

DEPARTEMENT DU JURA

***CONVENTION
DEPARTEMENTALE RELATIVE A
L'ORGANISATION DU SECOURS
A PERSONNE ET DE L'AIDE
MEDICALE URGENTE***

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
1 MISSIONS RESPECTIVES ET COORDINATION DES DIFFERENTS ACTEURS	5
1.1 <i>Le Service Départemental d'Incendie et de Secours</i>	5
1.2 <i>Les Structures Hospitalières de Médecine d'Urgence</i>	6
1.2.1 Les missions du SAMU.....	6
1.2.2 La régulation médicale et l'intervention médicale.....	6
1.2.3 Le SMUR	7
1.2.4 Les moyens hélicoptés.....	7
2 LE TRAITEMENT DE L'APPEL	7
2.1 <i>Les supports des interconnexions des CTA - CRRR.....</i>	7
2.1.1 L'interconnexion informatique	7
2.1.2 L'interconnexion radiophonique ou téléphonique	8
2.2 <i>Les procédures d'interconnexion (annexes IX et X)</i>	8
2.2.1 Les départs réflexes des moyens du SDIS avant régulation médicale	8
2.2.2 Les appels reçus au CTA à transférer au CRRR.....	9
2.2.3 Les appels reçus au CRRR 15 à transférer au CTA.....	9
2.3 <i>La Régulation Médicale de l'appel</i>	9
2.3.1 Analyse médicale de l'appel	10
2.3.2 Conseil médical téléphonique.....	10
2.4 <i>Situations de carence</i>	10
3 LA REPONSE ADAPTEE SELON LA NATURE ET LE LIEU D'ARRIVEE DE L'APPEL	11
3.1 <i>Les moyens de La réponse secouriste</i>	11
3.1.1 Le bilan secouriste.....	11
3.1.2 Devenir de la victime.....	12
3.1.3 Les renforts secouristes.....	14
3.2 <i>Les infirmiers de Sapeurs-Pompiers dans le cadre des Secours Et Soins d'Urgence.....</i>	15
3.2.1 Le cadre juridique de l'exercice des ISP.....	15
3.2.2 Les conditions générales d'emploi des ISP	15
3.2.3 Les principes d'implantation et d'engagement des ISP sur le territoire.....	15
3.2.4 Les interventions des ISP dans le cadre des secours et soins d'urgence	16
3.2.5 Les principes de responsabilité.....	17
3.3 <i>La Réponse Médicale.....</i>	17
3.3.1 Les médecins correspondants du SAMU	17
3.3.2 Les médecins du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) des sapeurs-pompiers	18
3.3.3 Les SMUR.....	19
3.3.4 L'intervention médicale sur le terrain	20
4 LA DEMARCHE QUALITE.....	21
4.1 <i>Organisation, procédures, comité de suivi.....</i>	21
4.2 <i>Evaluation des structures.....</i>	21
4.3 <i>Données quantitatives et qualitatives</i>	21
4.3.1 Les bilans d'activité	21
4.3.2 Les délais	21
5 LE FINANCEMENT	22
5.1 <i>Missions du SDIS assurées par le SDIS</i>	22
5.2 <i>Missions d'aide Médicale Urgente assurées par le SDIS</i>	22
5.3 <i>Appui Logistique au SMUR.....</i>	22
5.4 <i>Evacuation par indisponibilité des Transporteurs Sanitaires Privés</i>	22

5.5	<i>Relevage et Brancardage</i>	23
5.6	<i>Missions ne relevant pas du SDIS</i>	23
6	AXES DE PROGRES, EVOLUTIONS DU DISPOSITIF	24
7	POINTS DIVERS	24
7.1	<i>Relations avec Les Medias</i>	24
7.2	<i>Information du Public sur le bon emploi des Numéros d'urgence</i>	24
7.3	<i>Traitement des Appels de téléalarmes</i>	24
7.4	<i>Plateformes Télé Médico-Sociales et Sanitaires</i>	24
7.5	<i>Formation</i>	25
7.6	<i>Récupération du Matériel</i>	25
8	MISE EN ŒUVRE ET DUREE DE LA CONVENTION	25
9	ANNEXES	26
	ANNEXE I – ARBRE DECISIONNEL D'ENGAGEMENT.....	26
	ANNEXE II - CAS DE BILAN SIMPLIFIE A LA REGULATION MEDICALE	27
	ANNEXE III - CIRCONSTANCES DE DECES CERTAIN	28
	ANNEXE IV - LA VICTIME REFUSE L'EVACUATION	29
	ANNEXE V - LES HOSPITALISATIONS SANS LE CONSENTEMENT	31
	ANNEXE VI - Liste des protocoles SDIS 39 applicables par les infirmiers de sapeurs-pompiers SSSM notés sur la LAO	33
	ANNEXE VII - LES INDICATEURS.....	34
	ANNEXE VIII - LA FICHE BILAN SDIS – SSSM	36
	ANNEXE IX - PROTOCOLE DE TRAITEMENT D'ALERTE SAMU/SDIS.....	38
	RECEPTION D'APPELS AU CRRA 15	38
	ANNEXE X - PROTOCOLE DE TRAITEMENT D'ALERTE SDIS/SAMU.....	39
	RECEPTION D'APPEL AU 18/112.....	39
10	GLOSSAIRE	40

Vu les références législatives et réglementaires,

- le code de la santé publique et notamment les articles L.6311-1 à L.6314-1, R 712-71 à R 712-83 et R4311-1 et suivants,
- le code général des collectivités territoriales, et notamment les articles L.1424-1 à L.1424-50 et articles R1424-1 à R1424-55,
- le code de la sécurité intérieure, et notamment le livre VII,
- la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires,
- la loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité (titre III chapitre II du fonctionnement des services départementaux d'incendie et de secours)
- le décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires modifié par le décret 2003-880 du 15 septembre 2003,
- le décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres modifié par les décrets n° 94-1208 du 29 décembre 1994 et n° 96-176 du 4 mars 1996,
- le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelé SAMU,
- le décret n° 95-1093 du 5 octobre 1995 relatif à l'autorisation de mise en service de véhicules de transports sanitaires terrestres,
- le décret n° 96-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale,
- le décret n° 97-619 du 30 mai 1997 relatif à l'autorisation des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique,
- le décret n° 97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique,
- l'arrêté du 20 mars 1990 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres,
- l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale d'urgence,
- la circulaire du 18 septembre 1992 relative à la réforme du plan de fréquences de la sécurité civile et à la mise en place d'un réseau radio secours et soins d'urgence,
- la circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours,
- la circulaire du 21 avril 1995 relative à la mise en place du 112, numéro de téléphone d'urgence unique européen,
- la circulaire du 2 février 1996 relative aux relations entre le SDIS et les services hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours,
- la circulaire n° 98-483 du 29 juillet 1998 relative à la participation des transporteurs sanitaires privés à l'aide médicale urgente,
- la circulaire DHOS/01/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences,
- la circulaire interministérielle n° DHOD/F4/F2/O1 et DDSC/SDSP/BSIS/2005/31 du 18 janvier 2005 relative à la prise en charge financière des interventions effectuées depuis le 1^{er} janvier 2004 par les SDIS à la demande de la régulation du centre 15, en cas de carence constatée des transporteurs sanitaires privés,
- la circulaire interministérielle N° DHOS/01/DDSC/BSIS/2007/457 du 31 décembre 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) et des structures de médecine d'urgence (structures des urgences, SAMU, SMUR),
- la circulaire interministérielle du 14 octobre 2009 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré hospitalière,
- la délibération du Conseil d'Administration du SDIS du Jura en date 26 février 2015

La présente convention a pour objet de fédérer, coordonner l'action des acteurs de l'Aide Médicale Urgente et des secours d'urgence, d'organiser un réseau de prise en charge des patients sur la base de protocoles opérationnels de fonctionnement et d'organisation, d'apporter sans délai une réponse graduée et adaptée aux demandes d'aide médicale d'urgence et d'affirmer ainsi la complémentarité des moyens de santé des hôpitaux et des moyens du SDIS, afin de garantir une couverture optimale et équitable du territoire départemental en matière de santé publique liée au domaine de l'urgence. L'efficacité de l'organisation des urgences pré-hospitalières nécessitent une collaboration effective et renforcée entre les services d'aide médicale urgente (SAMU) et les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS). A cette fin, les différents partenaires passent une convention formalisant leurs relations et adaptant les principes nationaux de compétence issus des différents référentiels aux particularités locales.

Le SAMU et le SDIS organisent, chacun en ce qui le concerne, leurs interventions et assurent la maîtrise de leurs moyens.

1 MISSIONS RESPECTIVES ET COORDINATION DES DIFFERENTS ACTEURS

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 Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS), 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 ».

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 ».

1.1 Le Service Départemental d'Incendie et de Secours

Dans le cadre de ses compétences, le SDIS exerce les missions suivantes :

- 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 SDIS comprend un service de santé et de secours médical (SSSM), ce dernier exerce les missions suivantes :

- Surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers ;
- 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 dans le CGCT
- Aux opérations effectuées par le SDIS impliquant des animaux ou concernant les chaînes alimentaires ;
- Aux missions de prévision, de prévention et aux interventions du SDIS, dans les domaines naturels et technologiques, notamment lorsque la présence de certaines matières peut représenter des risques pour les personnes, les biens et l'environnement.

Le secours à personne se caractérise comme l'ensemble des missions du SDIS 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 médicaux ;
- 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 médicale 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 SAMU-SMUR, des médecins généralistes, des ambulanciers privés, voire du simple conseil ».

Enfin le SDIS n'est tenu de procéder qu'aux seules interventions qui se rattachent directement à ses missions de service public définies à l'article L1424-2. 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'administration.

1.2 Les Structures Hospitalières de Médecine d'Urgence

1.2.1 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 et les transporteurs sanitaires de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent les soins d'urgence appropriés à leur état », 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 SDIS ».

Le SAMU comporte un centre de réception et de régulation des appels (CRRA 15). Le SAMU assure la régulation médicale des situations d'urgence et pour atteindre cet objectif :

- assure une écoute médicale permanente,
- détermine et déclenche 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,
- organise, 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,
- veille à l'admission du patient.

Dans ce cadre, outre ses moyens propres et ceux du SDIS, 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 convention.

1.2.2 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.

Lorsque l'appel, considéré comme un secours à personne, parvient au centre de traitement des alertes du SDIS, il bénéficie de la régulation médicale du SAMU grâce à une interconnexion entre les deux centres de réception. Cette interconnexion permet, « dans le respect du secret médical, les transferts

réciroques d'appels et, si possible, la conférence téléphonique avec le centre de réception d'appels téléphoniques du SDIS ainsi que celui de la police et de la gendarmerie ».

1.2.3 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 santé. 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.

1.2.4 Les moyens hélicoptés

L'utilisation de l'hélicoptère de la sécurité civile (Dragon 25), de l'hélicoptère du SMUR (HELISMUR 21), de l'hélicoptère de la REGA 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.

Les modalités de mise en œuvre des moyens hélicoptés sont précisées dans un protocole entre les différents partenaires.

2 LE TRAITEMENT DE L'APPEL

La réception et le traitement de l'appel pour secours et soins d'urgence à toute personne en détresse représentent 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 de l'établissement hospitalier et le centre de traitement des alertes (CTA) 18 ou 112 du SDIS.

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 SDIS, 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.

2.1 Les supports des interconnexions des CTA - CRRA

La mise en œuvre d'une réponse adaptée aux besoins du patient nécessite des relations étroites entre le CTA et le CRRA 15. L'interconnexion est informatique et radiotéléphonique.

2.1.1 L'interconnexion informatique

Un interfaçage entre les logiciels propres au CRRA 15 et au CTA doit exister lorsque le logiciel d'interconnexion n'est pas commun.

Quelle que soit la solution informatique utilisée, certaines données de l'appel à partager en temps réel doivent apparaître simultanément sur les écrans du CRRA 15 et du CTA, notamment :

- la localisation et l'identification de l'appelant,
- la géolocalisation de moyens opérationnels disponibles autour du patient avant toute prise de décision
- la nature de l'appel,
- le suivi des interventions communes en cours,
- les données opérationnelles (horaires, délais).

Le bilan de la victime, lorsque celui-ci sera réalisé sous format informatique, devra être intégré par chacun des logiciels propres au CRRA 15 et au CTA.

2.1.2 L'interconnexion radiophonique ou téléphonique

Elle permet la bascule simple ou la mise en conférence à trois selon la nature de l'appel. Des lignes téléphoniques dédiées assurent la liaison directe entre le CRRA 15 et le CTA. Le réseau radio numérique commun (ANTARES), permet d'assurer le suivi et l'écoute conjoints 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.

2.2 Les procédures d'interconnexion (annexes IX et X)

Des procédures écrites d'interconnexion entre le CRRA 15 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 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 opérationnels propres au CTA et au CRRA 15. 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 (appelant, CRRA 15 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 SDIS été décidée par le médecin régulateur du SAMU.

Chaque centre informe l'autre lorsqu'il alerte les services de police ou de gendarmerie.

2.2.1 Les départs réflexes des moyens du SDIS 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 SDIS, c'est l'opérateur du CTA qui engage les moyens disponibles du SDIS, puis il transfère l'appel ou les informations au CRRA 15 en vue d'une régulation médicale.

Si l'appel de la personne en détresse parvient au CRRA, l'auxiliaire de régulation médicale demande au CTA l'engagement d'un moyen du SDIS 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.

► L'urgence vitale identifiée à l'appel

Les situations de départs réflexes 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 SDIS est justifié.

► **La voie publique ou le lieu public**

Lorsque l'appel ou l'alerte concerne un lieu situé sur la voie publique ou un lieu public, un départ réflexe du SDIS est justifié. Ces deux notions feront néanmoins l'objet de définitions partagées et validées par le groupe de suivi.

Toutefois, les accidents sans gravité d'origine traumatique périphérique (cheville, genou, coude, poignet, main) ne rentrent pas dans les présentes dispositions lorsque la victime se trouve dans une enceinte sportive ou dans un local sécurisé et adapté (ex. : infirmerie) d'un établissement scolaire ou d'une entreprise.

Les services publics sollicités veillent à inciter le requérant à se rendre par ses propres moyens dans la structure adaptée.

A défaut, le CRRA 15 peut solliciter le concours d'un transporteur sanitaire privé.

► **Les circonstances d'urgence**

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

2.2.2 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 urgente.

2.2.3 Les appels reçus au CRRA 15 à transférer au CTA

Tout appel arrivé au CRRA 15 et qui relève des missions spécifiques du SDIS, est transmis immédiatement au CTA avec bascule du requérant.

Il en est de même pour tout appel nécessitant l'engagement de moyens spécifiques et propres aux sapeurs-pompiers (ex. des accidents de circulation, des incendies...).

2.3 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 et les auxiliaires de régulation médicale (ARM) sur lesquels le médecin régulateur a une autorité fonctionnelle.

Le SDIS participe à l'aide médicale urgente. A ce titre, le médecin régulateur peut demander l'engagement des moyens du SDIS, moyens du SSSM compris, 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 SAMU fait immédiatement intervenir les SMUR. Le médecin régulateur peut solliciter en complément du SMUR ou seul, tout autre moyen adapté, notamment les moyens du SDIS.

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 CRRRA 15 et CTA. Cette interconnexion doit bénéficier des nouvelles techniques d'information et de communication (NTIC).

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 et adapté.

2.3.1 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 le patient ou l'appelant, 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 CRRRA.

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 qu'il s'agisse d'un secouriste ou d'un personnel de santé présent sur place.

2.3.2 Conseil médical téléphonique

Le conseil médical est un avis médical donné lors d'un entretien entre le patient ou 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.

2.4 Situations de carence

Un nombre croissant d'appels sur les numéros réservés au secours à personne ou à l'aide médicale urgente est identifié par l'ARM du CRRRA 15 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.

Dans le cas où la régulation médicale est dans l'impossibilité absolue de trouver un médecin dans le cadre de la permanence des soins (PDS) définie dans le cahier des charges départemental, le patient peut être transféré par un transporteur sanitaire privé vers la structure des urgences d'un établissement de santé proche de son domicile. En cas d'indisponibilité des transporteurs privés, les moyens du SDIS peuvent être sollicités et rémunérés dans le cadre d'une indisponibilité de transporteurs sanitaires privés car les moyens du SDIS n'ont pas vocation à se substituer aux transporteurs privés dans le cadre de l'AMU et de la PDS.

3 LA REPONSE ADAPTEE SELON LA NATURE ET LE LIEU D'ARRIVEE DE L'APPEL

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

A 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 l'issue fatale.

3.1 Les moyens de La réponse secouriste

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

► *Recours aux moyens sapeurs-pompiers secouristes sans VSAV*

Les équipes de secouristes sapeurs-pompiers sans VSAV sont néanmoins dotées du matériel de réanimation et d'un défibrillateur cardiaque. Elles 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.

► *Recours aux moyens sapeurs-pompiers avec VSAV*

Le VSAV est normalisé et possède 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 15. 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 sanitaire privé ou pour les missions ne relevant pas des dispositions relatives aux opérations de secours d'urgence, l'effectif du vecteur sapeur-pompier pourra être de 2 sapeurs-pompiers, en cohérence avec l'équipage d'une ambulance privée.

3.1.1 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 est de transmettre au CTA et au CRRA 15 les données du bilan initial complétées du rapport des gestes entrepris et de leurs résultats.

La transmission du bilan secouriste au CTA et au CRRA 15 se fait dans les meilleurs délais.

Bilans transmis au 15 :

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

Procédures de connexion :

Le bilan est transmis par radio (soit sous forme de bilan électronique au moyen des terminaux embarqués du VSAV soit en phonie), le cas échéant par téléphone. Tous les bilans, qu'ils soient transmis par radio ou par téléphone, font l'objet d'un enregistrement par le CTA, indépendamment de celui effectué par le CRRA 15.

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 (annexe VIII). 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 de terrain.

► 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 (annexe II).

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.

► 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 15 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 CTA et le CRRA 15.

► La fiche bilan

Le bilan fait l'objet d'un document (papier ou informatique) appelé « fiche bilan » qui est transmis à la structure d'accueil. Un double est conservé par le SSSM du SDIS. Un modèle est joint à l'annexe VIII. 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 par le chef d'agrès.

3.1.2 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 :

► Les moyens du 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 par le CRRA 15) et devra faire l'objet d'une étroite concertation avec le CTA-CODIS, en privilégiant autant que possible les moyens hélicoptérés (après évaluation médicale) ou hospitaliers (Ambulance de Réanimation), notamment pour les transports « distants ».

Dans le cadre des interventions pour secours à personne sans signe de gravité apparent pour le médecin régulateur, ce dernier peut proposer au chef d'agrès du VSAV de transporter la victime dans un cabinet médical de proximité. Après un rapide examen de la victime par le médecin du cabinet, le médecin régulateur décidera du devenir de la victime (transport au CH par le VSAV, maintien au cabinet médical, retour au domicile).

Les travaux en cours, conduits dans le cadre de l'harmonisation du SROS et des SDACR, relatifs à ces domaines, s'intègrent pleinement dans ces objectifs.

► 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 dans l'annexe III. 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 souhaitée pour déterminer la conduite ultérieure à tenir. A défaut d'une présence physique d'un médecin, le médecin régulateur du SAMU 25 prend contact immédiatement avec la famille.
- 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.

► 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 15. 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 ou chimique 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 IV est appliquée.

Certaines situations de refus, mettant en danger la victime elle-même ou son entourage, peuvent relever de soins sans consentement. Le chef d'agrès met alors en œuvre la procédure décrite à l'annexe V en relation avec la régulation médicale.

Le document joint en annexe IV est utilisé pour les « refus de transport ».

► Le relevage de personne

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, non blessée, 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 SDIS.

Lorsque l'appel ou l'alerte est reçu au SDIS, celui-ci transfère le requérant au CRRA 15 pour une régulation médicale.

Lorsque le médecin-régulateur qualifie la mission comme un relevage simple de personne, le CTA-CODIS engage au moins 2 sapeurs-pompiers secouristes dotés du matériel de réanimation et d'un défibrillateur externe automatisé.

Pour tout relevage, 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, laquelle peut aller du maintien au domicile après relevage à l'envoi d'un moyen adapté à la prise en charge nécessaire.

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 et/ou le SDIS de façon à faire assurer une prise en charge de la personne concernée par les services sociaux compétents. Le SDIS et le SAMU se tiennent informés de la démarche.

Une évaluation régulière des interventions de nature sociale est effectuée par le SDIS et le SAMU en lien avec les services sociaux appropriés.

► Les renforts de brancardage

Un renfort de brancardage peut être nécessaire à une équipe médicale engagée seule. La régulation médicale sollicite alors un renfort du SDIS 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 SDIS,
- la demande est formulée pour un brancardage simple pour renfort d'une équipe en intervention (équipage ambulancier, équipage de SMUR), ne nécessitant pas de moyens spécialisés. Cette demande doit rester exceptionnelle et le SDIS se réserve la possibilité de la refuser si ses ressources sont limitées. Dans ce cadre, il sera engagé une VL avec un équipage de 2 sapeurs-pompiers. La mission s'analyse comme une indisponibilité de transporteur sanitaire privé.

► Les ouvertures de porte

Cette mission est réalisée par le SDIS. Il est nécessaire d'obtenir les précisions nécessaires au bon déroulement de l'intervention, soit avec l'appelant ou avec les équipes présentes sur le lieu de l'intervention.

► Malade psychiatrique ou agité

Pour les demandes d'intervention sur la voie publique et dans des lieux publics non protégés, qui présentent par leur nature un risque d'aggravation ou de pauvreté des informations transmises lors de l'alerte, la mission reste une mission de service public. L'évacuation se fait exclusivement vers le service d'urgence le plus proche.

La rapidité requise dans ces circonstances justifie un envoi immédiat des moyens secouristes des services d'incendie et de secours.

Pour les autres lieux, en l'absence d'urgence vitale il n'est pas de ressort du SDIS de prendre en charge ces patients. Le SDIS, dans cette situation, n'engage les moyens adaptés qu'en cas d'indisponibilité des transporteurs sanitaires, au titre de la carence des transports sanitaires, en complément des forces de l'ordre et à la demande du CRRA 15. Le transport se fait exclusivement vers le service d'urgence le plus proche.

► **Demande d'un moyen de transport pour transférer un patient et/ou le personnel médical à partir d'un moyen hélicoptéré vers une structure d'urgence ou vice-versa**

Dans le cadre d'une mission hélicoptérée avec l'intervention du SDIS, l'acheminement du patient et/ou du personnel médical, est assurée par les moyens du SDIS.

Dans le cadre d'une mission hélicoptérée sans l'intervention du SDIS, l'acheminement du patient et/ou du personnel médical, est réalisé par les ambulanciers. En cas d'indisponibilité de ces derniers, le SDIS effectue cette mission au titre de la carence ou du soutien logistique aux SMUR.

3.2 Les infirmiers de Sapeurs-Pompiers dans le cadre des Secours Et 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, dans le respect du code de la santé publique et des compétences respectives du SDIS et des structures de médecine d'urgence et dans le cadre du rapprochement entre le SDACR et le SROS.

Les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) sont amenés à exercer leur profession auprès de différents employeurs et au sein de structures variées, dont les SDIS. 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 des patients dans le cadre de l'aide médicale urgente. Enfin, en aucun cas l'activité des infirmiers ne se substitue à celle des médecins.

3.2.1 Le cadre juridique de l'exercice des ISP

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

3.2.2 Les conditions générales d'emploi des ISP

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

Compte tenu du nombre d'infirmiers volontaires des SDIS exerçant leur activité 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 SDIS.

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

a) l'implantation

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 », les moyens du SDIS 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 au SDACR.

Les conditions de mise en cohérence entre le SROS et de 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 identifiées supra.

Le CRRA peut également demander au CTA l'engagement d'un ISP dans le cadre de l'AMU.

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.

3.2.4 *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 L1424-2 du CGCT 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 lieu d'exercice.

a. L'urgence justifiant une intervention dans le cadre exceptionnel

En ce qui concerne l'urgence, telle que définie au deuxième alinéa de l'article R.4311-14 du CSP, l'IDE peut agir en dehors de l'application d'un protocole : « en cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre d'un protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes les mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état ».

Par opposition avec le premier alinéa du même article, cette situation concerne 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.

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 d'exercice de l'infirmier, et en application des protocoles et comprennent :

- Les protocoles de soins d'urgence :

Ils sont prévus à l'article R.4311-4 alinéa 1 du CSP : « 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 est 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 R4311-8 du CSP : « l'infirmier est habilité à entreprendre et adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers. ».

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 CSP.

Les protocoles respectent les bonnes pratiques et les données actualisées de la science.

Ces pratiques 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 du SSSM.

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

c. Missions propres de l'infirmier

Les missions propres de l'infirmier sont définies aux articles R.4311-3 à R.4311-6, elles concernent notamment les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue.

3.2.5 Les principes de responsabilité

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

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

3.3 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 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, 4 types d'intervenants publics :

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

3.3.1 Les médecins correspondants du SAMU

Les médecins correspondants 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.

► Implantation

Le dispositif des médecins correspondants du SAMU a 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 et sont prises en compte dans le SDACR.

Les ARS 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 déjà sapeurs-pompiers volontaires.

Le médecin qui accepte d'être correspondant du SAMU signe, quel que soit son statut, un contrat avec l'établissement de 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 mission.

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

► **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.

► **Formation**

Le médecin correspondant du SAMU est formé à la médecine d'urgence. Cette formation est dispensée sous l'autorité 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.

► **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'Etat, 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.

► **Information mutuelle SAMU - SDIS**

Le SAMU et le SDIS se tiennent mutuellement informés de la liste des médecins correspondants du SAMU et de la liste des médecins sapeurs-pompiers à vocation opérationnelle.

► **Evaluation du dispositif**

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

3.3.2 Les médecins du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) des sapeurs-pompiers

Les médecins du service de santé et de secours médical du SDIS 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, constituer un relais compétent et formé apte à prendre en charge des victimes dans le cadre de l'urgence.

► **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 :

- CGCT : articles L1424-1 et suivants ;
- Code de la Sécurité Intérieure : articles R723-1 à R 723-91
- Loi n°96-370 du 3 mai 1996 modifiée relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers. ;

- Décret n°2000-1008 du 16 octobre 2000 modifié portant statut particulier du cadre d'emploi des médecins et des pharmaciens de sapeurs-pompiers professionnels ;
- Arrêté du 4 janvier 2006 relatif au schéma national des emplois, des activités et des formations des sapeurs-pompiers professionnels.

Les médecins sapeurs-pompiers, professionnels ou volontaires, sont membres du SSSM du SDIS. Ils sont placés sous l'autorité administrative du DDSIS.

► **La formation des médecins sapeurs-pompiers**

Ces médecins SP participent à l'activité opérationnelle du SDIS 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 DDSIS.

► **Les principes d'engagement des MSP dans le cadre des secours et des soins d'urgence**

Les médecins, alertés par l'intermédiaire du CTA, le cas échéant sur demande du CRRA 15, se rendent sur les lieux de l'intervention afin de prodiguer des soins médicaux adaptés aux victimes et patients. L'engagement des MSP concourt à l'aide médicale urgente. Les processus d'engagement sont inscrits dans le règlement opérationnel du SDIS arrêté par le Préfet.

Le CRRA peut solliciter le CTA pour 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, par l'intermédiaire du CTA, pour définir ensemble les suites de l'intervention.

► **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 SDIS dans les conditions prévues par la loi n°96-370 du 3 mai 1996 modifiée.

► **Les principes de responsabilité**

Lorsqu'un MSP intervient à la demande du CTA, la mission est placée sous la responsabilité du SDIS. Toute demande d'intervention d'un médecin sapeur-pompier volontaire par le CRRA doit, de ce fait, passer par le CTA.

3.3.3 *Les SMUR*

L'implantation des SMUR, mentionnée au 2° alinéa de l'article R.6123-1 du CSP, déterminée par le SROS et permet d'assurer la couverture du territoire. 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 à l'article 6312-7 du Code de la Santé Publique. 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 patient.

Les interventions des SMUR et celles des antennes de SMUR 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 cours.

Les personnels et les moyens de transports sanitaires (personnels, conducteur ou pilote, matériel, nécessaires à l'utilisation des moyens de transport terrestres, aériens ou maritimes mentionnés au premier alinéa de l'article D6124-12) peuvent être mis à la disposition de l'établissement autorisé dans le cadre de conventions entre cet établissement et des organismes publics et privés. 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 chapitre sur le financement, « *appui logistique au SMUR* »).

Cas particuliers de l'engagement du SMUR avec une Ambulance de Réanimation :

Lorsque l'équipe SMUR décide de se rendre sur intervention avec une Ambulance de Réanimation, il convient de respecter certaines précautions afin de garantir à la victime/patient, la meilleure prise en charge possible.

Aussi, lorsque l'intervention est réalisée avec les sapeurs-pompiers, l'équipe SMUR veille à informer le CTA du type de véhicule engagé (VL ou AR) afin que l'équipe sapeur-pompier sur le terrain « adapte » sa prise en charge de la victime.

Les modalités particulières de fonctionnement des SMUR et AR du CH de Lons-le-Saunier et du CH de Dole seront explicitées dans un protocole entre les différents partenaires, en concertation avec le CRRRA 15.

3.3.4 L'intervention médicale sur le terrain

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

- une équipe du 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 et appartenant au dispositif est seul présent, médecin sapeur-pompier 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'information 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.

4 LA DEMARCHE QUALITE

4.1 Organisation, procédures, comité de suivi

La démarche qualité regroupe 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.

Un comité de suivi départemental, constitué des responsables des services ou de leurs représentants, se réunit à périodicité au moins annuelle.

Il prend connaissance des tableaux de bord, analyse les événements indésirables et propose les mesures de correction. Chacun reste maître des informations recueillies. Ce comité de suivi rend compte de son activité lors des CODAMUPS-TS.

Une première liste indicative et temporaire de ces indicateurs figure en annexe VII.

En dernier lieu et en cas de litige ou de contentieux concernant la mise en œuvre et l'application de la présente convention, l'arbitrage du CODAMUPS pourra être demandé par l'une des parties signataires de la présente convention.

Une réunion regroupant les 4 SDIS, les SAMU et les CRRA 15 de Franche-Comté est organisée annuellement afin de mesurer l'application de la présente convention.

4.2 Evaluation des structures

L'évaluation des structures concerne les plates-formes et les moyens d'intervention. Des indicateurs multiples peuvent être déterminés.

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

4.3 Données quantitatives et qualitatives

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 ANTARES doit devenir la règle.

4.3.1 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, hebdomadaires, mensuels et annuels.

4.3.2 Les délais

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

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

5 LE FINANCEMENT

5.1 Missions du SDIS assurées par le SDIS

Le SDIS intervient dans le cadre de ses missions propres de secours d'urgence et de prompt secours telles que précisées dans le référentiel commun portant organisation du secours à personne et de 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 CRR) 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.

5.2 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 des SDIS.

L'article R.1242-42 du CGCT précise que le SDIS n'est tenu de procéder qu'aux seules interventions qui se rattachent directement à ses missions de service public définie à l'article L.1424-2 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 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.

5.3 Appui Logistique au SMUR

Un établissement de santé peut faire fonctionner un SMUR « s'il dispose des personnels, conducteur ou pilote, ainsi que du matériel, nécessaires à l'utilisation des moyens de transport terrestres, aériens ou maritimes. Les personnels et les moyens de transports sanitaires mentionnés au premier alinéa peuvent être mis à disposition de l'établissement autorisé dans le cadre de conventions entre cet établissement et les organismes publics ou privés. 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 ».

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

La mise à disposition des certains moyens du SDIS en appui logistique des SMURS 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 SDIS. La convention est susceptible de faire l'objet d'un avenant annuel.

5.4 Evacuation par indisponibilité des Transporteurs Sanitaires Privés

Les interventions effectuées par les 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 L1424-2 (missions propres des SDIS) font l'objet d'une prise en charge financière par les établissements de santé, siège des services d'aide médicale urgente.

Les conditions de cette prise en charge sont fixées par une convention entre le SDIS 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 2006.

L'indisponibilité est avérée lorsque les transporteurs sanitaires privés sont dans l'impossibilité de répondre à la demande de transport sanitaire faite par le CRRRA 15, faute de moyens matériels ou humains mobilisables, dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient.

Les critères qui caractérisent l'indisponibilité ambulancière et les trois modalités financières applicables sont les suivantes :

- Une indemnisation pour intervention déterminée entre le SDIS et le centre hospitalier, plafonnée aux tarifs appliqués aux transports sanitaires privés. Cette possibilité n'est accessible qu'aux SDIS qui avaient déjà établi avec le centre hospitalier une convention d'indemnisation dite « de carence » avant le 7 décembre 2007.
- Un forfait englobant l'ensemble des interventions, établi en début de chaque année, notamment sur la base du nombre d'interventions constatées précédemment. La moyenne des interventions pour 10 00 habitants, mentionnée à l'article 4 de l'arrêté du 30 novembre 2006, sur la base des statistiques conjointes du ministère de l'intérieur et du ministère de la santé portant sur les années 2005 et 2006
- Une indemnisation par intervention sur la base du montant arrêté par les ministres en charge de l'intérieur et de la santé.

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, ces dispositions s'appliquent.

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

5.5 Relevage et Brancardage

Dans certains cas, le SAMU peut solliciter le SDIS, 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.

Ces missions sont développées plus haut dans le document.

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 SDIS, ou leurs représentants.

Un bilan pourra être présenté en CODAMUPS-TS

La mission de relevage ne donne pas lieu à facturation.

La mission d'aide simple au brancardage, sans moyens techniques particuliers, s'analyse comme une indisponibilité de transporteur sanitaire privé et sa valeur est fixée à 75% du montant d'une carence et sera indemnisée par le CHRU siège du CRRRA 15.

5.6 Missions ne relevant pas du SDIS

Conformément aux dispositions de l'article L 1424-1 et suivants du CGCT, pour les interventions ne relevant pas directement des missions du SDIS, il sera demandé à l'hôpital siège du SAMU ou du SMUR une participation aux frais, déterminée par délibération du Conseil d'Administration du SDIS, qui peut être fixée au même tarif que la carence ou le soutien logistique au SMUR.

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

- Transport d'une victime ou d'une équipe médicale d'une DZ (Drop Zone) vers l'hôpital ou le chevet de la victime, ou réciproquement (lorsque le SDIS ne participe pas par ailleurs à l'intervention) – à la charge du CH demandeur,
- Accueil et assistance d'un moyen hélicoptère (ouverture et éclairage d'une DZ) - (lorsque le SDIS ne participe pas par ailleurs à l'intervention) – à la charge du CH demandeur,
- Transport secondaire (intra-hospitalier, inter-hospitalier et inter établissement de soins) - – à la charge du CH demandeur,
- Transport d'une équipe médicale pour greffe – à la charge du CRRRA 15,
- Hospitalisation sans le consentement de la victime – à la charge du CRRRA 15,

- Soutien logistique aux SMUR (conduite de la VRM notamment) – à la charge du CH demandeur.

6 AXES DE PROGRES, EVOLUTIONS DU DISPOSITIF

L'interopérabilité des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile, dont le principe a été établi par la loi de modernisation de la sécurité civile de 2004 (art.9), constitue l'axe stratégique commun pour la modernisation des systèmes d'information et de communication.

Le réseau ANTARES, spécifié pour les applications opérationnelles de sécurité civile, tant des SAMU que des SDIS, constitue le référentiel technique d'interopérabilité qui s'impose à l'ensemble des systèmes d'information et de communication opérationnelles des services publics.

L'exploitation commune d'ANTARES par les centres opérationnels des SDIS et SAMU (CRRRA, CTA), constitue parmi tous les systèmes d'interconnexion, le minimum de coordination interservices en situation courante comme en situation de crise.

En exploitant ANTARES conformément aux référentiels techniques d'interopérabilités, les systèmes d'information des SDIS et SAMU doivent permettre la collaboration entre CRRRA et CTA eux-mêmes ou bien sur le terrain entre un chef d'agrès et un CRRRA 15.

Une convention relative à l'interconnexion entre le CRRRA 15 de Besançon et le CTA du Jura du 16 avril 2013 précise les modalités d'exploitation du réseau ANTARES par le CHRU de Besançon et le SDIS du Jura ainsi que la répartition de la charge financière pour l'utilisation des ressources ANTARES via le CTA.

7 POINTS DIVERS

7.1 Relations avec Les Medias

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.

7.2 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.

Il est nécessaire que la population soit régulièrement informée du bon usage du dispositif de l'aide médicale urgente et des secours aux personnes.

7.3 Traitement des Appels de téléalarmes

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

7.4 Plateformes Télé Médico-Sociales et Sanitaires

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.

7.5 Formation

Les différents partenaires à la présente convention peuvent organiser au bénéfice des différents acteurs médicaux et paramédicaux des actions de formation continue d'aide médicale urgente et de secours d'urgence, ainsi que le partage des règles de bonnes pratiques professionnelles.

7.6 Récupération du Matériel

Dans l'intérêt du patient, il arrive fréquemment que du matériel secouriste, soit laissé avec le patient au cours de la prise en charge hospitalière. Les services accueillant les patients doivent s'efforcer de libérer rapidement le matériel du VSAV.

8 MISE EN ŒUVRE ET DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention s'accompagne de la mise en œuvre des conventions secondaires prévues au chapitre V de celle-ci. Elle est conclue pour une durée d'un an à compter de la date de signature du Préfet du Jura.

Elle abroge la convention du 1^{er} mars 2007 relative à la coopération SAMU / SDIS 39 / Transporteurs sanitaires privés dans le domaine de l'aide médicale urgente et des secours d'urgence.

Elle est renouvelable par tacite reconduction sauf dénonciation par l'une des trois parties signataires avec un préavis de trois mois par lettre recommandée avec avis de réception avant la date d'échéance.

Fait à Lons-le-Saunier, le

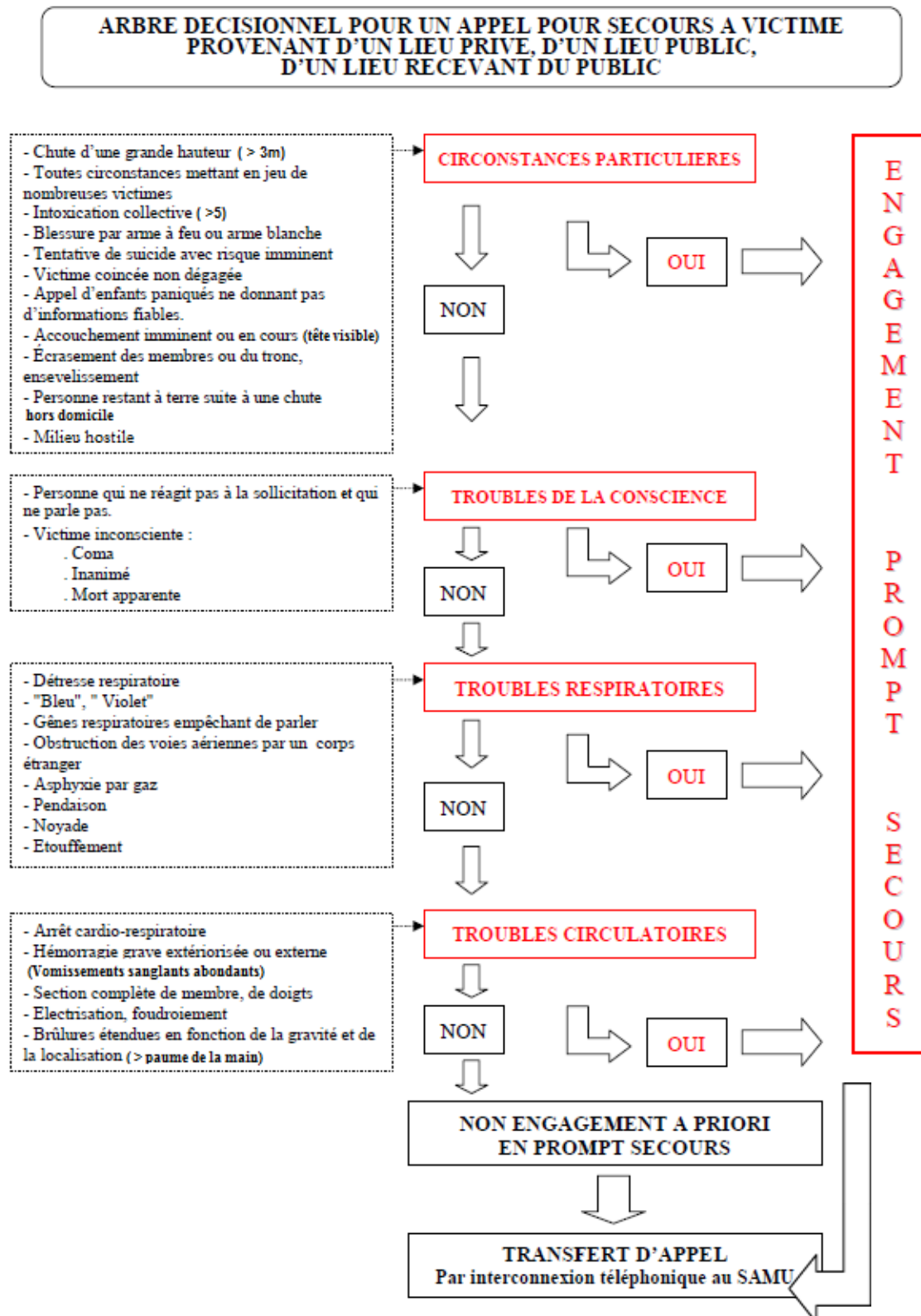
Le Président du Conseil d'Administration
du SDIS du Jura

Le Préfet du Jura

Le Directeur général du CHU de Besançon

Le Directeur du CH de Lons-le-Saunier

ANNEXE I – ARBRE DECISIONNEL D'ENGAGEMENT



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 (mise en PLS, rassurer...)
- Le contexte (foule, public...) où la notion de délai d'intervention peut devenir prépondérante.

* Dans les cas de tentative de suicide, si le risque imminent n'est pas détecté à la prise d'appel, il peut l'être ensuite par la régulation qui peut alors solliciter secondairement l'envoi de moyens sapeurs-pompiers.

ANNEXE II - 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».

Affections, sauf chez l'enfant en bas âge, la personne âgée et la personne handicapée

- Contusions, plaies et brûlures simples,
- Traumatismes bénins 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 III - 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 IV - LA VICTIME REFUSE L'EVACUATION

La victime prise en charge par les secours 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 soit 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, ou autres moyens à sa disposition, 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 refus de transport est un document écrit dans lequel une personne indique son refus de recevoir les soins et/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.

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 avis médical (régulation ou médecin SMUR).

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.

REFUS DE TRANSPORT

intervention n°

Je certifie Mme, Melle, Mr :

Nom.....Prénom.....

Né (e) le :/...../..... à :dép :

Domicilié(e) :
.....rue

(ville).....(code postal).....

victime ce jour àh.....

d'un :

- accident de la voie publique, accident du travail
- d'un malaise sur la voie publique, à domicile (rayer les mentions inutiles)
- autres (préciser)

me plaindre :

- d'aucunes douleurs (rayer les mentions inutiles)
- de : (préciser).....

et présenter :

- aucunes lésions apparentes (rayer les mentions inutiles)
- les lésions suivantes :
(préciser).....
.....

Conscient

- de mon état,
- de l'état de l'enfant dont je suis le tuteur ou le responsable, (rayer les mentions inutiles)

et des risques encourus, je refuse mon transport par les sapeurs-pompiers de
pour subir un examen médical complémentaire ordonné par :

- le docteur en médecine (nom,prénom,fonction)
.....présent sur place
- le médecin régulateur du SAMU du Jura (rayer les mentions inutiles)

A :

Le :/...../.....

Signature de la victime
(ou du tuteur ou du responsable)

Signature du chef d'agrès
(grade, nom, prénom)

Signature d'un témoin
(nom, prénom, adresse ou fonction)

A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU BILAN SECOURISTE A ADRESSER AU S.S.S.M. 39

ANNEXE V - 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'admission d'un patient en soins psychiatriques 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'admission d'un patient en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat 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'admission d'un patient en soins psychiatriques sur demande d'un tiers (art L.3212-1 du CSP)

I. - Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

1° Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;

2° Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1.

II. - Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission :

1° Soit lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci.

La forme et le contenu de cette demande sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

La décision d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours, attestant que les conditions prévues aux 1° et 2° du I du présent article sont réunies.

Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins ;

2° Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade.

Dans ce cas, le directeur de l'établissement d'accueil informe, dans un délai de vingt-quatre heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

Lorsque l'admission a été prononcée en application du présent 2°, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts.

2- L'admission d'un patient en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (art L.3213-1 du CSP)

I - Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques 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. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui assure la prise en charge de la personne malade.

Lorsque les éléments du dossier médical du patient font apparaître qu'il a fait l'objet d'une hospitalisation ordonnée en application des articles L. 3213-7 du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale ou a fait l'objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat, d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3 du présent code et qu'une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1, une sortie de courte durée mentionnée à l'article L. 3211-11-1 ou la levée de la mesure de soins est envisagée, le psychiatre qui participe à sa prise en charge en informe le directeur de l'établissement d'accueil qui le signale sans délai au représentant de l'Etat dans le département. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque les mesures de soins susmentionnées ont pris fin depuis au moins dix ans.

Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 :

1° Le certificat médical mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 3211-2-2 ;

2° Le certificat médical et, le cas échéant, la proposition mentionnés aux deux derniers alinéas du même article L. 3211-2-2

II.- Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2, le représentant de l'Etat dans le département décide de la forme de prise en charge prévue à l'article L. 3211-2-1, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

Dans l'attente de la décision du représentant de l'Etat, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

3- Dispositions communes aux deux modes d'admission sans consentement

La victime est transportée vers la structure hospitalière adaptée.

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

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 à la victime. La contention physique et la maîtrise de la victime ne sont pas du ressort des sapeurs-pompiers.

ANNEXE VI - Liste des protocoles SDIS 39 applicables par les infirmiers de sapeurs-pompiers SSSM notés sur la LAO

- Protocole n°1 : Voie veineuse dite d'attente
- Protocole n°2 : Prélèvements sanguins
- Protocole n°3 : Oxygénothérapie normobare
- Protocole n°4 : Arrêt cardio-respiratoire de l'adulte
- Protocole n°5 : Le choc hypovolémique
- Protocole n°6 : Les brûlures graves
- Protocole n°7 : Les crises d'asthme
- Protocole n°8 : Les douleurs thoraciques
- Protocole n°9 : L'hypoglycémie symptomatique
- Protocole n°10 : Le choc anaphylactique
- Protocole n°11 : Le traitement de la douleur de l'adulte et grand enfant
- Protocole n°12 : les convulsions de l'enfant
- Protocole n°13 : les convulsions de l'adulte

ANNEXE VII - LES 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.

Bilan des appels reçus au CTA et au CRRA

- Nombre total d'appels reçus,
- nombre d'appels décrochés par un opérateur sans qu'une suite soit nécessairement donnée,
- nombre d'appels perdus,
- pourcentage d'appels décrochés immédiatement, dans la minute,
- pourcentage d'appels perdus, répartis selon le délai d'attente (<10", <30", <60", >60"),
- temps moyen ou médian d'attente avant décroché,
- nombre d'appels ayant été transférés, 15-18, 18-15,
- nombre d'appels ayant donné lieu à une conférence à trois,
- nombre d'affaires co-traitées.

Nombre d'affaires médicales ou de secours à personne

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 : AMB, ATSU, UMH, SMUR, VSAV, VSAV en carence, PRSEC.

Nombre de missions du SDIS déclenchées après régulation médicale selon leurs caractéristiques : UMH, VSAV, VSAV en carence, etc.

Nombre de missions SMUR déclenchées après intervention du SDIS

Cas particuliers

- Nombre d'interventions par indisponibilité de transporteurs privés,
- nombre d'interventions pour bilans complémentaires/levées de doutes, suivies ou non de transports,
- nombre d'interventions pour relevage suivies ou non de transports,
- nombre d'interventions pour renforts de brancardage, avec et sans moyens spéciaux,
- nombre d'interventions par indisponibilité de médecins libéraux.

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'initiation du transfert téléphonique vers le 15 ou réciproquement du 15 vers le 18.

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 SP ou du SMUR en intervention au CTA et/ou au CRRA : 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.

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 de 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).

Motifs d'intervention : Pourcentage d'interventions sur décision du CTA correspondant aux missions propres du SDIS par rapport au nombre de missions totales décidées par le CTA.

Lieu d'intervention : Pourcentage d'interventions à la demande du CRRA 15 et/ou du CTA à domicile, sur la voie publique (ou lieu public) et en tout autre endroit.

Interventions non suivies de transport : 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 : 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 semi automatique : Le DSA constitue un reflet assez précis de la qualité de la couverture opérationnelle par les moyens du SDIS 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 DSA 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.

GRILLE De TRANSMISSION DU BILAN SECOURISTE DU S.D.I.S. 39

Intervention n°

Date : / /

Transmis par : (nom, prénom, fonction)

SAMU 39 ICI VSAB		A (heure)						
JE ME TROUVE (adresse)								
Sur VP	Dans un lieu public	A domicile	Sur le lieu de travail					
NOUS INTERVENONS POUR : DOULEUR THORACIQUE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CHUTE > 3 METRES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BLESSÉ PAR ARME <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> INTOXICATION PAR MÉDICAMENTS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AUTRES : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
EN PRESENCE D' : UNE FEMME <input type="checkbox"/> UN HOMME <input type="checkbox"/> UN ENFANT <input type="checkbox"/> de ans ou de mois EN ARRÊT RESPIRATOIRE <input type="checkbox"/> INCONSCIENT <input type="checkbox"/>								
QUI SE PLAINT D'AUCUNE DOULEUR <input type="checkbox"/> QUI SE PLAINT DE :								
DOULEURS	CRANE	FACE	THORAX	RACHIS	ABDOMEN	BASSIN	MEMBRE SUP.	MEMBRE INF.
TRAUMATISME								
PLAIE								
FRACTURE								
HÉMORRAGIE (localisation)								
AGITATION <input type="checkbox"/> PERTE DE CONNAISSANCE INITIALE <input type="checkbox"/> NAUSÉES VOMISSEMENT <input type="checkbox"/> PARALYSIE <input type="checkbox"/> PALPITATIONS <input type="checkbox"/> CONVULSIONS <input type="checkbox"/> ÉTAT ÉBRIEUX <input type="checkbox"/> AUTRE :								
IL/ELLE EST BIEN CONSCIENTE <input type="checkbox"/> LA VENTILATION EST NORMALE ET EFFICACE <input type="checkbox"/> POULS /mn Tension /mmHg Fréquence ventilatoire mm SPO2 % sans O2 DEMANDONS AUTORISATION DE TRANSPORT SUR :								
LIEU : REFUSE SON TRANSPORT <input type="checkbox"/> N'ASSURONS PAS LE TRANSPORT, VICTIME PRISE EN CHARGE PAR : POLICE/GENDARMERIE <input type="checkbox"/> FAMILLE <input type="checkbox"/> TIERS <input type="checkbox"/> MÉDECIN <input type="checkbox"/> LAISSÉ SUR PLACE APRÈS L'AVIS : h mn DU MÉDECIN SUR PLACE <input type="checkbox"/> Dr DU MÉDECIN RÉGULATEUR <input type="checkbox"/>								
URGENCE RELATIVE								
URGENCE ABSOLUE								

PARLE : normalement incompréhensible ne parle pas
 OUVRE LES YEUX : seule sur ordre jamais
 REAGIT À LA DOULEUR : oui non

Fréquence ventilatoire de /mn Ample superficielle Difficile Pausées
 SPO2 à % sans O2 ou avec /mm d'O2 Sifflement, bruyante Cyanosée

Pouls radial perçu /mn non perçu
 sinon fémoral /mn non perçu irrégulier
 sinon carotidien /mn régulier
 Tension artérielle : mmHg Imprenable pâleur surur

QUI SOUFFRE DE :

CRANE	FACE	THORAX	RACHIS	ABDOMEN	BASSIN	MEMBRE SUP.	MEMBRE INF.
TRAUMATISME							
PLAIE							
FRACTURE						O	F
BRÛLURE	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
HÉMORRAGIE (localisation)							

NE BOUGE PAS LES JAMBES NE BOUGE PAS LES BRAS
 NE PERÇOIT PAS LE PINCEMENT SUR LA MAIN SUR LA JAMBE
 AUCUN TROUBLE DE LA MOTRICITÉ OU DE LA SENSIBILITÉ

Observations / antécédents / médicaments :

GESTES EFFECTUÉS

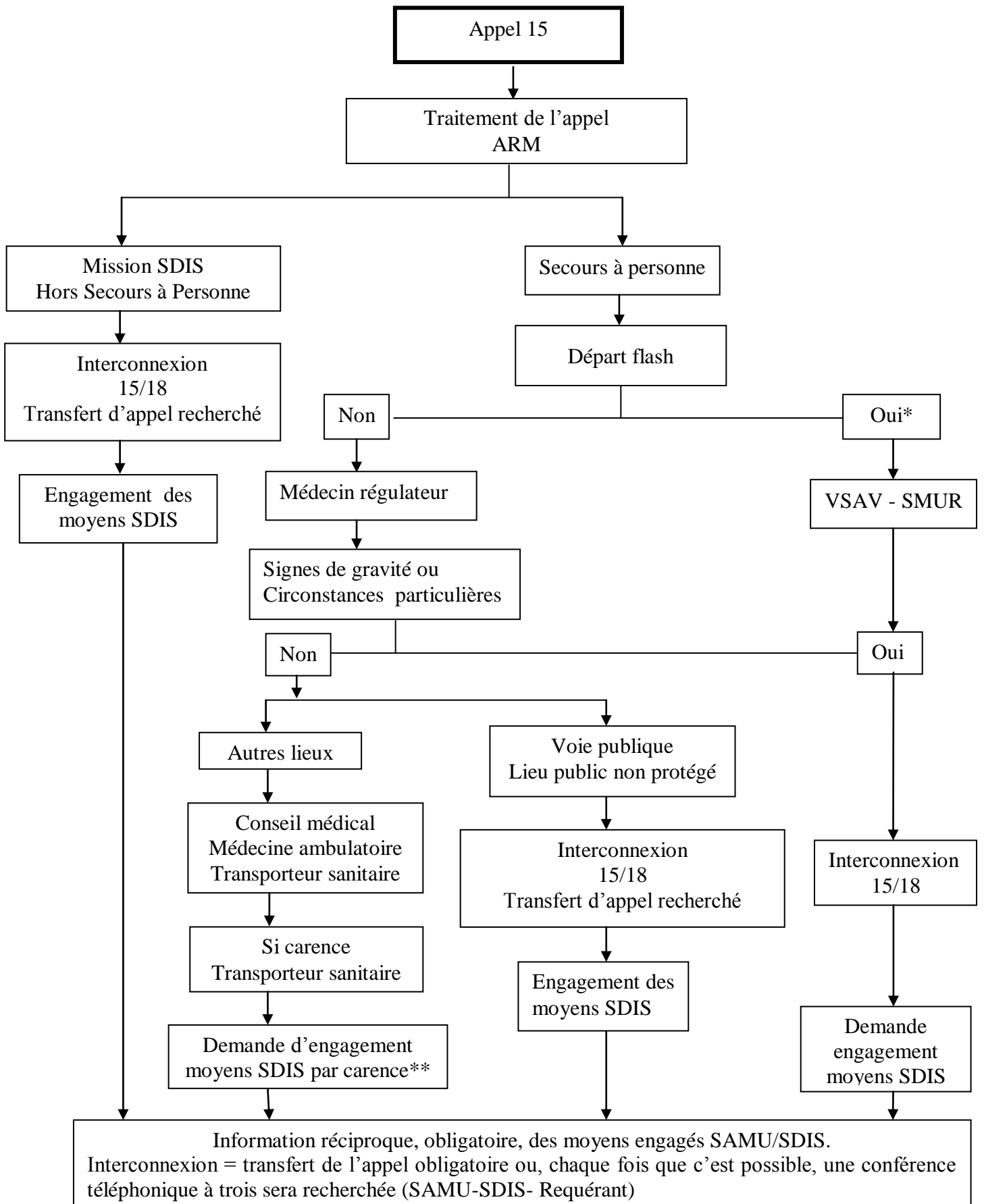
LVA Coquille Collier cervical Attelle Pansement Compression
 PLS 1/2 Assis Jambes surélevées Pansement compressif
 Oxygène /mn RCP D.S.A. Nombre de chocs :

Autres soins pratiqués :

TRANSPORT NON MÉDICALISÉ MÉDICALISÉ LAISSER SUR PLACE DCD
 PAR VSAB UMH AMBULANCE PRIVÉE HÉLICO TRANSPORT DE CORPS
 MÉDICALISÉ PAR : MÉDECIN SMUR MÉDECIN INFIRMIER(IE) SP AUTRE MÉDECIN

ANNEXE IX - PROTOCOLE DE TRAITEMENT D'ALERTE SAMU/SDIS

RECEPTION D'APPELS AU CRRA 15

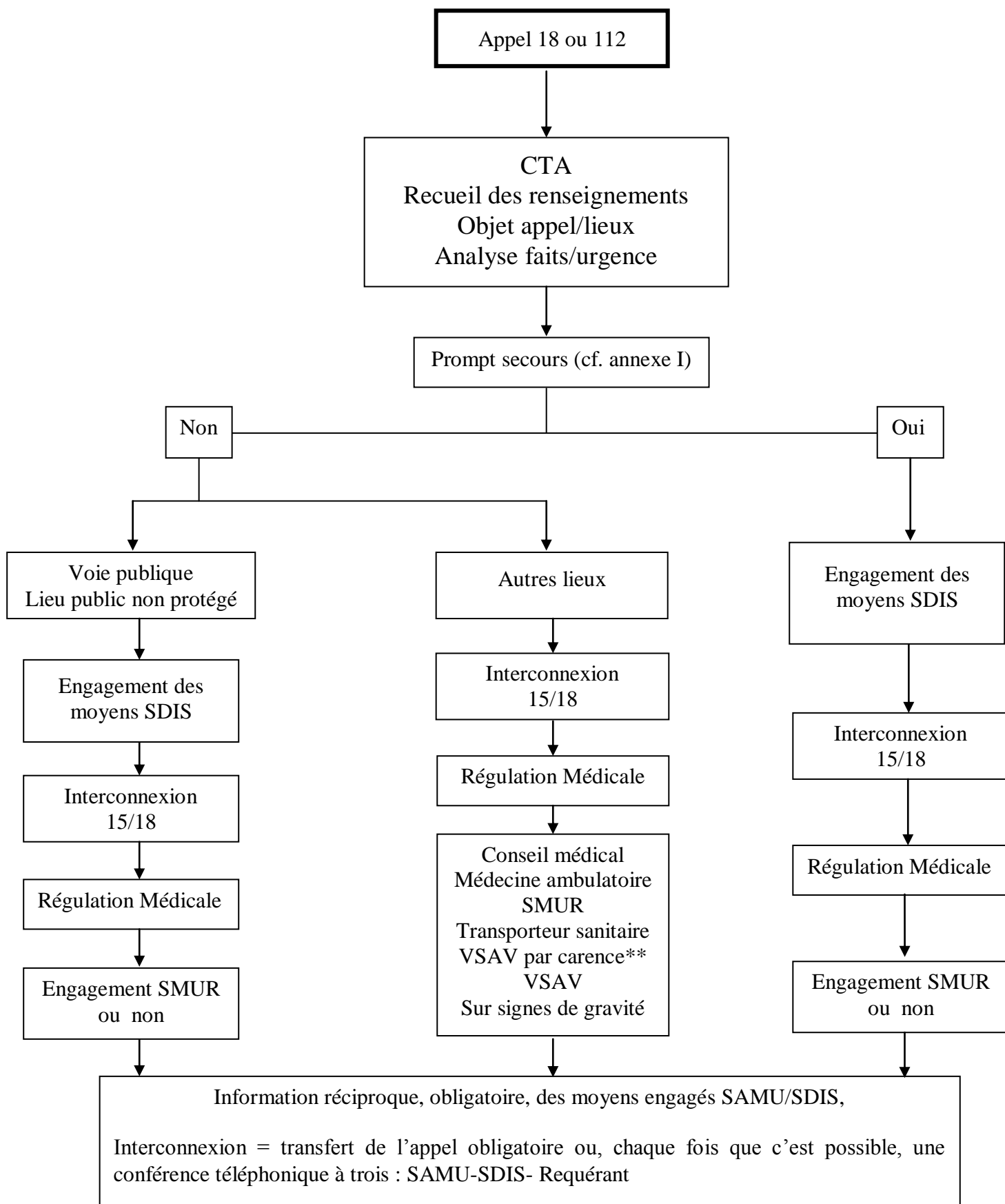


* pour le CRRA, l'engagement de moyens dans cette situation relève d'une procédure interne détaillée dans le règlement intérieur

** le CRRA informe l'appelant que la mission a été confiée aux pompiers en précisant l'heure de transfert de mission

ANNEXE X - PROTOCOLE DE TRAITEMENT D'ALERTE SDIS/SAMU

RECEPTION D'APPEL AU 18/112



** le CRRA informe l'appelant que la mission a été confiée aux pompiers en précisant l'heure de transfert de mission

10 GLOSSAIRE

AMU	Aide Médicale Urgente
ANTARES	Adaptation Nationale des Transmissions Aux Risques et Aux Secours
ARS	Agence Régionale de Santé
ARM	Auxiliaire de Régulation Médicale
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CGCT	Code Général des Collectivités Territoriales
CIS	Centre d'Intervention et de Secours
CODAMUPS-TS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence de Soins et des Transports Sanitaires
COS	Commandant des Opérations de Secours
CRRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
CSP	Code de la Santé Publique
CTA	Centre de Traitement des Appels
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DEA	Défibrillateur Externe Automatisé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DOS	Directeur des Opérations de Secours
ENSOSP	Ecole Nationale Supérieure des Officiers de Sapeurs-Pompiers
GRIMP	Groupe de Recherche et d'Intervention en Milieu Périlleux
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INPT	Infrastructure Nationale Partagée des Transmissions
ISP	Infirmier de Sapeur-pompier
INFOCERT	Organisme de Certification
INFOSDIS	Système informatique de recueil de donnée de la sous-direction des Sapeurs-Pompiers
MSP	Médecin de Sapeur-pompier
NIT	Note d'Instruction Technique
NTIC	Nouvelles Techniques de l'Information et des Communications
ONDAM	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
PDS	Permanence Des Soins
RFGI	Réseau Flotte Groupe Identifiant
SAMU	Structure d'Aide Médicale Urgente
SDA	Sélection Directe à l'Arrivée
SDACR	Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SIC	Système d'Information et de Communication
SIS	Service d'Incendie et de Secours
SMS	Short Message Service
SMUR	Structure Mobile d'Urgence et Réanimation
SP	Sapeur-pompier
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSSM	Service de Santé et de Secours Médical
SSU	(Réseau radio commun de) Secours et Soins d'Urgence
SVI	Serveur Vocal Interactif
VLI	Véhicule Léger Infirmier
VLM	Véhicule Léger Médicalisé
VSAV	Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes