

 <b>Pôle Métier</b>	<b>INSTRUCTION OPERATIONNELLE</b>		<b>Création :</b> Mars 2009
	<b>013</b>	<b>Secours à personnes (SAP) Tronc commun et interventions particulières</b>	<b>Mise à jour</b> Novembre 2015
	<b>SAP</b>		<b>Annexes :</b> 23
<b>Références</b>	<p>CGCT : partie législative Art L1424-2 : Missions des SDIS</p> <p>Code Civil</p> <p>Code de la santé publique</p> <p>Code de procédure pénale</p> <p>Code de la sécurité intérieure partie législative, Livre VII Sécurité civile articles L711-1 à L742-15</p> <p>Arrêté 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel SAP</p> <p>Circulaire du 14 octobre 2009 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009</p> <p>Convention bipartite SAMU / SDIS du 17 novembre 2011</p> <p>Protocole d'accord Police /Gendarmerie / SDIS du 3 juin 2013</p>		
<b>Mots clés</b>	Secours à personnes – transport – victime – hospitalisation – cas particuliers		

La présente instruction opérationnelle a pour objectif de déterminer les modalités d'application et de mise en œuvre du référentiel secours à personnes et de donner une conduite à tenir sur différents cas particuliers.

La présente ITOP annule et remplace l'ITOP 09-03, l'ITOP 017 (AVC) ainsi que les NSD 04-13 et 06-08.

## I – A quelles situations devons nous répondre ?



**Secours à personnes**



**Transport**



**Cas particuliers**



## II – Règles opérationnelles dans le domaine du secours à personnes :

### Les règles générales:

- L'engagement des moyens du SDIS dans le domaine du secours à personnes Annexe 1
- Quelques définitions Annexe 2
- Le droit de l'usager Annexe 3
- Rôle du CTA / CODIS Annexe 4
- Rôle du CDA VSAV Annexe 5
- Rôle de l'officier santé CODIS Annexe 6

### Les règles particulières:

- Prise en charge d'un mineur non accompagné Annexe 7
- Suspicion de maltraitance Annexe 8
- Soins psychiatriques Annexe 9
- Contention physique Annexe 10
- Refus de prise en charge ou de soins Annexe 11
- Transport de détenu Annexe 12
- Transport de personne décédée Annexe 13
- Transfert préalable d'une victime vers un médecin de secteur Annexe 14
- Etat d'ébriété Annexe 15
- Accouchement sous le secret Annexe 16
- Transfert inter-hospitalier ou intra-hospitalier Annexe 17
- Scène de crime ou de mort violente Annexe 18
- Carence ambulancière - carence SMUR – convention AMU Annexe 19
- Victime d'une agression sexuelle Annexe 20
- Prise en charge d'une victime dans un poste de police Annexe 21
- Prise en charge d'une personne victime d'un AVC Annexe 22
- Le nombre maximum de personnes transportées dans un VSAV Annexe 23

Dans le cadre du retour d'expérience, vous voudrez bien faire part au Bureau des opérations des difficultés rencontrées dans l'application de la présente ITOP.

Le Directeur départemental des services  
d'incendie et de secours de la Loire



Colonel René DIES

<b>ITOP 013</b>	<b>Annexe 1 : L'engagement des moyens du SDIS dans le domaine du secours à personnes</b>	<b>Mise à jour : Janvier 2015</b>
-----------------	--	-----------------------------------

Les SDIS concourent, avec les autres services et professionnels concernés, à la protection et à la lutte contre les accidents, sinistres et catastrophes, à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels ainsi qu'aux secours d'urgence.

**L'engagement des moyens du SDIS dans le domaine du secours à personnes doit obligatoirement faire l'objet d'une régulation médicale du CRRA 15.**

**Sous conditions des DEPARTS REFLEXES ci-dessous, l'engagement des moyens du SDIS pourra avoir lieu avant la régulation médicale.**

<b>LES DEPARTS REFLEXES</b>	<b>→ ENGAGEMENT IMMEDIAT DES MOYENS AVANT LA REGULATION MEDICALE DU CRRA 15</b>
<p><b>PROMPT SECOURS :</b></p> <p><b>Situations d'urgence vitale identifiées ou suspectées à l'appel <u>quelle que soit la localisation (domicile ou non)</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Arrêt cardio-respiratoire (patient inconscient sans mouvement ventilatoire ou gasps),</li> <li>➤ Détresse respiratoire,</li> <li>➤ Suspicion d'accident vasculaire cérébral (Cf. annexe 22),</li> <li>➤ Altération de la conscience,</li> <li>➤ Hémorragie grave extériorisée ou externe,</li> <li>➤ Section complète de membres, de doigts,</li> <li>➤ Brûlure grave,</li> <li>➤ Accouchement imminent ou en cours,</li> <li>➤ Ecrasement de membre ou du tronc, ensevelissement.</li> </ul>
<p><b>Les circonstances particulières de l'urgence <u>quelle que soit la localisation (domicile ou non)</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Noyade,</li> <li>➤ Pendaison,</li> <li>➤ Electrisation, foudroiement,</li> <li>➤ Personne restant à terre suite à une chute,</li> <li>➤ Rixe ou accident avec plaie par arme à feu ou arme blanche,</li> <li>➤ Accident de circulation avec victime,</li> <li>➤ Incendie ou explosion avec victime,</li> <li>➤ Intoxication collective,</li> <li>➤ Toute circonstance mettant en jeu de nombreuses victimes,</li> <li>➤ Tentative de suicide avec risque imminent.</li> </ul>
<p><b>Secours à personnes sur la voie publique ou dans les lieux publics</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Engagement des moyens du SDIS <b>quelle que soit la gravité</b> pour les opérations se situant sur la voie publique, les lieux publics et les établissements recevant du public.</li> </ul>

**APPELS RECUS PAR LE CTA ET NE NECESSITANT PAS L'ENGAGEMENT  
DES MOYENS DU SDIS AVANT LA REGULATION MEDICALE DU CRRA 15**

- les appels concernant la permanence des soins (médecin de garde...),
- les demandes de transports sanitaires privés,
- les demandes de renseignements ou de conseils médicaux,
- Toutes demandes ne nécessitant pas un **départ réflexe**.

**Notion de conférence à trois :**

- le requérant et les différents acteurs sont informés du début et de la fin de la conversation à trois,
- respect du secret médical et professionnel,
- l'opérateur doit signaler sa présence au médecin régulateur et se retire de la conversation à la demande de ce dernier.



Lorsque l'urgence vitale n'est pas identifiée mais suspectée par l'opérateur qui reçoit l'appel, un départ réflexe est justifié : le doute profite à la victime.

<b>ITOP 013</b>	<b>Annexe 2 : Quelques définitions</b>	<b>Mise à jour :</b> Janvier 2015
-----------------	--	--------------------------------------

<p><b>La régulation médicale</b></p>	<p>Acte médical pratiqué au téléphone qui repose, chaque fois que cela est possible, sur un entretien entre le médecin régulateur du CRRA 15 et le requérant ou une personne de l'environnement de la victime. Elle a pour but de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à l'état du patient, puis, si nécessaire, d'orienter le patient directement vers une unité d'hospitalisation appropriée.</p> <p>La régulation médicale est obligatoire. Elle pourra avoir lieu <b>après le départ réflexe des moyens du SDIS</b> (Cf. annexe 1).</p>
<p><b>Le conseil médical téléphonique</b></p>	<p>Avis médical donné lors d'un entretien entre l'appelant et le médecin régulateur du CRRA 15. Les sapeurs-pompiers n'interviennent pas dans le cadre de cette activité. Ce conseil ne peut se substituer à une consultation médicale si celle-ci s'avère nécessaire. Il concerne par contre également les instructions données à l'entourage de la personne en détresse ou de la victime, avant l'arrivée des secours.</p>
<p><b>L'indisponibilité ambulancière (Cf. annexe 19)</b></p>	<p>Au moment de la demande par le CRRA 15, l'indisponibilité ambulancière doit être caractérisée sur la base des circonstances et de la nature de la mission.</p> <p>Les circonstances de la mission sont définies par le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés.</p> <p>La nature de la mission couvre l'ensemble des interventions qui ne relèvent pas des missions propres des SDIS.</p> <p>L'indisponibilité est avérée lorsque la nature de la mission et les circonstances de la mission sont simultanément vérifiées.</p>



## OBLIGATION D'INFORMATION

### CONSIGNES OPERATIONNELLES

La personne prise en charge doit recevoir une information claire, loyale et appropriée sur son état de santé et les soins qui doivent lui être apportés.

Cette obligation d'information incombe à tout fonctionnaire.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement d'apporter la preuve que l'information a été délivrée ; preuve pouvant être apportée par tout moyen :

- Fiche bilan secouriste (papier ou électronique),
- Fiche d'intervention SSSM, lorsqu'un membre du SSSM est présent,
- Enregistrement sonore (par voie téléphonique et/ou radio),
- Exemple du refus de prise en charge archivé.

Cette obligation cesse lorsque la victime est dans l'incapacité d'exprimer sa volonté (coma, inconscience, tutelle, curatelle, mineur, etc).



## CHOIX DU LIEU DE PRISE EN CHARGE

### CONSIGNES OPERATIONNELLES

1/ Permettre à la victime d'exprimer son choix,

2/ L'informer que sa demande va être faite auprès du médecin-régulateur qui prendra une décision, en fonction :

- de son état clinique,
- de la nécessité d'un plateau technique spécifique (brûlés, chirurgie de la main, etc),
- des possibilités d'accueil de l'établissement souhaité.



### APPELS RECUS PAR LE CTA

Tout appel reçu par le CTA / CODIS dans le domaine du secours à personnes devra :

- faire l'objet d'un engagement immédiat des moyens du SDIS dans le cadre des départs réflexes (Cf. annexe 1) avant régulation médicale.
- faire l'objet d'un transfert au CRRA 15 dans le cas contraire.

#### Notion de conférence à trois :

- le requérant et les différents acteurs sont informés du début et de la fin de la conversation à trois,
- respect du secret médical et professionnel,
- l'opérateur doit signaler sa présence au médecin régulateur et se retire de la conversation à la demande de ce dernier.



### ENGAGEMENT OPERATIONNEL DES INFIRMIERS OU DES MEDECINS SAPEURS-POMPIERS

- Tout engagement d'un officier du SSSM par le CTA / CODIS est immédiatement notifié au CRRA 15,
- Le CRRA 15 peut solliciter le CTA / CODIS pour engagement d'un officier du SSSM. (Cf. annexe 19)



### LES RENFORTS BRANCARDAGE A LA DEMANDE DU CRRA 15

- Le brancardage est simple : ce n'est pas une mission générique du SDIS. En conséquence, il s'agit d'une carence,
- Le brancardage est technique et nécessite des moyens spécifiques (GRIMP, EPA...) : l'intervention devient alors une opération de sauvetage qui est du domaine du SDIS.



### PARTICIPATION DES AGENTS DE L'UNITE DE SECOURS PSYCHOLOGIQUES PAR CARENCE OU EN COMPLEMENT DE LA CUMP

- Le SDIS 42 dispose d'une unité de secours psychologiques (USP) dont les missions sont détaillées dans l'ITOP 018.
- L'USP pourra être engagée sur demande du CRRA 15, en cas de carence ou en complément de la Cellule d'Urgence Médico-psychologique (CUMP). Cette prestation est considérée comme une carence.



## LE BILAN SECOURISTE

### CONSIGNES OPERATIONNELLES

Le bilan secouriste a deux objectifs :

- déterminer l'état de la victime et en déduire la conduite secouriste immédiate,
- transmettre au CTA / CODIS et au CRRA 15 les données du bilan initial complétées du rapport des gestes entrepris et de leurs résultats.

Ce bilan est transmis pour toute intervention dès que possible par le chef d'agrès, par radio sur la fréquence SSU, à défaut par téléphone **mais en passant obligatoirement par le CTA / CODIS** qui assurera la conférence à 3 avec le CRRA 15.

Il permettra à ce dernier de définir la prise en charge du patient et son éventuelle hospitalisation.

Si un officier du SSSM est présent sur les lieux, il pourra passer un bilan complémentaire permettant notamment de préciser les actions menées à son niveau et de prendre en compte les recommandations du médecin régulateur. **Ce bilan sera passé par radio sur la fréquence SSU, à défaut par téléphone mais en passant obligatoirement par le CTA / CODIS.** Il informera son CDA des conclusions de cet échange.

Le bilan secouriste comporte :

- Le motif de l'appel, les plaintes de la victime et les circonstances de l'intervention, en particulier la cinétique de l'évènement et l'état des véhicules en cas d'AVP,
- Les éléments physiologiques recueillis par les secouristes,
- La description et l'évaluation de l'intensité de la douleur,
- Les lésions traumatiques éventuelles,
- Le cas échéant, les antécédents et le traitement en cours,
- Les gestes entrepris,
- La demande de renfort si nécessaire,
- Le choix du lieu d'hospitalisation, si précisé par les proches ou par la victime lorsque son état le permet.

Dès qu'une case rouge de la fiche bilan secouriste est cochée ou que la situation semble nécessiter une intervention médicale, le bilan porte la dénomination « bilan rouge » ; sinon, il s'agit d'un bilan simplifié (bilan vert).



## LE BILAN SIMPLIFIÉ (BILAN VERT)

### CONSIGNES OPERATIONNELLES

La notion de bilan simplifié (bilan vert) ne s'applique qu'à la transmission radio à destination du CRRA 15. Elle ne dispense pas les chefs d'agrès d'effectuer un **bilan secouriste complet** lors de l'abord de la victime. Tout signe d'aggravation durant l'intervention doit impérativement faire l'objet d'un contact avec le CRRA 15.

Le bilan simplifié, dérogatoire par rapport à la procédure normale (bilan rouge), vise à alléger le travail de la régulation médicale et à faciliter celui des intervenants de terrain. Il est notamment autorisé pour les situations suivantes :

#### 1. Circonstances particulières :

- Intervention à caractère social uniquement,
- Brancardage simple, relevage de personne,
- Absence de personnes impliquées sur les lieux de l'intervention,
- Si le 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 ».

#### 2. Affections suivantes (sauf chez l'enfant en bas âge, la personne âgée ou handicapée)

- Contusions, plaies et brûlures simples,
- Entorse 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...

**En cas de doute, le chef d'agrès passe un bilan secouriste complet (bilan rouge)**



## DEMANDE DE RENFORT MEDICAL EN SITUATION D'URGENCE ABSOLUE

### CONSIGNES OPERATIONNELLES

- La demande sera transmise sur le réseau radio (SSU),
- La demande de moyens sera faite **avant** de passer un bilan de situation complet et circonstancié *si tous les membres de l'équipe sont occupés* (équivalent d'une demande de renfort incendie avant arrivée sur les lieux),
- Le bilan secouriste sera transmis dans un deuxième temps, dès que possible.



## LA FICHE BILAN

### CONSIGNES OPERATIONNELLES

Le bilan secouriste fait l'objet d'un document appelé « fiche bilan » qui est remis à la structure d'accueil de la victime. Ce document peut être de deux formes :

- Document papier issu du carnet « fiche bilan » à disposition dans chaque VSAV.
- Document informatique dématérialisé avec la mise en place des tablettes graphiques.

Un double de cette fiche est conservé au sein du CIS conformément à la note de service sur les conditions d'archivage des fiches bilan secouriste. Elle comporte a minima les éléments suivants :

- 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 éléments nécessaires aux soins ultérieurs, en particulier les renseignements obtenus de l'entourage ainsi que les traitements et antécédents de la victime,
- Elle est actualisée en cas d'événement nouveau au cours de l'intervention. **Elle est remplie et signée par le chef d'agrès.**



## LE DEVENIR DE LA VICTIME

### CONSIGNES OPERATIONNELLES

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

**1. Les moyens du VSAV sont suffisants et permettent l'évacuation de la victime :**

La régulation, après bilan et souhait de la victime, indique au VSAV sa destination. Un lieu d'évacuation très éloigné et nécessitant un temps de transport prolongé doit être médicalement justifié et validé par le CODIS.

**2. La victime ne bénéficie pas de manœuvres de réanimation :**

- La victime est décédée de manière certaine avant l'arrivée des secours, l'équipe secouriste n'entreprind aucune manœuvre de réanimation (décapitation, éclatement boîte crânienne, raideur cadavérique, décomposition des tissus).
- Le patient vient de décéder et des manœuvres de réanimation sont engagées. Une intervention médicale sur place est alors indispensable pour déterminer la conduite ultérieure à tenir, *sauf décision contraire justifiée du médecin régulateur.*
- Le patient est dans un état de fin de vie connu et aucune manœuvre de réanimation n'est engagée. 2 situations sont alors possibles :
  - Le patient ou son entourage a formulé une demande expresse de maintien au domicile. Le chef d'agrès informe le médecin régulateur qui décide de la conduite à tenir.
  - Le patient ou son entourage exprime une demande d'hospitalisation. Le chef d'agrès informe le médecin régulateur qui décide de la conduite à tenir.

**LE RELEVAGE DE PERSONNE A DOMICILE OU LIEU PRIVE****CONSIGNES  
OPERATIONNELLES**

- Le SDIS engage les moyens adéquats,
- Le chef d'agrès passe son bilan au CRRA 15, via le CODIS,
- Le médecin régulateur décide du devenir du patient, qui peut aller du maintien au domicile à l'hospitalisation d'urgence,
- Si l'intervention est récurrente chez une même personne, le chef d'agrès en informe sa hiérarchie.



## **ROLE DE L'OFFICIER SANTE CODIS**

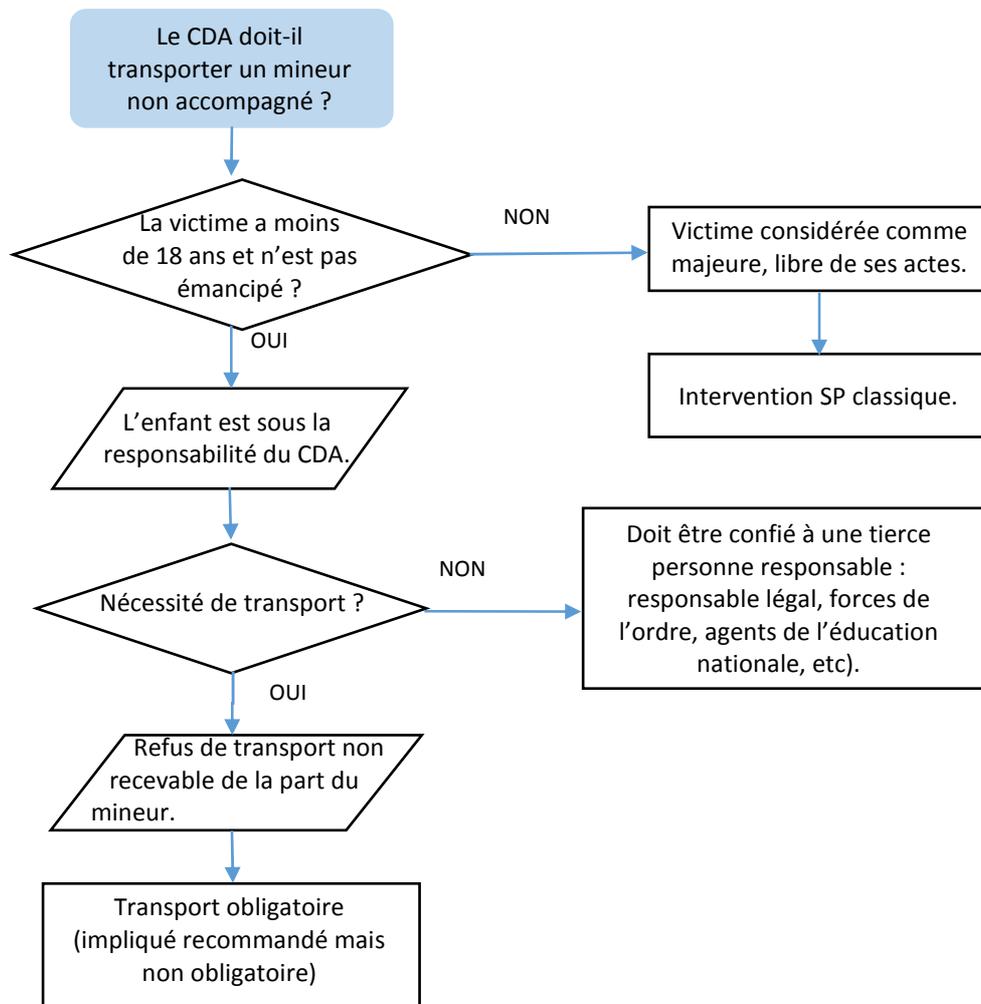
- L'officier santé CODIS apporte son expertise auprès de l'officier CODIS qui autorise le déclenchement des moyens SSSM sapeurs-pompiers.
- Il assure le suivi opérationnel des interventions de secours à personnes.
- Ses missions liées au CTA et au CODIS sont détaillées dans l'ITOP 009 « Missions de la garde départementale ».

	<b>Problématique de la situation opérationnelle</b>	Toute personne de moins de 18 ans reste sous l'autorité et la responsabilité de ses parents ou tuteurs légaux (sauf émancipation). Lorsque le mineur n'est pas accompagné d'un responsable, qui en prend la responsabilité ?
<b>C O N S I G N E S  O P E R A T I O N N E L L E S</b>	<p><b>1 – Transport d'une victime mineure vers un centre hospitalier :</b></p> <p>Pour le transfert de l'enfant vers un service d'urgence, il n'est pas nécessaire qu'un adulte ayant autorité (parent ou autre) sur l'enfant accompagne celui-ci. A titre d'exemple, la présence d'un professeur des écoles n'est pas requise pour le transport d'un élève blessé ou malade.</p> <p>La responsabilité de la victime mineure durant le transport est assurée par le chef d'agrès. Ce dernier devra, avant le transport, effectuer les missions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Récupérer les coordonnées de l'enfant (nom, prénom, date de naissance, adresse et téléphone des parents),</li> <li>- Dans le cadre d'un établissement scolaire ou de loisirs, demander, si possible, une photocopie de l'autorisation de soins délivrée par les parents ou le représentant légal.</li> <li>- Demander si la famille a été prévenue du transport de l'enfant et si celle-ci se rend sur le service d'urgence.</li> </ul> <p><b>2 – Transport d'un impliqué mineur vers un centre hospitalier :</b></p> <p>Le transport d'un impliqué mineur est possible seulement si celui-ci a un lien de parenté direct avec la victime.</p> <p>Dans les autres cas, le chef d'agrès VSAV demandera la présence sur les lieux des forces de l'ordre qui se chargeront de recueillir le mineur impliqué et de le restituer à ses parents.</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 20px;">  <p>Un mineur est dit « émancipé » lorsqu'une décision civile (ex : mariage) ou une décision de justice (ex : tutelle) lui confère les droits légaux d'un majeur.</p> </div>	


**Problématique de  
la situation  
opérationnelle**

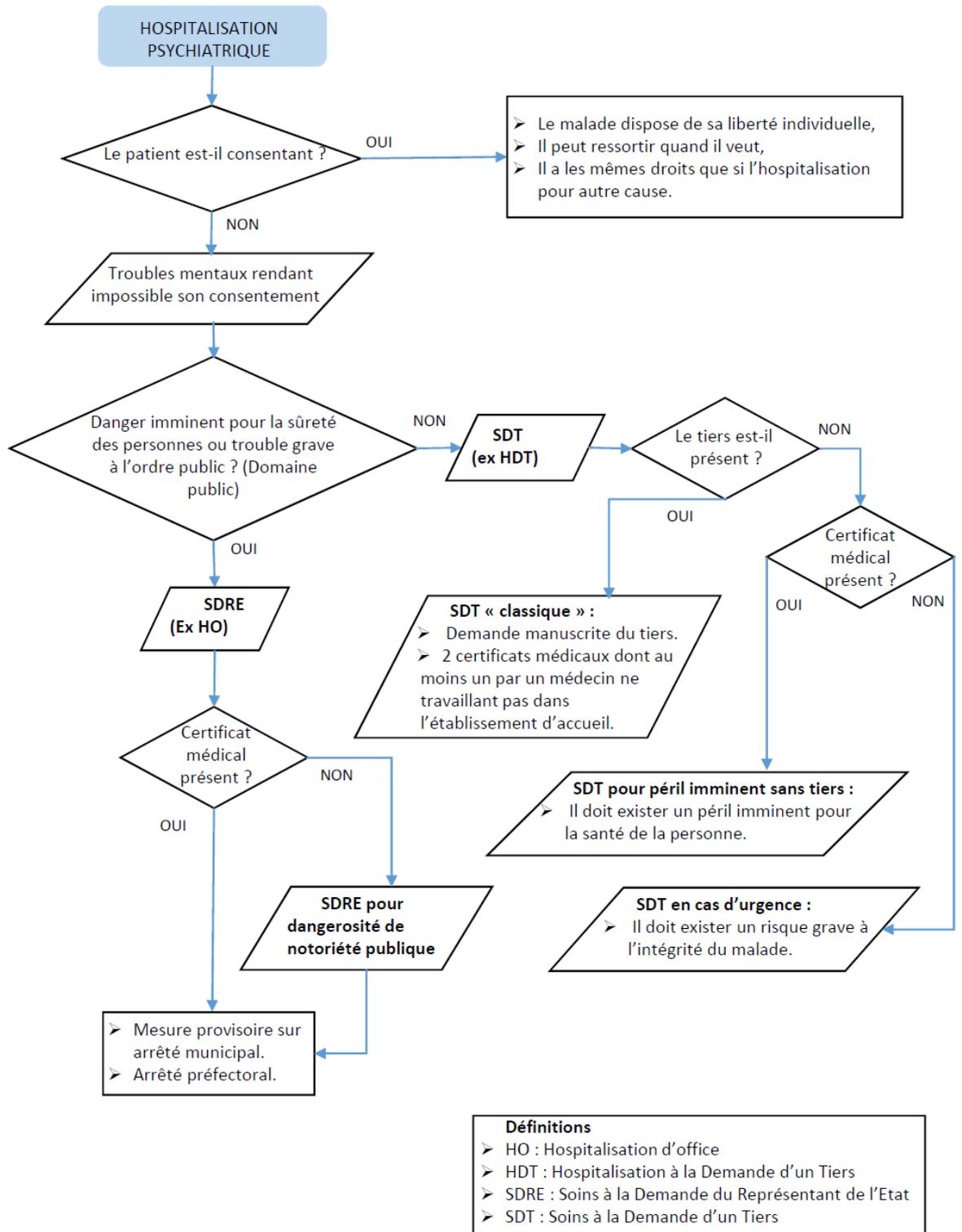
Toute personne de moins de 18 ans reste sous l'autorité et la responsabilité de ses parents ou tuteurs légaux (sauf émancipation). Lorsque le mineur n'est pas accompagné d'un responsable, qui en prend la responsabilité ?

**C  
O  
N  
S  
I  
G  
N  
E  
S  
  
O  
P  
E  
R  
A  
T  
I  
O  
N  
N  
E  
L  
L  
E  
S**



	<b>Problématique de la situation opérationnelle</b>	Face à la suspicion de violences exercées sur une victime, faut-il se taire ou bien dénoncer un fait illégal présumé malgré le secret professionnel ?
<b>C O N S I G N E S  O P E R A T I O N N E L L E S</b>	<p>Lorsqu'on parle de maltraitance, on pense souvent aux enfants. Néanmoins, il ne faut pas oublier que cela peut toucher également les personnes âgées, les handicapées ou tous majeurs. En fonction de son statut, la procédure de signalement ne sera pas la même. Celle-ci a pour but de faire remonter aux autorités compétentes une situation qui met en danger une personne. La procédure de signalement varie mais, dans les deux cas, il ne faut pas oublier la notion de secret professionnel.</p> <p><b>1 – Victime mineure ou vulnérable (personne âgée ou handicapée) :</b></p> <p>Les actes de violence perpétrés à l'encontre des mineurs ou des personnes vulnérables doivent faire l'objet d'une dénonciation obligatoire et la notion de secret professionnel cède.</p> <p>Si la victime est suspectée de maltraitance, il est important de transmettre les informations de la suspicion de violence au médecin régulateur car cela permettra de justifier son transport vers une structure hospitalière quelles que soient ses blessures.</p> <p>A l'arrivée au service d'urgence, le chef d'agrès fera part de ses craintes au personnel d'accueil et notamment au médecin qui va la prendre en charge. La transmission des éléments qu'il a pu voir et ressentir ne devra pas tomber dans l'écueil de l'interprétation. L'emploi du conditionnel s'impose, les violences étant seulement présumées.</p> <p>La dénonciation auprès du service receveur n'exonère pas un signalement au niveau de l'autorité judiciaire.</p> <p>Dans le cas où la famille refuse le transport vers un hôpital, deux possibilités s'offrent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le chef d'agrès estime que la personne court un danger vital, il en informe le médecin régulateur et demande au CODIS de contacter les forces de l'ordre. Il s'agit d'un signalement dit « judiciaire »,</li> <li>➤ S'il estime qu'il n'y a pas de risque vital immédiat, mais que la situation semble assez grave pour être signalée, le chef d'agrès informera le CODIS qui, après accord de l'OGD, suivra la même procédure que celle du dépôt de plainte (P020) afin de décider de l'opportunité d'un signalement dit « administratif ».</li> </ul> <p><b>2 – Victime majeure ou émancipée et non vulnérable :</b></p> <p>Les personnes majeures non protégées ne font pas l'objet d'une dénonciation obligatoire. Cette dénonciation ne peut être réalisée par le médecin receveur qu'avec <b>l'accord de la victime</b>. Le transport sur un centre hospitalier est souhaitable pour soustraire la victime du milieu.</p>	

	<b>Problématique</b>	Quelles sont les procédures de prise en charge des victimes nécessitant des soins psychiatriques dans une situation d'urgence ?
<b>C O N S I G N E S  O P E R A T I O N N E L L E S</b>		<p>Depuis la parution de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, <b>les dénominations de HO et HDT sont abandonnées</b>. Les nouvelles dénominations et procédures sont :</p> <p>➤ <b><u>Admission en soins psychiatriques à la demande de l'intéressé</u></b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La personne demande à être hospitalisée,</li> <li>- Elle dispose de sa liberté individuelle,</li> <li>- Elle peut ressortir de l'hôpital quand elle le veut,</li> <li>- Elle a les mêmes droits que n'importe quel patient hospitalisé pour un autre motif.</li> </ul> <p>Lorsque la victime présente des troubles mentaux rendant impossible son consentement, il faut définir s'il existe un danger imminent pour la sûreté des personnes (elle-même et/ou l'entourage) ou trouble grave à l'ordre public. Si le danger existe :</p> <p>➤ <b><u>Admission en soins psychiatriques sans consentement à la demande du représentant de l'Etat (SDRE)</u></b> :</p> <p>Cette procédure est prise par arrêté préfectoral. Elle est établie sur présentation à l'autorité préfectorale d'un certificat médical. Le dispositif prévoit une mesure provisoire d'hospitalisation établie par arrêté du maire qui doit être confirmé par un arrêté du préfet dans les 48 h. En l'absence de certificat médical, le préfet ou le maire peut engager la procédure pour dangerosité de notoriété publique.</p> <p>Si absence du danger décrit dans la procédure SDRE, on se retrouve dans la situation suivante :</p> <p>➤ <b><u>Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou sans tiers en « cas de péril imminent » (SDT)</u></b>.</p> <p>Trois cas peuvent se présenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b><u>Présence d'un tiers</u></b> : Est considéré comme tiers, un membre de la famille de la victime ou une personne justifiant de l'existence de relations antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci. Le transport doit être réalisé avec la demande manuscrite du tiers et au minimum d'un certificat médical d'un médecin ne travaillant pas dans l'établissement d'accueil. Le 2<sup>ème</sup> pourra être établi lors de l'admission,</li> <li>- <b><u>Absence de tiers mais certificat médical présent</u></b> : Il s'agit d'un SDT pour péril imminent sans tiers. Le certificat médical « initial » circonstancié est établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement,</li> <li>- <b><u>Absence de tiers et de certificat médical</u></b> : On se trouve dans le cas d'un SDT en cas d'urgence. Dans ce cadre, la victime présente un risque grave pour son intégrité.</li> </ul> <p>Il pourra être utilisé la contention physique pour assurer la sécurité du patient (Cf. annexe 10) et, dans certains cas, faire appel aux forces de l'ordre.</p>

CONSIGNES  
OPERATIONNELLES

	<b>Problématique de la situation opérationnelle</b>	Quelles sont les conditions d'une prise en charge d'une victime violente ou agitée entraînant des risques pour la sécurité des sapeurs-pompiers engagés ?
<b>C O N S I G N E S  O P E R A T I O N N E L L E S</b>	<p><b><u>Définition:</u></b></p> <p>La contention d'une personne se définit comme la limitation de son autonomie et de ses mouvements au moyen d'un procédé physique ou mécanique. C'est à la fois une réponse et une prévention des conduites dangereuses.</p> <p>N'est pas considéré comme relevant de la contention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le maintien bref de la personne afin de la calmer ou de la reconforter</li> <li>➤ Le maintien plus ou moins prolongé lors d'un accompagnement d'un endroit à un autre.</li> </ul> <p><b><u>Les bonnes pratiques de réalisation de la contention :</u></b></p> <p>En amont de la contention, la prise en charge relationnelle ne doit pas être écartée. La contention doit rester une mesure exceptionnelle qui s'applique en dernier ressort.</p> <p>La présence des forces de l'ordre est recommandée, surtout en présence d'une personne violente et menaçante.</p> <p>La contention physique n'est légitime que lorsqu'elle est prescrite pour protéger l'individu lorsqu'il est dangereux pour lui-même ou pour son environnement.</p> <p>Lorsque la contention physique est choisie, cette mesure doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avoir fait l'objet d'une demande de présence des forces de l'ordre si nécessaire, surtout en présence d'une personne violente et menaçante.</li> <li>➤ Avoir fait l'objet d'une validation du médecin régulateur.</li> <li>➤ Faire l'objet d'une information à la victime, à sa famille ou à ses proches.</li> <li>➤ Etre limitée dans le temps.</li> <li>➤ Faire l'objet d'une surveillance médicale régulière.</li> <li>➤ Faire l'objet d'une vérification régulière d'absence d'apparition de blessures suite à la contention.</li> <li>➤ Etre inscrite sur la fiche bilan (heure de mise en place et moyens mis en œuvre).</li> <li>➤ Etre mentionnée dans le CRSS de l'intervention.</li> </ul>	

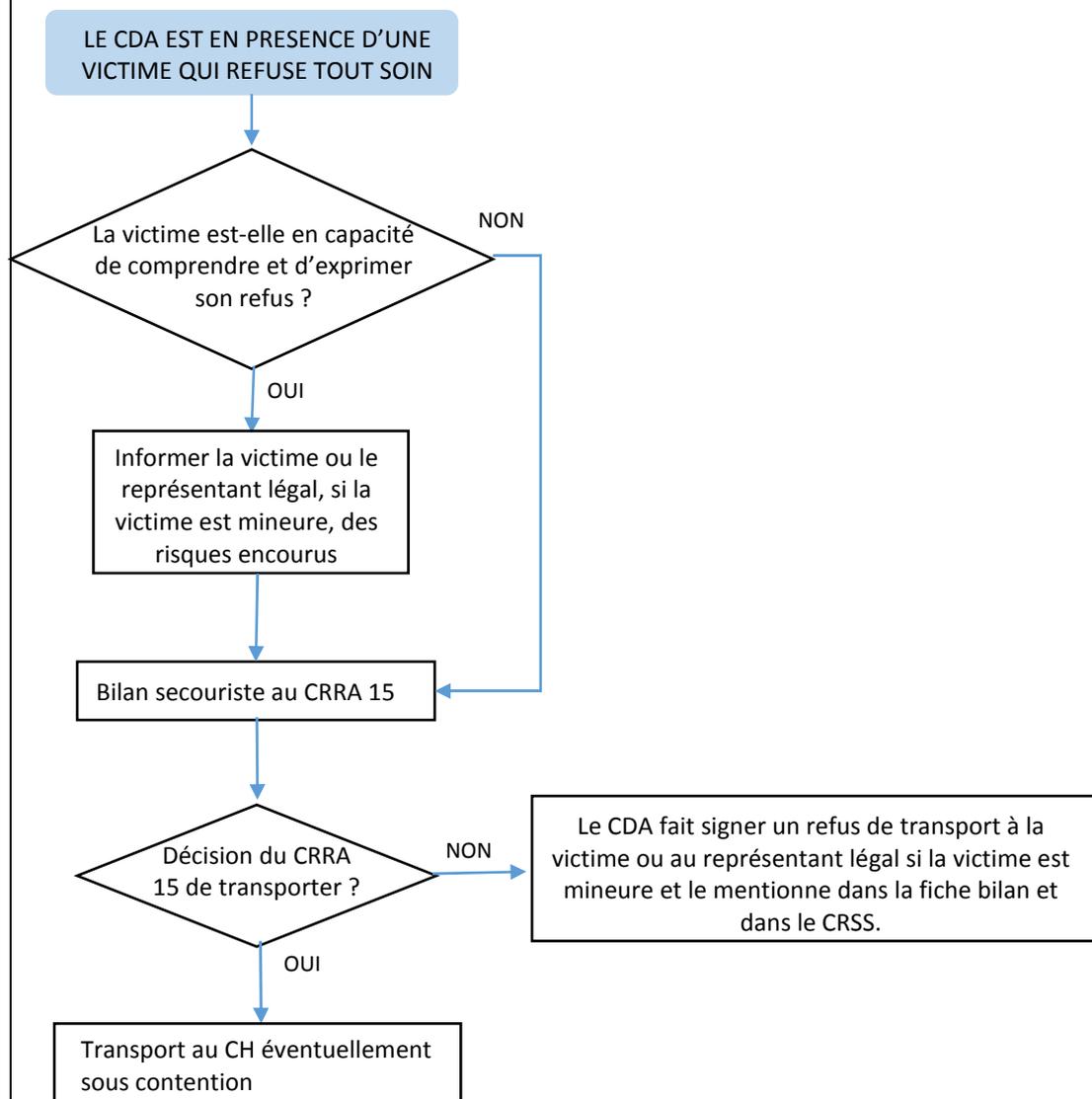


### Problématique de la situation opérationnelle

Que faire face à une victime qui refuse toute prise en charge et tout soin ?

- Il faut que la victime reçoive une information claire et loyale de la part du chef d'agrès ou du médecin-régulateur,
- Un bilan rigoureux doit être réalisé et doit être tracé (écrit ou informatisé),
- La victime doit être **CAPABLE** de comprendre et exprimer son refus (attention aux victimes alcoolisées, sous l'emprise de médicaments / stupéfiants, traumatisme crânien avec perte de connaissance, tentative d'autolyse, etc.).

CONSIGNES OPERATIONNELLES



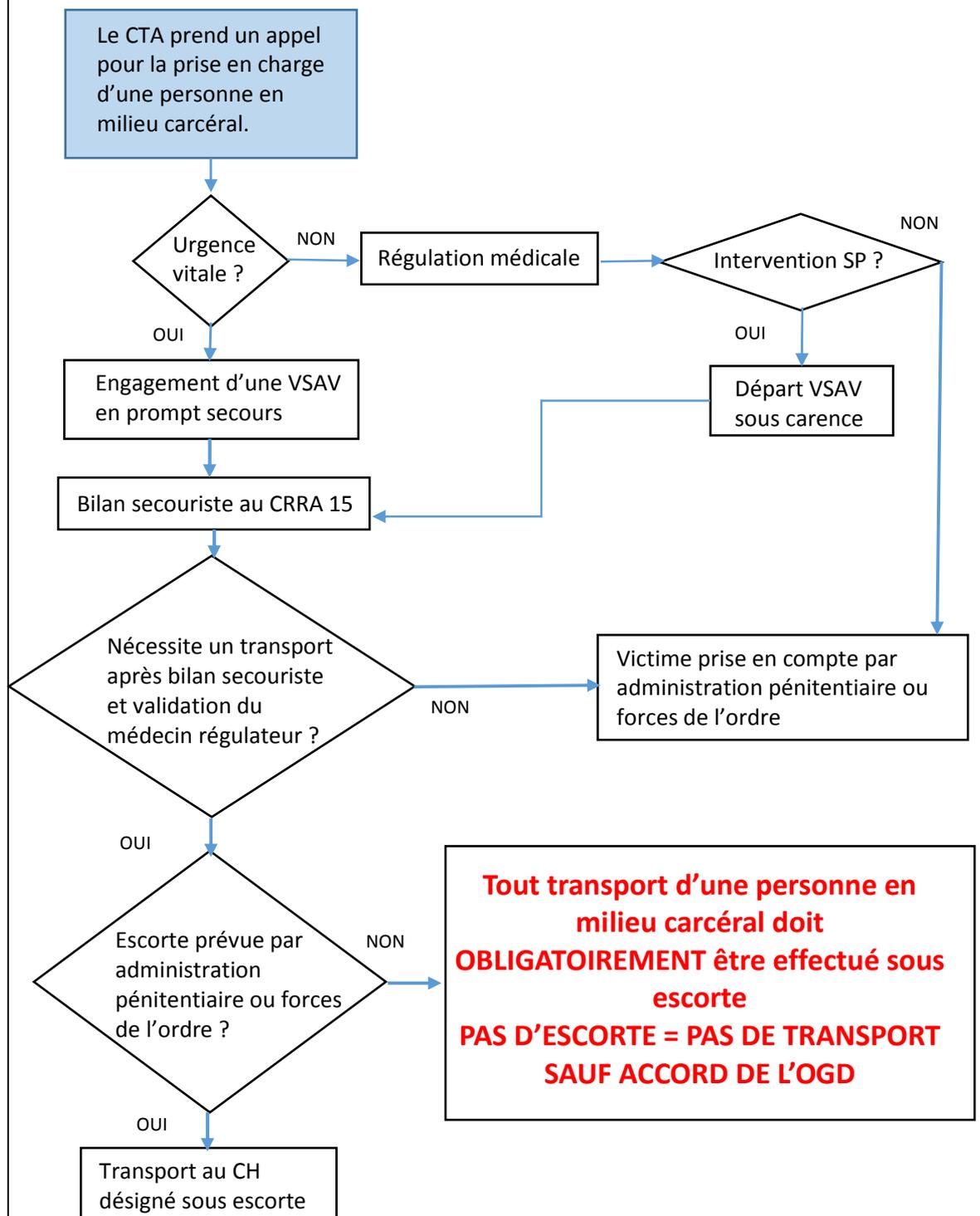
Le **document de refus de prise en charge**, issu du cahier « décharge pour refus de soins et / ou de transport » à disposition dans chaque VSAV doit être clairement et complètement rempli et signé obligatoirement par les 2 parties (avec signature de témoins de préférence). Il sera archivé par le centre de secours.



### Problématique de la situation opérationnelle

Les moyens sanitaires du SDIS peuvent-ils être sollicités pour la prise en charge de personnes en milieu carcéral ?

**CONSIGNES OPERATIONNELLES**



	<b>Problématique de la situation opérationnelle</b>	Est-ce que le transport de personne décédée est une mission du SDIS ?
<b>C O N S I G N E  O P E R A T I O N N E L L E S</b>	<p><b><u>1 - Arrêt de la RCP par le médecin régulateur :</u></b></p> <p>Le médecin régulateur peut faire arrêter une RCP entreprise par les sapeurs-pompiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au vu du bilan transmis par le CDA,</li> <li>- au vu des antécédents et historique médical de la victime.</li> </ul> <p>→ le médecin régulateur informe le CDA de sa décision,          → le médecin régulateur annonce sa décision à un membre de l'entourage présent,          → le CRRA 15 recherche un médecin afin de venir constater le décès,          → <b>il n'y a pas de transport de corps</b> : les SP placent le corps à l'endroit souhaité par la famille et le rendent disponible pour cette dernière. L'équipage du VSAV n'est pas tenu d'attendre l'arrivée du médecin pour quitter les lieux.</p> <p>En cas de doute sur l'origine du décès, le CDA est tenu d'en informer le médecin-régulateur et les forces de l'ordre via le CODIS.</p> <p><b><u>2 - Découverte de cadavre :</u></b></p> <p>Si la mort ne fait pas de doute :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aucune manœuvre de réanimation ne sera entreprise,</li> <li>- laisser en l'état pour la préservation des indices (Cf. annexe18),</li> <li>- passer un bilan au CRRA 15,</li> <li>- faire intervenir les forces de l'ordre via le CODIS.</li> </ul> <p>Dans les autres cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser les actions secouristes adéquates,</li> <li>- Transmettre le bilan au CRRA 15 en demandant l'appui d'une équipe médicale,</li> <li>- Information des forces de l'ordre via le CODIS : les forces de l'ordre décideront de leur intervention en fonction de critères judiciaires.</li> </ul> <p><b>Dans ces 2 situations, le transport de corps ne relève pas de la mission des sapeurs-pompiers, sauf sur réquisition.</b>  <b>Sur demande motivée des forces de l'ordre, un VTPM peut être mis à disposition pour entreposer un corps dans l'attente des pompes funèbres réquisitionnées par les forces de l'ordre.</b></p> <p><b><u>3 - Mort subite du nourrisson :</u></b></p> <p>Dans cette situation, les sapeurs-pompiers peuvent être réquisitionnés par les forces de l'ordre ou le médecin sur place pour effectuer le transport du corps sur l'Institut Médico-Légal du C.H.U.</p>	

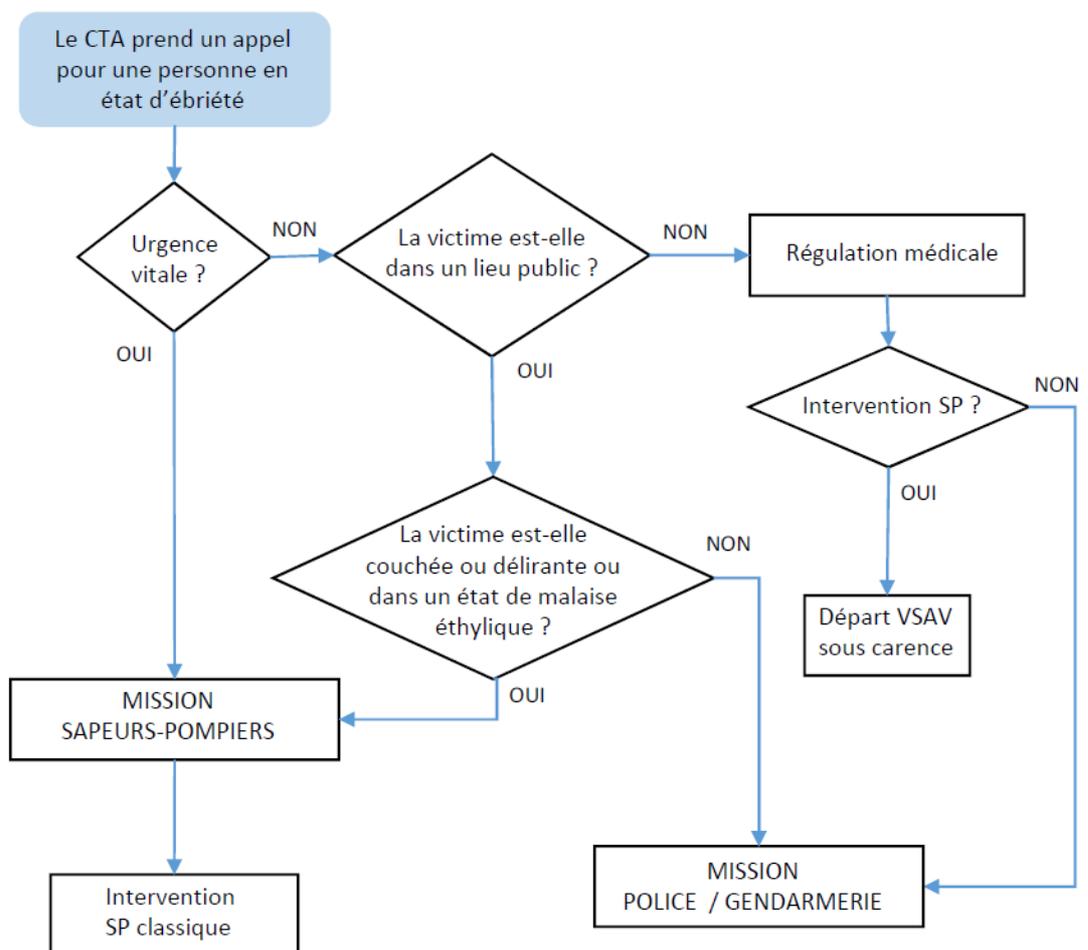
	<b>Problématique de la situation opérationnelle</b>	Suite à la prise en charge d'une victime dans un secteur isolé, peut-on demander de transporter la victime vers un médecin généraliste du secteur ou cabinet de médecine générale ?
<b>C O N S I G N E S  O P E R A T I O N N E L L E S</b>	<p>Il peut arriver, principalement pour les zones isolées, qu'aucun médecin (sapeurs-pompiers ou SAMU) ne puisse se rendre directement sur les lieux d'intervention. La victime peut demander au VSAV de se rendre chez son médecin généraliste, avant d'être transférée sur le centre hospitalier du secteur.</p> <p>Il convient de suivre la procédure suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ le CDA transmet son bilan au CRRA 15 depuis le lieu de l'intervention en relayant la demande de la victime d'être transportée chez son médecin généraliste,</li> <li>➤ le médecin régulateur autorise ou non l'examen par le médecin généraliste à son cabinet,</li> <li>➤ la victime est transportée chez le médecin généraliste,</li> <li>➤ A l'issue de l'examen, le médecin « examinateur » transmet son compte-rendu au médecin régulateur,</li> <li>➤ le CRRA 15 décide ensuite, <i>en lien avec le médecin « examinateur »</i>, de la conduite à tenir :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- retour au domicile de la victime accompagnée ou non du VSAV,</li> <li>- transport au CH par le VSAV dans la continuité de l'examen de la victime,</li> <li>- transport par ambulance privée,</li> <li>- renfort SMUR au cabinet du médecin.</li> </ul> </li> </ul>	



### Problématique de la situation opérationnelle

Les sapeurs-pompiers peuvent-ils être amenés à prendre en charge une victime en état d'ébriété ?

**C O N S I G N E S  
O P E R A T I O N N E L L E S**



	<b>Problématique de la situation opérationnelle</b>	Comment respecter le choix d'une personne qui exprime le souhait d'accoucher sous le secret et comment prendre les précautions nécessaires pour garder son anonymat ?
<b>C O N S I G N E S  O P E R A T I O N N E L L E S</b>	<p><b>Objectif</b> : préserver l'anonymat de la patiente et rompre le lien de filiation entre la mère et l'enfant en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Respectant les droits et le choix des patientes à accoucher sous le secret,</li> <li>➤ Garantissant la confidentialité des informations administratives et médicales,</li> <li>➤ Sécurisant la prise en charge.</li> </ul> <p><b>Prise en charge</b> : Les équipes sur place (sapeurs-pompiers, ISP, SMUR) sont souvent amenées à connaître le vrai nom de la patiente. Cependant, toutes les personnes présentes restent soumises au secret médical. Aucun renseignement ne doit être divulgué, la confidentialité devant être totalement respectée. A la naissance, respecter le choix de la femme, sans porter de jugement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ménager un moment d'intimité pour que la mère puisse parler à son enfant si elle le désire,</li> <li>➤ accepter ses demandes, mais ne rien lui imposer.</li> </ul> <p>Bilan au CRRA 15, <u>par téléphone</u>, en décrivant la situation mais sans aucune précision sur l'identité de la femme :</p> <p><i>Exemple</i> : « Inter N° , accouchement à domicile, enfant né à 12 h, la mère et l'enfant se portent bien, SMUR sur les lieux, transport maternité CH ..... ».</p> <p><b>Modalités administratives</b> : Renseignement de la fiche bilan et accouchement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nom de famille : X</li> <li>➤ Prénom : non renseigné</li> <li>➤ Sexe : F</li> <li>➤ Date de naissance : non renseignée</li> <li>➤ Coordonnées : non renseignées, pas de personne de confiance à mentionner</li> <li>➤ Enfant : date et heure de naissance, sexe, état à la naissance, pas de prénom même si la maman en a choisi un (les modalités administratives seront réalisées en salle d'accouchement).</li> </ul> <p>Si une patiente hésite quant à sa décision d'abandon, il est préférable de l'enregistrer sous X sachant qu'il est plus facile administrativement de lever l'anonymat secondairement que de faire l'inverse. Si la patiente est mineure, le fait d'accoucher sous X dispense de la demande signée par le responsable légal d'autorisation d'opérer et d'anesthésier.</p> <p><b>Arrivée à l'hôpital</b> : Entrée directe en salle d'accouchement, la patiente ne doit pas passer par le bureau des entrées. La sage-femme fera l'entrée administrative.</p> <p><b>Au retour d'intervention</b> : Si le ticket de départ mentionne l'identité de la femme ou toutes informations susceptibles de faire un lien avec la mère, le chef d'agrès <u>contactera rapidement le CODIS</u> par téléphone pour faire modifier les informations prises à l'appel (<i>identité : Madame X, effacer les coordonnées</i>).</p> <p>Le CDA remettra <u>obligatoirement</u> le ticket de départ à son chef de centre pour destruction. Il renseignera le CRSS en décrivant la situation tout en respectant la confidentialité sur l'identité de la femme.</p> <p>Il réunira l'ensemble de l'équipe pour rappeler le respect du secret médical (violation = condamnation pénale). Discrétion au sein du CIS et <u>aucune</u> diffusion à l'extérieur du CIS.</p>	



### Problématique de la situation opérationnelle

Est-ce la mission des sapeurs-pompiers d'effectuer un transfert de malade d'un hôpital à un autre (inter-hospitalier) ou d'un service à un autre service dans le même établissement (intra-hospitalier) ?

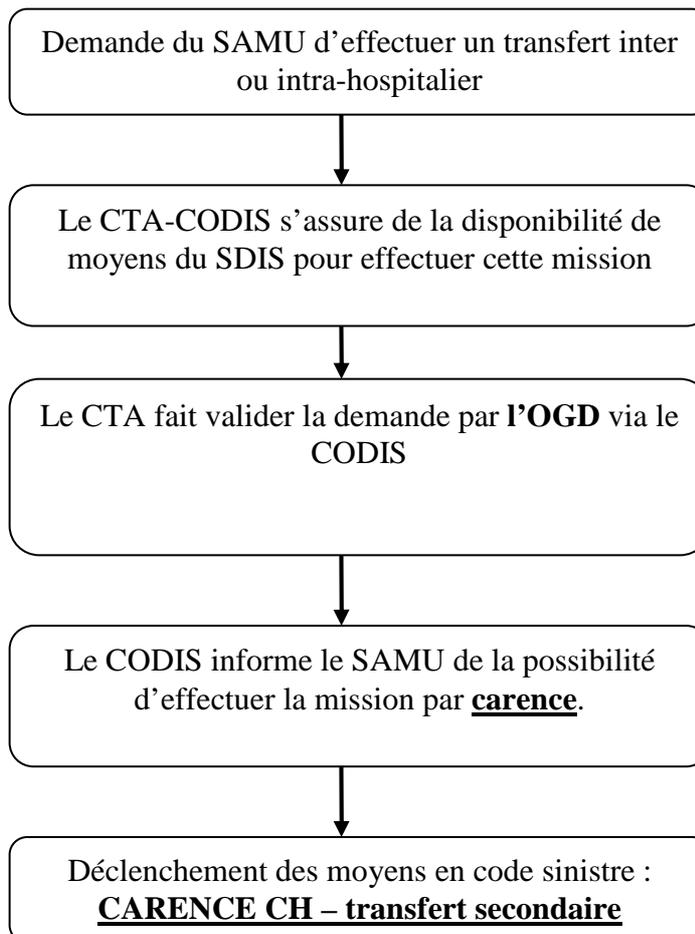
CONSIGNES OPERATIONNELLES

**Par principe, le transfert inter-hospitalier (dit transport secondaire) ou intra-hospitalier de malade ne relève pas des missions du SDIS, quel que soit l'état médical de la victime.**

Néanmoins, dans certaines situations particulières, le CRRA 15 peut solliciter les moyens du SDIS pour réaliser cette mission.

Dans tous les cas, la réalisation de cette mission revêt un caractère exceptionnel et ne peut être réalisée **qu'avec l'accord de l'OGD.**

Ces demandes seront traitées par **CARENCE** au niveau du CTA-CODIS, selon les modalités définies dans l'article 6 de la convention SDIS / SAMU du 17 novembre 2011.



	<b>Problématique de la situation opérationnelle</b>	Comment intervenir sur une scène de crime sans entraver le déroulement de l'enquête judiciaire ?
<b>C O N S I G N E S  O P E R A T I O N N E L L E S</b>	<p><b>S'assurer auprès du CODIS que les forces de l'ordre sont averties.</b></p> <p>1 - <u>La victime est vivante</u> : les secours priment sur l'aspect judiciaire.</p> <p style="text-align: center;"><b>➔ PRESERVER LES TRACES ET INDICES DE FAITS DELICTUEUX</b></p> <p>2 - <u>Décès certain de la victime</u> : se retirer en évitant toute manipulation superflue, notamment sur le cadavre.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p><b><u>Précautions à prendre :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ne pas déplacer inutilement les objets et/ou le corps,</li> <li>➤ Emprunter tous un même cheminement,</li> <li>➤ Éviter les déplacements dans la pièce,</li> <li>➤ Ne pas couper les vêtements au point d'entrée d'une arme blanche ou de projectiles, afin de laisser l'orifice intact.</li> </ul> <p><b><u>En cas de pendaison :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ne pas défaire/couper les nœuds,</li> <li>➤ Couper les liens <b>loin</b> des nœuds,</li> <li>➤ Laisser le dispositif de pendaison en place,</li> <li>➤ Attention aux lésions traumatiques provoquées par la dé-pendaison du corps.</li> </ul>	

ITOP 013	<b>Annexe 19 : Carence ambulancière - carence SMUR – convention AMU</b>	<b>Mise à jour :</b> Janvier 2015
----------	---	--------------------------------------

	<b>Problématique de la situation opérationnelle</b>	Demande par le CRRA 15 d'intervenir sur une mission sortant du cadre du prompt secours.										
	<p><b><u>Carence ambulancière:</u></b></p> <p>Le défaut de disponibilité ou carence ambulancière est constitué lorsque les transporteurs sanitaires privés sont dans l'impossibilité de répondre à la demande formulée par la régulation médicale du CRRA 15.</p> <p>Lorsque l'indisponibilité est constatée par le CRRA 15, ce dernier pourra faire appel aux moyens du SDIS. Cette demande est formalisée par <b>un formulaire faxé par le CRRA 15 au CTA (annexe 6 de la convention bipartite SDIS – SAMU)</b>.</p> <p>Le CTA traitera ces interventions sous le code sinistre « carence ambulancière».</p> <p>Cette prestation fera l'objet d'une indemnisation par le centre hospitalier siège du SAMU, selon les dispositions de l'article 10 de la convention.</p> <p>L'appel au SDIS 42 par le CRRA 15 pour une admission en soins psychiatriques sera traité comme carence ambulancière.</p> <p><b><u>Carence SMUR :</u></b></p> <p>La carence SMUR est une demande de la part du CRRA 15 d'envoyer un officier du SSSM en lieu et place d'un SMUR pour pratiquer un geste de type médical ou paramédical. (exemple : rééquilibrer un insulino-dépendant par le biais d'une injection). Cette intervention est généralement menée avec un vecteur de type VL (VSM, VLTU...).</p> <p>Ce type d'intervention <u>ne donne pas lieu à rémunération.</u></p> <p><b><u>Convention AMU - CH du Forez:</u></b></p> <p>Le SDIS de la Loire a signé, le 27 février 2012, une convention de participation au fonctionnement des SMUR des CH de Feurs et de Montbrison. Elle a pour objet la mise à disposition par le SDIS 42 d'un VSAV à la demande de l'un des deux SMUR, pour effectuer les transports sanitaires d'urgence en complément du véhicule médicalisé du SMUR. <u>Elle ne concerne que les transports primaires et donne lieu à facturation.</u> Malgré la convention, ce n'est pas une mission principale du SDIS et la mise à disposition pourrait être ponctuellement refusée si les limites d'obligation de continuité du service le justifiaient (cas de plan rouge, par exemple) : cf. art. 3 de la convention. Pour les transports secondaires, se reporter à l'annexe 17 de la présente ITOP.</p> <p><b><u>Synthèse :</u></b></p> <table border="1" data-bbox="300 1702 1481 2004"> <thead> <tr> <th>Situation</th> <th>Description</th> <th>Code sinistre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Carence ambulancière</td> <td>Un VSAV intervient seul en lieu et place d'un ambulancier privé.</td> <td>Carence ambulancière</td> </tr> <tr> <td>Carence SMUR</td> <td>Un officier du SSSM intervient en lieu et place d'un SMUR.</td> <td rowspan="2">Code sinistre correspondant à l'intervention</td> </tr> <tr> <td>Convention AMU - CH du Forez</td> <td>Un VSAV intervient conjointement avec une équipe SMUR pour effectuer le transport sanitaire d'urgence.</td> </tr> </tbody> </table>		Situation	Description	Code sinistre	Carence ambulancière	Un VSAV intervient seul en lieu et place d'un ambulancier privé.	Carence ambulancière	Carence SMUR	Un officier du SSSM intervient en lieu et place d'un SMUR.	Code sinistre correspondant à l'intervention	Convention AMU - CH du Forez
Situation	Description	Code sinistre										
Carence ambulancière	Un VSAV intervient seul en lieu et place d'un ambulancier privé.	Carence ambulancière										
Carence SMUR	Un officier du SSSM intervient en lieu et place d'un SMUR.	Code sinistre correspondant à l'intervention										
Convention AMU - CH du Forez	Un VSAV intervient conjointement avec une équipe SMUR pour effectuer le transport sanitaire d'urgence.											

C  
O  
N  
S  
I  
G  
N  
E  
S  
  
O  
P  
E  
R  
A  
T  
I  
O  
N  
N  
E  
L  
L  
E  
S



### Problématique de la situation opérationnelle

Comment intervenir auprès d'une victime agressée sexuellement ou violée ?

CONSIGNES OPERATIONNELLES

En droit français, les agressions sexuelles sont une catégorie d'**infractions pénales**.

On distingue :

- **L'agression sexuelle** : toute atteinte sexuelle **dépourvue de pénétration** commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.
- **Le viol** : agression sexuelle avec acte de pénétration.

#### GENERALITES :

Ce type de situation est particulièrement délicat. La victime peut être une femme, un homme, un enfant ou une personne âgée. Ce type d'agression est source d'une souffrance psychique extrême, où la victime a perdu tout sentiment de sécurité.

#### ABORDAGE DE LA VICTIME :

- Il est plus difficile pour la victime de communiquer avec une personne du même sexe que l'agresseur,
- Privilégier un seul et unique interlocuteur,
- Eviter de se rassembler autour de la victime,
- Préférer une position semi-assise (plus rassurante),
- Couvrir la victime,
- Ne jamais la laisser seule,
- Parler à la victime avant de la toucher et lui expliquer votre rôle,
- Utiliser le regard pour lui montrer votre bienveillance.

#### BILAN :

- Lors du bilan, s'intéresser essentiellement aux traumatismes physiques,
- Eviter de trop questionner sur les faits,
- Eviter le contact physique, sauf si geste d'urgence (toujours porter des gants) : il majore le traumatisme psychologique et risque de pollution des indices (poils, cheveux...) notamment si agression < 72h (pour les prélèvements),
- Penser à reformuler ce que vous avez compris,
- Regrouper et conserver ses vêtements qui seront isolés par la police dans un sac papier (pas plastique),
- Eviter de déplacer les objets, même précautions qu'une scène de crime,
- Si l'agression vient de se produire, conseiller à la victime de ne pas se laver, ni nettoyer ses vêtements et sous-vêtements, ni ranger la « scène » de l'agression.

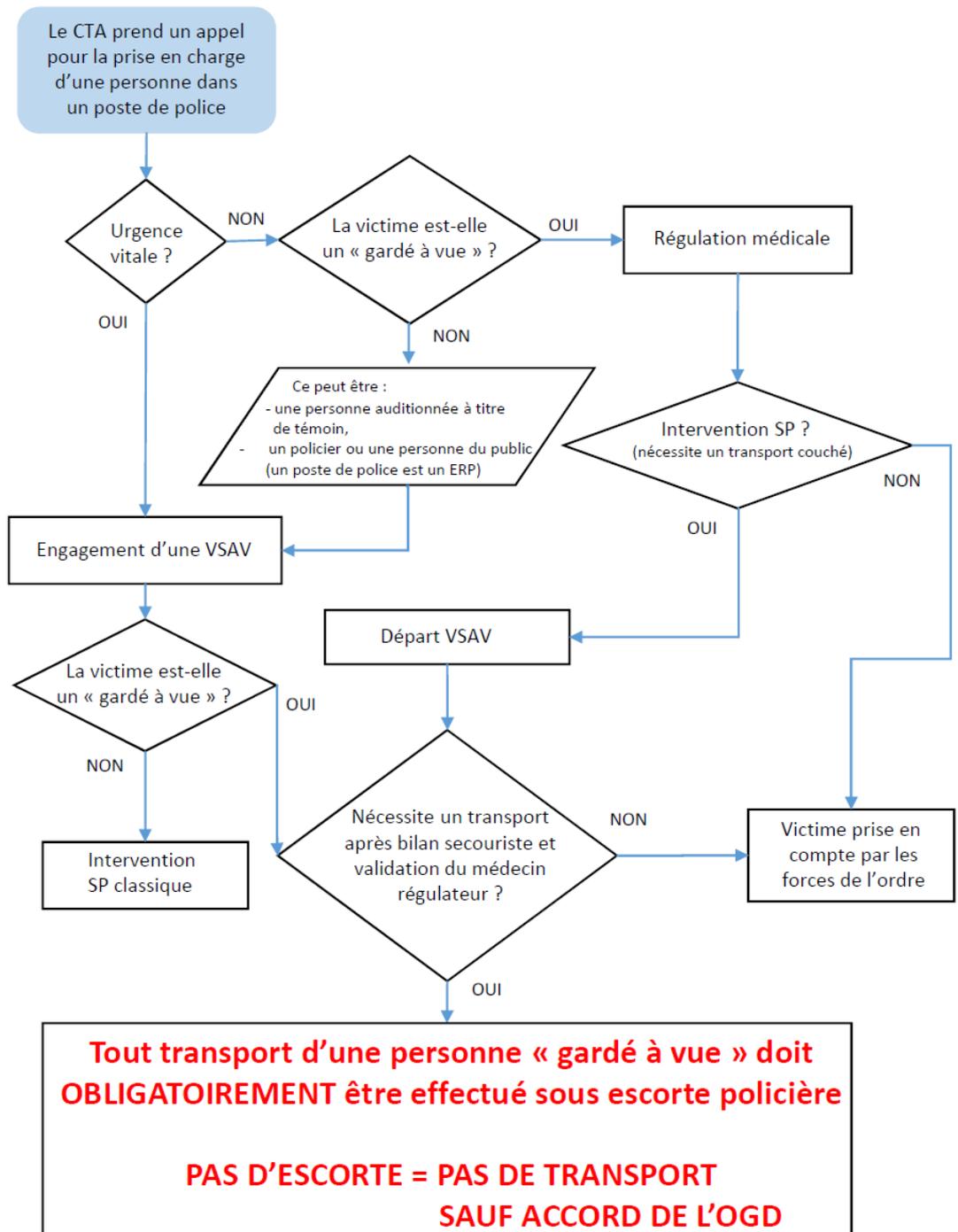
Avis du médecin régulateur pour la destination de la victime : service d'urgences ou service de gynécologie.

Hôpitaux de référence pour ce type d'agression : CHU Nord et CH Roanne


**Problématique de la situation opérationnelle**

La prise en charge d'une victime au sein d'un poste de police est-elle une mission des sapeurs-pompiers ?

**CONSIGNES OPERATIONNELLES**



ITOP 013	<b>Annexe 22 : Prise en charge d'une personne victime d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC)</b>	Mise à jour : Janvier 2015
----------	---	-------------------------------

	<b>Problématique de la situation opérationnelle</b>	Quelle est la conduite à tenir pour la prise en charge d'une personne victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ?
<b>C O N S I G N E S  O P E R A T I O N N E L L E S</b>	<p><b>PRINCIPES GENERAUX:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La prise en charge des AVC a évolué. Celle-ci a pour objectif de diminuer la mortalité et la dépendance des victimes d'AVC.</li> <li>➤ <u>Dans 60 % des cas</u>, une artère cérébrale est obstruée par un caillot et un nouveau traitement visant à dissoudre le caillot pourra être appliqué.</li> <li>➤ Pour que ce traitement soit efficace, il doit être mis en œuvre le plus rapidement possible (au plus tard 1 heure après le début des symptômes).</li> <li>➤ Dans la Loire, les deux seuls établissements disposant d'une U.N.V. (unité neuro vasculaire) sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ le CH Nord à Saint-Etienne</li> <li>○ le CH de Roanne.</li> </ul> </li> <li>➤ Après régulation par le CRRA 15 à l'aide de la grille commune de bilan simplifié, il sera demandé au chef d'agrès VSAV d'évacuer la victime vers l'un de ces deux hôpitaux, même s'il ne s'agit pas de l'hôpital le plus proche.</li> <li>➤ Sauf cas particuliers (trouble de conscience, diabète, etc.), l'intervention en renfort d'un officier du SSSM ne doit en aucun cas retarder l'évacuation de la victime.</li> </ul>	

C  
O  
N  
S  
I  
G  
N  
E  
S  
  
O  
P  
E  

## LE DEROULEMENT DE L'INTERVENTION

Le CTA prend un appel  
via le 18 /112 ou un  
transfert du 15

Suspicion  
d'AVC ?

NON

Traitement normal d'une demande de secours

OUI

DEPART VSAV

Le CDA prend en compte la victime et utilise la grille  
simplifiée pour les AVC disponible dans chaque VSAV  
pour passer son bilan au CRRA 15.

Le CRRA 15 utilise la même  
grille afin de faciliter la  
transmission du bilan.

Le bilan doit :

- commencer par : « **BILAN ROUGE - suspicion d'AVC** »,
  - indiquer les signes d'AVC
  - indiquer si la victime suit un traitement médical particulier,
  - donner un délai de route vers CH Nord ou CH Roanne afin que le médecin régulateur puisse décider éventuellement d'un vecteur plus rapide.

Dès l'arrivée aux urgences, le CDA se présente immédiatement à l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) en spécifiant qu'il s'agit **d'une suspicion d'AVC** car celui-ci est normalement prévenu par le CRRA 15 de l'arrivée du VSAV.

**C  
O  
N  
S  
I  
G  
N  
E  
S  
  
O  
P  
E  
R  
A  
T  
I  
O  
N  
N  
E  
L  
L  
E  
S**

**LA GRILLE SIMPLIFIEE POUR LES AVC**

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Existe-t-il une déviation de la bouche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe-t-il une difficulté pour parler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce qu'un bras bouge moins bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce qu'une jambe bouge moins bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe-t-il des troubles de la conscience ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Date et heure d'apparition des symptômes > 4h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Antécédents :</b>			
AVC < 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatisme crânien sévère < 3mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde < 21 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opération chirurgicale < 14 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Traitement par</b>			
Anti-vitamine K (Sintrom, Coumadine, Previscan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### Problématique de la situation opérationnelle

Quel est le nombre maximum de personnes transportées dans un VSAV ?

**C  
O  
N  
S  
I  
G  
N  
E  
S  
  
O  
P  
E  
R  
A  
T  
I  
O  
N  
N  
E  
L  
L  
E  
S**

#### LES REGLES JURIDIQUES:

- Le VSAV est considéré comme un véhicule utilitaire dont le PTAC (Poids Total Autorisé en Charge) ne doit pas excéder 3,5 tonnes.
- La carte grise des VSAV stipule que le nombre maximum de places assises est de 5.
- La préconisation des équipementiers VSAV stipule : « **Maximum 5 personnes – patient compris** ». Cette préconisation prend en compte le poids du matériel, du personnel et des personnes transportées, afin de ne pas dépasser les 3,5 tonnes réglementaires.

#### LES REGLES A RESPECTER:

Les CDA veilleront :



- à **limiter la présence à 5 personnes maximum dans un VSAV, patient compris.**
- à s'assurer, pendant le transport, que l'ensemble de l'équipage soit assis et attaché avec les ceintures de sécurité et que le patient soit sanglé sur le brancard, sauf situation médicale justifiée (ex : massage cardiaque pendant le transport)

	<b>Problématique de la situation opérationnelle</b>	Quel est le nombre maximum de personnes transportées dans un VSAV ?				
<b>C O N S I G N E S  O P E R A T I O N N E L L E S</b>	Les principales situations de transport rencontrées doivent trouver leurs réponses sur la base des trois principes ci-dessous qu'il convient d'appliquer et d'adapter avec l'intelligence du terrain :					
	<b>Cas d'un patient non médicalisé</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Patient + CDA + COND + EQUIP 1 + EQUIP 2</td> <td style="text-align: center; font-size: 2em; color: red;"><b>5</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Un accompagnant peut-être transporté en cas d'absence de l'équipier 2</td> </tr> </table>	Patient + CDA + COND + EQUIP 1 + EQUIP 2	<b>5</b>	Un accompagnant peut-être transporté en cas d'absence de l'équipier 2	
	Patient + CDA + COND + EQUIP 1 + EQUIP 2	<b>5</b>				
	Un accompagnant peut-être transporté en cas d'absence de l'équipier 2					
<b>Cas d'un patient médicalisé</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Patient + CDA + COND + MEDECIN + INFIRMIER</td> <td style="text-align: center; font-size: 2em; color: red;"><b>5</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Les EQUIP 1 et 2 seront véhiculés par le SAMU</td> </tr> </table>	Patient + CDA + COND + MEDECIN + INFIRMIER	<b>5</b>	Les EQUIP 1 et 2 seront véhiculés par le SAMU		
Patient + CDA + COND + MEDECIN + INFIRMIER	<b>5</b>					
Les EQUIP 1 et 2 seront véhiculés par le SAMU						
<b>Cas particuliers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le transport d'un nouveau-né et de sa mère peut être considéré comme une seule et unique entité « patient ».</li> <li>➤ En cas de transport d'un détenu ou d'un gardé à vue, le COS veillera à rendre compte de la situation au CODIS et à s'assurer qu'une escorte policière est prévue (Cf. annexe 12 et 21).</li> </ul>					
	<b>Les CDA veilleront à appliquer ces principes de base. En cas de difficulté dans sa mise en œuvre face à une circonstance exceptionnelle, le CDA prendra l'attache du CODIS pour conduite à tenir.</b>					