

AVERTISSEMENT

**LA PRESENTE CONVENTION FERA L'OBJET, LORS DU 1^{ER}
SEMESTRE 2010, DE REUNIONS D'INFORMATION
AFIN D'ECLAIRER LES SAPEURS-POMPIERS DES MESURES
NOUVELLES LIEES A LA SIGNATURE DE CE DOCUMENT**

Cdt Patrick Magry, le 11 décembre 2009.



CONVENTION DEPARTEMENTALE

RELATIVE AUX ROLES RESPECTIFS

DU SAMU 85 ET DU SDIS 85

DANS LE CADRE DU SECOURS A PERSONNE

ET

DE L'AIDE MEDICALE URGENTE EN VENDEE

CONVENTION CHD – SDIS 85

<p>CONVENTION DEPARTEMENTALE RELATIVE AUX ROLES RESPECTIFS DU SAMU 85 ET DU SDIS 85 DANS LE CADRE DU SECOURS A PERSONNE ET DE L'AIDE MEDICALE URGENTE EN VENDEE</p>
--

Entre :

- Le Centre Hospitalier Départemental Multi-sites de La Roche-sur-Yon, siège du Service d'Aide Médicale Urgente de la Vendée, Centre 15, sis Boulevard Stéphane Moreau « Les Oudairies », 85925 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9, désigné ci-après CHD, et représenté par son Directeur, Monsieur Georges COUTURIER,

Et

- Le Service Départemental d'Incendie et de Secours de la Vendée, sis « Les Oudairies » - BP 695 – 85017 LA ROCHE SUR YON CEDEX, désigné ci-après SDIS 85, et représenté par son Président, Monsieur Gérard VILLETTE.

IL EST CONVENU CE QUI SUIIT :

SOMMAIRE

RAPPEL DU CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE -----	7
<i>I. Les structures publiques concourant aux secours à la personne et aux soins d'urgence</i>	<i>8</i>
A...Le service d'incendie et de secours	8
B...Les structures hospitalières de médecine d'urgence	9
1. Les missions du SAMU	9
2. La régulation médicale et l'intervention médicale	10
3. Le SMUR	10
4. Les moyens hélicoptés	10
TITRE I - LE PARCOURS DE LA PERSONNE EN DETRESSE -----	11
<i>II. Le traitement de l'appel</i>	<i>12</i>
A...Les supports de l'interconnexion CTA – CRRA	12
1. L'interconnexion informatique	12
2. L'interconnexion radiophonique ou téléphonique	12
B...Les procédures d'interconnexion	13
1. Les départs réflexes des moyens du SIS avant régulation médicale	13
2. Les appels reçus au CTA à transférer au CRRA	14
3. Les appels reçus au CRRA à transférer au CTA	14
C...La régulation médicale de l'appel	14
1. Analyse médicale de l'appel	15
2. Conseil médical téléphonique	15
D...Situations de carence (voir annexe III)	15
<i>III. La réponse adaptée selon la nature et le lieu d'arrivée de l'appel</i>	<i>16</i>
A...Réponse secouriste	16
1. Les moyens de la réponse secouriste	16
2. Le bilan secouriste	16
B...Les infirmiers de sapeurs-pompiers volontaires ou professionnels dans le cadre des secours et des soins d'urgence	20
1. Le cadre juridique de l'exercice des ISP	20
2. Les conditions générales d'emploi des ISP	21
3. Les principes d'implantation et d'engagement des ISP sur le territoire	21
4. Les interventions des ISP dans le cadre des secours et soins d'urgence	22
5. Les principes de responsabilités	23
6. La formation et l'évaluation des ISP	23
C...La réponse médicale	23
1. Les médecins correspondants du SAMU	24
2. Les médecins du service de santé et de secours médical (SSSM) des sapeurs-pompiers	25
3. Les SMUR	27
4. L'intervention médicale sur le terrain	28
TITRE II - L'EFFICIENCE DE L'ORGANISATION -----	29
<i>IV. La démarche qualité</i>	<i>30</i>
A...Organisation, procédures, comité de suivi	30
B...Évaluation des structures	30
1. Plates-formes de traitement des appels	30
2. Évaluation de la couverture territoriale	31
C...Données quantitatives	32
1. Les bilans d'activité	32
2. Les délais	32
D...Données qualitatives	32

V. <i>Le financement</i>	33
A...Missions du SDIS assurées par les centres de secours	33
B...Missions d'aide médicale urgente assurées par le SDIS.....	33
1. Appui logistique aux SMUR.....	33
2. Évacuation par indisponibilité d'ambulanciers.....	34
C...Relevage et brancardage	35
D...Missions ne relevant pas du SDIS	35
VI. <i>Axes de progrès, évolutions du dispositif</i>	36
A...Les systèmes de transmission et d'informatisation : le réseau ANTARES	36
B...La formation.....	36
1. Rôle des sociétés savantes	36
2. Comité pédagogique national	36
C...Comité de suivi	37
D...Points divers.....	37
1. Relations avec la justice et les forces de l'ordre en intervention	37
2. Relations avec les médias	37
3. Information du public sur le bon emploi des numéros d'urgence	37
4. Traitement des appels de téléalarmes	37
5. Financement des indisponibilités	38
6. Plates-formes télé médico-sociales et sanitaires	38
CONCLUSION -----	39
ANNEXES -----	40
ANNEXE I : ARBRE DECISIONNEL D'ENGAGEMENT -----	41
ANNEXE II : DEFINITIONS -----	42
ANNEXE III : CARENCES -----	43
ANNEXE IV : BILAN SIMPLIFIE -----	44
ANNEXE V : LOGIGRAMME DU BILAN SIMPLIFIE -----	45
ANNEXE VI : FICHE BILAN SECOURISTE -----	46
ANNEXE VII : CIRCONSTANCES DE DECES CERTAIN -----	47
ANNEXE VIII : REFUS DE TRANSPORT -----	48
ANNEXE IX : HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE -----	49
ANNEXE X : ISP PROTOCOLISES -----	50
ANNEXE XI : MOLECULES DETENUES -----	51
ANNEXE XII : LISTE DES PROTOCOLES -----	52
ANNEXE XIII : FORMATION DES ISP -----	53
ANNEXE XIV : CORRESPONDANTS DU SAMU -----	54
ANNEXE XV : LISTE DES MSP -----	55
ANNEXE XVI : INDICATEURS -----	56
ANNEXE XVII : ECHEANCIER DES CONVENTIONS FINANCIERES -----	59
ANNEXE XVIII : FONCTIONNALITES DU RESAU RADIO -----	60
ANNEXE XIX : PERSONNE NE REPONDANT PAS AUX APPELS -----	65
GLOSSAIRE -----	70

PREAMBULE

Un projet de convention tripartite relative aux missions respectives du SAMU 85, du SDIS 85 et de l'UDASU dans le cadre de l'aide médicale urgente en Vendée, a été rédigé à l'automne 2006 mais non signé.

Le 25 juin 2008 est publié un référentiel commun pour l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, fruit du travail du comité de pilotage national quadripartite.

Un arrêté interministériel du 24 avril 2009 et la circulaire du 14 octobre 2009 entérinent officiellement cette doctrine des services publics en matière d'organisation des secours et soins urgents.

Ce texte a été élaboré selon les principes suivants :

- respect des missions, statuts, prérogatives et des organisations en place de chacun des deux services publics concourant à la distribution des secours et à l'aide médicale urgente ;
- nécessité de valeurs et d'une démarche éthique communes en tout point du territoire, au service des victimes et des patients ;
- meilleure coordination des services publics pour assurer en tout point du territoire national, la réponse la mieux adaptée et la plus rapide à une situation d'urgence ou de détresse ;
- inscription de l'évolution actuelle et future de la chaîne des secours et de l'aide médicale urgente dans une démarche d'évaluation et de qualité en mettant en place des instances de pilotage nationales et locales qui permettent à tout moment de l'adapter en fonction des données de la science et de l'évolution des technologies.

Ce référentiel s'appuie en grande partie sur des évolutions technologiques, des révisions du S.D.A.C.R. et du S.R.O.S., il doit permettre d'affiner quelques procédures interservices ; néanmoins, nous constatons que les relations établies depuis de nombreuses années entre nos structures SAMU et SDIS s'inscrivent complètement dans la philosophie des discussions nationales quadripartites en dehors de l'implication du SDIS dans les lieux publics dans certaines circonstances.

C'est à partir de ce référentiel qu'a été rédigée cette convention bipartite, améliorée de quelques spécificités propres au département de la Vendée.

RAPPEL DU CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

I. Les structures publiques concourant aux secours à la personne et aux soins d'urgence

Les missions des deux services publics engagés dans les secours et soins d'urgence à la population, le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et le Service d'Incendie et de Secours (SIS), sont précisées par la loi.

Les missions de la Sécurité civile sont assurées « principalement par les sapeurs-pompiers professionnels et volontaires des services d'incendie et de secours ainsi que par les personnels des services de l'Etat et les militaires des unités qui en sont investis à titre permanent »².

Par ailleurs, le service public hospitalier « concourt, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente »³.

A. Le service d'incendie et de secours

Dans le cadre de ses compétences, le SIS exerce les missions suivantes⁴ :

- la prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile ;
- la préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours ;
- la protection des personnes, des biens et de l'environnement ;
- les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation.

Le SIS comprend un service de santé et de secours médical (SSSM)⁵, ce dernier exerce les missions suivantes⁶ :

- la surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers ;
- l'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers professionnels et de la médecine d'aptitude des sapeurs-pompiers volontaires, dans les conditions prévues à l'article R.1424-28 ;
- le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité, notamment auprès du comité d'hygiène et de sécurité ;
- le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers ;
- la participation à la formation des sapeurs-pompiers au secours à personne ;
- la surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service.

En outre, le service de santé et de secours médical concourt :

- aux missions de secours d'urgence définies par l'article L.1424-2 et par l'article 2 de la loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires ;
- aux opérations effectuées par les services d'incendie et de secours impliquant des animaux ou concernant les chaînes alimentaires ;
- aux missions de prévision, de prévention et aux interventions des services d'incendie et de secours, dans les domaines des risques naturels et technologiques, notamment lorsque la présence de certaines matières peut présenter des risques pour les personnes, les biens ou l'environnement.

² Loi n°2004-811 de modernisation de la Sécurité Civile du 13 août 2004

³ Article L.6112-1 du Code de la Santé Publique (CSP) / Article L.6112-5 du Code de la Santé Publique (CSP)

⁴ Article L.1424-2 du Code général des Collectivités Territoriales (CGCT)

⁵ Article R.1424-1 du CGCT

⁶ Article R.1424-24 du CGCT

Le secours à la personne se caractérise comme l'ensemble des missions du SIS qui consiste à :

- assurer la mise en sécurité des victimes, c'est-à-dire les soustraire à un danger ou un milieu hostile, exercer un sauvetage, et sécuriser le site de l'intervention ;
- pratiquer les gestes de secourisme en équipe, dont ceux du prompt secours, face à une détresse, et à en évaluer le résultat ;
- réaliser l'envoi de renforts dès la réception de l'appel ou dès l'identification du besoin après avoir informé la régulation médicale du SAMU lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence nécessitant la mise en œuvre de moyens médicaux⁷ ;
- réaliser l'évacuation éventuelle de la victime vers un lieu d'accueil approprié.

Le prompt secours est défini en France dans la circulaire du 18 septembre 1992, définition reprise dans la circulaire conjointe, Ministère de la Santé et Ministère de l'Intérieur du 29 mars 2004, relative aux rôles des SAMU, des SDIS et des ambulanciers privés dans l'aide urgente : « ... une action de secouristes agissant en équipe et visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer sans délai des gestes de secourisme. Il est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe. Il est à distinguer des actions relevant de la compétence des SMUR, des médecins généralistes, des ambulanciers privés, voire du simple conseil ».

Enfin, le SIS n'est tenu de procéder qu'aux seules interventions qui se rattachent directement à ses missions de service public définies à l'article L.1424-2. S'il a procédé à des interventions ne se rattachant pas directement à l'exercice de ses missions, il peut demander aux personnes bénéficiaires une participation aux frais, dans les conditions déterminées par délibération du conseil d'administration⁸.

B. Les structures hospitalières de médecine d'urgence

1. Les missions du SAMU

Dans le cadre de l'aide médicale urgente qui « a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent les soins d'urgence appropriés à leur état »⁹, le SAMU, service hospitalier, a pour mission « de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les SIS »¹⁰.

Les SAMU comportent un centre de réception et de régulation des appels (CRRA).

Les SAMU assurent la régulation médicale des situations d'urgence et pour atteindre cet objectif¹¹ :

- assurent une écoute médicale permanente ;
- déterminent et déclenchent la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- s'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient ;
- organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- veillent à l'admission du patient.

⁷ Article R.6311-6 du CSP

⁸ Article L.1424-42 du CGCT

⁹ Article L.6311-1 du CSP

¹⁰ Article R.6311-1 du CSP

¹¹ Article R.6311-2 du CSP

Dans ce cadre, outre ses moyens propres et ceux des SIS, le SAMU peut faire intervenir pour l'accomplissement de ses missions les moyens privés que sont :

- les transporteurs sanitaires privés ;
- les médecins et paramédicaux libéraux.

La participation de ces moyens privés, sous la responsabilité du SAMU, est déterminée par convention¹².

2. La régulation médicale et l'intervention médicale

La régulation médicale du SAMU a pour objectif d'apporter une réponse médicale adaptée à tout appel venant d'une personne en détresse.

Lorsque l'appel, considéré comme un secours à personne, parvient au centre de traitement des alertes du SIS, il bénéficie de la régulation médicale du SAMU grâce à une interconnexion entre les deux centres de réception¹³. Cette interconnexion permet, « dans le respect du secret médical, les transferts réciproques d'appels et, si possible, la conférence téléphonique avec les centres de réception d'appels téléphoniques des SIS dotés du numéro d'appel 18, ainsi que ceux des services de police et de gendarmerie¹⁴ »

3. Le SMUR

Le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) assure, en permanence, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert, de façon urgente, une prise en charge médicale et de réanimation et, le cas échéant, après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé¹⁵. Il est composé d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence, d'un infirmier et d'un conducteur ambulancier. Le SMUR est doté d'un matériel de réanimation complet. Cette unité basée à l'hôpital et active 24 heures sur 24 intervient sur demande du SAMU pour assurer la prise en charge, le diagnostic, le traitement et le transport des patients en situation d'urgence médicale.

4. Les moyens hélicoptérés

L'utilisation de l'hélicoptère de la sécurité civile (Dragon 17), de l'hélicoptère du SMUR (HELISMUR), de l'hélicoptère de la Marine Nationale ou tout autre hélicoptère pour le transport d'une victime est décidée par le médecin régulateur. Néanmoins, le CTA, dès l'appel ou le COS sur les lieux de l'intervention, peuvent suggérer au médecin régulateur l'utilisation de ce moyen.

¹² Article R.6311-8 du CSP

¹³ Article L.6312-5 du CSP

¹⁴ Article R.6311-6 du CSP

¹⁵ Article R.6123-15 du CSP

TITRE I

LE PARCOURS DE LA PERSONNE EN DETRESSE

II. Le traitement de l'appel

La réception et le traitement de l'appel pour secours et soins d'urgence à toute personne en détresse représente l'étape initiale qui conditionne le déclenchement des moyens de secours adaptés. Trois numéros 15, 18 et 112 sont accessibles à la personne en détresse. Ils sont hébergés dans deux centres publics de réception et de traitement : le centre de réception et de régulation des appels (CRRA) 15 du SAMU situé dans l'établissement hospitalier siège du SAMU et le centre de traitement des alertes (CTA) 18 et 112 du SIS.

Les deux centres de réception des appels ou des alertes sont interconnectés pour assurer l'optimisation de la réponse apportée par la chaîne de secours et de soins d'urgence.

La réponse à l'appel ou à l'alerte est assurée dans le meilleur délai compatible avec la nature de la détresse et l'intérêt du patient ou de la victime. Plusieurs indicateurs objectivent l'efficacité et l'efficience de la coordination des équipes du SAMU et du SIS, ainsi que la pertinence des moyens engagés et mettent l'accent sur :

- les délais des décrochés ;
- les délais de déclenchement et d'intervention des moyens opérationnels adaptés ;
- la pertinence des moyens engagés.

A. Les supports de l'interconnexion CTA – CRRA

L'interconnexion est informatique et radiotéléphonique.

1. L'interconnexion informatique

Un interfaçage entre les logiciels propres au CRRA (CENTAURE 15) et au CTA (ARTEMIS) a été réalisé et est opérationnel depuis le 1^{er} octobre 2008.

Les données de l'appel qui intéressent les deux services doivent être immédiatement transférés sur les écrans du CRRA et du CTA et réciproquement et doivent comprendre notamment :

- la localisation et l'identification de l'appelant,
- la nature de l'appel,
- la localisation des moyens disponibles pour intervenir,
- le suivi des interventions communes en cours,
- les données opérationnelles (horaires, délais, géo-localisation),
- le nom de la personne qui a traité l'appel côté CTA,
- le nom de la personne qui a régulé l'appel côté CRRA.

2. L'interconnexion radiophonique ou téléphonique

Elle permet la bascule simple (transfert d'appel) ou la mise en conférence à trois selon la nature de l'appel.

Des lignes téléphoniques dédiées assurent la liaison directe entre le CRRA et le CTA.

Le réseau radio développé en Vendée permet d'assurer le suivi et l'écoute conjointes des moyens engagés, la transmission et la réception des bilans adressés du lieu de l'intervention et, à terme, la télétransmission de certaines données.

La veille du réseau commun secours et soins d'urgence (SSU) par les deux services est permanente.

B. Les procédures d'interconnexion

Des procédures écrites d'interconnexion entre le CRRA et le CTA sont mises en place de façon formelle.

L'interconnexion vise par tout moyen radiotéléphonique et informatique à ce que l'information déjà donnée par l'appelant au premier opérateur ne soit pas répétée. L'analyse de l'appel reçu obéit à des algorithmes communs qui permettent la même réponse quel que soit le centre de réception où l'appel ou l'alerte est reçu.

L'interconnexion assure une information en temps réel sur la disponibilité et la localisation des moyens propres au CTA et au CRRA. Cette information est actualisée et échangée, et tout déclenchement d'une opération de secours est accompagné simultanément d'une information opérationnelle mutuelle entre les deux services.

La mise en conférence téléphonique à trois (appellant, CRRA et CTA) est pratiquée, si nécessaire, dans les conditions suivantes :

- le secret professionnel est respecté,
- l'appelant est informé du début et de la fin de la conférence à trois,
- le stationnaire du CTA quitte cette conférence lorsque la nécessité ou non d'envoyer un moyen du SIS a été décidée par le médecin régulateur du SAMU.

Chaque centre informe l'autre lorsqu'il alerte les services de police ou de gendarmerie d'une intervention de secours à personne.

1. Les départs réflexes des moyens du SIS avant régulation médicale

Dans les situations présentées à l'annexe I, l'engagement des moyens de secours précède la régulation médicale.

Si l'appel de la personne en détresse parvient au SIS, c'est l'opérateur du CTA qui engage les moyens disponibles du SIS, puis il transfère l'appel ou les informations au CRRA en vue d'une régulation médicale.

Si l'appel de la personne en détresse parvient au CRRA, le permanencier auxiliaire de régulation médicale demande au CTA l'engagement d'un moyen du SIS, en précisant le motif, puis transfère l'appel au médecin régulateur du SAMU, pour un engagement éventuel du SMUR.

Les situations de départ réflexe sont de trois natures : la détresse vitale identifiée à l'appel, les interventions sur la voie publique ou dans les lieux publics et certaines circonstances de l'urgence.

a) l'urgence vitale identifiée à l'appel (notion de prompt secours)

Les situations d'urgence vitale à l'appel sont répertoriées et décrites dans l'annexe I. La liste et leur description peuvent évoluer avec les connaissances acquises de la science et de l'éthique.

Lorsque l'urgence vitale n'est pas identifiée ou identifiable, mais suspectée par l'opérateur qui reçoit l'appel, un départ réflexe du SIS est justifié.

b) les circonstances d'urgence (voir annexe I)

Certaines circonstances présentent des risques particuliers et justifient un départ réflexe. Leur liste indicative figure en annexe I.

c) lieu public (voir annexe II)

Lorsque l'appel ou l'alerte concerne un lieu public, un départ réflexe du SIS est justifié, seulement si notion de milieu hostile ou non protégé (annexe II).

d) voie publique

Lorsque l'appel ou l'alerte concerne la voie publique, un départ réflexe du SDIS est justifié.

2. Les appels reçus au CTA à transférer au CRRA

Ces transferts peuvent prendre deux formes en fonction des circonstances :

- Une bascule simple, **sans saisie d'information**, lorsque l'appel concerne d'évidence le SAMU et plus particulièrement :
 - la permanence des soins (PDS) ;
 - les demandes de transports ambulanciers ;
 - les demandes de renseignements ou de conseils médicaux.
- Une transmission immédiate de l'information lorsque l'appel concerne l'aide médicale urgente¹⁶.

3. Les appels reçus au CRRA à transférer au CTA

Tout appel arrivé au CRRA et qui relève des missions du SIS, est transmis immédiatement au CTA. Il en est de même pour tout appel exigeant l'engagement de moyens spécifiques et propres aux sapeurs-pompiers (exemples : accident de la route, secours aquatiques, intoxication liée à un gaz, sauvetage en milieu périlleux, ...).

C. La régulation médicale de l'appel

La régulation médicale de l'appel d'une personne en détresse a pour but de déterminer et de déclencher dans les meilleurs délais la réponse médicale adaptée à la situation décrite par l'appelant. Cette mission incombe aux SAMU Centre 15 des établissements publics de santé.

Par une écoute médicale permanente, elle détermine et déclenche dans le délai le plus rapide la réponse la mieux adaptée à la nature des appels, s'assure de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, en respectant le libre choix de la personne, fait préparer son accueil dans l'établissement choisi, organise le cas échéant le transport vers l'établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou une entreprise privée de transport sanitaire, veille enfin à l'admission du patient.

L'organisation de la régulation médicale repose sur une collaboration étroite entre le médecin régulateur, l'infirmier de régulation (IDE) et les permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) sur lesquels le médecin régulateur a une autorité fonctionnelle.

Le SIS participe à l'aide médicale urgente. A ce titre, le médecin régulateur demande l'engagement des moyens du SIS en vue d'apporter la réponse médicale la plus appropriée à l'état de la personne en détresse.

En cas de pathologie grave nécessitant une médicalisation rapide, le médecin régulateur du SAMU fait immédiatement intervenir les SMUR. L'IDE ou le PARM peuvent être amenés à déclencher un SMUR après accord du médecin régulateur et/ou en application des procédures de déclenchement réflexe de SMUR en vigueur dans le service. Le médecin régulateur peut solliciter en complément du SMUR ou seul, tout autre moyen adapté, notamment les moyens du SIS.

La régulation médicale est systématique quel que soit le lieu où se trouve la personne ou quel que soit le cheminement initial de l'appel. Elle se fait après départ de l'équipe de prompt secours, mais dans les meilleurs délais, en cas de départ réflexe.

La régulation médicale d'une personne en détresse doit être optimale dans les délais de contact avec le médecin régulateur, et dans la qualité des informations transmises. Elle doit de ce fait reposer sur des procédures rigoureuses et actualisées et employer les meilleures techniques d'interconnexion entre les centres d'appel CRRA et CTA. Cette interconnexion doit bénéficier des avancées technologiques continues dans le domaine des nouvelles techniques d'information et de communication (NTIC).

¹⁶ Article R.6311-1 du CSP

Dans le cadre de l'aide médicale urgente, le médecin régulateur du SAMU coordonne la prise en charge médicale. A cet effet, il s'assure de la pertinence des moyens engagés, suit le déroulement des opérations, vérifie que ces moyens arrivent au lieu de l'appel dans les délais compatibles avec le degré de gravité avéré ou supposé de la personne en détresse et détermine l'orientation vers le plateau technique ou la structure hospitalière compétent ou adapté.

1. Analyse médicale de l'appel

La régulation médicale est un acte médical qui repose, chaque fois que cela est possible, sur un entretien singulier entre le médecin et l'appelant ou une personne de l'environnement de la personne en détresse.

La détermination par le médecin régulateur de la réponse la mieux adaptée se fonde sur trois critères : l'estimation du degré de gravité avérée ou potentielle de l'atteinte de la personne concernée, l'appréciation du contexte, l'état et les délais d'intervention des ressources disponibles.

Tout appel vécu par l'appelant comme ayant un caractère d'urgence médicale est transmis au CRRA. Le dialogue singulier qui s'instaure entre l'appelant et le médecin régulateur du SAMU permet une analyse sémiologique de la détresse. Ce dialogue aboutit à une probabilité diagnostique suffisamment élaborée pour engager ou non un effecteur adapté à la situation décrite par l'appelant et au diagnostic avéré ou supposé du médecin régulateur. Lorsque le dialogue avec la personne en détresse ne peut pas être réalisé, l'analyse médicale repose sur le témoignage d'une personne témoin de l'état de détresse ou sur celui d'un secouriste ou d'un personnel de santé du SSSM présent sur place.

2. Conseil médical téléphonique

Le conseil médical est un avis médical donné lors d'un entretien entre l'appelant et le médecin régulateur. Ce conseil médical téléphonique ne peut se substituer à une consultation médicale si celle-ci s'avère nécessaire.

Il concerne également les instructions données à l'entourage de la personne en détresse ou de la victime avant l'arrivée des secours.

D. Situations de carence (voir annexe III)

Un nombre croissant d'appels sur les numéros réservés au secours à personne ou à l'aide médicale urgente sont identifiés par le PARM du CRRA ou le stationnaire du CTA comme un besoin de soins ou de bilan, ressenti comme urgent par un patient. Ces appels sont soumis à la régulation médicale.

En cas de carence des transporteurs sanitaires privés, les moyens du SIS peuvent être sollicités et par conséquent seront rémunérés¹⁷ car les moyens du SIS n'ont pas vocation à se substituer aux transporteurs privés dans le cadre de l'AMU et de la PDS.

¹⁷Article 124 de la loi du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité.

III. La réponse adaptée selon la nature et le lieu d'arrivée de l'appel

A. Réponse secouriste

La réponse secouriste constitue l'étape la plus précoce de la chaîne de secours organisée en raison de sa rapidité de mise en œuvre grâce au nombre et au maillage des Centres d'Incendie et de Secours (CIS).

À la première mission d'accéder à la victime et de la protéger, s'ajoutent celles de la maintenir en vie, de prévenir l'aggravation de son état et selon les situations, d'assurer son évacuation ou d'attendre des renforts.

Dans de nombreuses circonstances, notamment dans les cas les plus graves, cette réponse permet d'éviter une issue fatale.

1. Les moyens de la réponse secouriste

La réponse secouriste peut être assurée par les secouristes de certains CIS, centres de première intervention notamment, sans moyen de transport (cas du relevage simple de personnes à mobilité réduite) ou par des équipes avec véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV). Les deux réponses peuvent se compléter.

a) recours aux moyens sapeurs-pompiers secouristes sans VSAV

Les équipes de secouristes sapeurs-pompiers sans VSAV disposent de moyens d'alerte et de communication et sont envoyées par le CTA notamment pour :

- protéger la victime d'un sur-accident et assurer la sécurité des lieux ;
- procéder aux gestes secouristes de maintien en vie ;
- assurer le guidage sur les lieux des secours de niveau supérieur et les assister ;
- procéder à un relevage simple et une aide au brancardage ;
- transmettre des informations complémentaires ;
- porter secours aux personnes ne répondant pas aux appels.

Les procédures de bilan et de compte rendu qu'elles appliquent sont identiques à celles des équipes de secouristes sapeurs-pompiers intervenant à bord des VSAV.

b) recours aux moyens sapeurs-pompiers avec VSAV

Le VSAV est normalisé¹⁸ et possède notamment l'ensemble des matériels secouristes ainsi que des moyens de mesure des paramètres vitaux.

Il est doté de moyens de communication le mettant en relation simultanément avec le CTA et le CRRA.

Il est armé par au moins deux sapeurs-pompiers équipiers et un chef d'agrès qui assurent les fonctions de premier commandant des opérations de secours (COS). Dans le cadre d'une carence de transporteur privé, l'effectif pourra être de deux sapeurs-pompiers, en cohérence avec l'équipage d'une ambulance privée.

2. Le bilan secouriste

Le bilan secouriste a deux objectifs : le premier est de déterminer l'état de la victime et d'en déduire la conduite secouriste immédiate, le second de transmettre au CTA et au CRRA les données du bilan initial complétées du rapport des gestes entrepris et de leurs résultats.

¹⁸ Norme NF EN 1789 du 4 juillet 2007

La transmission du bilan secouriste au CTA et au CRRA se fait dans les meilleurs délais.

a) bilans transmis au 15

Le bilan transmis par les secouristes simultanément au CTA et au CRRA a pour objet de définir la prise en charge médicale du patient et son éventuelle hospitalisation.

b) procédures de connexion

Tous les bilans, qu'ils soient transmis par radio ou par téléphone, doivent faire l'objet d'un enregistrement par le CTA, indépendamment de celui effectué par le CRRA, en application des textes réglementaires.

Le bilan est transmis par radio (sur la fréquence SSU), le cas échéant et de façon exceptionnelle pour les secours à domicile, à partir du téléphone disponible sur place via le 18 (par exemple, par défaillance du réseau de transmission). Le CTA sera systématiquement consulté pour s'assurer de l'opportunité de passer le bilan par téléphone.

c) forme et contenu du bilan

Le bilan comporte l'ensemble des informations recueillies par l'équipe secouriste, il est complété par la description des gestes effectués.

Il s'efforce d'apporter des informations précises et pertinentes de manière concise et ordonnée.

Il contient notamment les éléments suivants :

- le motif de recours, les plaintes de la victime et les circonstances de l'intervention ;
- les éléments physiologiques recueillis par les secouristes ;
- la description et l'évaluation de l'intensité de la douleur ;
- les lésions traumatiques éventuellement retrouvées ;
- le cas échéant, les antécédents et le traitement en cours ;
- les gestes entrepris.

Par exception, et dans certaines circonstances, ce bilan peut être simplifié dans le but soit d'alléger le travail de la régulation médicale, soit de faciliter celui des intervenants sur le terrain.

(1) Les situations de bilan simplifié

Le chef d'agrès est dispensé d'un bilan complet à la régulation médicale dans un certain nombre d'interventions qui concernent en particulier la petite traumatologie périphérique (voir annexe IV).

Tout doute ou signe d'aggravation, notamment la douleur intense durant l'intervention, doit cependant faire l'objet d'un bilan immédiat et complet dans les conditions habituelles.

Les modalités de mise en œuvre de cette mesure sont ajustées en fonction du contexte local.

Une information est transmise au CRRA de façon à clôturer un dossier qui aurait été ouvert.

La procédure de mise en place du bilan simplifié est précisée en annexe V.

(2) Demande de renfort médical en situation d'urgence absolue

En cas d'urgence absolue qui mobilise l'ensemble de l'équipe et/ou lorsque la nécessité d'une médicalisation d'urgence ne fait aucun doute, cette procédure permet au chef d'agrès présent sur les lieux d'obtenir de manière rapide et simplifiée un moyen médical adapté.

La demande est transmise dans l'idéal par contact radio sur le réseau SSU qui permet l'écoute simultanée par le CRRA et le CTA.

Une procédure d'urgence absolue est mise en place et appliquée à ces situations.

Cette demande est complétée dans les meilleurs délais par un bilan classique de manière à renseigner plus complètement le CRRA et le CTA.

(3) La fiche bilan secouriste (voir annexe VI)

Le bilan fait l'objet d'un document appelé « Fiche bilan » qui est remis à la structure d'accueil. Un double est conservé par le SSSM du SIS, pour les dossiers avec refus de soins.

Cette fiche permet la transmission de données de façon claire et concise, elle comporte au moins les informations suivantes :

- conditions dans lesquelles la victime a été trouvée et circonstances de l'accident ou de la détresse,
- identité de la victime et horaires d'intervention,
- description de l'état de la victime à l'arrivée des secours,
- signes vitaux initiaux et leur évolution au cours de l'intervention,
- conditionnement de la victime,
- lieu de transport ou structure ayant pris en charge la victime,
- tous les éléments pouvant être nécessaires aux soins ultérieurs, en particulier les renseignements obtenus de l'entourage et les traitements et antécédents de la victime.

Elle est actualisée en cas d'événement nouveau au cours de l'intervention.

Elle est remplie et signée par le chef d'agrès.

d) devenir de la victime

Après réception du bilan secouriste, le médecin régulateur définit les modalités ultérieures de la prise en charge. Plusieurs situations se présentent alors :

(1) Les moyens des VSAV sont suffisants et permettent l'évacuation en sécurité de la victime

La régulation, après bilan et prenant en compte dans la mesure du possible le souhait de la victime, indique au VSAV sa destination dans son secteur opérationnel avec en première intention l'hôpital de proximité.

Tout envoi d'un VSAV hors de son secteur opérationnel doit être médicalement justifié (à ce titre, la présence d'une équipe SMUR à bord du VSAV paraît légitime et cohérente) et notamment pour les transports extra-départementaux qui devront faire l'objet d'une étroite concertation avec le CTA, en privilégiant autant que possible les moyens hélicoptérés (après évaluation médicale) ou des relais avec des ambulanciers privés ; relais souhaitables dans une structure préalablement identifiée de « transit ».

(2) La victime ne bénéficie pas de manœuvres de réanimation

Trois cas sont à distinguer :

- la victime est décédée de manière certaine à l'arrivée des secours et ne justifie pas de manœuvres de réanimation ;

Certains critères permettent au chef d'agrès d'identifier cette situation avec certitude, ils sont reportés à l'annexe VII. Dans ces circonstances, les VSAV n'assurent pas le transport du corps.

- le patient vient de décéder et des manœuvres de réanimation sont engagées, une intervention médicale sur place est alors indispensable pour déterminer la conduite ultérieure à tenir.
- le patient est dans un état de fin de vie connu et aucune manœuvre de réanimation n'est engagée.

Deux situations sont alors possibles :

- le patient ou son entourage a formulé une demande expresse de maintien au domicile, conformément à la loi du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie. Le chef d'agrès en informe le médecin régulateur qui a la charge d'organiser l'accompagnement du patient en fin de vie.
- le patient ou son entourage exprime une demande d'hospitalisation. Le chef d'agrès en informe la régulation médicale qui décide des conditions du transport.

(3) la victime refuse l'évacuation

Face à une victime qui refuse son évacuation, le chef d'agrès rend compte de la situation au CTA et au CRRA.

Si une évacuation ou un examen médical s'avère cependant nécessaire au regard du bilan secouriste, le médecin régulateur prend toutes mesures utiles, à l'exception d'une contention physique qui n'est pas du ressort de l'équipage du VSAV.

Dans le cas où la victime, clairement informée, confirme son refus, la procédure décrite en annexe VIII est appliquée.

Certaines conditions de refus, mettant en danger la victime elle-même ou son entourage, peuvent relever de l'hospitalisation sous contrainte. Le chef d'agrès met alors en œuvre la procédure décrite à l'annexe IX en relation avec la régulation médicale.

(e) les renforts secouristes

(1) Le relevage de personnes

Le vieillissement de la population et le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées entraînent un accroissement des missions dites de relevage.

L'intervention de relevage se fait le plus souvent au domicile, au profit d'une personne très souvent âgée qui est tombée et se trouve dans l'incapacité de se relever seule.

Cette personne peut être protégée par un système de télésurveillance qui transmet une demande d'intervention au CTA ou au CRRA.

Lorsque l'appel ou l'alerte, quelle que soit son origine, est transmis au CTA ou au CRRA, celui-ci engage dans un délai compatible avec la situation, un moyen secouriste du SDIS. Ce dernier est en capacité d'ouvrir la porte du domicile, en présence, si possible, des forces de police.

Un bilan secouriste est réalisé dans tous les cas de façon à dépister une atteinte physique associée à la chute. Il est transmis au médecin régulateur du SAMU dans les conditions décrites précédemment.

Le médecin régulateur prend la décision adaptée à la situation trouvée, laquelle peut aller du maintien au domicile à l'hospitalisation d'urgence.

Lorsque ce type d'intervention se reproduit de façon fréquente pour la même personne, un signalement médico-social est effectué par la régulation médicale du SAMU de façon à faire assurer une prise en charge de la personne concernée par les services sociaux compétents. Le SIS est tenu informé de la démarche.

Une évaluation régulière des interventions de nature sociale est effectuée par le SIS et le SAMU en lien avec la DDASS.

(2) Les renforts du brancardage

Un renfort de brancardage peut être nécessaire à une équipe médicale engagée seule ou à un équipage d'ambulanciers privés. La régulation médicale sollicite alors un renfort du SIS qui déclenche le moyen adapté à la mission. Deux cas peuvent se présenter :

- le brancardage est technique et fait appel à des moyens spécifiques (GRIMP, élévateur, etc.), l'intervention devient alors une opération de sauvetage qui est du domaine du SIS.
- la demande est formulée pour un brancardage simple pour renfort d'une équipe en intervention (équipage ambulancier, équipage du SMUR), ne nécessitant pas de moyens spécialisés¹⁹ :
 - si un VSAV est engagé pour renfort :
 - ✎ d'un ambulancier privé : le VSAV poursuivra l'intervention jusqu'à l'hospitalisation du patient. Cette intervention sera comptabilisée en carence d'ambulances privées.
 - ✎ d'une équipe SMUR sans son véhicule lourd : il s'agit d'une situation qui doit être prévue dans un processus conventionnel entre le centre hospitalier dudit SMUR et le SDIS.
 - si un véhicule léger du SDIS est engagé pour renfort (absence de VSAV dans le centre de secours) :
 - ✎ l'ambulancier privé poursuit sa mission. Cette intervention sera comptabilisée en carence partielle d'ambulance privée et facturée selon une tarification cohérente avec les carences.

¹⁹ Les modalités de prise en charge financière de cette mission qui n'est pas du ressort du SIS seront développées dans le chapitre sur le financement

B. Les infirmiers de sapeurs-pompiers volontaires ou professionnels dans le cadre des secours et des soins d'urgence

Dans le souci de la sécurité des patients et de l'efficacité du système global, il convient que les conditions de déploiement, d'emploi et d'activité assurés par ces infirmiers soient définies dans le cadre d'une réponse adaptée à la nature du besoin exprimé par la victime, dans le respect du code de la santé publique et des compétences respectives des SIS et des structures de médecine d'urgence et dans le cadre du rapprochement entre le SDACR et SROS.

Il est rappelé que tous les Infirmiers Diplômés d'État (IDE) sont amenés à exercer leur profession auprès de différents employeurs et au sein de structures variées, dont les SIS.

Les SMUR et le SSSM sont régis chacun par une réglementation spécifique, mais ils concourent tous deux à la prise en charge des victimes et patients dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Enfin, en aucun cas l'activité des infirmiers ne se substitue à celle des médecins.

1. Le cadre juridique de l'exercice des ISP

L'exercice des ISP relève des dispositions du code de la santé publique.

Lorsqu'ils sont volontaires ou professionnels auprès des SIS, leur statut est défini par le code général des collectivités territoriales (CGCT). Ainsi, les infirmiers sapeurs-pompiers, professionnels²⁰ ou volontaires²¹, sont membres du SSSM du SIS²². Ils sont placés sous l'autorité du médecin chef du SIS qui dirige le SSSM, lui-même étant sous l'autorité du directeur départemental du service d'incendie et de secours (DD SIS)²³.

Les dispositions du code de la santé publique concernant la profession d'infirmier sont :

- pour l'exercice, les articles R.4311-1 et suivants ;
- pour les règles professionnelles, les articles R.4312-1 et suivants.

Le statut des ISP des SIS est défini par les textes suivants :

- loi du 3 mai 1996 relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers ;
- loi n°2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile ;
- décret n°99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires modifié par le décret n°2003-1141 du 28 novembre 2003 ;
- décret n°2000-1009 du 16 octobre 2000 portant statut particulier du cadre d'emploi des infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels ;
- arrêté du 4 janvier 2006 relatif au schéma national des emplois, des activités et des formations des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires.

²⁰ Décret n°2000-1009 du 16 octobre 2000 portant statut particulier du cadre d'emploi des infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels

²¹ Décret n°99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux sapeurs-pompiers volontaires

²² Article R.1424-25 du Code Général des Collectivités Territoriales

²³ Article R.1424-26 du Code Général des Collectivités Territoriales

2. Les conditions générales d'emploi des ISP

Les conditions d'emploi ou d'activité des ISP relèvent du CGCT.

Compte tenu du nombre d'infirmiers volontaires des SIS exerçant leur activité professionnelle en établissement de santé, et pour garantir le bon fonctionnement de ces établissements, les activités des ISP volontaires s'inscrivent dans le droit commun des sapeurs-pompiers avec les deux principes suivants :

- priorité de l'employeur durant le temps de travail de l'agent ;
- possibilité de convention entre l'employeur et le SIS.

Chaque infirmier veillera à ce que son engagement citoyen en tant que sapeur pompier volontaire soit compatible avec les nécessités que requièrent sa propre sécurité et la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients.

3. Les principes d'implantation et d'engagement des ISP sur le territoire

a) implantation (voir annexe X)

Afin d'optimiser le fonctionnement des services concourant à l'aide médicale urgente et dans le cadre de l'application de la circulaire « SROS-SDACR »²⁴, les moyens des SIS et des structures de médecine d'urgence (structures des urgences, SAMU, SMUR) sont identifiés et portés à connaissance respective de ces services. Une cartographie descriptive des moyens en présence est annexée d'une part au volet « urgence » du SROS et d'autre part, intégrée dans le SDACR.

Les conditions de la mise en cohérence entre le SROS et le SDACR sont soumises à l'avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS), en articulation avec le réseau des urgences.

b) engagement des ISP dans le cadre des secours et des soins d'urgence

Leur engagement s'inscrit dans le cadre des secours et des soins d'urgence, notamment dans les situations de départ réflexe identifiés supra.

Le CRRA peut également demander au CTA l'engagement d'un ISP dans le cadre de l'AMU, en complément d'un VSAV et avant même le bilan VSAV.

Tout engagement d'un ISP par le CTA est immédiatement notifié au CRRA 15.

Dans l'intérêt du patient ou de la victime, il convient de veiller à ce que l'engagement de l'ISP ne se traduise pas par un retard de l'évacuation dès lors que celle-ci a été demandée par le médecin régulateur du CRRA en lien avec le chef d'agrès.

Le premier bilan passé au CRRA est celui du chef d'agrès du VSAV engagé. Il n'a pas à attendre l'arrivée d'un ISP si cette arrivée est décalée dans le temps.

²⁴ Circulaire interministérielle n°DHOS/01/DDSC/BSIS/2007/457 du 31 déc. 2007 relative à la nécessité d'établir une mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)

4. Les interventions des ISP dans le cadre des secours et soins d'urgence

Les ISP participent aux missions de secours d'urgence définies par l'article L.1424-2 du code général des collectivités territoriales et par l'article 2 de la loi n°86-11 du 6 janvier 1986.

Ces missions s'inscrivent dans le respect des dispositions réglementaires prévues aux articles R.4311-1 et suivants du code de la santé publique, qui définissent l'exercice de la profession d'infirmier. Ces règles communes ou « décret de compétences », s'appliquent quels que soient le mode et le lieu d'exercice.

a) l'urgence justifiant une intervention dans un cadre exceptionnel

Pour les situations « d'urgence inopinée », exceptionnelle et rare, pour lesquelles le pronostic vital est engagé, en l'absence de médecin et de protocole et pour lesquelles l'absence d'action conduirait au délit de non-assistance à personne en péril, l'IDE effectuera des gestes correspondant à son décret de compétences.

Ce type de situation n'est pas celui de l'ISP en mission.

b) les missions des ISP

Elles s'exercent sous encadrement médical, qui est le mode normal d'exercice de l'infirmier, et en application de protocoles et sous l'autorité du Commandant des Opérations de Secours (COS) et comprennent :

➤ ***Les protocoles des soins d'urgence***

Ils sont prévus à l'article R.4311-14 alinéa 1 du code de santé publique : « En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet, de sa part, d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient ».

Les actes conservatoires sont les actes accomplis par un ISP, au bénéfice d'un patient ou d'une victime, afin de préserver sa vie, en attendant une prise en charge médicale. Dans le respect de la réglementation, l'ISP met ainsi en œuvre un protocole lorsqu'il est en présence d'une détresse vitale. Ces interventions reposent sur des protocoles exécutés dans l'attente d'un médecin et visent à effectuer des gestes ou à prodiguer des soins conservatoires, dans des situations en nombre limité et réalisés en informant la régulation médicale.

Ces gestes sont précisés par des protocoles harmonisés au niveau national selon des recommandations validées par la Haute Autorité de Santé (HAS).

➤ ***La prise en charge de la douleur***

Elle est définie à l'article R.4311-8 du code de la santé publique : « l'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier des soins infirmiers ».

➤ ***Les procédures sur prescription du médecin régulateur***

L'ISP, à partir des molécules disponibles dans son sac infirmier, est habilité après bilan et sur prescription téléphonique du médecin régulateur à mettre en œuvre les procédures décrites en annexe XI.

Les protocoles de soins constituent le descriptif de techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou lors de la réalisation d'un soin qui fait partie de la liste définie par le code de la santé publique.

Les protocoles respectent les recommandations validées par la HAS à partir des propositions élaborées au niveau national par un comité paritaire constitué de représentants des services publics d'urgence hospitaliers et du SSSM.

Ce comité est composé de quatre médecins et de deux infirmiers issus des services d'urgence hospitaliers, et de quatre médecins et de deux infirmiers issus du SSSM.

Une liste indicative et provisoire de thèmes de protocoles figure dans l'annexe XII.

Dans tous les cas, le protocole respecte le décret d'actes concernant l'exercice de la profession d'infirmier.

Les protocoles existant actuellement continuent d'être mis en œuvre jusqu'à la rédaction du modèle national défini ci-dessus sous réserve qu'ils soient conformes au corpus réglementaire applicable.

5. Les principes de responsabilités

Lorsqu'un ISP exécute un protocole face à une urgence, il est placé sous la responsabilité et l'autorité hiérarchique du médecin chef du SIS²⁵.

Lorsqu'un ISP exécute une prescription, il exerce sous la responsabilité du médecin prescripteur.

6. La formation et l'évaluation des ISP

A ce jour, elle est prévue par :

- l'arrêté du 4 janvier 2006 modifié relatif au schéma national des emplois, des activités et des formations des sapeurs-pompiers professionnels ou volontaires ;
- l'arrêté du 16 août 2004 modifié relatif aux formations des médecins, pharmaciens et infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels ;
- l'arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des sapeurs pompiers volontaires.

La mise en œuvre de la formation et le contrôle de l'aptitude opérationnelle sont placés sous la responsabilité du médecin chef du SSSM.

La formation d'intégration est organisée par le SSSM (voir annexe XIII). A l'issue de celle-ci, l'infirmier fait l'objet d'une évaluation pratique et théorique qui génère son inscription sur la liste départementale des infirmiers habilités à mettre en œuvre les protocoles de soins d'urgence, cette liste est visée par le DSIS.

C. La réponse médicale

Dans le cadre de l'aide médicale urgente, les médecins autres que ceux des services de médecine d'urgence ou du SSSM peuvent être amenés à intervenir dans certaines conditions sur les lieux de la prise en charge du patient ou de la victime. La présence fortuite d'un médecin ou d'un autre professionnel de santé auprès d'une victime dans un lieu public ou sur la voie publique n'est pas abordée dans ce chapitre ; l'intervention d'un professionnel de santé dans ces conditions relevant uniquement de l'assistance à personne en danger en attendant l'arrivée des premiers secours.

On distingue, selon les cas, trois types d'intervenants publics :

- les médecins correspondants du SAMU,
- les médecins du SSSM,
- les SMUR dont c'est la mission exclusive.

²⁵ Article R.1424-26 du CGCT

1. Les médecins correspondants du SAMU

Les médecins correspondant du SAMU participent à l'aide médicale urgente et font donc partie, à titre complémentaire des moyens publics compétents, du réseau des urgences. Cette organisation permet de disposer de relais compétents et formés afin de réduire les délais de réponse à l'urgence par une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée du SMUR systématiquement déclenché (sauf isolement géographique particulier ; exemple : Ile d'Yeu).

Elle est définie par arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU) et la circulaire DHOS/01/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

a) implantation (voir annexe XIV)

Le dispositif des médecins correspondants du SAMU a pour vocation à se développer dans les zones isolées où l'intervention du SMUR n'est pas compatible avec le délai nécessaire à une situation médicale d'urgence. Ces zones sont définies dans le volet « urgence » du SROS par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et sont prises en compte dans le SDACR.

Les ARH organisent le dispositif pour éviter les redondances et ainsi veiller à l'optimisation des ressources médicales et des organisations notamment celles qui sont déjà en place.

Elles identifient les médecins dans les zones isolées qui acceptent d'intégrer le dispositif en évitant, sauf en cas de nécessité, de solliciter les médecins libéraux qui sont déjà médecins sapeurs-pompiers volontaires.

Le médecin qui accepte d'être correspondant du SAMU signe, quel que soit son statut, un contrat avec l'établissement siège de SAMU, auquel il est rattaché. Ce contrat fixe les conditions d'intervention, et notamment le lien fonctionnel entre le médecin et le SAMU, les modalités de formation et de mise à disposition de matériels et de médicaments pour l'exercice de cette mission²⁶.

Pour répondre aux objectifs ainsi soulignés, l'ARH s'attache à conduire une concertation étroite avec les SIS concernés tant pour la définition des zones que pour l'identification des médecins correspondants.

b) intervention

Le médecin correspondant du SAMU constitue un relais pour le service d'aide médicale urgente dans la prise en charge de l'urgence vitale. Il assure, sur régulation du SAMU, en permanence, dans une zone préalablement identifiée et hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge médicale initiale du patient.

Le SAMU adapte, après réception du premier bilan du médecin correspondant du SAMU, les moyens de transports nécessaires aux besoins du patient.

L'engagement d'un médecin correspondant du SAMU ne doit en aucun cas retarder l'intervention d'autres moyens de secours d'urgence.

c) formation

Le médecin correspondant du SAMU est formé à la médecine d'urgence. Cette formation est dispensée sous l'autorité du service hospitalo-universitaire de référence, en liaison avec le SAMU, le centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) ainsi qu'avec les structures des urgences et les SMUR.

²⁶ Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU)

d) qualité et rémunération

Le médecin correspondant du SAMU peut choisir :

- de conserver son statut de médecin libéral et, dans ce cas, son intervention est rémunérée par l'assurance maladie comme une consultation.
- d'être recruté en qualité de praticien attaché dans les conditions prévues par la circulaire DHOS/01/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

Le médecin définit le statut unique dont il relève et ne perçoit à ce titre que la rémunération correspondante.

e) responsabilité du médecin correspondant du SAMU

La circulaire du 13 février 2007 précise dans son annexe 4, concernant les médecins correspondants du SAMU, que les médecins libéraux bénéficient de la qualité de collaborateur occasionnel du service public lorsqu'ils effectuent leur mission à la demande du SAMU. Cette qualité, consacrée par le Conseil d'État, sans les qualifier d'agent public, les considère comme ayant participé au service public à la demande de l'administration.

Les médecins correspondants du SAMU, recrutés par l'établissement siège du SAMU comme praticiens attachés, se voient appliquer le régime général de responsabilité qui régit le personnel hospitalier, pour les périodes durant lesquelles ils sont sollicités.

Le contrat conclu entre le médecin correspondant du SAMU et l'établissement siège de SAMU, auquel il est rattaché, contient expressément les clauses nécessaires au règlement de ces questions.

f) information mutuelle SAMU-SIS (voir annexes XIV et XV)

Le SAMU et le SIS se tiennent mutuellement informés de la liste des médecins correspondants du SAMU et de la liste des médecins sapeurs-pompiers.

g) évaluation du dispositif

L'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du SAMU prévoit un bilan annuel d'évaluation du dispositif, comportant le nombre et la nature des interventions effectuées par ces médecins. Ce bilan est présenté au CODAMUPS-TS.

2. Les médecins du service de santé et de secours médical (SSSM) des sapeurs-pompiers

Les médecins du SSSM du SIS concourent à l'aide médicale urgente et font ainsi partie du dispositif des urgences. Ils peuvent donc, outre leurs missions propres et au même titre que les médecins correspondants du SAMU, mais sous la responsabilité du SIS, constituer un relais compétent et formé apte à prendre en charge des victimes dans le cadre de l'urgence.

a) le cadre juridique de l'exercice des activités de médecin sapeur-pompier

Leurs statuts, leurs emplois et leurs activités sont définis dans les textes suivants :

- code général des collectivités territoriales : articles L.1424-1 et suivants ;
- loi n°96-370 du 3 mai 1996 modifiée relative au développement du volontariat dans les corps des sapeurs-pompiers ;
- décret n°2000-1008 du 16 octobre 2000 modifié portant statut particulier du cadre d'emplois des médecins et pharmaciens de sapeurs-pompiers professionnels ;
- décret n°99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux sapeurs-pompiers volontaires ;
- arrêté du 4 janvier 2006 relatif au schéma national des emplois, des activités et des formations des sapeurs-pompier-professionnels et volontaires ;

- décret n°2008-528 du 4 juin 2008 portant diverses dispositions relatives aux cadres d'emploi des infirmiers, médecins et pharmaciens des sapeurs-pompiers professionnels.

Les médecins sapeurs-pompiers, professionnels²⁷ ou volontaires²⁸, sont membres du SSSM du SIS²⁹ et sont placés sous l'autorité du médecin chef du SIS. Dans ce cadre, leur activité est placée sous l'autorité administrative du DDSIS³⁰.

b) la formation des médecins sapeurs-pompiers (MSP)

Elle est prévue par :

- l'arrêté du 26 août 2004 relatif aux formations des médecins, pharmaciens et infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels,
- l'arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des sapeurs-pompiers volontaires.

Ces médecins sapeurs-pompiers participent à l'activité opérationnelle du SSSM dans le cadre du soutien sanitaire opérationnel et aux missions de secours d'urgence, d'aide médicale urgente et de transport sanitaire.

La mise en œuvre de la formation et le contrôle de l'aptitude opérationnelle sont placés sous la responsabilité du médecin chef du SSSM.

La formation d'intégration est organisée par le SIS, elle est centralisée à l'École Nationale Supérieure des Officiers de Sapeurs-Pompiers (ENSOSP) qui assure la formation et le contrôle des connaissances.

La formation continue, destinée à l'actualisation des connaissances, est mise en place localement par le SSSM en relation avec les organismes compétents du domaine.

c) les principes d'engagement des MSP dans le cadre des secours et des soins d'urgence

Dotés de matériels de monitoring ou d'intervention, appuyés le plus souvent par un infirmier sapeur-pompier, ces médecins, alertés par l'intermédiaire du CTA, le cas échéant sur demande du CRRA*, se rendent sur les lieux de l'intervention afin de prodiguer des soins médicaux aux victimes et patients.

* A ce titre, une liste opérationnelle annuelle des MSP sera transmise par le Médecin chef du SDIS au Directeur du SAMU du CRRA (voir annexe XV).

L'engagement des MSP concourt à l'aide médicale urgente.

Les processus d'engagement sont inscrits dans le règlement opérationnel arrêté par le Préfet.

Le CRRA peut demander au CTA l'engagement d'un médecin sapeur-pompier.

Tout engagement de médecin sapeur-pompier est immédiatement précisé au CRRA.

Sur place, le médecin sapeur-pompier contacte le médecin régulateur pour définir ensemble les suites de l'intervention.

d) les règles d'emploi des médecins hospitaliers sapeurs-pompiers volontaires

En vertu du principe de continuité de soins qui incombe à tout médecin exerçant dans un établissement de santé, il est souhaitable que les règles d'emploi des médecins sapeurs-pompiers volontaires fassent l'objet d'une convention entre l'établissement et le SIS dans les conditions prévues par la loi n°96-370 du 3 mai 1996 modifiée.

²⁷ Décret n°2000-1009 du 16 octobre 2000 portant statut particulier du cadre d'emploi des infirmiers des SP professionnels

²⁸ Décret n°99-1309 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux sapeurs pompiers volontaires

²⁹ Article R.1424-25 du CGCT

³⁰ Article R.1424-26 du CGCT

e) les principes de responsabilité

Lorsqu'un MSP intervient à la demande du CTA, il est sous l'autorité du médecin chef du SIS³¹ et la mission est placée sous la direction et la responsabilité du SIS.

Toute demande d'intervention d'un MSP volontaire par le CRRA doit, de ce fait, passer par le CTA.

3. Les SMUR

L'implantation des SMUR, mentionnée au 2° de l'article R.6123-1 du code de la santé publique, est déterminée par le SROS et permet d'assurer la couverture du territoire³², elle est prise en compte dans le document de mise en cohérence du SROS et du SDACR.

En vertu de l'article R.6123-15 du CSP, dans le cadre de l'aide médicale urgente, la structure mobile d'urgence et de réanimation mentionnée à l'article R.6123-1 a pour missions :

- d'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel elle est rattachée, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation et, le cas échéant, après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.
- d'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

L'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend au moins un médecin, un infirmier et un conducteur ou pilote. Le conducteur remplit les conditions prévues au 1° de l'article R.6312-7. Le médecin régulateur de la structure d'aide médicale urgente adapte, le cas échéant en tenant compte des indications données par le médecin présent auprès du patient, la composition de l'équipe d'intervention aux besoins du patient³³.

Les interventions des SMUR et celles des antennes de SMUR mentionnées à l'article R.6123-5 sont déclenchées et coordonnées par le SAMU, l'équipe de la structure mobile d'urgence et de réanimation informe à tout moment le SAMU du déroulement de l'intervention en cours³⁴.

Les personnels et les moyens de transports sanitaires (personnels, conducteur ou pilote, matériel), nécessaires à l'utilisation des moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes mentionnés au 1^{er} alinéa D 6124-21 peuvent être mis à la disposition de l'établissement autorisé dans le cadre de conventions entre cet établissement et des organismes publics et privés³⁵. Des entreprises de transport sanitaire privé, des associations agréées de sécurité civile ou les services départementaux d'incendie et de secours peuvent mettre à disposition, par voie de convention avec cet établissement de santé, certains de leurs moyens (voir les renforts de brancardage).

³¹ Article R 1424-26 du code général des collectivités territoriales

³² Article R.6123-14 du code de la santé publique

³³ Article D. 6124-13 du code de la santé publique

³⁴ Article R 6123-16 du CSP

³⁵ Article R.6124-12 du CSP

4. L'intervention médicale sur le terrain

Sur les lieux de l'intervention, plusieurs situations de prise en charge médicale peuvent se présenter :

- Une équipe de SMUR est présente sur les lieux, la responsabilité est alors partagée entre le médecin du SMUR et le médecin régulateur dans le respect des pratiques médicales de l'AMU et des règles déontologiques, en lien éventuellement avec tout autre médecin compétent dans le domaine de l'urgence et présent sur place.
- Un médecin compétent dans le domaine de l'urgence appartenant au dispositif est seul présent, MSP ou médecin correspondant du SAMU, il devient alors responsable de la prise en charge initiale du patient et celle-ci se déroule en relation étroite avec le médecin régulateur qui lui fournit tout appui nécessaire à l'intervention.
- Un médecin n'appartenant pas au système de soins et de secours d'urgence est présent de façon fortuite sur les lieux de l'intervention, le médecin régulateur conserve alors la totale responsabilité de la coordination de la prise en charge médicale, en relation possible avec ce médecin.

Par ailleurs, l'intervention de ce médecin ne doit être acceptée qu'après qu'il ait décliné son identité et laissé ses coordonnées, de façon à ce qu'il puisse être contacté à posteriori pour complément éventuel d'informations sur l'intervention.

Les prescriptions qu'il pourrait être amené à formuler, aussi bien à des secouristes qu'à un infirmier, doivent être confirmées sur la fiche bilan.

- Si un médecin SMUR et un médecin SSSM ou correspondant du SAMU sont simultanément présents sur les lieux, ils prennent le malade en charge ensemble dans le respect du code de déontologie et le médecin SMUR assure le transfert vers l'hôpital.
- Si aucun médecin n'est présent sur les lieux de l'intervention, c'est le médecin régulateur qui assure la responsabilité de la coordination de la prise en charge médicale en relation avec le chef d'agrès auquel il indique, si nécessaire, la conduite la mieux adaptée à la situation médicale du patient ou de la victime.

TITRE II

L'EFFICIENCE DE L'ORGANISATION

IV. La démarche qualité

A. Organisation, procédures, comité de suivi départemental

La démarche qualité réalise un processus partagé de connaissance des conditions de réalisation de la mission de secours et soins d'urgence afin d'en améliorer l'efficacité.

Chacun des services relève et communique les données et les indicateurs dont il dispose.

Deux démarches complémentaires doivent être poursuivies parallèlement :

- l'étude conjointe des tableaux de bord,
- le relevé et l'étude des événements indésirables.

Au mieux, chaque semestre, un comité de suivi départemental placé sous l'autorité du préfet ou de son représentant, prend connaissance des tableaux de bord, analyse les événements indésirables et propose les mesures de correction,

Pour le SDIS :

- le DDSIS ou son représentant,
- le médecin-chef ou son représentant,
- le chef du SPO ou son représentant,
- le chef du bureau opération ou son représentant,

Pour le SAMU :

- le chef de service ou ses représentants,
- le cadre de santé ou son représentant.

Concernant le suivi des carences des ambulances privées, un comité restreint est constitué,

Pour le SDIS :

- le médecin-chef ou son représentant,
- le chef du bureau opération ou son représentant,

Pour le SAMU :

- le chef de service ou ses représentants,

A titre consultatif, peuvent être également conviées toutes personnes qualifiées.

Les informations ainsi recueillies sont destinées exclusivement aux services publics qui restent maîtres de leur diffusion.

Ce comité de suivi rend compte de son activité lors des CODAMUPS-TS.

Une synthèse des informations ainsi recueillies est assurée par les administrations centrales des ministères chargés de la sécurité civile et de la santé.

Un groupe de travail spécifique sera mis en place dans les suites du comité quadripartite de façon à déterminer une liste d'indicateurs communs pertinents, quantitatifs et qualitatifs, de suivi de l'activité. Une première liste indicative et temporaire de ces indicateurs figure en annexe XVI.

B. Évaluation des structures

L'évaluation des structures concerne les plates-formes et les moyens d'intervention.

Des indicateurs multiples peuvent être déterminés.

1. Plates-formes de traitement des appels

a) interconnexion téléphonique

Un flux téléphonique dédié existe (8 lignes téléphoniques réservées).

Des lignes de sélection directe à l'arrivée (SDA) spécifiques ont été mises en place pour signifier l'urgence de l'appel transféré (prompt secours identifié). L'appel téléphonique est couplé à une interconnexion informatique qui permet d'identifier la nature de l'appel.

b) interconnexion informatique

Depuis le 1^{er} octobre 2008, une interconnexion est opérationnelle entre le logiciel ARTEMIS et CENTAURE 15. Le transfert de données est réalisé suite à une action manuelle de l'opérateur ou du permanencier.

Les échanges portent sur :

- coordonnées de l'appelant, lieu d'intervention, codification de l'affaire (problèmes de transcription à ce jour) et premières observations.
- décisions prises et moyens engagés (les SMUR de La Roche sur Yon apparaissent sur les interventions sapeurs pompiers. Les SMUR ne sont pas identifiés par leur CH d'appartenance).
- horaires de ces décisions.
- horaires des véhicules intervenant.
- suivi cartographique des moyens engagés (les véhicules sont géo-localisés mais ne sont suivis sur une cartographie que par le CODIS).
- affichage de la position opérationnelle des moyens (disponible, en intervention, indisponible).
- clôture de l'affaire par l'autre partenaire.
- les bases de données « adresse » sont propres à chaque service.

c) interconnexion radio

L'infrastructure radio comprend un réseau dédié SSU, intégralement financé en investissement par le SDIS. En revanche pour la maintenance du parc matériel, une convention a été signée entre le SDIS et le CHD le 12 février 2003. Elle fixe le taux de participation financière de chaque entité pour la maintenance du réseau. Cette convention sera réactualisée avant la fin de l'année 2009.

En plus des communications phoniques, le réseau permet également d'adresser des messages textes au SAMU (identité de la personne, ...). Ces données sont mémorisées au CODIS alors que les permanenciers doivent ressaisir ces informations pour conserver une trace.

Tous les SMUR sont équipés d'une radio sapeur pompier : « Tête pilote », ce qui leur permet de transmettre leur positionnement et leur état par statut.

2. Évaluation de la couverture territoriale

Des objectifs de délai d'intervention sont définis, en fonction du degré et de la gravité de l'urgence, par l'ensemble des acteurs publics des secours et des soins d'urgence et adoptés par les pouvoirs publics et les élus afin d'adapter le dispositif aux besoins de la population.

Ces délais respectent des données actualisées de la science pour ce qui concerne la prise en charge primaire de certaines pathologies dans lesquelles la qualité de cette prise en charge est un facteur aussi déterminant que sa rapidité.

Des courbes isochrones de couverture territoriale sont dessinées dans le cadre des documents de mise en cohérence des SDACR et des SROS.

Elles présentent les délais d'intervention de l'ensemble des effecteurs SAMU-SMUR et SIS et prennent en compte la qualité des effecteurs, les plateaux techniques hospitaliers et éventuellement les moyens de proximité des territoires limitrophes.

C. Données quantitatives

Chaque service s'attache à recueillir tout ou partie des informations qui lui sont accessibles.

L'automatisation du recueil par les systèmes d'information et de communication (SIC), doit devenir la règle.

Un bilan annuel national est réalisé par les administrations centrales en charge de la cohérence de l'organisation et des pratiques.

1. Les bilans d'activité

Ces bilans qui existent déjà au moins en partie dans les services permettent une évaluation quantitative de l'activité et doivent permettre un ajustement des moyens par les autorités compétentes.

Les relevés sont systématiques, quotidiens, mensuels, et annuels.

2. Les délais

Ils sont relevés par chaque service et font l'objet de calculs statistiques de moyennes qui permettent d'évaluer la rapidité d'intervention des effecteurs.

D. Données qualitatives

Le recueil exhaustif et l'étude en continu de la quantité d'informations disponibles au cours des plus de trois millions d'interventions réalisées chaque année par les SIS et les SAMU-SMUR est actuellement impossible pour l'ensemble des services.

Le recueil de ces indicateurs peut donc être :

- total pour certains d'entre eux, particulièrement sensibles ou intéressant pour le service concerné en fonction du contexte,
- réalisé le plus souvent par sondages sur des durées ou dans les espaces déterminés.

Ces études peuvent être conjointes entre les deux services et associer les structures d'urgence hospitalières.

Elles permettent de vérifier l'adéquation entre la situation et la réponse apportée.

L'analyse du service rendu au patient ou à la victime nécessite un travail scientifique commun des services engagés dans les secours et soins d'urgence.

Ce travail peut prendre la forme d'études ponctuelles sur un thème de recherche ou être provoqué par des situations particulières ou des observations réalisées par l'un ou l'autre des services.

L'étude systématique ou ciblée des fiches bilan de chaque effecteur (SIS et SAMU) et des dossiers médicaux permet de déterminer la nature des pathologies prises en charge, les conduites adoptées et leur adaptation. Elle permet également d'ajuster les moyens disponibles aux interventions.

Le comité quadripartite souhaite que cette démarche d'analyse commune et objective des dossiers se développe entre les services dans le but d'améliorer le dispositif.

V. Le financement

Les ministères de tutelle définissent, en concertation avec les élus, les règles qui s'appliquent à la prise en charge financière des interventions relevant du SAP ou de l'AMU, dans les conditions définies ci-dessous. Il est rappelé que les missions des SIS sont financées à titre principal par les collectivités territoriales et celles des SAMU par l'assurance maladie.

L'annexe XVII précise notamment le calendrier pour la préparation des conventions.

A. Missions du SDIS assurées par les centres de secours

Les centres de secours interviennent dans le cadre de leur mission propre de secours d'urgence³⁶ et de prompt secours telle que précisée dans la circulaire relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.

Le SDIS peut être amené à intervenir pour un appel arrivant au 18 comme au 15. Le centre de réception (CTA ou CRRA) et le numéro utilisé (15, 17, 18, 112) ne sont pas des critères de définition de la mission propre.

Ces interventions sont financées par le SDIS sur son propre budget.

B. Missions d'aide médicale urgente assurées par le SDIS

Des interventions peuvent être demandées au SDIS par la régulation médicale des SAMU en dehors des missions propres du SDIS.

L'article R 1242-42 du CGCT précise que le service départemental d'incendie et de secours n'est tenu de procéder qu'aux seules interventions qui se rattachent directement à ses missions de service public définies à l'article L1242-2 du CGCT.

S'il a procédé à des interventions ne se rattachant pas directement à l'exercice de ses missions, il peut demander aux personnes bénéficiaires une participation aux frais, dans les conditions déterminées par la délibération du conseil d'administration du SDIS.

C'est la nature de l'intervention qui définit qu'une intervention ne relève pas d'une mission propre et non la qualité du prescripteur ou du lieu de réception de l'appel.

Il s'agit des interventions suivantes qui doivent faire l'objet d'un règlement par conventions distinctes selon l'objet entre chaque établissement de santé et le SDIS.

1. Appui logistique aux SMUR

Un établissement de santé peut faire conditionner un SMUR « s'il dispose des personnels, conducteur ou pilote, ainsi que du matériel, nécessaires à l'utilisation des moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes (...). Les personnels et les moyens de transports sanitaires mentionnés au premier alinéa peuvent être mis à la disposition de l'établissement autorisé dans le cadre de conventions entre cet établissement et des organismes privés et publics. Des entreprises de transport sanitaire privé, des associations agréées de sécurité civile ou les services départementaux d'incendie et de secours peuvent mettre à disposition, par voie de convention avec cet établissement de santé, certains de leurs moyens. Un arrêté du ministre de la santé précise la nature et les caractéristiques exigées des moyens de transports ainsi que leurs conditions d'utilisation »³⁷.

Il appartient au directeur de l'établissement de choisir, après analyse médico-économique réalisée en lien avec le responsable de la structure de médecine d'urgence, les modalités de fonctionnement du SMUR qui garantissent la disponibilité des véhicules et des conducteurs ou pilotes.

³⁶ Article L1424-2 du CGCT

³⁷ Article D6124-12 du code de santé publique

La mise à disposition de certains moyens du SDIS en appui logistique des SMUR peut être :

- permanente,
- saisonnière ou temporaire.

La conclusion d'une convention entre le SDIS et l'établissement de santé telle que définie à l'article D 6124-12 du CSP est obligatoire dès que le SMUR fonctionne avec un appui logistique permanent, saisonnier ou temporaire du SIS. La convention est susceptible de faire l'objet d'un avenant annuel.

La partie financière de la convention est établie en tenant compte des charges réelles correspondant à la prestation assurée et il est souhaitable de déterminer un forfait annuel révisable.

Ainsi, en Vendée, le choix fait par certains directeurs d'établissement hospitalier, après analyse médico-économique, de ne pas recruter un conducteur ambulancier impose aux sapeurs pompiers d'assurer la conduite de la VRM SMUR au retour d'intervention jusqu'à l'hôpital ; cette pratique ancienne fera normalement l'objet d'un processus conventionnel tel que décrit ci-dessus. Il en est de même pour la mise à disposition de véhicules sapeurs pompiers pour remplacer ponctuellement une VRM SMUR indisponible temporairement. Une participation financière (à définir par le biais d'une convention SDIS - CH siège d'un SMUR) sera demandée pour chaque transport de victime médicalisée par un SMUR et par parallélisme avec les remboursements effectués par la caisse primaire d'assurance maladie aux ambulanciers privés pour ce même type de transport.

2. Évacuation par indisponibilité d'ambulanciers

Les interventions effectuées par le SDIS à la demande de la régulation médicale du centre 15, lorsque celle-ci constate le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés, et qui ne relèvent pas de l'article L.1424-2 (missions propres du SDIS) font l'objet d'une prise en charge financière par les établissements de santé, siège des services d'aide médicale urgente³⁸.

Les conditions de cette prise en charge sont fixées par une convention entre le SIS et l'hôpital siège du SAMU selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé de la sécurité sociale paru au Journal Officiel du 30 novembre 2006³⁹.

La convention doit donner lieu à un avis du CODAMUPS-TS.

L'indisponibilité est avérée quand les ambulanciers ont été réellement sollicités et sont dans l'impossibilité de répondre à la demande de transport faite par le Centre 15, faute de moyens matériels ou humains mobilisables dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient. Le SDIS se réserve le droit de facturer des demandes d'engagement non justifiées (non communication d'éléments justifiant le secours d'urgence).

La modalité retenue en Vendée pour la facturation des carences est la suivante : une indemnisation par intervention sur la base du montant arrêté par les ministres en charge de l'intérieur et de la santé, soit 105 € à compter du 1^{er} janvier 2008 (ce montant étant règlementairement révisable annuellement).

Dans le cas où le Centre 15 n'a pu mobiliser, ni un médecin de premier recours dans le cadre de la permanence des soins de ville, ni, par défaut, un transporteur sanitaire privé, dans un délai compatible avec l'état du malade, ces dispositions s'appliquent.

La distinction des deux cas (carence ambulancière simple ou double carence médicale et ambulancière dans le cadre de la PDS) doit être assurée par le SAMU.

³⁸ Article L1424-42 du CGCT

³⁹ Arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les SIS et les établissements de santé siège des SAMU mentionnée à l'article L.1424-42 du CGCT

C. Relevage et brancardage

Dans certains cas, le SAMU peut solliciter le SIS, en renfort ou en appui de moyens déjà engagés par d'autres acteurs du secours (SMUR, ambulances) pour effectuer des actions de relevage et/ou de brancardage.

Comme précisé plus haut dans le document, trois cas sont possibles :

- il s'agit du relevage à domicile de personnes âgées ou invalides, intervention pouvant nécessiter une ouverture de porte, la mission est alors du ressort du SIS ;
- il s'agit de l'emploi de moyens spéciaux du SIS (levage, désincarcération, ...), celui-ci reste maître de leur mise en œuvre et en conserve la charge financière.
- de façon exceptionnelle, le SIS peut être amené à apporter une aide simple, sans moyens techniques particuliers, à un effecteur déjà engagé et dans l'incapacité d'assurer le brancardage, la mission s'analyse comme une indisponibilité partielle du transporteur. A ce titre, le SDIS facturera selon la délibération du Conseil d'Administration.

Une évaluation des missions effectuées et une révision des conventions financières sont réalisées régulièrement, et au moins une fois par an, par les représentants des deux structures concernées, chef d'établissement hospitalier et médecin responsable de la structure de médecine d'urgence, directeur et médecin chef du SIS, ou leurs représentants.

Le bilan pourra être présenté en CODAMUPS-TS.

D. Missions ne relevant pas du SDIS

Pour les interventions ne relevant pas des missions du SDIS au vu de l'article R.1242-42 du CGCT, il sera demandé à l'hôpital siège du SAMU une participation aux frais, déterminée par délibération du Conseil d'Administration du SDIS.

Il s'agit entre autre des interventions suivantes (liste non exhaustive) :

- transport d'une victime ou d'une équipe médicale, d'une DZ (Drop Zone) vers l'hôpital ou réciproquement,
- transport secondaire (intra-hospitalier, inter-hospitalier et inter-établissement de soins) (clinique, hôpital),
- transport d'une équipe médicale pour greffe,
- hospitalisation d'office, hospitalisation à la demande d'un tiers (HO / HDT),
- appui logistique aux SMUR (conduite de la VRM).

VI. Axes de progrès, évolutions du dispositif

A. Les systèmes de transmission et d'informatisation : le réseau ANTARES

Le ministère de l'intérieur développe un réseau de transmission numérique dénommé ANTARES. L'infrastructure doit être opérationnelle d'ici 2010 sur l'ensemble du territoire national. Ce réseau doit permettre notamment une interopérabilité entre tous les services de l'État. De son côté, le SDIS de Vendée a mis en place un réseau de transmission opérationnel depuis 2005 (investissement de 7.5 millions d'Euros).

Bien que fondé sur une architecture analogique, il permet une transmission de données performantes en particulier entre SDIS et SAMU.

Toutefois, ANTARES est une priorité nationale, chacun s'engage donc à suivre le développement de ce réseau de manière à suivre ainsi un échéancier commun et préparer une migration dont l'objectif est fixé à 2014.

À ce titre, une évaluation technico-financière est réalisée et réactualisée autant que nécessaire afin d'estimer le coût de cette migration.

La norme NF-399 (« logiciel de sécurité civile ») définit les protocoles de transmission de données entre services notamment le bilan médico-secouriste.

Cette norme NF-399, applicable en partie sur les outils actuels ARTEMIS et CENTAURE 15, représente une technologie d'avenir, véritable passerelle vers une migration ultérieure sur ANTARES.

Afin de clarifier la plus value apportée par ANTARES et les capacités du réseau hertzien actuel, l'annexe XVIII compare le réseau numérique ANTARES au réseau analogique actuel.

B. La formation

1. Rôle des sociétés savantes

Les sociétés savantes définissent, en liaison étroite avec les acteurs de terrain, les bonnes pratiques dans le cadre des données scientifiques actualisées.

La commission quadripartite recommande le partage des règles de bonnes pratiques professionnelles entre tous les acteurs de la médecine d'urgence.

A ce titre la Société française de médecine d'urgence (SFMU) a vocation à devenir le lieu d'expression scientifique des acteurs de l'urgence et à ce titre d'ouvrir ses travaux aux membres du SSSM.

2. Comité pédagogique national

Afin d'harmoniser les compétences et le niveau de formation à la pratique de l'AMU, il convient que des axes et des maquettes pédagogiques communs de formation continue soient élaborés puis proposés au sein d'un comité pédagogique national associant les médecins urgentistes et les membres du SSSM.

C. Comité de suivi national

Le comité quadripartite émet le vœu de poursuivre sa mission sous la forme d'un comité de suivi national.

Il pourra en tant que de besoin être élargi à d'autres acteurs, plus particulièrement ceux en charge des financements.

Il se réunira au moins une fois par an et/ou sur l'initiative de l'une ou l'autre des administrations centrales (DDSC ou DHOS), afin de suivre la mise en place du référentiel et d'aider à la résolution d'obstacles éventuels.

Il sera amené à traiter de l'évolution du référentiel et sera destinataire des relevés d'activités réalisés par chaque administration centrale.

Un secrétariat composé par la DDSC et la DHOS appuie les travaux de ce comité de suivi.

D. Points divers

1. Relations avec la justice et les forces de l'ordre en intervention

L'intervention de la police et/ou de la justice, justifiée par certaines situations, donne à l'intervention pour secours et soins d'urgence, un caractère particulier :

Par exemple : les interventions pour personne ne répondant pas aux appels, feront l'objet d'une action conjointe des moyens du SDIS et des forces de l'ordre, conformément à l'annexe XIX.

Lorsque l'un des deux services de réception des appels, 15 et 18, est amené à informer les services de police, il doit le signaler à l'autre service.

Le comité quadripartite recommande dans le but d'harmoniser les conduites opérationnelles des services de secours et de police, que des réunions de concertation soient régulièrement organisées sous l'autorité du préfet du département.

2. Relations avec les médias

Les moyens actuels de communication permettent à des individus de réaliser au cours de l'intervention des images ou des enregistrements qui peuvent ensuite être retrouvés sur des médias publics.

Cette pratique est contraire aux règles éthiques et aux droits à la protection de la vie privée qui s'appliquent en particulier aux victimes. Elle doit être formellement proscrite par les responsables des services concernés. Les manquements éventuels doivent être sanctionnés, comme le précise le règlement intérieur de ces services.

3. Information du public sur le bon emploi des numéros d'urgence

L'usage inapproprié des numéros d'appel d'urgence 15, 18 et 112 est responsable d'une surcharge des services opérationnels qui peut nuire à la mission de secours et de soins d'urgence, notamment en réduisant les chances de certaines détresses vitales.

Le comité quadripartite demande qu'une campagne nationale sur le bon usage des appels d'urgence soit initiée par les pouvoirs publics.

4. Traitement des appels de téléalarmes

Cette activité ne rentre pas dans le cadre des missions des SAMU et des SIS. L'extension des missions à cette activité, notamment son financement, devra faire l'objet d'une étude spécifique en relation avec les opérateurs privés.

5. Financement des indisponibilités

Le comité quadripartite demande que le financement des interventions du SIS pour indisponibilité des transporteurs sanitaires privés, actuellement à la charge de l'hôpital, fasse l'objet d'une étude avec les caisses d'assurance maladie en vue d'une affectation de cette charge financière à l'ONDAM Ville, notamment lorsqu'il existe un lien avec la permanence des soins.

6. Plates-formes télé médico-sociales et sanitaires

Comme précisé dans le préambule de ce document, le vieillissement de la population et la précarité entraînent une augmentation des demandes dans le domaine social (service à la personne, téléalarme) ainsi que des interventions des services d'urgence aux limites du champ de leurs missions.

La gestion de ce type de situation n'est du ressort ni des sapeurs-pompiers ni de l'aide médicale urgente. Des solutions doivent être étudiées avec d'autres partenaires publics et privés, notamment associatifs.

La création de plates-formes télé médico-sociales et sanitaires, pourrait-être une solution nouvelle qu'il conviendrait d'expérimenter.

CONCLUSION

Cette convention est l'aboutissement d'un an de travail, elle s'est enrichie de la parution du référentiel commun datant de juin 2008 dont elle s'est largement inspirée.

Cette convention précise les champs des missions des deux services concernés et les adapte à ces nouveaux enjeux. Elle constitue un guide des bonnes pratiques pour l'organisation de la chaîne de secours et de soins d'urgence et sa mise en œuvre au quotidien.

Elle aborde les points essentiels suivants :

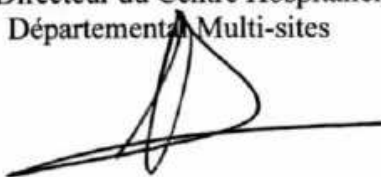
- l'optimisation des interconnexions entre les centres de réception des appels 15 et 18 tenant compte des progrès technologiques dans la numérisation et les transmissions,
- l'amélioration de la réponse secouriste des services d'incendie et de secours et de l'emploi des moyens du SSSM,
- la réaffirmation de la valeur ajoutée d'une médicalisation des urgences et la nécessité d'une régulation médicale pour l'adapter,
- les modalités de financement des missions,
- l'adoption d'une démarche qualité commune ayant pour but le meilleur service aux patients et victimes,
- la mise en cohérence des formations dans le domaine des secours et des soins urgents,
- la définition d'axes de progrès communs.

L'ensemble de ces dispositions aboutit à une réponse adaptée à la situation des victimes et des patients qui font appel aux services de secours et soins d'urgence en Vendée.

Ce document se place dans le contexte des circulaires conjointes de 1992, 1996 et 2009 qu'il renforce tout en les actualisant.

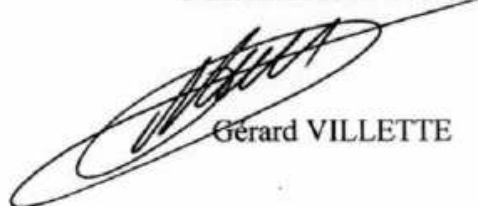
Fait à la Roche sur Yon le 23 novembre 2009

Le Directeur du Centre Hospitalier
Départemental Multi-sites



Georges COUTURIER

Le Président du Conseil d'Administration
du Service Départemental
d'Incendie et de Secours



Gérard VILLETTE

La présente convention, établie en trois exemplaires, est signée en présence du Préfet du Département de la Vendée,

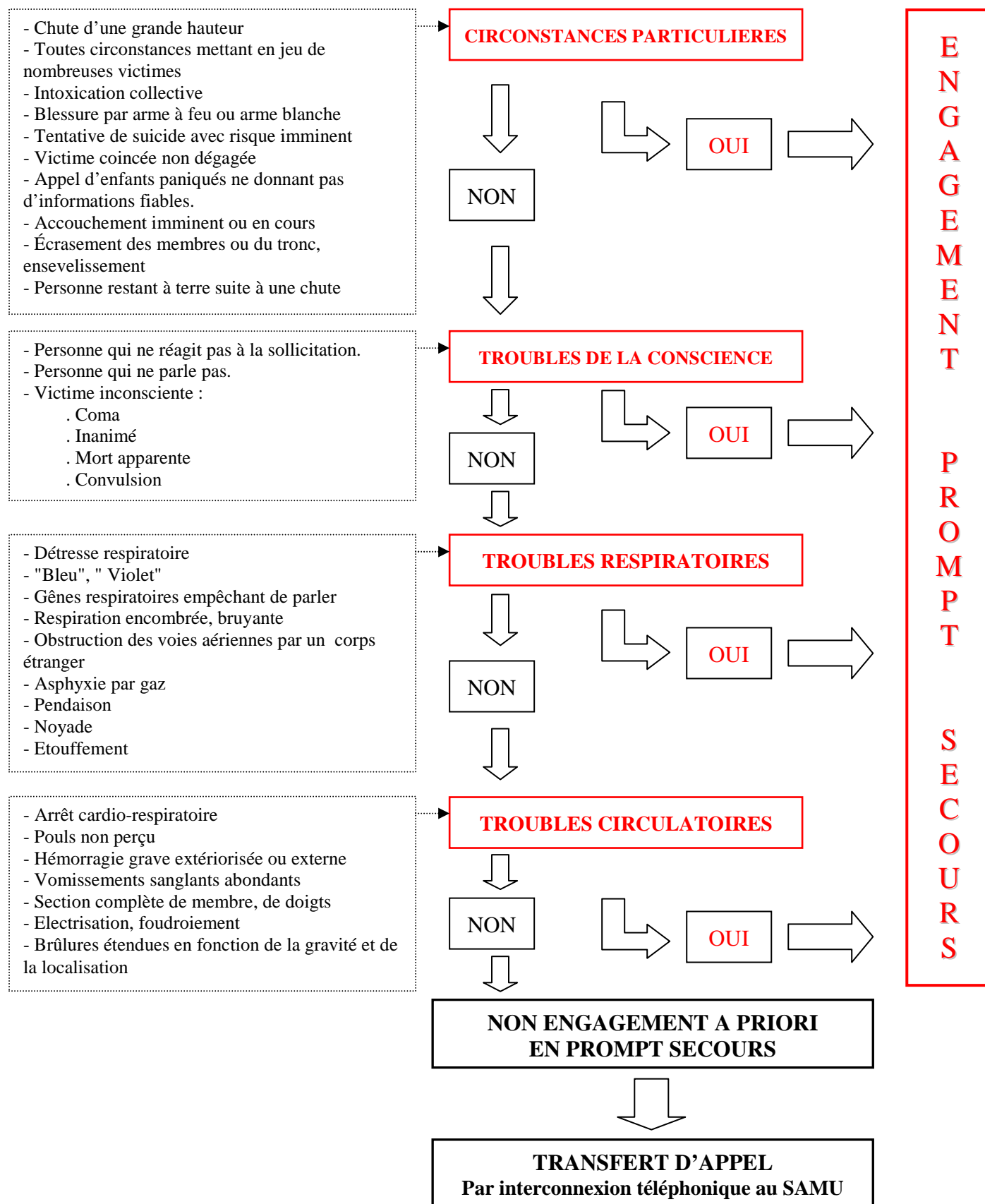


Thierry LATASTE

ANNEXES

ANNEXE I : ARBRE DECISIONNEL D'ENGAGEMENT

ARBRE DECISIONNEL POUR UN APPEL POUR SECOURS A VICTIME PROVENANT D'UN LIEU PRIVE, D'UN LIEU PUBLIC, D'UN LIEU RECEVANT DU PUBLIC



ANNEXE II : DEFINITIONS

Voie publique :

Voirie ou espace naturel couvert.

Lieu public :

Bâtiment, locaux ou enceintes ayant pour destination principale l'accueil du public admis soit librement, soit moyennant une rétribution ou une participation quelconque et ce quel que soit le gestionnaire de l'établissement (public ou privé).

Milieu hostile :

Milieu où il existe un éventuel caractère aggravant de l'environnement de la victime :

- La victime ne peut être soustraite ou mise à l'abri des dangers du milieu où elle se trouve (météo, chute de matériaux, sur-accident, milieu aquatique, milieu toxique, ...).
- Aucune ressource humaine ne peut intervenir afin de préserver l'état des fonctions vitales (mises en PLS, rassurer, ...).
- Le contexte (foule, public, ...) où la notion de délai d'intervention peut devenir prépondérante.

Milieu protégé :

Lieu public disposant simultanément d'une structure d'accueil équipée pour le secours à personnes (infirmerie, salle de soins, ...) et de personnel apte à effectuer au minimum des gestes de premiers secours et fournir un bilan fiable (médecin, infirmière, surveillant de baignade, titulaire de la Formation aux Gestes de Premiers Secours).

ANNEXE III : CARENCES

CARENCES DE TRANSPORTEURS SANITAIRES PRIVES

La liste ci-dessous n'est ni exhaustive ni définitive et constitue une orientation quant aux carences, prenant en compte dans tous les cas l'intérêt de la victime :

- Absence totale de moyens.
- Absence de moyens dans un délai compatible avec l'état de la victime.
- Moyens inadaptés (ex : véhicule gros volume de type C).
- Equipements insuffisants (ex : DSA, oxygène).

ANNEXE IV : BILAN SIMPLIFIE

CAS DE BILAN SIMPLIFIE A LA REGULATION MEDICALE

Circonstances particulières :

- Problème social isolé.
- Brancardage.
- Absence de personnes impliquées sur les lieux de l'intervention en dehors du cas où un SMUR « est au départ » (le contact permettra d'arrêter le SMUR).
- Si un SMUR est présent sur les lieux et qu'une seule victime nécessite une médicalisation. Le chef d'agrès intègre alors dans son message de renseignement : « SMUR sur les lieux ».

Affectations, sauf chez l'enfant en bas âge, la personne âgée, la femme enceinte et la personne handicapée :

- Contusions, plaies et brûlures simples.
- Entorses des doigts, du poignet, du pied, de la cheville, du genou.
- Fractures fermées, isolées, sans complication ni déformation importante des doigts, du poignet, de l'avant-bras, du pied, de la cheville, de la jambe, de la clavicule.
- Tout traumatisme non ouvert et non déplacé des extrémités, ...

L'attention des chefs d'agrès est appelée sur la nécessité absolue d'effectuer un bilan complet pour prendre les mesures de secourisme les plus appropriées lors de la prise en charge d'une victime sans contact avec la régulation.

En cas de doute, le contact s'impose naturellement.

Tout signe d'aggravation durant l'intervention doit faire impérativement l'objet d'un contact avec le CRRA 15.

ANNEXE V : LOGIGRAMME DU BILAN SIMPLIFIE

PROCEDURE DE MISE EN PLACE DU BILAN SIMPLIFIE

CIRCONSTANCES

PETITE TRAUMATOLOGIE :

- Contusions, plaies et brûlures simples,
- Entorses doigt, poignet, pied, cheville, genou,
- Fractures fermées, isolées, sans complication ni déformation importante, clavicule, doigt, poignet, avant-bras, pied, cheville, jambe,
- Tout traumatisme non ouvert et non déplacé des extrémités, ...

Sauf pour :

- L'enfant < 2 ans
- La personne âgée > 75 ans
- La personne handicapée
- La femme enceinte
- Chute de grande hauteur

CIRCONSTANCES PARTICULIERES :

- Problème social isolé,
- Brancardage,
- Si une seule victime médicalisée, le chef d'agrès intègre « SMUR sur les lieux » à son message de renseignement.

BILAN SECOURISTE HABITUEL COMPLET



Eliminer les critères de gravité :

- Tension Artérielle < 8 ou > 18
- Saturation en O₂ < 95 %
- Pouls < 50 ou > 100
- Hémorragie active
- Sueurs profuses
- Douleur EVA > 5

BILAN RADIO

**SI AU MOINS 1 CRITERE DE GRAVITE
OU SI DOUTE
= BILAN RADIO COMPLET**

**SI PAS DE CRITERE DE GRAVITE
= BILAN RADIO SIMPLIFIE**

Petite traumatologie

Le message :

- « Bilan simplifié »
- « Pathologie évoquée »
- « Etat général »
- « Gestes réalisés »

Circonstances particulières

Quelques mots pour
faire comprendre
simplement la
situation au SAMU

**ATTENDRE L'ACCORD DU SAMU
AVANT DE QUITTER LES LIEUX**

REPONSE SAMU > 10 MINUTES

**= Transport de la victime vers l'hôpital de proximité
en informant le CODIS avec suivi d'information au SAMU**

Si :

- Aggravation
 - Autre solution à l'hospitalisation vers hôpital de proximité
- = CONTACT DIRECT SAMU**

ANNEXE VI : FICHE BILAN SECOURISTE

DÉPARTEMENT DE LA VENDÉE



FICHE BILAN SECOURISTE

- Protection Civile ☐
- UDASU ☐
- CRF ☐
- SDIS ☒

DATE : _____ RESPONSABLE : _____ FICHE N° : _____

HEURE : _____ H _____ ADRESSE D'INTERVENTION : _____

Motif de l'appel

Identification

NOM : _____ Prénom : _____

Age : _____ Date de naissance : _____ Sexe : F ☐ M ☐

Adresse : _____ Téléphone : _____

Bilan circonstanciel

Lieu

Type : accident ☐ maladie/malaise ☐ intoxication ☐ autre ☐

Si accident de la voie publique

La blessure : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐

Victime : hors véhicule ☐ sortie seule ☐ dans véhicule ☐ non incarcerated ☐ incarcerated ☐

Bilan d'urgence vitale

Conscience : oui ☐ non ☐ **PCI** oui ☐ non ☐

NEUROLOGIE

Ouverture des yeux : 4 Spontané ☐ 3 Au bruit ☐ 2 A la douleur ☐ 1 Jamais ☐

Réponse Verbale : 5 Orienté ☐ 4 Confusion ☐ 3 Inappropriée ☐ 2 Incompréhensible ☐ 1 Pas de réponse ☐

Réponse Motrice : 5 Obéit à un ordre ☐ 4 Réponse orientée ☐ 3 Extension ☐ 2 Décoloration ☐ 1 Rian ☐

PUPILLES Réactives oui ☐ non ☐ Symétriques oui ☐ non ☐ Myosis ☐ Mydriasis ☐

RESPIRATOIRE Fréquence : _____ / mn **VENTILATION** oui ☐ non ☐

CIRCULATOIRE Fréquence : _____ / mn **POULS CAROTIDIEN** oui ☐ non ☐

ECHELLE DE LA DOULEUR

0 Pas de douleur ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Douleur Maximale Imaginable ☐

Antécédents / Traitement en cours

Bilan complémentaire

Traumatique

Lésions : _____

Température : _____ °C

Maladie / Malaise

Échelle de la douleur

0 Pas de douleur ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Douleur Maximale Imaginable ☐

Antécédents / Traitement en cours

Gestes secouristes

Collier ☐ Inhalation : _____ l/mn ☐ Désincarcération (durée : _____) ☐

PLS ☐ Ventilation : _____ l/mn ☐ Autres : _____ ☐

Attelle ☐ MCE (durée : _____) ☐

A.C.T ☐ DSA ☐

Coquille ☐

Bilan de surveillance

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES

ÉVOLUTION

Temps : _____

Glasgow ☐ Pili ☐ SAT O₂ ☐ Pouls ☐ TA ☐ EVA ☐ Température ☐

Secours médicaux

SMUR ☐ MSP ☐ UBERAL ☐ DIAGNOSTICS : _____

Orientation

LAISSE(E) SUR LES LIEUX ☐ ÉVACUÉ(E) PAR : _____

VERS : _____

Accouchement : conduite à tenir

* "Est-ce votre première grossesse ?" ☐ oui ☐ non

* "S'agit-il de votre premier accouchement ?" ☐ oui ☐ non

* "Quelle est la date prévue de l'accouchement ?" _____

* "La grossesse s'est-elle déroulée normalement ?" ☐ oui ☐ non

* "Avez-vous été hospitalisée durant la grossesse ?" ☐ oui ☐ non

* "Depuis quand avez-vous des contractions ?" _____

* "Quelle est la durée de chaque contraction ?" _____

* "Quelle est la durée entre chaque contraction ?" _____

* "Avez-vous perdu les eaux (et/ou des pertes liquidiennes) ?" ☐ oui ☐ non

* "Avez-vous envie de pousser ?" ☐ oui ☐ non

* "Prenez-vous des médicaments ?" ☐ oui ☐ non

* "Dans quelle maternité l'accouchement doit-il avoir lieu ?" _____

LES CRITÈRES D'EXPULSION IMMINENTE :

☐ Contractions utérines fréquentes (toutes les 2-3 min)

☐ Poche des eaux rompu

☐ Envie de pousser

☐ Émission de selles

NE PAS OUBLIER LA CARTE GROUPE SANGUIN ET LE CARNET DE MATERNITÉ.

Refus de transport

Je soussigné(e), M., Mme, Mlle _____ certifie avoir reçu une information claire quant à mon état de santé et son évolution prévisible.

C'est après avoir été dûment prévenu(e) des éventuelles conséquences de ma décision que je refuse la prise en charge qui m'est proposée.

Date : _____ / _____ / _____ Signature : _____

2 témoins (nom, prénom, adresse) _____

Signatures

M. _____

M. _____

ANNEXE VII : CIRCONSTANCES DE DECES CERTAIN

- Décapitation ou écrasement de la tête avec éclatement de la boîte crânienne et destruction évidente du cerveau.
- Raideur et lividités cadavériques, décomposition évidente des tissus.

Dans ces circonstances l'équipe de secouristes n'entreprend aucune manœuvre de réanimation.

ANNEXE VIII : REFUS DE TRANSPORT

LA VICTIME REFUSE L'EVACUATION

La victime peut refuser la prise en charge ou le transport proposé par le chef d'agrès. Chacun dispose en effet d'une autonomie de volonté et ne peut faire l'objet d'aucun acte de diagnostic, de soins ou de transport sans son consentement. Cependant, pour être valide, le consentement de la personne secourue doit être éclairé, c'est-à-dire intervenir en parfaite connaissance de la situation et des risques réellement encourus, et émaner d'une personne apte à consentir.

L'aptitude au consentement suppose que la personne soit majeure, ne face pas l'objet d'une mesure de protection (tutelle, curatelle) et ne se trouve pas dans un état altérant ses capacités de discernement et de compréhension (intoxications, trouble de la conscience).

L'information délivrée à la personne en vue d'éclairer son consentement doit être :

- sincère,
- appropriée (c'est-à-dire exprimée de manière synthétique et intelligible),
- loyale.

Un bilan au SAMU est obligatoirement transmis dès qu'une personne refuse la prise en charge proposée par le chef d'agrès. Chaque fois que possible, le médecin régulateur s'entretient par téléphone avec la personne ayant manifesté son refus de manière à apprécier au mieux la situation médicale et l'informer avec précision des risques liés à sa décision. Cet entretien peut amener la victime à réviser son jugement et à consentir à la prise en charge proposée.

Si la victime persiste dans son refus, et selon la nature du risque encouru, le médecin demande au chef d'agrès de faire remplir un formulaire de refus de soins (décharge de responsabilité) ou propose une procédure d'hospitalisation sans le consentement.

Le formulaire de décharge de responsabilité est un document écrit dans lequel une personne indique son refus de recevoir les soins ou le transport proposé par les secours.

Ce document ne dispense pas de l'obligation d'information et de recherche active du consentement. En revanche, en cas de réclamation ultérieure, il permet d'apporter un commencement de preuve du refus éclairé du patient.

Le formulaire est intégré à la « Fiche bilan secouriste » (voir annexe VI).

Ce formulaire ne doit être rempli que lorsque des soins ou une hospitalisation apparaissent nécessaires et sont refusés par le patient. Il ne doit naturellement pas être proposé aux personnes chez qui l'hospitalisation n'apparaît pas nécessaire, laissées sur place en raison du caractère bénin de leur affection ou sur un avis de la régulation médicale.

Il est souhaitable d'obtenir, outre la signature du patient, celle de témoins. Ces témoins peuvent être des proches du patient ou d'autres personnes, notamment des fonctionnaires de police ou des militaires de la gendarmerie lorsqu'ils sont présents sur les lieux de l'intervention.

ANNEXE IX : HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE

LES HOSPITALISATIONS SANS LE CONSENTEMENT

Par exception au principe général du consentement aux soins, il existe deux modalités particulières d'hospitalisation destinées à répondre aux situations où un patient présente des troubles psychiatriques qui ne lui permettent pas de consentir aux soins que son état nécessite.

- L'hospitalisation sur demande d'un tiers qui correspond aux situations où les troubles du patient rendent impossible son consentement alors que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.
 - L'hospitalisation d'office qui s'adresse à des personnes dont les troubles mentaux « nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».
- Ces mesures d'hospitalisation sous contraintes, privatives de liberté, s'accompagnent de garanties permettant de s'assurer qu'elles sont rendues nécessaires par l'état psychiatrique du patient et s'appuient sur la production de certificats médicaux.

1 – L'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) :

Elle est prononcée par le directeur de l'établissement hospitalier d'accueil.

La demande d'admission est signée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne ayant des relations personnelles et antérieures à la demande avec le malade (à l'exclusion du personnel soignant dès lors qu'il exerce dans l'établissement d'accueil).

L'admission est prononcée au vu de deux certificats médicaux, dont le premier doit avoir été établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil.

La procédure est simplifiée en cas d'urgence et peut reposer sur la production d'un seul certificat médical, éventuellement rédigé par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. Le reste de la procédure est inchangé.

2 – L'hospitalisation d'office (HO) :

L'hospitalisation d'office est prononcée par le préfet, sur un avis médical.

Le certificat médical sur lequel s'appuie le préfet doit comporter une description précise de l'état mental du patient, établir un lien entre les troubles mentaux et le fait que ces troubles compromettent la sûreté des personnes et/ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public, qui justifie la mesure. Il doit conclure à la nécessité de l'hospitalisation du patient dans un établissement habilité à le recevoir. Ce certificat médical ne peut émaner d'un médecin de l'établissement d'accueil du patient.

En cas de danger imminent attesté par un avis médical ou, à défaut par la notoriété publique, c'est le maire qui prend les mesures provisoires nécessaires. Il doit en référer dans les 24 heures au préfet qui statue sans délai.

3 – Dispositions communes aux deux modes d'hospitalisation sans le consentement :

Le patient est transporté vers un établissement désigné par la régulation médicale.

Le transport peut être effectué par un transporteur sanitaire agréé, cependant, un VSAV peut être amené à intervenir par indisponibilité d'ambulance.

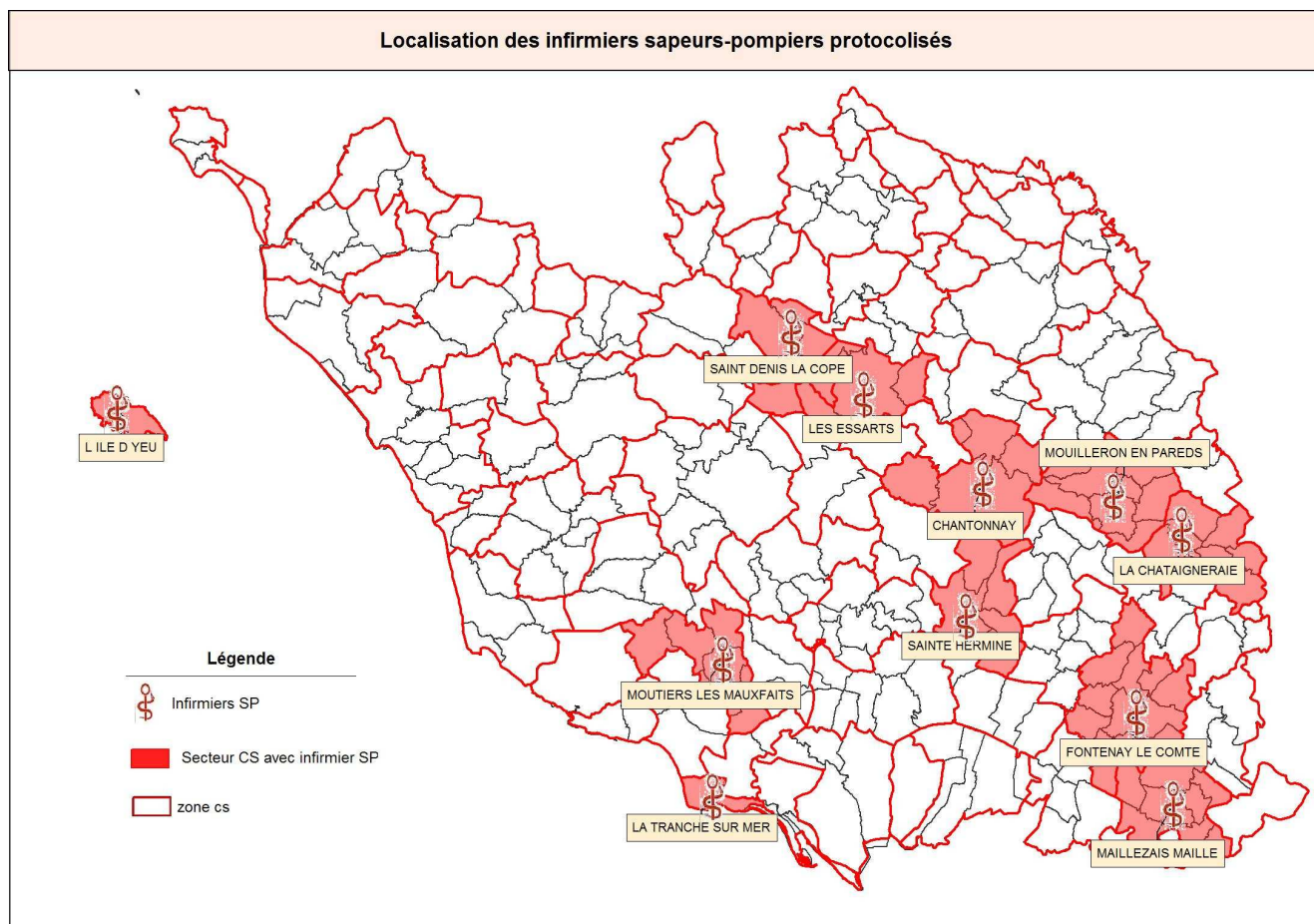
- Pour les hospitalisations sur demande d'un tiers (HDT) l'intervention est facturée comme une carence classique.
- Pour les hospitalisations d'office (HO) l'intervention est alors facturée au CH psychiatrique destinataire du patient.

Seule la production des deux documents autorise qu'une personne soit hospitalisée sans son consentement, au moyen le cas échéant d'une contrainte proportionnée, notamment pharmacologique.

L'intervention de la police ou de la gendarmerie est demandée à chaque fois qu'elle paraît nécessaire, et notamment lorsqu'une contrainte physique doit être imposée au patient.

ANNEXE X : ISP PROTOCOLISES

IMPLANTATION DES INFIRMIERS SAPEURS POMPIERS VOLONTAIRES (ISPV) PROTOCOLISES



ANNEXE XI : MOLECULES DETENUES

LISTE DES MOLECULES DETENUES PAR LES INFIRMIERS SAPEURS POMPIERS VOLONTAIRES (ISPV) PROTOCOLISES A DISPOSITION DU MEDECIN REGULATEUR

- Perfalgan (500 mg pour nourrissons et enfants).
- Morphine (10 mg / ml).
- Narcan.
- Valium.
- Loxapac.
- Voluven.
- Natispray.
- Bricany.
- Atrovent.
- Glucosé 10 %.
- Glucosé 3 g (ampoule de 10 ml).
- Adrénaline (ampoule de 1 mg / 1 ml).

ANNEXE XII : LISTE DES PROTOCOLES

LISTE INDICATIVE DE PROTOCOLES DE SOINS D'URGENCE ELIGIBLES AUX INFIRMIERS SAPEURS-POMPIERS HABILITES

- Arrêt cardio-respiratoire « adulte »*.
- Arrêt cardio-respiratoire « enfant et nourrisson ».
- Hémorragie sévère « adulte »*.
- Réaction anaphylactique sévère « adulte ».
- Hypoglycémie*.
- Douleur thoracique non traumatique « adulte ».
- Difficultés respiratoires « adulte ».
- Difficultés respiratoires aiguës « enfant et nourrisson ».
- Convulsions « enfant et nourrisson ».
- Intoxication médicamenteuse volontaire « adulte ».
- Brûlé.
- Intoxication au CO et/ou aux fumées d'incendie.
- Réaction anaphylactique sévère « enfant et nourrisson ».
- Femme en couche/accouchement inopiné.
- Antalgique « adulte »*.
- Antalgique « enfant et nourrisson ».
- Convulsions « adulte ».

* Protocoles de soins d'urgence validés en Vendée.

ANNEXE XIII : FORMATION DES ISP

CURSUS DE FORMATION DES INFIRMIERS SAPEURS POMPIERS VOLONTAIRES (ISPV) PROTOCOLISES

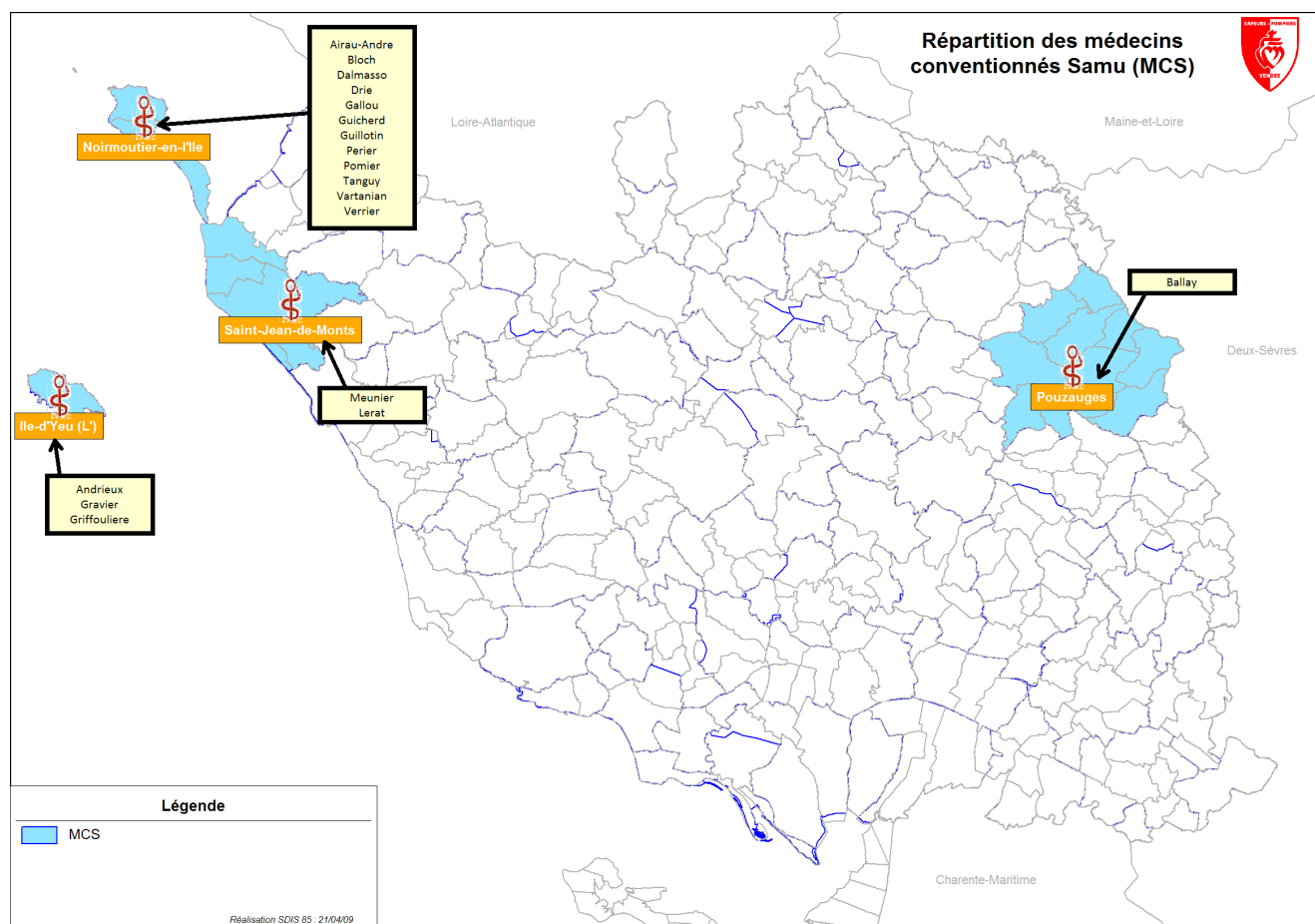
FORMATIONS INITIALES	DUREES
Premiers Secours en Equipe de niveau 1 et 2	70 H
10 sorties minimum lors d'un secours à personnes en tant qu'équipier	
Diplôme Universitaire de soins d'urgence (ou validation des acquis d'expérience)	48 H
Découverte des missions et locaux du SAMU	3 H
Formation transmission et commandement au CTA-CODIS	8 H
Formation Protocoles de Soins d'Urgence	20 H

Validation du médecin chef et inscription de l'ISPV protocolisé sur la liste départementale

Formation Maintien des Acquis	16 H / an
-------------------------------	-----------

ANNEXE XIV : CORRESPONDANTS DU SAMU

IMPLANTATION DES MEDECINS CORRESPONDANTS DU SAMU



ANNEXE XV : LISTE DES MSP

LISTE DES MEDECINS SAPEURS POMPIERS (MSP)

GRADE	NOM - Prénom	CENTRES
Médecin-Capitaine	ADNET Patrick	LE POIRÉ-SUR-VIE
Médecin-Capitaine	AUDRAIN Joël	LUÇON
Médecin-Capitaine	BALLAY Agnès	POUZAUGES
Médecin-Capitaine	BARETS Anne-Claire	ÉTAT-MAJOR
Médecin-Capitaine	BLOCH Bernard	NOIRMOUTIER-EN-L'ILE
Médecin-Capitaine	BOIDIN Laurent	FONTENAY-LE-COMTE
Médecin-Capitaine	BOLUT Philippe	SAINT-GILLES-CROIX-DE-VIE
Médecin-Capitaine	BRILLANT Philippe	MAILLEZAIS
Médecin-Capitaine	BRISARD Jean-Paul	ST-FLORENT-DES-BOIS
Médecin-Capitaine	CALLIGHER-SANDERS Daniéla	ST-PHILBERT-DE-BOUAINÉ
Médecin-Capitaine	CHÉHADÉ Habib	BEAUVOIR-SUR-MER
Médecin-Capitaine	CHEVALLIER Claude	LONGEVILLE-SUR-MER
Médecin-Capitaine	CHIALE Eric	ETAT-MAJOR
Médecin-Commandant	CORNU Gérard	L'AIGUILLON-SUR-MER
Médecin-Capitaine	COUILLARD Cyril	ETAT-MAJOR
Médecin-Capitaine	CROCHET Guy	LES ESSARTS
Médecin-Commandant	DAGUIN Jean-Marc	LA TRANCHE-SUR-MER
Médecin-Commandant	DANIEL Philippe	LES LUCS-SUR-BOULOGNE
Médecin-Capitaine	DAVID Dominique	MORTAGNE-SUR-SEVRE
Médecin-Commandant	DEHAUDT Dominique	APREMONT
Médecin-Capitaine	DÉSÉVÉDAVY Serge	CHANTONNAY
Médecin-Capitaine	DORMÉGNIES André	L'HERMENAUT
Médecin-Commandant	FOUNINI Abdou	LA ROCHE-SUR-YON
Médecin-Capitaine	GRAVIER Emmanuel	L'ILE D'YEU
Médecin-Capitaine	GUICHERD Alain	NOIRMOUTIER-EN-L'ILE
Médecin-Capitaine	HENRIO Georges	LE CHAMP-SAINT-PÈRE
Médecin-Commandant	HIROT Étienne	L'HERBERGEMENT
Médecin-Capitaine	LACHEREZ Jean-Paul	ETAT-MAJOR
Médecin-Capitaine	LAUGRAUD Dominique	NIEUL-LE-DOLENT
Médecin-Capitaine	LE BIAVANT Yann	ETAT-MAJOR
Médecin-Capitaine	LECARS Nadine	LES HERBIERS
Médecin-Capitaine	LE GAL Christophe	LES SABLES D'OLONNE
Médecin-Capitaine	LE MOIGNIER Bernard	ANGLES
Médecin-Capitaine	LETOUVET Alain	MOUTIERS-LES-MAUXFAITS
Médecin-Capitaine	LOBET-BERG Irène	ETAT-MAJOR
Médecin-Capitaine	PERDRIZET Déborah	ETAT-MAJOR
Médecin-Capitaine	RABAULT Gaëtan	NALLIERS
Médecin-Capitaine	RABEC Philippe	SAINT-JEAN-DE-MONTS
Médecin-Capitaine	RAMBAUD Olivier	CHALLANS
Médecin-Commandant	RÉJOU-MÉCHAIN François	VIX
Médecin-Capitaine	RICHARD Alain	ETAT-MAJOR
Médecin-Commandant	SOUDET Marc	ST-LAURENT-SUR-SEVRE
Médecin-Commandant	TENAILLEAU Jean-Paul	AIZENAY
Médecin-Colonel	TRÉDANIEL Claude	ETAT-MAJOR
Médecin-Capitaine	VARTANIAN Cyrille	BARBATRE

ANNEXE XVI : INDICATEURS

La liste ci-dessous n'est ni exhaustive ni définitive et constitue une orientation quant aux indicateurs qui peuvent être étudiés dans les missions de secours et soins d'urgence.

Bilans d'activités

Bilan des appels reçus au CTA et au CRRA :

Pour le SDIS, les appels reçus pour SAP ne peuvent être différenciés des appels pour autres missions.

- Nombre total d'appels reçus (SDIS et SAMU).
- Nombre d'appels perdus (SDIS et SAMU).
- Pourcentage d'appels décrochés immédiatement, dans la minute (SDIS et SAMU).
- Pourcentage d'appels perdus, répartis selon le délai d'attente (<10'', <30'', <60'', >60'') (SDIS et SAMU).
- Temps moyen ou médian d'attente avant décroché (SDIS et SAMU).
- Nombre d'appels ayant été transférés, 15-18, 18-15 (objectif à atteindre selon les possibilités informatiques).
- Nombre d'affaires co-traitées (SDIS et SAMU).

Nombre d'affaires médicales ou de secours à personne (SDIS et SAMU) :

Nombre d'appels ayant donné lieu à l'ouverture d'un dossier concernant un conseil, une intervention urgente médicale, paramédicale ou de secours à personne.

Nombre de missions :

Nombre de missions déclenchées après un appel par le CTA, le CRRA par catégories d'effecteurs.

Nombre de missions du SIS déclenchées après régulation médicale selon leurs caractéristiques : secours d'urgence (SAMU), indisponibilité ambulancière (SDIS et SAMU), etc.

Nombre de missions SMUR déclenchées après interventions du SIS (SAMU).

Cas particuliers :

- Nombre d'interventions par indisponibilité de transporteurs privés (SDIS et SAMU).
- Nombre d'interventions pour relevage suivies ou non de transports (SDIS).
- Nombre d'interventions pour renforts de brancardage, avec et sans moyens spéciaux (SDIS).
- Nombre d'interventions par indisponibilité de médecins libéraux (SAMU - AMRV).
- Le SAMU et le SDIS se proposent d'apporter d'autres indicateurs (notamment via des requêtes cartographiques).

Les délais et durées

Ces délais peuvent s'appliquer à l'ensemble des acteurs du dispositif de secours et soins d'urgence.

Délai de décroché de l'appel du public au CTA, au CRRA : c'est le temps qui sépare le moment de l'arrivée de l'appel au commutateur du CTA ou CRRA du décroché par l'opérateur. Il est égal à la somme de la durée du message automatisé d'accueil de l'appelant et du temps de décroché de l'opérateur.

Délai de transfert : c'est le temps entre le décroché au 18 et l'initialisation du transfert téléphonique vers le 15 ou réciproquement du 15 vers le 18.

Durée moyenne de communication : c'est le temps pendant lequel l'opérateur, quel qu'il soit, est en relation avec l'appelant, victime elle-même ou chef d'agrès qui transmet un bilan par exemple.

Délai de départ d'un effecteur : c'est le temps qui sépare l'ordre de départ depuis le CTA ou le CRRA vers la structure ou le moyen opérationnel et le moment du départ effectif de celui-ci. Il peut également comprendre le délai entre le décroché 18 et l'engagement d'un moyen du SIS avant régulation médicale ou le délai entre décroché 18 et l'engagement d'un moyen SAP demandé par le 15.

Délai d'arrivée de l'effecteur sur les lieux : c'est le temps qui sépare l'ordre de départ de la présentation sur les lieux de l'intervention.

Rapidité d'intervention : c'est le temps total nécessaire à la présentation sur les lieux depuis la prise d'appel : délai de décroché + délai de départ + délai de déplacement.

Délai de décroché ou de réponse à la radio de l'appel du chef d'agrès sapeur-pompier ou du SMUR en intervention au CTA et/ou au CRRA : ces appels ont principalement pour objet :

- Le bilan du VSAV au CTA et au CRRA.
- Les demandes de renforts adressés par les équipes SMUR en intervention (brancardage en particulier).

C'est le temps qui sépare le moment de l'arrivée de l'appel au commutateur du CTA ou du CRRA du décroché par l'opérateur.

Délai de décroché de l'appel du CTA vers le CRRA et du CRRA vers le CTA : ces appels ont pour objet principal le transfert d'un appelant ou d'un bilan du CTA vers le CRRA et les demandes de renfort adressées au SIS par le SAMU.

Durée de recherche de destination : c'est le temps qui sépare le moment de la transmission du bilan au CTA-CRRA et l'indication du lieu de destination de l'évacuation ou du transport.

Durée de l'évacuation, du transport : c'est le temps qui sépare le départ du lieu de l'intervention avec la victime ou le patient à bord du véhicule jusqu'à son arrivée à la destination d'accueil.

Durée de la prise en charge : c'est le temps qui sépare le moment de la présentation sur les lieux de celui de la fin de la mission. Ce délai qui ne concerne que l'intervention stricto sensu n'inclut pas la remise en condition de l'engin.

Durée d'intervention : c'est le temps nécessaire à la totalité de l'intervention depuis l'heure de départ de l'effecteur jusqu'à sa nouvelle disponibilité.

Le service rendu (SAMU)

Morbidité lors de la prise en charge : c'est le recueil des pathologies présentées par les victimes ou patients lors de leur prise en charge.

Mortalité lors de la prise en charge : c'est le recueil de la mortalité et de ses causes, constatées lors de la prise en charge.

Adéquation entre gravité réelle et nature de l'effecteur lors du transport : cette étude nécessite l'analyse des fiches bilan et sa confrontation avec le diagnostic final de l'affection.

Taux d'hospitalisation et non-hospitalisation : ce taux est recherché dans la structure d'urgence et met en regard hospitalisation et vecteur d'évacuation. Il mesure le pourcentage de victimes admises à l'hôpital/nature d'effecteur (VSAV, ambulance, SMUR).

Taux d'admission secondaire en réanimation : ce taux permet d'évaluer la pertinence de la régulation médicale dont l'objectif est d'assurer l'évacuation d'emblée vers la structure adaptée à l'état du patient.

Durée d'hospitalisation : c'est le reflet de la gravité des affections des victimes évacuées vers l'hôpital.

Morbi-mortalité hospitalière : cette étude est réalisée, sur des dossiers rendus anonymes, par des services dans le cadre de l'évaluation conjointe des pratiques professionnelles.

Iatrogénie pré-hospitalière : c'est la recherche des effets indésirables des soins administrés lors de la prise en charge pré-hospitalière. Elle s'applique à l'ensemble des effecteurs de secours et soins d'urgence.

Activité des effecteurs

Lieu d'intervention (SDIS) : pourcentage d'interventions à la demande du CRRA et/ou du CTA à domicile, sur la voie publique (ou lieu public) et en tout autre endroit.

Interventions non suivies de transport (SDIS) : pourcentage d'interventions non suivies d'évacuation ou de transport (VSAV, SMUR) par rapport au nombre total d'intervention de la catégorie de moyens.

Interventions suivies d'une évacuation ou d'un transport non médicalisé : pourcentage d'interventions VSAV suivies d'une évacuation par VSAV et pourcentage d'interventions suivies de transport ambulancier.

Nombre de victimes et de patients pris en charge par rapport à la population (SDIS et SAMU) : cet indicateur permet de mesurer le pourcentage de la population qui a recours au dispositif de secours et soins d'urgence par an.

Emploi du défibrillateur externe automatisé (SDIS et SAMU) : le DAE constitue un reflet assez précis de la qualité de la couverture opérationnelle par les moyens du SIS et de la qualité des interventions réalisées dans le cadre du prompt secours. Le nombre d'interventions ayant donné lieu à l'utilisation d'un DAE par une équipe de sapeurs-pompiers et les conditions de ces interventions présentent de ce fait un intérêt essentiel.

Chacune de ces interventions fait l'objet d'une fiche de recueil épidémiologique sur INFOSDIS.

ANNEXE XVII : ECHEANCIER DES CONVENTIONS FINANCIERES



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

*Direction Départementale
des Affaires Sanitaires et Sociales
de la Vendée*
Direction – Didier Duport
Dir/sd/courrier/courrierde/convcshdiss

La Roche Sur Yon, le 7 mai 2009.

Conventions financières : Centres Hospitaliers – SDISS

Conformément aux dispositions prévues au V – Financement de la convention SAMU-SDISS, il y a lieu de préparer la signature de conventions distinctes avec les établissements hospitaliers concernés.

Ces conventions s'appuieront sur la note DHOS du 10 octobre 2008 et ses annexes afin de définir :

- les prestations qui feront chacune l'objet d'une convention
- les modalités de paiement
- les modalités de réévaluation annuelle de la convention
- les modalités d'enregistrement du nombre de prestations effectuées par mois et par an

La préparation de ces conventions se déroulera selon le calendrier suivant :

- 17 septembre 2009 : réunion, sous la présidence de la DDASS, du SAMU, du SDISS et de l'ensemble des centres hospitaliers concernés, afin de préparer le contenu des conventions. Les invitations seront faites par la DDASS.
- Les projets de conventions, rédigés par les établissements, seront à adresser à la DDASS pour le 9 octobre au plus tard.
- Réunion de synthèse à la mi-octobre.
- Signature des conventions fin octobre.

ANNEXE XVIII : FONCTIONNALITES DU RESAU RADIO

COMPARATIF DES FONCTIONNALITES ENTRE LES RESEAUX ANTARES ET HERTZIEN ACTUEL

Fonctionnalités ANTARES	Fonctionnalités du réseau hertzien actuel	Observations
Interopérabilité radio : Les deux services doivent pouvoir se parler sur une fréquence commune.	Réalisé.	Travail sur une fréquence dédiée aux deux services : 'SSU'. Cette fréquence est veillée par les intervenants, le SAMU et le CODIS, 24H / 24H.
Passage des états par 'STATUTS' : Permet de connaître l'état d'un véhicule avec incrémentation automatique, traçabilité et archivage horodaté dans les deux logiciels.	Réalisé. Traçage des SMUR à finaliser.	Les statuts existent depuis 2005, l'interconnexion informatique réalisée depuis octobre 2008 permet dorénavant au SAMU de tracer l'état des engins SP. Côté CODIS, l'état des SMUR est également tracé (ceux de la Roche sur Yon). Axe d'amélioration : Tracer côté CODIS l'engagement de tous les SMUR du département.

Historique côté CODIS

Historique de l'intervention

Numéro 11437

1

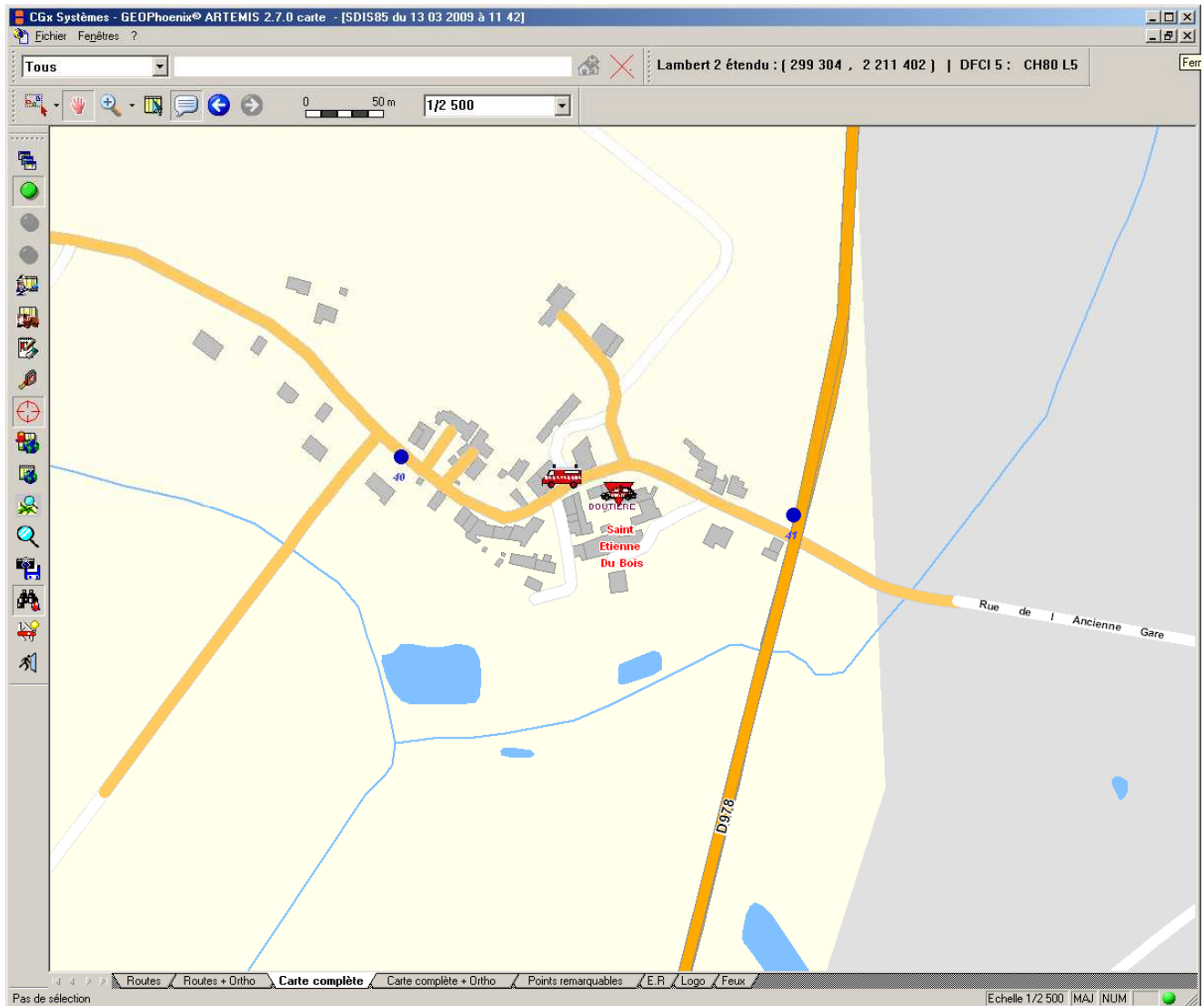
17/04 13:26:21	COG	- Envoi de fax HOK (0251451949) : délai d'émission expiré
17/04 13:26:21	COG	- Prévenu
17/04 13:26:21	COG	- Va sur les lieux
17/04 13:26:24	SAMU	- Prévenu
17/04 13:27:19		victime inconscient avec saignement oreille
17/04 13:27:52	STETIERN VSRV	001 - Prend le réseau
17/04 13:29:57		Intervention Samu DONNEES GENERALES: VEHICULES ENGAGE S: 237 17/04/2009 13:28:53
17/04 13:29:57	LRV SAMU VRM	001 - Prend le réseau
17/04 13:30:01	STETIERN VSRV	001 - CA CAP CHARRIER (7487) supprimé
17/04 13:30:01	STETIERN VSRV	001 - EQU SGT PERISSON (4679) ajouté
17/04 13:30:01	STETIERN VSRV	001 - CA CCH RUCOIN (4527) ajouté
17/04 13:31:13	STETIERN VSRV	001 - Arrivé / lieux
17/04 13:33:44	STETIERN VSRV	001 - Demande de COM
17/04 13:34:29		Communication radio avec SETTE VSRV01

Imprimer Fermer

Historique côté SAMU

Fonctionnalités ANTARES	Fonctionnalités du réseau hertzien actuel	Observations
Géolocalisation : La position GPS du véhicule est envoyée en même temps que le statut et est liée à une cartographie interactive.	Réalisé. Côté CODIS, tous les véhicules sont géolocalisés et tous les SMUR identifiés. Côté SAMU, il n'y a pas de cartographie interactive.	

Cartographie avec positionnement d'un SMUR et d'un VSAV



Fonctionnalités ANTARES	Fonctionnalités du réseau hertzien actuel	Observations
Bilan secouriste et médical normés : Possibilité de transmettre un fichier informatique comprenant un bilan cadré au SAMU et au CODIS avec traçabilité et archivage des données automatiques dans le dossier.	Non réalisé	La norme qui définit les données à fournir pour les bilans est très récente (2008).

Impression d'écran TPL

The screenshot shows a software interface for medical intervention. At the top, there's a header with 'INTERVENTION' and 'ZZ15KWS'. Below it, a tabbed interface shows various medical categories like 'Victime', 'Bilan interrogatoire', 'Bilan neurologique', etc. A central window displays a patient's medical history, including a diagram of a human body with 'THORAX' highlighted. A red box highlights the 'Type d'atteinte(s)' section, which contains checkboxes for 'Contusion', 'Plaie', 'Brûlure', 'Douleur', 'Déformation', and 'Fracture ouverte'. A 'Valider' button is visible at the bottom of this section.

Fonctionnalités ANTARES	Fonctionnalités du réseau hertzien actuel	Observations
Message d'alerte, ordre de départ à bord des unités, ... : Il s'agit de transmettre des données aux intervenants et d'en assurer la traçabilité.	Réalisé. Des messages 'TEXTE' sont envoyés depuis les véhicules comme depuis le CODIS. Ces messages sont horodatés et sont automatiquement rattachés au dossier côté CODIS mais pas côté SAMU.	ANTARES ne permettra pas davantage au SAMU d'archiver ces messages. Il faut un interfaçage entre le logiciel et le récepteur du message.

Message texte sur 'TETE PILOTE' : Extrait d'un historique d'intervention

The screenshot shows a window titled 'Historique de l'intervention'. It contains a list of messages with timestamps and details. A specific message is highlighted in red: '17/04 14:15:34 STETIENN VSAV 001 - 33 ANS 28 07 1976 LA BO UTIERE ST ETIENNE DU BOIS'. Below the list, a detailed view of this message is shown, including the sender 'Emetteur STETIENN VSAV 001' and the recipient '09VE011437 : STETIENN VSAV 001 - 33 ANS 28 07 1976 LA BOUTIERE ST ETIENNE DU BOIS'. There are buttons for 'Enlever' and 'Enlever tout' at the bottom right.

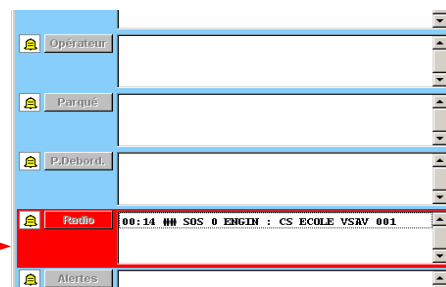
Fonctionnalités ANTARES	Fonctionnalités du réseau hertzien actuel	Observations
Communication santé : Possibilité de communiquer, à la voix, au SAMU sur un groupe dit 'SSU' dédié à la santé.	Réalisé.	L'ancien OBNT prévoyait déjà un réseau 'SSU'. L'interopérabilité avec les SAMU des départements voisins fonctionne également; les postes radio étant programmés avec le plan de fréquences complet.
Appel de détresse : Par appui sur une touche spécifique sur un portatif ou un mobile, l'utilisateur entre en communication directe avec le CODIS.	Réalisé sur les mobiles.	Une touche spécifique permet d'identifier l'utilisateur et l'urgence de la communication. En revanche nous n'avons pas de portatif équipé de cette fonction.

'TETE PILOTE' et ARTEMIS



Touche S.O.S.

Affichage sur ARTEMIS



Fonctionnalités ANTARES	Fonctionnalités du réseau hertzien actuel	Observations
Talkgroup national : Quatre canaux sont communs à tous les départements. Cela doit permettre à n'importe quel émetteur où qu'il se trouve d'avoir un interlocuteur.	Réalisé partiellement.	Le canal 'Sécurité Accueil', tel que défini par l'OBNT de 1990 est surtout employé pour trafiquer avec les hélicoptères en Vendée. Ce canal doit être par ailleurs veillé par tous les CODIS.
Communication point à point : Permet une conversation entre deux personnes sans être entendu par un autre utilisateur.	Non réalisé.	Utilisation d'un téléphone GSM.

Conclusion :

ANTARES est une architecture permettant le transport de l'information. Malgré une architecture analogique, le SDIS 85 répond dans la quasi totalité aux fonctionnalités attendues avec ANTARES.

L'utilisation du réseau ANTARES implique une nouvelle version logicielle du système d'alerte capable de traiter une information numérique encodée d'une façon très précise. Bien au delà d'une simple évolution du programme informatique, ce type de logiciel évolue avec des ossatures informatiques et radio différentes. Physiquement cela conduit inexorablement à remplacer les appareils suivants : PC, Emetteur / Récepteur, radios dans les véhicules, serveurs informatiques, ...

La plus value apportée par le réseau ANTARES se résume à un son de meilleur qualité (pas de souffle), une meilleure pénétration des ondes dans les bâtiments, une plus grande mobilité (les portatifs ANTARES ont une meilleure portée en émission que nos portatifs actuels).

ANNEXE XIX : PERSONNE NE REPONDANT PAS AUX APPELS



PRÉFECTURE DE LA VENDÉE

Arrêté de à joindre.

CABINET DU PRÉFET

LA ROCHE-SUR-YON, le

4 OCT. 2001

Le Préfet de la Vendée

à

M. le Sous-Préfet des Sables d'Olonne
M. le Sous-Préfet de Fontenay le Comte
M. le Directeur Départemental de la Sécurité Publique
M. le Lieutenant-Colonel, commandant le groupement
de gendarmerie
M. le Directeur Départemental
des Services d'Incendie et de Secours

05.10.2001*008474


Objet : réalisation des interventions domiciliaires de police secours
P. J. : 1 fiche réflexe

A la suite d'un accident survenu le 13 novembre 2000 aux Sables d'Olonne, au cours duquel une personne âgée a ouvert le feu sur un sapeur-pompier venu à son secours à la demande de sa famille, il a été décidé de réfléchir à la réalisation des interventions domiciliaires de police secours.

En accord avec l'ensemble des parties prenantes, il a été procédé à la rédaction d'une fiche-réflexe. Dans l'attente d'une validation par les Procureurs de la République près les tribunaux de grande instance de La Roche-sur-Yon et des Sables d'Olonne, vous voudrez bien trouver, ci-joint un exemplaire dont la procédure décrite s'appliquera pour l'ensemble du département de la Vendée.

Le Préfet,

Pour le Préfet,
Le Sous-Préfet, Directeur du Cabinet,


Eric CLUZEAU

**Service Départemental
d'Incendie et de Secours
de la Vendée**

**ÉTAT-MAJOR
Service Prévision - Opération**

La Roche-sur-Yon, le 15 OCT 2001

Dossier suivi par :

Cdt Loïc LE CORRE

Tél. : 02.51.45.10.60

numéro interne : 21

Réf. : LLC/MB - N° 54

**NOTE DE SERVICE
01/SPO/26**

OBJET : Procédure opérationnelle pour personnes ne répondant pas aux appels
P.J : Fiche réflexe opérationnelle

Lors d'une intervention le 13 novembre 2000 aux Sables d'Olonne, une personne âgée a ouvert le feu sur un sapeur-pompier venu à son secours sur demande de la famille. Suite à ce regrettable incident j'ai souhaité, avec la collaboration du personnel du C.S. Les Sables d'Olonne, mettre en place une procédure pour les interventions concernant les personnes ne répondant pas aux appels.

Après de longues négociations avec l'ensemble des services concernés (Préfecture, Police, Gendarmerie), j'ai obtenu l'accord de toutes les parties sur une procédure d'intervention élaborée sous forme de fiche réflexe dont vous trouverez ci-joint la copie.

Je vous adresse également, à titre d'information, la note et la procédure que viennent de me transmettre les services de la Préfecture.

Le service prévision opération reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Le Directeur Départemental


Lt-Colonel Michel MONTALETANG

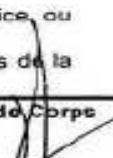
DESTINATAIRES :

pour action :

C.T.A. CENTRE,
C.T.A. NORD,
C.T.A. SUD,
C.T.A. EST,
C.T.A. OUEST
C.O.D.I.S.
C.S.

tout dossier, pour être mis à jour dans les deux mois de la notification de la décision définitive.

FICHE RÉFLEXE OPÉRATIONNELLE	CLASSEMENT OUVPORT
-------------------------------------	-------------------------------

C.O.D.I.S. C.T.A. C.S.	PROCEDURE OPERATIONNELLE POUR PERSONNE NE REPONDANT PAS AUX APPELS	DATE D'EFFET : - - OCT 2001
<p>OBJET : Intervention pour personne ne répondant pas aux appels</p> <p>Lors d'interventions pour personne ne répondant pas aux appels, il convient d'appliquer les dispositions décrites ci-dessous.</p>		
C.T.A.		
<p>① <u>Réception de la demande de secours</u></p> <p>→ La demande de secours est réceptionnée au C.T.A. des sapeurs-pompiers</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ L'opérateur prend les renseignements suivants auprès de l'appelant : <ul style="list-style-type: none"> ▪ identité, adresse et numéro de téléphone, ▪ degré de parenté avec la personne ne répondant pas aux appels, ▪ état de santé et infirmités éventuelles, ▪ présence d'armes au domicile. ➢ L'opérateur transmet par téléphone ces renseignements : <ul style="list-style-type: none"> ▪ secteur Police : au commissariat territorialement compétent, ▪ secteur Gendarmerie : au C.O.G. <p>→ La demande de secours est réceptionnée par les services de police ou de gendarmerie (voir 2/procédure de reconnaissance des conditions d'intervention avec l'appelant)</p> <p>② <u>Procédure de reconnaissance des conditions d'intervention avec l'appelant</u></p> <p>Cette action est effectuée par les services de police ou gendarmerie qui collectent, auprès de l'appelant, les renseignements nécessaires.</p> <p>Dans ce même temps, et dans l'attente des résultats de l'enquête, les sapeurs-pompiers se déplacent sur le site pour permettre une intervention rapide.</p>		
CONSIGNES OPERATIONNELLES		
<p>① <u>Procédure de reconnaissance des lieux d'intervention in situ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ cette action est menée par les services de police ou de gendarmerie : <ul style="list-style-type: none"> - la patrouille dépêchée réalise une enquête de voisinage. <p>② <u>Engagement d'un véhicule de secours aux asphyxiés et blessés</u></p> <p>→ en cas de contact visuel ou auditif, l'intervention des sapeurs-pompiers est immédiate. En l'absence de contact et lorsque l'urgence n'est pas ressentie, les sapeurs-pompiers demeurent sur place dans l'attente des résultats de l'enquête réalisée par les services de police ou de gendarmerie.</p> <p>→ l'effraction d'une ouverture de l'habitation est effectuée en exposant un minimum de personnel (en fonction de l'urgence, l'ouverture de porte peut être effectuée par les sapeurs-pompiers avant l'arrivée des forces de l'ordre).</p> <p>→ une reconnaissance intérieure préalable est effectuée par les services de police ou gendarmerie.</p> <p>→ les sapeurs-pompiers procèdent, le cas échéant, à des actes de secourisme auprès de la victime</p>		
Références :		Chef de Corps 

**PROCEDURE OPERATIONNELLE POUR PERSONNE
NE REPONANT PAS AUX APPELS**

Lors d'interventions pour personnes ne répondant pas aux appels, il convient d'appliquer les dispositions décrites ci-dessous.

1 – RECEPTION DE LA DEMANDE DE SECOURS

1 – La demande de secours est réceptionnée au Centre de Traitement de l'Alerte des sapeurs-pompiers :

- l'opérateur prend les renseignements suivants auprès de l'appelant :
 - identité, adresse et numéro de téléphone,
 - degré de parenté avec la personne ne répondant pas aux appels,
 - état de santé et infirmités éventuelles,
 - présence d'armes au domicile.
- l'opérateur transmet par téléphone ces renseignements :
 - secteur Police : au commissariat territorialement compétent,
 - secteur Gendarmerie : au COG.

2 – La demande de secours est réceptionnée par les services de police ou de gendarmerie voir 2/procédure de reconnaissance des conditions d'intervention avec l'appelant

2 - PROCEDURE DE RECONNAISSANCE DES CONDITIONS D'INTERVENTION AVEC L'APPELANT

Cette action est effectuée par les services de police ou gendarmerie qui collectent, auprès de l'appelant, les renseignements nécessaires au moyen d'une "check-list" (cf annexe).

Dans le même temps, et dans l'attente des résultats de l'enquête, les sapeurs-pompiers se déplacent sur le site pour permettre une intervention rapide.

3 - PROCEDURE DE RECONNAISSANCE DES LIEUX D'INTERVENTION IN SITU

- Cette action est menée par les services de police ou de gendarmerie :
 - la patrouille dépêchée réalise une enquête de voisinage

4 - ENGAGEMENT D'UN VEHICULE DE SECOURS AUX ASPHYXIES ET BLESSES

- En cas de contact visuel ou auditif, l'intervention des sapeurs-pompiers est immédiate. En l'absence de contact et lorsque l'urgence n'est pas ressentie, les sapeurs-pompiers demeurent sur place dans l'attente des résultats de l'enquête réalisée par les services de police ou de gendarmerie.
- L'effraction d'une ouverture de l'habitation est effectuée en exposant un minimum de personnel (en fonction de l'urgence, l'ouverture de porte peut être effectuée par les sapeurs-pompiers avant l'arrivée des forces de l'ordre)
- une reconnaissance intérieure préalable est effectuée par les services de police ou gendarmerie
- les sapeurs-pompiers procèdent, le cas échéant, à des actes de secourisme auprès de la victime.

Le Préfet,

ANNEXE

CHECK-LIST à l'attention des services chargés de la collecte des renseignements nécessaires à l'intervention

- identité du requérant,
- adresse de la personne ne répondant pas aux appels,
- degré de parenté du requérant avec la personne ne répondant pas aux appels,
- âge,
- infirmités éventuelles (surdité, troubles de la vue...)
- médecin traitant,
- peut-elle être hospitalisée,
- possession d'animaux (chien...),
- possession d'une arme,
- tendance à l'agressivité, alcoolisme,
- code d'entrée (digicode) si habitation collective.

Le cas échéant un recoupement auprès de structures de soin ou auprès d'autres sources de renseignements peut être réalisée par le chef de poste du commissariat ou le COG.

GLOSSAIRE

A.C.R.O.P.O.L.	Automatisation des Communications Radio téléphoniques Opérationnelles de Police
A.F.N.O.R.	Agence Française de Normalisation
A.M.U.	Aide Médicale Urgente
A.N.T.A.R.E.S.	Adaptation Nationale des Transmissions Aux Risques et Aux Secours
A.R.H.	Agence Régionale de l'hospitalisation
C.E.S.U.	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
C.G.C.T.	Code Général des Collectivités Territoriales
C.I.S	Centre d'Intervention et de Secours
C.O.D.A.M.U.P.S.-T.S.	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence de Soins et des Transports Sanitaires
C.O.S.	Commandant des Opérations de Secours
C.R.R.A.	Centre de Réception et de Régulation des Appels
C.S.P.	Code de la Santé Publique
C.T.A.	Centre de Traitement des Appels
D.D.A.S.S.	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
D.D.S.C.	Direction de la Défense et de la Sécurité Civiles
D.E.A.	Défibrillateur Externe Automatisé
D.H.O.S.	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
D.O.S.	Directeur des Opérations de Secours
E.N.S.O.S.P.	Ecole Nationale Supérieure des Officiers de Sapeurs-Pompiers
G.R.I.M.P.	Groupe de Recherche et d'Intervention en Milieu Périlleux
H.A.S.	Haute Autorité de Santé
I.D.E.	Infirmier Diplômé d'Etat
I.N.P.T.	Infrastructure Nationale Partagée des Transmissions
I.S.P.	Infirmier de Sapeur-Pompier
INOCERT	Organisation de Certification
INFOSDIS	Système informatique de recueil de donnée de la sous-direction des Sapeurs-Pompiers
M.S.P.	Médecin de Sapeur-Pompier
N.I.T.	Note d'instruction Technique
N.T.I.C.	Nouvelles Techniques de l'Information et des Communications
O.N.D.A.M.	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
P.A.R.M.	Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
P.D.S.	Permanence Des Soins
R.F.G.I.	Réseau Flotte Groupe Identifiant
S.A.M.U.	Structure d'Aide Médicale Urgente
S.D.A.	Sélection Directe à l'Arrivée
S.D.A.C.R.	Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques
S.D.I.S.	Service Départemental d'Incendie et de Secours
S.F.M.U.	Société Française de Médecine d'Urgence
S.I.C.	Système d'Information et de Communication
S.I.S.	Service d'Incendie et de Secours
S.M.S.	Short Message Service
S.M.U.R.	Structure Mobile d'Urgence et Réanimation
S.P.	Sapeur-Pompier
S.R.O.S.	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
S.S.S.M.	Service de Santé et de Secours Médical
S.S.U.	(Réseau radio commun de) Secours et Soins d'Urgence
S.V.I.	Serveur Vocal Interactif
V.L.I.	Véhicule Léger Infirmier
V.L.M.	Véhicule Léger Médicalisé
V.S.A.V.	Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

GROUPE DE TRAVAIL

Les personnes suivantes ont participé à l'élaboration de ce document :

Pour le SDIS

- Colonel Michel MONTALETANG, directeur départemental
- Lieutenant-Colonel Philippe CHABOT, directeur départemental adjoint
- Colonel Claude TREDANIEL, médecin-chef départemental
- Capitaine Patrick MAGRY, chef du bureau opérations
- Clara CHETANEAU, opératrice CTA (mise en page du document)

Pour le SAMU

- Docteur Philippe FRADIN, chef de service du SAMU
- Sylvie MESNIER, cadre de santé du SAMU