blast, et à des mouvements brusques d'hyperflexion et extension de la tête provoquant des lésions vertébro-médullaires.

a. DIAGNOSTICS CLINIQUES DES DETRESSES VITALES.

- **Le diagnostic d'une détresse neurologique.**

En arrivant sur les lieux de l'accident, il est primordial de ne pas aggraver l'état d'un polytraumatisé en faisant des manipulations inadaptées.

Il faut rechercher en priorité une lésion crânio-encéphalique et/ou médullaire. L'examen neurologique initial permet d'apprécier l'état de conscience, l'évolution, une PCI, l'intervalle libre, et de déterminer le score de glasgow.

Il faut rechercher des signes de localisation, ainsi que des signes de souffrance du tronc cérébral. Devant tout comateux, il faut suspecter une atteinte du rachis, et ne pas sous-estimer une lésion du rachis cervical.

- **La détresse respiratoire.**

Elle se manifeste par une tachypnée superficielle, bradypnée, pauses respiratoires, des signes de lutte, les signes d'épuisement, toux douloureuses avec crachats +/- sanglants, une cyanose....

L'hypoxie peut être d'origine centrale par traumatisme crânio-encéphalique ou par atteinte médullaire du rachis cervical haut. Le plus souvent elle est d'origine périphérique par l'obstruction des voies aériennes lors du fracas maxillo-facial, par trouble des échanges alvéolo-capillaires par contusion pulmonaire ou par atteinte mécanique ventilatoire lors d'un hémopneumothorax.

- **La détresse circulatoire.**

Elle est à évoquer devant une pâleur, agitation, sueurs froides, pouls filant, rapide, collapsus, soif, marbrure.....

La détresse circulatoire a principalement pour origine une déperdition volémique ; néanmoins d'autres causes devront être évoquées systématiquement. En effet, il peut y avoir une composante vasoplégique lors d'une atteinte haute du rachis cervical, ou une composante myocardique par un traumatisme myocardique ou par effet tamponnade, voir par hémopneumothorax compressif. Le choc hémorragique est lié aux hémorragies externes et surtout internes (hémothorax, plaies hépatiques ou spléniques, plaies des gros vaisseaux, hématome rétro-péritonéal....).

b. CONDUITE THERAPEUTIQUE FACE A CES DETRESSES.

- Face à une détresse neurologique :

- Déterminer le score de glasgow.
- Intubation précoce si glasgow < 7.
- Maintien d'une normoxie et légère hypocapnie.
- Maintien d'une hémodynamique efficace.
- Protection du rachis avec mise en place d'un collier cervical.

- Face à une détresse respiratoire :

- Désobstruction des VAS.
- Oxygénation à fort débit.
- Intubation oro-trachéale précoce.
- Ventilation assistée, FIO2 à 100% .
- Mise en place d'une sonde gastrique.
- Drainage thoracique indispensable devant un pneumothorax ou hémothorax compressif ou mal toléré, à l'aiguille fine effectué au niveau du 2^{ème} espace intercostal et de la ligne médio-claviculaire.

- Face à une détresse circulatoire :

- Les gestes d'hémostase, par pansement compressif, suture d'hémostase, pince hémostatique et garrot en dernier recours.
- Remplissage vasculaire, par 2 voies veineuses périphériques de bon calibre, si nécessaire au niveau de la jugulaire externe, utilisation de macromolécules...
- Pantalon antichoc (PAC), à réserver aux patients dont le choc hémorragique est d'origine sous diaphragmatique (ex : hématome rétro-péritonéal sur fracture du bassin). Le PAC a été conçu en 1903 par CRILE ; sa mise en tension provoque l'afflux de sang au niveau central, et a un effet hémostatique sur les plaies sous diaphragmatiques. Le PAC peut entraîner des troubles ventilatoires ainsi que des régurgitations en cas d'inconscience ; il doit être utilisé par des équipes expérimentées .
- Transfusion sanguine et autotransfusion ; à réserver pour les cas très graves et en cas de désincarcération prolongée, mais il faut penser à l'anticiper ! L'autotransfusion peut se faire à partir du drainage d'un hémothorax.
- Préserver le retour veineux ; tout obstacle du retour veineux aggrave l'état d'un polytraumatisé. Il faut éviter la position proclive brutale lors du brancardage, la pose de matériel médical lourd sur l'abdomen, l'accélération et la décélération brusque en court de transport.
- En cas de détresses circulatoires non hypovolémiques, penser à un pneumothorax ou hémothorax compressif bilatéral, à un trouble du rythme cardiaque, à une contusion myocardique.

- L'arrêt cardio-circulatoire est le plus souvent dû à une dissociation électromécanique, le traitement classique est souvent inefficace quand celui-ci s'accompagne d'une hypovolémie. Par ailleurs il faut penser à une éventuelle tamponnade.

La mise en condition d'un polytraumatisé obéit donc à deux priorités : « Assurer une efficacité hémodynamique et ventilatoire ».

Tout polytraumatisé doit bénéficier d'un examen clinique complet et rapide, déshabillé si possible à la recherche de différentes lésions traumatiques :

- Un traumatisme crânien (plaies du cuir chevelu, les plaies cranio-cérébrales, embarrures, otorragies, épistaxis, rhinorrhée...).
- Un traumatisme facial.
- Un traumatisme cervical (atteinte des gros vaisseaux, plaie trachéale...).
- Le traumatisme rachidien. Tout traumatisé rachidien doit être immobilisé dans l'axe tête-cou-tronc par collier et matelas à dépression.
- Un traumatisme thoracique (pneumothorax, hémithorax, contusion pulmonaire...).
- Un traumatisme abdominal (lésions viscérales , lésions hémorragiques intra péritonéales, lésions d'un organe creux, lésions des gros vaisseaux intra-péritonéaux, lésions rétro-péritonéales...).
- Les traumatismes des membres (délabrement cutané, fractures fermées ou ouvertes...), et la recherche des complications doit être systématique.

Remarque:

Un polytraumatisé doit faire face à des détresses respiratoires, circulatoires et neurologiques, mais se trouve également confronté à des agressions douloureuses d'étiologies multiples. L'absence d'analgésie, même s'il est dans le coma peut induire une aggravation de son état. La sédation d'un polytraumatisé est une nécessité, car elle permet non seulement de lutter contre la douleur, mais également de diminuer les conséquences neuro-endocriniennes de l'agression et de limiter l'agitation. Elle facilite la mise en condition du patient et son dégagement en cas de désincarcération. Les thérapeutiques d'analgésie-sédation peuvent aller de l'analgésie simple à l'anesthésie générale ou loco-régionale. La prise en charge de la douleur est un temps essentiel de la médicalisation pré-hospitalière des accidentés.

Les moyens médicamenteux :

- Paracétamol : Prodafalgan...
- Benzodiazépines : Hypnovel...
- Kétoprofène : Profénid...
- Morphiniques : Nubain, Temgésic, Morphine+++ , Fentanyl...
- Anesthésiques locaux : Xylocaine notamment lors d'une fracture de la diaphyse fémorale.
- Anesthésiques généraux qui ne doivent être utilisés que par des médecins avertis : kétalar (KETAMINE), hypnomidate (ETOMIDATE), gamma OH (hydroxybutyrate de sodium).

La lutte contre la douleur en phase pré-hospitalière doit rester un souci permanent pour optimiser le transport de l'accidenté et donc d'accroître sa sécurité. Les médicaments sont utilisés selon les habitudes et compétences de chaque médecin.

Après avoir dressé tout le bilan lésionnel et effectué toutes les opérations citées ci-dessus, nous allons procéder à la phase de dégagement ou de désincarcération des victimes.

1.1.7. La phase de dégagement ou de désincarcération de la victime.

Il s'agit d'extraire le ou les blessés de leur véhicule ; ceci impose une voie d'accès large à créer si besoin.

Il faut dégager la victime en respectant l'axe tête, cou et tronc ; avoir une bonne prise en main de chaque sauveteur ; un déplacement minimum de la victime depuis l'endroit où elle se trouve jusqu'à ce qu'elle soit sur la planche ou sur le matelas coquille.

Une désincarcération est toujours délicate, il faut être très prudent à la manipulation et savoir choisir la bonne méthode . En cas d'incarcération de plusieurs victimes, il faut procéder d'abord à l'évacuation du sujet en détresse vitale ; mais parfois pour faciliter le dégagement de blessés graves, il faut extraire en premier les blessés légers.

Voici les principales voies de désincarcération:

- La césarisation latérale.

Elle permet aux sapeurs-pompiers d'effectuer une bonne prise de mains, le blessé est sorti en bloc avec la planche glissée au dessous de lui. Elle consiste à caler la voiture , puis à réaliser l'ouverture de la porte arrière.

- La méthode du porte feuille.

Le véhicule étant sur les roues ou sur le flanc, on procède à l'enlèvement du pare-brise et de la lunette arrière par section des montants

- La méthode du pavillon.

La voiture étant sur les roues, on procède à l'enlèvement du pare-brise et de la lunette arrière avec un sauveteur placé chacun de chaque côté pour maintenir le pavillon coupé.

- Le relevage de la colonne de direction ou du tableau de bord.

- Le dégagement perpendiculaire.

C'est un mode de dégagement classique, mais qui nécessite une rotation et l'allongement de la victime. Il faut dégager les pieds en premier, puis la victime est tournée d'un bloc à 90°, les pieds étant sortis du véhicule, puis allongée sans qu'elle soit fléchiée sur le siège.

Toutes ces méthodes sont usuelles et sont adaptées selon les cas. Pendant toutes ces manœuvres de désincarcération la surveillance médicale ainsi que la réanimation sont poursuivies.

1.1.8. La phase de relevage.

Il existe plusieurs méthodes pour procéder et toujours sous contrôle médical au relevage d'un blessé allongé sur le sol et à son placement sur un matelas coquille ou sur le brancard qui sont les suivants :

- Les méthodes du pont, avec 5 brancardiers, le brancard est disposé dans l'axe du corps du côté de la tête ou des pieds.

- Le pont néerlandais, avec 3 ou 4 brancardiers, le brancard est disposé le long du corps de la victime.

- Les méthodes en cuiller, se réalisent par 3 brancardiers, en assurant le maintien de l'axe tête cou tronc. Ce relevage est toujours précédé de la mise en place d'un collier cervical.

Une fois dégagé puis coquillé et les mesures de réanimation faites, le polytraumatisé est protégé par l'immobilisation et la prévention de l'infection des foyers de fractures ; il bénéficie d'une protection thermique également . Le blessé est ensuite placé dans le VSAB sous monitoring ; il conviendra bien sûr de refaire le point , de compléter les soins et de maintenir la surveillance médicale tout au long du transport.

Une notion importante est à souligner concernant le transport : « *Il faut savoir limiter les gestes de réanimation pré-hospitalière au profit d'une évacuation rapide vers un service d'urgence. La mise en condition nécessaire et suffisante doit être adaptée en fonction de chaque situation* ».

1.1.9. Le bilan radio.

Pendant l'intervention, le centre de secours et SAMU restent en contact radio.

Le médecin sapeur-pompier fait un premier bilan et le transmet au médecin régulateur du SAMU , afin de mettre en œuvre si besoin des moyens supplémentaires tels que :

- Ambulance privée.
- Deuxième VSAB.
- Véhicule SMUR.
- Hélicoptère.

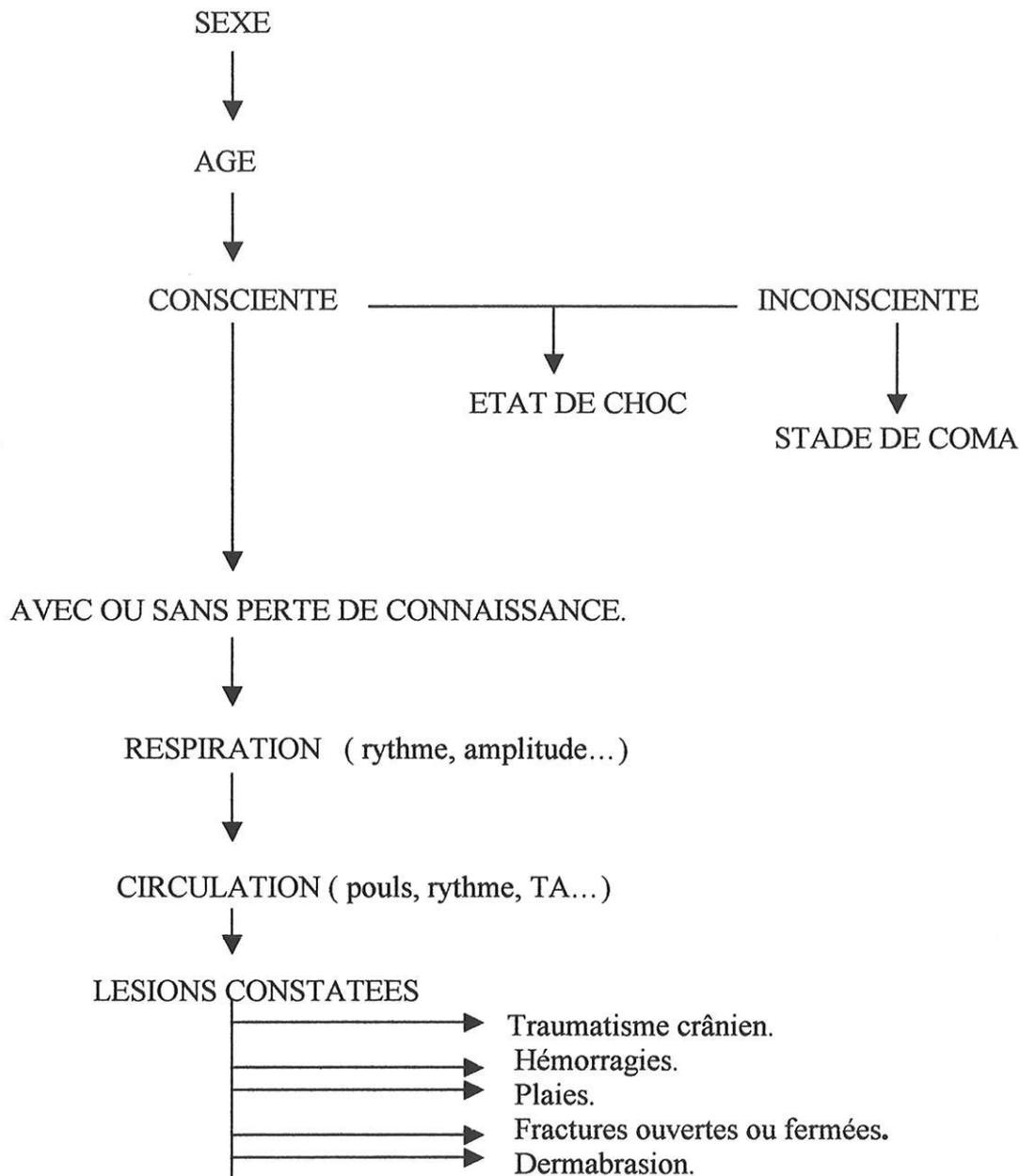
En cas d' intervention longue, l'évolution de la situation doit être communiquée au centre de secours et au SAMU.

Lorsque le blessé est conditionné, puis placé dans le VSAB, un bilan plus exhaustif sera donné au médecin régulateur du SAMU.

Ce bilan doit comporter :

- La nature et le lieu de l'accident.
- Le nombre de victimes, incarcérées ou non.
- Puis par victime (voir le schéma n°2)

Schéma n° 2 : Renseignements cliniques pour chaque victime.



1.1.10. La médicalisation du transport.

La médicalisation vers le centre hospitalier peut être assurée, en accord avec le médecin régulateur, par le médecin sapeur-pompier. En effet, il peut accompagner le blessé soit jusqu'au lieu d'accueil soit jusqu'au point de jonction avec un médecin du SAMU.

A la demande du médecin sapeur-pompier ou bien du médecin libéral, un médecin du SAMU peut intervenir directement sur les lieux de l'accident soit au moyen du VL soit au moyen de l'hélicoptère.

Si la médicalisation n'est pas jugée nécessaire, lors d'un accord entre le médecin sapeur-pompier et le médecin régulateur du SAMU, le transport dans le VSAB peut se faire sans médecin.

C'est le médecin régulateur du SAMU qui s'occupe de trouver le service d'accueil du blessé.

Le polytraumatisé est orienté selon 2 cas de figure :

- S'il présente une urgence chirurgicale prioritaire (hématome extra-dural, thoracotomie, laparotomie d'hémostase...) ; il sera accueilli en priorité au bloc opératoire.
- 'il ne présente aucune lésion chirurgicale urgente, il sera orienté vers les urgences où il bénéficiera d'un réexamen puis d'une stabilisation des lésions.

En arrivant à l'hôpital, le médecin sapeur-pompier accompagnant le blessé, transmet le bilan au médecin du service d'accueil ainsi que l'évolution pendant le transport. Ces différents renseignements sont notés sur une fiche de bilan qui sera laissée au service.

Remarque : Lors du transport, le blessé bien qu'en étant à l'abri, protégé du froid, et aux bonnes mains de l'équipe médicale , peut être soumis à d'autres agressions telles que les accélérations et décélérations liées à la conduite du VSAB qui sont responsables de perturbations circulatoires , respiratoires mais également responsables de mobilisations des foyers de fractures entraînant des douleurs ; il est agressé par les bruits et les vibrations provenant du véhicule ou de la route.

Pour pallier à ces nuisances, il faut avoir une conduite douce et adopter la vitesse réduite dans certains cas, n'utiliser les « cornes de feu » qu'en cas de besoin.

En conclusion : Nous avons fait ici une description type d'un accident de la voie publique. Il est certain que chaque intervention est différente l'une de l'autre, et diffère selon les départements et les équipes de sauveteurs.

Dans les cas d'accidents très graves impliquant de multiples blessés , plusieurs équipes médicalisées peuvent intervenir sur le terrain.

Dans ces circonstances, nous pouvons aisément comprendre que chaque service a sa place dans la chaîne de l'urgence ; et que chacun a besoin de l'autre.

1.2. Les secours à victimes lors de situations exceptionnelles.

Nous avons choisi ici de décrire une situation de « grande catastrophe ».

Définition : la catastrophe correspond à un renversement destructeur et brutal de l'ordre préétabli, naturel ou humain provoquant avec une soudaineté :

- Une masse de victimes.
- Des dégâts matériels considérables.
- Une disproportion plus ou moins totale entre les moyens en hommes et en matériels disponibles, et les besoins indispensables à la survie.

Classification des catastrophes :

- Selon les effets sur la communauté.
- Selon la cause : naturelle, technologique ou humaine.
- Selon le nombre de victimes : modéré (moins de 100), moyen (entre 100 et 1000), majeur (> 1000).
- Selon les pathologies des victimes : monomorphes (intoxication...), polymorphes (attentats, accidents ferroviaires).
- Selon la durée du facteur déclenchant : courte (< 1heure), moyenne (quelques heures), longue (> 24 heures).
- Selon la durée des opérations de sauvetage : modérée (< 6 heures), moyenne (de 6 à 24 heures), longue (> de 24 heures).

- Selon l'étendue géographique : rayon inférieur à 1 Km, de 1 à 100 Km , ou supérieur à 100 Km.
- Selon la région : rurale ou urbaine.
- Selon les facilités d'accès et d'évacuation.

1.2.1. L'organisation des secours.

La stratégie des secours médicaux en présence de nombreuses victimes est fonction de la possibilité d'adaptation des moyens aux besoins nécessaires sur le terrain.
La situation de catastrophe est caractérisée par l'inadéquation entre les moyens de secours mobilisables dans les délais raisonnables et les besoins exprimés sur le site.

La stratégie repose sur plusieurs phases :

-La reconnaissance :

Elle est réalisée par le directeur des secours et le directeur des secours médicaux au sol ou par hélicoptère. Elle consiste à déterminer la zone sinistrée, à évaluer la nature et le nombre de victimes, à prévoir les voies d'accès, à établir les lieux d'implantation des sites de relais médicaux, et à suivre l'évolution de l'agent agressif.

-Le bouclage et la sectorisation :

C'est la circonscription de la zone sinistrée pour faciliter la circulation et les secours.

Trois zones sont ainsi définies :

- La zone ROUGE , c'est la zone sinistrée où la circulation est réservée aux moyens de secours. Elle est sectorisée en chantiers regroupés en quartiers, eux-mêmes réunis en secteurs puis en zone . A cette sectorisation correspond la chaîne de commandement des secours ainsi que l'organisation médicale.
- La zone ORANGE, qui correspond à la zone périphérique où la circulation est réglementée.
- La zone VERTE correspond à la zone de circulation libre et se trouvant au delà des 2 premières.

-La mise en œuvre de la chaîne des secours médicaux.

La chaîne des secours médicaux est organisée selon la demande et l'importance des effectifs médicaux.

L'organisation des secours doit respecter 3 phases essentielles qui sont les suivantes :

- La phase de ramassage des victimes, qui comprend la localisation, le dégagement, les premiers gestes de secours, le relevage, le brancardage et l'évacuation.
- La phase de tri et de soins, par la création du PMA qui assure le triage, la mise en condition d'évacuation, et la détermination des priorités d'évacuation.
- La phase d'évacuation qui est régulée ; puis les patients sont ensuite dirigés vers les hôpitaux ou les cliniques ; les moyens d'évacuation se font par voies terrestres, aériennes et routières.

1.2.2. La chaîne médicale des secours.

La chaîne médicale doit être modulable et adaptable à l'organisation générale des secours. Elle s'étend de l'engagement des secours jusqu'à l'arrivée des victimes à l'hôpital. Elle participe à la reconnaissance, au balisage et à la sectorisation afin de déterminer le nombre et la nature des victimes.

Après avoir effectué une synthèse de la situation, elle assure la mise en place des structures sanitaires , c'est-à-dire la mise en place et le contrôle du relevage, la catégorisation, la mise en condition et le transport pour l'évacuation des victimes. Elle devra s'assurer de leur accueil hospitalier. La chaîne médicale doit faire un bilan sanitaire de la catastrophe, fournir les renseignements aux autorités.

Voici les différentes phases des opérations de secours:

-La phase d'évacuation.

Elle consiste à évacuer les victimes du milieu agressif vers le PMA. Après la catégorisation, il faut procéder aux premiers soins et à la mise à part des petits blessés vers l'arrière.

Après la catégorisation, les évacuations peuvent se faire pour les UA (urgences absolues), par les hélicoptères vers les centres hospitaliers les plus proches , ou bien par les ambulances ou VSAB vers la CME.

-La phase de triage.

Cette phase tient compte du nombre de blessés , de la gravité et de la localisation des blessures ainsi que de leur retentissement à court et à moyen terme.

Elle doit également tenir compte des délais préopératoires admissibles, des délais de transport, des possibilités et du conditionnement de ces transports, et enfin du degré d'encombrement de la chaîne médicale.

Le triage permet donc un classement, une catégorisation du degré d'urgence. Les évacuations se font par ordre de priorité, et les moyens de traitement et de transport sont adaptés en fonction. La catégorisation est complétée par des gestes thérapeutiques indispensables (hémostase, ventilation...). Le triage doit être rapide , complet, précis et sûr !

Remarque : La catégorisation des victimes.

Elles peuvent se répartir en 6 catégories en fonction de la gravité initiale.

- 1^{ère} catégorie : les extrêmes urgences (EU).

Il s'agit de blessés en danger de mort et de suspicion d'hématome extra-dural.

Sont classés en EU :

- Les détresses ventilatoires aiguës d'origine centrale ou périphérique par atteinte thoraco-pulmonaire, cervico-maxillo-faciale, ou obstruction aiguë des voies aériennes.
- Les insuffisances cardio-circulatoires par hémorragie massive.
- Les brûlures du 2^{ème} et 3^{ème} degrés, supérieures à 50 %.

- 2^{ème} catégorie : Les premières urgences (U1).

Elles concernent les blessés en danger de mort à bref délai.

Sont classés en U1 :

- Les polytraumatismes.
- Les gros délabrements des membres.
- Les blessures de l'abdomen et du thorax.
- Les hémorragies externes importantes.
- Les plaies crânio-cérébrales et les traumatismes crâniens avec coma d'évolution rapide.
- Les plaies pénétrantes de l'œil.
- Les brûlures des 2^e et 3^e degrés inférieurs à 50 % et supérieurs à 15 %.
- Les intoxications par inhalation avec manifestations ventilatoires progressives.
- Les compressions de membres.

- Les hypothermies inférieures à 32° C.

UE et U1 constituent les urgences absolues (UA).

- 3^{ème} catégorie : Les deuxièmes urgences (U2).

Il s'agit de blessés en danger de mort non immédiat mais nécessitant un geste chirurgical.

Sont classés en U2 :

- Les fractures ouvertes et fermées des membres.
- Les plaies articulaires.
- Les plaies des membres sans délabrement.
- Les traumatismes crâniens sans coma.
- Les brûlures du 2^{ème} et 3^{ème} degrés inférieurs à 15 %.
- Les blessés ORL et ophtalmologiques.
- Les intoxications par inhalation avec disparition de la symptomatologie nerveuse et respiratoire.
- Les intoxications avec manifestations cutanées.

- 4^{ème} catégorie : Les troisièmes urgences (U3).

Ce sont les blessés légers ne figurant pas dans les catégories précédentes et les paniques qui nécessitent des mesures particulières.

U2 et U3 constituent les urgences relatives (UR).

- 5^{ème} catégorie : Elle correspond aux éclopés et aux blessés très légers ne justifiant pas de soins, mais qui nécessitent un regroupement et un hébergement, mais également une prise en charge psychologique des patients.

- 6^{ème} catégorie : Elle regroupe toutes les victimes décédées.

Les EU nécessitent un traitement immédiat ; les U1 en moins de 6h ; les U2 entre 6 et 18h ; les U3 au-delà de 18h. Dans la majorité des cas nous trouvons environ 30 % d'UA et 70 % d'UR

(Les EU représente 5 % , les U1 25%, les U2 30 % , les U3 40 %).

1.2.3. La composition de la chaîne médicale.

Suivant les catastrophes, elle peut comprendre un seul PMA ou plusieurs PMA et un CME ,voire plusieurs dans des cas très exceptionnels. Elle dispose d'un état major santé, situé soit au poste de commandement opérationnel (PCO)ou bien au niveau du poste de commandement fixe (PC). Elle dispose également d'une régulation médicale qui est en relation avec le SAMU , qui se trouve au PRE (point de répartition des évacuations) et qui permet les évacuations des victimes vers les hôpitaux.

a. le PMA (le poste médical avancé).

Il est situé à proximité des chantiers tout en restant en sécurité du milieu agressif. Le PMA est soit sous toile, soit dans un local. Il est disposé de façon à pouvoir accueillir les victimes, à faire l'enregistrement ; il doit avoir une salle de triage, une salle de mise en condition, une

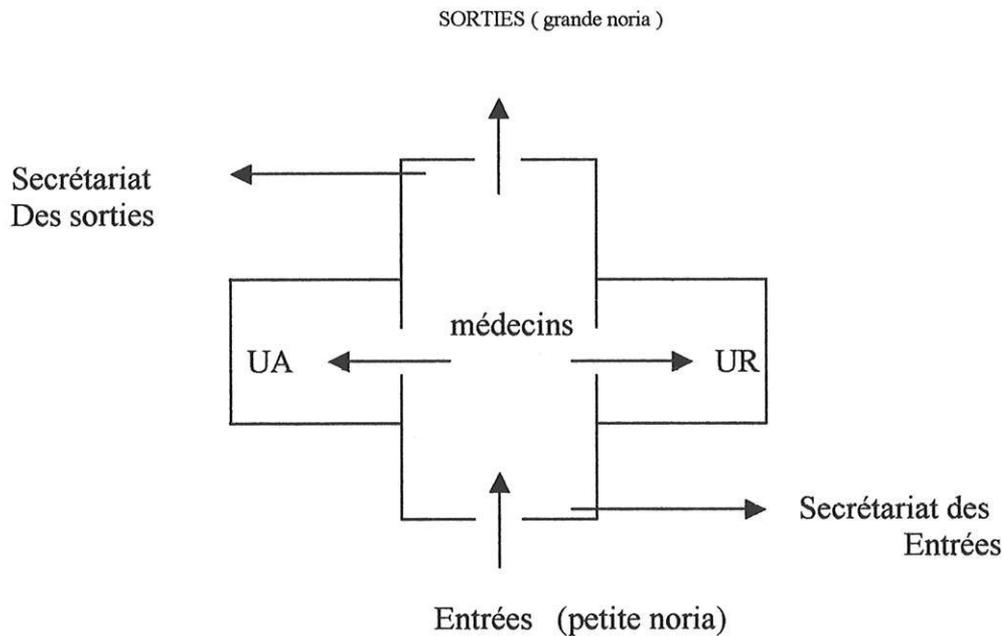
salle d'attente d'évacuation, un local mortuaire, et enfin un local à part permettant d'accueillir les éclopés.

Le PMA dessert plusieurs chantiers ; il dispose de 10 médecins dont un médecin-chef, et de 20 paramédicaux dont des brancardiers. Au niveau du matériel, il doit disposer de 3 lots ORSEC c'est-à-dire pour 60 UA et 120 UR. Sur le plan logistique, il est en relation avec une colonne de secours mobile (CMS) ainsi qu'avec le reste de la chaîne médicale.

Le PMA consiste à accueillir, à trier, et à établir une fiche médicale de l'avant des victimes. A la demande, elle assure la médicalisation du dégagement.

Il permet le conditionnement des victimes, et dispose de 10 VSAB. Il peut également demander une évacuation par hélicoptère.

Schéma n° 3 : Disposition d'un PMA.



Commentaires : Le PMA dispose d'une entrée et d'une sortie, avec chacune un secrétariat. Les médecins sapeurs-pompiers assurent le triage, en répartissant les victimes en 2 grandes catégories UA et UR.

Remarque : Les particularités du PMA.

- A l'abri du risque évolutif.
- Accessible aux véhicules.
- Maximum de confort, électricité, chauffage, téléphone.
- Doit permettre l'accueil des blessés et impliqués.
- Présenter une entrée et une sortie.

b. Le CME (centre médical d'évacuation).

Il regroupe plusieurs quartiers, donc plusieurs PMA. Le CME dispose de moyens de triage, d'hospitalisation provisoire, de conditionnement pour l'évacuation, de traitement, de ravitaillement sanitaire, et d'évacuation. C'est le lieu de transit des renforts de la chaîne médicale.

Son implantation n'est pas systématique, tout dépend de l'ampleur de la catastrophe.

Le CME doit :

- Contrôler et affiner le triage des PMA.
- Compléter la fiche médicale de l'avant.
- Déterminer les priorités d'évacuation.
- Donner des soins complémentaires.
- Héberger les victimes en attendant leur évacuation.

Il veille à la répartition des renforts de la chaîne médicale. Il assure la régulation par son PRE (point de répartition des évacuations) concernant les évacuations et le convoyage en liaison avec le SAMU et les hôpitaux.

Le CME dispose de 10 médecins qui assurent le triage et la réanimation, et restent sous les ordres du Directeur des secours médicaux (DSM). Il doit disposer également de personnels paramédicaux, de secrétaires ainsi que de spécialistes des transmissions pour le PRE.

Il peut être installé sous une toile ou bien dans un local permettant l'accueil, le triage, la réanimation, les soins et les gestes opératoires, une hospitalisation provisoire, et enfin l'attente de l'évacuation.

c. Les NORIA :

Il s'agit du transfert des victimes déjà conditionnées vers le lieu d'hospitalisation, tout en continuant les soins et le ravitaillement sanitaire.

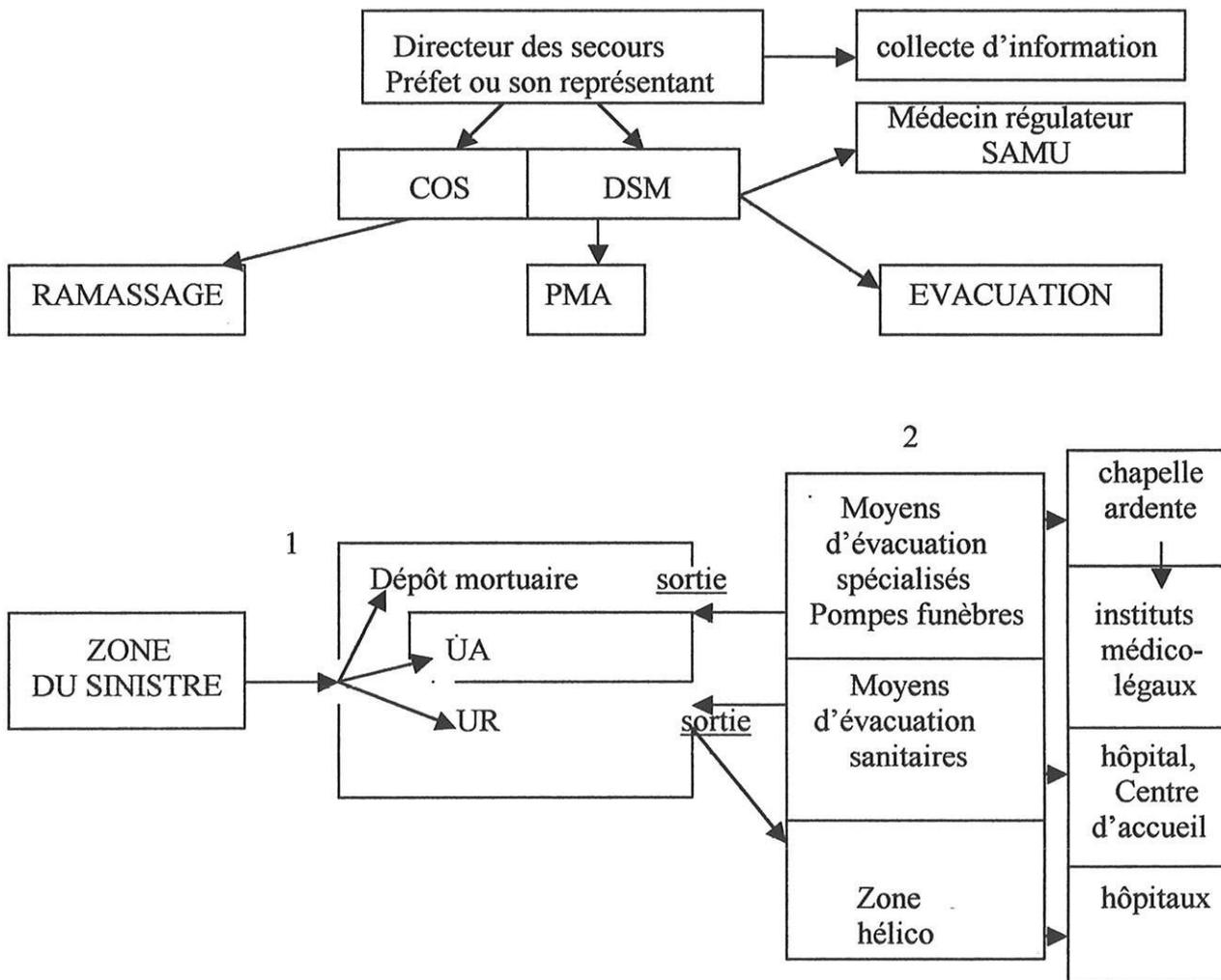
Il existe 2 noria :

- La petite noria qui correspond au transfert des victimes de l'avant vers le PMA.
- La grande noria, c'est le transfert du CME vers le centre hospitalier.

Schéma n°4

Ensemble de la chaîne médicale dans une « catastrophe majeure ».

SCHEMA D'ORGANISATION DES SECOURS.



Les différents intervenants dans cette chaîne des secours :

- Le DS (directeur des secours), est chargé de limiter la panique, de déterminer la catastrophe, d'interdire les évacuations sauvages, de rassembler les blessés et impliqués, de dénombrer les victimes graves, de prévoir l'emplacement du PMA, de demander les renforts au CTA- CODIS- SAMU, de faciliter l'accès des secours par le balisage et le guidage.
- Le DSM (directeur des secours médicaux), participe aux reconnaissances, définit le type de catastrophe, établit le risque évolutif, détermine le nombre et la nature des victimes, le pourcentage de blessés graves, assure la mise en place du PMA, organise les norias, dirige les médecins à tout niveau, prévoit l'approvisionnement en matériels ; en liaison avec le SAMU il assure la régulation des places hospitalières pour la réception des blessés, et prépare un bilan global pour informer les autorités.
- Le médecin de l'avant, médicalise le ramassage, conditionne à minima, contrôle les gestes de premier secours et indique les priorités d'évacuations vers le PMA.
- L'officier d'évacuation ; dirige le personnel médical vers le DSM. Il organise la zone de stationnement ; il concentre et gère les vecteurs d'évacuation des victimes vers les hôpitaux qui sont les VSAB , les SMUR, la croix rouge, et les ambulances privées ; et enfin il doit s'assurer du « ramassage », est chargé d'assurer les premiers gestes de secours ; organise les équipes de ramassage ; recherche et recense les victimes, et veille aux brancardages vers le PMA.
- L'officier de « tri » assure le dégagement et prépare la zone retenue pour le PMA ; veille à la mise en place du PMA ainsi que son balisage (entrée et sortie) ; il répartit son personnel dans les différentes zones (UA,UR, secrétariat), s'occupe de la gestion du matériel ; assure le brancardage interne au PMA, et assure la maintenance logistique du PMA en liaison avec le médecin-chef et le COS (commandant des opérations de secours).
- L'officier « d'évacuation », accueille , recense et classe les moyens départ effectif de chaque engin.

Les médecins sapeurs-pompiers sont engagés à tous les niveaux de la chaîne médicale en fonction de leur nombre, de leur disponibilité et de leur formation.

Les généralistes sont les médecins du PMA, et assurent la médicalisation de l'avant, l'accueil et le triage, les soins, et prennent en charge les éclopés, assurent le conditionnement en relation avec les anesthésistes-réanimateurs ; enfin ils assurent le convoyage de la noria primaire lorsque la médicalisation est nécessaire.

Les anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens animent le CME , et assurent le convoyage de la noria secondaire.

Les médecins diplômés de la médecine de catastrophe peuvent diriger les secours au niveau du PMA ou du CME, participer au PRE, s'intégrer à tous les niveaux, voir être DSM. Les médecins sapeurs-pompiers doivent travailler avec les médecins des autres structures, en se répartissant les tâches.

1.2.4. L'organisation administrative actuelle des secours.

La loi du 22 juillet 1987 définit la planification et l'organisation de la sécurité civile. La sécurité civile est chargée de la prévention des risques de toute nature, de la protection des personnes, des biens et de l'environnement contre les accidents, les sinistres et les catastrophes.

Les moyens pour faire face aux risques majeurs et aux catastrophes sont regroupés dans des plans de secours appelés « plans ORSEC » et « plans d'urgence ».

a. Les plans ORSEC :

Quand la gravité du sinistre dépasse les moyens des sapeurs-pompiers, le préfet déclenche les mesures prévues par le plan ORSEC. Institué en 1952, ce plan permet de recenser les moyens publics et privés susceptibles d'être mis en œuvre lors des catastrophes, et définit les conditions de leur emploi par les autorités compétentes en matière de secours. Dans cette mission, le préfet est assisté de 3 structures distinctes c'est-à-dire d'un conseil technique composé des chefs de service ORSEC opérationnels (dans le domaine de la transmission, police, secours, soins médicaux, et des transports), d'un état major dont le chef est le directeur départemental de la sécurité civile et d'un service de relations publiques.

- Le plan ORSEC national :

Ce plan établi par le ministre chargé de la sécurité civile, prévoit des mesures de sauvegarde et coordonne les moyens de secours relevant de l'état, des collectivités territoriales et des établissements publics sur l'ensemble du territoire.

Il est déclenché par le premier ministre ; et c'est le ministre chargé de la sécurité civile qui attribue les moyens à l'autorité chargée des opérations de secours.

- Le plan ORSEC de zone.

Il est préparé par le préfet de zone de défense ; il prévoit des mesures de sauvegarde et coordonne les moyens de secours publics dans la zone de défense.

Ces moyens sont attribués à la direction des opérations de secours.

- Le plan ORSEC départemental.

Il est préparé par un représentant de l'état dans le département ; il prévoit les mesures de sauvegarde et coordonne les moyens de secours publics dans le département.

Lorsque les circonstances le justifient, le représentant de l'état déclenche ce plan.

Le préfet est donc le seul à pouvoir prendre l'initiative de déclencher le plan ORSEC dans son département. Il rend compte de la situation au ministère de l'intérieur, et au préfet de zone.

Le déclenchement du plan comporte plusieurs temps :

-L'alerte sera diffusée au secrétaire général de la préfecture, et des sous-préfectures, au DDSIS, et aux chefs de services ORSEC.

-L'engagement des secours avec la constitution de l'organe de commandement comprenant ses 2 PC (poste de commandement avec un PC fixe et PC opérationnel) et la mise en place des groupements.

b. Les plans d'urgences :

Ces plans prévoient des mesures et des moyens à mettre en place lors des risques de nature particulière, ou bien liés à l'existence et au fonctionnement de certaines installations.

Leur mise en place ne doit pas être un obstacle au déclenchement du plan ORSEC.

Il existe 3 plans d'urgences :

- Les plans particuliers d'intervention (PPI) :

Ils sont préparés par le représentant de l'état au niveau du département, après concertation avec les maires et l'exploitant concerné. Ils définissent des mesures à prendre lors de sinistres affectant des installations ou ouvrages particuliers telles que les installations nucléaires, les stockages de gaz toxiques, gaz comprimés, gaz liquéfiés, les aménagements hydrauliques et les lieux de transit d'activités présentant des dangers graves à l'extérieur.

L'exploitant est tenu, à la demande du préfet de participer à des exercices d'application des dispositions du plan. Des consignes de sécurité sont destinées à la population vivant dans la zone concernée, et celles-ci sont placées dans des lieux publics et distribuées aux personnes qui en font la demande.

- Les plans de secours spécialisés (PSS) :

Ils sont établis pour faire face aux risques technologiques qui n'ont pas fait l'objet d'un PPI ou aux risques liés à un accident ou sinistre de nature à porter atteinte à la vie et à l'intégrité des personnes, aux biens et à l'environnement.

Le PSS est préparé selon le risque par le préfet en relation avec les services et les organismes dont les moyens peuvent être mis en œuvre. Le plan est notifié aux maires, ainsi qu'aux services et organismes professionnels concernés. Des PSS peuvent être réalisés lors des grands rassemblements de foule.

- Les plans destinés à porter secours à de nombreuses victimes : Le plan ROUGE.

Ce plan mérite plus d'attention, car il implique notamment des moyens médicaux.

Il est déclenché par le commissaire de la république, et s'applique lors de catastrophes à effet limité (ex : déraillement de trains). Il permet un engagement rapide et coordonné des moyens de sauvetage, de secours et de soins médicaux.

Le plan rouge a été créé en 1974, spécifiquement à la brigade des sapeurs-pompiers de Paris.

Sa mise en œuvre reposait sur 2 critères :

1. Nombre de victimes en général au dessus de 10.
2. Les risques évolutifs dans le temps et dans l'espace entraînant la probabilité de victimes potentielles à secourir.

En octobre 1986, une circulaire demande à tous les préfets d'établir un plan similaire dans leur département.

Ce plan prévoit des procédures de secours d'urgence à mettre en œuvre lors d'évènements entraînant de nombreuses victimes. Il détermine les moyens et notamment médicaux affectés à cette mission (loi du 6 mai 1988 relatif à la sécurité civile).

Chaque plan est préparé par le préfet en liaison avec les autorités locales, ainsi que les services et organismes participant à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

Il est déclenché selon les 2 critères cités ci-dessus.

Les conditions de réussite du plan ROUGE reposent sur :

- La rapidité de la mise en place des moyens.

- L'organisation rationnelle du commandement.
- L'emploi de moyens suffisants et adaptés.
- La coordination dans la mise en œuvre des moyens.

NB : Les moyens « Plan Rouge » peuvent être mis en œuvre parfois sans accord du préfet . Le CODIS peut donc anticiper sur ces moyens, et après décision du préfet le « Plan Rouge » sera donc déclenché.

Son déclenchement est réalisé lors des incendies importants (immeubles d'habitation, locaux recevant du public, établissements industriels , établissements de soins) ; lors des accidents du trafic (routier, ferroviaire de surface ou souterrain, aérien, fluvial, maritime) ;lors des accidents de travail (mécaniques, chimiques, bactériologiques, radiologiques) ; lors des accidents géologiques (effondrements d'immeubles, glissements de terrain), les accidents météorologiques (inondations) ; des accidents sociaux (explosions criminelles, fusillades, prises d'otages, émeutes, mouvements de foule).

En cas de déclenchement d'un plan ORSEC ou d'un plan d'urgence, les opérations sont placées, dans chaque département sous l'autorité du préfet de département. Lorsque plusieurs départements sont touchés, qu'il y ait ou non déclenchement de l'un de ces plans, le premier ministre peut placer l'ensemble des opérations de secours sous la direction du préfet de l'un de ces départements. Pour accomplir ces missions , les autorités de l'état peuvent réquisitionner des moyens privés de secours si nécessaire.

En conclusion :

Nous avons donc vu à travers ce long chapitre, l'importante place qu'occupent les médecins sapeurs-pompiers dans la chaîne de secours médical.

Le secours à personne reste donc l'une des grandes missions du SSSM , bien défini dans les textes qui ont été cités.

Ces missions de secours sont bien évidemment partagées avec les médecins des autres structures. En milieu urbain, la médicalisation des secours est le plus souvent assurée par les équipes SMUR du SAMU mais peut également fonctionner avec les médecins sapeurs-pompiers.

Les hôpitaux sont en général implantés dans les villes de moyenne et grande importance ; les secours en milieu rural sont très souvent assurés par les médecins sapeurs-pompiers qui confient ensuite les victimes aux équipes hospitalières.

2. Les interventions hors frontières.

Le SSSM participe aux actions humanitaires internationales de deux manières :

2.1. Par la mise en œuvre des détachements d'intervention.

Ces détachements sont mis en œuvre par la sécurité civile pour répondre à la demande d'aide d'un pays, victime d'une catastrophe.

Ces détachements comportent :

- Le DICA :

C'est le détachement d'intervention catastrophe aéromobile, qui est un élément technique de sauvetage et de déblaiement. Les DICA comprennent 3 équipes destinées surtout à la médicalisation de l'avant.

- Le DAM :

Il s'agit du détachement d'appui médical, qui correspond à des sites médicaux intermédiaire fonctionnant comme un dispensaire ou comme un centre de réanimation et de conditionnement médical en attendant l'évacuation.

- l'ESCRIM :

C'est un élément de sécurité civile rapide d'intervention médicale. Il s'agit d'une structure d'hospitalisation médico-chirurgicale disposant d'un laboratoire de biologie, d'un équipement radiologique et échographique, d'un bloc opératoire à potentialité viscérale, orthopédique et obstétricale. Il comprend des lits d'hospitalisation et de réanimation.

- Le DACO :

C'est le détachement avancé de coordination opérationnelle, qui coordonne les structures précédentes.

2.2. Par les missions humanitaires.

Il s'agit de missions de soins, d'équipements médico-chirurgicaux ou de formation en techniques de secours ou de soins.

Les SDIS réunissent toutes les compétences techniques, logistiques et médicales permettant d'assurer ces missions pluridisciplinaires.

Les interventions hors frontières du SSSM, permettent le secours par des équipes professionnelles disposant de matériaux adaptés.

Depuis ces vingt dernières années, les actions humanitaires se sont beaucoup développées.

Les SSSM compte tenu de leur savoir faire, devront dans l'avenir participer davantage à ces missions.

« Ces actions s'inscrivent de façon naturelle dans la vocation générale des sapeurs-pompiers de servir et d'aider partout où le besoin le nécessite ».

D. LE ROLE DU MEDECIN-CHEF.

Au sein du SDIS, le service de santé et de secours médical est dirigé par un médecin-chef assisté le cas échéant par un pharmacien-chef.

Le médecin ou le pharmacien-chef ont au moins le grade de commandant. Ils sont nommés par un arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du président du CASIS, sur proposition du préfet après avis du directeur départemental du service d'incendie et de secours.

I. Ses missions.

Il anime, coordonne et contrôle les services de santé et de secours médical des corps de sapeurs-pompiers et du corps départemental. Il est assisté d'une commission médicale consultative présidée par lui-même et qui comprend 3 médecins dont le médecin-chef adjoint, et de 2 pharmaciens. Cette commission donne son avis sur des questions concernant les missions du médecin-chef, ou donne un avis à la demande des médecins des corps au sujet de l'aptitude physique des sapeurs-pompiers volontaires.

Ses missions sont :

- De veiller au respect des règles d'hygiène et de sécurité des corps de sapeurs-pompiers.
- D'animer, de coordonner et de contrôler l'enseignement du secourisme.

- Contrôler la formation technique des médecins sapeurs-pompiers.
- Veiller à l'efficacité opérationnelle du SSSM des corps de sapeurs-pompiers.
- Conseiller les collectivités et établissements de coopération intercommunale, afin d'assurer la mise en place des moyens nécessaires au fonctionnement du SSSM dans les corps.
- Donner au président du CASIS ou au directeur du SDIS son avis sur l'acquisition de matériels médicaux ou d'équipements médicaux ou pharmaceutiques.
- Participer à l'élaboration de l'organisation des secours, notamment en matière médicale, et de leur mise en œuvre opérationnelle en coordination avec l'ensemble des autres services publics et les organismes privés compétents en matière de secours médical d'urgence et de transport sanitaire.

II. Les conditions d'exercice.

Le médecin-chef exerce son art en toute indépendance, avec le respect du code de déontologie. Pour ce qui ne relève pas de son domaine, il est sous l'autorité administrative du directeur départemental du service d'incendie et de secours. Il est inscrit au conseil de l'ordre des médecins.

III. La responsabilité.

Il est responsable de l'autorité qui lui est attribuée de part sa nomination, et il est responsable de l'exécution des ordres qu'il donne. Il n'est déchargé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité de ses subordonnés.

IV. La protection.

Il bénéficie conformément au code pénal de protection contre les menaces, outrages, injures, diffamations en cours d'exercice. Le préfet est tenu de le protéger contre les menaces, attaques quelle que soit la nature.

V. Son dossier individuel.

Son dossier ainsi que celui du médecin-chef adjoint est tenu par le préfet. Le dossier doit comporter toutes les pièces concernant sa situation administrative.

Ces pièces doivent être enregistrées, numérotées et classées sans discontinuité. Le dossier ne doit en aucun cas avoir une mention concernant les idées politiques, philosophiques ou religieuses.

VI. La discipline.

Il est passible en sa qualité d'officier sapeur-pompier de peines disciplinaires prévues par le code des communes.

La procédure disciplinaire applicable est la même pour les médecins et pharmaciens commandant au grade supérieur.

Le préfet peut également déférer un officier devant le conseil départemental d'enquête prévu par le code des communes et comprenant 3 maires et 3 membres du conseil général ne siégeant pas au conseil d'enquête paritaire.

VII. La rémunération.

Le médecin-chef volontaire bénéficie :

- Des vacations horaires aux taux des officiers sapeurs-pompiers.
- Des indemnités de fonction annuelle sont fixées par le CASDIS.
- D'une indemnité kilométrique pour tout déplacement lors de ses fonctions dans sa voiture personnelle ou moyens de transport payant (décret du 10 août 1966 en faveur des fonctionnaires).

VIII. La garantie.

En cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service, il bénéficie des mêmes garanties que les officiers sapeurs-pompiers volontaires.

E. LA RESPONSABILITE MEDICALE.

Le médecin sapeur-pompier est docteur en médecine, donc il doit être obligatoirement inscrit au conseil de l'ordre des médecins. Les grands principes de la responsabilité professionnelle médicale sont identiques à ceux de ses confrères.

Les applications médico-légales de la fonction du médecin sapeur-pompier mettent en jeu sa responsabilité pénale, civile et administrative.

- La faute pénale.

Elle peut être évoquée pour coups, blessures et homicides involontaires (art. 221.6 et 221.8 du code pénal). Il peut s'agir d'une imprudence, d'une inattention, d'une négligence, d'une maladresse, d'un manque de précaution ou d'inobservation des règlements.

- La responsabilité civile.

Elle est régie par les articles 1382-1383 du code civil ; dans le domaine de l'imprudence ou de la négligence nous sommes responsables du dommage que nous causons par leur propre fait, mais aussi de celui causé par des personnes dont nous répondons (équipe de soignants...).

Selon l'article 1384 du code civil , nous sommes aussi responsables même sans faute, des choses que nous avons sous notre garde.

Le médecin sapeur-pompier doit par conséquent se soucier de sa formation personnelle, mais aussi celle des membres de son équipe ; il doit également se soucier du bon fonctionnement du matériel qui lui est confié. Il ne doit pas hésiter à faire appel en cas de besoin à des secours complémentaires spécialisés.

- La responsabilité administrative.

Qu'il soit professionnel ou volontaire, le médecin sapeur-pompier est sur le plan juridique chargé d'une mission de service public.

C'est l'administration qui est civilement responsable, c'est-à-dire qu'elle assure les conséquences pécuniaires de la responsabilité du service. A l'exception d'une faute personnelle grave du praticien considéré comme détachable du service, le médecin sapeur-pompier bénéficie comme les médecins des hôpitaux publics de la juridiction administrative.

L'administration dispose par rapport aux médecins qui engagent leur responsabilité administrative, d'une action disciplinaire et d'une action récursoire afin de se faire rembourser des dédommagements qu'elle a versé aux victimes.

Il est donc indispensable que tout médecin sapeur-pompier possédant un contrat d'assurance professionnelle, fasse préciser son activité de médecin sapeur-pompier par un avenant.

Nous allons étudier maintenant les principales situations pouvant poser un problème médico-légal pour le médecin sapeur-pompier et rappeler quelques articles importants du code de déontologie.

I. Le secret médical.

Il concerne la maladie, les blessures et l'état de santé des personnes, ainsi que toute connaissance acquise auprès du malade, du blessé et de sa famille lors des soins. Il s'agit d'une forme particulière du secret professionnel ; il s'applique également à tous les sapeurs-pompier !

Nous allons voir de façon assez succincte quelques textes qui s'appliquent aux activités du médecin sapeur-pompier.

Tout d'abord, rappelons l'article 226.13 du code pénal qui dit : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par un état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est puni d'un an d'emprisonnement et de 100 000 francs d'amende* ».

L'article 226.14 du code pénal dit : « *L'article 226.13 n'est pas applicable dans le cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :*

-A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou de privations , y compris lorsqu' il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.

-Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la république les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises ».

Le code de déontologie rappelle l'obligation faite aux médecins; il ne s'agit pas ici de reprendre tout le code de déontologie que tout médecin est sensé connaître, mais seulement de faire un rappel sur quelques articles.

-L'article 4 : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ».

-L'article 72 : « *Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle* ».

-L'article 73 : « *Le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents. Il en va de même des informations médicales dont il peut être le détenteur. Le médecin doit faire en sorte, lorsqu'il utilise son expérience ou ses documents à des fins de publications scientifiques ou d'enseignement, que l'identification des personnes ne soit pas possible. A défaut, leur accord doit être obtenu* ».

Remarque :

-Le secret médical au sein des corps ou des directions :

Le secret s'impose pour les visites médicales d'embauche, annuelles, de réengagement, d'aptitude physique ; il s'impose aussi lors des décisions d'aptitude vis-à-vis de l'administration, et sur la tenue des dossiers médicaux.

Le médecin joue un rôle très important dans l'information et la formation des sapeurs-pompiers vis-à-vis du secret médical.

-Le secret médical dans l'activité de secours et la médecine de catastrophe :

Les liaisons radio-téléphoniques pour transmettre les bilans cliniques au SAMU peuvent être écoutées. Il paraît donc indispensable de ne pas divulguer les identités des victimes, d'évoquer la nature de l'intervention si besoin, et de rester objectif et technique dans le vocabulaire utilisé. Lorsque les sapeurs-pompiers travaillent en collaboration avec des secouristes, la police, la gendarmerie... , les commentaires avec le médecin sapeur-pompier doivent rester d'ordre général ; les informations destinées aux autres intervenants doivent préserver les intérêts des victimes.

Le secret médical est souvent difficile à respecter et à faire respecter dans le cadre interventionnel.

Il est également important de signaler que le secret médical ne s'éteint pas après la mort du patient ; le serment d'Hippocrate : « *mis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés...* ».

II. Les certificats médicaux :

Le code de déontologie fait l'obligation aux médecins de délivrer les certificats aux malades ou blessés qui en font la demande.

Le médecin sapeur-pompier est amené à faire des certificats destinés d'une part aux victimes, et d'autre part aux sapeurs-pompiers.

Il est important de conserver le double des certificats, afin de se justifier en cas de besoin.

1. Les certificats destinés aux blessés et aux malades secourus.

Ces certificats sont les suivants :

- Le certificat initial descriptif, qui permet aux personnes d'établir un lien de causalité entre l'accident et les séquelles présentées lorsqu'elles se trouvent devant un médecin conseil ou un expert près de la cour d'appel. Ce certificat doit comporter la durée de l'ITT, et être rédigé le plus rapidement possible.

- Le certificat de coups et blessures volontaires : il doit être descriptif et très précis ; il doit mentionner les soins à prodiguer et les éventuelles séquelles. Et enfin il importe de mentionner la durée de l'ITT (incapacité totale de travail).

- Le certificat de décès : il est rendu obligatoire par le code civil.

- Le certificat de non hospitalisation. Les forces de l'ordre peuvent être en mesure de le demander quand un sujet présente un état d'ivresse sur la voie publique . Il faut tout de même lors de l'examen clinique éliminer une pathologie intercurrente, dans le doute il ne faut pas hésiter l'hospitalisation.

- Les certificats d'internement. La loi du 27 juin 1990 prévoit 3 sortes d'internement :

- L'hospitalisation libre :

L'hospitalisation si cela le justifie, se fait avec le consentement du malade. Il s'agit d'une hospitalisation banale comme dans tout service médical.

- L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT).

Elle s'adresse à un malade dont l'état mental rend impossible son consentement à l'hospitalisation dans un établissement psychiatrique. Il faut une demande manuscrite d'une tierce personne (membre de la famille ou personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient), et de 2 certificats médicaux dont l'un est fait par un médecin extérieur au lieu d'accueil.

- L'hospitalisation d'office (HO).

Elle concerne un malade dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Un seul certificat médical est nécessaire, fait par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil. En cas d'urgence, lors d'un danger imminent pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical ou à défaut par la notoriété publique, les maires ou les commissaires de police peuvent en faire la demande, et doivent en référer dans les 24 heures au préfet qui va statuer sans délai, et prononcer l'arrêté d'HO.

2. Les certificats destinés aux sapeurs-pompiers.

- Le certificat d'aptitude aux épreuves sportives pour devenir sapeur-pompier volontaire
Il peut être délivré par tout docteur en médecine, sauf dans le cas d'une mauvaise condition physique.

- Le certificat de visite d'engagement d'un sapeur-pompier volontaire.
L'aptitude médicale a déjà été décrite dans le chapitre concerné.

- Le certificat d'aptitude d'embauche des sapeurs-pompiers professionnels.
Seul le médecin sapeur-pompier peut délivrer ce certificat ; l'aptitude médicale a également été décrit dans les chapitres précédents.

- Le certificat d'aptitude périodique.
L'examen des volontaires ou professionnels varie en fonction de l'âge ; chaque visite doit se terminer par la rédaction d'un certificat d'aptitude ou d'inaptitude temporaire ou définitive.

- Le certificat de vaccination anti-tétanique.
Tout sapeur-pompier volontaire doit être à jour de sa vaccination anti-tétanique. Le médecin sapeur-pompier peut être conduit à délivrer ce certificat.

- Le certificat d'accident de travail.
Les sapeurs-pompiers peuvent se blesser en cours d'intervention ; le médecin sapeur-pompier est donc amené à établir le certificat initial d'accident de travail. Celui-ci doit être rédigé de façon très précise afin de protéger les droits du sapeur-pompier concerné.

- Le certificat d'aptitude à la conduite de poids lourds et des VSAB.

Ce type de certificat ne peut être réalisé que par des médecins agréés, et faisant partie de la commission médicale du permis de conduire. Le préfet peut à la demande du DDSIS et du médecin-chef, désigner des médecins sapeurs-pompiers qualifiés pour pratiquer ces visites d'aptitude.

- Le certificat d'aptitude à la plongée.

Seuls les médecins fédéraux des sports sous-marins, les médecins titulaires d'un diplôme universitaire de médecine de sport, et ceux titulaires d'une attestation délivrée par la direction de la sécurité civile pour une durée déterminée peuvent fournir ce certificat.

III. Les réquisitions.

Il s'agit d'une injonction faite à tout médecin, par les autorités administratives ou judiciaires, pour effectuer une mission médico-légale. L'article 60 du code pénal dit : « *S'il y a lieu de procéder à des constatations ou des examens techniques et scientifiques qui ne peuvent être différés, l'officier de police judiciaire a recours à toute personne qualifiée* ».

La réquisition est une obligation, sous peine de sanction en cas de refus. La réquisition doit être écrite et doit comporter la mission. Les conditions habituelles de réquisition sont les suivantes : les coups et blessures volontaires et involontaires, les agressions sexuelles, le diagnostic d'alcoolisme, la garde à vue, le constat de décès, la recherche des causes de la mort si la cause est inconnue ou suspecte.

Selon l'article 107 du code de déontologie, le médecin expert doit informer la personne qu'il doit examiner de sa mission ; par ailleurs dans son rapport il ne doit tenir porter que des constatations médicales. La réquisition ne le libère pas du secret professionnel.

IV. Les problèmes médico-légaux et juridiques dans le cadre des interventions de secours.

Les activités des sapeurs-pompiers sont de plus en plus nombreuses, et cela peut impliquer des problèmes médico-légaux et juridiques. Ces problèmes peuvent survenir à tous les niveaux.

1. Lors de l'appel.

Nul n'aurait pu penser un instant que les sapeurs-pompiers puissent refuser un appel. Mais les médecins sapeurs-pompiers, volontaires et praticiens libéraux pour la plupart, peuvent se trouver dans une situation délicate quand ils reçoivent un appel des sapeurs-pompiers. Le choix est souvent rendu très difficile entre la responsabilité vis-à-vis d'un patient déjà pris en charge et l'obligation de porter secours à personnes. Tout médecin a donc l'obligation de porter secours selon l'article 9 du code de déontologie qui dit : « *Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires* ».

Pour faciliter les missions des médecins sapeurs-pompiers, il semble nécessaire au SDIS de mettre en place un système de couverture médicale des opérations. Par ailleurs, il paraît nécessaire que les informations qui lui parviennent soient les plus précises possible.

2. Le consentement.

Selon l'article 36 du code de déontologie qui dit : « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade en état d'exprimer sa*

volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ces proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies par l'article 42 ».

Cette obligation du consentement s'applique pour l'orientation de la victime, qui est capable d'exprimer son choix de l'établissement de soins où elle souhaite aller.

Le consentement doit également s'appliquer lors des soins et de l'acte médical nécessaires avant l'hospitalisation. Celui-ci doit s'obtenir par une information ; « *L'information médicale doit être simple, intelligente, approximative, et loyale permettant de prendre la décision qui paraît s'imposer* ». (cour de cassation).

Quand le malade ou le blessé n'est pas en état d'exprimer sa volonté, et que la famille ne peut pas être contactée, le médecin reste le seul juge à la décision. Dans le cas de l'urgence vraie, le choix du lieu d'hospitalisation par le patient n'est pas toujours pleinement respecté !

3. Le refus des soins.

Il peut arriver qu'une victime ne ressentant aucun trouble, puisse refuser son évacuation vers un centre de soins. Ce refus de soins constitue un des droits des patients sur leur propre corps. Il y a quelques cas particuliers, où ce refus est une faute et notamment chez les alcooliques, les toxicomanes et les maladies vénériennes ; mais aussi lors d'un accident de travail où le sujet doit se soumettre à tous les soins susceptibles de réduire son incapacité de travail.

Même si nous faisons signer une feuille de décharge, le refus de soins ne dégage en aucun cas la responsabilité des sauveteurs. Cette attestation de refus de soins n'a pas de valeur légale et ne peut constituer une décharge totale de la responsabilité. A ce sujet le flou juridique est certain.

La cour de cassation a néanmoins arrêté : « *Que le délit ne saurait être retenu à l'encontre d'un médecin qui a ordonné une thérapeutique adéquate, non appliquée en raison du refus obstiné et agressif du malade de se soumettre aux soins prescrits* ».

4. Les personnes décédées.

Le transport de personnes décédées ne peut se faire en aucun cas par un VSAB ou des VTU (véhicule tout utilité).

Si un médecin sapeur-pompier est appelé pour constater un décès, le certificat sera remis aux forces de l'ordre qui feront appel aux pompes-funèbres.

5. Les problèmes des remplaçants.

La nomination des officiers est fixée par un arrêté conjoint du préfet et un représentant de la collectivité territoriale, sa nomination est personnelle. Les médecins remplaçants ne bénéficient pas de cette nomination, et ne peuvent en aucun cas être considérés comme des médecins sapeurs-pompiers. S'il participe à une intervention avec les pompiers, le remplaçant est considéré comme tout médecin libéral.

6. Cas particuliers des personnes agitées.

Compte tenu de la loi du 27 juin 1990 pour les malades psychiatriques, et celle du 30 décembre 1970 concernant les toxicomanes, en dehors d'une urgence vitale, les secours à ces personnes ne rentrent pas dans les missions des sapeurs-pompiers, mais plutôt des services hospitaliers.

7. Les problèmes du sapeur-pompier volontaire en arrêt de travail.

Le sapeur-pompier volontaire est tenu de signaler son arrêt de travail à son employeur ; mais il n'est pas tenu de le signaler au SDIS de même que ses congés. Par conséquent, il peut arriver qu'un corps de sapeur-pompier puisse se retrouver en manque d'effectif. Par ailleurs, il n'y a pas de visite médicale prévue de reprise de travail après un long arrêt ! il serait judicieux dans l'avenir de prendre des dispositions pour pallier à ces problèmes.

V. L'obligation de formation continue.

L'article 11 du code de déontologie précise que tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances. Ceci est d'autant plus important pour le médecin sapeur-pompier, car les techniques de réanimation évoluent de plus en plus vite, avec des produits pas toujours faciles à manier. Il importe donc de se former régulièrement soit par le biais d'associations de médecins sapeurs-pompiers, soit en participant à une FMC avec d'autres médecins.

La plupart des médecins sapeurs-pompiers sont des médecins généralistes de formation, et sont souvent amenés à réaliser des gestes très techniques de réanimation. La formation à ce niveau doit être très pointue, et doit être surveillée par le médecin-chef.

Il ne faut pas aller au delà de ce que nous savons faire, et il ne faut pas hésiter à faire appel aux confrères (médecins libéraux, médecins SAMU ...) car la vie d'une personne en dépend !

VI. L'obligation de confraternité.

L'article 56 du code de déontologie dit : « *Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Un médecin qui a un différent avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité* ».

Il faut donc éviter que les conflits entre les différentes administrations n'aient trop de répercussion sur le terrain. Les intervenants qu'ils soient soit blanc ou rouge, sont tous des médecins, et doivent travailler en collaboration afin de préserver la qualité des interventions.

En conclusion :

Au terme de ce chapitre, nous avons pu revoir quelques articles du code de déontologie qui paraissent indispensables à l'exercice du médecin sapeur-pompier, sans oublier évidemment que ce code est l'obligation de tout médecin !

Aujourd'hui, la responsabilité médicale exige des médecins d'en connaître les fondements, les perspectives d'évolution ainsi que les conséquences juridiques qui en découlent.

Non seulement, nous devons être conscient de la responsabilité morale et éthique, mais aussi nous devons prendre conscience de la nécessité d'avoir une certaine culture judiciaire.

« *L'exercice médical dans une certaine sécurité juridique, ambitionnant la maîtrise du risque pénal, nécessite rigueur, prudence, attention constante à porter au patient avec respect et humanisme, et connaissance de la réalité médico-judiciaire* ».

**L'ORGANISATION DU SERVICE DEPARTEMENTAL
D'INCENDIE ET DE SECOURS DE LA CORREZE**

Le SDIS est un établissement public départemental créé par délibération du conseil général. Ce service est chargé de la lutte et de la protection contre les incendies et contre les autres accidents, sinistres et catastrophes. Il participe avec les autres services concernés aux secours à personnes, et à la prévention des risques de toute nature ainsi qu'à la protection des personnes, des biens et de l'environnement.

Sous l'autorité du préfet de la Corrèze, le directeur départemental du service d'incendie et de secours est chargé de la mise en œuvre opérationnelle des moyens du SDIS et des corps en service dans le département.

A. Le conseil d'administration de la Corrèze.

Le SDIS est administré par un conseil d'administration composé de représentants du département, des communes et d'EPCI (établissement public de coopération intercommunale).

Ce conseil est composé de :

- 8 sièges répartis par moitié entre le département et les communes (4 représentants du conseil général, 3 maires et 1 président d'EPCI).
- 14 sièges répartis proportionnellement aux contributions (4 représentants du CG, 10 maires).
- Assistent en outre aux réunions du CA, le DDSIS, le médecin-chef, 2 sapeurs-pompiers professionnels dont un officier, et 2 sapeurs-pompiers volontaires dont également un officier.
- Le préfet assiste de plein droit aux séances du CA.

Rappelons que le SDIS comporte un corps départemental composé de centres d'incendie et de secours ; il comporte également de corps communaux et intercommunaux.

Mais une loi du 6 mai 1996 relatif à la départementalisation des SDIS fera qu'il n'existera plus qu'un seul corps, « le Corps Départemental » qui regroupera tous les centres d'incendie et de secours, et ceci doit être appliqué dans les 5 ans qui suivent c'est-à-dire jusqu'à 2001. Ainsi, le SDIS 19 est départementalisé depuis le 1^{er} Janvier 2000.

B. La Départementalisation du SDIS.

En fait il s'agit d'une modalité de gestion des ressources humaines et matérielles consacrées à la lutte contre les incendies et autres accidents, sinistres et catastrophes et à la protection des personnes, des biens et de l'environnement. Pour sa réalisation il faut les 2 conditions suivantes :

- Le service départemental est seul compétent pour la gestion des personnels, des finances, et des matériels.

- Il existe un seul corps départemental pour la couverture opérationnelle de l'ensemble du département, placé sous l'autorité du directeur départemental des services d'incendie et des secours.

La départementalisation correspond à un transfert de pouvoir au SDIS des pouvoirs de gestion qui étaient exercés auparavant par les communes et les établissements publics intercommunaux. Cette départementalisation est entière si les établissements publics de coopération intercommunale, y compris les communautés urbaines donnent leur consentement à ce transfert de pouvoir au SDIS.

La départementalisation permet de rationaliser la gestion des SIS, et va permettre d'accroître leur efficacité opérationnelle.

Les avantages que peut apporter cette départementalisation sont les suivants :

- Un commandement unique pour l'ensemble des sapeurs-pompiers. Le DDSIS est le chef du corps départemental.

- Une meilleure efficacité de la chaîne de commandement ; les responsabilités opérationnelles sont clarifiées, l'entraînement sera plus homogène.

- Elle permettra au préfet et au directeur départemental des services d'incendie et de secours de mieux répartir les moyens pour répondre aux missions.

- Elle permettra des avantages sur le plan social et humain, et notamment en ce qui concerne la formation des volontaires, les mutations ou reclassements. Un règlement intérieur fixe les règles du régime de travail, d'astreinte, de repos et de formation homogènes à l'ensemble des sapeurs-pompiers du département.

- La création du corps départemental permet de confier les activités de gestion aux professionnels, et de laisser aux chefs de centre volontaires pour la majorité de se consacrer à leur mission (intervention, formation).

- Elle permettra de mieux maîtriser les dépenses des services d'incendie et de secours par la programmation des actions dans tous les domaines ; une meilleure gestion du matériel roulant, l'optimisation du CODIS qui permet une gestion opérationnelle et centralisée des moyens.

En définitive, cette départementalisation établit une égalité pour tous les habitants, par une meilleure répartition des secours quelle que soit la richesse de la commune.

C. L'organisation territoriale du SDIS 19.

L'organisation territoriale du SDIS, tenant compte du SDACR (schéma départemental d'analyse et de couverture des risques qui dresse l'inventaire des risques de toute nature auxquels le SDIS doit faire face) comprend des centres d'incendie et de secours classés en :

- CSP (centre de secours principal).

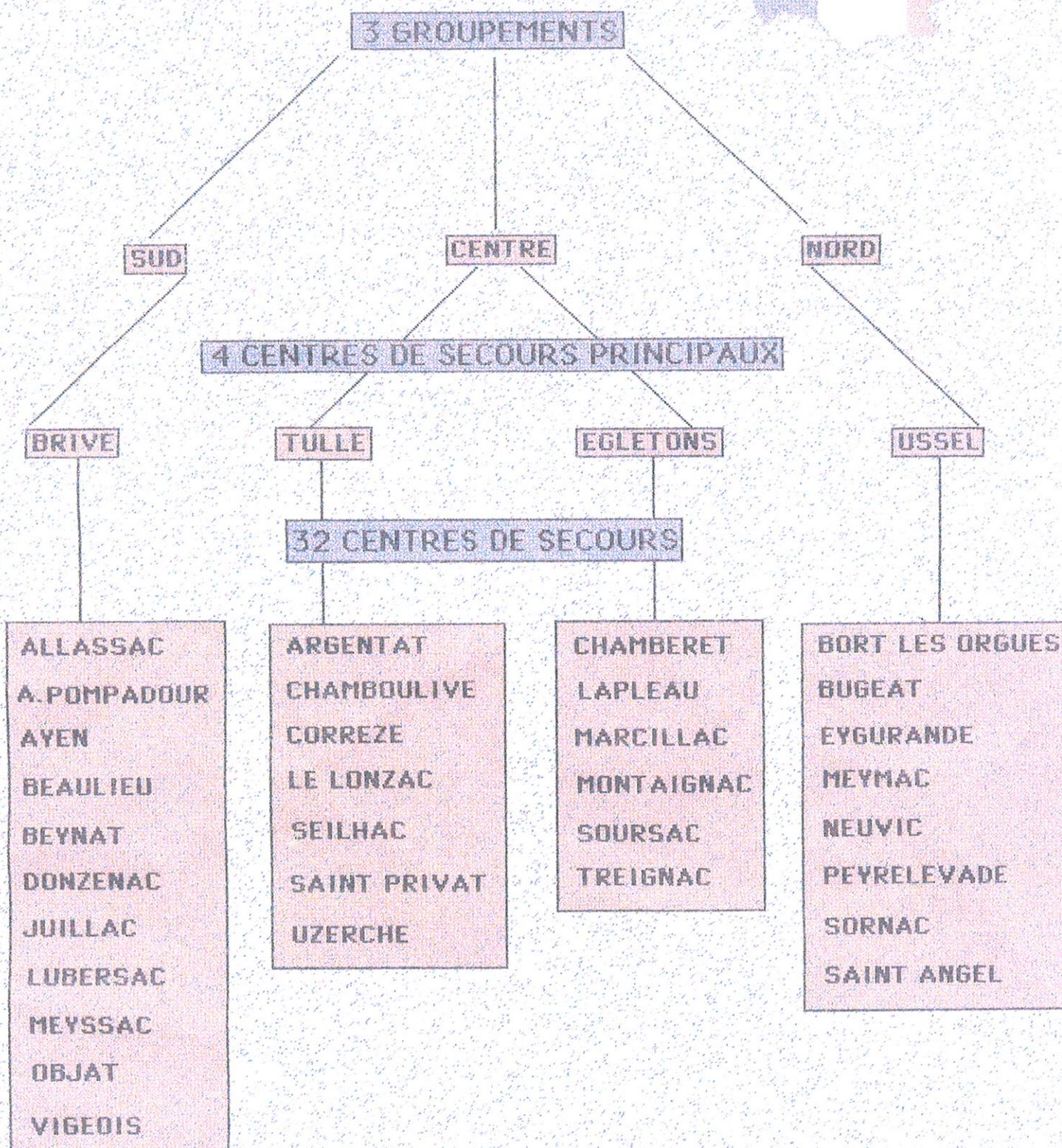
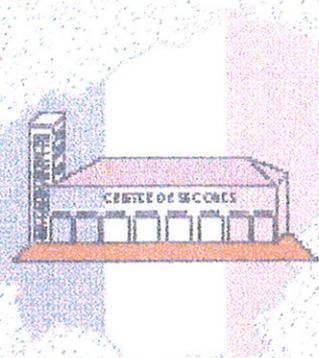
- CS (centre de secours).

- CPI (centre de première intervention).

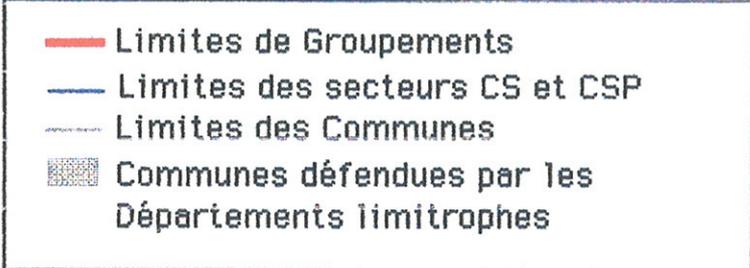
Ces centres appartiennent à trois groupements NORD, CENTRE, et SUD.

Le schéma de l'organisation territoriale.

○ ORGANISATION TERRITORIALE

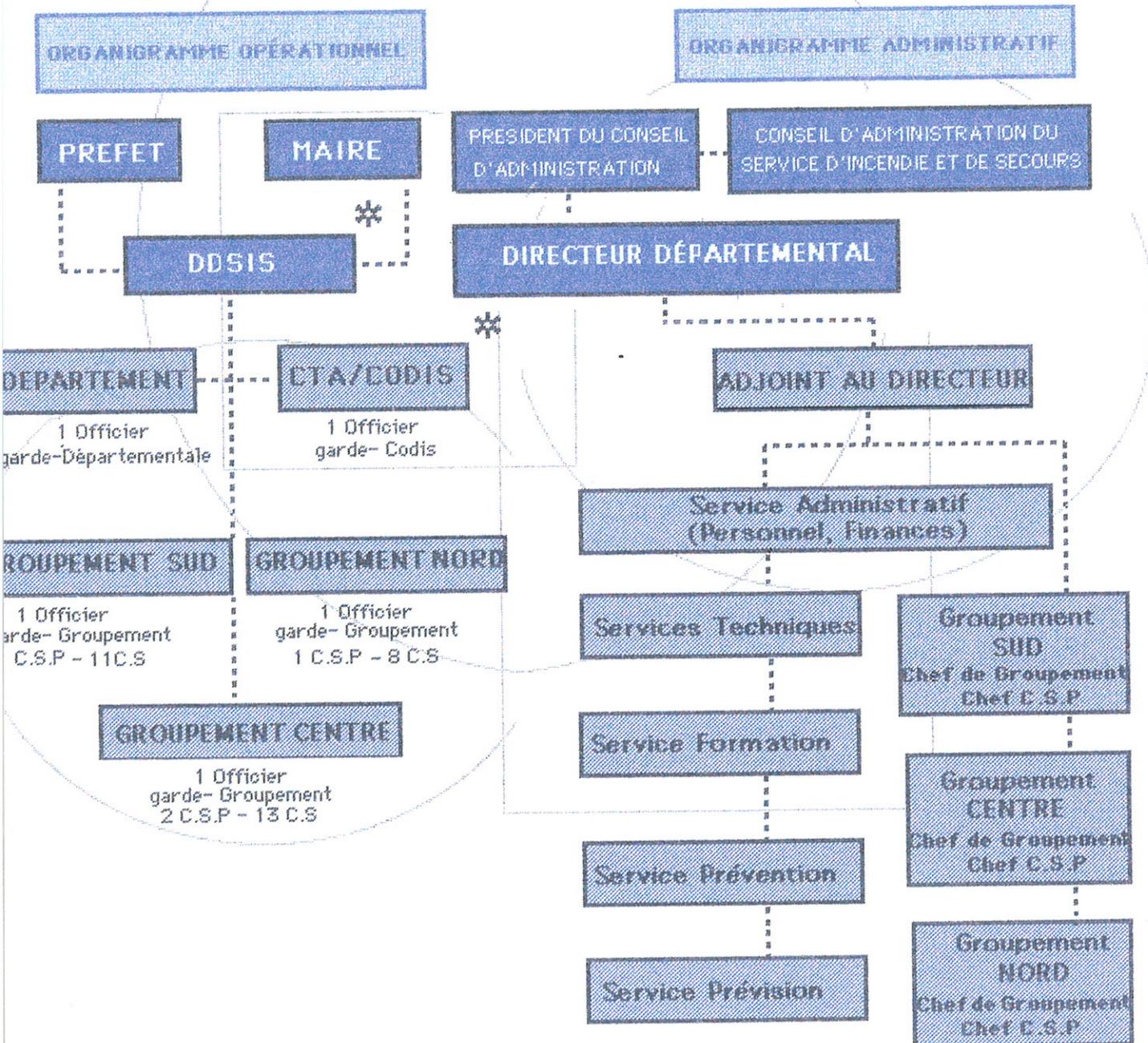


GROUPEMENTS ET SECTEURS D'INTERVENTION DES CSP ET DES CS



CHAINE DE COMMANDEMENT

ORGANISATION OPERATIONNELLE ET ADMINISTRATIVE DU SDIS DE LA CORREZE



- C.T.A : Centre de Traitement des Alertes
- C.O.D.I.S : Centre Opérationnel Départemental D'Incendie et de Secours
- D.D.S.I.S : Directeur Départemental des Services d'Incendie et de Secours
- S.D.I.S : Service Départemental d'Incendie et de Secours
- C.R.R.A.15 : Centre de Réception et de Régulation des Appels 15

Commentaires :

Tous les jours, 24H/ 24 ,cette organisation veille sur le département. Le CODIS/ CTA réceptionne les appels, gère les départs, les interventions, coordonne l'engagement et le suivi des moyens de secours et de lutte contre les incendies.

En 1999, un CODIS-CTA unique a été mis en place dans les locaux de la direction départementale des services d'incendie et de secours de la corréze. Ces nouveaux bâtiments abritent également le CRRA 15 du SAMU.

IV. Les délais de route des interventions.

- Estimation de la vitesse de déplacement :

-Mauvaises routes : 30 Km/ h.

-Routes correctes : 60 Km/ h.

-Bonnes routes : 80 Km/ h.

- Hypothèses à prendre en compte.

-Trajet effectué par un fourgon pompe tonne ou autre engin lourd.

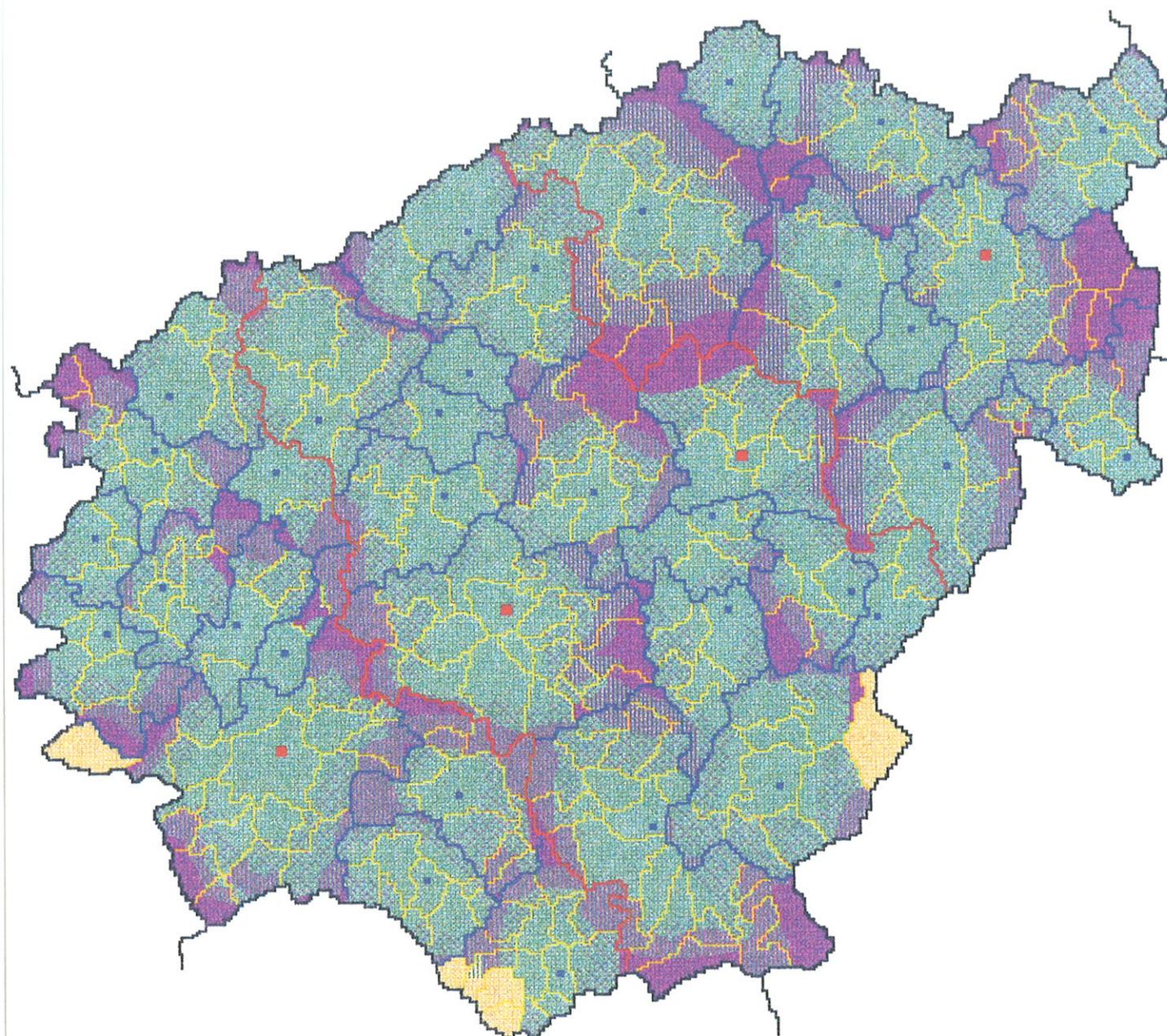
-Départ du centre du secours.

-Temps entre appel et départ non pris en compte.

Les délais de rassemblement des personnels à leur centre de secours ou centre de secours principal venant s'ajouter aux délais indiqués, peuvent être estimés en moyenne à deux minutes pour un corps de sapeurs-pompiers professionnels et à sept minutes pour un corps de sapeurs-pompiers volontaires.

Les secteurs situés à plus de 20 minutes sont généralement des zones à faible densité de population (de 4 à 7 habitants / km²), mais le risque de feux de forêts demeure.

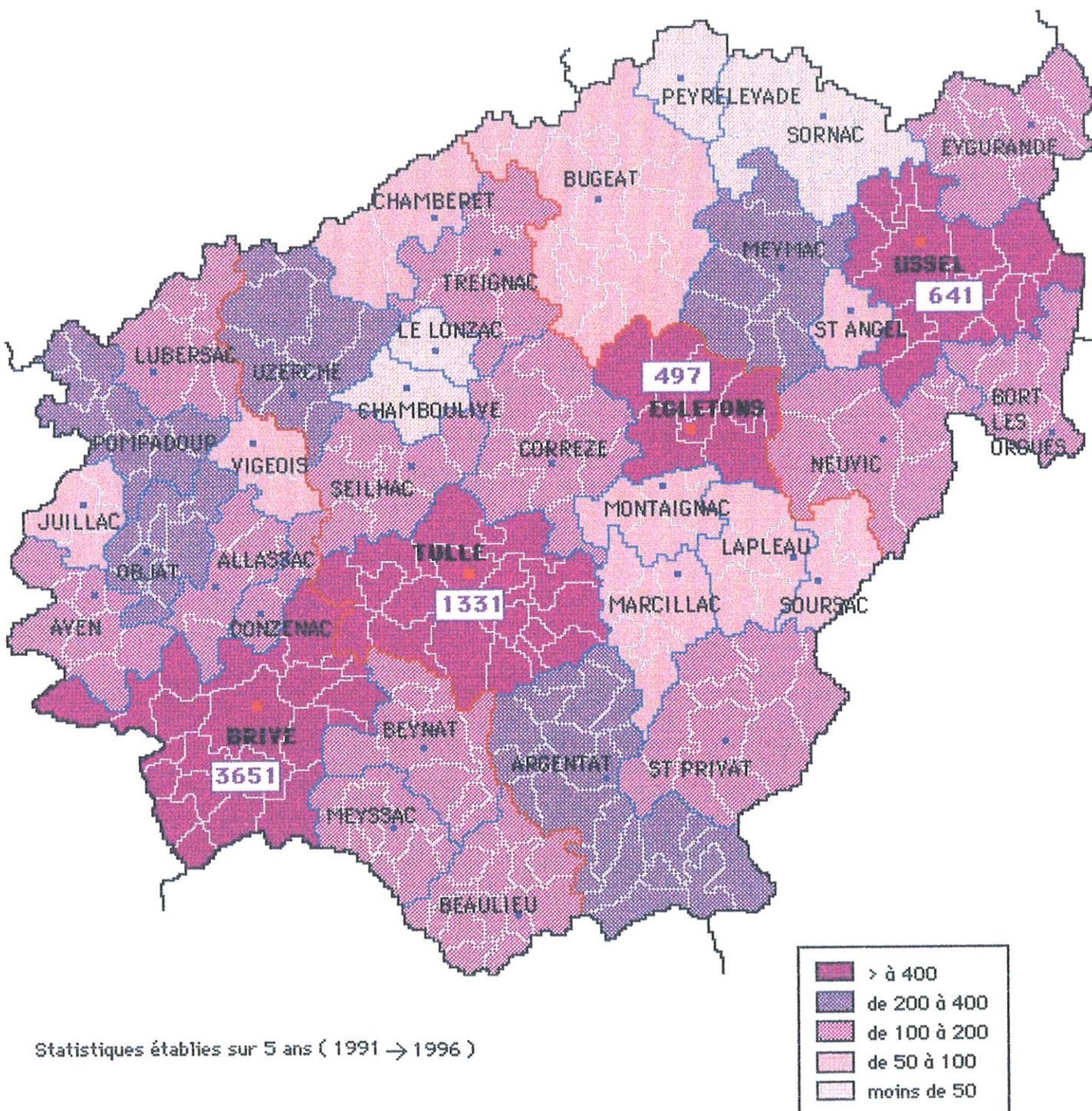
INTERVENTIONS DELAIS DE ROUTE



	de 0 à 10 minutes (75% de la population concernée)
	de 10 à 15 minutes (17% de la population concernée)
	de 15 à 20 minutes (6,5% de la population concernée)
	+ de 20 minutes (1,5 % de la population concernée)
	communes défendues par Départements limitrophes

V. La moyenne annuelle des interventions par CS.

**MOYENNE ANNUELLE DES INTERVENTIONS
PAR CENTRE DE SECOURS**

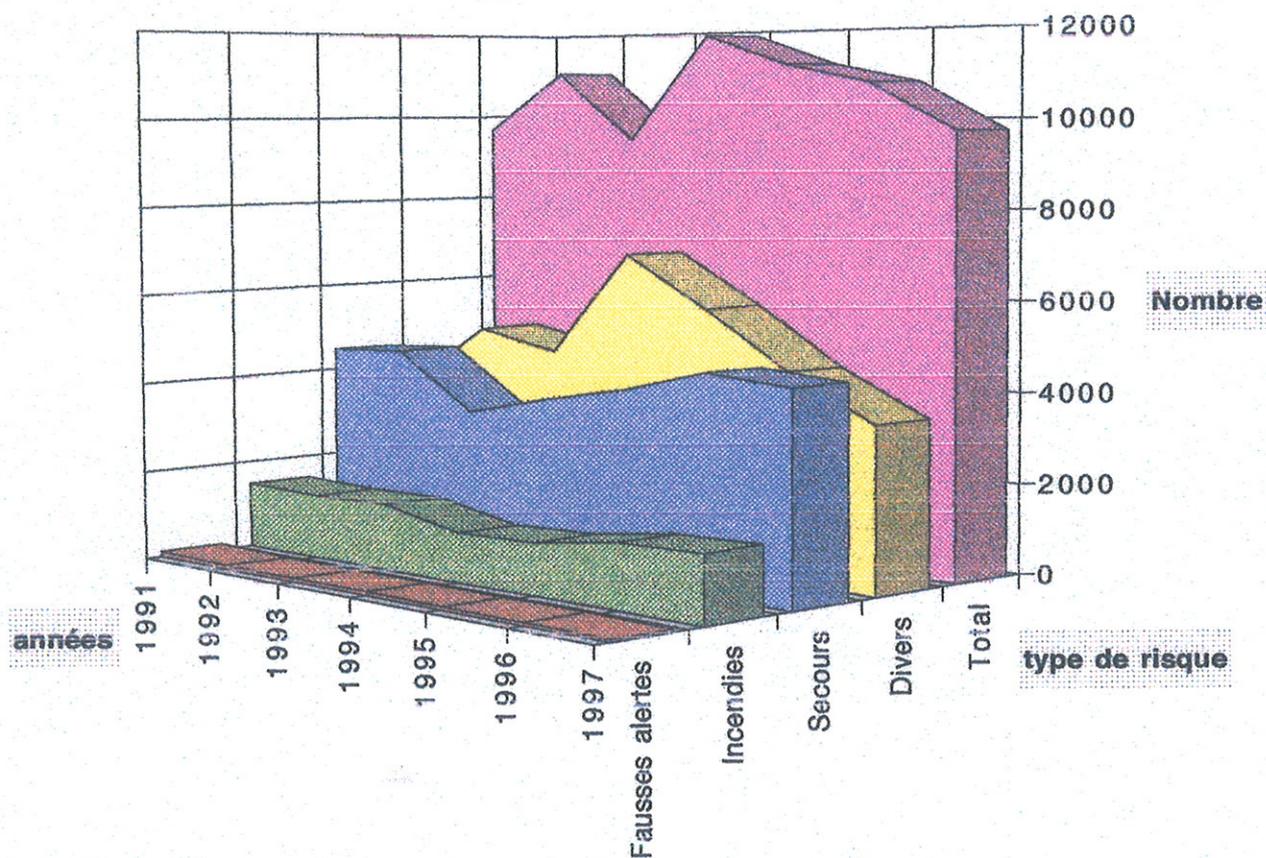


La sollicitation opérationnelle du Centre de Secours Principal d'Ussel (641 interventions ; soit près de deux interventions par jour) se rapproche de la limite de la sollicitation d'un Centre de Secours uniquement composé de Sapeurs Pompiers Volontaires. Il convient, en fonction de son évolution dans les années à venir, de s'interroger sur son renforcement par un noyau de Sapeurs Pompiers Professionnels.

LES INTERVENTIONS

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Fausses alertes	120	78	77	88	78	71	58
Incendies	1479	1423	1470	1097	1148	1424	1477
Secours	4462	4569	3356	3805	4188	4725	4580
Divers	3601	4960	4570	6897	5806	4585	3632
Total	9662	11030	9473	11887	11220	10805	9747

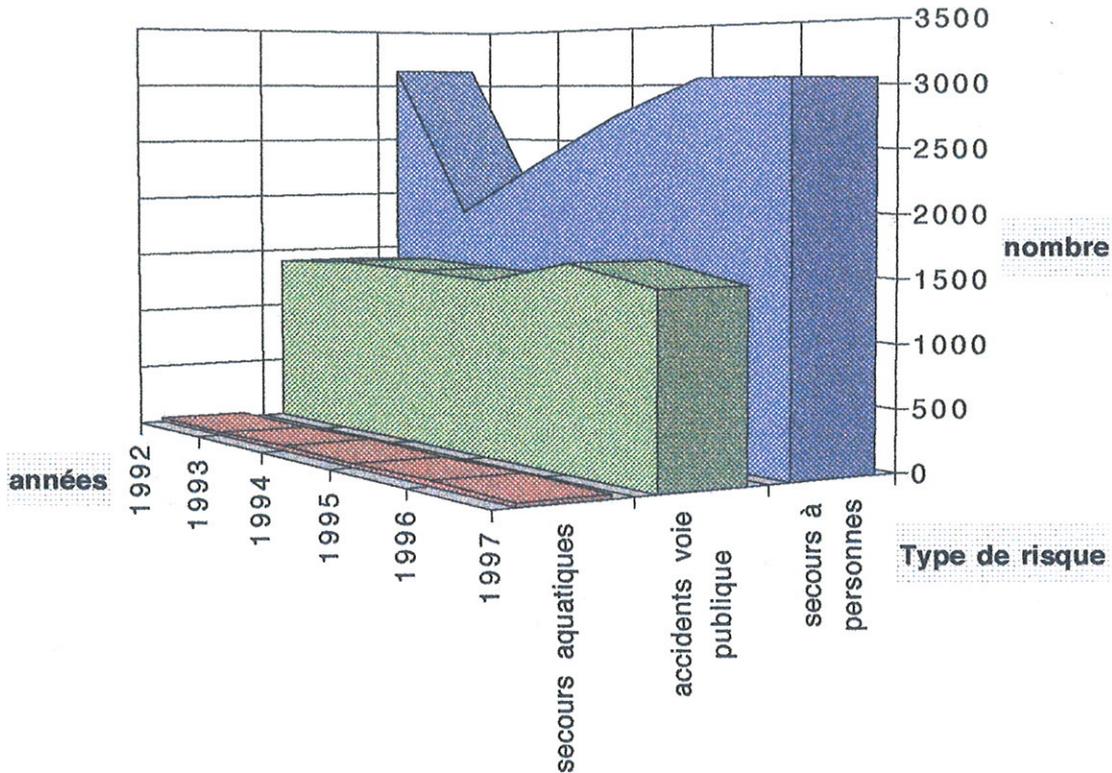
Evolution de l'activité opérationnelle



Evolution moyenne des interventions sur 5 ans : + 2,9 % par an.

SECOURS A PERSONNES:

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
secours aquatiques	32	29	44	33	49	34
accidents voie publique	1401	1459	1447	1427	1628	1501
secours à personnes	3136	1868	2314	2728	3048	3045

SECOURS A PERSONNES**FORMATION DES PERSONNELS :**

Sur un effectif total de 1250 sapeurs pompiers :

- 73 % sont titulaires du Certificat de Formation à l'Activité de Premiers Secours en Equipe,
- 57 % sont titulaires du Certificat de Formation à l'Activité de Premiers Secours Routiers.

Le Service de Santé et de Secours Médical se compose :

- de 83 médecins sapeurs pompiers,
- de 21 Infirmiers.

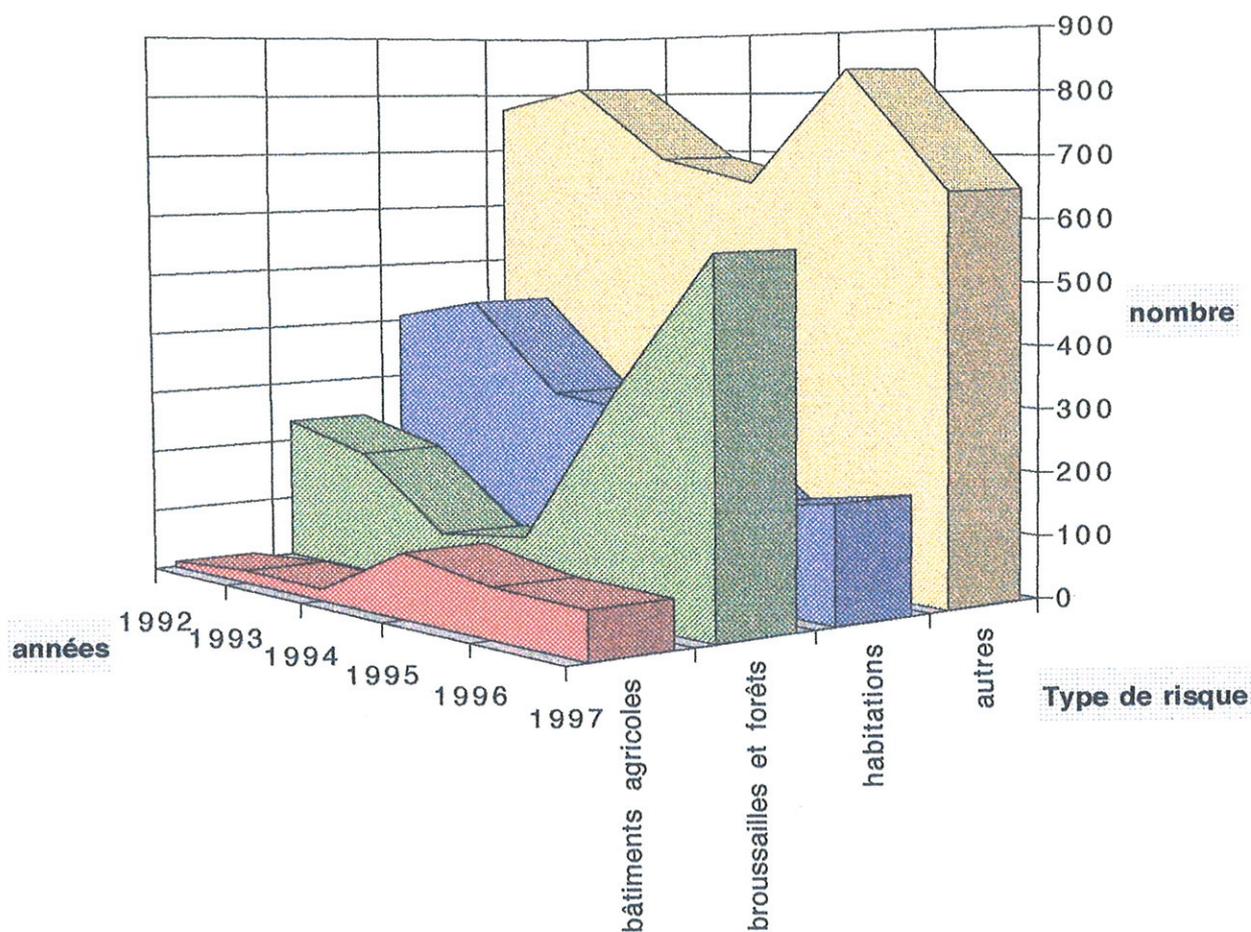
11 Centres de Secours sur un total de 36 médicalisent leur Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés pour les accidents de la circulation. En ce qui concerne les autres Centres, le médecin est demandé par le chef d'agrés selon la nature et la gravité de l'intervention.

INTERVENTIONS PAR TYPE DE RISQUE ENTRE 1992 ET 1997.

INCENDIES :

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
bâtiments agricoles	9	21	19	104	79	75
broussailles et forêts	234	198	86	106	352	569
habitations	408	443	302	285	157	186
autres	772	808	690	653	836	647

INCENDIES

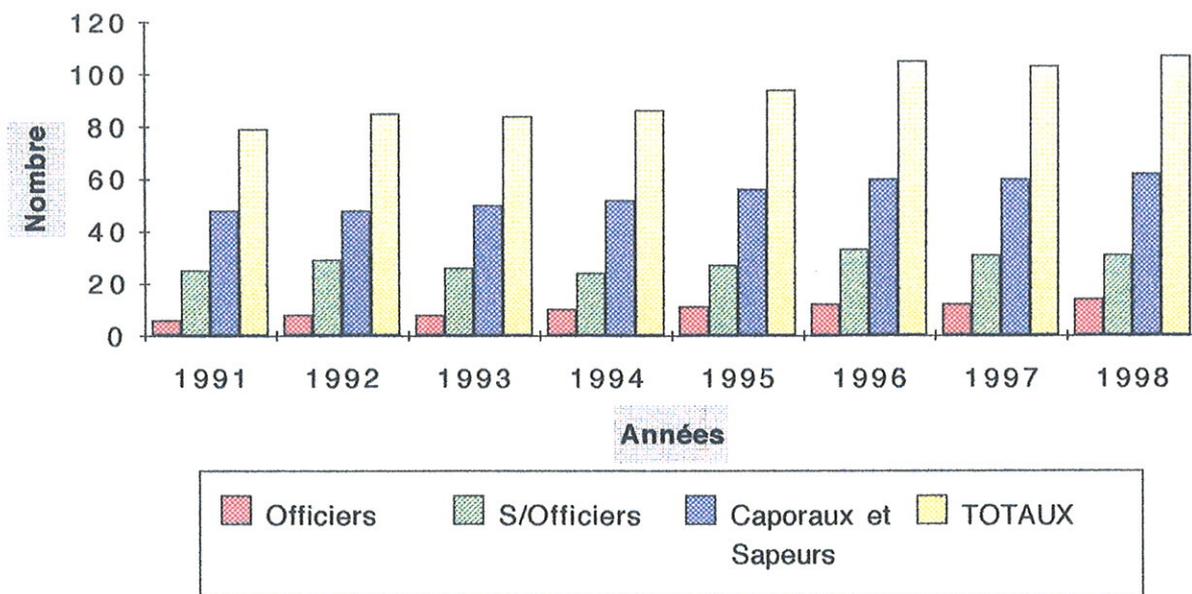


Le caractère rural du Département a conduit à l'implantation de Camions Citernes Feux de Forêts 2000 litres et de Camions Citernes Ruraux 3500 litres à la place de fourgons Pompes Tonnes Légers et Fourgons Pompes Tonnes, car ces véhicules permettent également de participer à la couverture du risque Feux de forêts.

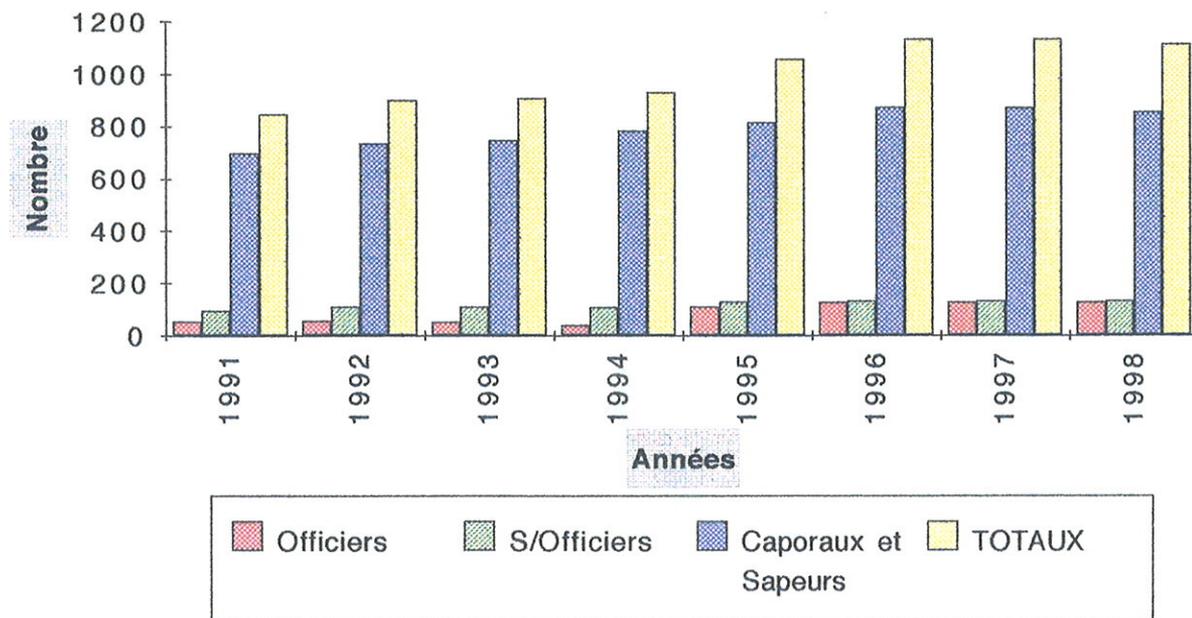
II. Les effectifs Sapeurs Pompiers

	Professionnels				Volontaires			
	Officiers	S/Officiers	Caporaux et Sapeurs	TOTAUX	Officiers	S/Officiers	Caporaux et Sapeurs	TOTAUX
1991	6	25	48	79	53	95	698	846
1992	8	29	48	85	57	109	734	900
1993	8	26	50	84	51	109	747	907
1994	10	24	52	86	40	108	782	930
1995	11	27	56	94	111	130	814	1055
1996	12	33	60	105	126	133	874	1133
1997	12	31	60	103	127	133	871	1131
1998	14	31	62	107	128	132	853	1113

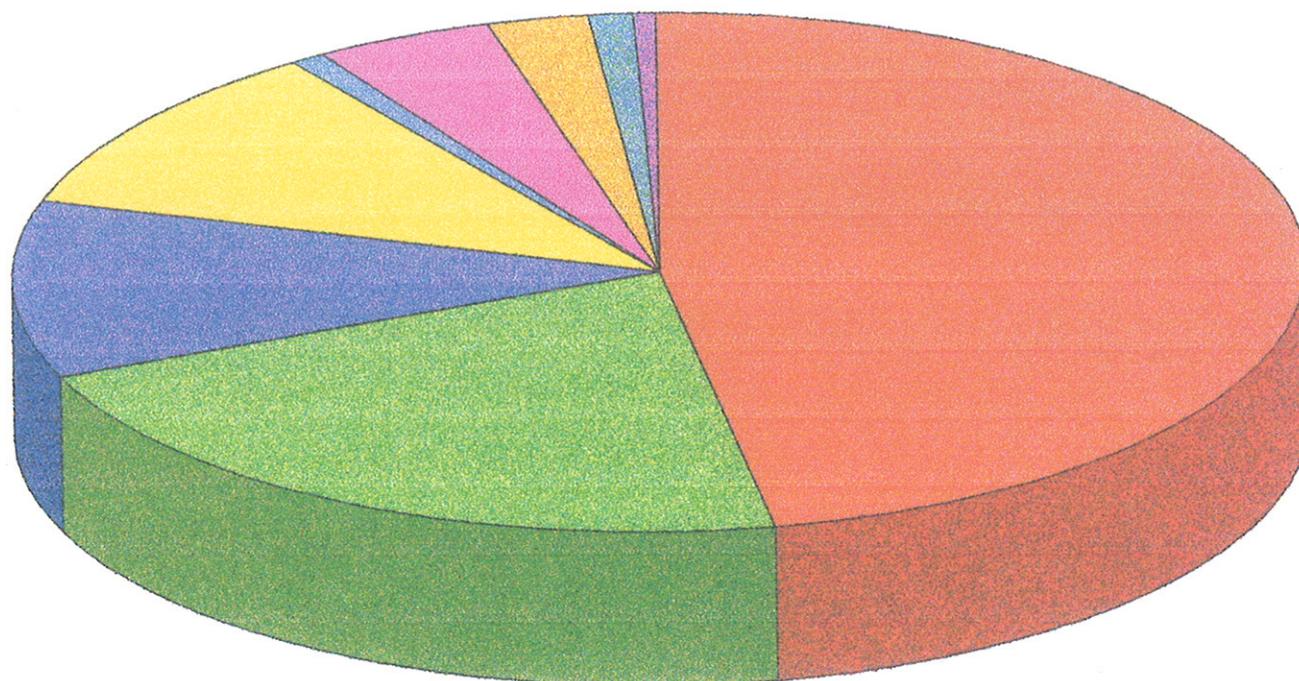
Sapeurs Pompiers Professionnels



Sapeurs Pompiers Volontaires



REPARTITION DES SAPEURS-POMPIERS EN CORREZE
PAR RANG AU 7 JANVIER 1999



-  **571 Sapeurs volontaires 47,15 %.**
-  **262 Caporaux volontaires 21,64 %.**
-  **136 Sous-officiers volontaires 11,23 %.**
-  **128 Officiers volontaires 10,57 %.**
-  **11 Sapeurs-pompiers professionnels 0,91 %.**
-  **51 Caporaux professionnels 4,21 %.**
-  **31 Sous-officiers professionnels 2,56 %.**
-  **14 Officiers professionnels 1,16 %.**
-  **7 Autres 0,58 %.**

D. Le service de santé et de secours médical du SDIS 19.

Le SSSM exerce comme nous les avons vues, les missions suivantes :

- Surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers.
- L'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude médicale.
- Le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité.
- Le soutien sanitaire des interventions et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers.
- La participation à l'enseignement.
- La surveillance de l'équipement médico-secouriste.

En outre, il participe également :

- Aux missions de secours d'urgence.
- Aux opérations impliquant des animaux ou concernant la chaîne alimentaire.
- Aux missions de prévision, de prévention et aux interventions dans les domaines des risques naturels ou technologiques.

Le SSSM comprend des médecins, pharmaciens, infirmiers et vétérinaires en qualité de sapeurs-pompiers volontaires.

I. Répartition des personnels du SSSM de la Corrèze.

1. Les médecins sapeurs-pompiers :

Leur effectif total est de 82 en 1999.

Il y a 11 femmes médecins sapeurs-pompiers, toutes aux grades de médecin capitaine ; et 71 hommes médecins sapeurs-pompiers dont neuf aux grades d'officiers supérieurs (8 médecins commandant et 1 médecin lieutenant-colonel lui même médecin-chef départemental).

13 d'entre eux sont affectés dans un centre de secours principal (Brive, Tulle, Ussel, Egletons).

2. Les pharmaciens sapeurs-pompiers :

Ils sont au nombre de 12, dont une seule femme au grade de pharmacien commandant au SDIS.

Il y a 3 pharmaciens commandant, et un lieutenant-colonel pharmacien-chef départemental. Quatre d'entre eux sont affectés dans un CSP (Brive et Ussel).

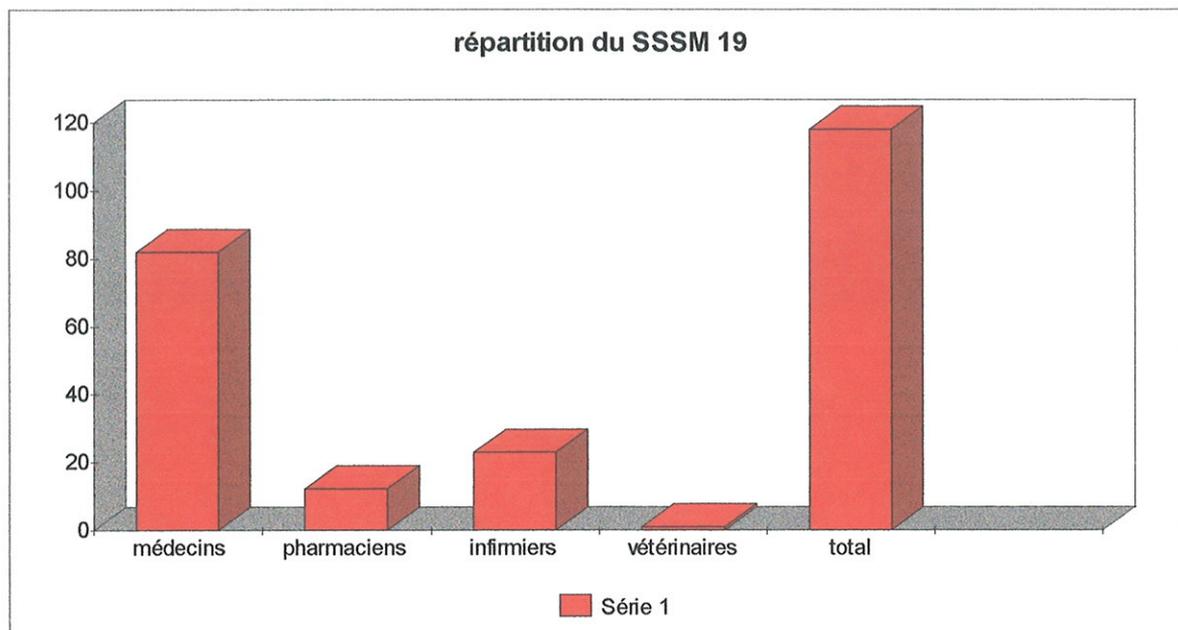
3. Les infirmiers sapeurs-pompiers :

Actuellement le SSSM dispose de 23 infirmiers sapeurs-pompiers, dont 13 femmes et 10 hommes. Huit sont affectés dans un CSP (Egletons, Brive, Tulle).

4. Les vétérinaires sapeurs-pompiers :

Le SSSM ne dispose à ce jour que d'un seul vétérinaire capitaine affecté au CSP de Brive.

Graphique n° 1 : La répartition du personnel du SSSM du SDIS de la Corrèze.



II. Une enquête locale : « Le questionnaire ».

Cette enquête nous a permis de faire une étude concernant les différents aspects des médecins sapeurs-pompiers dans le département de la Corrèze.

METHODE DE TRAVAIL :

Un questionnaire comportant 23 questions a été élaboré, puis adressé aux médecins sapeurs-pompiers du département inscrits sur la liste de la DDSIS.

Une demande a été faite auprès du SDIS pour l'obtention d'une disquette dans laquelle figure la liste complète des personnels du service de santé et de secours médical.

Ainsi 82 médecins sapeurs-pompiers ont reçu ce questionnaire dont un modèle figure dans la partie annexe (annexe n° 1).

Le délai de réception a été clos après un mois et demi. Les personnes n'ayant pas répondu, n'ont pas été relancé.

Sur 82 médecins seulement 45 d'entre eux ont bien voulu répondre à cette enquête, soit 55 % réponses exploitables. Il est important de signaler que les réponses peuvent être rendues en toute anonymat.

Ce questionnaire ne remet en aucun cas en question la compétence de nos confrères ; il a en fait pour objectif d'une part d'illustrer sur le plan pratique les caractéristiques des médecins sapeurs-pompiers , et d'autre part de voir leur implication à ce type d'exercice.

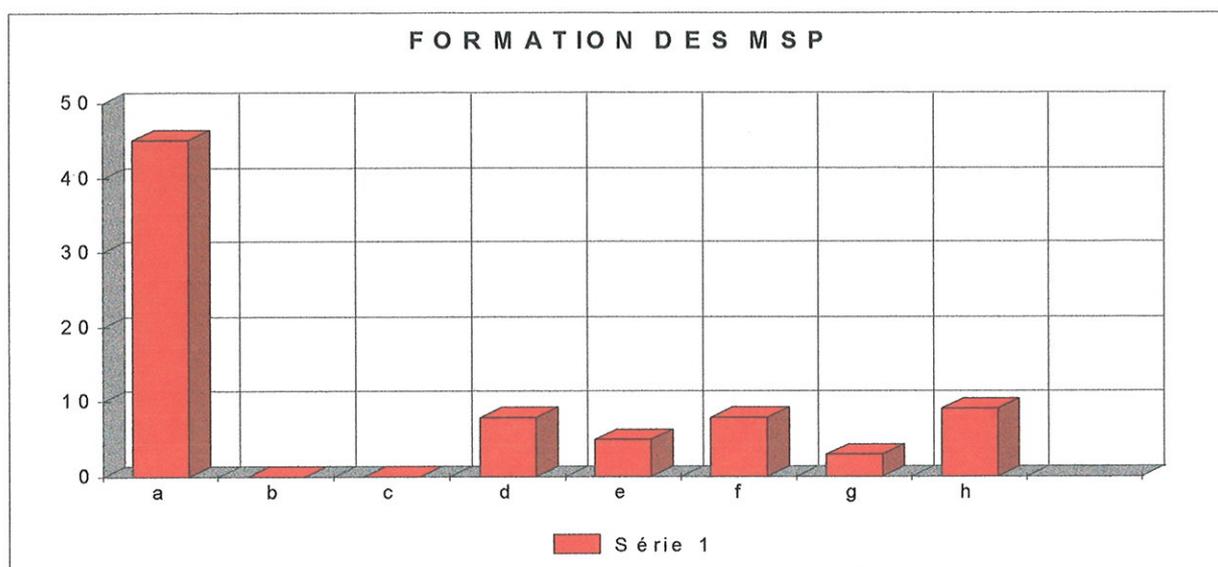
Le questionnaire permet dans l'ordre chronologique tout d'abord de définir les caractéristiques des médecins sapeurs-pompiers, ensuite il aborde les différentes missions qui leur sont confiées, et enfin il permet de voir l'organisation de chacun dans la chaîne des secours.

1. Les caractéristiques des médecins sapeurs-pompiers.

1.1. La formation des médecins sapeurs-pompiers.

Ce sujet a été étudié à travers la première question, où les items choisis permettent de définir la formation initiale de chacun de ces médecins, ainsi que les formations complémentaires dont ils ont bénéficiés.

Graphique n° 2 : La formation des médecins sapeurs-pompiers.



(a, b, c, d, e, f, g, h) correspondent aux différents items de la 1^{ère} question.

Commentaires :

Ce graphique nous montre que sur les 45 réponses obtenues, toutes proviennent de médecins généralistes, tous volontaires. Huit d'entre eux sont titulaires d'un DU de médecine de catastrophe ; cinq ont suivi la formation spécifique des médecins sapeurs-pompiers ; huit détiennent le DU de médecine du sport ; trois ont la CAMU.

Dans l'item autres, il a été signalé d'autres types de formations pour neuf de ces médecins telles que :

- La capacité de gérontologie.
- DU d'oxyologie.
- Stage pédagogique de secourisme.
- DU médecine d'urgence.
- DU réparation juridique et dommage corporel.
- CES Climatologie et hydrolyses thérapeutiques.
- Acupuncture.

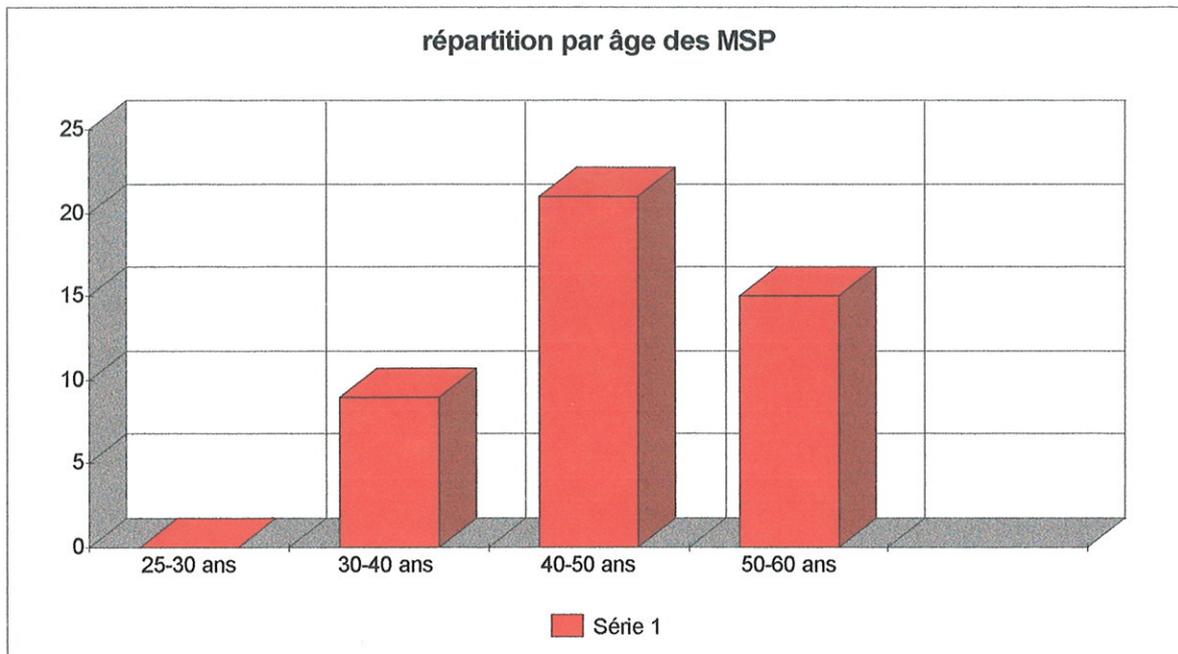
Très peu de médecins sapeurs-pompiers ont bénéficié d'une formation complémentaire en matière d'urgence. Actuellement comme nous l'avons déjà vu, tout médecin désirant servir le SSSM doit suivre obligatoirement une formation spécifique nouvellement créée soit à Bordeaux soit à Strasbourg.

1.2. L'âge de ces médecins.

Voir question n° 2.

Quatre tranches d'âge ont été choisies, 25-30 ans, 30-40 ans, 40-50 ans, 50-60 ans.

Graphique n° 3 : La répartition par âge des médecins sapeurs-pompier.



Commentaires :

La majorité des médecins sapeurs-pompier se trouvent dans la tranche d'âge des 40-50 ans soit 47 %.

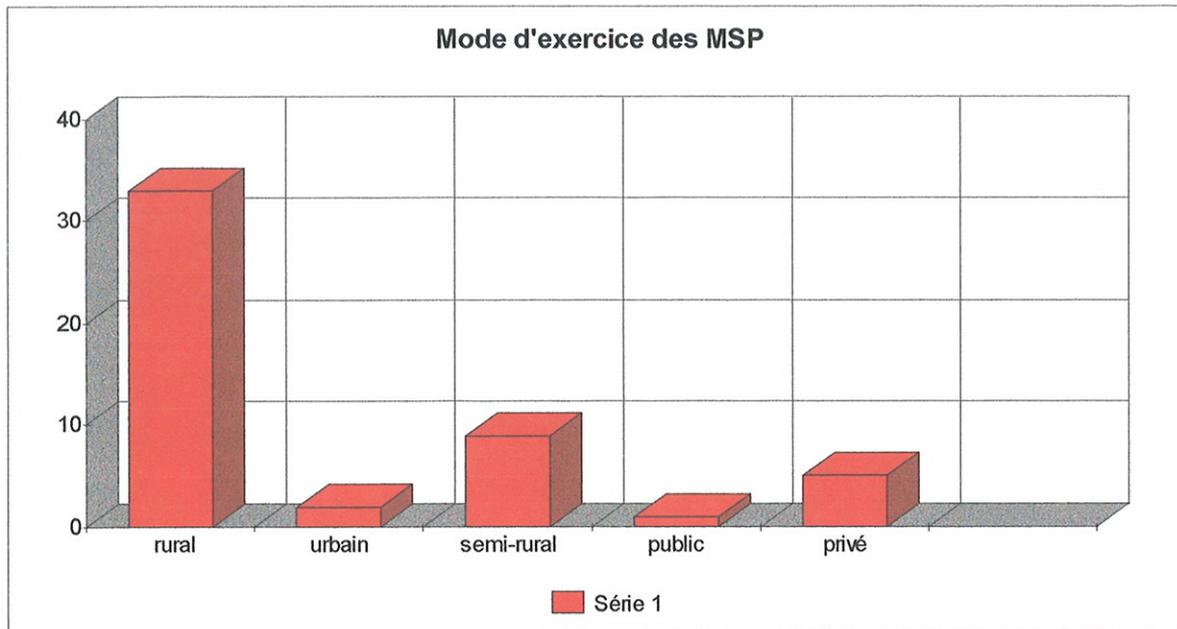
33 % d'entre eux ont entre 50 et 60 ans ; et 20 % seulement ont entre 30 et 40 ans.

En dessous des 30 ans, il est logique de ne trouver que très rarement des médecins sapeurs-pompier voir aucun. Après les études de médecine, les jeunes médecins optent avant leur installation pour des remplacements et de ce fait ils ne peuvent être nommés à titre de médecins sapeurs-pompier. Au début, de son installation le jeune médecin préfère ne pas s'engager dans le bénévolat au détriment de sa clientèle.

1.3. Le secteur d'activité des médecins sapeurs-pompier.

Il s'agit de la question n° 3. Cinq items composent cette question ; elle permet de voir dans quel milieu exercent les médecins généralistes c'est-à-dire soit en rural, soit en urbain ou bien en semi-rural ; mais elle permet également de voir le secteur d'activité des médecins hospitaliers c'est-à-dire soit en public ou soit en privé.

Graphique n° 4 : Le secteur d'activité des MSP.



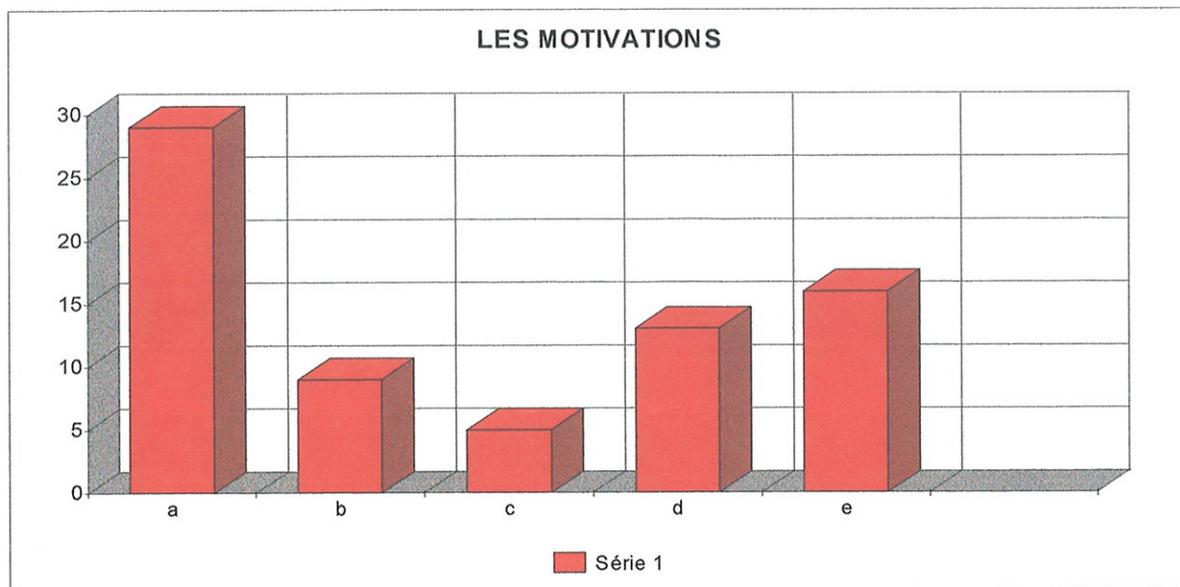
Commentaires :

Nous avons vu ci-dessus que tous les médecins qui ont répondu sont des médecins généralistes ; ce graphique nous montre que la majorité de ces généralistes exercent en milieu rural soit 74 %. En urbain, ils ne représentent que 4 % ; et en milieu semi-rural ils sont 20 %. En milieu public, un seul médecin généraliste soit 2 % exerce dans un établissement hospitalier sur 45 généralistes. L'item intitulé « privé » ne s'adressait en fait qu'aux médecins hospitaliers exerçant en clinique ; hors 5 médecins généralistes ont coché cet item, ce qui est logique puisque la majorité exerce dans un secteur privé.

1.4. Les motivations.

La question n° 4 permet de voir quelles sont les motivations de ces médecins à vouloir servir le SSSM du SDIS. Cinq items étaient donc proposés, à savoir la motivation pour la médecine d'urgence, la médecine de catastrophe, la médecine du travail, l'enseignement du secourisme, et le cinquième concerne les autres motivations non évoquées.

Graphique n° 5 : Les motivations.



(a, b, c, d, e) correspondent aux items de la question n° 4

Commentaires :

Ce graphique montre que la majorité des médecins sont motivés bien évidemment par la médecine d'urgence. En médecine générale, et notamment en campagne le médecin généraliste est le médecin de premier recours lors d'une situation d'urgence qu'il soit ou non médecin sapeur-pompier. Il va de soit que ceux qui sont motivés par la médecine d'urgence , sont également motivés par la médecine de catastrophe.

L'enseignement du secourisme est la seconde grande motivation des médecins sapeurs-pompiers. Cinq d'entre eux seulement sont intéressés par la médecine du travail qui reste tout de même l'une des principales missions confiées à ces médecins.

Et enfin, d'autres motivations ont été mentionnées dans 16 réponses qui sont les suivantes :

- La motivation pour le service public est celle la plus évoquée.
- Le bénévolat.
- La médecine dans son ensemble.

Parmi ces 16 réponses, certains n'ont pas exprimé leurs motivations.

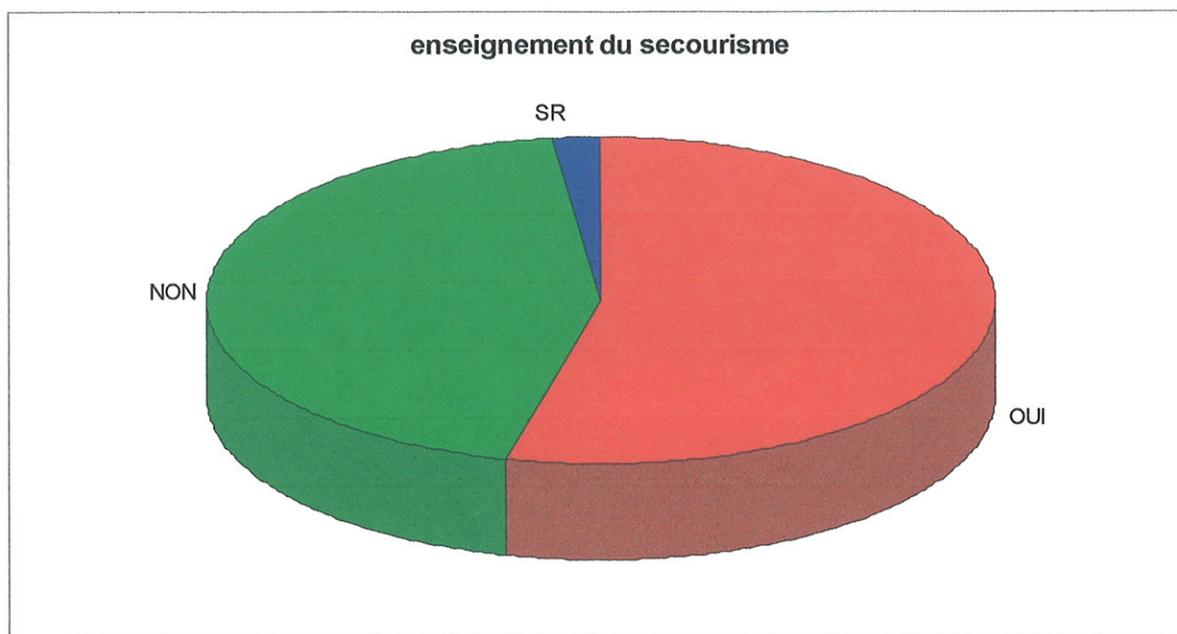
2. Les missions confiées aux médecins sapeurs-pompiers.

Il ne s'agit pas ici de reprendre en détail les différentes missions du service de santé et de secours médical ; ce questionnaire permet d'étudier l'implication sur le terrain des médecins sapeurs-pompiers de la Corrèze.

2.1. L'enseignement du secourisme.

La question posée est très simple ; les médecins devaient répondre par Oui ou par Non selon s'ils participent ou non à l'enseignement du secourisme.

Graphique n° 6 : L'enseignement du secourisme.



(SR = sans réponse)

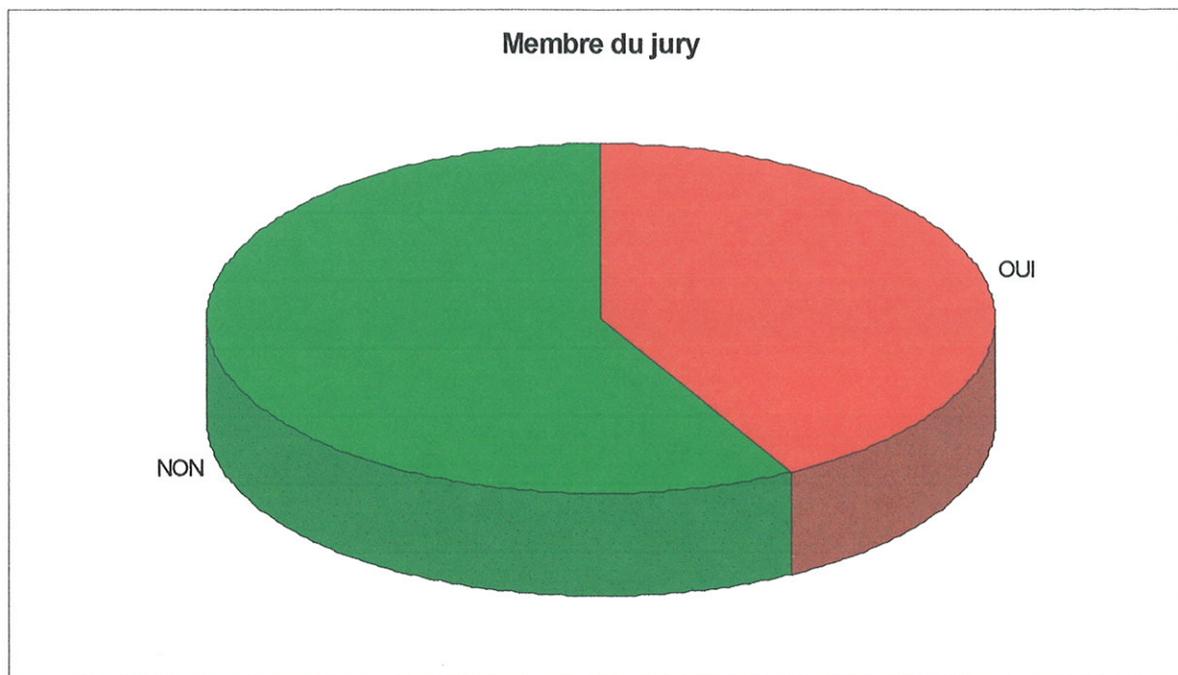
Commentaires :

54 % des médecins sapeurs-pompiers corréziens participent à l'enseignement du secourisme. Auparavant, le secourisme était enseigné au niveau des centres de secours et d'incendie par les médecins de chacun de ces centres. Actuellement, le secourisme est enseigné par différentes sessions sous la direction du SDIS. Les médecins sapeurs-pompiers sont sollicités pour participer à cet enseignement avec les moniteurs.

Par ailleurs, d'après l'enquête 44 % des médecins sapeurs-pompiers ne font pas partie prenante dans cet enseignement malgré les missions bien définies par le décret de 1988. 2 % sont sans réponse.

2.2. La participation au jury pour l'AFPS, le CFAPSE, le CFAPSR.

Graphique n° 7 : Participation au jury d'examens.



Commentaires :

Ce graphique montre que seulement 42 % des médecins sapeurs-pompiers sont sollicités pour participer au jury de ces différents examens ; et 58 % affirment ne pas y participer.

2.3. La médecine professionnelle, et la surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers.

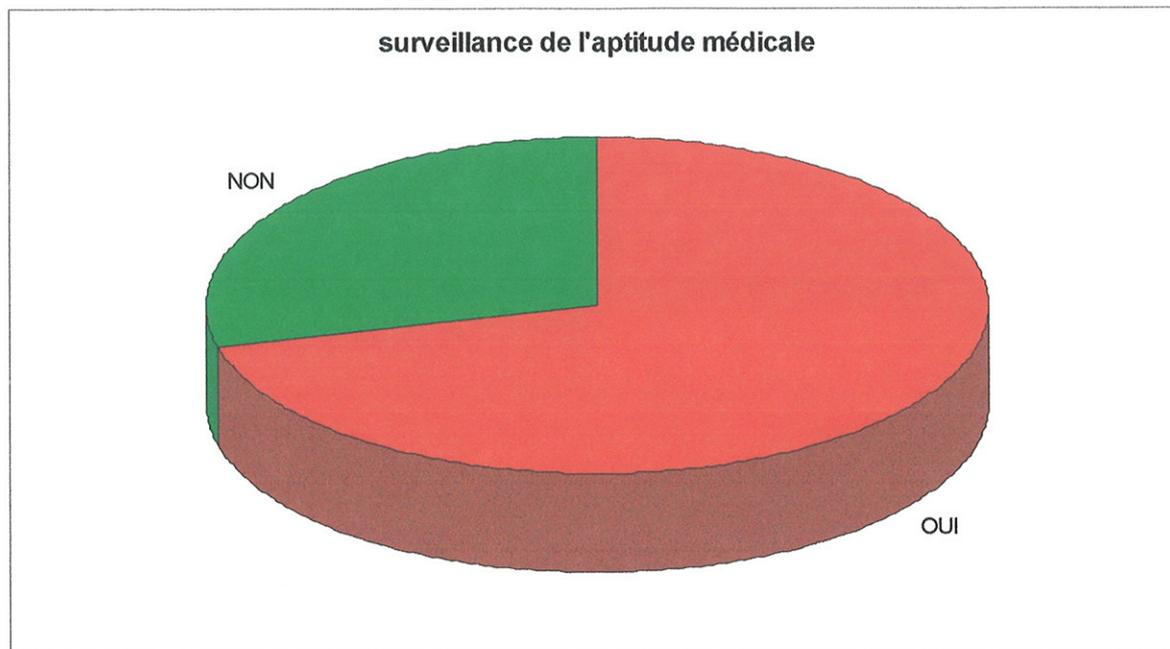
La question n° 7 nous permet d'évaluer l'implication des médecins sapeurs-pompiers dans la médecine professionnelle, ainsi que dans la surveillance médicale et de la condition physique des sapeurs-pompiers.

La particularité en Corrèze, pour un problème de coût financier est que le SDIS a passé une convention avec la MSA de Tulle pour la surveillance médicale des sapeurs-pompiers qui est ainsi effectuée par les médecins du travail qui disposent du matériel nécessaire.

La visite médicale d'engagement et de réengagement est effectuée soit par un médecin sapeur-pompier, soit par le médecin-chef lui même.

A priori , l'intégrité de cette mission sera confiée aux médecins sapeurs-pompiers dans les années à venir.

Graphique n° 8 : La surveillance de l'aptitude médicale.



Commentaires :

71 % des médecins affirment s'impliquer dans la surveillance médicale ainsi que la surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers du CS auquel ils sont affectés. Nous vous rappelons que les sapeurs-pompiers volontaires n'ont pas l'obligation d'une visite de pré-reprise auprès d'un médecin du travail après un accident en service commandé. C'est le médecin sapeur-pompier du CS dans ce cas qui est chargé de faire la visite médicale d'aptitude avant la reprise de son activité au sein du corps. L'examen médical lors du recrutement est effectué par des médecins assermentés.

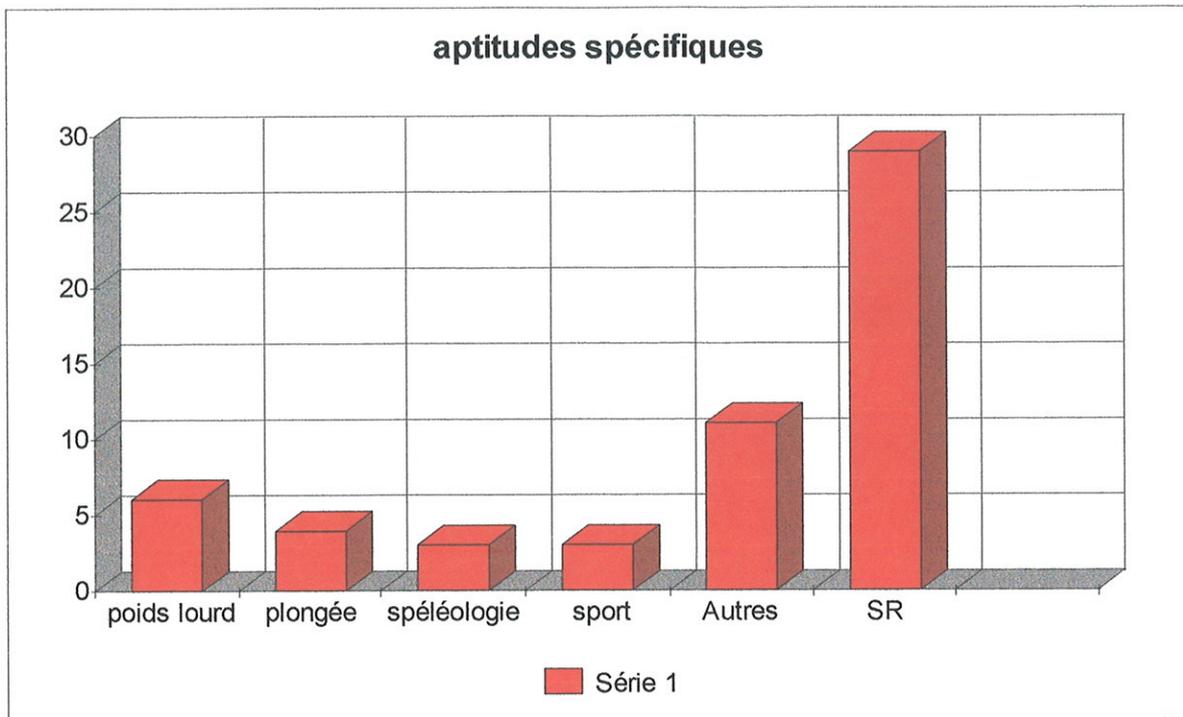
Les sapeurs-pompiers de moins de 45 ans bénéficient d'un bilan complet tous les 5 ans, et tous les 2 ans pour ceux qui sont âgés de plus de 45 ans. Cette visite médicale est réalisée par les médecins du travail de la MSA.

Et enfin 29 % affirment ne pas s'impliquer totalement dans cette mission.

2.4. Les aptitudes spécifiques.

Des spécialistes existent au sein des sapeurs-pompiers ; ils doivent subir une visite médicale particulière à leur discipline qui nécessite certains examens complémentaires. Cette visite ne peut être réalisée que par des médecins sapeurs-pompiers agréés ou par des médecins fédéraux .

Graphique n° 9 : Les aptitudes spécifiques.



(SR = sans réponse)

Commentaires :

La majorité des médecins ne réalisent pas de visites médicales pour chacune de ces pratiques mentionnées dans la question n° 8.

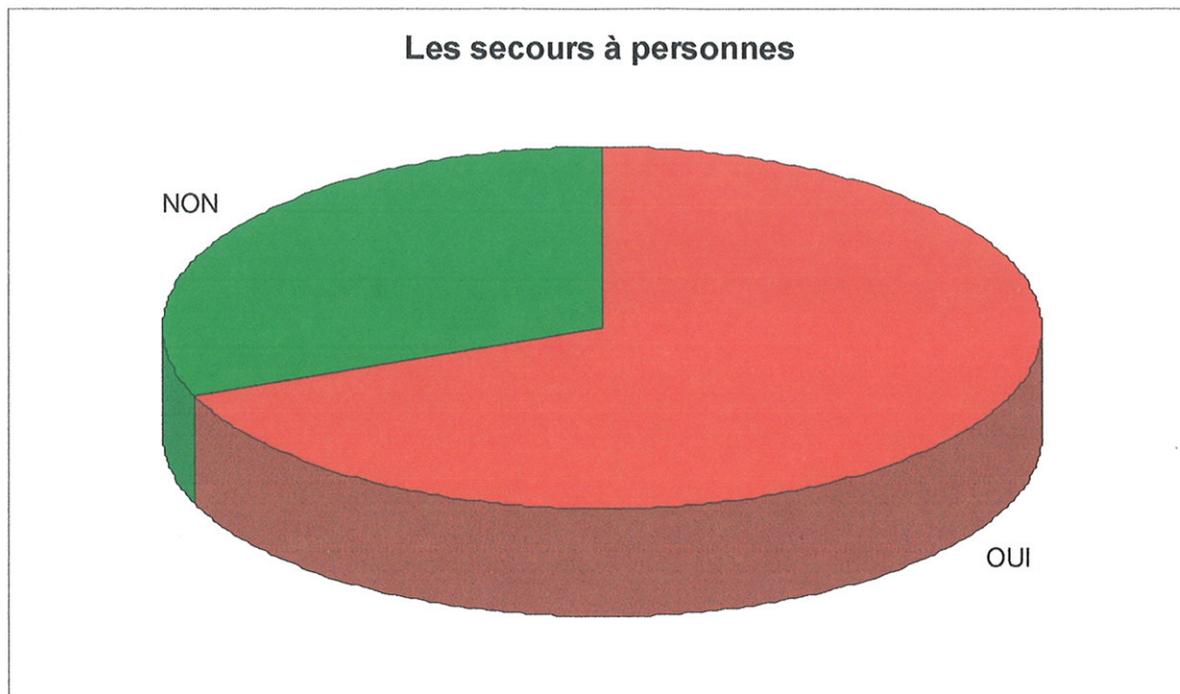
Six médecins seulement pratiquent la visite médicale pour l'examen de conduite de poids lourds. Quatre réalisent des examens d'aptitude à la plongée et trois pour la spéléologie.

Quand à la pratique du sport de haut niveau, trois sont aptes à délivrer un certificat d'aptitude médicale. Dans l'item autres, est cité l'examen médical pour « la pratique sportive dans des équipes locales ». Il faut rappeler que seuls les médecins fédéraux, ou titulaires d'un DU de médecine du sport, et les médecins désignés par le SSSM peuvent autoriser à ces pratiques sportives.

2.5. Le secours à personnes.

Ces missions sont étudiées à travers la question 9 ; celle-ci permet d'évaluer le nombre de médecins qui participent en fait à toutes les opérations de secours à personnes au détriment de leur activité professionnelle.

Graphique n° 10 : Les secours à personnes.



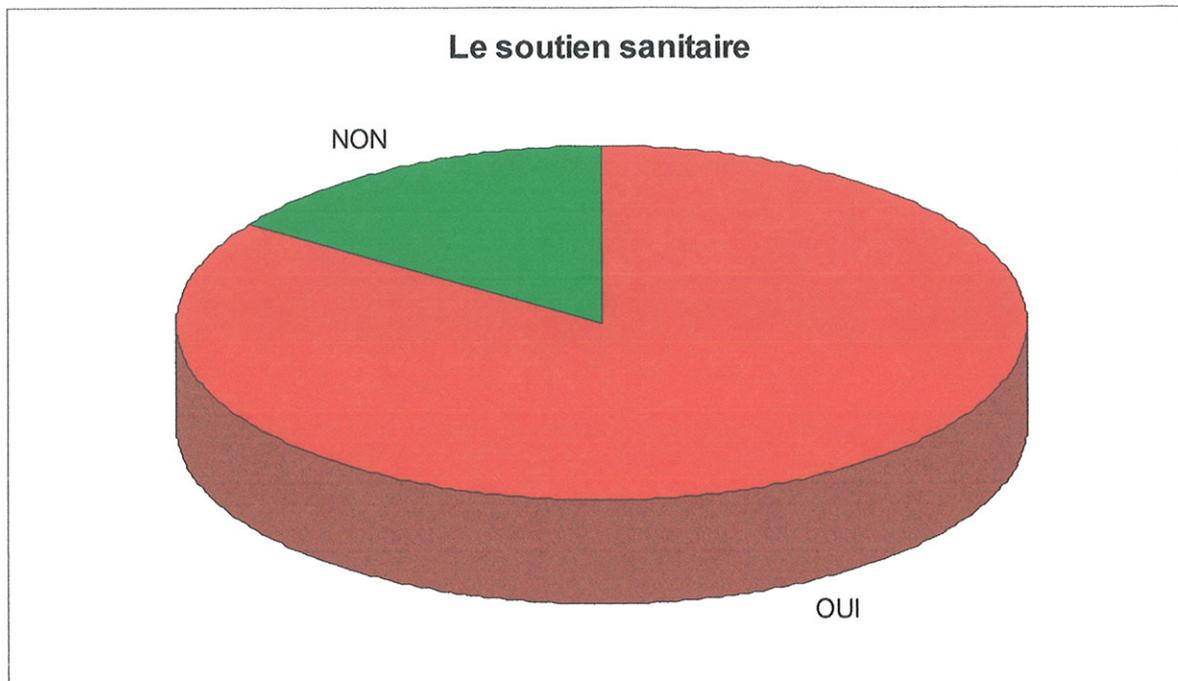
Commentaires :

68,8 % des médecins sapeurs-pompiers affirment participer à toutes les interventions de secours à personnes au détriment de leurs patients du moins pendant leur tour de garde quand ils sont plusieurs. 31,2 % disent de pas pouvoir participer à toutes les interventions ce qui est parfaitement respectable compte tenu de leur exercice. Il n'est malheureusement pas toujours évident pour ces médecins de se libérer de leurs patients surtout quand ils sont eux-mêmes appelés pour une urgence à domicile par exemple.

2.6. Le soutien sanitaire des sapeurs-pompiers.

Nous ne reviendrons pas sur les caractéristiques concernant le soutien sanitaire qui ont déjà été évoquées dans le premier chapitre.

Graphique n° 11 : Le soutien sanitaire.



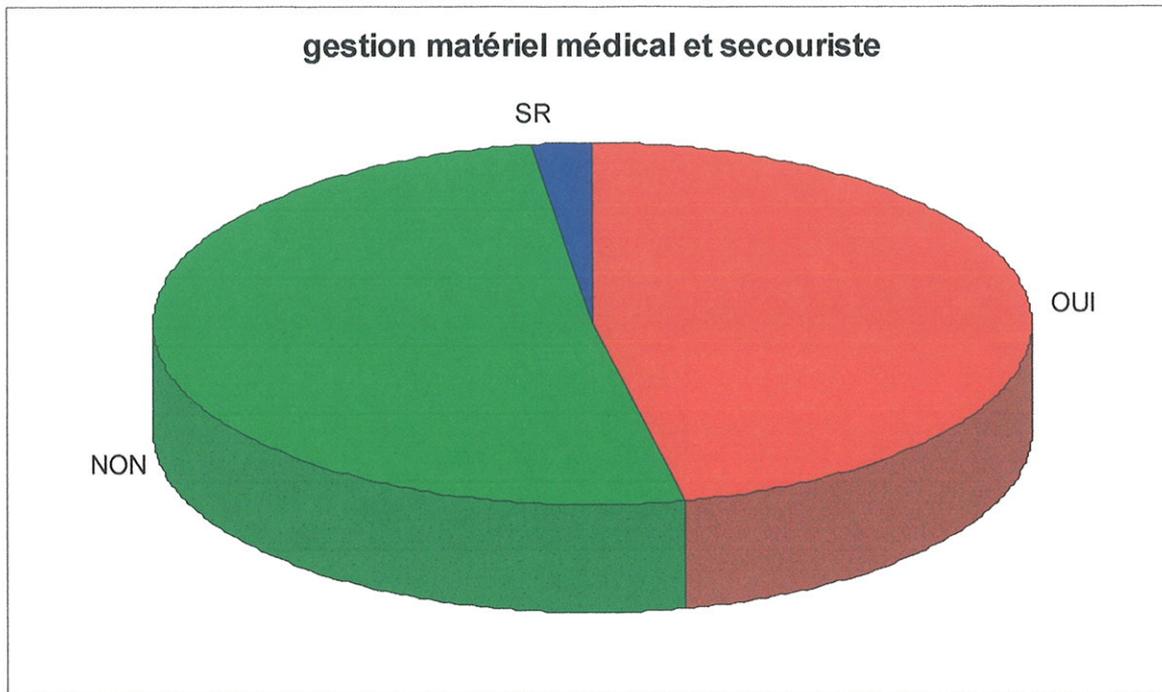
Commentaires :

84,5 % des médecins participent au soutien sanitaire des sapeurs-pompiers blessés ou malades et notamment lors de grandes interventions tels que les grands incendies. 15,5 % affirment ne pas participer au soutien sanitaire.

2.7. La gestion du matériel médico-secouriste.

Le médecin sapeur-pompier est chargé de la gestion du matériel médical et secouriste au niveau du centre de secours, du VSAB ou du VRM. Le cas échéant, il confie ce rôle soit à l'infirmier sapeur-pompier, soit à un pharmacien sapeur-pompier en ce qui concerne la gestion médicamenteuse.

Graphique n ° 12 : La gestion du matériel médico-secouriste.



(SR = sans réponse)

Commentaires :

46,7 % assurent la gestion du matériel médical et secouriste contre 51,2 % qui délèguent ce rôle soit à l'infirmier ou soit à un pharmacien tout en restant sous sa responsabilité . 2,1 % sont sans réponse.

3. L'organisation des activités opérationnelles.

3.1. Les gestes techniques.

La question n° 12 permet d'évaluer les gestes techniques les plus couramment utilisés en pratique dans le cadre de l'urgence par les médecins sapeurs-pompiers.

La liste des différents gestes est longue, nous n'avons pas jugé nécessaire de tous les énumérer. Pour répondre aux médecins qui estiment pratiquer d'autres gestes en plus de ceux cités dans la question, un item « autres » a été rajouté.

Tableau n° 1 : Gestes techniques couramment pratiqués.

Pose de voies veineuses périphériques	42/ 45
Ventilation à l'AMBU .	40 /45
Intubation	17/ 45
Massage cardiaque externe.	35 /45
Défibrillateur manuel ou semi-automatique	22/ 45
Poses d 'attelles	38/ 45
Utilisation de morphiniques	38/ 45
Bloc crural	17/ 45
Autres	14/ 45
Sans réponse	1/ 45
Pas de pratiques courantes de ces gestes techniques	1/ 45

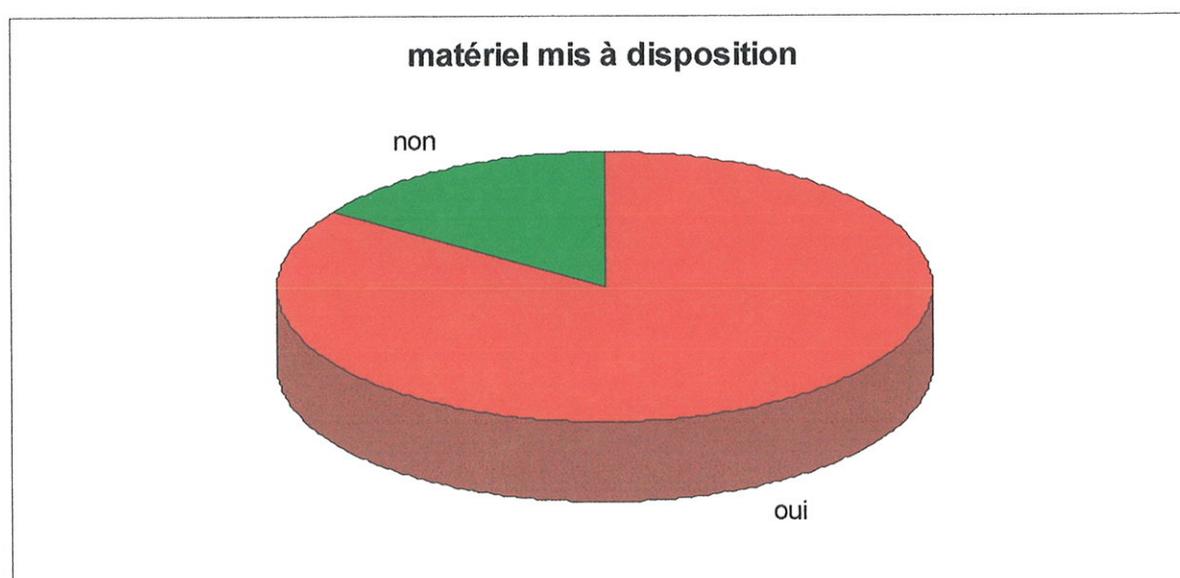
Commentaires :

D'après les chiffres, la réanimation cardio-pulmonaire demeure une pratique courante. L'utilisation des morphiniques ainsi que la pose des attelles prennent également une certaine importance dans leurs activités opérationnelles. Par contre, nous constatons que l'intubation et la réalisation du bloc crural ne sont pratiquées que par un faible nombre d'entre eux ; ceci est peut-être dû à un manque de formation. 14 médecins affirment pratiquer d'autres gestes en dehors de ceux qui ont été mentionnés.

3.2. Le matériel mis à disposition.

Cette question n° 13 permet de voir si les médecins sapeurs-pompiers disposent de tout le matériel nécessaire pour leurs activités opérationnelles et notamment au niveau du VSAB, du VRM ou de leur propre véhicule.

Graphique n° 13 : Le matériel mis à disposition.



Commentaires :

84,5 % des médecins sapeurs-pompiers affirment disposer de tout le matériel nécessaire à leur pratique que ce soit dans le VSAB, le VRM ou bien leur véhicule personnel. La majorité utilise le matériel dans le VSAB et à défaut ils sont amenés à utiliser leur propre matériel.

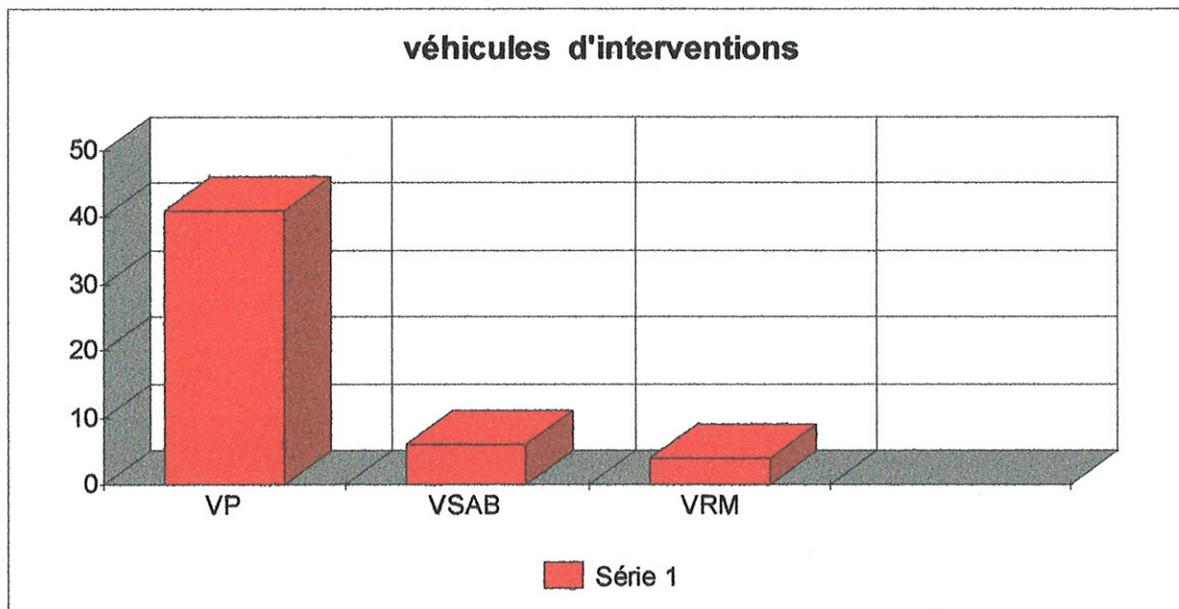
15,5 % ne disposent pas de tout le matériel dont ils ont besoin.

Parmi, le matériel manquant ont été cités la radio personnelle du médecin, le VRM, l'électrocardiogramme dans le VSAB, l'attèle de Donway, le défibrillateur manuel ou semi-automatique.

3.3. Accession au lieu d'intervention.

L'objectif de cette question n° 14 a pour valeur d'étudier comment les médecins sapeurs-pompiers se rendent aux lieux d'interventions sachant qu'ils peuvent être soit en consultation ou soit en visite à domicile.

Graphique n° 14 : Les véhicules d'interventions.



(VP= véhicule personnel)

Commentaires :

41 médecins sur 45 se rendent sur les lieux de l'intervention avec leur voiture personnelle. Notons, que parmi ceux-là 6 utilisent également dans la mesure de leur possibilité soit le VSAB ou soit le VRM.

6 médecins sapeurs-pompiers rejoignent le VSAB et font un départ commun avec les sapeurs-pompiers. Parmi eux 3 seulement n'utilisent que le VSAB ; les autres utilisant également soit leur propre véhicule ou soit la VRM.

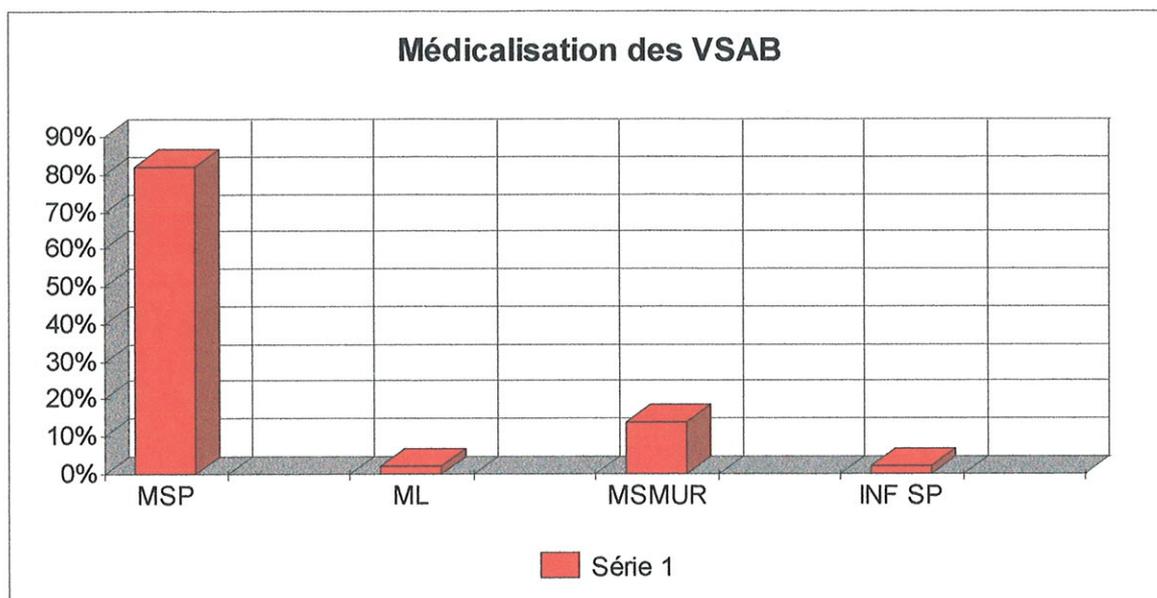
Quand à la VRM, seulement 4 médecins en font usage, dont 3 en alternance avec les autres véhicules déjà cités.

En vain, nous pouvons constater que la majorité soit 78 % des médecins sapeurs-pompiers interviennent au moyen de leur propre véhicule.

3.4. La médicalisation du transport VSAB.

4 items ont donc été proposés dans cette question n° 15 qui nous permet d'étudier la médicalisation des VSAB. Parmi, ces items y figure « le médecin libéral » ; en fait comme nous l'avons déjà vu la majorité des médecins sapeurs-pompiers sont des médecins généralistes et par conséquent ces médecins sont également des médecins libéraux. Cet item a été proposé ainsi, de façon à voir si d'autres médecins libéraux non sapeurs-pompiers interviennent pour la médicalisation du VSAB.

Graphique n° 15 : La médicalisation des VSAB.



MSP : Médecin sapeur-pompier.

ML : Médecin libéral.

MSMUR : Médecin SMUR.

INF SP : Infirmier sapeur-pompier.

Commentaires :

Dans 82 % des cas, la médicalisation du VSAB est assurée par le médecin sapeur-pompier. Il faut signaler que parmi tous les MSP qui assurent cette médicalisation, 12 sur 37 d'entre eux l'assurent seuls dans la mesure du possible ; les autres travaillent en binôme avec un infirmier sapeur-pompier ou font la jonction avec un médecin d'une équipe SMUR.

14 % des médicalisations sont assurées par un médecin SMUR, ceci s'observe surtout en zone urbaine ou semi-rurale.

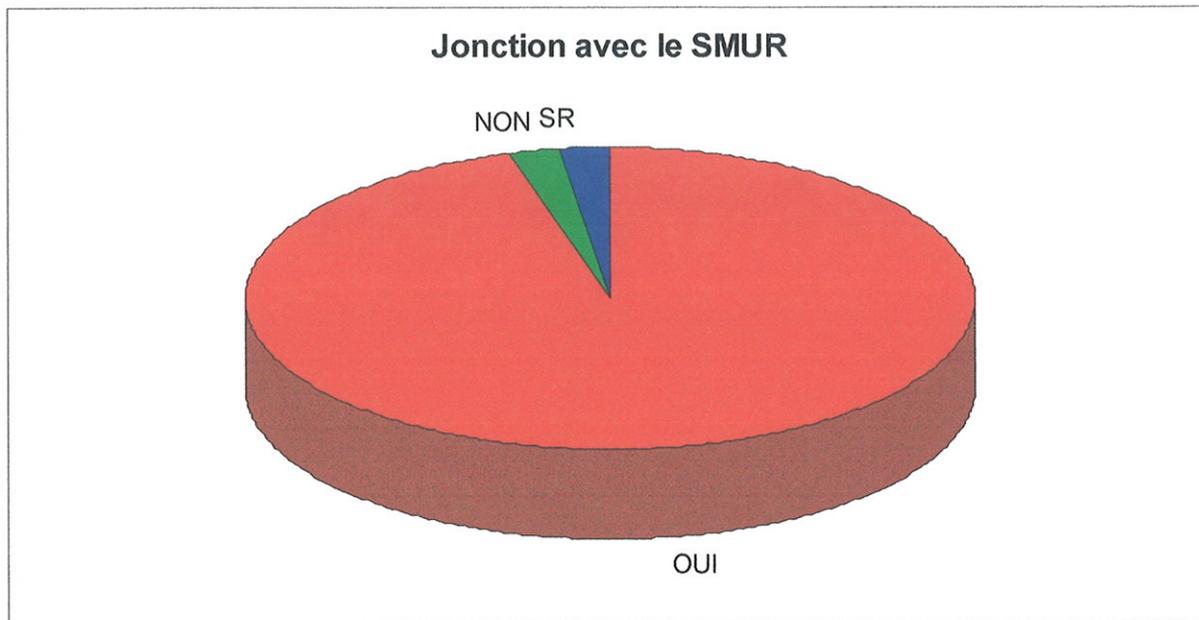
L'infirmier sapeur-pompier assure la médicalisation sous la responsabilité du médecin dans 2 % des cas.

Enfin, le médecin libéral assure seul la médicalisation du VSAB dans 2 % des cas. Par un manque de précision dans la réponse, il n'a pas été possible de savoir s'il s'agit d'un médecin libéral sapeur-pompier ou non sachant que c'est un MSP qui a répondu.

3.5. La jonction avec une équipe SMUR.

Cette question n° 16 met en évidence la collaboration entre SDIS et SAMU.

Graphique n° 16 : La jonction avec le SMUR.



Commentaires :

96 % des médecins sapeurs-pompiers de la Corrèze font la jonction avec une équipe hospitalière, ce qui montre parfaitement la collaboration entre ces 2 structures en rappelant que la complémentarité ne signifie pas rivalité !

2 % affirment ne pas effectuer de jonction et 2 % restent sans réponse.

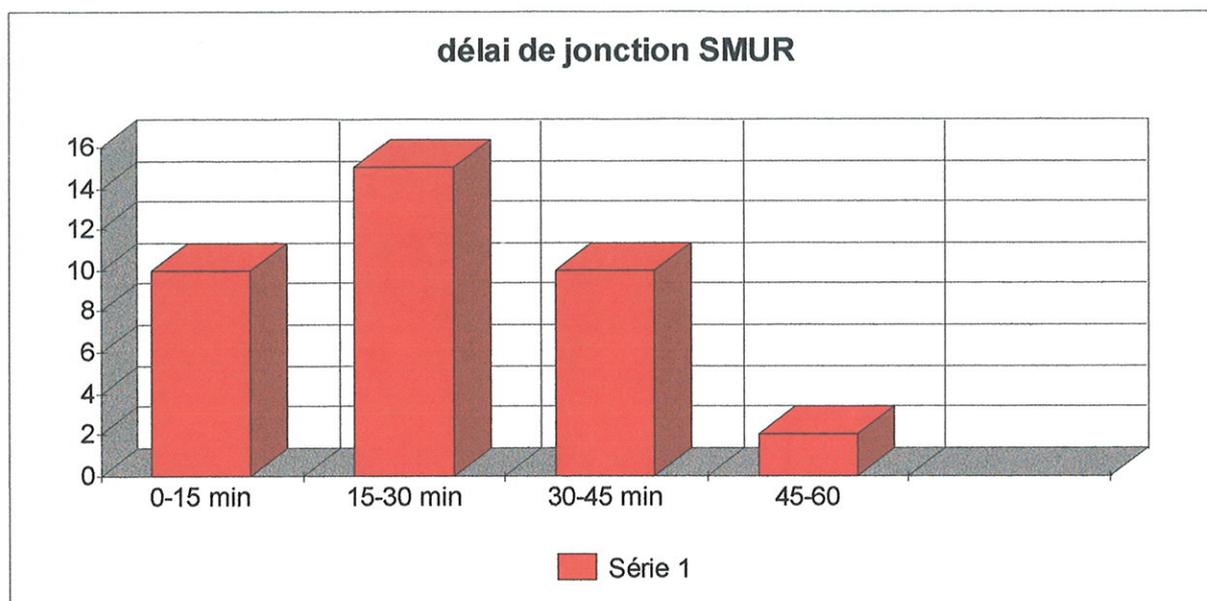
Les réponses nous paraissent très logiques, puisque qu'il est parfaitement compréhensible qu'un médecin sapeur-pompier qui est à la fois médecin généraliste ne puisse consacrer tout son temps à un service public au détriment de ces propres patients !

Par ailleurs, il semble incorrect de dépasser ses propres compétences ; il ne faut donc pas hésiter à passer la main aux confrères hospitaliers en cas de nécessité car la vie des patients en découle.

Les délais approximatifs de jonction :

37 médecins, seulement ont répondu à cette question. Le but est de savoir en combien de temps se font les jonctions avec une équipe SMUR.

Graphique n° 17 : Le délai de jonction avec le SMUR.



Commentaires :

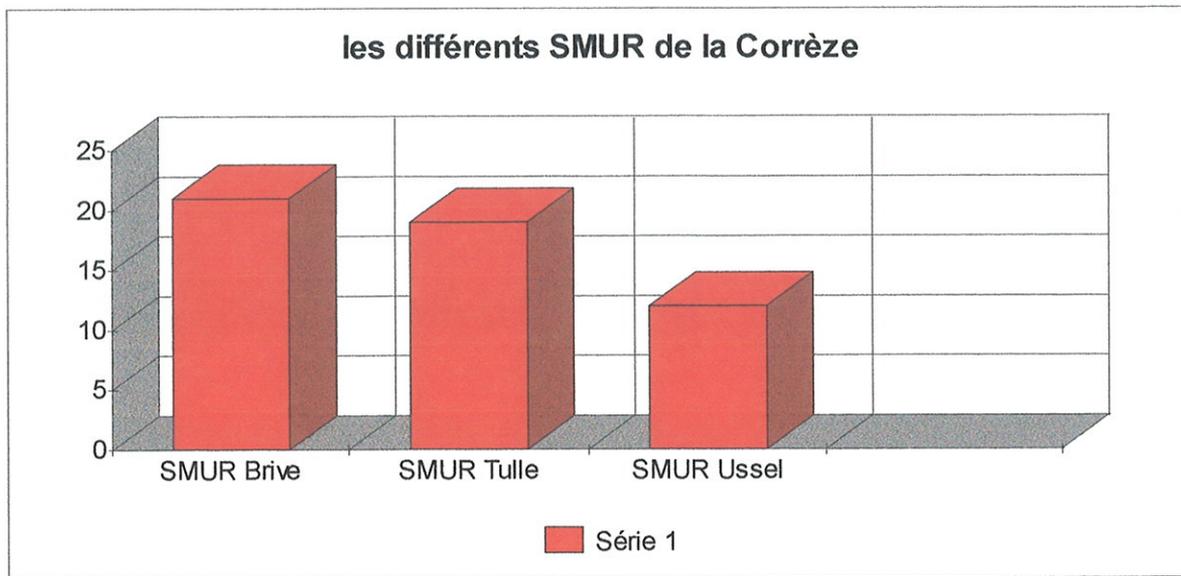
Ce graphique représente le délai de jonction avec une l'unité mobile hospitalière. Des tranches horaires ont donc été choisies afin de pouvoir classer chacune des réponses dans la tranche correspondante. Ainsi, 10 médecins affirment que le délai approximatif se situe entre 0 et 15 minutes ; 10 se trouvent dans la tranche 30-45 minutes ; 15 mettent entre 15 à 30 minutes pour faire la jonction ; et enfin 2 seulement mettent entre 45 minutes et 1 heure. Une moyenne pondérée a été calculée, elle est d'environ 35 min. le délai est d'autant plus important que la jonction s'effectue en zone rurale, c'est-à-dire loin d'un centre hospitalier.

3.6. Avec quels SMUR de la Corrèze se font les jonctions ?

Cette question n°17 nous permet voir avec quel SMUR de la Corrèze, les médecins sapeurs-pompiers font la jonction.

3 SMUR sont répartis dans le département de la Corrèze, à Brive, Tulle et à Ussel.

Graphique n° 18 : Les jonctions avec les SMUR de la Corrèze.



Commentaires :

Ainsi 21 médecins sapeurs-pompiers effectuent la jonction avec le SMUR de Brive , mais parmi eux 4 l'effectuent également avec Tulle.

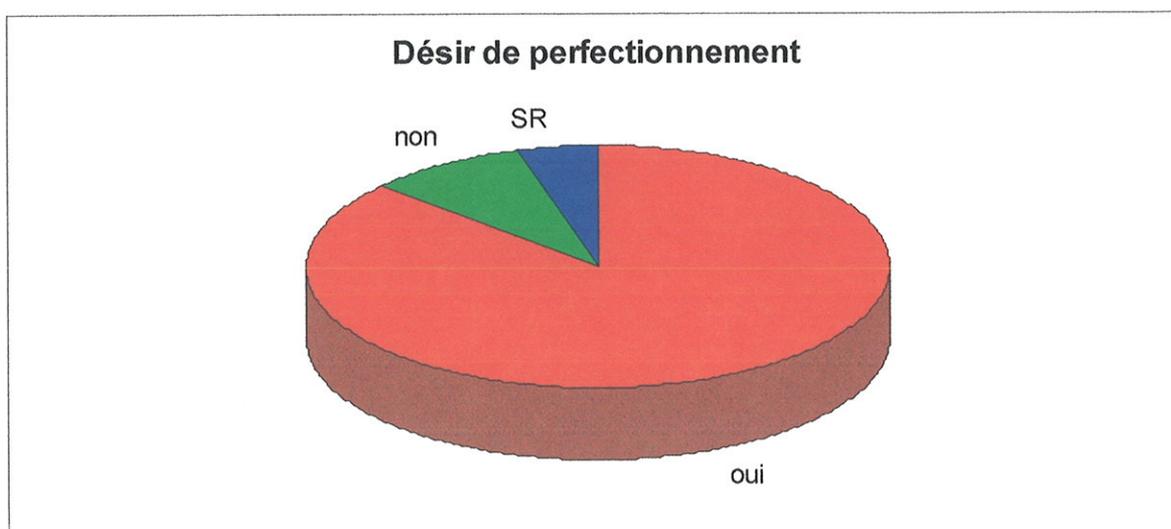
19 médecins font la jonction avec le SMUR de Tulle.

12 font la jonction avec le SMUR d'Ussel en Haute Corrèze dont 3 travaillent aussi avec le SMUR de Tulle.

3.7. Le désir de perfectionnement des gestes techniques.

Cette question n° 18 permet d'évaluer le nombre de médecins sapeurs-pompiers désirant perfectionner les différents gestes techniques que nous avons déjà évoqués.

Graphique n° 19 : Le désir de perfectionnement.



SR : sans réponse

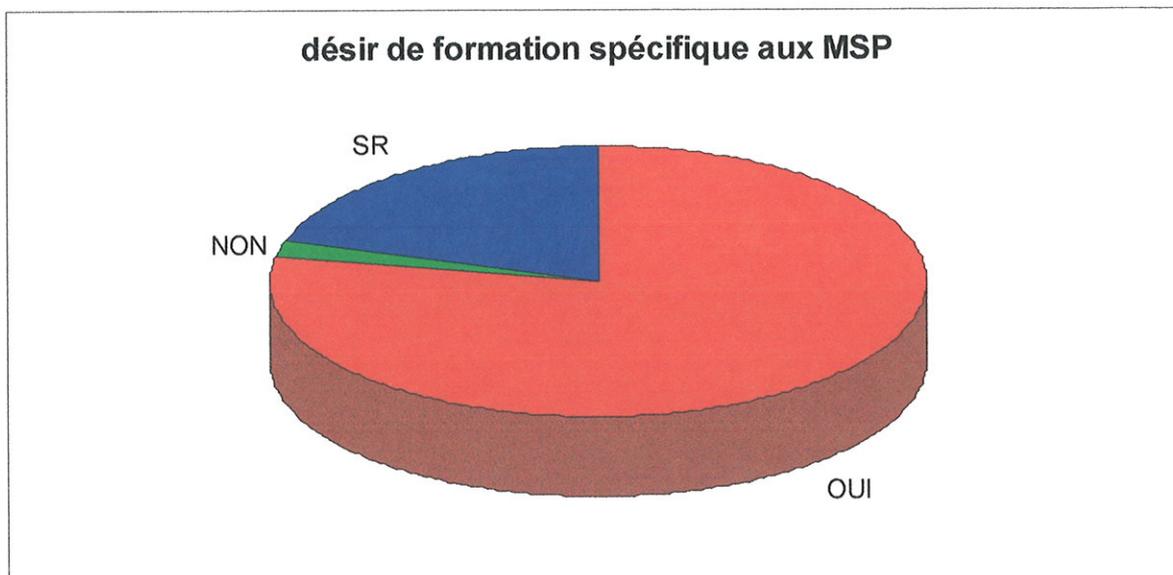
Commentaires :

D'après les résultats, il est bien évident que la majorité des médecins sapeur-pompiers montrent un désir de se perfectionner au niveau des gestes techniques. 87 % d'entre eux souhaitent cette amélioration ; 9 % s'estiment déjà suffisamment formés et 4 % sont sans opinion. La question qui va suivre va permettre de voir quelles modalités de formation peuvent convenir à cette demande.

3.8. Quel type de formation pouvons nous proposer ?

Il n'est pas toujours facile malheureusement de proposer une formation aux médecins sapeurs-pompiers, généralistes de formation initiale pour la plupart et volontaires. Leur activité libérale ne leur permet pas toujours de réaliser pleinement une activité en parallèle ; c'est pourquoi il est nécessaire de se pencher sérieusement sur cette question. Nous avons vu que 87 % des médecins désirent se perfectionner et pensent qu'une formation spécifique s'avère indispensable. Quels que soient les types de formation (sessions collectives ou individuelles en milieu hospitalier, réunions à thèmes, travaux pratiques, congrès...), celles-ci doivent être proposées de façon à ne pas pénaliser l'activité professionnelle et notamment sur le plan financier de ces médecins ; la solution à ce problème serait-elle en fait la participation d'un tiers payant ?

Graphique n° 20 : Le désir de formation spécifique.



(SR= sans réponse)

Commentaires :

78 % souhaitent qu'il y ait une formation continue spécifique aux médecins sapeurs-pompiers, que ce soit en milieu hospitalier ou autre. Le problème souvent évoqué dans les réponses, c'est le problème du financement !

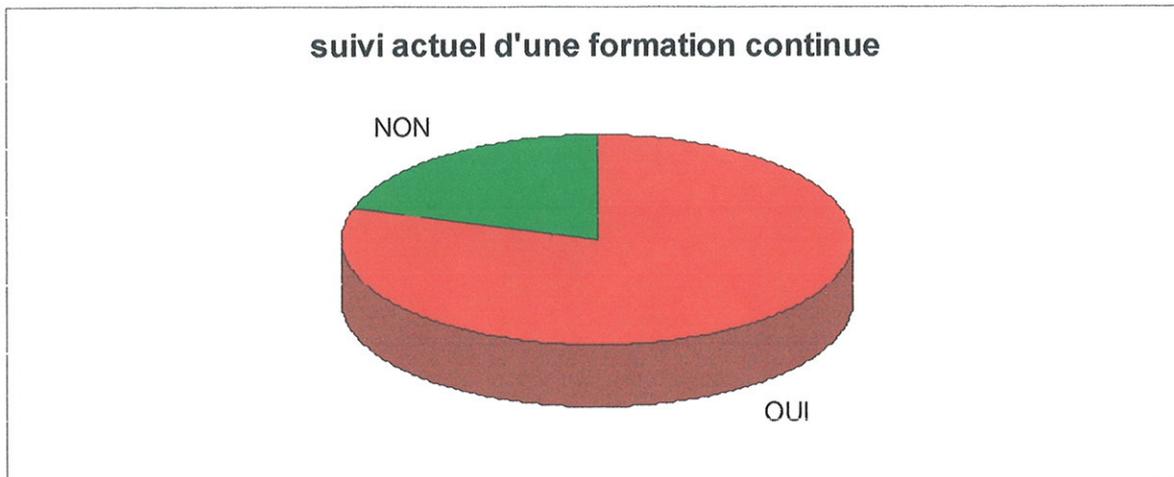
2 % pensent qu'il n'est pas nécessaire de suivre une formation continue.

Et 20 % sont restés sans réponse.

3.9. La formation continue.

Cette question évalue le nombre de médecins qui suivent actuellement une formation continue spécifique aux médecins sapeurs-pompiers ou bien une formation médicale continue en tant que médecin libéral.

Graphique n° 21 : La formation médicale continue.



Commentaires :

La majorité des médecins sapeurs-pompiers c'est-à-dire 80 % participent actuellement à une formation continue qu'elle soit spécifique ou non dans la mesure de leur disponibilité. Par ailleurs, il est important de signaler que 20 % d'entre eux ne participent à aucune des formations proposées, le motif n'ayant pas été exprimé dans les réponses !

3.10. La disponibilité.

La question n° 21 nous renseigne sur la disponibilité des médecins sapeurs-pompiers concernant les interventions de secours d'urgence.

La question qui est posée, est de savoir si leur activité professionnelle leur permet de participer à toutes ces interventions ?

Graphique n° 22 : La disponibilité.



Commentaires :

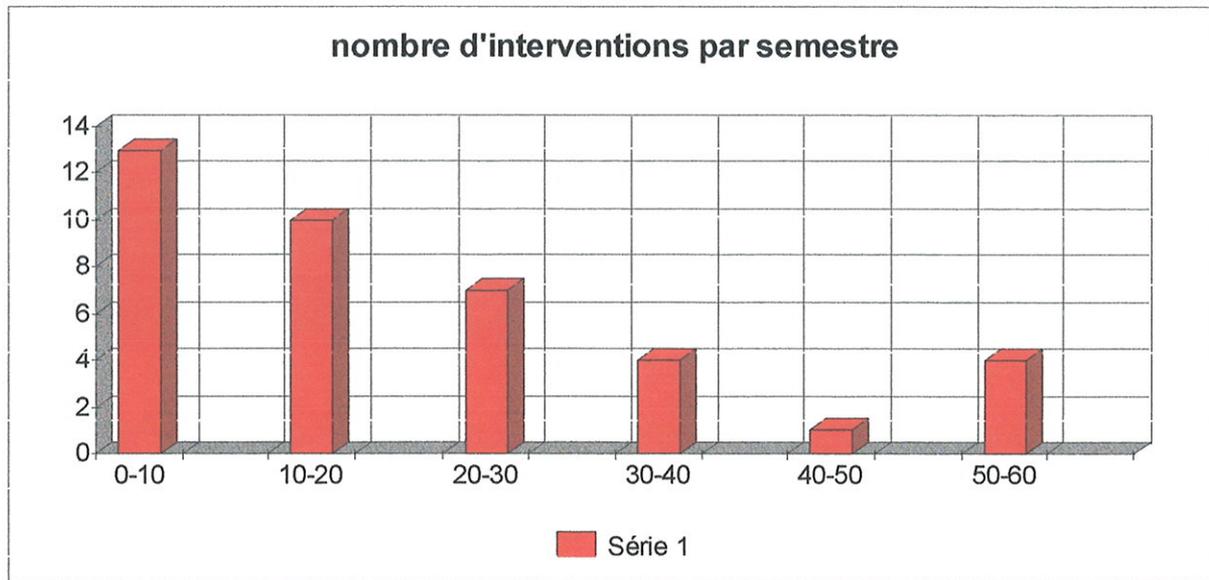
Les réponses obtenues nous paraissent logiques ; les avis semblent assez partagés. Nous constatons d'après le graphique que 60 % des médecins sapeurs-pompiers affirment ne pas être tout le temps disponibles pour participer à toutes les interventions de secours à personne, ce qui est très compréhensible compte tenu de leur activité professionnelle. D'autre part, nous constatons qu'il y a tout même 40 % qui estiment participer à toutes les interventions de secours à victime du moins pendant leur tour de garde. Ceux-là n'hésitent pas à délaissier leurs propres patients au profit d'une intervention d'urgence au côté des sapeurs-pompiers. Etre médecin sapeur-pompier, c'est signer un engagement avec le service public ; des missions leur sont confiées, qu'il faut accomplir en toute loyauté !

3.11. Le nombre approximatif d'interventions effectuées par semestre.

Question n° 22.

Le graphique ci-dessous permet de voir approximativement le nombre d'interventions effectuées par semestre par les médecins sapeurs-pompiers de la Corrèze.

Graphique n° 23 : Nombre d'interventions par semestre.



Commentaires :

En abscisse : Nombre d'interventions regroupées par tranche.

En ordonné : Nombre de médecins SP correspondants.

D'après les résultats, avec 39 réponses obtenues, nous pouvons constater que la plupart des médecins sapeurs-pompiers n'effectuent qu'entre 0 et 10 interventions par semestre. 10 effectuent entre 10 à 20 interventions ; 7 entre 20 à 30 interventions ; 4 entre 30 à 40 interventions ; 1 seulement entre 40 à 50 interventions et enfin 4 réalisent entre 50 et 60 interventions.

Ces réponses semblent tout à fait logiques par rapport à la question n° 21. La majorité des médecins ont affirmé ne pas pouvoir malheureusement participer à toutes les interventions pour des raisons que nous avons déjà évoqué.

3.12. Quel est l'avenir du médecin sapeur-pompier et du service de santé et de secours médical en général ?

Enfin cette dernière question qui est plutôt une question de réflexion , permet aux médecins sapeurs-pompiers de faire une discussion libre concernant l'avenir de cette profession et du service de santé et de secours médical de la Corrèze.

9 sur 45 ont été sans opinion.

Nous n'aborderons ici que les réponses les plus souvent évoquées.

En voici les grandes lignes :

- **Un avenir incertain.**
- **Le médecin sapeur-pompier , élément indispensable dans la chaîne des secours.**
- **La professionnalisation du métier.**

Ces 3 grandes réponses vont faire l'objet d'une discussion.

- Un avenir incertain :

Un certain nombre de médecins semblent assez pessimistes quant à l'avenir du médecin sapeur-pompier pour les raisons suivantes :

- Il faut tenir compte du volontariat.
- Un avenir incertain s'il n'y a pas de changement de statut.
- Des problèmes de rémunération.
- Le manque de disponibilité.
- Des formations de plus en plus contraignantes.
- De plus en plus d'obligations.

Il est vrai que de plus en plus d'obligations sont imposées aux médecins sapeurs-pompiers, tant au niveau de la formation initiale que pendant l'incorporation.

Depuis 3 ans un diplôme inter-universitaire du SSSM a été mis en place afin d'en faire bénéficier tout médecin désirant servir le service de santé et de secours médical.

Les médecins sapeurs-pompiers sont pour la majorité des médecins généralistes exerçant en libéral. Le manque de disponibilité est une des raisons de ce pessimisme ; car en effet il paraît très difficile de cumuler une activité professionnelle avec une activité bénévole.

Un autre problème a été signalé, c'est le problème de la rémunération. Un médecin sapeur-pompier qui est appelé à intervenir bénéficie d'une vacation horaire tout comme les autres sapeurs-pompiers. Tout médecin sapeur-pompier qui est sollicité pour une intervention quelle qu'elle soit, se retrouve pénalisé sur le plan financier ; mais il ne faut en aucun cas oublier qu'il s'agit avant tout d'un service public !

Pour tous ces libéraux, abandonner leur propre patient au profit d'une intervention avec les pompiers n'est malheureusement pas toujours facile.

Certains médecins estiment que les formations continues spécifiques doivent être plus adaptées au profil d'un médecin libéral. Ces formations sont certes indispensables, mais ne doivent pas être un obstacle au bon déroulement de leur activité professionnelle.

Dans les années à venir, il est prévu l'application d'un profil SYGICOP 3 à tous les sapeurs-pompiers volontaires y compris les médecins. Des contrôles d'aptitudes physiques et médicales seront de plus en plus rapprochés dans le temps. Si nous voulons préserver le métier de médecin sapeur-pompier, le volontariat doit être respecté !

- Le médecin sapeur-pompier est indispensable dans la chaîne des secours.

Si quelques médecins pensent que l'avenir du médecin sapeur-pompier est incertain ; d'autres au contraire croient fortement à la montée en puissance de cette profession.

Le médecin sapeur-pompier est un médecin urgentiste de proximité prêt à intervenir dans les plus brefs délais, et ceci est d'autant plus vrai en milieu rural loin d'un centre hospitalier.

C'est un maillon indispensable dans la chaîne des secours !

Son existence en milieu urbain est plus incertain compte tenu de la proximité des structures hospitalières et des équipes SMUR. Dans ce cas de figure, ses missions ne se limitent pas qu'aux interventions de secours à victimes mais s'étendent davantage vers la médecine professionnelle, le soutien sanitaire, la surveillance de la condition physique ...

- La professionnalisation du métier.

Certains médecins pensent que la professionnalisation du métier est sans doute la seule issue à tous les problèmes évoqués ci-dessus.

Dans certains départements, quelques médecins sapeurs-pompiers exercent à titre professionnel, ce qui n'est pas le cas en Corrèze où tous sont des volontaires.

Pouvons nous abandonner le volontariat au profit de la professionnalisation ?

Effectivement pour répondre à tous les problèmes évoqués par un certain nombre de médecins, la professionnalisation reste donc une des solutions. Mais comment cela pourrait-il être possible ? Les pouvoirs publics peuvent ils financer un tel projet ?

Actuellement, le SDIS 19 dispose de 82 médecins sapeurs-pompiers tous volontaires. Ce changement de statut nous paraît extrêmement difficile compte tenu de l'importance du coût financier !

Le changement de statut en professionnel implique une activité à plein temps. La disproportion des activités entre tous ces médecins est très significative. D'autre part pouvons nous réellement affecter des médecins sapeurs-pompiers professionnels dans chaque centre de secours sachant que ceux-là pourraient favoriser l'augmentation des contraintes envers les sapeurs-pompiers volontaires. Dans ce cas ne faudrait-il pas affecter des sapeurs-pompiers professionnels à chaque CS également !

Par contre ce qui serait intéressant, serait la création au sein du SDIS de chaque département des postes de médecin-chef départemental et d'adjoints à titre de professionnels qui pourraient assurer pleinement les différentes missions et intervenir dans les différents CS si besoin. Ces médecins seraient responsables des visites médicales d'aptitude, du suivi médical des sapeurs-pompiers volontaires et professionnels, de la gestion administrative et financière du SSSM... (Cf : Rôle médecin-chef départemental).

Beaucoup de chemin nous reste à faire avant d'aboutir à la professionnalisation de ce métier !

E. L'organisation des secours en Corrèze.

L'organisation des secours en Corrèze est partagée entre 2 services :

- Le SDIS.
- Le SAMU.

I. Le principe.

L'interconnexion systématique 15 et 18 est impérative, ces deux services doivent se tenir mutuellement informés des appels qui leur parviennent ainsi que de l'évolution des opérations. La retransmission des appels entre le CRRA 15 et le CODIS est immédiate et réciproque.

La régulation médicale relève du SAMU ou du SMUR de Brive sur les communes qui le concerne. Le SAMU dispose d'un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) doté du numéro d'appel 15.

Le CODIS disposait avant de 2 centres de traitement de l'alerte (CTA) à Tulle et à Brive dont le numéro d'appel est le 18.

Actuellement, depuis le 20 décembre 1999, le CODIS dispose désormais d'un seul centre de traitement de l'alerte qui se trouve à Tulle dans les nouveaux locaux dont les travaux se sont achevés au mois d'octobre 1999, du service départemental des services d'incendie et de secours de la Corrèze.

Depuis cette même date, CODIS et SAMU se sont regroupés dans ces nouveaux locaux. La CRRA 15 et le CTA sont séparés l'un de l'autre par une simple baie vitrée.

Les premiers bilans réalisés sur le lieu d'intervention par les équipes du SDIS, et les bilans médicaux faits par les médecins du SSSM, doivent être transmis à la fois au CODIS et au CRRA 15.

L'appel à des moyens de secours extérieurs relève exclusivement du SAMU, du SMUR de Brive, ou du CODIS en fonction de leur compétence respective.

II. Le déclenchement des secours.

Ceci varie selon les lieux de l'intervention.

1. Pour la voie publique et les lieux fréquentés par le public :

L'intervention du SDIS est automatique, par l'appel du 18.
Peuvent être assimilés à la voie publique les lieux suivants :

- Les magasins.
- Les salles de spectacles.
- Les écoles.
- Les bâtiments publics.
- Les lieux de culte.
- Les locaux professionnels et industriels.
- Les parties communes des immeubles.
- Les lieux de rassemblements du public et de manifestations sportives...

2. Pour les domiciles et les lieux privés :

La régulation médicale par le SAMU est automatique par l'appel du 15.
Sont assimilés aux domiciles et aux lieux privés :

- Les domiciles des patients .
- Les cabinets médicaux et para-médicaux.
- Les infirmeries et les salles de soins des établissements publics, professionnels, et privés.
- Tous les logements des immeubles d'habitation collectifs.
- Tous les locaux d'habitation des hôtels, foyers, résidences ou maisons de retraite sauf si l'accès à la victime est périlleux...

3. Le prompt secours.

Exceptionnellement, lorsque le CTA reçoit un appel en provenance d'un domicile, et qu'il existe un risque vital imminent (détresse vitale avérée ou potentielle), le SDIS peut intervenir. Cependant, le médecin régulateur du CRRA 15 doit être informé de la situation par les sapeurs-pompiers rendus sur place ; et après les informations et la régulation, le médecin régulateur peut prendre toutes les mesures nécessaires.

4. Les sinistres.

En cas de sinistre (ex : en cas de catastrophe naturelle), l'intervention du SDIS est systématique, avec la mise en œuvre du SSSM, pour assurer le soutien sanitaire de ses équipes. Le SAMU n'intervient pas systématiquement, mais il garde la possibilité d'anticiper sur l'évolution possible des informations reçues en concertation avec le CODIS. Lorsque le CRRA 15 du SAMU , reçoit l'appel pour un sinistre, il le retransmet systématiquement vers le CODIS.

III. L'orientation du patient et la conduite de l'intervention.

En fonction des informations transmises et des bilans reçus, le médecin régulateur du CRRA 15 va déterminer l'orientation du ou des patients.

Lorsqu'un médecin est présent sur les lieux, l'orientation est décidée par le médecin régulateur en concertation avec le médecin qui se trouve auprès du malade.

Quand les secouristes ou les médecins sapeurs-pompiers sont intervenus en premier, la conduite de l'intervention de l'aide médicale urgente est transférée au moment où le patient peut être pris en charge médicalement, après régulation par une unité de soins hospitalière (unité d'hospitalisation, d'accueil ou mobile).

Dans le cas, où c'est une équipe SMUR, qui se présente sur les lieux d'une intervention n'impliquant pas le SSSM, elle prend en charge le patient. Le responsable du SDIS, va transmettre toutes les informations nécessaires.

Si un médecin sapeur-pompier est sur le lieu d'intervention, il confie le patient au médecin du SMUR selon le code de déontologie.

IV. L'évacuation et le transport.

Le médecin régulateur, en fonction de l'orientation du patient qui a été déterminée et des moyens disponibles, organise le transport du ou des malades et blessés.

1. Sur la voie publique et les lieux fréquentés par le public.

L'évacuation des patients ou leur transport sanitaire à partir de la voie publique ou des lieux assimilés à la voie publique sont effectués après la régulation médicale, en règle générale, par le VSAB.

Lorsque les équipes SMUR interviennent, et lorsqu'elles assurent la surveillance du patient dans le VSAB, elles bénéficient du concours des personnels du SDIS. Sur le plan matériel, le VSAB doit être équipé de façon à ce que l'équipe SMUR puisse l'utiliser.

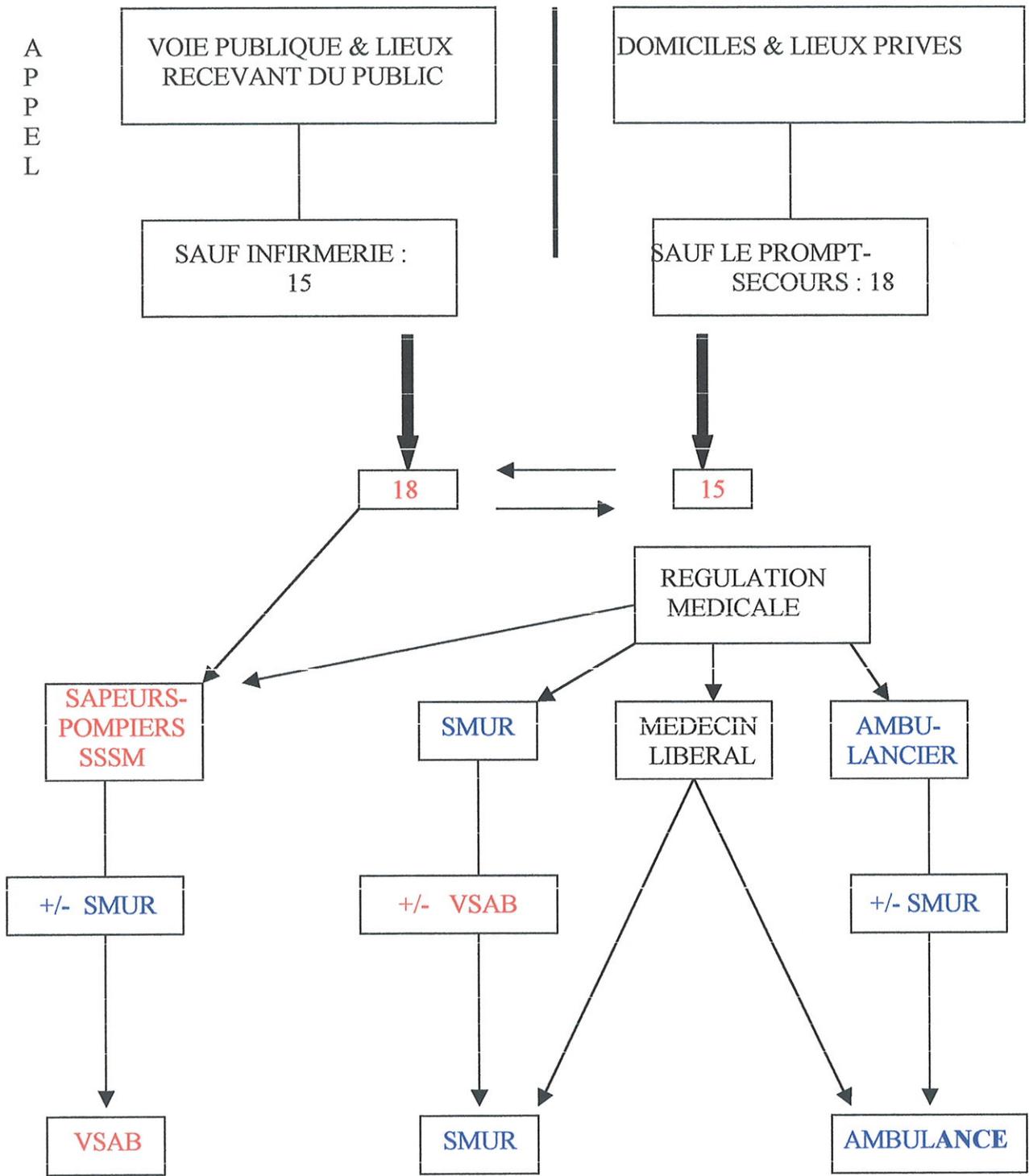
2. Aux domiciles et aux lieux privés.

Le transport d'un patient est réalisé après la régulation, par une ambulance privée sur la base de protocole d'intervention entre le SAMU et la représentation de la profession ambulancière ou bien si nécessaire par une ambulance de réanimation hospitalière.

En cas d'urgence médicale, et qu'il existe une carence du secteur privé, dans ce cas le SAMU peut demander un transport par le VSAB qu'il soit médicalisé ou non.

V. Le schéma d'organisation des secours en Corrèze.

SCHEMA D'ORGANISATION DES SECOURS EN CORREZE.



LE CENTRE DE SECOURS DE LUBERSAC EN CORREZE.

A. HISTORIQUE :

Dans les années qui suivent la dernière guerre, toute flamme allumée sur le canton de Lubersac était éteinte par les sapeurs-pompiers de St Yrieix ou de Pompadour. Rapidement, le bourg de Lubersac situé dans un paysage vallonné aux confins de la Haute-vienne et de la Corrèze avec ses 2300 habitants s'est doté de son propre service d'incendie et de secours.

C'est alors que le 2 décembre 1954, à la demande du maire Mr Chastanet fût créé le premier corps de sapeurs-pompiers appelé à cet époque centre de première intervention.

A sa date de création, le corps comprenait 12 sapeurs-pompiers, tous artisans et nommés pour 5 ans renouvelable.

Le Dr Jean Nexon fût le premier médecin de Lubersac à rejoindre le corps des sapeurs-pompiers. Il participait à l'enseignement du secourisme, et n'effectuait que très peu d'interventions sur le terrain avec les sapeurs-pompiers.

Un local avait été mis à disposition du corps dans la rue Souham qui était très difficile d'accès et de sortie. Une subvention votée par le conseil municipal, avait permis au corps de s'équiper en matériel.

Le centre de secours fût équipé successivement par Brive de trois moto-pompes ainsi que d'une Jeep.

Les sapeurs-pompiers effectuaient les missions suivantes :

- Lutte contre les incendies de toute nature (feux de cheminées, de granges, de broussailles...).
- Interventions sur les inondations et notamment sur les inondations des caves.
- Dégagement d'arbres .
- Interventions sur les accidents de la voie publique .
- Destruction des essaims de guêpes.
- Les secours à personnes qui s'amplifiaient au fil des années.

Tous avaient l'esprit pompier : *« Avoir l'esprit pompier, c'est être disponible quelle que soit l'heure, le travail, le temps, savoir abandonner la famille, les distractions le moment venu pour se rendre au service de la population en détresse »* .

Voici quelques grandes dates marquantes dans l'histoire du centre de secours de Lubersac.

- **En avril 1957**, ce fût l'acquisition d'un fourgon Peugeot.
- **En 1959**, l'effectif est passé à 16.
- **En avril 1960**, le centre s'équipe de sa première moto-pompe achetée par ses propres moyens.
- **En 1962**, ce fût la 1^{ère} épreuve de secourisme ,7 seulement ont été reçus.
- **Le 7 mars 1969**, acquisition d'un véhicule neuf Renault ; effectif de 20 sapeurs-pompiers.

- **En mai 1971**, le centre de première intervention devenait officiellement « le centre de secours » ; et pendant la même année celui-ci s'équipe d'un camion citerne M3 Berliet tout terrain avec une moto-pompe de 30 m³/h .
- **En janvier 1975**, le centre de secours a obtenu un nouveau local situé sous les locaux de la gendarmerie. Ce nouveau local comprenait des garages pour véhicules, une salle de réunion, ainsi qu'une douche. Dans la même année le centre recevait une ambulance neuve équipée, ainsi qu'un bateau.
- **L'année 1975** fût également marquée par l'arrivée dans le corps du Dr Jean-pierre Nexon fils du Dr Jean Nexon qui accepta de devenir le médecin attitré des sapeurs-pompiers au grade de capitaine.
- **En 1977**, Lubersac organisa son premier congrès départemental de sapeurs-pompiers.
- **En 1978**, 3 ans après l'engagement du Dr JP. Nexon au sein du corps, le Dr Henri-luc Soulié accepta de rejoindre à son tour le centre de secours au grade de capitaine ainsi que le Dr Soullier en tant que capitaine pharmacien spécialisé en toxicologie.
- La première femme intégra le corps **en 1979**.
- **En 1980**, se déroula la simulation d'un plan ORSEC dans un collège agricole.
- Le centre de secours de Lubersac avait effectué 83 interventions **en 1982**.
- **En 1993**, le centre disposait de 20 pompiers d'origine professionnelle diverse (artisans, commerçants, employés municipaux...) et de 4 médecins sapeurs-pompiers , qui se dégagent de leurs obligations professionnelles pour participer aux interventions aussitôt que la sirène retentit ou que le bip sonne. La zone d'activité du CS s'étend sur 5 communes : Lubersac, Saint Martin, Saint Pardoux , Benayes et Montgibaud.

Tous nos remerciements à Mr P. Courcelaud pompier retraité qui a bien voulu nous retracer l'histoire du corps des sapeurs-pompiers de Lubersac.

B. LE CENTRE DE SECOURS.

I. Les locaux.

L'originalité du centre c'est qu'il se trouve sous la gendarmerie nationale ; le centre présente un bureau de réception des alertes provenant du CTA , un local servant de secrétariat et de stockage du matériel médico-secouriste pour le ravitaillement.

Il dispose également de vestiaires qui ont récemment bénéficié de travaux de réaménagement.

Le centre dispose d'un hangar qui abrite tous les véhicules d'interventions, ainsi que tout le restant du matériel que nous verrons en détail ultérieurement. Le centre présente par ailleurs une salle de détente servant aussi de lieu au débriefing.



Photo n° 1 : CENTRE DE SECOURS DE LUBERSAC

II . Les effectifs.

Le CS compte 17 sapeurs-pompiers et 4 médecins sapeurs-pompiers, tous volontaires dont le plus jeune a 18 ans et le plus âgé 55 ans. En cas de besoin, le CS fait appel à un sapeur-pompier professionnel spécialisé en plongée affecté au CSP de Brive.

Voici la répartition par rang du personnel :

- Un officier chef de corps au grade de lieutenant.
- Un sous-officier au grade de sergent.
- 8 caporaux.
- 7 sapeurs dont une femme et un infirmier.

Le service de santé et de secours médical est représenté par 3 médecins sapeurs-pompiers et un infirmier sapeur-pompier. Actuellement , le CS ne dispose pas de pharmacien sapeur-pompier ni de vétérinaire sapeur-pompier.

III. Le matériel mis à disposition du CS.

Le parc automobile présente :

- 1 VSAB.
- 1 VL (véhicule léger).
- 1 CCF (camion citerne pour le feu) avec un réservoir de 2000 litres d'eau.
- 1 CCR 35 (camion citerne rural avec 3500 litres d'eau), spécifique à la Corrèze.
- 1 CTU (camion tout utilitaire).
- 1 bateau à moteur utilisé pour les inondations et les noyades.
- 1 MPR (motopompe remorquable).

Par ailleurs le CS dispose de 4 ARI avec une réserve de quatre autres bouteilles et de matériels de désincarcération.

Il dispose également d'un appareil de radio transmission permettant de recevoir les ordres de missions à effectuer en provenance du CTA situé dans les nouveaux locaux du SDIS 19 à Tulle. Ce système de type « HALBERTHAL » très sophistiqué permet de déclencher l'alerte au CS et de sélectionner par l'intermédiaire des bips les sapeurs-pompiers et médecins opérationnels selon les interventions.

IV. Le VSAB.



Photo n° 2 : LE VSAB PEUGEOT J 9 DU CS.



Photo n° 3 : LA CELLULE SANITAIRE DU VSAB

1. L'équipement du VSAB.

Le CS dispose d'un VSAB médicalisé depuis 15 ans.

A son bord, il dispose de matériels médicaux et secouristes suivants :

1.1. Le matériel médical :

- Aiguilles IM, IV, SC.
- Sparadrap type Albuplast.
- Alcool 70° C.
- Attelles cervicales.
- Ballon autoremplisseur type AMBU.
- Bande type Velpeau.
- Bicarbonate de sodium 1,4 %
- Canule de Guédel n° 1 à 4.
- Cathéters IV.
- Chlorure de sodium 0,9 %.
- Ciseaux pour vêtement.
- Compresses stériles.
- Couverture isothermique.
- Défibrillateur manuel.
- Electrodes ECG.
- Elohes.
- Fiches médicales de l'avant.
- Fils de suture.
- Gants non stériles et stériles.

- Garrot.
- Glucosé 5%.
- Jet aiguilles.
- Laryngoscope et jeu de lames courbes.
- Lunettes O2.
- Masques O2.
- Mèches stériles.
- Oxymètre.
- Perfuseurs à robinet.
- Piles.
- Pince à disséquer
- Pince de Magyl.
- Pince Kocher.
- Poche à urine.
- Porte aiguilles.
- Réniformes
- Ringer lactate.
- Scalpel.
- Scope
- Set pour brûlures et pour grandes plaies.
- Seringues.
- Sonde d'intubation n° 4 et 7.
- Sonde de Foley 14 et 18.
- Sonde d'aspiration bronchique.
- Sonde nasale O2.
- Sutures adhésives type Stéristrip.
- Sthétoscope.
- Strappal.
- Stylo.
- Support de perfusion.
- Tensiomètre.
- Tégaderm.
- Thermomètres frontaux.
- Valise d'aspiration Laerdal.

1.2. Les médicaments.

- Adrénaline 0,1 %
- Alcool 70° C.
- Aspégic 1g IV, IM.
- Atropine 0,05 %
- Bétadine 10 % gel dermique
- Bristopen 1g.
- Dacryosérum.
- Diantalvic.
- Eau oxygénée.
- Eppi 10 cc.
- Flagyl 0,5 % injectable.
- Glucose 30 %.
- Gamma OH injectable.

- Hypnovel 5mg/ 5 ml.
- Imodium.
- Lasilix 20 mg inj.
- Lexomil.
- Loxen 10 mg / 10 ml.
- Narcan 0,4 mg/ ml.
- Natispray 0,30 fort aérosol.
- Nifluril pommade
- Novésine collyre.
- Nubain inj.
- Primpéran 10 mg inj.
- Prodafalgan 1 g.
- Solumédrol 120 mg.
- Solumédrol 500mg.
- Spasfon inj et spasfon lyoc.
- Tiapridal injectable.
- Valium 10 mg.
- Ventoline aerosol.
- Xylocaine 1 % injectable.

1.3. Divers

- Des crochets, sangles, tendeurs, filets, bandeau, cordelette ainsi qu'une caisse à outils.
- Il dispose également de gonfleurs à pied, électriques, et tuyaux de raccordement.
- Au niveau du chauffage, le VSAB est équipé d'un cordon thermostatique avec prise, d'une gaine de soufflerie et d'alimentation.
- Il présente des rampes et des rallonges d'oxygène ; des humidificateurs, un débit litre O2.
- Au niveau de l'éclairage, il existe des rampes électriques avec des rallonges et des prises de raccordement.
- Le sac Vézère qui comprend tout le matériel nécessaire pour une intervention dans la vallée de la Vézère.
- Rateliers support de caisse.
- Goupilles.
- Néons.
- Escabeau.
- Groupe électrogène.
- Raccord recharge batterie.
- Tentes gonflables .
- Raccordements cellule.
- Brancards rigides.
- Supports brancards.
- Chariots porte tentes.
- Lampe rechargeable.
- Bidon d'essence 20 litres .
- Housse à attelles.
- Attelles et sangles.
- Table de travail pliante.
- Bouteille d'oxygène de 15 litres.
- Mano-détendeurs.
- Chaises pliantes.

- Housses mortuaires blanches.

2. L'entretien du VSAB.

Cet entretien est placé sous la responsabilité de l'infirmier sapeur-pompier. Des protocoles d'hygiène sont établis par le SDIS et doivent être appliqués très rigoureusement.

En ce qui concerne l'entretien général du moteur, de la transmission, des pneumatiques cela sera fonction des données définies par le constructeur.

L'entretien extérieur du VSAB, se fait de la même manière que les autres véhicules de secours. Après chaque intervention, il est donc indispensable de remettre le véhicule en état, et de finir par le nettoyage.

L'entretien de la cellule sanitaire obéit comme nous l'avons déjà vu à des règles précises. Des protocoles d'hygiène sont ainsi établis et doivent être respectés. Le médecin sapeur-pompier ainsi que l'infirmier sapeur-pompier doivent impérativement veiller au bon déroulement.

Ils sont les conseillers techniques, et ils doivent mettre en œuvre toutes les mesures possibles afin de prévenir des risques de contamination des victimes mais aussi du personnel.

Voici ces protocoles :

PROTOCOLE N° 1 : EN FIN D'INTERVENTION.

Port de gants à usage unique pour le nettoyage et la désinfection.

1^{er} temps :

-Élimination des déchets et du linge sale (déchets de soins, usage unique, exemple : sonde d'aspiration...). Cette opération doit théoriquement être effectuée à l'hôpital, sinon il faut mettre les déchets dans un sac hermétique, scellé pour une élimination réglementaire.

-Élimination d'eau souillée du lavage des mains si réservoir réceptacle.

-Nettoyage et désinfection avec produits détergents-désinfectants (soit en solution, soit en lingettes imprégnées ou bien les deux) :

- Brancard.
- Surfaces.
- Matelas coquille.
- Lavabo.
- Appareil d'aspiration.
- Tout le matériel en contact avec les sécrétions ou excréments des victimes.
- Si intervention souillée, il faut procéder à une deuxième application du produit désinfectant.
- **Cas particuliers** : La couverture isothermique ; usage unique ou lavage-désinfection systématique

2^{ème} temps :

-Réapprovisionnement du véhicule.

-Balayage humide et nettoyage du sol avec détergent - désinfectant.

-Lavage des mains.

NB : vérifier le niveau d'eau du réservoir (remplir si besoin).

Désinfecter avec une goutte d'eau de javel à 48° par litre d'eau contenue dans le réservoir.

PROTOCOLE N° 2 : TRAITEMENT DU PETIT MATERIEL.

Exemples : masques et valves AMBU, lames laryngoscope, bouches d'aspiration et leurs tuyaux....

- Trempage dans un bain détergent voire détergent et désinfectant.

- Brossage doux et nettoyage.
- Rinçage avec eau courante.
- Séchage.

PROTOCOLE N° 3 : NETTOYAGE ET DESINFECTION APPROFONDI.

Au moins une fois par mois et après chaque intervention souillée.

Une fois par semaine pour les centres avec plus de 6 interventions par semaine.

Port de gants à usage unique pour :

-Éliminer les déchets.

-Sortir tout le matériel de la cellule sanitaire.

Procéder au nettoyage de la cellule sanitaire ainsi que du poste de conduite par produit détergent et désinfectant.

- Commencer par les surfaces les moins sales (plafond, surfaces verticales, surfaces horizontales, plan de travail), en partant du fond de la cellule vers les portes extérieures du véhicule, afin de limiter la contamination ou la recontamination des surfaces déjà nettoyées.
- Ne pas oublier les supports des différents matériels ainsi que le support du chariot brancard, les poignées de portes, tiroirs...
- Ne pas négliger l'intérieur des tiroirs.
- Procéder au dépoussiérage humide puis au lavage du sol avec un produit détergent / désinfectant sans oublier les recoins, puis laisser sécher. Réintégration de tout le matériel rigoureusement nettoyé. Lavage du sol par 2^{ème} application du produit désinfectant. Puis lavage des mains.

V. Le service de santé et de secours médical du CS.

Le centre d'incendie et de secours de Lubersac comprend 4 médecins et un infirmier libéral sapeurs-pompiers tous volontaires.

Les 4 médecins sapeurs-pompiers sont tous des médecins généralistes exerçant dans un même groupe médical. Parmi eux, se trouvent un médecin commandant et 3 médecins capitaines dont 2 titulaires, et 1 encore médecin capitaine stagiaire suivant une formation spécifique qui aboutit à un diplôme inter-universitaire se déroulant à Bordeaux. Ce DU spécifique à la formation de médecin sapeur-pompier, est encore à titre expérimental ; désormais tout médecin désirent intégrer le SSSM en tant que médecin sapeur-pompier devra suivre cette formation.

Pour l'instant seul, le médecin capitaine stagiaire du CS de Lubersac suit cette nouvelle formation pédagogique de médecin sapeur-pompier parmi ses confrères de la Corrèze pour la session 1999.

Par ailleurs, le CS dispose d'un infirmier sapeur-pompier qui intervient suivant sa disponibilité en binôme avec les médecins.

Les médecins sapeurs-pompiers dispensent également des soins d'urgence aux sapeurs-pompiers blessés lors des interventions.

1. Les moyens mis à disposition du SSSM.

1.1. Le cabinet médical.

Les 4 médecins sapeurs-pompiers exercent avec 2 autres médecins généralistes au sein d'un groupe médical. Le cabinet médical se compose de 3 salles de consultation, d'un secrétariat et d'une salle de soins commune à tous les médecins.

Le cabinet médical permet aux médecins sapeurs-pompiers de recevoir des sapeurs-pompiers pour des examens médicaux, les vaccinations, des examens d'aptitude à la conduite de poids lourds, divers certificats....

La salle de soins peut être utilisée pour donner les premiers soins à un malade ou blessé avant son transfert vers un milieu hospitalier par le VSAB.

1.2. Le VSAB.

Comme nous l'avons déjà vu, le CS dispose d'un VSAB médicalisé qui dispose de tout le matériel nécessaire aux médecins. Tout le dispositif médical du VSAB doit être vérifié, renouvelé si besoin, et doit être mis à disposition du médecin SMUR lors d'une jonction.

1.3. Le véhicule personnel.



Photo n° 4 : LE MEDECIN COMMANDANT DU CS ET SON VEHICULE PERSONNEL

Pour se rendre sur les lieux d'une intervention, le centre ne disposant pas de VRM, ceci oblige les médecins à utiliser leur propre véhicule soit en rejoignant directement le VSAB sur les lieux soit en le rejoignant au CS pour effectuer un départ commun.

Concernant la signalisation lumineuse et sonore du véhicule, seul le médecin commandant est dans le droit d'utiliser un feu à éclat bleu, associé à une signalisation sonore.

Il est important de rappeler que seuls les médecins sapeurs-pompiers effectuant des gardes au niveau départemental, et après autorisation du préfet peuvent faire usage de cette signalisation. Bien évidemment, après toute intervention d'urgence ce dispositif lumineux et sonore doit être retiré. Au niveau du matériel, les médecins disposent dans leur véhicule de la trousse d'urgence ; mais en général ils se servent du matériel et des médicaments du VSAB.

1.4. Le matériel médical et secouriste.

Le matériel ainsi que les médicaments sont constamment contrôlés et renouvelés par la pharmacie à usage intérieur du SDIS 19. Il n'est pas rare que les médecins utilisent leur propre matériel lors de certaines interventions.

2. Le rôle des médecins sapeurs-pompiers au sein du centre de secours.

2.1. La prévention.

Les médecins sapeurs-pompiers interviennent en tant que conseillers techniques pour tel ou tel type d'intervention. Ils doivent sensibiliser les sapeurs-pompiers des risques encourus lors des activités opérationnelles ; par exemple le risque de contamination par un agent infectieux quelconque transmis par un blessé ou un malade en les incitant à porter des gants de protection. En collaboration avec l'infirmier sapeur-pompier, les médecins font de la prévention contre les risques cardio-vasculaires et notamment contre le tabagisme et l'alcoolisme...

D'autre part, les médecins se doivent de contrôler la mise à jour vaccinale des sapeurs-pompiers en rappelant que seul le vaccin antitétanique est rendu obligatoire chez les volontaires. Il est de leur devoir de conseiller les autres vaccins tel que l'hépatite B.

2.2. L'examen d'aptitude médical.

En Corrèze, l'examen d'aptitude médicale pour le recrutement, de réengagement ou bien la visite médicale en cours d'incorporation est réalisé par les médecins du travail de la mutuelle sociale et agricole de Tulle. Le SDIS manquant de moyens techniques pour effectuer des bilans médicaux complets, a donc signé une convention avec la MSA afin de permettre un suivi régulier au rythme de tous les 5 ans et de tous les 2 ans pour des sapeurs-pompiers de plus de 45 ans.

Le cas échéant, il peut arriver que les médecins du CS procèdent eux-mêmes à ces examens d'aptitude ainsi qu'à la surveillance de leur condition physique. Les médecins effectuent quelquefois une visite médicale pour l'obtention du permis poids lourds, et donc pour la conduite du VSAB.

Dans l'avenir, il nous paraît indispensable que les médecins sapeurs-pompiers de chaque centre de secours, dans la mesure où ils sont les mieux placés pour connaître les personnels se doivent d'assurer ces visites médicales d'aptitude !

Quand aux dossiers médicaux confidentiels à chaque sapeur-pompier, c'est le médecin commandant qui les détient au sein du cabinet médical.

2.3. Le soutien sanitaire et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers.

Ceci fait partie d'une des missions les plus importantes confiées aux médecins sapeurs-pompiers. Comme nous l'avons déjà étudié, le médecin sapeur-pompier doit être un conseiller technique en matière de sécurité lors des interventions. Le soutien sanitaire consiste en la surveillance médicale et de la condition physique des personnels pendant toute la durée des grandes interventions tels que les grands feux ; où le médecin veille à ce que les hommes s'hydratent et s'alimentent suffisamment et doit proposer la relève si nécessaire. Le soutien sanitaire comprend également le soutien psychologique ; les sapeurs-pompiers sont souvent

confrontés à des moments difficiles ; l'impact psychologique de certains événements peut induire chez certains des états de névrose post-traumatique.

Après une intervention traumatisante, les médecins du CS de Lubersac essaient d'organiser dans la mesure du possible un débriefing permettant d'extérioriser les angoisses et le vécu traumatique de chacun afin de maintenir une équipe opérationnelle.

Après quelques témoignages auprès des sapeurs-pompiers, un mot ressortait souvent, « le stress » ; c'est en fait un moyen pour notre organisme de se défendre contre une agression extérieure.

Voici le témoignage d'un sapeur-pompier du CS qui raconte son vécu lors de la nuit du 27 décembre 1999, au moment de la tempête : *« Ce soir là je ne le cache pas, j'avais eu très peur ; nous avons effectués un certain nombre d'interventions durant la nuit pour dégager les arbres tombés sur les routes et bâcher les toits de maison. Avec toutes ces sorties, l'épuisement venait s'ajouter au stress, à la peur ! Ce qui était dur aussi moralement et physiquement, c'est l'après tempête ! le fait de voir la région dévastée, et la mobilisation des équipes pendant une dizaine de jours.*

Cette expérience, nous l'avons tous vécu et aujourd'hui on y pense encore ; je pense qu'il serait indispensable d'en parler tous ensemble ! ».

Ce témoignage met l'accent sur l'impact psychologique que peuvent entraîner certains événements.

2.4. Le secours à personnes.

Les interventions de secours à personnes restent l'une des activités principales pour les médecins du CS de Lubersac. Les médecins sont équipés d'un bip tout comme les sapeurs-pompiers, qui se déclenche dès que l'intervention porte sur le secours à victimes. Les 4 médecins du CS n'hésitent pas à abandonner leur propre patient, dès que le bip se met à retentir !

En effet, qu'ils soient en consultation au cabinet, ou qu'ils soient en visite à domicile, tous participent dans la mesure du possible au secours à personnes. La gestion n'est pas toujours évidente, et cela d'autant plus qu'ils peuvent également se trouver devant une situation d'urgence au cabinet ou à domicile. Quand une consultation est interrompue au profit d'une intervention, les médecins du groupe essaient de confier leur patient à un confrère.

En fait, il existe un tour de garde, et généralement un seul des médecins sapeurs-pompiers est appelé pour une intervention ; les autres pouvant être appelés en renfort si nécessaire.

Les habitants de Lubersac savent le dévouement de leur médecins pour un service public, et leur en sont très reconnaissant.

Nous avons choisi à ce sujet un exemple d'intervention classique : « l'accident de la voie publique » en épargnant tous les détails que nous avons déjà évoqués dans le premier chapitre.

Lorsque qu'un appel parvient au CTA de Tulle, après avoir recueilli les informations nécessaires, celui-ci déclenche l'alerte au CS de Lubersac, par l'intermédiaire de l'appareil de radio-transmission et du minitel qui sélectionne ainsi les équipiers nécessaires pour intervenir sur les lieux d'un AVP. Le médecin sapeur-pompier de garde est donc systématiquement bipé pour apporter son secours aux personnes sinistrées. Aussitôt l'alerte donnée, le médecin rejoint les sapeurs-pompiers au moyen de son propre véhicule soit directement au lieu d'intervention soit au centre pour effectuer un convoi commun. Il est inutile de vous dire

qu'au moment d'une intervention, le stress est intense aussi bien pour le médecin que pour les sapeurs-pompiers.

Arrivé sur les lieux, le médecin procède à une inspection rapide des victimes et assure les premiers soins d'urgence. Le bilan est ensuite transmis au CODIS et au SAMU. Une fois que le blessé est mis en condition dans le VSAB et que la médicalisation est nécessaire, le médecin sapeur-pompier en binôme ou non, avec l'infirmier sapeur-pompier poursuivent les soins ainsi que la surveillance durant le transport jusqu'à l'hôpital ou jusqu'au point de jonction avec une équipe SMUR hospitalière. Les médecins sapeurs-pompiers de Lubersac font la jonction selon les cas soit avec une équipe SMUR 87 soit avec le SMUR de Brive. Une fiche de bilan est transmise aux médecins hospitaliers ou médecins SMUR ; voici cette fiche :

Fiche de bilan des premiers secours (SDIS 19). (annexe n° 2)

Présentation :

La fiche se compose de 2 feuillets auto-recopiants ; l'un est destiné au service d'accueil de la ou des victimes, et l'autre sous forme d'un feuillet de fond jaune est retourné au SSSM pour le médecin-chef départemental tout en respectant le secret médical.

Cette fiche doit être disponible dans tous les VSAB.

Pour chaque victime doit correspondre une fiche de bilan de premiers secours.

Celle-ci présente 2 parties ; la première réalisée sous la responsabilité du chef d'agrès permet de noter les bilans suivants :

- Bilan circonstanciel.
- Bilan vital.
- Bilan fonctionnel.
- Bilan lésionnel.

La seconde partie intitulée **BILAN ET TRAITEMENT MEDICAL** doit être remplie obligatoirement par le médecin.

Cette fiche permet d'éviter toute perte de temps, des difficultés de lecture, et permet de faire le point sur l'état du patient.

Commentaires :

- La 1^{ère} partie :

Elle ne permet pas de mentionner l'identification de la victime. Il faut noter l'heure du bilan initial indispensable pour le suivi de l'évolution d'un patient.

Le chef d'agrès doit y inscrire son nom.

- Le bilan circonstanciel précise les circonstances de survenue de l'accident, d'un secours à personne quel qu'il soit.

- Le bilan vital permet de savoir s'il faut un renfort médicalisé ou non ; toute case rose cochée signifie la gravité de l'état de santé d'un patient.

- Le bilan fonctionnel comme il est présenté sur la fiche relève de la compétence d'un secouriste. Seules les fréquences cardiaques et respiratoires restent manuscrites. Les éléments de l'examen clinique qui relèvent uniquement du médecin ne sont pas mentionnés.

- Le bilan lésionnel : Les chiffres situés dans les différentes cases servent au traitement informatique des fiches. A noter que dans ce bilan, il existe 3 cases roses internes (8, 10, 21).

La case rose **8** est cochée s'il y a suspicion de fracture du bassin.

La case **10** correspond aux atteintes des membres inférieurs, la case rose est cochée si nous suspectons une fracture fémorale.

Et enfin la case **21** concerne le rachis, s'il y a une atteinte neurologique il faut cocher la case rose « **troubles neurologiques** ».

Si aucune des lésions trouvées ne figurent dans ce tableau, 2 lignes en bas de celui-ci permet d'écrire les lésions suspectées.

Une dernière rubrique permet de faire un récapitulatif de l'évolution de l'état d'un patient, des gestes secouristes effectués ; elle indique le lieu vers lequel le patient est évacué et indique le moyen de transport. (UMH signifiant unité mobile hospitalière).

D'autre part elle précise s'il y a médicalisation ou non et par quel médecin.

Si l'intervention porte sur plusieurs victimes, il faut en préciser l'état ainsi que le nombre.

DCD : Patients décédés.

TG : Etat très grave.

G : Etat grave.

SG : Sans gravité.

Indemnes.

- La 2^{ème} partie :

Intitulée **bilan et traitement médical**, celle-ci doit être remplie par le médecin sur les lieux en apposant son identité et sa signature. Il décharge ainsi le chef d'agrès de la responsabilité concernant la partie médicale de la prise en charge du patient. Cette partie doit impérativement mentionner l'identité du patient même s'il n'y a pas de médicalisation.

Lorsque l'intervention de secours à personne s'achève, le médecin sapeur-pompier reprend son activité professionnelle, de même que ses équipiers secouristes jusqu'à la prochaine alerte !

Les médecins du CS de Lubersac ont participé également à la mise en place d'un élément PMA au niveau du groupement NORD ; il a donc été décidé de mettre en place un PMA dont tout le matériel est disponible au CS de **Saint-Angel** en haute Corrèze. Ce poste médical avancé sera mis en place en cas de déclenchement de plan rouge. Saint-Angel est au centre d'une zone desservie par Ussel, Egletons, Neuvic, Meymac en bordure de la future A 89 d'où la mise en place de ce PMA. Une journée de démonstration de montage de la tente a été réalisée début décembre 1999, permettant aux sapeurs-pompiers du groupement Nord ainsi qu'aux médecins sapeurs-pompiers de se familiariser afin d'être opérationnels lors d'un plan rouge. Des exercices seront donc effectués par la suite.

Voici quelques illustrations à propos de la mise en place de ce PMA.



Photo n° 5 : MISE EN PLACE DU PMA DE ST ANGEL.

2.5. L'enseignement du secourisme.

A la demande du SDIS, les médecins du centre de secours de Lubersac participent aux différentes sessions d'enseignement du secourisme, et peuvent être membres du jury d'examen de l' AFPS, du CFAPSE ou du CFAPSR...

2.6. Gestion du matériel médical et secouriste.

C'est l'infirmier sapeur-pompier du CS qui est chargé de cette gestion, et notamment en ce qui concerne le renouvellement du stock au niveau de la pharmacie du centre. L'infirmier est placé sous la responsabilité des médecins sapeurs-pompiers.

L'infirmier est également responsable de l'hygiène au niveau du VSAB et de la désinfection des matériels médicaux et secouristes utilisés pour une intervention quelconque ; des protocoles d'hygiène sont établis par le SSSM du SDIS.

3. La formation médicale continue.

La FMC est organisée sous forme de cours collectifs (EPU) au rythme de 1 fois par mois. Elle est en général assurée par des universitaires ; plusieurs thèmes y sont abordés. La particularité de Lubersac, c'est que la FMC est ouverte à toute la profession médicale mais aussi para-médicale , c'est-à-dire pharmaciens , infirmiers et kinésithérapeutes. Ainsi, les médecins sapeurs-pompiers essaient de participer dans la mesure de leur disponibilité à cette formation médicale continue ; mais ils participent également à des formations continues organisées par le SDIS de la Corrèze.



Photo n° 6 : EXERCICE DE PRISE EN CHARGE DE PATIENTS INCARCERES.

VI. Les statistiques d'interventions du CS.

1. Bilan de l'année 98 :

- 31 incendies.
- 1 feu de bâtiment industriel.
- 14 feux de cheminée.
- 42 accidents de la voie publique.
- 60 assistances à personnes.
- 29 sorties diverses (inondations, désobstructions des voies de communications).
- 71 destructions de nids de guêpes.

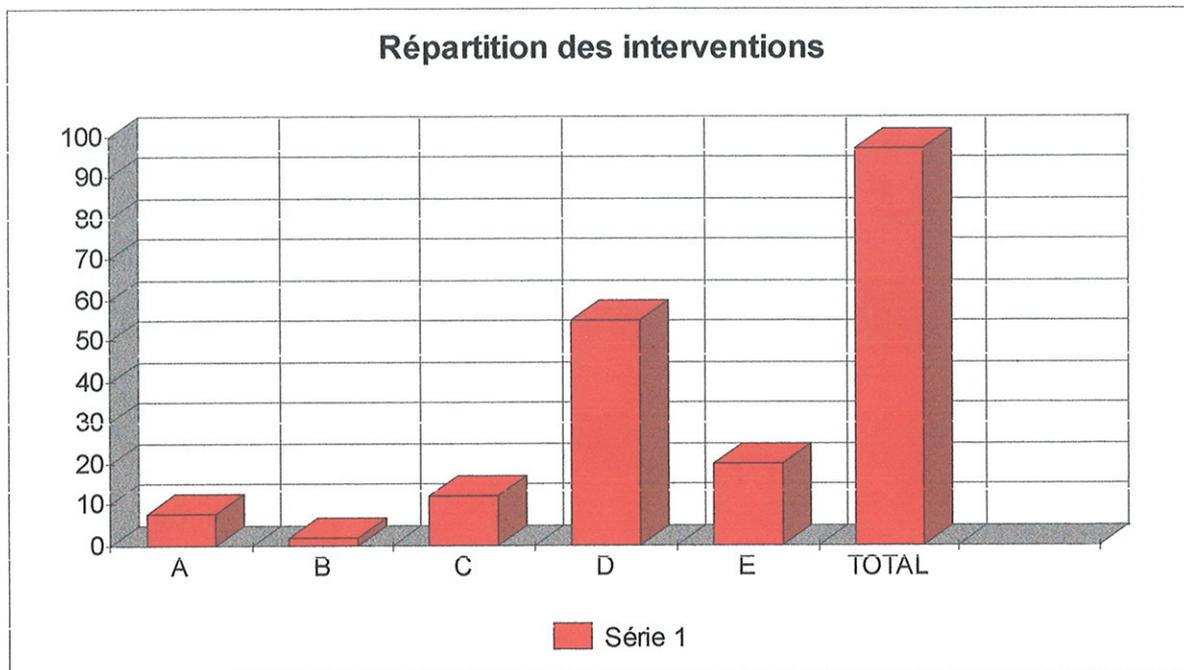
Soit un total annuel de 248 interventions.

2. Bilan semestriel entre novembre 1999 et avril 2000.

Tableau n° 2 : Répartition semestrielle des interventions réalisées par le centre d'incendie et de secours de Lubersac.

Incendies	8
Inondations	2
Accidents de la voie publique	12
Secours à personnes	55
Divers	20
total	97

Graphique n ° 24 : La répartition des interventions.



A = incendies.

B = inondations.

C = accidents de la voie publique.

D = secours à personnes.

E = divers (dégagement d'arbres, bâchages toitures, capture d'animal...).

Commentaires :

Les résultats indiqués dans le tableau ont été communiqués par le centre de secours de Lubersac à travers le registre des interventions. Nous avons jugé satisfaisant de prendre le bilan d'un semestre d'interventions pour réaliser notre enquête statistique locale.

Le centre d'incendie et de secours de Lubersac a effectué pendant la période choisie 97 interventions. Nous constatons que les secours à victimes restent l'une des interventions les plus fréquentes impliquant pour la plupart la présence d'un médecin sapeur-pompier. Nous verrons plus loin en détail quels sont les différents types de secours.

La rubrique « divers » comprend 1 capture d'animal, et 19 autres interventions de dégagements d'arbres et de bâchages de toitures pendant et après la tempête du 27 décembre 1999.

Par ailleurs, il faut signaler également que les AVP représentent une importance non négligeable.

Quels sont les pathologies rencontrées lors des secours à victimes ?

En fait, les interventions pour les AVP peuvent être additionnées aux interventions de secours à personnes ; mais 2 AVP sur 12 n'ont impliqués aucune atteinte corporelle ,ce qui ferait un total de 65. A Lubersac, les médecins sapeurs-pompiers sont sollicités pratiquement à tous les AVP quelle que soit leur gravité.

Voici les pathologies rencontrées au cours du semestre concerné.
(Cf tableau n° 3).

Tableau n° 3 : Récapitulatif des diverses pathologies rencontrées par le CS de Lubersac lors des opérations de secours à victimes.

Polytraumatisme / AVP	2
Plaies, fractures , entorses / AVP/ chute/ autres	26
Malaises	9
Infarctus du myocarde	2
Syndrome de menace	1
Trouble du rythme	2
Tentative d'autolyse	2
Crise d'asthme aiguë	1
Coma éthylique	4
Crise d' agitation	2
Agression/ rixe	2
Décompensation respiratoire	1
Arrêt cardio-circulatoire	2
Hématémèse	1
Occlusion intestinale	1
Etat de choc autre que les polytraumatisés par AVP	6
Mort retrouvé à domicile	1
Total	65

Commentaires :

D'après le tableau, les traumatismes par AVP, chutes ou d'origines diverses impliquant plaies, entorses, fractures, représentent les causes les plus importantes d'intervention des sapeurs-pompiers.

Pendant 6 mois, 2 polytraumatisés par accident de la voie publique ont été pris en charge par les pompiers de Lubersac.

Les médecins sapeurs-pompiers sont intervenus sur 2 arrêts cardio-circulatoires, malheureusement non récupérés.

Parmi les 65 secours à personnes, nous constatons qu'il a eu 42 hospitalisations, avec 18 jonctions avec une équipe SMUR. Un total de 27 interventions a nécessité une médicalisation du VSAB par un médecin sapeur-pompier ou un infirmier, avec ou sans jonction avec le SMUR.

Au total : le CIS de Lubersac présente une activité opérationnelle assez importante (Cf : les statistiques locales). Les interventions des secours à victimes prédominent largement sur les autres interventions et demandent une implication quasi permanente des médecins sapeurs-pompiers.

CONCLUSION

Ce travail nous a donc permis de mieux comprendre le rôle du médecin sapeur-pompier dans le système de soins actuels .

Ces médecins souvent méconnus, sont pour la majorité comme nous l'avons vu à travers le questionnaire des médecins généralistes de formation, libéraux et volontaires.

Mais il faut savoir qu'au niveau national, il existe des médecins contractuels professionnels et surtout des médecins-chef à temps plein et des médecins des grands corps.

Ces professionnels ont pour mission la gestion administrative et financière au niveau du SDIS , mais peuvent également intervenir si besoin.

Il est bien évident que l'idéal serait la professionnalisation de ce métier ; mais économiquement les pouvoirs publics vont ils accepter un tel projet ?

Actuellement, il est inconcevable de se passer de volontaires tant au niveau du SSSM qu'au niveau des sapeurs-pompiers.

Le médecin sapeur-pompier est un médecin indispensable dans le maillage territorial.

C'est un maillon incontournable dans la chaîne des secours ; c'est le médecin de proximité prêt à intervenir dans des délais très brefs et ceci est d'autant plus vrai en milieu rural. Nous avons pu observer à travers cette étude, que le rôle d'un médecin sapeur-pompier ne s'arrête pas seulement aux interventions des secours à victimes comme pourraient le croire un bon nombre de personnes. Son rôle dans la médecine préventive et le soutien sanitaire prend et prendra une place de plus en plus importante surtout en milieu urbain.

Il est fortement compréhensible que tous ces libéraux ne peuvent accomplir pleinement les missions qui leurs sont confiées d'une part à cause du manque de disponibilité et d'autre part à cause d'une pénalisation financière.

La contre partie financière est encore très discutée, mais à condition d'accepter la formation. Auparavant, les seules formations reconnues étaient la capacité d'aide médicale urgente et le diplôme universitaire de médecine de catastrophe. Depuis 3 ans, a été créé à Bordeaux et à Strasbourg le diplôme inter-universitaire du SSSM des SDIS. Désormais, tout médecin désirant servir le service de santé et de secours médical devra être titulaire de ce DU.

L'indemnisation ne peut pas régler à elle seule le problème de la disponibilité.

Pour pallier à ce problème de disponibilité, avec la départementalisation il pourrait peut-être être envisagé un système de renfort entre les CS voisins. Cela veut dire en fait qu'un médecin sapeur-pompier appartenant à un CS pourrait participer activement à une intervention relevant du CS voisin et vice versa.

Les médecins sapeurs-pompiers sont de plus en plus sollicités pour participer aux secours à victimes et tout particulièrement en milieu rural ; les interventions vont du simple malaise au blessé polytraumatisé, cela signifie qu'ils peuvent donc être confrontés à des pathologies gravissimes nécessitant des mesures de réanimation pré-hospitalière. Par ailleurs, il leur est mis à disposition soit au niveau du VSAB ou du VRM des matériels médicaux techniques très sophistiqués ; c'est pourquoi la formation initiale spécifique ainsi que la formation continue deviennent indispensables pour préserver la qualité des soins.

Malgré son appui médical très important au cours des opérations de secours, et d'autant plus qu'il s'agit d'interventions de grande envergure tel que les plans rouges ou ORSEC, le médecin sapeur-pompier doit travailler en collaboration étroite avec les autres structures médicales tel que le SAMU dans l'intérêt des victimes.

Pendant bien longtemps une certaine rivalité opposait SDIS et SAMU, alors qu'en fait ce sont 2 structures complémentaires.

En 1992 puis en 1996, une convention entre SDIS et SAMU permet de trouver un terrain d'entente pour la répartition des interventions sur la voie publique et à domicile.

La loi du 3 mai 1996 reconnaît l'existence du SSSM. Au niveau national, d'importants progrès ont été signalés et notamment avec la nomination d'un médecin-chef à la direction de la sécurité civile indispensable pour les négociations.

Des progrès sont attendus par un certain nombre de médecins sapeurs-pompiers, et notamment dans le statut, avec un rôle bien défini, son cadre d'emploi, les indemnisations et la formation.

Au niveau départemental, les médecins sapeurs-pompiers maillent le territoire de façon homogène mais ils demandent une meilleure reconnaissance et une formation adaptée aux contraintes professionnelles. En Corrèze, comme dans d'autres départements la formation universitaire reste encore trop peu développée faute de manque de disponibilité et de compensation financière. Malgré une certaine démotivation, beaucoup espèrent des changements, si nous ne voulons pas voir disparaître le volontariat.

Ce système actuel survivra-t-il sans la présence de volontaires ?

Etre médecin sapeur-pompier, est un choix délibéré, effectué par idéal qui peut amener à sacrifier une part de rentabilité et de confort .

Le médecin sapeur-pompier occupe donc une place essentielle dans le système de soins actuels ; il fait parti d'une structure particulière, qui fera l'objet de nombreux remaniements dans les années à venir.

Ce travail a non seulement permis de faire connaître son rôle, mais a également été l'occasion d'exprimer quelques idées .

BIBLIOGRAPHIE

MANUELS

MINISTERE DE L'INTERIEUR . Les services de santé et de secours médical des services départementaux d'incendie et de secours, le livre blanc juin 1996.

ORGANISATION DES SECOURS ET DE L'AIDE MEDICALE URGENTE DANS LE DEPARTEMENT DE LA CORREZE. Guide d'utilisation pour les usagers de la convention relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les départements publics de santé.

FUSILIER R., JULIEN H., MARCHAND P., NOTO R., TEVENET M., DIRECTION DE LA SECURITE CIVILE, MINISTERE DE L'INTERIEUR. Manuel de premier secours ; attestation de formation (AFPS)- brevet national (BNPS). Fiches pédagogiques et techniques, édition France sélection 1992.

DEVILLE J., BERTIN F., COURAULT P.- Le feu sacré , la grande histoire des sapeurs-pompier. Edition Ouest -France 144p.

CAST-TANNEUR P.. - Sapeurs-pompier de Paris , des origines à nos jour. Edition Tram Way .

LEVY-SOUSSAN. - Psychiatrie , collection Med-line.

NOTO R., HUGUENARD P., LARCAN A. - La médecine de catastrophe, 2^{ème} édition Masson.

CROIX ROUGE FRANCAISE. - Guide du sauveteur , premier secours ; édition France sélection.

DIRECTION DE LA SECURITE CIVILE. MINISTERE DE L'INTERIEUR CHASPOUL P., PIRE J-C., CAROLET C. - Formation aux premiers secours en équipes. Fiches pédagogiques et techniques ; 2^{ème} édition France sélection.

DIRECTION DE LA SECURITE CIVILE . MINISTERE DE L'INTERIEUR . - Règlement du parcours sportif sapeurs-pompier ; arrêté du 29 Mars 1966.

LE SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS DE LA CORREZE . Le service de santé . - Aptitude médicale des sapeurs-pompier.

LES APPAREILS RESPIRATOIRES ISOLANTS ; documents pédagogiques des pompier de Châlon-sur-Saône.

DIRECTION DEPARTEMENTALE DES SERVICES D'INCENDIE ET DE SECOURS DE LA CORREZE. Centre d'instruction départemental . - Stage de secourisme routier.

9^{ème} Congrès national, année 1998 à TOURS . - Le service de santé et de secours médical. 378p.

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE service de santé et de secours médical des SDIS à BORDEAUX .- Module Santé publique , tome 1, décembre 1999.

GOULON M. ; GOEAU-BRISSONNIERE O. ; DE ROHAN -CHABOT P. - Les urgences , 3^{ème} édition MALOINE.

LAROUSSE .- La grande encyclopédie.

REVUES

BENEDITTINI, CAMPILLO, CORACK, COSTE, DALMAS, DEVILLE, ENARD, GATEAU, GAUDART, GONZALES, LAYGUES, MEYRAN, MICHEL, NOTO, PERIER, RIVIERE, VIGNON . - Prompt secours et urgence médicale, des origines à nos jours . Le Sapeur-pompier , septembre 1998, n° 29, pp 103-104.

BESSERRE R. - Désincarcération médicalisée . Urgence Pratique, novembre 1996, n°19, pp 73-76.

CHIVOT J-luc, MORIN M., MICHEL A. - Le secourisme à la brigade de sapeurs-pompiers de Paris . Urgence Pratique, juillet 1998 n° 29, pp 39-40.

DISSAIT F. ; BOUTET G. - Le centre 15-18 du PUY DE DOME . Urgence Pratique, mars 1996, pp 21-25.

FARISSE J. - Prise en charge psychologique des victimes impliqués et des sauveteurs en accidentologie routière .Urgence Pratique, novembre 1996, n° 19 , pp 123-128.

FUILA C. ; MOUROU H. ; RICHTER F. ; MICHEL A. . - Médicalisation du polytraumatisé . Urgence Pratique, novembre 1996, n° 19, pp 83-88.

GARNEAU P.Yves. ; TORRES E. . - Principes de stabilisation du blessé médullaire . Urgence Pratique, janvier 2000, pp 27-29.

GUENEC A. . - Le stress des sapeurs-pompiers en interventions . Thèse médecine 1987, Marseille.

GRAVIER C. - Sur la responsabilité médicale, administrative, pénale et disciplinaire des membres du SSSM de l'an 2000 . Congrès 1998 à tours, pp 81-84.

JEUDY J. Gabriel . - Transmission de la demande de secours aux casernes de pompiers. Urgence Pratique, mars 1996, pp 9-12.

LAURENT J. François, LACHAT D. , ARSHAK P., PIQUET V., MICHEL A. , service médicale BSPP . - Hépatite B et protection vaccinale . Congrès de Tours 1998, pp 268-271.

MARTENS P. ; MULLER N. ; DAMS L.- Intégration des moyens hélicoptés dans la chaîne de survie . Urgence Pratique, janvier 2000, pp 42-43.

MORTIER M. ; BERNES E. - Réseau de secours et soins d'urgence . Urgence Pratique, mars 1996, pp 49-52.

NICOL-ROY F. - Secours et psychologie . Urgence Pratique, juillet 1998 n° 29, pp 103-104.

SAPEURS-POMPIERS DE LA CORREZE . La revue officielle de l'union départementale, n° 5 , avril 1999.

SAUTAREL P. - Douleur et accident de la route . Urgence Pratique , novembre 1996, n°19 , pp 89-91.

SIMON J. - Systèmes d'alerte chez les sapeurs-pompiers . Urgence Pratique, mars 1996, pp 37-39.

INTERNET

Les sapeurs-pompiers en France : <http://www.pompiersdefrance.org>

Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France : <http://www.info.18.org>

Brigade de sapeurs-pompiers de Paris : <http://www.bspp.fr>

Urgence pratique : <http://www.urgence-pratique.com>.

Urgence : <http://www.urgence.com>.

ANNEXE N° 1

Questionnaire

- 1) **Quelle est votre formation ?**
 - a) Médecin généraliste.
 - b) Anesthésiste-réanimateur.
 - c) Médecin du travail.
 - d) Vous êtes titulaire d'un DU de médecine de catastrophe.
 - e) Vous êtes titulaire d'un DU spécifique à la formation de médecin sapeur-pompier.
 - f) Vous êtes titulaire d'un DU de médecine du sport.
 - g) Vous êtes titulaire du CAMU.
 - h) Autres .
- 2) **Quelle est votre tranche d'âge ?**
 - a) 25-30 ans.
 - b) 30-40 ans.
 - c) 40-50 ans.
 - d) 50-60 ans.
- 3) **Quel est votre secteur d'activité ?**
 - a) Rural.
 - b) Urbain.
 - c) Semi-rural.
 - d) Public.
 - e) Privé.
- 4) **Quelles sont vos motivations ?**
 - a) La médecine d'urgence.
 - b) La médecine de catastrophe.
 - c) La médecine du travail.
 - d) L'enseignement du secourisme aux sapeurs-pompiers.
 - e) Autres.
- 5) **Participez vous à l'enseignement du secourisme ?**

OUI ou NON (rayez la mention inutile).
- 6) **Etes-vous membre du jury pour l'AFPS , CFAPSE, CFAPSR ?**

OUI ou NON (rayez la mention inutile).
- 7) **Effectuez vous des examens d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers, ainsi que la surveillance de leur condition physique ?**

OUI ou NON (rayez la mention inutile)
- 8) **Effectuez vous des examens d'aptitude pour les pratiques suivantes ?**
 - a) Conduite de poids lourds.
 - b) Plongée.
 - c) Spéléologie.
 - d) Sport de haut niveau.
 - e) Autres.
- 9) **Participez vous à toutes les opérations de secours à personnes ?**

OUI ou NON (rayez la mention inutile).
- 10) **Participez vous au soutien sanitaire et aux soins d'urgence des sapeurs-pompiers ?**

OUI ou NON (rayez la mention inutile).
- 11) **Assurez vous la gestion du matériel médical et secouriste du centre de secours , ainsi que dans le VSAB ou le VRM ?**

OUI ou NON (rayez la mention inutile).
- 12) **Pratiquez vous couramment tous les gestes techniques suivants ?**
 - a) Pose de voies veineuses périphériques.
 - b) Ventilation à l'AMBU.
 - c) Intubation.
 - d) Massage cardiaque externe.
 - e) Défibrillateur manuel ou semi-automatique.
 - f) Pose d'attèle.
 - g) Utilisation de morphiniques.
 - h) Autres ?

- 13) **Disposez vous de tout le matériel nécessaire pour votre pratique, dans le VSAB, le VRM ou votre véhicule personnel ?**
OUI ou NON (rayez la mention inutile).
Si non, lesquels ?
- 14) **Comment vous rendez vous sur le lieu d'intervention ?**
a) Véhicule personnel.
b) VRM.
c) VSAB.
- 15) **La médicalisation du transport VSAB est-elle assurée par :**
a) Le médecin sapeur-pompier
b) Le médecin libéral.
c) Le médecin SMUR.
d) L'infirmier sapeur-pompier.
- 16) **Faites vous la jonction avec le SMUR ?**
OUI ou NON (rayez la mention inutile)
Si oui quel est le délai approximatif ?
- 17) **Avec quel SMUR de la CORREZE travaillez-vous ?**
- 18) **Souhaiteriez vous améliorer vos gestes techniques ?**
OUI ou NON (rayez la mention inutile).
- 19) **Si oui, pensez vous qu'une formation en milieu hospitalier ou autre sous forme de sessions individuelles ou collectives serait nécessaire ?**
OUI ou NON (rayez la mention inutile)
- 20) **Suivez vous une formation continue spécifique aux médecins sapeurs-pompiers, ou autre FMC ?**
OUI ou NON (rayez la mention inutile).
- 21) **Votre activité professionnelle vous permet-elle de participer à toutes les interventions de secours d'urgence ?**
OUI ou NON (rayez la mention inutile).
- 22) **Quel est le nombre approximatif d'interventions que vous réalisez avec les sapeurs-pompiers par semestre ?**
- 23) **Que pensez vous de l'avenir du médecin sapeur-pompier et du SSSM en général ?**

SERVICE DÉPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS DE LA CORRÈZE

FICHE DE BILAN DES PREMIERS SECOURS N° 0877

Date : / / N° CTA : Centre de Secours :
 Nom du Chef d'Agrès Heure du bilan initial : /

Bilan circonstanciel :

Heure présumée de l'incident : **Lieu :** Vie privée Travail Voie publique Sport **Type :** accident malaise autre

Blessé :
 hors véhicule Sorti seul Éjecté
 dans véhicule Non incarcéré Incarcéré

Si accident de la voie publique :
le blessé : Piéton Cycliste Motocycliste auto Bus Poids Lourd Véhicule Agricole Train

contre : Mur Cycliste Motocycliste Poids Lourd Autre Auto Bus Véhicule Agricole Arbre Train

Bilan vital :

Conscience	Ventilation	Pouls carotidien
<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

Cocher la bonne case. Si elle est rose, c'est un indice de gravité

Bilan fonctionnel :

Conscience - Motricité - Sensibilité

Conscience : Parole OUI NON Désorienté OUI NON
 Agitation OUI NON PCI OUI NON

Sensibilité : Pincement perçu
 dos des mains : OUI NON
 jambes : OUI NON

Réactions :
 Ouvre les yeux : seul OUI NON ordre OUI NON
 Bouge les jambes : seul OUI NON ordre OUI NON
 Bouge les bras : seul OUI NON ordre OUI NON

Ventilation

Fréquence : / mn régulière OUI NON
Sensation d'étouffement : OUI NON
Sifflements, râles, gargouillements : OUI NON
Cyanose : OUI NON **Sueurs :** OUI NON

Cardio-circulatoire

Pouls radial : OUI NON régulier : OUI NON
Fréquence : / mn **Pâleur :** OUI NON

Bilan lésionnel :

Lésions suspectées	Tête/cou	Thorax	Abdomen	M sup.	M inf.
Trauma-contusions	1	2	3	4	5
Fracture - luxation	6	7	8 bassin	9	10 fémur
Plaie superficielle	11	12	13	14	15
Plaie hémorragique	16	17	18	19	20

21 Rachis Touilles neurologiques	22 Brûlure	23 Noyade	24 Électrisation
25 Obstruction des voies aériennes	26 Pendaison	27 Inhalation gaz-CO-Fumée	28 Intoxication y compris médicaments
29 Douleur abdominale Hémorragie digestive	30 Malaise Douleur thoracique	31 Difficulté respiratoire	32 Paralysie-convulsion
33 Victime agitée	34 Accouchement Hémorragie vaginale	35 Malaise divers	36 Autre

Si difficile à coder : Plainte exprimée :
 Lésion suspectée :

Gestes secouristes PLS Immobilisation Ventilation MCE

02 Débit : / mn Durée estimée : du MCE de la désincarcération :

Évolution : Aggravation Stationnaire Amélioration

Évacuation vers :
 par VSAD UMH Ambulance privée Hélicoptère Autre
 médicalisée OUI NON avec MSP SMUR Médecin traitant Autre

Si autres victimes réparties en D C D T G G S G Indemne

BILAN ET TRAITEMENT MÉDICAL sous la responsabilité du D :

Antécédents et traitement habituel :

Heure :
 Signature :

Identification de la victime
 Nom : Age : ans
 Prénom : Sexe : F M

TA : / **Sp 02 :** %

choc électrique externe
 Inhalation
 Ventilation

ANNEXE N° 3

3. APTITUDE PHYSIQUE

ARRÊTÉ DU 25 JANVIER 1964

**fixant les conditions d'aptitude physique
des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires (1)**

(Journal officiel du 4 février 1964)

Le ministre de l'intérieur.

Vu le décret n° 59-310 du 14 février 1959 portant règlement d'administration publique et relatif aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics;

Vu les articles 62, 63, 80, 97 et 173 du décret du 7 mars 1953 portant règlement d'administration publique pour l'organisation des corps de sapeurs-pompiers et statut des sapeurs-pompiers communaux (2);

Vu l'avis de la commission paritaire de la protection contre l'incendie;

Sur la proposition du préfet chargé de la direction du service national de la protection civile,

Arrête :

Article 1^{er}

Les dispositions de l'arrêté du 16 juillet 1953, modifié par l'arrêté du 16 janvier 1956, relatif aux conditions d'aptitude physique des sapeurs-pompiers volontaires et professionnels sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes.

Demeurent toutefois en vigueur les annexes A et B audit arrêté concernant respectivement le test permettant de déterminer la valeur fonctionnelle et motrice des sapeurs-pompiers et le contrôle de la faculté d'équilibre.

(1) *Modifié par :*

Arrêté du 27 septembre 1966 (*J.O.* du 6 octobre 1966);

Arrêté du 24 mai 1976 (*J.O.* du 5 juin 1976);

Arrêté du 10 août 1979 (*J.O.* du 1^{er} septembre 1979);

Arrêté du 23 janvier 1981 (*J.O.* du 4 février 1981);

Arrêté du 21 février 1983 (*J.O.* - N.C. du 4 mars 1983).

(2) Devenus articles R.°° 354-8, R.°° 354-9, R.°° 354-30, R.°° 353-16, R.°° 353-113, R.°° 353-114 et R.°° 115.

TITRE I^{er}
CONDITIONS D'APTITUDE PHYSIQUE REQUISES
DES SAPEURS-POMPIERS PROFESSIONNELS

Article 2

(Arrêté du 24 mai 1976, art. 1^{er}.) « Les conditions d'aptitude physique requises des candidats à un emploi de sapeur-pompier professionnel sont fixées par référence aux normes définies par l'instruction du ministre de la défense sur l'aptitude au service militaire.

« Tout candidat à un emploi de sapeur-pompier professionnel doit remplir les conditions d'aptitude physique correspondant au profil médical suivant : »

SIGYCOP (1)
2222222

a) (Arrêté du 10 août 1979, art. 1^{er}.) « Une taille égale ou supérieure à 1,60 mètre pour les hommes et 1,55 mètre pour les femmes sans dérogation possible. »

b) L'absence de tout trouble objectif ou subjectif de l'équilibration.

c) Satisfaire aux épreuves déterminantes de la valeur fonctionnelle et du contrôle de la faculté d'équilibre.

d) L'absence de difformité incompatible avec le port de l'uniforme.

Article 3

L'examen d'aptitude physique est effectué par le médecin du corps ou par un praticien assermenté de médecine générale. Cette visite comprendra un examen radiologique du thorax. En cas de nécessité, le médecin du corps devra prendre l'avis de spécialistes qualifiés après en avoir référé au médecin-chef du département des services d'incendie et de secours.

Article 4

(Arrêté du 24 mai 1976, art. 1^{er})

Jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans, l'aptitude physique des sapeurs-pompiers professionnels de tous grades est contrôlée annuellement.

Ce contrôle comporte: un examen clinique, un examen radiologique pulmonaire, des examens spécialisés si nécessaire, une vérification de la valeur fonctionnelle et motrice ainsi que de la faculté d'équilibre.

Après quarante-cinq ans, les examens et vérification énumérés au précédent alinéa sont complétés tous les deux ans par un bilan biologique et un électrocardiogramme.

Article 5

Les modalités ci-dessus définies s'appliquent lors de l'admission au sein des corps de sapeurs-pompiers.

(1) Ainsi modifié par l'arrêté du 23 janvier 1981, article 1^{er}.

S'il apparaît qu'en cours de carrière l'aptitude physique d'un sapeur-pompier ne répond plus totalement aux normes exigées lors de l'incorporation, la situation du point de vue du maintien ou de l'affectation de l'intéressé au corps doit être précisée.

Il appartient en toute hypothèse aux médecins de se prononcer à cet égard au vu des résultats des divers examens et contrôles qui auront été pratiqués.

TITRE II

CONDITIONS D'APTITUDE PHYSIQUE REQUISES DES SAPEURS-POMPIERS VOLONTAIRES

Article 6

Les conditions d'aptitude physique requises soit pour l'engagement ou le rengagement dans un corps de sapeurs-pompiers volontaires, soit pour la nomination comme officier volontaire de sapeurs-pompiers sont les suivantes :

(Arrêté du 10 août 1979, art. 2.) « 1° Une taille égale ou supérieure à 1.60 mètre pour les hommes et 1.55 mètre pour les femmes sans dérogation possible : »

2° L'absence de difformité incompatible avec le port de l'uniforme :

3° L'absence de tout trouble objectif ou subjectif de l'équilibration :

4° L'absence de toute lésion névropathique (épilepsie, éthylisme, etc.) ou mentale :

5° Une acuité visuelle égale ou supérieure à cinq dixièmes pour un œil, égale ou supérieure à un vingtième pour l'autre, sans correction optique ; perception satisfaisante de la totalité des couleurs :

6° Une acuité auditive normale ou voisine de la normale :

7° Un examen général clinique et radiologique sera pratiqué. Il devra porter tout particulièrement sur l'état cardiovasculaire et pulmonaire :

8° Satisfaire aux épreuves déterminantes de la valeur fonctionnelle et du contrôle de la faculté d'équilibre.

Article 7

L'examen d'aptitude physique est effectué par un médecin du corps ou par un praticien de médecine générale. En cas de nécessité, le médecin du corps devra prendre l'avis de spécialistes qualifiés après en avoir référé au médecin-chef départemental des services d'incendie et de secours.

Article 8

(Arrêté du 21 février 1983, art. 1^{er})

Jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans, l'aptitude physique des sapeurs-pompiers volontaires de tous grades est contrôlée tous les deux ans et demi.

Ce contrôle comporte: un examen clinique, un examen radiologique pulmonaire, des examens spécialisés si nécessaire, une vérification de la valeur fonctionnelle et motrice ainsi que de la faculté d'équilibre.

Après quarante-cinq ans, les examens et vérifications énumérés au précédent alinéa sont complétés par un bilan biologique et un électrocardiogramme.

Une visite annuelle devra être effectuée pour constater l'aptitude ou l'inaptitude physique aux sports de compétition pour l'ensemble de la saison.

Article 9

Les dispositions prévues à l'article 5 ci-dessus s'appliquent, en tant que de besoin, lorsque l'aptitude physique du sapeur-pompier volontaire ne répond plus aux normes exigibles lors de l'engagement ou du rengagement: elles peuvent éventuellement conduire les médecins à préconiser la cessation des fonctions de l'intéressé.

Article 10

Le préfet chargé de la direction du service national de la protection civile et les préfets sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 25 janvier 1964.

Pour le ministre et par délégation:

*Le préfet chargé de la direction du service national
de la protection civile.*

F. RAOUL

ZONES SANITAIRES Régions	BESOINS	NOMBRE D'APPAREILS autorisés	BILAN 0 : besoins satisfaits + : excédent - : déficit	DEMANDES nouvelles recevables
Languedoc-Roussillon	10	6	- 4	OUI
Limousin.....	3	2	- 1	OUI
Lorraine.....	11	7	- 4	OUI
Midi-Pyrénées.....	11	7	- 4	OUI
Nord - Pas-de-Calais.....	17	11	- 6	OUI
Basse-Normandie.....	6	4	- 2	OUI
Haute-Normandie.....	8	5	- 3	OUI
Pays de la Loire.....	14	9	- 5	OUI
Picardie.....	8	5	- 3	OUI
Poitou-Charentes.....	7	5	- 2	OUI
Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	21	14	- 7	OUI
Rhône-Alpes.....	28	19	- 9	OUI
Guadeloupe.....	2	1	- 1	OUI
Martinique.....	2	1	- 1	OUI
Guyane.....	1	0	- 1	OUI
Réunion.....	3	1	- 2	OUI

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Arrêté du 6 mai 2000 fixant les conditions d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires et les conditions d'exercice de la médecine professionnelle et préventive au sein des services départementaux d'incendie et de secours

NOR : INTE0000272A

Le ministre de l'intérieur,
 Vu le code général des collectivités territoriales, parties Législatives et Réglementaires ;
 Vu le code de la santé publique ;
 Vu le code du travail ;
 Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée relative au statut de la fonction publique territoriale pour les sapeurs-pompiers professionnels ;
 Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée relative au statut de la fonction publique territoriale pour les sapeurs-pompiers professionnels, notamment son article 117 ;
 Vu la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 modifiée relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;
 Vu la loi n° 96-370 du 3 mai 1996 relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers modifiée par la loi n° 99-128 du 23 février 1999 ;
 Vu la loi n° 99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage ;
 Vu le décret n° 81-392 du 23 avril 1981 modifié relatif aux associations habilitées de jeunes sapeurs-pompiers et portant création du brevet national de cadets de sapeurs-pompiers ;
 Vu le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale ;
 Vu le décret n° 90-850 du 25 septembre 1990 portant dispositions communes à l'ensemble des sapeurs-pompiers professionnels ;
 Vu le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale ;
 Vu le décret n° 99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires ;
 Vu le Bulletin officiel des armées n° 620-4 ;
 Vu l'avis du Conseil national de l'ordre des médecins du 4 avril 2000 ;
 Sur la proposition du directeur de la défense et de la sécurité civiles, haut-fonctionnaire de défense,

Arrête :

Art. 1^{er}. - Le sapeur-pompier professionnel, le sapeur-pompier volontaire et le sapeur-pompier volontaire du service civil en posi-

tion d'activité, doivent remplir les conditions d'aptitude médicale définies dans le présent arrêté pour participer aux missions visées à l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales.

TITRE I^{er}

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Section 1

Art. 2. - L'aptitude médicale aux fonctions de sapeur-pompier est prononcée par un médecin sapeur-pompier habilité.

La liste départementale des médecins habilités est établie par le président du conseil d'administration du service départemental d'incendie et de secours sur proposition du médecin-chef après avis de la commission consultative du service de santé et de secours médical.

L'habilitation est subordonnée à l'acquisition d'une formation initiale ou continue à la détermination de l'aptitude médicale définie au présent arrêté.

Art. 3. - Les conditions d'aptitude médicale requises sont fixées par référence aux normes définies par l'instruction du ministre de la défense relative à la détermination de l'aptitude médicale au service militaire.

Art. 4. - L'examen médical permet la détermination d'un profil médical individuel en référence au SIGYCOP. Les résultats sont analysés à partir des profils suivants :

- Profil A : 2 2 2 2 2 2 ;
- Profil B : 2 2 2 3 3 2 ;
- Profil C : 3 3 3 3 4 2 ;
- Profil D : 3 3 3 4 3 4 2 ;
- Profil E : 4 4 4 4 4 5 2.

Ces profils conditionnent l'affectation proposée. Le coefficient le plus élevé affecté à un sigle conditionne la détermination du profil.

Art. 5. - La périodicité des visites, hors visites de recrutement et d'engagement, est annuelle ; sur décision du médecin chargé de l'aptitude, cette périodicité peut être portée à deux ans pour les sapeurs-pompiers âgés de 18 à 38 ans.

Art. 6. - Tout arrêt de travail supérieur à vingt et un jours pour cause de maladie ou accident, qu'il soit survenu en service ou hors service, entraîne l'obligation d'une information du médecin sapeur-pompier chargé de l'aptitude et, éventuellement, sur décision de celui-ci, d'une visite médicale préalable à la reprise de l'activité opérationnelle du sapeur-pompier.

Dans les deux cas, un certificat du modèle consigné en annexe 1 (1) sera délivré à l'attention de l'autorité territoriale d'emploi.

Art. 7. - L'état de grossesse est une cause d'inaptitude opérationnelle temporaire aux fonctions de sapeur-pompier. La durée de cette inaptitude s'étend de la date à laquelle le sapeur-pompier féminin concerné en a connaissance et au plus tard au jour de la déclaration aux organismes sociaux jusqu'à épuisement des congés légaux.

En conséquence, le sapeur-pompier professionnel concerné ne doit pas effectuer les missions opérationnelles prévues à l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales, premier alinéa, et 3° et 4° du deuxième alinéa.

Le sapeur-pompier volontaire se voit appliquer les dispositions de l'article 38 du décret du 10 décembre 1999 susvisé.

Une visite médicale préalable à la reprise de l'activité opérationnelle sera effectuée.

Art. 8. - Les vaccinations obligatoires sont celles prescrites par l'article L. 10, premier alinéa, du code de la santé publique. Les conditions d'immunisation sont celles fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

La validité de la vaccination par le BCG, effectuée antérieurement, doit être attestée par un certificat de positivité de l'intradermo-réaction à la tuberculine datant de moins de trois mois ou, à défaut, d'un certificat attestant de la réalisation de trois tentatives vaccinales sans succès.

Art. 9. - Pour être déclaré apte à un premier emploi de sapeur-pompier professionnel, à un premier contrat de sapeur-pompier volontaire du service civil ou à un premier engagement de sapeur-pompier volontaire, le candidat doit remplir les conditions médicales correspondant au minimum à un profil B et satisfaire aux conditions d'aptitude physique précisées par arrêté du ministre de l'intérieur.

Art. 10. - Pour être maintenu en activité opérationnelle, les profils seuils exigés sont les suivants :

Jusqu'à trente-neuf ans, profil B ;

De quarante à quarante-neuf ans, profil C ;

Après quarante-neuf ans, profil D.

Le profil E correspond à une activité non opérationnelle qui impose pour le sapeur-pompier professionnel un aménagement de son poste de travail sur proposition du médecin-chef, voire un reclassement dans un autre corps, cadre d'emplois ou emploi.

Pour le sapeur-pompier volontaire, l'acquisition du profil E entraîne l'application de l'article 44 du décret du 10 décembre 1999 susvisé.

Art. 11. - L'entraînement physique et les tests permettant d'en surveiller la progression sont définis par arrêté du ministre de l'intérieur. Les résultats de ces tests sont consignés par l'éducateur physique sapeur-pompier responsable, sur un carnet de surveillance personnalisé. Ce carnet détenu par le sapeur-pompier titulaire doit être présenté au médecin chargé de l'examen médical d'aptitude. Les résultats permettent de définir l'aptitude et les conditions d'entraînement physique nécessaires pour faire face aux contraintes professionnelles.

Section 2

Visite de recrutement et de titularisation

Art. 12. - Le candidat à un premier emploi de sapeur-pompier professionnel ou à un premier engagement de sapeur-pompier volontaire doit répondre aux caractéristiques suivantes :

- un taille supérieure ou égale à 1,60 m ;
- une absence d'anomalie constitutionnelle incompatible avec le port des tenues réglementaires ;
- une absence d'antécédents rachidiens pathologiques, cliniques ou radiologiques dont l'existence doit faire l'objet d'un bilan médical orienté ;
- des antécédents de chirurgie oculaire réfractive par Laser Excimer de surface uniquement sont tolérés après une période de cicatrisation de deux ans. La vision ainsi corrigée doit avoir une acuité supérieure ou égale à quinze dixièmes pour la somme des deux yeux avec un minimum de cinq dixièmes pour un œil, sans correction. La cotation est Y3 quelle que soit l'acuité visuelle présentée au-dessus de ces normes.

Le port de lentilles cornéennes est interdit pour l'exercice des missions prévues à l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales, premier alinéa, 3° et 4° du deuxième alinéa ;

- une absence de manifestation d'hyperréactivité bronchique : tout antécédent ou élément clinique évocateur d'allergie otorhino-laryngologique ou d'asthme fait l'objet d'un bilan pneumologique orienté.

Si les conditions d'immunisation vaccinale réglementaires ne sont pas remplies au recrutement, le candidat est considéré comme inapte jusqu'à régularisation.

Art. 13. - L'examen médical initial comprend :

- un entretien avec recherche des antécédents familiaux et personnels, appréciant les facteurs de risques, en particulier respiratoires, cardio-vasculaires et psychologiques ;
- un examen général avec biométrie dont les données cliniques orienteront le choix des examens biologiques envisagés ci-après ;
- des examens complémentaires comprenant :
 - un examen de la vue par appareil destiné à l'exploration de la fonction visuelle de près et de loin ;
 - un examen de l'audition ;
 - des épreuves fonctionnelles respiratoires avec boucle débit-volume ;
 - une radiographie pulmonaire de face.

Selon les données de l'examen clinique, un audiogramme et un électrocardiogramme de repos peuvent être réalisés ;

- des examens biologiques conformes aux données actuelles de la science, permettant d'apprécier l'existence de facteurs de risques et comprenant notamment :
 - glycémie, cholestérol, triglycérides, gamma-GT et transaminases ;
 - glycosurie, protéinurie et hématurie à la bandelette.

Ces examens, convenablement identifiés, peuvent être fournis par le candidat s'ils datent de moins d'un an. Toutefois, le médecin chargé de l'aptitude peut prescrire les mêmes examens en fonction des données de l'examen clinique.

Les résultats de l'examen sont consignés dans le dossier médical figurant en annexe 1 (1) :

- toute contre-indication médicale définitive à l'entraînement sportif fait dispenser le sujet d'effectuer les tests physiques et conduit au prononcé de l'inaptitude ;
- un avis spécialisé peut être demandé après information du médecin-chef ;
- un certificat médical d'aptitude du modèle consigné en annexe 1 (1) sera délivré à l'attention de l'autorité territoriale d'emploi.

Art. 14. - Avant la titularisation ou à l'issue du stage probatoire, un contrôle de l'aptitude médicale et physique des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires est réalisé.

Art. 15. - Le contrôle prévu à l'article précédent tient compte :

- du résultat des épreuves physiques et fonctionnelles effectuées durant l'année de stage ;
- de la progression dans les résultats des tests médico-physiologiques effectués à cette occasion ;
- de l'état des vaccinations obligatoires.

A l'issue de ce contrôle, le profil médical sera confirmé, après avis spécialisé éventuellement, avec information préalable du médecin-chef.

Il donne lieu à l'établissement d'un certificat médical d'aptitude du modèle consigné en annexe 1 (1) à l'attention de l'autorité d'emploi.

Section 3

Visite de maintien en activité

Art. 16. - Pour être maintenu en activité et déclaré apte à ses fonctions, le sapeur-pompier doit remplir les conditions d'immunisation vaccinale fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. En ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite B et, s'il est âgé de plus de vingt-cinq ans, il doit être en possession d'un dosage des anticorps anti-HbS supérieur à 10 unités. Si ce dosage est négatif, l'utilité d'une dose vaccinale complémentaire est à apprécier par le médecin chargé du contrôle de l'aptitude. Cet examen peut être prescrit dans le cadre des examens de suivi biologique.

Si les conditions d'immunisation vaccinale réglementaires ne sont pas remplies, le sapeur-pompier est placé en inaptitude opérationnelle temporaire de trois mois. Au-delà de ce terme, un reclassement dans un autre cadre d'emplois sera proposé à l'autorité territoriale d'emploi, s'il s'agit d'un sapeur-pompier professionnel.

Pour le sapeur-pompier volontaire, une suspension d'engagement, dans les conditions fixées aux articles 39 et 40 du décret du 10 décembre 1999 susvisé sera proposée à l'autorité territoriale d'emploi.

Art. 17. - En fonction des spécialités pratiquées et des risques de contamination encourus, le médecin sapeur-pompier chargé du contrôle de l'aptitude doit proposer les vaccinations adaptées, notamment :

- la vaccination contre la leptospirose ;
- la vaccination contre l'hépatite A ;

- la vaccination contre la typhoïde et les méningites A et C ;
- la vaccination contre la rage.

Ces vaccinations n'ont pas un caractère obligatoire. En cas de refus, le médecin sapeur-pompier susvisé devra avertir l'autorité territoriale d'emploi.

- Art. 18.** - La visite médicale de maintien en activité comprend :
- un entretien portant sur les événements médicaux familiaux et personnels de la période écoulée depuis le précédent contrôle ;
 - la vérification du carnet de vaccinations ;
 - la consultation des résultats de la surveillance physique ;
 - un examen clinique orienté sur la recherche de facteurs de risques cardio-vasculaires, qui comprend notamment :
 - une biométrie (taille, poids, appréciation de la masse graisseuse) ;
 - un contrôle de l'acuité visuelle et auditive ;
 - une spirométrie (CV, VEMS, Tiffeneau, DEP) ;
 - un contrôle radiologique pulmonaire dont la périodicité est laissée à l'initiative du médecin chargé de l'aptitude en fonction de l'emploi du sapeur-pompier, de l'examen clinique ou des antécédents ;
 - des examens biologiques, si les données de l'examen clinique les rendent nécessaires et à partir de quarante ans au moins tous les trois ans. Ces examens sont notamment ceux conseillés à l'article 13 ;
 - un électrocardiogramme de repos est effectué dans les mêmes conditions de périodicité. Si le bilan cardio-vasculaire et les facteurs de risque le conseillent, cet examen est complété par un électrocardiogramme d'effort pratiqué dans les conditions réglementaires ;
 - un certificat médical d'aptitude du modèle consigné en annexe 1 (1) est délivré à l'attention de l'autorité territoriale d'emploi.

Art. 19. - Des examens complémentaires peuvent être demandés par le médecin sapeur-pompier chargé du contrôle de l'aptitude après information du médecin-chef, dans les seuls cas où la pathologie rencontrée est susceptible d'affecter immédiatement la capacité opérationnelle du sapeur-pompier.

Dans les autres cas, le sapeur-pompier sera adressé à son médecin traitant avec une lettre d'accompagnement et placé, si nécessaire, en inaptitude opérationnelle temporaire.

Section 4

Visites spécifiques

Art. 20. - La visite de maintien en activité conduit à établir une aptitude, qui regroupe :

- l'aptitude réglementaire aux fonctions de sapeur-pompier ;
- la non-contre-indication à la pratique de l'activité physique et des compétitions sportives statutaires ;
- l'aptitude à la conduite des véhicules du service ;
- la délivrance des certificats médicaux exigés pour l'obtention ou le renouvellement des permis de conduire les véhicules du groupe lourd et apparentés dans le respect de la réglementation en vigueur.

Le médecin sapeur-pompier chargé du contrôle de l'aptitude peut prescrire des exemptions temporaires concernant certains emplois particuliers. De même, quand le profil seuil est un profil C ou D, les restrictions d'emploi doivent être précisées.

Art. 21. - Des conditions d'aptitude spécifiques et des examens complémentaires particuliers sont exigés pour les sapeurs-pompiers ayant une activité spécialisée, notamment :

- SAL ;
- GRIMP, secours en montagne, secours spéléologiques ;
- CMIR ;
- CMIC.

Ces conditions d'aptitude font l'objet d'une annexe 1 (1) au présent arrêté.

Les missions à l'étranger ne requièrent pas de conditions d'aptitude supplémentaires à celles prévues aux articles 13 et 18. Une attention particulière sera portée à l'état dentaire, à l'état psychologique et aux vaccinations obligatoires ainsi qu'à la prévention des maladies infectieuses et parasitaires du personnel désigné.

Au cas où un sapeur-pompier participe à plusieurs activités spécialisées, la visite d'aptitude à ces activités sera unique et regroupera l'ensemble des prescriptions d'examen spécialisés nécessaires. Cette visite tiendra lieu de visite d'aptitude réglementaire.

TITRE II

INAPTITUDE ET PROCÉDURES DE RECOURS

Art. 22. - Toute restriction d'aptitude ou décision d'inaptitude concernant un sapeur-pompier doit faire l'objet d'une information du médecin-chef, qui peut réexaminer le sapeur-pompier concerné à sa propre initiative ou à la demande de l'intéressé.

Art. 23. - En cas d'inaptitude médicale ou physique aux fonctions de sapeur-pompier professionnel, et après confirmation de cet état par le médecin-chef, les dispositions prévues pour les agents de la fonction publique territoriale sont applicables. Le médecin-chef propose alors au directeur départemental du service d'incendie et de secours un emploi aménagé au sein du SDIS ou un reclassement. Il établit le dossier médical de présentation en commission compétente.

Art. 24. - En cas d'inaptitude médicale ou physique aux fonctions de sapeur-pompier volontaire, la confirmation de cette inaptitude doit faire l'objet d'un examen du dossier du sapeur-pompier volontaire concerné par les membres de la commission d'aptitude aux fonctions de sapeur-pompier volontaire prévue à l'article 27 du décret du 26 décembre 1997 susvisé. Les membres de cette commission peuvent convoquer le sapeur-pompier concerné ou l'entendre sur sa demande.

Art. 25. - La décision de la commission d'aptitude aux fonctions de sapeur-pompier volontaire est susceptible de recours si, par l'intermédiaire de son médecin de centre, le sapeur-pompier demande l'avis d'une commission zonale d'aptitude aux fonctions de sapeur-pompier volontaire. Cette commission est composée de deux médecins-chefs de la zone de défense et d'un médecin agréé, spécialiste de la pathologie en cause.

TITRE III

ORGANISATION DE LA MÉDECINE PROFESSIONNELLE ET D'APTITUDE DES SAPEURS-POMPIERS

Art. 26. - Le médecin-chef coordonne l'organisation de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers. Il désigne les médecins habilités chargés du contrôle de l'aptitude.

Art. 27. - Conformément au code de déontologie médicale, et notamment ses articles 100 et 105, le médecin sapeur-pompier ne peut accepter une mission de contrôle ou d'expertise auprès d'un sapeur-pompier dont il est le médecin traitant, ou celui des membres de sa famille habitant avec lui ou affecté dans le même centre d'incendie et de secours.

Art. 28. - Au moment de la visite de recrutement, le médecin sapeur-pompier chargé du contrôle de l'aptitude doit constituer un dossier médical individuel (annexe 1 [1]) qu'il ne peut communiquer qu'au médecin-chef ou, à la demande du sapeur-pompier concerné, au médecin de son choix.

Ce dossier est conservé dans des conditions respectant le secret médical. Il est complété à chaque examen ultérieur et ne contiendra que des données objectives.

En cas de mutation, le dossier est transmis par le médecin-chef du service départemental d'incendie et de secours du département d'origine au médecin-chef du service départemental d'incendie et de secours d'accueil du sapeur-pompier concerné.

Après la cessation d'activité du sapeur-pompier, son dossier médical est conservé par le service de santé et de secours médical du dernier service départemental d'incendie et de secours fréquenté, pendant une durée de trente ans.

S'il s'agit d'un intervenant de CMIR, ce délai est porté à cinquante ans.

Art. 29. - Les directeurs départementaux des services d'incendie et de secours, les médecins-chefs et médecins-chefs adjoints peuvent consulter un des médecins-chefs de leur zone de défense autre que celui de leur département. Ce choix est irréversible durant le temps d'affectation.

Art. 30. - Les médecins consultent soit le médecin sapeur-pompier de leur choix parmi les médecins de groupement ou de la chefferie de leur département, soit, avec son accord, un des médecins précités d'un département limitrophe. Ce choix est irréversible durant la durée de l'engagement.

Les infirmiers, pharmaciens et vétérinaires consultent le médecin sapeur-pompier de leur choix parmi les médecins de groupement ou de la chefferie de leur département.

Art. 31. - Les médecins sapeurs-pompiers chargés du contrôle de l'aptitude établissent un bilan annuel de leur activité qui est adressé au médecin-chef du service départemental d'incendie et de secours. Celui-ci en fera la synthèse à l'intention du directeur départemental des services d'incendie et de secours.

Art. 32. - Pour l'exercice de la médecine d'aptitude et l'application des mesures visées dans le présent arrêté, les locaux et équipements affectés au service de santé et de secours médical doivent correspondre aux données de l'annexe technique de l'arrêté du ministère du travail et de l'emploi concernant les locaux et équipements des services médicaux du travail.

Art. 33. - La gestion des dossiers médicaux individuels des personnels doit garantir leur confidentialité. Si le service de santé et de secours médical du service départemental d'incendie et de secours est informatisé, ses installations doivent correspondre à l'un des cas suivants :

- les ordinateurs et le réseau du service de santé et de secours médical sont indépendants de la structure informatique du service départemental d'incendie et de secours et ne sont accessibles que par l'intermédiaire d'un mot de passe ;
- les ordinateurs et le réseau du service de santé et de secours médical font partie intégrante de la structure informatique du service départemental d'incendie et de secours. Dans ce cas, tous les éléments liés au service de santé et de secours médical ne sont accessibles ni en lecture, ni en écriture excepté aux personnels habilités du service de santé. Il est possible de prévoir une zone d'échange libre dans laquelle le service de santé et de secours médical pourra placer les informations intéressant d'autres services et y puiser les données nécessaires émanant de ces mêmes services. Par ailleurs, les fichiers nominatifs du service de santé et de secours médical doivent avoir fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission nationale informatique et liberté.

Art. 34. - L'arrêté du 25 janvier 1964 modifié relatif aux conditions d'aptitude physique des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires est abrogé.

Art. 35. - Le directeur de la défense et de la sécurité civiles au ministère de l'intérieur et les présidents des conseils d'administration des services départementaux d'incendie et de secours sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 6 mai 2000.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la défense
et de la sécurité civiles,
haut fonctionnaire de défense,
M. SAPPIN

(1) Les annexes peuvent être consultées dans les services départementaux d'incendie et de secours.

Arrêté du 7 juin 2000 portant renouvellement de l'homologation du circuit de vitesse de Pau-Ville (Pyrénées-Atlantiques)

NOR: INTD0000329A

Le ministre de l'intérieur,

Vu le décret n° 55-1366 du 18 octobre 1955 modifié portant réglementation générale des épreuves et compétitions sportives sur la voie publique ;

Vu le décret n° 58-140 du 23 décembre 1958 relatif à la réglementation des épreuves ou manifestations organisées dans les lieux non ouverts à la circulation publique et comportant la participation de véhicules à moteur et l'arrêté du 17 février 1961 pris pour son application ;

Vu l'arrêté du 1^{er} décembre 1959 portant application du décret susvisé ;

Vu l'arrêté du 3 novembre 1976 portant réglementation technique des compétitions automobiles et des compétitions de véhicules à deux roues et tricycles à moteur ;

Vu le procès-verbal de récolement établi par la direction départementale de l'équipement des Pyrénées-Atlantiques le 6 mai 2000 constatant les travaux demandés par la Commission nationale d'examen des circuits de vitesse lors de sa visite du 21 mai 1999 ;

Sur proposition du directeur des libertés publiques et des affaires juridiques,

Arrête :

Art. 1^{er}. - Le circuit de vitesse de Pau-Ville (Pyrénées-Atlantiques) tel qu'il est décrit dans le plan ci-annexé (1) est homologué pour tous types de véhicules, pour une durée de quatre ans à compter de ce jour.

Art. 2. - Le nombre de véhicules admis à prendre le départ des épreuves, en course et aux essais, est fixé conformément au tableau annexé au présent arrêté.

Art. 3. - Le préfet des Pyrénées-Atlantiques est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 7 juin 2000.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur des libertés publiques
et des affaires juridiques,
J.-M. DELARUE

(1) Ce plan peut être consulté au ministère de l'intérieur (direction des libertés publiques et des affaires juridiques, sous-direction de la circulation et de la sécurité routières, bureau de la surveillance du réseau routier), 1 bis, place des Saussaies, 75008 Paris.

ANNEXE

NOMBRE DE VÉHICULES ADMIS À PARTICIPER AUX ÉPREUVES SUR LE CIRCUIT DE VITESSE DE PAU-VILLE (PYRÉNÉES-ATLANTIQUES)

Piste de 2,760 km

TYPE DE VÉHICULES	NOMBRE AUTORISÉ	
	En course	Aux essais
<i>Voitures tourisme NABF GT</i>		
Vitesse.....	39	46
Endurance (1 à 2 heures).....	45	54
Endurance (2 à 4 heures).....	50	60
Endurance (4 à 12 heures).....	55	66
Endurance (+ de 12 heures).....	58	69
<i>Sport biplaces, monoplaces jusqu'à 2 000 cc</i>		
Vitesse.....	31	37
Endurance (1 à 2 heures).....	36	43
Endurance (2 à 4 heures).....	40	48
Endurance (4 à 12 heures).....	44	52
Endurance (+ de 12 heures).....	47	56
<i>Sport biplaces plus de 2 000 cc</i>		
Vitesse.....	27	32
Endurance (1 à 2 heures).....	32	38
Endurance (2 à 4 heures).....	35	42
Endurance (4 à 12 heures).....	38	45
Endurance (+ de 12 heures).....	41	49
<i>Monoplaces plus de 2 000 cc</i>		
Vitesse.....	23	27

BON A IMPRIMER N° 158-

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

« Sauver ou périr », telle est la devise des sapeurs-pompiers. Qu'ils soient volontaires, professionnels ou militaires, tous participent quotidiennement à notre sécurité.

Le décret du 6 mai 1988, définit les missions des services d'incendie et de secours, et instaure officiellement le service de santé et de secours médical.

Le médecin sapeur-pompier appartient au SSSM ; ces missions sont pluridisciplinaires. Elles concernent la médecine d'aptitude et préventive, le soutien sanitaire, l'enseignement du secourisme, la gestion du matériel médical et secouriste, le conseil en matière de sécurité et d'hygiène, le secours à personnes.

Les médecins sapeurs-pompiers sont pour la plupart des généralistes, libéraux et volontaires. Ils constituent un maillage territorial indispensable dans la chaîne des secours, ce sont des « médecins de proximité ». Leur place dans l'urgence pré-hospitalière surtout en milieu rural est indiscutable.

Une réforme nationale concernant le statut du service de santé et de secours médical est attendue.

THESE MEDECINE

MOTS CLES.

**MEDECINE D'URGENCE, MEDECINE D'APTITUDE, SECOURISME,
MEDECIN SAPEUR-POMPIER, PRE-HOSPITALIER.**

FACULTE DE MEDECINE DE LIMOGES, 2 rue Dr Marcland 87000 LIMOGES.