

Fiche
Procédure

Prise en charge d'une victime

SECOURS
D'URGENCE
AUX PERSONNES



DECOUVERTE D'UN CAS DE
MALTRAITANCE

Chef d'Agrès VSAV

MAJ 21/03/2024

Q uand ?

Les sapeurs-pompiers ont l'obligation de dénoncer aux services compétents les cas de maltraitance dont ils peuvent être témoins à l'occasion de leurs interventions.

P ourquoi ?

Il s'agit là, d'un cas où le secret professionnel doit être levé par les secouristes auprès de l'autorité judiciaire via sa hiérarchie.

C omment ?

Dans les cas où les sapeurs-pompiers suspectent un cas de maltraitance, le transport doit être la priorité, ce qui permettra une prise en charge médicale et un suivi par les autorités compétentes.

La transmission des informations relatives aux signes de maltraitance doit être effectuée avec le personnel médical du centre hospitalier de destination, afin de garantir la continuité de la prise en charge particulière d'un cas de maltraitance.

S'il s'agit de personnes non prises en charge en qualité de victime, le chef d'agrès devra recueillir le maximum d'informations afin de pouvoir en informer les autorités judiciaires par la suite.

Pour l'information du Procureur de la République, le chef d'agrès devra remplir rigoureusement le CRSS afin de transmettre l'information la plus précise et détaillée possible.

Rassembler l'ensemble des informations et des pièces nécessaires afin de les transmettre au chef de centre qui effectuera leur communication au service juridique (avec copie CODIS)

Le service juridique prendra en compte la formalisation de la demande, à ce titre il convient de suivre le détail de la fiche ci-dessous.



SERVICE DÉPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS DE LA MARNE

FICHE DE SIGNALEMENT SUSPICION D'UN CAS DE MALTRAITANCE

Les sapeurs-pompiers ont l'**OBLIGATION** de signaler aux services compétents les cas de maltraitance dont ils peuvent être témoins à l'occasion de leurs interventions
Références : NDS n°434 et procédure SSUAP 04

INTERVENTION

Intervention n° : _____ Date : ____/____/20____

Nature de l'intervention : _____

Adresse : _____ Commune : _____

INFORMATION VICTIME

Victime : majeure mineure sous curatelle handicapée

Nom de la victime : _____ Prénom de la victime : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Si adresse différente de celle de l'intervention

Adresse : _____

Si victime mineure ou sous tutelle

	Représentant légal 1	Représentant légal 2
Nom		
Prénom		
Date de naissance	/ /	/ /
Ville de naissance		
Adresse actuelle (si différente)	_____ _____ _____	_____ _____ _____

Transport de la victime à l'hôpital : Oui Non

Hôpital de destination : _____

