



CONVENTION DE COHERENCE OPERATIONNELLE BI-PARTITE SAMU SDIS

Entre

**Le CHU de Clermont-Ferrand, représenté par Monsieur D Hoeltgen,
Directeur général, agissant ès qualité,**

Et

**Le SDIS du Puy-de-Dôme, représenté par Monsieur JY Gouttebel,
Président du Conseil d'administration**

1 LA RÉCEPTION DES APPELS URGENTS

Les appels 112 aboutissent au CTA 63. Dès leur réception, l'opérateur CTA ouvre une grille de renseignements. Si l'appel concerne un appel urgent, il est traité par le CTA, suivant les règles nominales de fonctionnement de celui-ci et décrites ci-après. S'il s'agit d'un appel relevant du SAMU (voir 2.1 ci-dessous), l'opérateur CTA transfère l'appel vers le CRRA 15.

2 LA RÉPONSE PRIMAIRE AUX APPELS URGENTS

2.1 Les appels reçus sur le 18

Des appels reçus par le CTA nécessitent de par leur nature même, un engagement des moyens de secours avant régulation médicale ; ces situations sont qualifiées de départ réflexe.

2.1.1 Les départs réflexes

L'arrêté du 05 juin 2015, portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008, précise que ces situations de départ réflexe sont de trois natures :

- les situations cliniques particulières,
- les circonstances particulières,
- l'environnement et lieu de survenue de la détresse.

2.1.1.1 La détresse vitale identifiée à l'appel

Dans l'état actuel des connaissances acquises de la science et de l'éthique, les situations de détresse vitale sont les suivantes :

- arrêt cardiaque, mort subite,
- détresse respiratoire,
- inconscience,
- hémorragies sévères,
- section complète de membre, de doigts,
- brûlures,
- accouchement en cours ou imminent,
- écrasement de membre ou de tronc, ensevelissement,
- tentative de suicide avec risque imminent.

Dans ces cas, l'opérateur CTA engage les moyens disponibles du SDIS, les plus adaptés à la situation. Si la présence d'un professionnel de santé apporte à l'évidence un bénéfice médical, il est procédé par l'opérateur CTA, sous le contrôle du chef de salle, à l'envoi d'un membre disponible du PSSM du SDIS. Cet envoi est signalé au médecin régulateur du SAMU, sans préjuger de l'envoi complémentaire d'une UMH – SMUR. Puis, il transfère l'appelant et les informations au Médecin-régulateur du CRRA 15 en vue d'une régulation médicale.

2.1.1.2 Les circonstances particulières

Certaines demandes de secours, compte-tenu des circonstances, présentant des risques particuliers, justifient un départ immédiat des moyens de secours du SDIS, les plus adaptés à la situation, avant régulation médicale.

Cet engagement réflexe est réalisé notamment dans les cas suivants :

- noyade,
- pendaison,
- électrisation, foudroiement,
- personne restant à terre suite à une chute,
- rixe ou accident avec plaie par arme à feu ou arme blanche,
- accident de circulation avec victime,
- intoxication collective,
- toutes circonstances mettant en jeu de nombreuses victimes.

Cette liste n'est pas exclusive des motifs de départ dans le cadre des missions propres du service.

Après avoir engagé les secours, l'opérateur CTA transfère l'appelant et les informations au Médecin-régulateur du CRRA 15 en vue d'une régulation médicale.

2.1.1.3 Les interventions sur voie publique, les Etablissements recevant du public (ERP) ou dans les lieux publics

Dans ce cas, un départ immédiat des moyens du SDIS, avant régulation médicale, est engagé par l'opérateur CTA. Ce dernier transfère l'appelant et les informations au Médecin-régulateur du CRRA 15 en vue d'une régulation médicale. Il utilise à ces fins, les arbres décisionnels de la DGSCGC déclinés localement. Cette disposition ne concerne pas le dispositif spécifique ORSEC Montagne.

Conformément à la circulaire, il fait l'objet d'ajouts consensuels notamment en ce qui concerne les lieux publics et les ERP.

Hormis la voie publique, les ERP et le lieu public, le lieu de survenue ne doit pas être en lui-même un critère de choix dominant.

2.1.2 Les autres cas

Certains appels reçus par le CTA peuvent être transférés à l'ARM du CRRA 15 par une bascule, après saisie des données sur la grille 18, lorsque l'appel fait formellement l'objet d'une demande concernant :

- la permanence des soins (PDS),
- les demandes de transports ambulanciers,
- les demandes de renseignements ou de conseils médicaux.

Dans l'hypothèse où l'une de ces demandes revient vers le CTA, après traitement par le CRRA 15, et nécessite l'engagement d'un VSAV, l'intervention peut-être considérée comme une carence de transporteur sanitaire privé (cf. 2.4. infra).

D'autres cas concernent :

2.1.2.1 Les cas de demandes d'intervention sur réquisition

Si l'appel est effectué dans le cadre des pouvoirs de réquisition des forces de police ou de gendarmerie, les moyens de secours adaptés à la situation sont engagés, tout en s'assurant de la sécurité des personnels adressés sur les lieux de l'intervention.

Cela ne concerne pas le domaine des soins sans consentement, évoqué au point 5.3.3.

2.1.2.2 Les interventions à domicile et les accidents de travail

Dans les cas visé aux 2.1.1.1, 2.1.1.2, et 2.1.1.3 où en cas de lésions accidentelles et traumatiques, l'opérateur CTA engage un départ réflexe des moyens du SDIS et transfère l'appelant et les informations au Médecin-régulateur du CRRA 15 en vue d'une régulation médicale. Si la présence d'un professionnel de santé apporte à l'évidence un bénéfice médical, il est procédé par l'opérateur CTA, sous le contrôle du chef de salle, à l'envoi d'un membre du PSSM du SDIS. Cet envoi est signalé au médecin régulateur du SAMU, sans préjuger de l'envoi complémentaire d'une UMH - SMUR.

En dehors des situations visées aux 2.1.1.1, 2.1.1.2, et 2.1.1.3, l'expertise de la régulation médicale doit précéder un éventuel engagement du SDIS.

Si l'appel concerne un problème médical à domicile ou un accident de travail, de même après régulation médicale, le médecin régulateur peut demander au CTA d'engager un moyen adapté à la situation ou engager une ambulance privée, sans préjudice d'une médicalisation par une UMH — SMUR. Dans ce cas, la régulation médicale est préalable à l'envoi du moyen et le médecin régulateur tient informé systématiquement de son choix l'opérateur CTA qui lui a transmis l'appel.

2.1.3 Les appels de téléassistance

Par contrat, le SDIS assure pour le conseil départemental du Puy-de-Dôme, la réception des alertes de téléassistance développée par cette collectivité territoriale. Ces appels, aboutissant par les télétransmetteurs fournis aux abonnés, ne peuvent faire l'objet d'un transfert au SAMU.

Il appartient à l'opérateur CTA suivant les informations reçues et la capacité à échanger phoniquement avec l'abonné, d'informer le médecin régulateur du CRRA 15. Ce mode d'alerte des secours n'interfère en rien avec les règles générales évoquées au point 2.1.1.

Dès lors qu'un contre appel téléphonique permet la mise en relation avec le requérant ou une tierce personne présente au domicile de l'abonné, ce dernier pourra faire l'objet d'un transfert au médecin régulateur, si une demande médicale est signifiée et/ou si le questionnement de l'opérateur le détermine.

2.2 Les appels reçus par le 15

2.2.1 La détresse vitale identifiée à l'appel

Dans l'état actuel des connaissances acquises de la science et de l'éthique, les situations de détresse vitale sont les suivantes :

- arrêt cardiaque, mort subite,
- détresse respiratoire,
- inconscience,
- hémorragies sévères,
- section complète de membre, de doigts,
- brûlures,
- accouchement en cours ou imminent,
- écrasement de membre ou de tronc, ensevelissement,
- tentative de suicide avec risque imminent.

Afin de privilégier la rapidité des secours, l'ARM demande immédiatement au CTA l'engagement des moyens les plus adaptés à la situation. Simultanément, il fait réguler l'appel par le médecin régulateur du SAMU pour une médicalisation immédiate.

Si la présence d'un professionnel de santé apporte à l'évidence un bénéfice médical, il est procédé par l'opérateur CTA, sous le contrôle du chef de salle, à l'envoi d'un membre disponible du PSSM du SDIS ; le cas échéant sur demande du médecin régulateur du SAMU. Cet envoi est signalé au médecin régulateur du SAMU, sans préjuger de l'envoi complémentaire d'une UMH — SMUR. Cet envoi est associé systématiquement à un VSAV.

2.2.2 Les circonstances particulières

Certaines demandes de secours, compte-tenu des circonstances, présentant des risques particuliers, justifient un départ réflexe des moyens de secours du SDIS. L'ARM demande immédiatement au CTA l'engagement des moyens les plus adaptés à la situation. Simultanément, il fait réguler l'appel par le médecin régulateur du SAMU pour une médicalisation immédiate.

Cet engagement réflexe est réalisé notamment dans les cas suivants :

- noyade,
- pendaison,
- électrisation, foudroiement,
- personne restant à terre suite à une chute,
- rixe ou accident avec plâtre par arme à feu ou arme blanche,
- accident de circulation avec victime,
- intoxication collective,
- toutes circonstances mettant en jeu de nombreuses victimes,

2.2.3 Les interventions sur voie publique, les Etablissements recevant du public (ERP) ou dans les lieux publics

Dans ces cas, l'ARM demande immédiatement au CTA l'engagement des moyens les plus adaptés à la situation. Simultanément, il fait réguler l'appel par le médecin régulateur du SAMU.

Conformément à la circulaire, il fait l'objet d'ajouts consensuels notamment en ce qui concerne les lieux publics et les ERP. De fait, hormis la voie publique, les ERP et le lieu public, le lieu de survenue ne doit pas être en lui-même un critère de choix dominant.

2.2.4 Les interventions à domicile et les accidents de travail

Dans les cas prévus aux 2.2.1 et 2.2.2, et lorsque l'appel concerne une lésion accidentelle et traumatique à domicile, l'ARM transmet immédiatement au CTA l'appel en vue d'un engagement réflexe des moyens du SDIS. La régulation médicale s'effectue ensuite sans délai par le médecin régulateur du SAMU pour médicalisation éventuelle.

En dehors des situations visées aux 2.2.1 et 2.2.2, la régulation médicale doit systématiquement précéder un éventuel engagement du SDIS.

2.2.5 Les autres cas

En dehors de situations dites de « départ réflexe », l'appel est présenté au médecin régulateur qui en évalue la gravité et propose au requérant l'intervention de l'effecteur adapté :

- UMH - SMUR éventuellement précédée d'un médecin correspondant SAMU, si la situation nécessite une médicalisation de la prise en charge et du transport,
- VSAV pour les situations de lésion accidentelle et traumatique à domicile,
- ambulance privée pour les problèmes médicaux à domicile ne nécessitant pas de présence médicale à la prise en charge et pendant le transport,
- recours au médecin généraliste par visite à domicile ou venue au cabinet de consultation,
- simple conseil sur une question médicale de base, sans acte médical.

Dans tous ces cas, le consensus est recherché avec le malade ou son entourage, et la mission clairement expliquée à l'effecteur sollicité, par le médecin régulateur ou à défaut par l'ARM.

Si la proximité d'un membre du PSSM du SDIS peut apporter un bénéfice médical, le médecin régulateur sollicite son envoi auprès du chef de salle. Dans ce cas, il est fait appel à un VSAV comme premier intervenant, sans préjuger de l'envoi d'une UMH - SMUR.

Dans l'hypothèse où la demande d'intervention d'une ambulance privée revient vers le CTA, et nécessite l'engagement d'un VSAV, l'intervention est considérée comme une carence de transporteur sanitaire privé (cf. 2.4 infra). Un membre du PSSM du SDIS ne peut être engagé, seul, en complément d'une ambulance privée.

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 compétent et adapté, en respectant les impératifs opérationnels décrits au point 5 ci-après.

2.3 Les appels réorientés

Les systèmes d'informations opérationnelles SAMU et SDIS seront inter opérés suivant les normes en vigueur.

Dès lors qu'un appel reçu par un des deux services est réorienté vers l'autre, il appartient au service primo sollicité d'informer le requérant de ce transfert ou de cette conférence, en précisant notamment le nom du service et complétant si besoin de la fonction de la personne destinatrice.

Par exemple, les opérateurs CTA signaleront donc dans le cas 2.1.2, le transfert « à l'agent de régulation médicale du SAMU du Puy-de-Dôme ».

2.4 Les carences de transporteur privé sanitaire

Après régulation médicale, si l'appel nécessite l'intervention suffisante d'une ambulance privée, et que celle-ci, après un temps de recherche raisonnable ne peut être mobilisée dans des délais satisfaisant pour le malade et sa pathologie, il peut être fait appel au VSAV dans le cadre des « carences ». Suivant les règles d'engagement en vigueur et le nombre d'effecteurs disponibles, le SDIS peut refuser cette mission, à partir du moment où elle risque d'affaiblir la capacité de réponse opérationnelle du service.

Si une suite favorable est donnée à la requête, ceci donne lieu à une explication par le SAMU au requérant sur le délai de venue des sapeurs-pompiers, et à la présentation au chef de salle de manière explicite comme carence de transport privé sanitaire (CTPS).

Cette forme de recours au VSAV est notée dans les deux logiciels d'alerte comme carence et c'est la concordance des deux listings (intersection des ensembles) qui fera foi lors de la déclaration hebdomadaire des carences. Il est créé dans l'outil d'aide à la décision des deux services un intitulé type dénommé « carence ambulance ». Tout litige concernant l'interprétation fait l'objet d'un débat contradictoire, dans le cadre de l'article 9 infra.

Ne sont pas considérées comme CTPS, les interventions du SDIS, d'aide technique comme les aides au brancardage ou intervention GRIMP. Pour autant, une participation aux frais conformément aux délibérations en vigueur au sein du SDIS pourrait concerner le requérant (ambulancier privé) en cas de sollicitation abusive ou récurrente.

Ces CTPS font l'objet d'une déclaration commune annuelle permettant la rémunération du service fait par le SDIS.

2.5 Le recours au VSAV pour un transport SMUR

Si le régulateur médical le décide, en complément d'une VML, et en dehors de l'aspect prompt secours, une demande d'intervention d'un VSAV peut-être effectuée auprès du CTA.

Ces missions font l'objet de conventions entre les établissements sièges de SMUR et le SDIS. Le paiement de la prestation est assuré au SDIS, par le CH siège du SMUR considéré conformément aux modalités conventionnelles. Il ne s'agit pas d'une CTPS au sens du 2.4 supra.

Les interventions du SDIS, d'aide technique comme les aides au brancardage ou intervention GRIMP au bénéfice du SMUR sont extraites du présent article.

2.6 Le domaine skiable

Au titre de l'article R 145-4 du code de l'urbanisme, « Une piste de ski alpin est un parcours sur neige réglementé, délimité, balisé et contrôlé et protégé des dangers présentant un caractère anormal ou excessif, éventuellement aménagé et préparé, réservé à la pratique du ski alpin et des activités de glisse autorisées » ; « Un domaine skiable est une piste de ski alpin ou un ensemble de pistes qui ont le même point de départ ou qui communiquent entre elles ou qui communiquent par le seul intermédiaire d'une ou de plusieurs remontées mécaniques. La surface du domaine skiable prise en compte est la somme des surfaces des pistes de ski alpin ».

Dès lors qu'une mission de transport sanitaire, relative à une personne malade, blessée ou parturiante, réalisée par les moyens du SDIS sur la demande du CRRA15 et consécutive à un accident, incident sur le domaine skiable sera recensée, une participation aux frais sera établie à la commune, siège du domaine skiable, suivant des modalités délibérées en Conseil d'administration du SDIS.

Cette disposition ne concerne pas le dispositif spécifique ORSEC Montagne.

2.7 Le recours aux Associations agréées de sécurité civile (AASC)

Les AASC dans le prolongement de leurs missions de type D (dispositifs prévisionnels de secours DPS) ou A (participation aux opérations de secours), peuvent être amenées à acheminer des victimes vers l'hôpital.

Dans le cadre des DPS, une convention entre le SAMU, le SDIS et les Associations agréées de sécurité civile établit les modalités de mise en œuvre.

3 LE SUIVI DES INTERVENTIONS VSAV

3.1 Le bilan secouriste

Le bilan secouriste s'impose pour toute intervention. Il répond à deux objectifs : le premier est de déterminer l'état de la victime (bilan secouriste) et d'en déduire la conduite secouriste immédiate, le second de transmettre au CTA et au CRRA 15, les données du bilan initial complétées du rapport des gestes entrepris et de leurs résultats (message).

La transmission du bilan secouriste au CTA et au CRRA 15 sous forme d'un message secouriste construit se fait dans les meilleurs délais au CTA et au SAMU avant l'évacuation.

Le message est transmis par communication radioélectrique d'interopérabilité dédiée à la coordination de l'aide médicale urgente (secours et soins d'urgence SSU), à défaut par téléphone, via le CTA. L'enregistrement simultané sur une ligne téléphonique dédiée, ne pouvant être appliqué au CTA et au CRRA, les deux services acceptent de mettre à disposition de l'autre service toute écoute de bande que ce dernier jugerait utile d'entendre, dans les délais les plus brefs.

Le bilan pourra être également transmis sous forme automatique par communication radioélectrique sous un format numérique conforme à la norme NF 399 logiciel "sécurité civile". Pour cela les systèmes d'informations opérationnelles SAMU et SDIS seront inter opérées suivant les normes en vigueur.

L'accès au dossier doit assurer la préservation indispensable de la confidentialité vis-à-vis de tiers.

La formation en matière de secours à personne tient compte dans ses divers niveaux de la nécessité de standardiser la présentation des bilans entre les divers centres intervenants.

3.1.1 Les messages transmis au 15

Ce message adressé au CRRA, réalisé avec les éléments du bilan secouriste, permet au médecin régulateur de réévaluer la gravité estimée et décrite à l'appel, de conseiller les intervenants sur place et de choisir et organiser l'orientation de la victime en tenant compte de sa pathologie, de la gravité et des souhaits exprimés par celle-ci ou son entourage. Par ailleurs, le lieu d'orientation tiendra compte autant que faire se peut du lieu d'origine du VSAV sur place.

A ce titre, les règles de transmissions dudit enregistrement répondent aux règles de transmission du dossier médical, telles que définies par les textes en vigueur, en particulier le Code de la santé publique.

Le SAMU sera organisé en sorte que les messages puissent être reçus sans délai, par communication radioélectrique prioritairement, ou sous forme automatique par communication radioélectrique sous un format numérique conforme à la norme NF 399 logiciel "sécurité civile" par un médecin chargé de cette régulation de préférence. Pour cela les systèmes d'informations opérationnelles SAMU et SDIS seront inter opérées suivant les normes en vigueur

3.1.2 La forme et le contenu du message secouriste

Le message comporte l'ensemble des informations recueillies par l'équipe lors du bilan secouriste, il est complété par la description des gestes effectués. Il s'efforce d'apporter des informations précises et pertinentes de manière concise et ordonnée. Il contient notamment les éléments suivants :

- le motif de recours, les plaintes de la victime et les circonstances de l'intervention,
- les éléments physiologiques recueillis par les secouristes,
- les lésions traumatiques éventuellement décelées,
- la description et l'évaluation de l'intensité de la douleur,
- le cas échéant, les antécédents et/ou le (s) traitement (s) en cours,
- les gestes entrepris,
- et enfin, les paramètres observés sur les appareils de monitorage.

Lorsque le VSAV effectue un transport de longue durée (supérieure à 30 mn par exemple) ou en cas d'aggravation de l'état de la victime, il appartient au chef d'agrès de passer par communication radioélectrique SSU au CRRA un message rendant compte de l'évolution de l'état de la victime.

Dans le cadre de l'application du référentiel commun, ce message peut être simplifié dans le but soit d'alléger le travail de la régulation médicale, soit de faciliter celui des intervenants sur le terrain.

3.1.2.1 Les situations de message simplifié à transmettre ou «bilan simplifié»

Le chef d'agrès est dispensé d'un message complet (point 3.1.2) à la régulation médicale dans un certain nombre d'interventions qui concernent en particulier la petite traumatologie périphérique et notamment:

Circonstances particulières :

- problème social isolé,
- brancardage,
- absence de personnes impliquées sur les lieux de l'intervention,
- 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».

Suspicion d'affections, sauf **chez l'enfant en bas âge**, la personne âgée et la personne handicapée :

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

L'attention des chefs d'agrès est appelée sur la nécessité absolue d'effectuer un bilan secouriste complet pour prendre les mesures de secourisme les plus appropriées lors de la prise en charge d'une victime. Seule la transmission du message, du fait des circonstances, doit être simplifiée.

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

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

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

Une information est transmise au CRRA 15 de façon à clôturer un dossier qui aurait été ouvert.

3.1.2.2 La 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 prioritairement par communication radioélectrique SSU, qui permet l'écoute simultanée par le CRRA 15 et le CODIS.

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

Cette demande est complétée dans les meilleurs délais par un message classique de manière à renseigner plus complètement le CODIS et le CRRA 15.

3.1.2.1 Les situations d'agression

Le CTA et le CRRA s'informent systématiquement dès lors que le contexte et les circonstances laissent penser que la sécurité des intervenants est susceptible d'être menacée (individu connu pour être violent ...) et/ou que les faits rendent nécessaires une intervention des forces de l'ordre aux titres de leurs attributions de police judiciaire (rises, violences aux personnes avec ou sans armes ...).

Conformément à la note préfectorale du 8 décembre 2015 relative aux règles d'intervention des forces de sécurité et de secours dans le département du Puy-de-Dôme, les forces de sécurité facilitent la mission d'assistance des services de secours conformément au protocole de prévention et de lutte contre les agressions des sapeurs-pompiers en intervention. Par ailleurs, toute demande de secours au centre 15 de la part d'un policier, gendarme ou sapeur-pompier blessé en intervention fait l'objet d'un départ systématique d'une équipe SMUR.

3.1.2.2 La fiche bilan

Toute intervention de SAP du SDIS avec victime, fait l'objet de la rédaction d'un document appelé «fiche bilan». Elle est remise à la structure d'accueil. Un double est conservé par le Pôle SSM du SDIS.

Cette fiche permet la transmission de données de façon claire et concise, elle est conforme au modèle en vigueur au sein du SDIS.

En cours d'intervention, elle est complétée au titre du bilan évolutif, au moins toutes les trente minutes en cas de prise en charge de longue durée, d'événement nouveau ou de volonté du chef d'agrès de témoigner de l'état de la victime avant sa prise en charge par le service d'accueil. Elle est remplie et signée par le chef d'agrès.

Dès que les systèmes d'information opérationnels SAMU et SDIS seront inter opérés suivant les normes en vigueur, la fiche bilan sera transférée sous format numérique par le SAMU à la structure d'accueil.

3.1.2.3 Les matériels biomédicaux

L'usage des matériels complémentaires de bilan et de diagnostic (matériel bio médical embarqué), ne vient qu'en complément du bilan secouriste ou clinique, et l'usage de ces matériels ne tient pas lieu à lui-seul de bilan.

3.2 Le bilan SSM ou médical à transmettre

3.2.1 Les personnels concernés

3.2.1.1 Les médecins de sapeurs-pompiers (MSP) du PSSM

Les médecins de sapeurs-pompiers en tant que membres du PSSM participent au SUAP et à l'AMU sur le territoire opérationnel du SDIS. Leur disponibilité opérationnelle est connue du CTA et du CRRA. Leur engagement s'effectue par l'intermédiaire du CTA, le cas échéant à la demande du médecin régulateur du SAMU.

Une convention entre le SDIS et l'ARS établit la participation à l'AMU des médecins sapeurs-pompiers, nominativement identifiés. Elle précise les secteurs d'intervention, les modalités opérationnelles de fonctionnement, les dotations de matériels, les formations complémentaires requises dans ce cadre et comporte un volet financier de contribution éventuelle notamment aux dispositifs médicaux et consommables, aux médicaments et aux modalités de mise en œuvre des formations complémentaires requises dans ce cadre.

Les MSP mobilisés par le SAMU dans le cadre de l'AMU relèvent toujours de l'autorité administrative du SDIS et sont placés sous la responsabilité de ce dernier.

3.2.1.2 Les médecins correspondant de SAMU (MCS).

Les médecins correspondants du SAMU participent à l'AMU conformément aux dispositions de l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux MCS. Leur disponibilité opérationnelle est connue du CRRA.

3.2.1.3 Les infirmiers de sapeurs-pompiers (ISP) du PSSM

Les infirmiers de sapeurs-pompiers en tant que membres du PSSM participent au SUAP et à l'AMU sur le territoire opérationnel du SDIS. Leur disponibilité opérationnelle est connue du CTA et du CRRA. Leur engagement s'effectue par l'intermédiaire du CTA, le cas échéant à la demande du médecin régulateur du SAMU.

L'activité des ISP concourant aux secours et soins urgents s'inscrit dans le cadre général des compétences de l'infirmier défini par le code de la santé publique. Ainsi et avant l'intervention d'un médecin et sous certaines conditions, les ISP peuvent initier des protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU) en raison du bénéfice attendu pour le patient d'une réponse urgente et formalisée jusqu'à l'intervention d'un médecin. Les infirmiers du PSSM du SDIS agissent face à une urgence, dans le cadre de la délégation qui leur a été donnée par le médecin-chef du PSSM. Pour ce qui relève de leur art, ils sont placés sous sa responsabilité et son autorité hiérarchique. Dans ce cas le médecin régulateur n'a pas à en assumer la responsabilité. Le descriptif des protocoles de soins d'urgence en vigueur au SDIS, conforme à l'arrêté du 5 juin 2015 est porté à la connaissance du médecin-chef du SAMU par le médecin-chef du SDIS.

Le médecin régulateur du SAMU peut cependant aider un ISP de ses conseils. Dans ce cas, l'ISP sort du protocole établi et agit sous la responsabilité du médecin régulateur du SAMU, pour ce qui relève de son art.

Lorsqu'un Infirmier de sapeurs-pompiers exécute une prescription, il exerce sous la responsabilité du médecin prescripteur.

3.2.2 Le message des membres du PSSM

Si des membres cités supra interviennent, leur message faisant suite au bilan situationnel sera transmis de manière complémentaire au médecin régulateur, ces professionnels de santé ayant pris le soin de se présenter comme tels.

En cas d'indisponibilité du médecin régulateur, l'ISP poursuit la mise en œuvre de son protocole jusqu'à l'établissement d'un contact direct effectif, facilité au besoin par le CTA. Le médecin régulateur du SAMU prescrit ensuite directement à l'ISP la poursuite, l'arrêt ou l'adaptation du PISU.

Ses enregistrements sonores constituent des éléments du dossier médical et font l'objet notamment pour leur conversation et leur communication, des dispositions législatives et règlementaires en vigueur. Toutefois et au bénéfice exclusif du SDIS, ces enregistrements peuvent être transmis.

3.3 Le risque infectieux

Les équipes sont parfois amenées à prendre en charge des patients suspects d'être atteints de maladies infectieuses.

Ce risque, si identifié à l'appel, doit faire l'objet d'une information préalable entre le CTA, le CRRA et les intervenants. Cette vigilance est accentuée par la mise en œuvre de code de départ distinctif, précisant sans ambiguïté, le risque.

Un suivi spécifique des personnels et de la mission est établi entre les deux services.

4 LE RELEVAGE ET LE 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.

Trois cas sont possibles :

- il s'agit du relevage à domicile de personnes âgées ou invalides, intervention pouvant nécessiter une ouverture de porte, la mission est alors du ressort du SDIS,
- il s'agit de l'emploi de moyens spéciaux du SDIS (levage, désincarcération...), celui-ci reste maître de leur mise en œuvre et en conserve la charge financière,
- de façon exceptionnelle le SDIS peut être amené à apporter une aide simple, sans moyens techniques particuliers, à un effecteur privé déjà engagé et dans l'incapacité d'assurer le brancardage. Dans ce cas, il est fait appel prioritairement à un CID (équipage à 2 hommes). Au besoin, et en cas d'indisponibilité du CID de 1er appel, le CTA engagera un CID d'un CIS de 2ème voire 3ème appel. Dans le cadre des délibérations du Conseil d'administration, une participation aux frais pourra être demandée aux bénéficiaires.

5 L'ORIENTATION DU MALADE OU DU BLESSÉ

5.1 Règles générales de l'orientation et du transport vers une structure de santé

Il appartient à l'ARS en lien avec le SAMU, le SDIS et l'ensemble des acteurs concernés d'identifier les structures de santé qui sont d'accord sur le principe d'accueil des patients pris en charge par les sapeurs-pompiers ; de formaliser en amont les contraintes des différents acteurs ; d'actualiser et de mettre en permanence à disposition du SAMU et du SDIS la liste de l'ensemble des destinations possibles des patients pris en charge.

Après réception du bilan secouriste, le choix du lieu d'admission du malade est du ressort du médecin régulateur. Pour chaque personne prise en charge par le SDIS, le médecin régulateur du SAMU peut dès lors, sur des critères médicaux, dans le respect du libre choix de la personne, dans l'intérêt de cette dernière, en considération des contraintes opérationnelles du SDIS et avec l'accord de ce dernier :

- permettre le départ des sapeurs-pompiers et le maintien au domicile de la personne dans l'attente d'une prise en charge ambulatoire, par exemple par un acteur de la permanence des soins ambulatoires,
- permettre une évacuation par les sapeurs-pompiers vers la structure de santé la plus appropriée à l'état du patient dans le cadre d'un parcours de soins adapté (professionnel de santé de proximité, service d'urgence de proximité, service spécialisé ou service d'urgence plus éloigné).

Lorsqu'il y a orientation de la victime vers une structure de santé, le médecin régulateur, fait contacter par l'ARM l'établissement destinataire et s'assure de sa capacité à accueillir le malade. Il fait alors part de sa réponse à l'équipe du VSAV. Le service destinataire doit systématiquement être averti avant l'arrivée du malade. La fiche bilan du patient est remise au service destinataire.

Les modifications (techniques ou de localisation), apportées aux structures d'accueil des victimes ne pourront être prises en compte pour le transport de malades et blessés que dans les limites du SDACR et en intégrant la couverture opérationnelle en VSAV du secteur. Afin de préserver la capacité opérationnelle du SDIS, lorsque la destination la plus adaptée se situe en dehors du secteur opérationnel des sapeurs-pompiers, une stratégie de transport et/ou de jonction sera développée sous l'autorité du régulateur et en accord avec le chef de salle CTA.

Il est à noter que la mission de l'équipe VSAV se termine à l'arrivée dans l'établissement de soins, dans la zone d'accueil déterminée de dépôt du malade par la prise en charge par le personnel de l'établissement. Normalement, tout accompagnement interne entre structures de l'établissement est exclu, sauf dans l'intérêt des victimes. Après un premier transport vers un établissement sanitaire ou un cabinet médical, le transport

secondaire vers une autre structure sanitaire n'incombe pas au SDIS, de même que l'accompagnement d'une victime d'un établissement sanitaire ; et concerne les ambulances privées. Dans le cas où ces missions viendraient à être assurées par le SDIS, elles seront comptabilisées comme une CTPS (point 2.4).

5.2 Cas n°1 : la victime est évacuée

Deux cas sont à considérer :

5.2.1 Cas n°1a : les moyens sont suffisants

La régulation, après bilan et prenant en compte dans la mesure du possible le souhait de la victime, indique au VSAV sa destination dans la structure de santé la plus proche et compatible avec son état. Tout envoi d'un VSAV dans un autre établissement doit être rigoureusement justifié par l'état médical de la victime.

Le SDIS, ne pouvant assumer les conséquences des restructurations hospitalières dictées par le schéma régional d'offres de soins, pourra être amené à déposer dans un établissement de proximité la victime. Un transport secondaire pourra ensuite être réalisé par un ambulancier privé, ou un moyen médicalisé.

5.2.2 Cas n°1b : l'intervention médicale est nécessaire

Le patient nécessite des manœuvres de réanimation, une intervention médicale sur place est alors indispensable pour déterminer la conduite ultérieure à tenir. Il appartient au SAMU de déclencher le moyen médical le plus adapté à la situation (SMUR, MCS, PSSM, PDSA).

Le médecin régulateur disposera le cas échéant et en relation avec le chef de salle CODIS des moyens médicaux et infirmiers du SDIS, disponibles. Il tiendra compte à cet effet de la disponibilité des moyens et de leurs délais d'intervention respectifs.

5.3 Cas n°2 : la victime n'est pas évacuée

Trois cas sont à distinguer :

5.3.1 Cas n°2a : la victime est décédée de manière certaine

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'agress d'identifier cette situation avec certitude, il s'agit :

- 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, les VSAV n'assurent pas le transport du corps. Un message du chef d'agress informe le CODIS de la situation.

En dehors des cas gérés par les services de police ou gendarmerie, le SAMU est chargé de faire constater le décès par un médecin dans les meilleurs délais. Si besoin, il se chargera de faire transférer le corps par un moyen adapté sur un lieu convenu.

5.3.2 Cas n°2b : la victime est en arrêt cardio-respiratoire

L'équipage VSAV débute une réanimation cardio-pulmonaire et met en place le DSA. Le chef d'agress passe un message au médecin régulateur du SAMU comprenant outre les éléments habituels, les points suivants :

- quand le patient a-t-il été vu pour la dernière fois ?
- des gestes de survie ont-ils été entrepris avant l'arrivée des sapeurs-pompiers ?
- quel est le délai écoulé entre l'arrêt cardio-respiratoire et le début de la réanimation cardio-pulmonaire ?
- quelles sont les circonstances de survenue (pendaison, noyade, ...) ?

Lorsque le médecin régulateur décide de l'arrêt de la réanimation :

- il est mis en relation directe avec la famille ou l'entourage pour expliquer cette décision. Il l'informe qu'il va demander aux sapeurs-pompiers l'arrêt de la réanimation cardio-pulmonaire et est seul responsable de la décision,
- il envoie un médecin généraliste pour constater le décès au plus vite.

L'équipage VSAV avec toute l'empathie requise en de telles circonstances :

- met fin aux manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire à la demande du médecin régulateur,
- s'entretient avec la famille ou les proches du défunt afin, de s'enquérir de l'endroit où ceux-ci souhaite que le corps soit déposé dans l'attente de la prise en charge ultérieure par des services adaptés,
- quitte les lieux de l'intervention, et rentre sur son CIS.

5.3.3 Cas n°2c : la victime refuse son transport.

Dans un 1er temps, face à une victime qui refuse son évacuation alors que celle-ci est justifiée, le chef d'agrès rend compte de la situation au CODIS et au CRRA 15, par communication radioélectrique SSU.

Puis, chaque fois que possible¹, le médecin régulateur s'entretient par téléphone avec la personne ayant manifesté son refus de manière à apprécier au mieux la situation médicale et l'informer avec précision des risques liés à sa décision. Cet entretien peut amener la victime à réviser son jugement et à consentir à la prise en charge proposée.

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

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 proposera de mettre en place une procédure d'hospitalisation sans le consentement (problème psychiatrique uniquement).

Le formulaire de décharge de responsabilité est un document écrit dans lequel une personne indique son refus de recevoir les soins ou le transport proposé par les secours. Ce document ne dispense pas de l'obligation d'information claire, loyale et adaptée 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 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. Il est simplement demandé à ces personnes de témoigner qu'elles ont bien entendu le chef d'agrès tenté de convaincre la victime de l'intérêt de son transport.

Certaines situations de refus, mettant en danger la victime elle-même ou son entourage, peuvent relever de l'hospitalisation sous contrainte. Deux cas sont à considérer :

- soins à la 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,
- soins à la demande d'un 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».

¹ En l'absence de contact entre le médecin régulateur et la personne ayant manifesté son refus, le chef d'agrès veillera à obtenir une validation du refus de transport par le CRRA.

Le patient est transporté vers un établissement désigné par la régulation médicale. Le transport peut-être effectué par un transporteur sanitaire agréé, cependant, un VSAV peut être amené à intervenir par indisponibilité d'ambulance. Dans ce cas, il s'agit d'une carence de transport sanitaire privé (point 2.3).

5.4 Cas n°3 : la victime est en fin de vie

Le patient est dans un état de fin de vie connu et l'information est transmise au chef d'agrès dès son arrivée, aucune manœuvre de réanimation n'est engagée. 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 en exprimant le souhait de ne pas être réanimé.

Le chef d'agrès en informe immédiatement la régulation médicale qui entre directement en contact si possible avec le patient ou la personne de confiance ou avec la famille ou à défaut les proches ; informe dans les plus brefs délais les sapeurs-pompiers déjà engagés ; s'assure par tout moyen que la prise en charge initiale du patient par les sapeurs-pompiers et/ou l'ISP déjà engagés ne soit pas contraire aux volontés du patient et ne s'apparente pas à de l'obstination déraisonnable et prend en urgence, avant l'arrivée d'un médecin sur place, les mesures et décisions médicales les plus appropriées à l'état du patient et à ses volontés.

L'information du patient quant aux décisions médicales relève de la compétence d'un médecin, et non de la compétence des sapeurs-pompiers ou de l'ISP présents sur place.

6 LES RENFORTS

Le chef d'agrès sur les lieux a toute latitude pour demander, dans les meilleurs délais, les renforts en moyens SP qui lui paraissent nécessaires, y compris en personnel SSM. Il appartient au chef de salle de veiller à les lui adresser au plus tôt. Pour la composante SSM du SDIS, cet envoi sera réalisé en accord avec le médecin régulateur du SAMU, sans préjuger de l'engagement complémentaire d'une UMH - SMUR.

Dans l'hypothèse de la demande de moyens SMUR, c'est à partir du message secouriste transmis par l'équipe VSAV que le médecin régulateur décidera de la médicalisation éventuelle, et de son importance, ainsi que des moyens d'acheminement, hélicoptère compris. Dans ce dernier cas, il veille à respecter les règles infra (point 7).

Si un SMUR demande des renforts pour une aide technique au brancardage ou à l'extraction d'une victime, ces moyens seront dépêchés sous la forme adaptée sur la décision du chef de salle à qui la demande doit être présentée.

7 L'EMPLOI DU VECTEUR AERIEN

Le Commandant des opérations de secours à toute latitude pour demander l'intervention de l'hélicoptère de la Sécurité civile dans l'hypothèse d'une évacuation délicate ou longue.

Dans le cadre de l'utilisation de l'hélicoptère de la Sécurité civile, le SAMU informe dans les meilleurs délais le CODIS, afin que ce dernier en rende compte au COZ Sud-Est.

8 LA FORMATION

8.1 La formation initiale

L'ensemble des personnels des deux structures sont informés de la présente convention et tenus au courant de son évolution ultérieure.

Les personnels nouvellement affectés reçoivent une formation d'adaptation à l'emploi les rendant aptes à remplir les différentes étapes de cette mission.

Les objectifs pédagogiques sont établis conformément aux règles en vigueur (GNR, OBDSIC...) au sein de chaque service. Ceux-ci doivent toutefois intégrer en sus, et suite à un travail commun par le chef de service du SAMU et le chef du service CTA CODIS, la présente stratégie. Ce travail établit de surcroît l'interrogation attendue par le médecin régulateur en amont du transfert de l'appelant. Chaque service participe dans la mesure de ses disponibilités à la formation initiale réalisée par l'autre service.

Une évaluation formative est effectuée après la mise en fonction, pendant trois mois, à intervalles régulier.

L'enseignement du secours à personnes doit de même inclure dans ses objectifs une partie sur la transmission adaptée des bilans, élaborée dans les mêmes conditions de partenariat et s'appuyant sur un document pédagogique élaboré en commun.

8.2 La formation de maintien et de perfectionnement des acquis

Les personnels recevront toute formation ou information utile au cours des réunions propres à chaque service.

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

9 L'ÉVALUATION ET L'AMELIORATION DE LA QUALITÉ

9.1 Evaluation interne aux deux services

Le fonctionnement de la structure donne lieu à une rencontre annuelle à minima, destinée à recenser les difficultés. Cette réunion est préparée par l'officier chef du service CTA-CODIS et le médecin chef SAMU. Elle regroupe :

- SAMU
 - le médecin chef de service du SAMU,
 - un médecin régulateur permanent,
 - un assistant de régulation médicale superviseur,
 - un assistant de régulation médicale.
- SDIS
 - le DDSIS ou son représentant (médecin chef),
 - le chef du pôle opération prévention ou son représentant,
 - l'officier chef du service CTA-CODIS,
 - un chef de salle.

Dès que de besoin, ou si l'échéance annuelle venait à s'avérer trop étendue, des réunions supplémentaires pourront être mises en œuvre.

Les contentieux et dysfonctionnement signalés à l'occasion, ou en cours de fonctionnement, font l'objet d'une étude conjointe du médecin chef du SAMU et du DDSIS ou son représentant. L'étude doit proposer, sous forme d'amendements aux procédures, un projet d'amélioration visant à faire cesser le dysfonctionnement. A chaque fois que possible, une simplification des consignes sera recherchée.

A titre consultatif, peuvent être également conviées toutes personnes qualifiées. Les informations ainsi recueillies sont destinées exclusivement aux services publics qui restent maîtres de leur diffusion.

Concernant le suivi des carences de transport sanitaire privé (CTPS) et des appuis logistiques SMUR, un comité restreint est constitué et se réunit régulièrement à des fins de débat contradictoire.

9.2 Comité départemental de suivi

Un comité départemental de suivi composé des acteurs concernés créé sur le modèle du comité national sous la coprésidence du préfet et du délégué territorial de l'ARS a pour objet de veiller à la bonne application du référentiel commun, de la circulaire du 5 juin 2015 et de résoudre les éventuelles difficultés rencontrées dans leur mise en œuvre.

Sa mise en œuvre relève des autorités de tutelle.

10 LA DUREE D'ENGAGEMENT, DE REVISION, ET DE DENONCIATION

La présente convention est établie pour une durée d'un an. Elle est renouvelée par tacite reconduction pour une durée identique, à la date anniversaire.

Elle peut être révisée à tout moment sur demande motivée d'une des parties, la nouvelle version entrant en vigueur le trimestre suivant la date de signature de la nouvelle version.

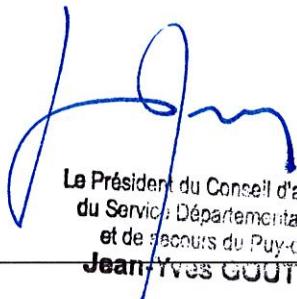
Elle peut être dénoncée par l'une des parties, ou les deux sur demande motivée et après un préavis de 3 mois.

Clermont-Ferrand, le 29 / 03/2017

Le Directeur général du CHU,

Le Président du Conseil d'administration

du SDIS



Le Président du Conseil d'administration
du Service Départemental d'incendie
et de secours du Puy-de-Dôme
Jean-Yves GOUTTEBEL