

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 1	L'engagement des moyens de secours	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

Dans le cadre de la doctrine d'engagement des moyens de secours dans le domaine du SSUAP, la réponse graduée, la régulation médicale, les départs réflexes, l'engagement paramédical du SSSM définissent ensemble les grands principes opérationnels.

A. La réponse graduée

La réponse graduée, appelée également chaîne de secours, s'articule autour d'un engagement complémentaire des acteurs suivants :

Niveau d'engagement	Acteurs	Rôles
1	Citoyen	Participer aux premières actions de secours en effectuant les gestes qui sauvent
2	Sapeur-pompier	Assurer les missions du secouriste en équipe
3	Infirmier sapeur-pompier	Proposer et définir les actions de para-médicalisation.
4	Équipe médicalisée ⁽¹⁾	Conduire les actions de médicalisation
5	Experts ⁽²⁾	Assurer des missions spécialisées

Selon la nature de l'opération, les moyens peuvent être engagés de façon graduée, isolément ou simultanément.

B. La régulation médicale

L'engagement des moyens dans le domaine du SSUAP doit obligatoirement faire l'objet d'une régulation médicale au CRRA. Cette régulation est un acte médical **systematique** qui repose sur un entretien entre le médecin et le requérant. Cet entretien peut avoir lieu après l'engagement des moyens du SDIS dans le cadre des départs réflexes mentionnés dans le paragraphe suivant.

¹ Equipe SMUR ou équipe SSSM avec médecin par carence cf. Annexe 3 de l'ITOP SSUAP.

² Pharmaciens, Psychologues, Vétérinaires.....

C. Les départs réflexes, les départs « P0 »⁽³⁾ et les détresses fonctionnelles nécessitant l'urgence à agir

Ces circonstances nécessitent l'engagement des moyens du SDIS avant régulation médicale.

Elles sont détaillées dans la convention SAMU/SDIS/ETS⁽⁴⁾.

Elles concernent les typologies d'intervention suivantes regroupées en 4 catégories :

Les départs réflexes		Les « P0 »	Les détresses fonctionnelles
Les situations cliniques particulières	Les circonstances particulières		
- ACR, mort subite - Détresse respiratoire - Altération de la conscience - Ecrasement de membre ou de tronc - Suspicion AVC - Hémorragie grave - Section complète de membre ou de doigt - brulure grave - Accouchement inopiné ou en cours	- Noyade - Pendaison - Electrification - Foudroiement - Personne restant à terre suite à chute - Rixe ou accident par arme blanche ou arme à feu - Accident de la circulation avec Victime - Incendie ou explosion avec victime(s) - Intoxication collective - Tentative de suicide avec risque imminent - Nombreuses victimes	- Arrêt cardio-respiratoire, mort inattendue du nourrisson ; - Pendaison ; - Noyade ; - Plaie par arme à feu ou arme blanche (tête/cou/tronc/abdomen/racine des cuisses ou plaies multiples ; - Chute d'une hauteur de 5m ou pour un enfant trois fois sa hauteur; - Section complète au-dessus du pied ou de la main ; - Hémorragie sévère ; - Accouchement imminent ou en cours. - Accident à cinétique élevée ; - Accident voie publique avec piéton inerte ou conducteur deux roues inertes ; - Accident grave de machine agricole ; - Écrasement persistant d'un membre ou du tronc, ensevelissement complet. - Toute intervention nécessitant des gestes de prompt secours incompatibles avec le maillage territorial de la garde ambulancière;	- Douleur thoracique dans un contexte d'antécédent cardiaque ; - Suspicion AVC ; - Fracture ouverte des membres

³ Modalité conjointe de traitement d'un appel de type P0 (engagement systématique d'un SMUR et d'un VASV)

⁴ Convention tripartite (SAMU/ SDIS / AMBULANCIER -ETS-)

D. Établissements recevant du public (ERP) et lieux publics

Hors situation de départs réflexes, toute demande de secours concernant, un lieu public (square, parc, jardin public...) ou un ERP fait l'objet d'une régulation préalable à un éventuel engagement.

La notion d'espace protégé doit être recherchée par l'opérateur.

Un espace protégé correspond à un lieu, où il est simultanément possible de soustraire la victime de la vue du public et de la laisser sous la surveillance d'un secouriste.

Après régulation médicale justifiant une évacuation, l'engagement d'un moyen du SDIS sera réalisé pour les victimes se trouvant dans un ERP (accident de travail ou non) avec ou sans espace protégé.

Ceci n'est pas une situation de carence.

Dans certains Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), le logement du résident peut être assimilé à un domicile. Dans ce cas uniquement, l'engagement de moyens des ETS est possible.

E. L'engagement médical et paramédical du SSSM

L'engagement paramédical du SSSM se fait suivant 4 cas de figure :



Tout engagement d'un moyen SSSM par le CTA-CODIS est immédiatement notifié au CRRRA. Dans le cas où le CDA du VSAV arrive avant le vecteur SSSM, le médecin régulateur peut, au vu du bilan transmis par ce dernier et s'il juge que la situation nécessite un transport rapide vers une structure hospitalière sans autre prise en charge, demander au CODIS d'annuler l'engagement du SSSM

F. Aide au brancardage

Un renfort de brancardage peut être nécessaire à une équipe SMUR ou à un ambulancier privé déjà engagés seuls.

Le coordinateur ambulancier recherche de prime abord un renfort parmi les ETS.

En cas d'absence de moyens des ETS, la régulation médicale sollicite alors un renfort du SDIS qui déclenche le moyen le plus adapté à la mission selon les renseignements transmis.

Deux cas peuvent se présenter :

- Le brancardage est technique et fait appel à des moyens spécifiques (Groupe de reconnaissance et d'intervention en milieu périlleux - GRIMP, moyen aérien...), l'intervention devient alors une opération de sauvetage qui est du domaine du SDIS et ne fait l'objet d'aucune indemnisation ;
- La demande est formulée pour le renfort d'une équipe en intervention (équipage ambulancier ou équipage de SMUR), ne nécessitant pas de moyens spécifiques. Si les moyens du SDIS sont engagés, l'intervention est indemnisée sur le même principe que la carence de délai ⁽⁵⁾.

G. Le relevage

Le relevage constitue une assistance à une personne le plus souvent physiquement diminuée, ne pouvant se relever seule suite à une chute, glissade et ne présentant aucun autre traumatisme.

Si l'intervention a lieu sur la voie publique ou dans un ERP, nécessite une ouverture de porte ou présente un contexte particulier nécessitant des précautions accrues dans la technique de relevage, les moyens du SDIS sont engagés. Il ne s'agit pas d'une intervention donnant lieu à une facturation.

En dehors de ces cas, si l'intervention a lieu à domicile ou sur lieu privé, elle fait l'objet d'une régulation avec si nécessaire l'engagement en priorité des moyens de la garde ambulancière.

En cas d'indisponibilité des moyens ambulanciers, les moyens du SDIS peuvent être engagés.
Il s'agit d'une situation de carence.

⁽⁵⁾ Cf. Annexe 3

H. Ivresse sur voie publique ⁽⁶⁾

La prise en charge d'une victime déclarée comme en état d'ébriété sur la voie publique est réalisée conformément au protocole d'accord SDIS 42 – Police nationale – Gendarmerie Nationale.

Une évaluation des interventions pour IPM est réalisée trimestriellement. Elle est assurée par :

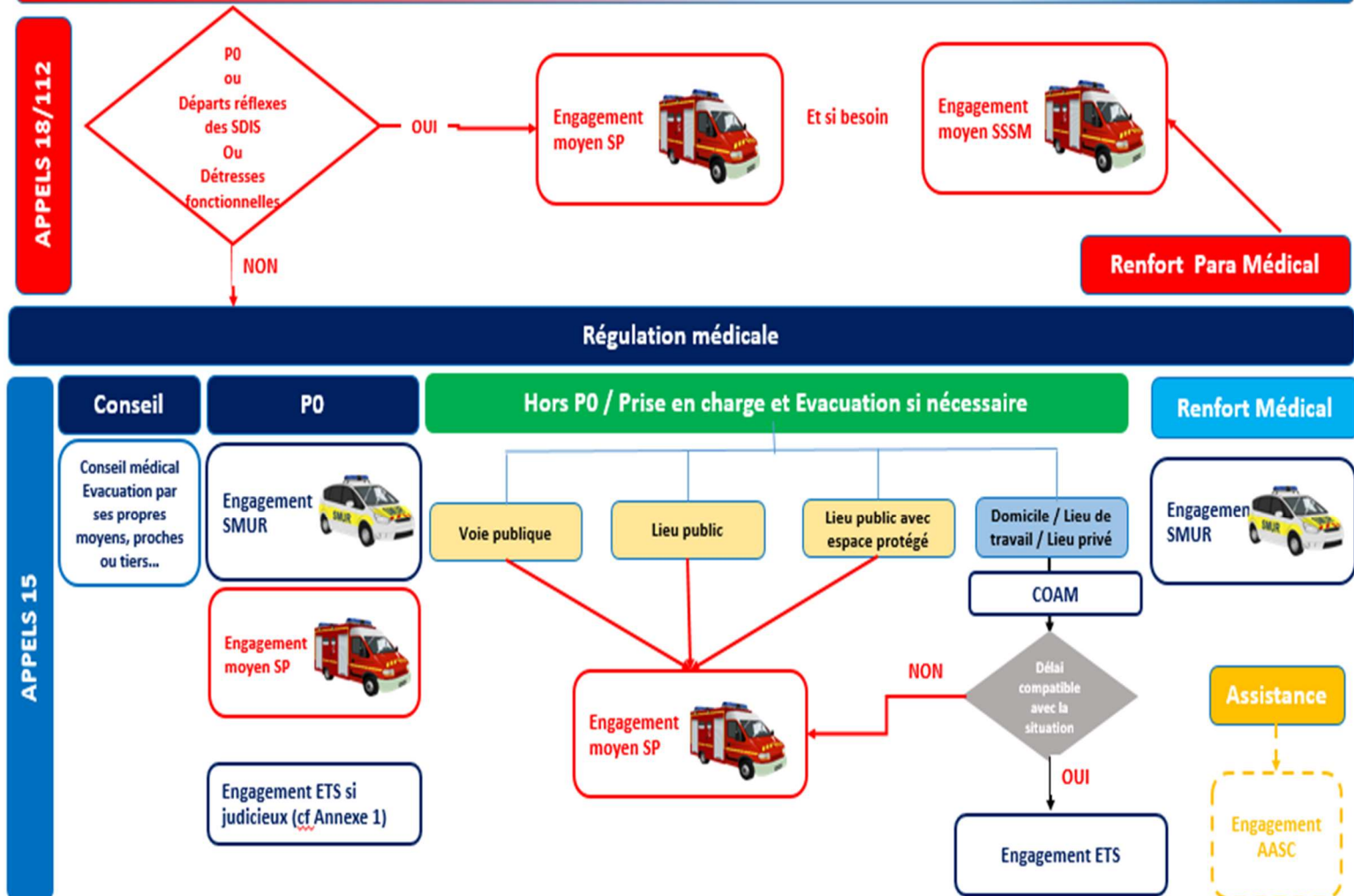
- Des représentants des polices nationale et municipale ;
- Des représentants du SDIS 42 ;
- Des représentants du SAMU.

⁽⁶⁾ Procédure de prise en charge cf. annexe 25 de la présente ITOP

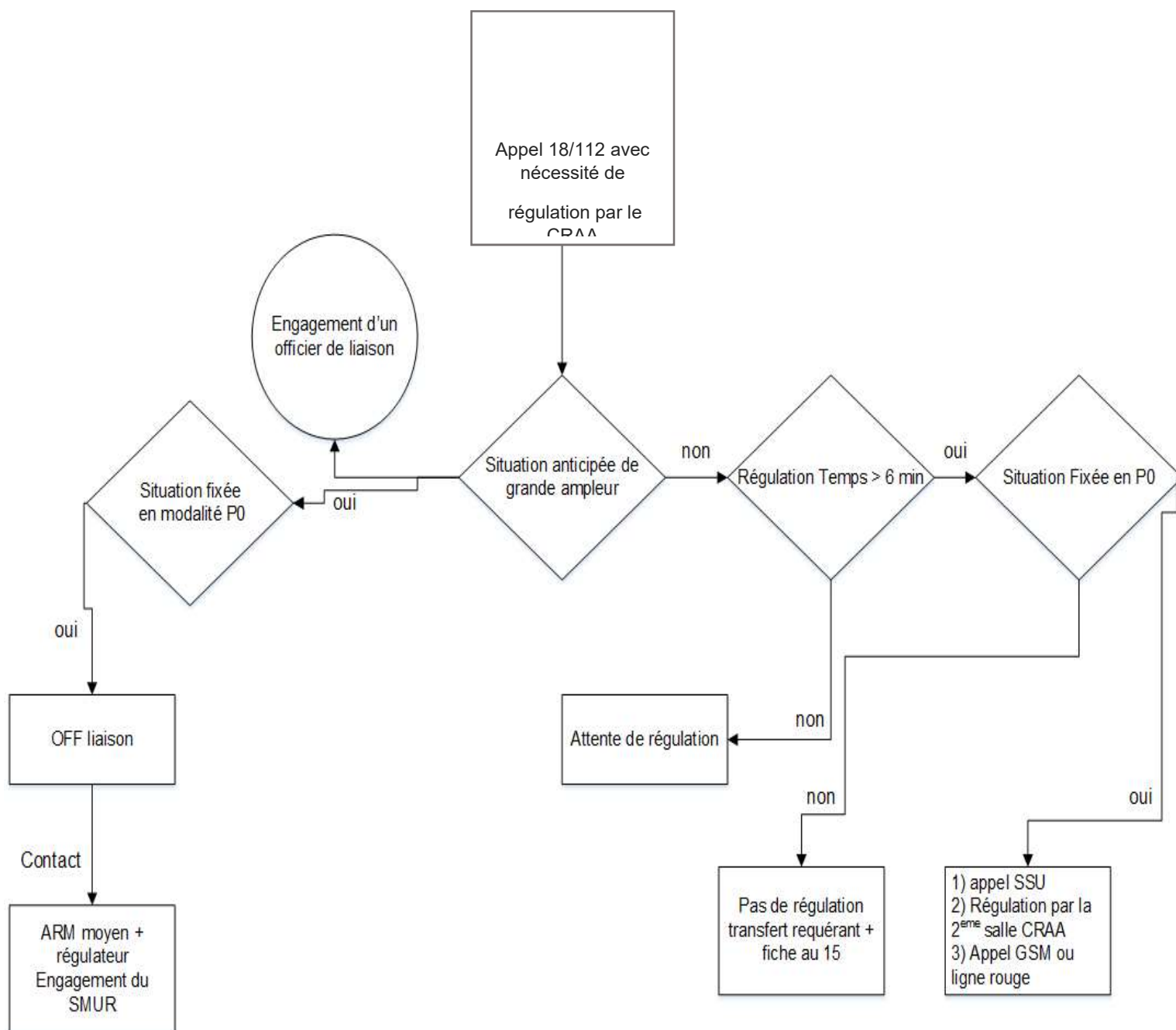
II. Procédure opérationnelle

A. traitement des appels et engagement des secours

LOGIGRAMME D'ENGAGEMENT DES SECOURS DANS LE CADRE L'URGENCE PRE HOSPITALIERE



B. Régulation en mode dégradé



C. Prise en charge des détresses psychologiques

La notion d'intentionnalité factuelle et d'imminence d'une action mettant en jeu la vie de la victime devra être recherchée par les opérateurs de salle opérationnelle.

Si la situation correspond effectivement à une tentative de suicide les secours seront engagés en départ réflexe.

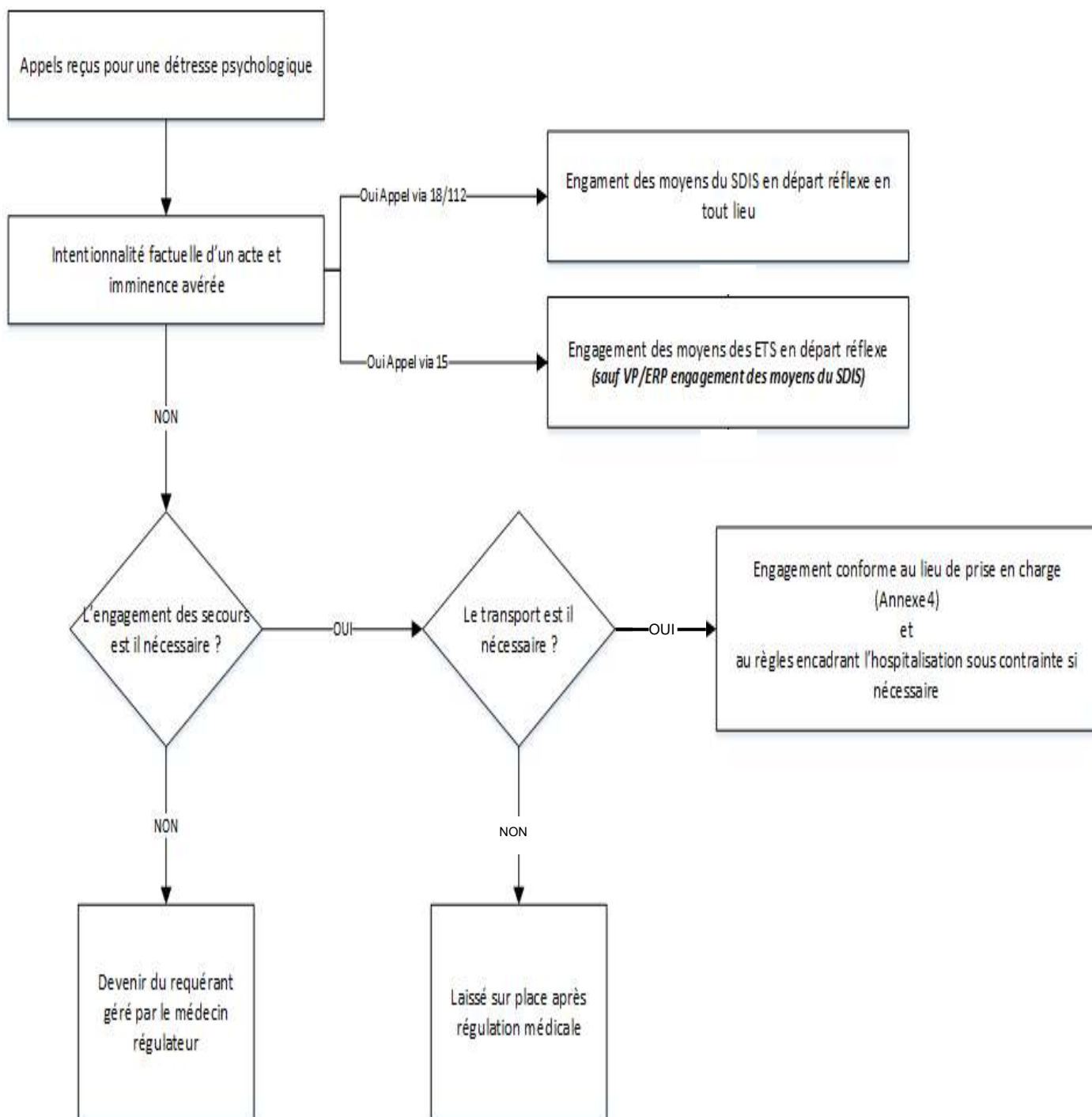
Sinon le lieu d'intervention discriminera l'engagement des services des secours pour des personnes en détresse psychologique à l'issue de la régulation médicale :

- Voie publique et assimilé : engagement des moyens du SDIS sans notion de carence,
- Domicile / Lieu de travail / Lieu privé : engagement des moyens ambulanciers.

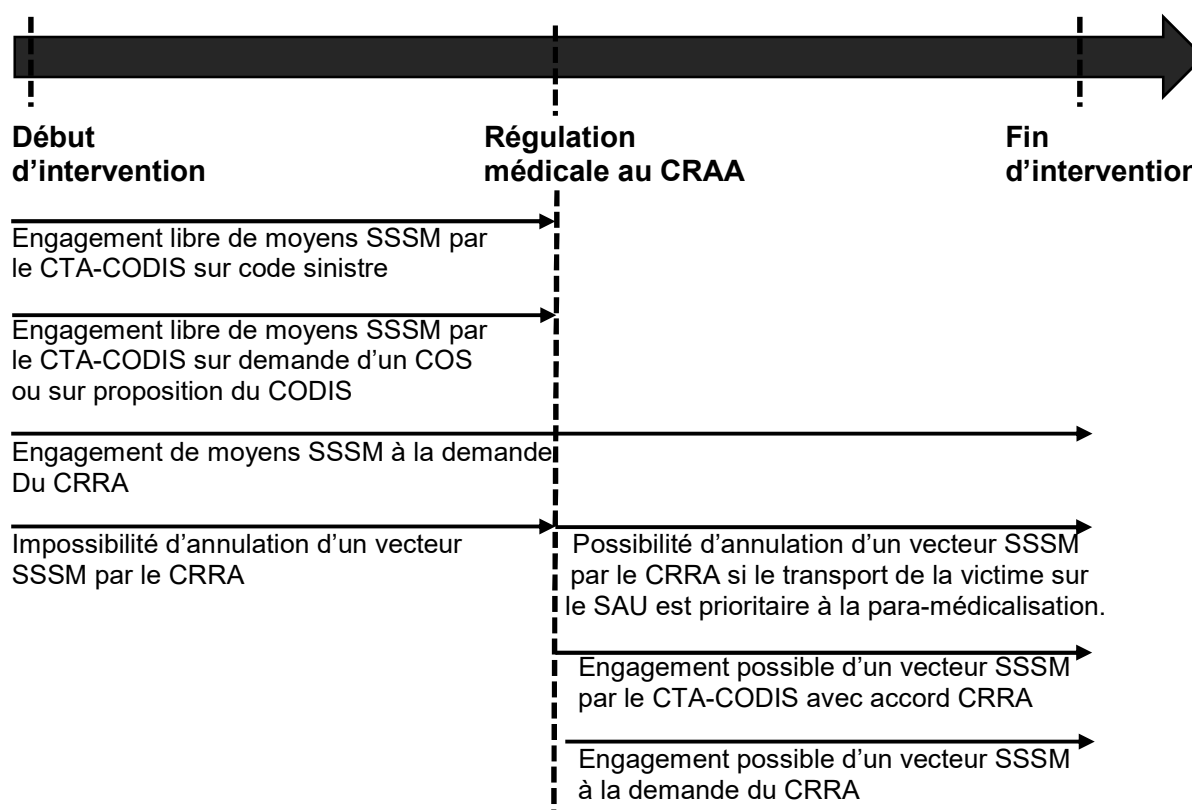
L'engagement de moyens du SDIS 42 sur des lieux de prise en charge dévolus aux ambulanciers est une situation de carence.

Les notions médicales ou administratives⁷ (Soins psychiatriques à la demande d'un tiers - SPDT, Soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat - SPDRE, péril imminent, ...) ne sont plus prises en compte pour **l'engagement des secours** lors des détresses psychologiques mais doivent être prises en compte par les équipages de secours au cours de l'intervention.

⁷ Cf. annexe 23



D. L'engagement d'un vecteur SSSM répond au processus suivant :



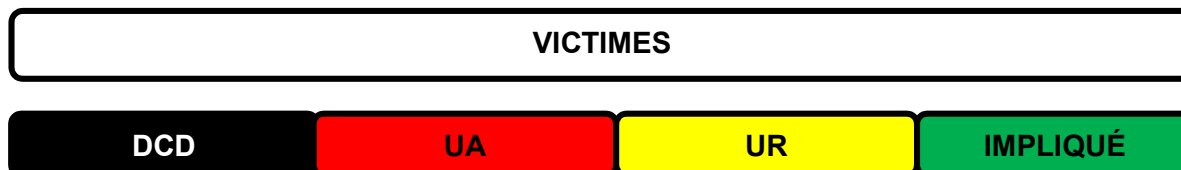
ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 2	Catégorisation des victimes	Février 2023

Le guide de la doctrine opérationnelle SSUAP et l'instruction interministérielle du 16 décembre 2022 relative à la procédure d'élaboration d'un bilan victimaire définit et développe la catégorisation des victimes.

I. Catégorisation des victimes sur intervention

Une victime est une personne présente sur le lieu de l'évènement, pouvant présenter un dommage physique ou psychique directement causé par celui-ci.

Une victime est catégorisée en fonction:



DCD : Victime dont le décès est constaté par un médecin ou dans certaines situations (Cf. Titre 1 de l'annexe 32)

UA : Urgence Absolue (le pronostic vital est engagé).

UR : Urgence Relative (le pronostic vital n'est pas engagé).

IMPLIQUE : Victime non blessée physiquement, exposée directement à un risque de mort ou de blessure pouvant avoir besoin d'une prise en charge notamment médico-psychologique.

Exemple de catégorisation dans un message :

Je suis :

Je vois : un feu d'appartement au 2^{ème} étage d'un bâtiment R+3. Je compte 12 victimes évacuées du bâtiment dont 1 décédé retrouvé dans l'appartement sinistré, 1 blessée UA gravement brûlé, 6 blessés UR intoxiqués par les fumées et 4 impliqués.

Je fais :

II. Définition d'une victime dans le cadre de la remontée d'information (autorités et médias)

Lors de la remontée d'information opérationnelle aux différentes autorités et médias, il convient de catégoriser la victime selon son état en « **décédée** », « **blessée** », « **malade** » ou « **impliquée** »

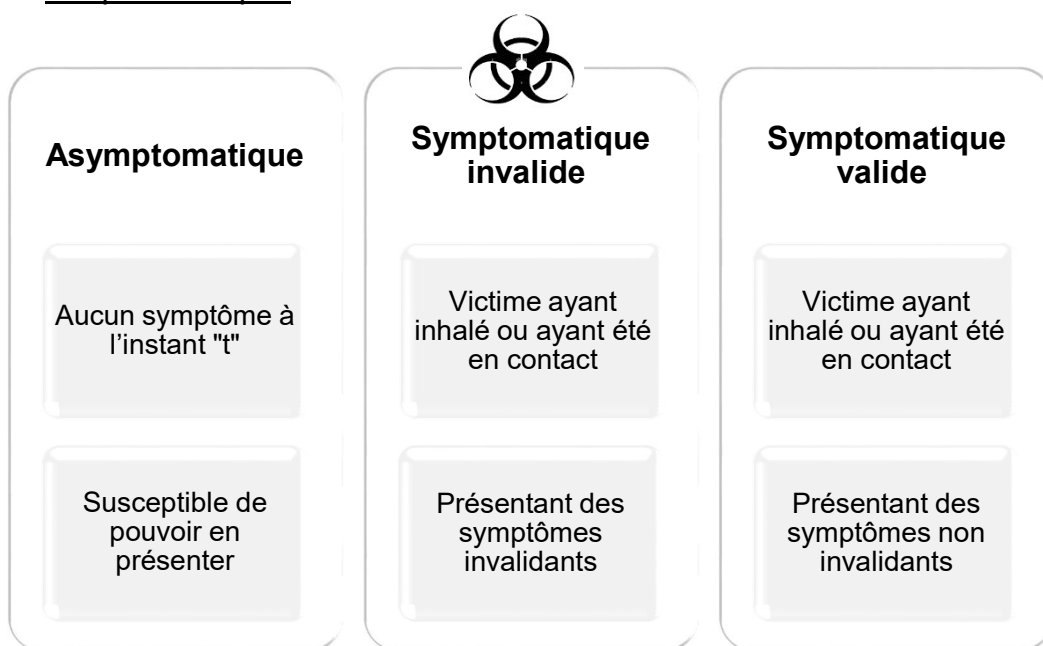
- **Décédé** : victime dont le décès est constaté par un médecin.
- **Blessé** : victime non décédée, dont l'état caractérisé par une atteinte corporelle nécessite la prise en charge par les secours. Le COS SSUAP définira la criticité de la victime :
 - **Etat grave** : Au moins une case cochée dans le bilan primaire X, A, B, C, D, E. Il s'agit de l'équivalent
 - **Etat léger** : Ne coche pas de case du bilan primaire

- **Malade** : victime non décédée, dont l'état, caractérisé par une affection nécessite une prise en charge par les secours et ou les équipes médicales.
 - **Etat grave** : Au moins une case cochée dans le bilan primaire X, A, B, C, D, E
 - **Etat léger** : Ne coche pas de case du bilan primaire
- **Impliqué** : victime non blessée physiquement, exposée directement à un risque de mort ou de blessure pouvant avoir besoin d'une prise en charge notamment médico-psychologique.

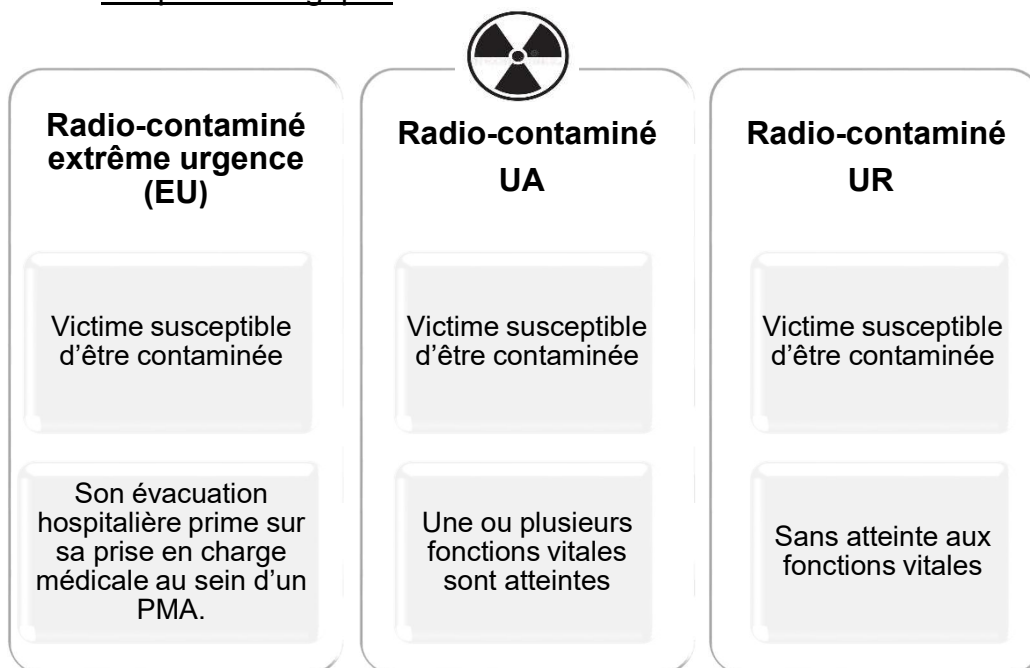
III. Catégorisation NRBC (cadre spécifique)

La prise en compte de victimes dans le cadre d'une **intervention NRBC** impose un tri et une catégorisation dans la zone contrôlée avant passage au PMA. Cette catégorisation est établie suivant les critères mentionnés dans les procédures spécifiques subséquentes :

A. Risque chimique



B. Risque radiologique



Dans les 2 cas de figures, au niveau du PMA le tri des victimes reprend la catégorisation **UA, UR et impliqués**.

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 3	Les situations de carence	Février 2023

Cette annexe a pour référence la convention tripartite et le décret n°2022-631 du 22 avril 2022 portant réforme du transport sanitaire urgent et de leur participation à la garde.

I. Généralité opérationnelle

Il convient d'analyser les situations de carence en distinguant la carence ambulancière de la carence SMUR.

A. La carence ambulancière ⁽⁸⁾

Est définie comme situation d'indisponibilité de moyens des ETS, toute intervention qui ne relève pas a priori de l'article L.1424-2 du CGCT (missions propres du SDIS) mais effectuée par le SDIS à la demande de la régulation médicale du CRRRA lorsque la coordination ambulancière affirmera une recherche infructueuse et de ce fait l'indisponibilité des ETS.

L'intervention doit répondre à trois critères :

- Demande du SAMU ;
- Défaut constaté de disponibilité de transporteurs sanitaires ;
- Intervention relevant de la définition du transport sanitaire.

1. Carence de délai

En cas de demandes d'interventions multiples sur un même secteur, il se peut que le coordinateur ambulancier ne puisse répondre à la demande du médecin régulateur.

Dans ce cas le CRRRA peut appeler le CTA pour demander l'engagement d'un moyen du SDIS 42.

Il s'agit d'une carence de délai.

2. Carence de moyen

Il peut arriver sur un ou plusieurs secteurs de garde, tout ou partie de la garde, qu'une ambulance dédiée à la réponse secouriste (hors situation précédente) ne soit pas disponible.

Dès la connaissance de cette situation l'ATSRU (via le COAM) doit informer l'officier CODIS via le 18 et le SAMU

⁸ Peut faire l'objet d'une facturation

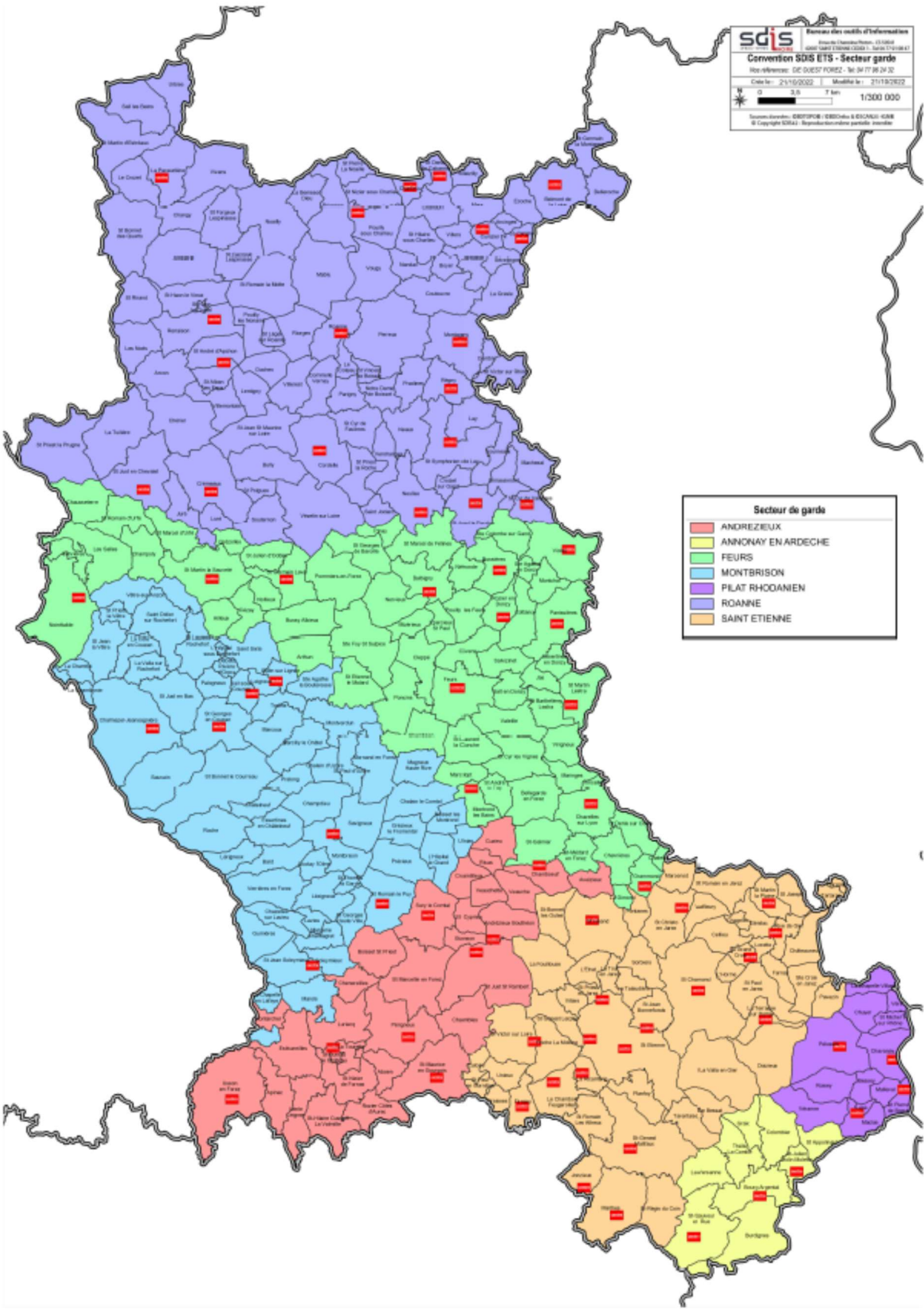
Si une intervention relevant de la compétence des ETS a lieu et qu'un moyen du SDIS est sollicité, alors **il s'agit d'une carence de moyens.**

3. Carence non couverte par la garde ambulancière

Une indemnité horaire de substitution est versée au SIS par l'ARS dans les secteurs non couverts par une garde des transports sanitaires urgents et dans les secteurs pour lesquels la garde ambulancière est assurée partiellement, sur la base du cahier des charges départemental.

Cette indemnité est versée en plus des facturations des interventions relevant d'une carence sur le secteur identifié.

Carte département de la garde ambulancière



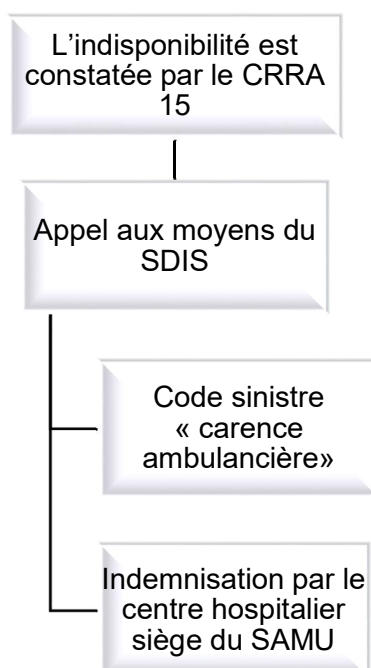
B. La situation de carence SMUR ⁽⁹⁾

La carence SMUR est une demande du CRRA 15 d'envoyer un officier 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).

II. Procédure Opérationnelle

Dans le cadre des carences susmentionnées, il convient de définir les procédures suivantes :

A. La carence ambulancière

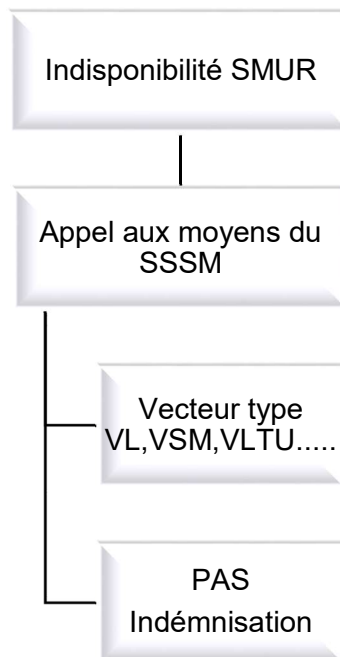


En cas de départ VSAV sans carence après régulation, le CTA-CODIS peut mettre en code sinistre « SAP à évaluer » ou le chef d'agrès pourra proposer l'intervention en carence via la tablette et URGSAV.

L'appel au SDIS 42 par le CRRA 15 pour une admission en soins psychiatriques sera traité comme carence ambulancière si cette dernière est prévue avec les moyens privés Cf. annexe 22 de la présente ITOP.

⁹ Assure une aide technique à l'aide médicale urgente (sans facturation)

B. La carence SMUR ⁽¹⁰⁾



¹⁰ Cf. « la réponse graduée » - Annexe 1

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 4	Le droit de l'utilisateur	Février 2023

L'utilisateur a des droits. En tant que victime, il doit être informé de sa situation suivant un cadre bien spécifique et il peut choisir sa destination hospitalière.

I. L'obligation d'information

A. Principe opérationnel

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.

B. Preuve d'information appropriée

Les éléments mentionnés ci-après apportent la preuve de cet impératif opérationnel:

- 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) ;
- exemplaire du refus de prise en charge archivé ;

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

II. Choix du lieu de prise en charge

Avant tout transport, il convient d'interroger la victime pour connaître son choix de destination. Le libre choix de la victime reste en tout état de cause soumis à l'appréciation du médecin régulateur.

Sauf régulation médicale contraire, le respect du libre choix du centre hospitalier s'impose pour convenance personnelle de la victime. Cependant sur une distance plus importante que celle permettant de rejoindre les établissements de soins du secteur, le transfert de la victime sera organisé comme suit :

- évacuation par les sapeurs-pompiers vers un établissement du secteur ;
- puis transfert par les ambulanciers privés de l'établissement de secteur vers l'établissement souhaité par la victime.

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 5	Les dangers, les risques et la sécurité	Février 2023

Cette annexe présentera les différents dangers et risques que peuvent rencontrer les primo-intervenant SSUAP et les contre-mesures pour se protéger collectivement et individuellement.

I. Les dangers et les risques

Le danger est la propriété intrinsèque d'une substance, d'un processus, d'une situation, d'un outil, d'un matériel pouvant entraîner des conséquences néfastes ou dommageables à l'égard d'une personne, des animaux, de l'environnement ou des biens.

Le risque quant à lui est la probabilité, la potentialité, que les effets du danger se produisent.

A. Le risque infectieux (11)

Le risque infectieux est lié à la pénétration et au développement dans l'organisme de micro-organismes pathogènes, tels que certaines bactéries, certains champignons, virus ou parasites.

En ne respectant pas les règles d'hygiène, les mesures barrières, ou en l'absence d'équipement adapté, le sapeur-pompier peut se retrouver infecté par un agent biologique pathogène.

L'exposition par piqûre, coupure ou contact direct sur une peau lésée ou des muqueuses non protégées (bouche, yeux) avec du sang ou un liquide biologique engendre un risque de transmission d'un agent essentiellement viral (Hépatite B, hépatite C, VIH; ...).

L'exposition aux sécrétions ORL ou broncho-pulmonaires, par la toux ou les éternuements de la victime, expose au risque de contamination principalement bactérienne et virale en les respirant.

L'exposition au transfert de contamination infectieuse portée par les mains est aussi une source de contamination. Inversement, le sapeur-pompier peut, lui aussi, être une source de contamination pour la victime dont il s'occupe.

B. Le risque de blessures

L'activité de sapeur-pompier fait courir le risque de se blesser principalement par maladresse en se précipitant pour porter secours sans repérer les obstacles ou les terrains accidentés.

De même, le brancardage peut être source de blessures, au dos, aux mains en se cognant, etc...

¹¹ cf. annexe 31

C. Le risque psychologique

Les sapeurs-pompiers interviennent régulièrement dans des situations particulièrement difficiles :

- suicide, mort accidentelle, décès d'un enfant, lien avec la victime ;
- victime atteinte dans son intégrité corporelle (membres sectionnés, etc.);
- victime atteinte dans son intégrité psychique (violence, torture, viol, troubles psychologiques, etc.)
- le contexte de l'opération peut augmenter la pression psychologique sur le sapeur-pompier (sentiment de mise en danger, identification à une situation, menace directe, sentiment d'impuissance, etc.).

D. Le risque d'agression

Les sapeurs-pompiers doivent faire face aujourd'hui en intervention à des poussées de violence. À l'instar des membres des forces de sécurité publique, les sapeurs-pompiers peuvent être victimes d'agression en intervention, principalement lors de secours et de soins d'urgence à personnes (80% des cas).

Il s'agit le plus souvent de victimes secourues et/ou de leurs proches, aux comportements inappropriés. L'analyse de l'origine de ces violences ⁽¹²⁾ permet de mieux les appréhender et donc de mieux les prévenir :

- agressions verbales : 50 %,
- agressions simples : 35 %,
- jets de projectile : 11 %,
- agressions avec armes : 4 %.

E. Le risque de troubles musculo-squelettiques

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) regroupent une quinzaine de maladies qui affectent les muscles, les tendons ainsi que les nerfs des membres et de la colonne vertébrale.

Ce sont des pathologies multifactorielles (statique, postures, gestes répétés, contraintes physiologiques y compris par des EPI) à composante professionnelle. Ils se révèlent principalement par des douleurs.

Il s'agit de la première cause d'accidents liés à l'activité du SSUAP, et plus particulièrement le port de charges lourdes, les postures inconfortables ou maintenues durant de longues périodes peuvent favoriser ces troubles.

⁽¹²⁾ Dossier de presse du MIINT relatif au dispositif expérimental de l'usage des caméras piétons pour les sapeurs-pompiers en date du 5 septembre 2022

F. Le risque routier

Les accidents de la route sont la première cause de mortalité au travail. Les déplacements administratifs et opérationnels des personnels des SIS constituent l'une des principales causes d'accidents graves en service.

Toutes les études de sécurité routière démontrent que le facteur humain, notamment lié au conducteur, constitue le premier facteur de risque.

En effet, dans une majorité des sinistres routiers, l'accident survient lorsque le conducteur n'a pas pu s'adapter à la situation.

Des erreurs de comportements, le manque d'expérience et des conduites à risques peuvent ainsi être à l'origine des accidents:

- Une vitesse excessive ;
- le non-respect des distances de sécurité;
- la sous-estimation du risque ;
- l'utilisation du téléphone ou de la radio ;
- la consommation d'alcool, de stupéfiants, de médicaments ;
- la fatigue, ...

Le conducteur reste responsable de sa conduite. Le chef d'agrès veille à ce que le conducteur soit en état de conduire.

Par ailleurs, les interventions de SSUAP se déroulent souvent sur la voie publique entraînant le risque que les secours soient eux-mêmes victimes d'accidents routiers causés par d'autres usagers.

G. Le risque juridique

Même si les sapeurs-pompiers jouissent d'une excellente image et d'une bonne réputation auprès des usagers, ceux-ci n'hésitent plus à jeter un regard critique sur l'organisation et les actions des secours.

Le contentieux exercé à l'encontre de ces acteurs revêt des enjeux forts. La prise en compte de ce risque est d'autant plus importante qu'elle affecte l'image, les moyens financiers, l'organisation et surtout les agents qui composent ce service public.

En cas de contentieux en SSUAP, la qualité et l'exhaustivité des renseignements portés sur le bilan patient-victime et le compte-rendu de sortie de secours sont essentielles, tout comme l'enregistrement des différents messages transmis.

II. La sécurité des intervenants

La sécurité des intervenants repose sur la connaissance de la doctrine applicable aux opérations de secours, la formation des personnels et/ou des spécialistes et le port d'équipements de protection individuelle (EPI) adaptés aux dangers. Les primo-intervenants revêtiront donc les EPI dont ils disposent en fonction de la situation. L'implication des primo-intervenants dans une opération de secours dépend également des limites d'emploi des équipements à leur disposition.

Des incidents pouvant se produire tout au long de l'action des sapeurs-pompiers, il convient donc de porter un effort sur les actions suivantes :

- **assurer** le suivi de la situation en matière de sécurité du personnel engagé ;
- **élaborer** un dispositif tactique d'évacuation d'urgence ;
- **assurer** la logistique et le soutien santé de l'opération de secours ;
- **rester** en contact permanent avec les chefs de secteur pour évaluer et gérer les risques (notamment structurels) ;
- **communiquer et échanger** avec les différents services engagés aux côtés des services de secours (opérateurs du gaz, de l'électricité, expert, exploitant, etc.).

A. La sécurité collective

La sécurité collective passe par :

- Une approche prudente de la zone de l'accident afin d'évaluer les dangers potentiels pour les intervenants et les témoins ;
- le repérage des personnes qui pourraient être exposées aux dangers identifiés ;
- l'éviction des dangers ;
- le recueil du nombre de victimes ;
- un balayage visuel autour de la victime, en restant à distance d'elle afin d'évaluer les dangers persistants qui peuvent la menacer ;
- Une attention permanente.

Il appartient à chacun des membres de l'équipe d'adopter une attitude basée sur une communication non violente, tant dans l'intérêt de la victime que pour éviter tout débordement et garantir la sécurité des intervenants, notamment en :

- se présentant à la victime et à son entourage comme aidants ;
- ayant une attitude assurée, calme, neutre, bienveillante ;
- observant la situation ;
- écoutant et en parlant calmement de manière à apaiser, dédramatiser la situation.



Il faut parfois remarquer la conduite aggravante de l'entourage et en isoler la victime, et à l'inverse associer les personnes apaisantes.

1. Les grands principes

En fonction de l'analyse de la situation et des éléments recueillis lors de la reconnaissance, il est nécessaire que les intervenants mettent en place les mesures suivantes:

- la délimitation claire et visible de la zone de danger, en veillant à empêcher toute intrusion dans celle-ci;
- la suppression de manière permanente si possible des dangers tant pour la victime que les sapeurs-pompiers;
- la mise en place des moyens de protection collective (balisage, avertisseurs lumineux, recours aux forces de l'ordre, etc).

2. Le zonage opérationnel

– Principes généraux du zonage opérationnel

Afin de protéger les populations et les intervenants d'un danger, il est nécessaire de sécuriser le site de chaque opération **en mettant en place un zonage plus ou moins élaboré et étendu en fonction des risques en présence, du lieu et de la durée prévisible de l'opération.**

Les limites extérieures du zonage forment le périmètre de sécurité.

Au final, le zonage opérationnel devra toujours respecter le principe des trois zones :

- une zone d'exclusion dite rouge ;
- une zone contrôlée dite orange ;
- une zone de soutien dite verte.

Exemple à l'échelle, d'un zonage opérationnel réflexe.



Exemple à l'échelle, d'un zonage opérationnel réflexe.
La zone d'exclusion a un rayon de 50m et la zone contrôlée un rayon de 100m
© Christophe Perdriset – DGSCGC

Les limites extérieures de la zone de soutien constituent le périmètre de sécurité. La zone accessible au public se situe au-delà de ce périmètre, elle n'est pas matérialisée.

Dans un premier temps, compte tenu de la cinétique de l'opération et du personnel présent, le zonage opérationnel se limitera à un périmètre de sécurité dit « a priori » limitant l'accès à la zone de danger principal tout en mettant en sécurité :

- les intervenants;
- les victimes (décédés, blessés, impliqués)
- les tiers.

Les zones qui ne nécessitent pas le port d'EPI sont placées sous le contrôle des forces de l'ordre.

Le zonage opérationnel peut nécessiter la mise en place d'un ou plusieurs points d'accès et/ou de contrôle servant notamment :

- à la gestion des entrées et sorties des intervenants;
- au contrôle des EPI ;
- à la gestion des matériels souillés ;
- au contrôle des actions menées, etc.

L'accès aux différentes zones doit tenir compte des limites d'emploi du matériel à disposition des primo-intervenants.

En fonction des éléments recueillis lors de sa reconnaissance (effets dominos, configuration de la zone d'opération, ...) et de sa capacité à tenir le périmètre, le COS fixera les contours effectifs de ce dernier en veillant à sa matérialisation et à son contrôle.

La définition d'au moins un axe d'accès et/ou logistique doit être une des priorités du COS.

- Le zonage opérationnel spécifique au SSUAP

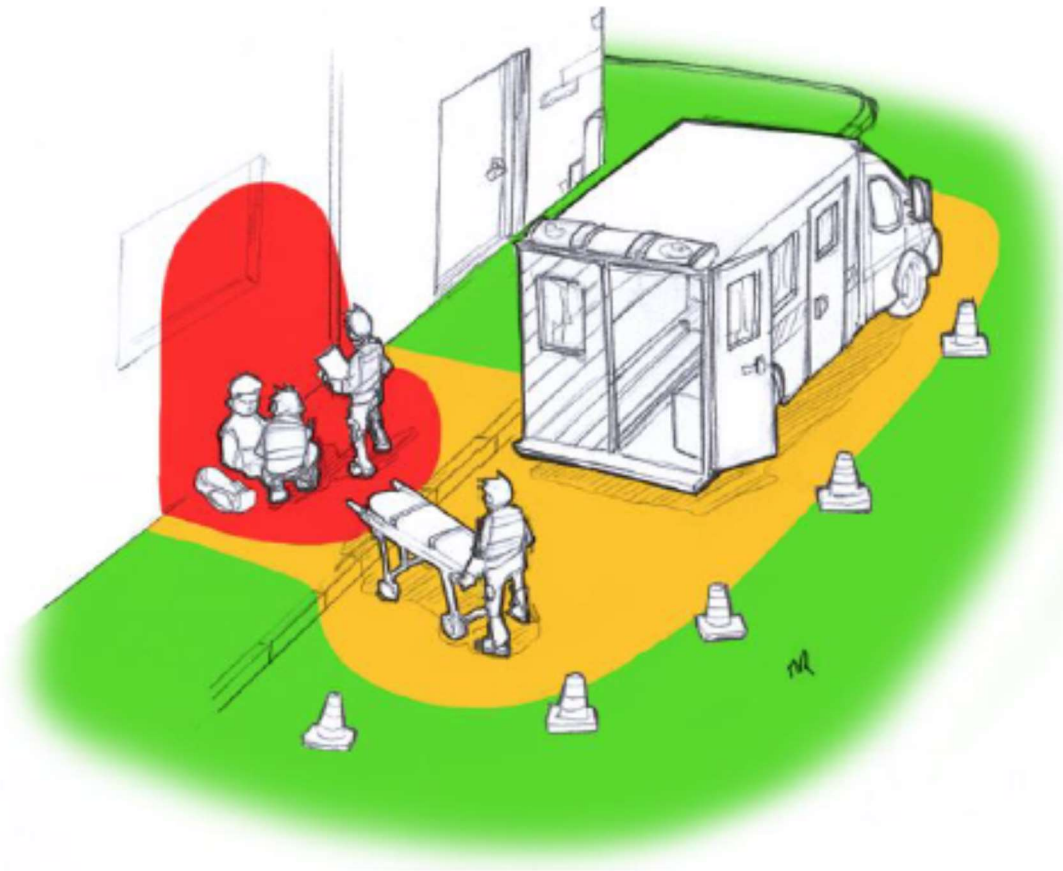
La sécurisation de la zone d'opération lors d'une opération de secours et soins d'urgence aux personnes repose sur les principes suivants :

- le stationnement de l'engin de manière à limiter l'impact sur le trafic routier lorsque cela est possible;
- la matérialisation de la zone d'opération;
- la demande ou la confirmation des forces de l'ordre ou des moyens supplémentaires si besoin.

Lorsqu'il s'agit d'une seule victime, ce zonage est réduit à quelques mètres.

|| permet de garantir le secret professionnel, les données médicales à caractère personnel, les droits et la dignité de la personne.

Exemple d'un zonage opérationnel réflexe.



3. La prévention du risque routier

Au regard du nombre et de la nature d'opérations de secours effectuées chaque année, les véhicules de secours et d'assistance aux victimes restent les moyens des SIS les plus vulnérables face au risque routier.

Tous les occupants du VSAV doivent être ceinturés à chaque phase de déplacement (sauf justification médicale contraire pour la victime ou situation/contexte) et particulièrement celle vers le lieu de l'opération de secours.



L'ensemble du matériel embarqué doit être arrimé afin de ne pas devenir un projectile en cas de choc.

– adaptation de la vitesse à l'urgence

La dérogation à la vitesse autorisée pour un véhicule d'intérêt général prioritaire en situation d'urgence est possible uniquement en strict respect de 3 conditions ⁽¹³⁾ :

- l'existence d'une urgence avérée ;
- l'utilisation simultanée des avertisseurs sonores et lumineux ;
- ne pas mettre en danger les autres usagers de la route.

Dans toutes les situations, le conducteur doit rester maître du véhicule. Le chef d'agrès contrôle la vitesse appliquée par le conducteur en fonction du degré d'urgence de la mission. Dans tous les cas, la vitesse est maîtrisée et adaptée aux conditions climatiques (adhérence de la chaussée, visibilité...) et à l'environnement de circulation ainsi qu'aux spécificités du véhicule (PL, utilitaire, VL, gabarit, poids, ...).



Les avertisseurs sonores et lumineux sont obligatoires sauf ordre contraire du CODIS ou du CDA.



Aucun degré d'urgence ne justifie une dérogation à l'obligation élémentaire de prudence.

– La signalisation de la zone d'intervention

Sur le lieu de l'opération de secours, le risque de heurt ou de renversement par un véhicule tiers sera réduit par la pose d'un balisage initial avec l'armement de l'engin adapté, voire renforcé si nécessaire.

La vigilance de chacun des membres de l'équipage constitue un atout majeur dans la prévention des risques et notamment du risque routier.

4. La prévention du risque agression

En cas de menace ou de risque d'agression, ou d'événement de nature à entraîner une éventuelle réaction violente ou disproportionnée de la victime ou de son entourage, le chef d'agrès veille à :

- **surveiller** l'environnement extérieur ;
- **demander** l'engagement des forces de l'ordre ;
- **éviter** d'exposer le personnel engagé ;
- **isoler** la victime (surveillance des mains, éloignement des objets dangereux etc....) ;
- **conserver** une attitude ferme mais non agressive.

Le risque peut justifier une adaptation des modalités d'intervention des moyens de secours sur le terrain et leur action peut être différée en cas de risques graves d'agression des intervenants (repli raisonné).

⁽¹³⁾ cf. article R.432-1 du code de la route

Les missions SSUAP sont le plus souvent réalisées avec des effectifs réduits ce qui rend les personnels engagés plus vulnérables, il y a lieu de :

- **signifier** à l'ensemble de l'équipage toute observation anormale (ex : présence d'un couteau);
- **éloigner** ou **cacher** de l'agresseur tout objet pouvant être utilisé comme une arme (couteaux, outils, armes à feu, etc.);
- **garder** son calme face à l'agresseur pour faire retomber la tension ;
- **Utiliser** les sacs de prompt secours comme boucliers en cas d'agression ;
- **conditionner** la victime au plus vite pour réaliser le bilan à l'abri;
- **quitter** les lieux en attendant les forces de l'ordre si la menace persiste.



La prise en charge des victimes prime toujours sur les autres actions en cours.

5. La prévention du risque juridique

La prévention du risque juridique passe notamment par:

- la qualité de la communication au cours de la mission ou de l'intervention ;
- la qualité des actions menées ;
- la traçabilité des actions;
- la prise en compte des demandes de renseignements ou des recours, associée le cas échéant, avec un rendez-vous explicatif avec le requérant à la transmission des pièces qu'il demande.

B. La sécurité individuelle

En arrivant sur les lieux, le primo-intervenant recherche un danger pouvant générer un sur-accident. Pour évoluer sur le domaine routier ou autoroutier, il est obligatoire qu'il porte un équipement de protection haute-visibilité.

1. La prévention du risque infectieux ⁽¹⁴⁾

Certaines vaccinations sont obligatoires pour les personnes exerçant certaines activités professionnelles les exposant à des risques de contamination. Les sapeurs-pompiers en font partie.

¹⁴ Cf. Annexe 31

Dans le cadre de la prise en charge de victimes, il convient de :

- **porter** systématiquement des gants à usage unique ;
- **faire porter** à la victime si c'est possible et porter une protection respiratoire (masques) pour toute suspicion de risque infectieux respiratoire ?
- **porter** quand c'est nécessaire Une sur-tenue à usage Unique;
- **porter** une protection oculaire lors de gestes à risque de projection sur le visage (aspiration, intubation, etc.);
- **limiter** le temps d'exposition et le nombre de sapeurs-pompiers exposés ;
- **ne pas porter** ses mains au visage et à la bouche, se frotter les yeux ;
- **se laver** les mains (eau, savon, solutions hydro-alcooliques, etc.) après tout contact potentiellement contaminant, notamment après le retrait des EPI ;
- **utiliser** préférentiellement du matériel à usage unique et être vigilant lors des manipulations ;
- **gérer** les déchets à risque infectieux (DASRI).

2. La prévention des troubles musculo-squelettiques

Les sapeurs-pompiers doivent s'attacher à mettre en œuvre des pratiques permettant d'éviter le travail en force. **Les bonnes pratiques en termes de gestes et postures, la répartition des charges adaptées ou encore l'utilisation d'outils et accessoires permettent de limiter les troubles musculo-squelettiques.**

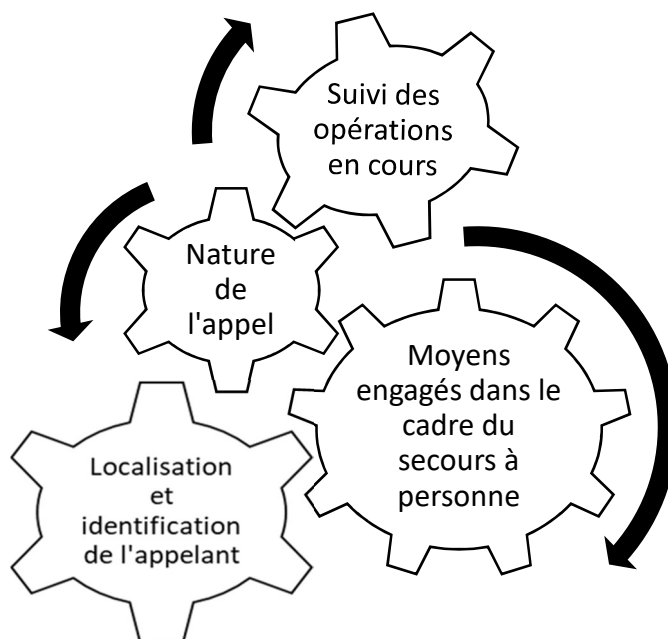
En fonction de la situation (corpulence de la victime, configuration des lieux, état de la victime nécessitant par exemple Un transfert à plat, etc.), le chef d'agrès peut demander des moyens complémentaires (renfort brancardage, moyens élévateur aérien, équipe SMPM, etc.) afin d'en limiter l'impact sur son équipage.

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 6	L'interconnexion des centres CTA-CODIS et CRRA	Février 2023

Le CTA-CODIS et le CRRA 15 ⁽¹⁵⁾ partagent en permanence les informations opérationnelles du SSUAP par le réseau informatique et téléphonique. Cette interconnexion permet une régulation médicale ⁽¹⁶⁾ faite par un médecin urgentiste. Il convient de définir les différentes interconnexions mises en œuvre et de rappeler les principes de la régulation médicale.

I. L'interconnexion informatique

Une liaison entre les systèmes informatiques du CRRA 15 et du CTA-CODIS est mise en œuvre et permet l'échange d'informations en temps réel avec des « fenêtres d'alerte » partagées. Cette interconnexion partage les données suivantes :



D'autre part dans le cadre de la régulation des bilans des vecteurs sanitaires du SDIS, ce dernier met à disposition (en mode nominal) du CRRA un accès sécurisé à un portail web permettant la gestion des bilans numérisés.

II. L'interconnexion téléphonique

Des lignes téléphoniques dédiées assurent la liaison directe entre le CRRA 15 et le CTA-CODIS. Elles permettent le transfert des appels ainsi que la conversation téléphonique à trois (appellant, CTA, CRRA). Afin d'obtenir une régulation médicale dans les meilleurs délais et d'optimiser la prise en charge de la victime, les appels issus du CTA-CODIS font l'objet d'un « décrochage » téléphonique prioritaire par le CRRA.

La mise en conférence téléphonique à trois (appellant, CRRA et CTA) n'est pas systématique et se pratique dans le strict respect des conditions suivantes :

¹⁵ Centres de Réception et de Régulation des Appels du SAMU du Nord et du Sud

¹⁶ Cf. annexe 1

- Le requérant et les différents acteurs sont informés du début et de la fin de la conversation à trois ;
- Le secret médical partagé entre l'appelant et le médecin régulateur ;
- La neutralité et l'égalité dans la conduite et la gestion de la prise d'appel (référentiel Marianne de septembre 2016) ;
- L'information donnée à l'appelant concernant la nature de la décision médicale (conseil ou type de vecteur engagé et le délai envisagé pour un moyen des ETS) ;
- L'opérateur CTA doit quitter la conférence à trois sur demande du médecin régulateur ou en cas d'une pression téléphonique importante au CTA.

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

En situation dégradée, une ligne directe est mise en place entre la salle de régulation et le Centre opérationnel départemental d'incendie et de secours (CODIS).

Cette ligne permet donc aux deux services de recevoir des appels urgents lors de situations où ces derniers ne sont plus accessibles.

L'utilisation de cette ligne doit rester exceptionnelle et concerner uniquement pour le CODIS, l'officier santé ou le chef de salle, et pour le CRRA, l'Assistant de régulation médicale (ARM) moyen ou le médecin régulateur.

III. Interconnexion radiophonique

Le CTA et le CRRA disposent de terminaux compatibles avec le système ANTARES (Adaptation nationale des transmissions aux risques et aux secours).

Le SDIS 42 autorise le CHU Nord à se raccorder à ses installations afin de lui permettre un accès vers les commutateurs de l'Infrastructure nationale partagée des transmissions (INPT). Cette organisation fait l'objet d'une convention entre le SDIS 42 et le Centre hospitalier universitaire (CHU) Nord.

L'Ordre de base départemental des systèmes d'information et de communication (OBDSIC) fixe les modalités d'utilisation des communications radio utilisables par les deux services. La veille de la communication de groupe commune « Secours et soins d'urgence » (SSU) par les deux services est **permanente**.

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 7	Les missions du CTA-CODIS	Février 2023

Le CTA-CODIS a pour mission de réceptionner l'alerte et d'engager rapidement les moyens de secours adaptés aux circonstances.

I. Généralité opérationnelle

Le CTA traite les appels 18/112 suivant un arbre décisionnel au cas par cas en prodiguant des conseils aux requérants.

A. Le traitement des appels 18/112

Tout appel 18/112 reçu par le CTA / CODIS dans le domaine du secours d'urgence aux personnes devra :

- faire l'objet d'un engagement immédiat des moyens du SDIS dans le cadre des départs réflexes ⁽¹⁷⁾ avant la régulation médicale ;
- faire l'objet d'un transfert au CRRA 15 dans le cas contraire.

B. Les arbres décisionnels

Afin de faciliter la prise de décision lors de l'appel, et conformément aux recommandations réglementaires, des arbres décisionnels permettent le déclenchement des départs réflexes des moyens du SDIS. Ils doivent permettre d'améliorer la pertinence dans le déclenchement des départs.

C. Les gestes téléguidés ou conseils de sécurités

Lors des prises d'appels d'urgence (15-18-112), certaines situations nécessitent la mise en place de conseils de sécurité, de consignes de secours ou de gestes téléguidés au requérant ou à une tierce personne présente sur les lieux.

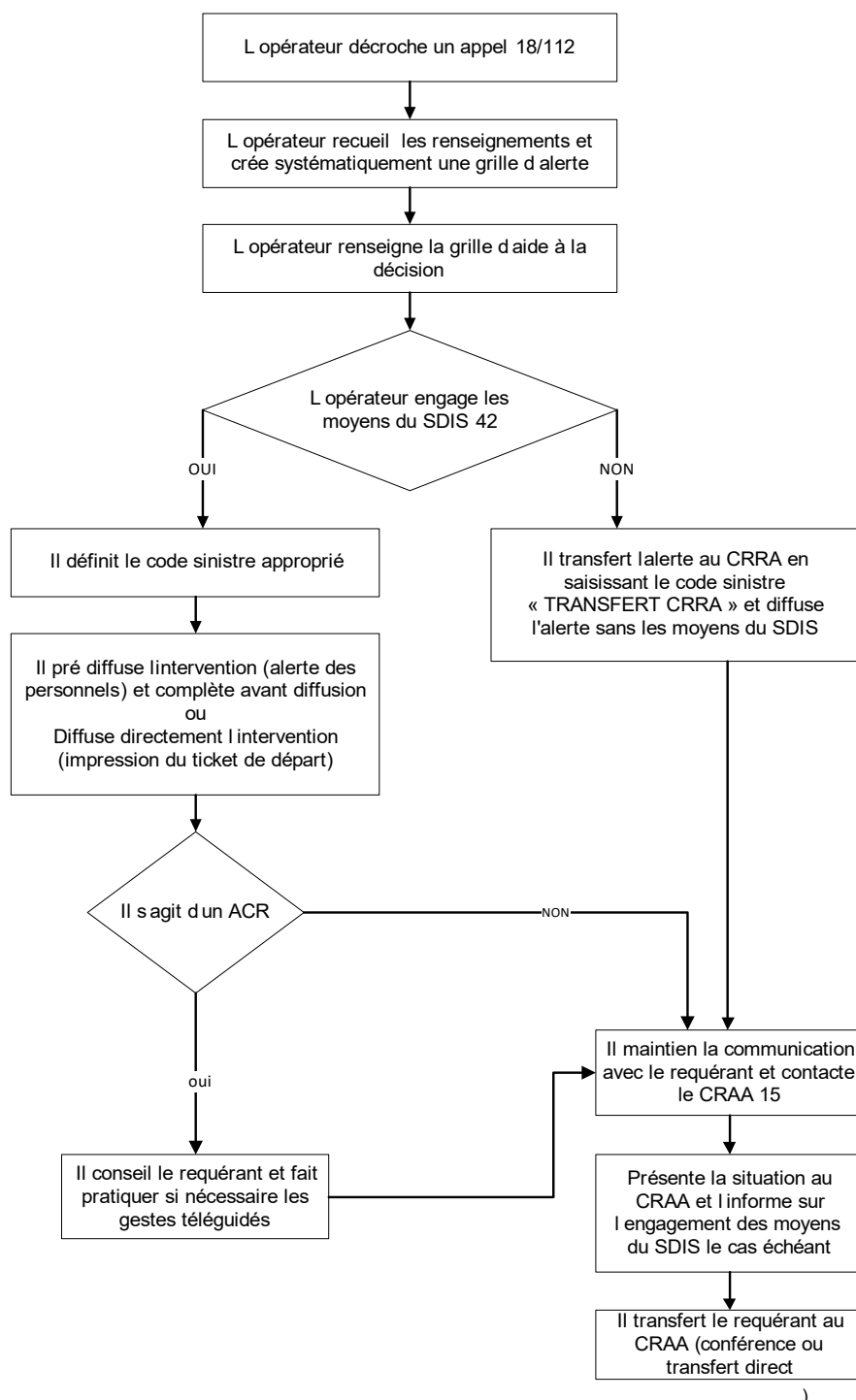
Lorsque l'appel arrive au CTA, ces consignes sont, lorsque la situation le nécessite et le permet, systématiquement associées au déclenchement des départs réflexes.

¹⁷ Cf. Annexe 1

II. Procédure opérationnelle

Lorsque l'opérateur décroche un appel de secours, il doit en assurer son traitement en suivant les procédures décrites ci-après :

A. Le traitement des appels 18/112



En cas de difficultés pour contacter le SAMU (6mn) et après échec de mise en œuvre de la procédure en mode dégradé (annexe 1 « mode dégradé »), un moyen du SDIS est engagé sans régulation sous le code « intervention SAP à évaluer ».

B. Les gestes téléguidés ou conseils de sécurité

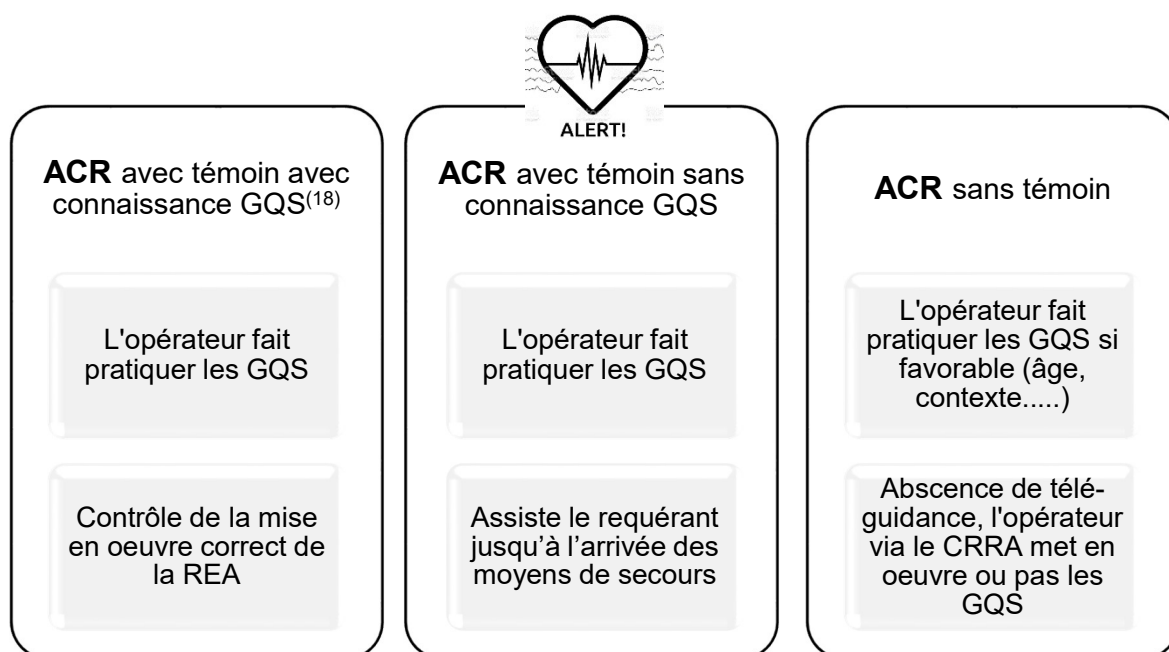
Lorsqu'une pratique téléguidée de réanimation cardio-pulmonaire est assurée par un opérateur, **le CRRA est rapidement informé de la situation par un second opérateur qui doit :**

- **identifier** sur Artémis la demande de secours pour ACR ;
- **informer**, avec les éléments de la pré-diffusion, le CRRA 15 de la situation et de la mise en œuvre éventuelle d'une télé-guidance ;
- **assurer** le suivi des autres services publics (CIC, CORG ...) en fonction du contexte, de l'âge de la victime et de la localisation.

A tout moment, le médecin régulateur pourra décider de :

- **faire** poursuivre la réanimation par l'opérateur CTA ;
- **suspendre** toute réanimation ;
- **prendre** le relais sur la pratique de gestes téléguidés.

Exemple de l'arrêt cardiaque :



¹⁸ Gestes qui sauvent.

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 8	Les missions du chef d'agrès VSAV ou chef de mission SSUAP	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

Dans le domaine des interventions SSUAP, le chef d'agrès agit dans le cadre de la MGO ⁽¹⁹⁾ et suivant des principes opérationnels pour les cas particuliers.

A. La marche générale des opérations

Le chef d'agrès du VSAV est le garant de l'application de toutes les étapes de la marche générale des opérations pour mission SSUAP.

Il veille également à faire respecter les consignes de sécurité ⁽²⁰⁾ s'imposant à tous les intervenants.

Il rend compte dans les meilleurs délais au CRRA 15 afin de permettre au médecin régulateur de :

- évaluer la gravité de l'état de la victime sur la base des éléments recueillis à l'appel complétés par les éléments recueillis sur les lieux ;
- adapter la prise en charge secouriste si nécessaire ;
- déclencher un renfort médical ou infirmier ;
- préparer l'accueil hospitalier vers une destination, prenant en compte la capacité technique et la place disponible dans ce centre hospitalier, le souhait de la victime et les contraintes opérationnelles du SDIS ;
- décider la suite à donner à l'intervention notamment dans le cadre de la continuité des soins ou la gestion de situations particulières (décès, maltraitance...).

B. Les cas particuliers

1. Le relevage de personne

Lors du relevage d'une personne à domicile ou dans un lieu privé et après bilan passé par le chef d'agrès, le médecin régulateur peut décider du maintien de la victime à domicile ou de son hospitalisation.

Si l'intervention est récurrente chez une personne, le chef d'agrès en informe sa hiérarchie.

2. La demande de renfort médical en situation d'urgence absolue

En situation d'urgence absolue mobilisant l'ensemble de l'équipe sapeurs-pompiers, le chef d'agrès peut demander l'engagement d'un renfort médical ou paramédical **sans transmettre un bilan secouriste détaillé**. Cette demande comprendra un bilan circonstanciel précis transmis par voie radiophonique ⁽²¹⁾ et complété dès que possible par un bilan détaillé.

3. L'arrêt de l'action secouriste sur ordre du médecin régulateur

Suite au bilan transmis par le chef d'agrès sapeurs-pompiers au CRRA, le médecin régulateur peut décider de l'arrêt des actes de secourisme vitaux pratiqués par les sapeurs-pompiers. Dans ce cas, le médecin régulateur informe le chef d'agrès de sa décision d'arrêt des gestes de survie et annonce le décès à la famille.

¹⁹ Marche Générale des Opérations

²⁰ Cf. Annexe 05

²¹ SSU

Le médecin régulateur peut également, suite à la régulation médicale, décider de ne pas entreprendre les gestes de réanimation et ce, avant l'arrivée des sapeurs-pompiers sur place (personne en fin de vie ...). Dans ce cas, le médecin régulateur informe l'équipage engagé au moyen de la fréquence SSU ou à défaut par liaison téléphonique établie par l'intermédiaire du CTA.

Un médecin généraliste est déclenché dans les meilleurs délais par le CRRA afin d'assister la famille et d'assurer les démarches administratives (certificat de décès). En l'absence d'obstacle médico-légal, l'équipage VSAV peut être sollicité pour placer le corps à l'endroit souhaité par la famille. A l'issue, l'équipage peut quitter les lieux sans attendre l'arrivée du médecin et/ou des services funéraires. ⁽²²⁾

4. L'orientation des victimes hors secteur

En principe, le CRRA prévoit l'évacuation des victimes vers les établissements de soins du secteur, en considérant dès que possible le libre choix de la victime. Pour les cas où l'état de la victime nécessite une hospitalisation au-delà du secteur de rattachement, le transport peut être effectué par le VSAV ⁽²³⁾. Pour les cas où le transport nécessite, pour raisons médicales, l'immobilisation d'un moyen du SDIS pour une longue durée, un contact téléphonique devra s'opérer entre le médecin régulateur et le chef de salle CODIS pour approbation expresse de ladite mission.

5. Le transfert préalable vers un médecin de secteur

Sur demande du médecin régulateur, et principalement pour les zones isolées, il est possible d'envisager un transport vers un professionnel de santé de proximité (maison médicale de garde, cabinet médical, maison de santé multidisciplinaires ⁽²⁴⁾, médecin de sapeur-pompier...). Dans cette hypothèse :

- le chef d'agrès transmet son bilan au CRRA ;
- le médecin régulateur autorise l'examen par un médecin à son cabinet. Celui-ci est prévenu au préalable par les sapeurs-pompiers ou le CRRA ;
- à l'issue de l'examen, le médecin transmet son compte-rendu au médecin régulateur ;
- le CRRA décide ensuite de la conduite à tenir :
 - retour à domicile de la victime par ses propres moyens ;
 - évacuation par le VSAV dans la continuité de l'examen clinique de la victime. Si le temps estimé est supérieur à 10 min, le vecteur de secours se rend à nouveau disponible et considère que l'intervention est terminée ;
 - évacuation par ambulance privée ;
 - renfort SMUR au cabinet du médecin.

²² Cf. Convention tripartite.

²³ Cf Annexe 15

²⁴ Cf. Convention tripartite

II. Procédure opérationnelle

La procédure opérationnelle du CDA SSUAP doit suivre le spectre de la marche générale.

A. La marche générale des opérations SSUAP

ACTIONS	OBSERVATIONS
Confirmer son arrivée sur les lieux	- Utiliser les statuts (ou la phonie si les statuts sont inopérants)
Demander si nécessaire des renforts	- Une demande adressée au CRRA15. - Une demande de personnel SSSM est adressée au CTA-CODIS.
Demander si nécessaire l'activation du dispositif SINUS en tant que 1 ^{er} COS ⁽²⁵⁾	- Cf. annexe 11 « SINUS »
Assurer un bilan secouriste et rédiger le bilan numérique ⁽²⁶⁾	- 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 - La fiche bilan numérique URGSAF est obligatoire quelle que soit l'issue de l'intervention (refus de transport, victime laissée sur place, transport CH, décès...)
Transmettre au CRRA 15 les données du bilan complétées des gestes entrepris	- la fréquence SSU est à prioriser pour une demande de renfort SMUR ou une régulation urgente. - Dans certains cas (radio impossible...), il peut être fait recours à un moyen téléphonique obligatoirement établi par l'intermédiaire du CTA.
Assurer les gestes de secours appropriés	- conformément au référentiel technique SSUAP
Faire signer une décharge de refus de transport le cas échéant ⁽²⁷⁾	- numérique
Rédiger le compte-rendu de sortie de secours dans les plus brefs délais	- conformément à la procédure qualité (P053). Avec la fiche bilan, numérique URGSAF, il n'est plus nécessaire de renseigner l'onglet victime et compte-rendu du CRSS.
Archiver la fiche bilan et le cas échéant la décharge pour refus de transport	- L'archivage des fiches bilans est : • numérique ; • automatique dès la clôture de la fiche bilan numérique ; • centralisé.

Tout au long de son intervention, **le chef d'agrès doit être joignable par radio sur les fréquences OPS et SSU.**

Il doit également être joignable par l'intermédiaire du téléphone portable du véhicule.

Il doit réaliser les différents statuts :

- L'arrivée sur les lieux.
- Départ des lieux de l'intervention
- L'arrivée au CH
- Départ du CH
- Les disponibilités (retour feu et caserne)

²⁵ Cf. Annexe 11 l'outil opérationnel SINUS

²⁶ Cf. Annexe 12 La fiche bilan

²⁷ Cf. Annexe 24 le refus de prise en charge

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 10	Les missions du SSSM	Février 2023

Les missions des officiers SSSM (médecins, infirmiers, vétérinaires, psychologues), l'engagement du SSO et de l'USP, ainsi que la mise en place des différents protocoles, dans le cadre du SSUAP, font l'objet d'une instruction opérationnelle spécifique « ITOP SSSM ».

Le rôle et les missions de la garde départementale SSSM (officier santé CODIS, médecin de garde départemental, infirmier d'astreinte logistique...) sont détaillés dans « l'ITOP CDT ».

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 11	L'outil opérationnel SINUS	Février 2023

L'outil SINUS ainsi que la mise en œuvre des différentes procédures dans le cadre du SSUAP, font l'objet d'une instruction opérationnelle spécifique « ITOP SMV ».

Cette instruction détaille le principe opérationnel, la définition du dispositif « SINUS », ainsi que le rôle et les missions des acteurs dans le cadre de la procédure opérationnelle départementale ⁽²⁸⁾.

²⁸ Cf. Annexe 8 de l'ITOP SMV

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 12	Les bilans	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

Toutes les opérations SSUAP font l'objet d'une fiche bilan vert ou rouge quelles que soient les circonstances.

Cette fiche bilan s'inscrit dans la parcours de soins, notamment pour:

- la régulation par le CRRA ;
- la réception dans la structure d'accueil.

La notion de bilan vert et bilan rouge est issue du référentiel SUAP/AMU de 2009 et avait pour objet la transmission radiophonique ou téléphonique simplifiée ou complète des éléments du bilan.

Avec la mise en œuvre du bilan numérisé, les éléments du bilan sont fournis en totalité à chaque opération au CRRA. La notion de transmission simplifiée n'a donc plus d'intérêt.

Cependant le choix a été fait de conserver les couleurs de bilans afin notamment de :

- Permettre une priorisation de la régulation des bilans par le CRRA,
- En mode dégradé, le CODIS peut autoriser le transport de victime en bilan vert sur le SAU de secteur.

A. Situations pouvant être qualifiées en BILAN VERT :

- Traumatologie bénigne sans déformation de l'épaule jusqu'au doigt ;
- Traumatologie bénigne sans déformation du genou jusqu'aux doigts de pieds ;
- Relevage simple dans un contexte de maladresse ;
- Plaie simple et brûlure simple au sens du référentiel technique SSUAP.

B. Situations pouvant être qualifiées en BILAN ROUGE :

- Toute situation qui n'est pas un bilan vert (malaise, AVP, ...)

Ce document peut être de deux formes :

- Un document informatique dématérialisé en mode nominal via la tablette « URGSAPE ». Chaque tablette est rattachée à un vecteur spécifique, il convient de ne surtout pas désynchroniser le vecteur et la tablette.
- Un document papier issu du carnet « fiche bilan » à disposition dans chaque VSAV et VSM en mode dégradé.

On retrouve 2 types de Fiches Bilans :

- ✓ Fiches Bilans SSUAP
- ✓ Fiches Bilans SSSM

II. Procédure opérationnelle

Une fiche bilan est importante pour l'accompagnement de la victime dans son parcours de soin et la traçabilité médico-légale.

Il convient de préciser la procédure et les documents associés pour le bilan SSUAP et SSSM.

A. L'attendu du bilan

- partie administrative
- lieu
- circonstances
- bilan primaire
- constantes
- compte-rendu du COS
- destination et mode de transport
- horodatage et signature du CDA, de l'IAO et du SSSM le cas échéant
- tous les champs liés spécifiquement à l'intervention.

B. Le mode nominal : tablette

1. Intervention du VSAV seul

Un seul modèle de fiche bilan commun, entre les secouristes, infirmiers et médecins du SSSM, est utilisé.

La nouvelle doctrine de remplissage et de transmission des fiches bilans devrait s'inscrire dans le sillon suivant sur les lieux de l'intervention et à l'arrivée dans l'établissement receveur :

- **Sur les lieux de l'intervention :**

- ✓ **Situation 1** : L'état de la victime ne nécessite pas une régulation urgente et immédiate :
 - Le CDA renseigne en totalité les éléments du bilan nécessaires à la régulation
 - Une seule transmission du bilan sera dès lors nécessaire et facilitera la régulation par le CRRA
 - Sauf situation de dégradation de l'état de la victime ou connaissance d'une donnée supplémentaire importante, il ne sera pas utile de transmettre de nouveau bilan au CRRA.
 - Il reste en revanche indispensable de transmettre le bilan une seconde fois lorsque la destination de la victime a été fixée par le CRRA, afin que le Service d'Accueil des Urgences soit destinataire du bilan.

- ✓ **Situation 2** : L'état de la victime requiert un renfort médicalisé urgent (ACR, traumatisé grave, ...) ou une régulation urgente (AVC,...) :

- Le CDA utilise la radiophonie pour transmettre son message qu'il peut coupler notamment à une photo envoyée via la fiche bilan numérisée.
- Le CDA applique ensuite les différentes étapes de la situation 1

- **Dès l'arrivée dans l'établissement receveur :**

- Le CDA se présente à l'accueil du service et auprès de l'infirmier(e) d'accueil et d'orientation (IAO) pour s'affranchir des tâches administratives restantes et de la transmission verbale des éléments significatifs du bilan de la victime. Dans le cas où le service receveur ne bénéficie pas du portail « URGSAP CH », le CDA transmet la fiche bilan de la victime via le jeton généré par la tablette.
- Il horodate la transmission des informations sur la tablette et demande à l'IOA de co-signer la fiche bilan.
- Le CDA valide ensuite définitivement sa fiche bilan en utilisant l'onglet « virgule verte ».

2. Procédure intervention conjointe VSAV/SSSM

Les fiches bilans numériques dites secouriste et SSSM ont été jumelées par souci d'efficacité opérationnelle et d'optimisation des actions de régulation menées par le CRRA.

Ainsi, le CDA et l'ISP (ou le MSP) seront amenés conjointement à renseigner les éléments du bilan et les actions menées relevant de la compétence de chacun, prioritairement sur la tablette du CDA.

Les situations 1 et 2 susnommées seront appliquées pour autant à l'identique.

Néanmoins, l'ISP devra contacter le CRRA par téléphone via le CTA-CODIS, dès que l'application d'un Protocole Infirmier de Soins d'Urgence (PISU) requiert la validation du médecin régulateur. L'ISP en référera systématiquement au CDA.

- **Deux situations se distinguent :**

- ✓ **Situation 1** : L'ISP ou le MSP n'assure pas le transport avec le VSAV :

- Depuis les lieux d'intervention et avant le départ pour le centre receveur, le CDA envoie sur la tablette du SSSM la fiche bilan finalisée.
- L'ISP ou le MSP vérifie que l'ensemble des éléments ont été reçus, dont les photos ou ECG réalisés.
- L'ISP ou le MSP valide définitivement sa fiche d'intervention via l'onglet « virgule verte ».

✓ **Situation 2** : L'ISP ou le MSP accompagne la victime jusqu'au centre receveur :

- La relève orale sera réalisée conjointement
- Le CDA horodatera la fiche d'intervention.
- Les 3 signatures devront apparaître :
 - CDA
 - ISP ou MSP
 - IAO.
- Le CDA transmet ensuite la fiche bilan sur la tablette du SSSM qui s'assure de la complétude des informations et pièces annexées.
- L'ISP ou le MSP valide définitivement sa fiche d'intervention via l'onglet « virgule verte ».

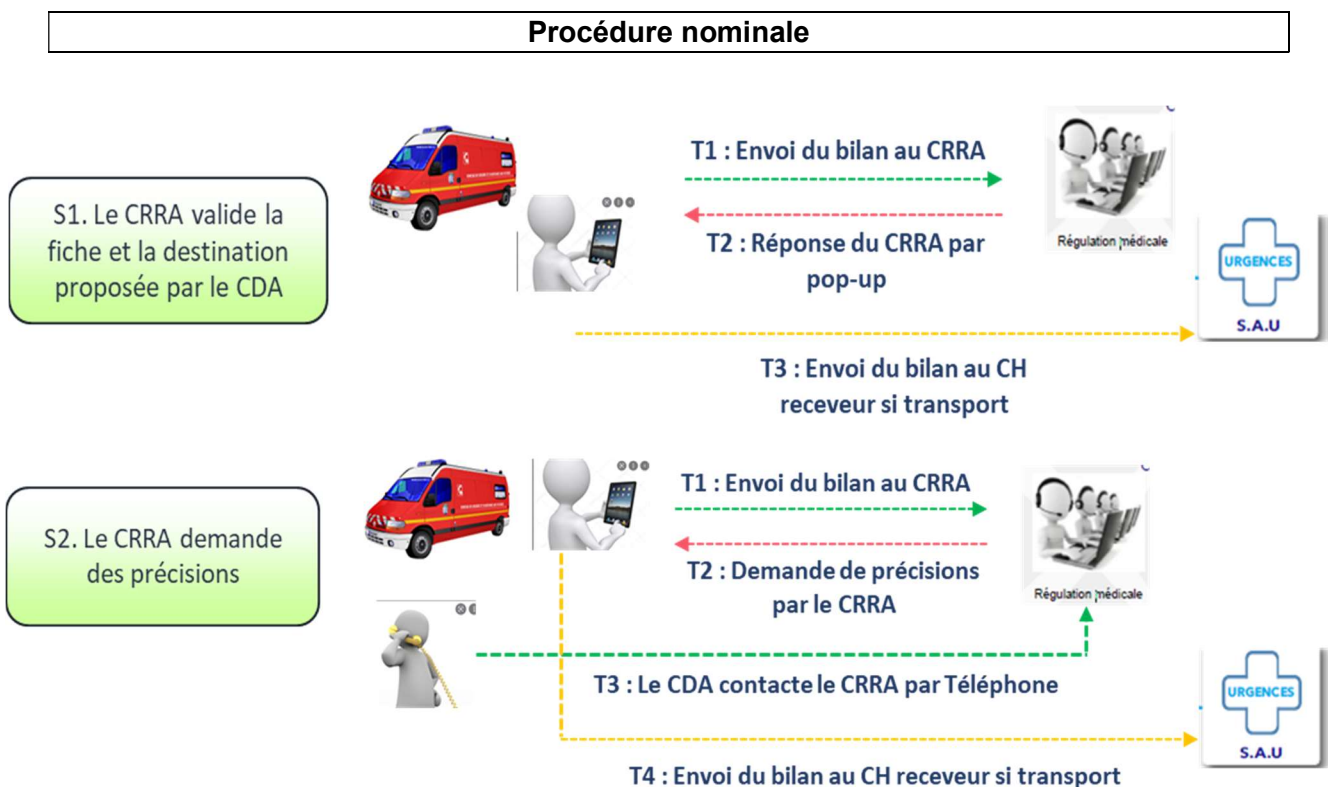
3. Cas particulier de la régulation médicale hors département

Toute régulation d'un VSAV intervenant hors département se fera auprès du SAMU territorialement compétent.

Dans ce cadre le CDA respectera la procédure suivante :

- **prendre** contact, par téléphone, avec le SAMU territorialement compétent,
- **Assurer** le transport de la victime sur l'établissement désigné par la régulation,
- **Transmettre** la fiche bilan numérisée uniquement avec un jeton ⁽²⁹⁾,
- **Valider** la fiche bilan via l'onglet de validation « virgule verte ».

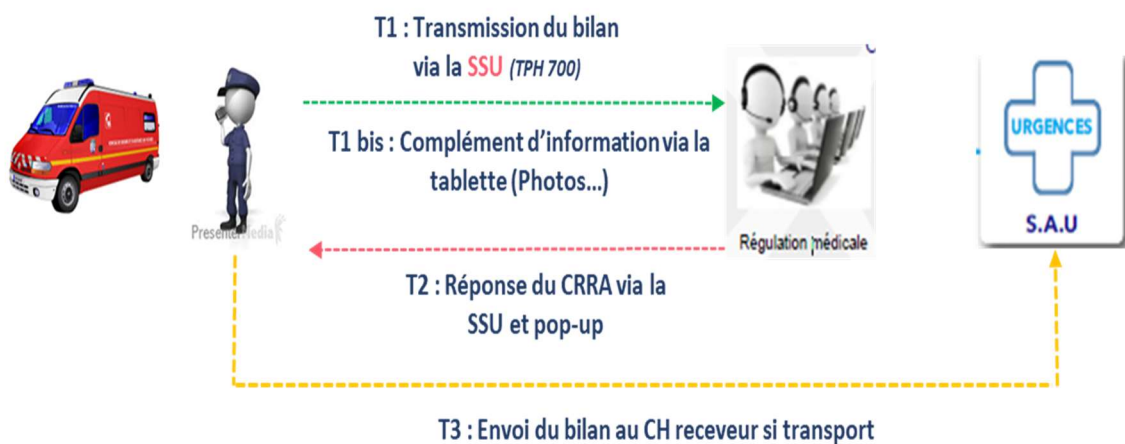
4. Principes de régulation avec la transmission numérique des bilans



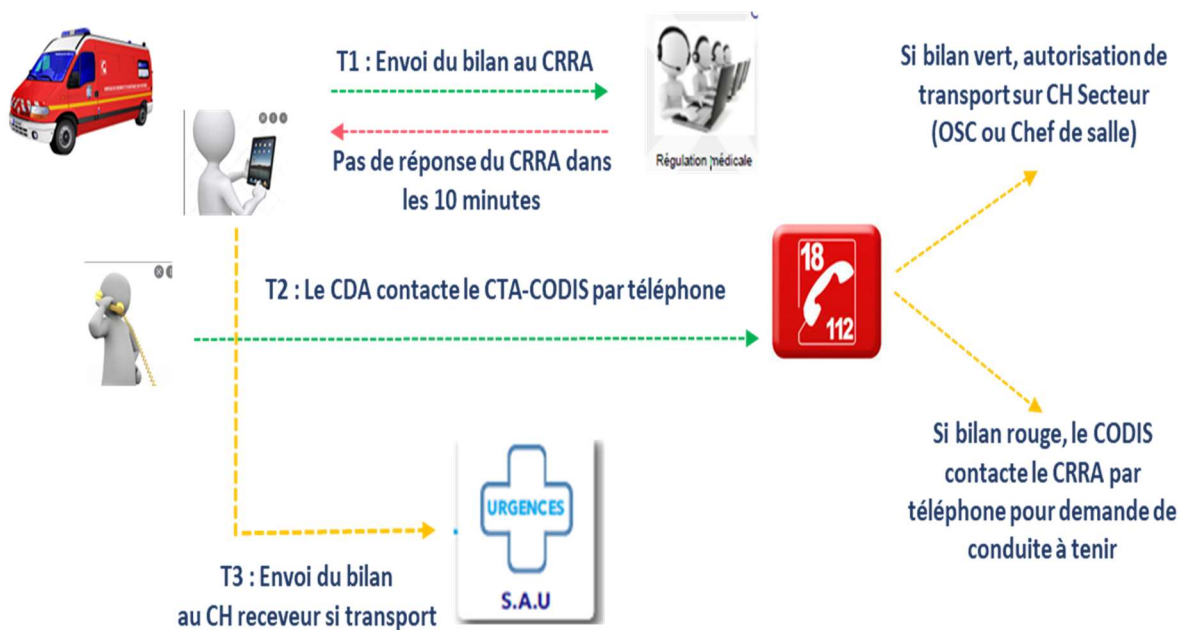
²⁹ Pour éviter que le SAMU 42 ne reçoive la fiche, alors qu'il n'est pas concerné par cette intervention.

Procédures spécifiques

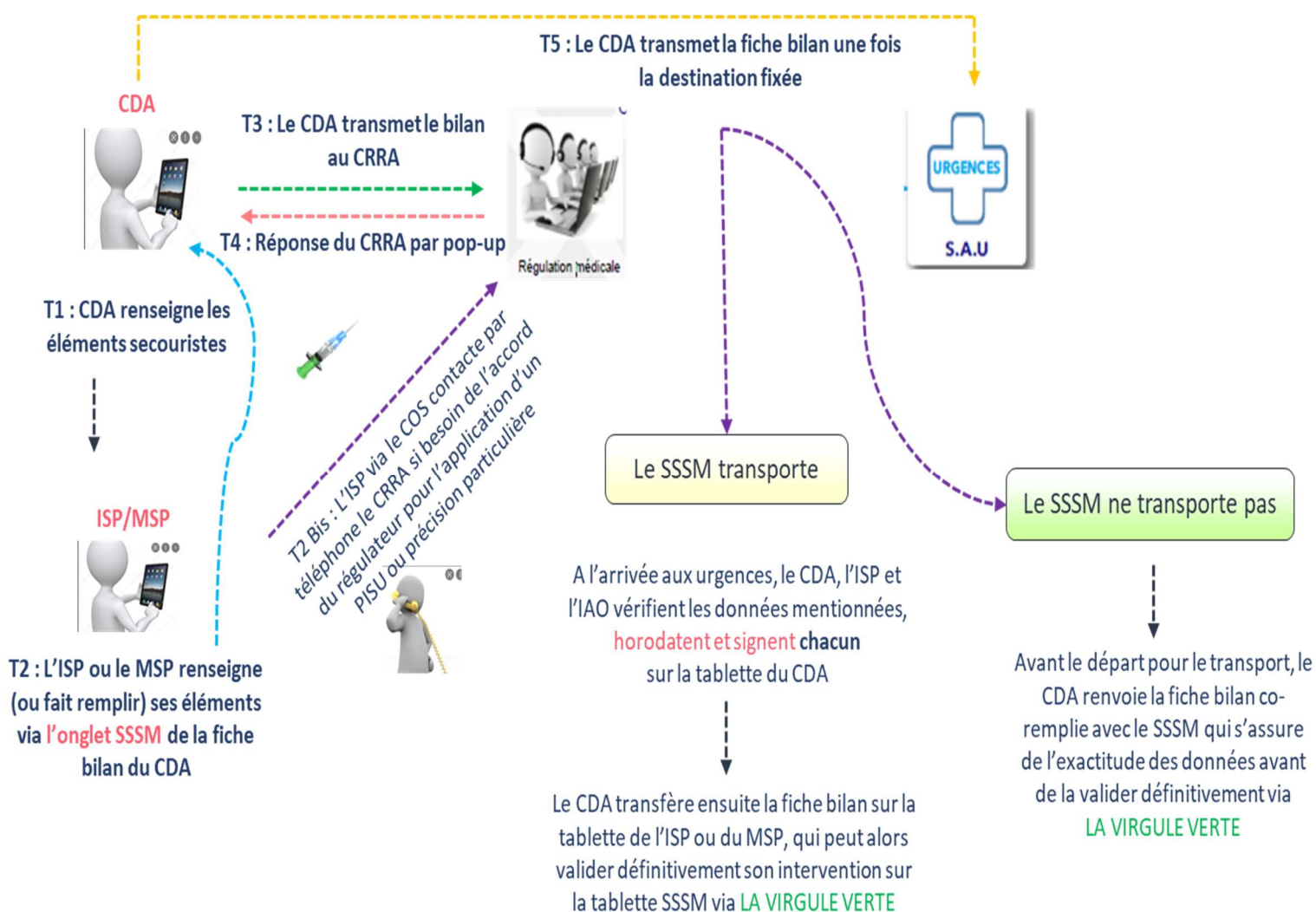
S3. Besoin d'un **renfort SMUR urgent** ou d'une **régulation urgente**



S4. Pas de réponse du CRRA 10 min après l'envoi du bilan



Procédure en présence du SSSM



5. Le dépannage

- Avant tout : Mise à jour régulière de la tablette (A chaque prise de garde pour les centres mixtes, une fois par semaine dans les centres SPV)
- Niveau 1 : utilisateur
Sur opération quitter l'application
Eteindre et rallumer la tablette
- Niveau 2 : CODIS
Capacité de vider les caches pour une synchronisation plus complète
- Niveau 3 : BSI (Exemple : casse d'écran, panne...)

Le CDA se rendra à la compagnie pour échanger sa tablette défaillante avec la tablette de réserve prête à l'emploi.
La compagnie réalisera une demande de réparation sur ISILOG.

Code de relance après avoir vidé les caches par le CODIS ou sur invitation de la tablette :
Synchronisation requise :

Syncurgsap

sdis42!!

C. Le mode dégradé : format papier

Les fiches bilans SSUAP et SSSM en format papier suivent une procédure identique qui est la suivante :

- Doit faire partie de l'inventaire type du VSAV
- Seule et unique indication d'utilisation : Tablette inopérante malgré le dépannage de niveau 2
- Lorsque la fiche bilan papier a été utilisée, un exemplaire est laissé au service d'accueil de l'établissement de santé receveur.
- Le double de la fiche bilan papier servira au CDA pour réaliser au retour de l'intervention, la fiche bilan dans son format numérique sur une tablette opérationnelle. Il prendra soin notamment de renseigner le numéro d'intervention à l'identique de la feuille de départ (Ex : 23CO011406).



Il est essentiel que le SDIS puisse disposer de la totalité des fiches bilans au format numérique pour des raisons d'obligations réglementaires d'archivage.

Photos de la fiche bilan SSUAP et SSSM actuelles

[illegible][illegible]

	Zusatz stempel ☐ Via Video, VTM ☐ Via personal ☐ Mdr in CH ☐ VOM	Nr. Sinner : _____ Doukour - Magaire : _____	Date : ____/____/20____ N° d'intervention : _____	
	LEU (PONTIFICATION)			
ACROSTICHES	MALADE : _____ PENEDON : _____ sur pied : _____ / Autres : _____	CESTE : _____ NOVALE : _____ INCENSE : _____ INTECENIVE : _____	ACE SPORT : _____ ACE TIRAGE : _____ INCENSE : _____ INCENSE : _____ C. Canine, C. (Douchement privé)	Arrivée sur les lieux : _____ Arrivée à l'OS : _____ Départ du lieu : _____ D. d'intervention : _____
IDENTITE VICTIME				
NOM : _____ Prénoms : _____ Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : _____ Naissance : _____ Code postal : _____ Commune : _____ Téléphone : _____ Famille profession : ☐ OUI ☐ Famille SU ☐ NON ☐ Personne à protéger : _____ Téléphone : _____ Adresse traitée : _____				
BIEN INITIAL				
A - Vies Antécédents : _____ LMA : ☐ OUI ☐ NON Cande : ☐ OUI ☐ NON	B - RESPIRATION : _____ PR : _____ / min perspo : _____ Superficie : _____ SPD : _____ sur l'ambit SPD : (BMS) : _____ % Saturat : ☐ Oxygène ☐	C - CIRCULATION : _____ TA bras Gauche : _____ / min TA bras droit : _____ / min FC : _____ / min PR : _____ / min Température : _____ Press artérielle : _____	D - NEURO : _____ Glasgow : V _____ M _____ _____ PC2 : _____ min Oligémie : _____ Pupilles : _____ Coma : ☐ Somnolence ☐	
ANTÉCÉDENTS : _____		TRAITEMENT HABITUEL : _____ ☐		
ALLERGIES : _____ OBSERVATIONS - EXAMEN CLINIQUE : _____				
		Absent d'affecter aucun CSM Type lésions : _____ Probabilité V1 : _____ Probabilité V2 : _____ Probabilité V3 : _____ Probabilité V4 : _____ Probabilité V5 : _____ SMR : _____		
		Voir tableau d'affecter aux		

ACTES RÉALISÉS									
Corticé central	☐	O ₂ liter	☐	VCF	☐	Scopes	☐	Médicaments	☐
Antidote	☐	OT	☐	CAR	☐	ECG	☐		☐
Causidol	☐	OT	☐	Nervine	☐		☐		☐
RED	☐	INT	☐	Site	☐	DSA	☐	No Chex	☐
Assessment	☐	Telle écrite	☐		☐	RCF par téléphone	☐		☐
Autre	☐	Autre	☐	Autre	☐	RCF par SP	☐		☐

THÉRAPEUTIQUES / PROTOCOLES UTILISÉS									
Appel médecin régulateur : Norme réglementaire :								☐ Régulation Par CMA ☐ SMUR LIA	

SURVEILLANCE										
TRAITEMENT	Suivis – Médicaments – Voies									
		H	H	H	H	H	H	H	H	H
	Doses administrées									
TRAITEMENT	Paramètres									
		H	H	H	H	H	H	H	H	H
Notes : Température										

EVOLUTION									
☐ Amélioration ☐ Stagnation ☐ Aggravation ☐ Décédée ☐ Après H ☐ N'a pas ré									

DESTINATION									
Orientation : ☐ Lancé sur place ☐ Refus de transport ☐ Hospitalisé ☐ Hépital ☐ Service :	Moyen d'évacuation : ☐ VNI ☐ Ambulance privée ☐ UHIN / ASU / SAMU ☐ Hélicoptère :	Modification du traitement : ☐ Absence de médicament ☐ TSP ☐ MSP ☐ SAMU :							

Signature Officier SSM :

Informer et/ou Médecin receveur :

Je soussigné(e) (parent :), donne mon autorisation de pratiquer et/ou et/ou tous les examens, investigations et interventions nécessaires pour mon fils, y compris une anesthésie générale.

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 13	La prise en charge et le transport d'un mineur non accompagné	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

Dans le cadre de la prise en charge d'une victime mineure, il convient de comprendre la problématique de responsabilité et de rappeler les principes concernant le transport de la victime mineure ou de sa prise en charge quand le mineur est accompagnant de la victime.

A. La problématique rencontrée

Toute personne de moins de 18 ans reste sous l'autorité et la responsabilité de ses parents ou tuteurs légaux (sauf émancipation ⁽³⁰⁾).

Lorsque le mineur n'est pas accompagné d'un responsable, qui en prend la responsabilité ? Les 2 principes opérationnels suivant apportent des éléments de réponses.

B. Transport d'une victime mineure vers un centre hospitalier

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.

La responsabilité de la victime mineure durant le transport est assurée par **le chef d'agrès** (ou chef de mission SSUAP). Ce dernier devra, avant le transport, effectuer les missions suivantes :

- Récupérer les coordonnées de l'enfant (nom, prénom, date de naissance, adresse et téléphone des parents).
- 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.
- Demander si la famille a été prévenue du transport de l'enfant et si celle-ci se rend sur le service d'urgence.

C. Transport d'un mineur accompagnant une victime

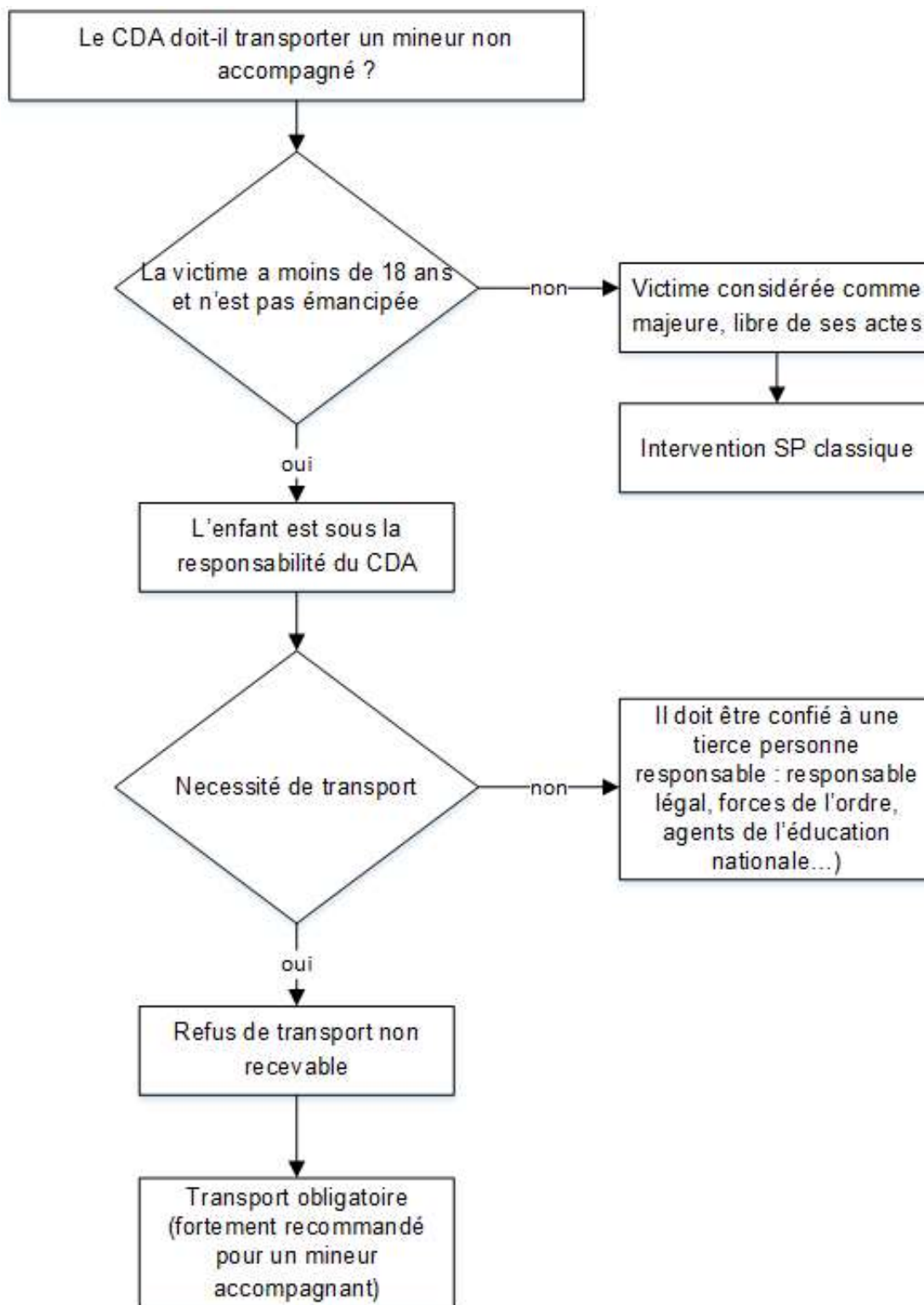
Le transport d'un mineur accompagnant une victime est possible seulement s'il possède un lien de parenté direct avec la victime.

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 et de le restituer à ses parents.

³⁰ 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.

- Procédure Opérationnelle

SYNTHESE DE LA PRISE EN CHARGE ET DU TRANSPORT D'UN MINEUR

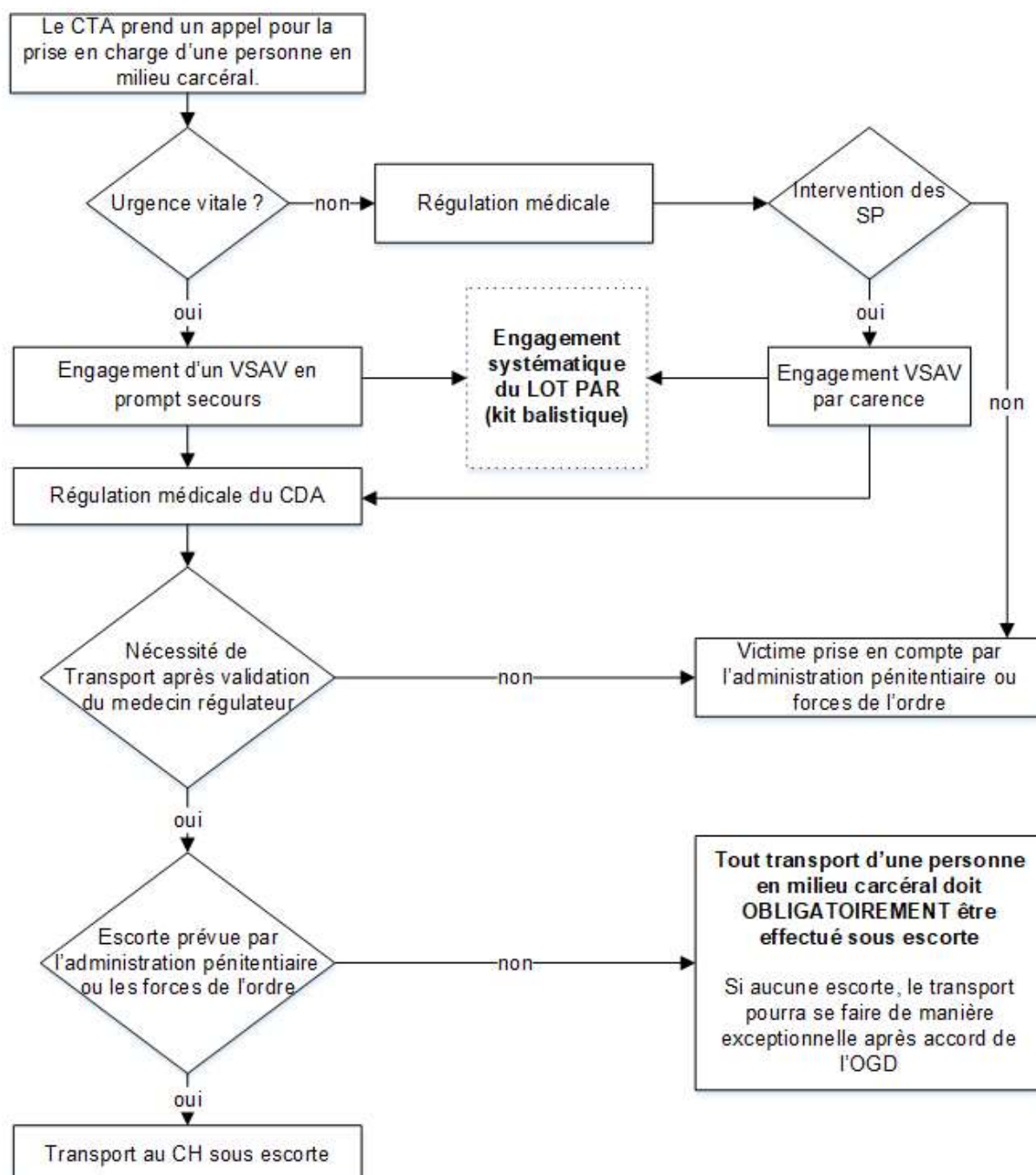


ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 14	Le transport de détenu	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

Le SDIS 42 peut être sollicité pour la prise en charge de personnes en milieu carcéral (maison d'arrêt, centre de détention). Dans ce cadre au contexte particulier, il convient de suivre rigoureusement la procédure mentionnée ci-après.

II. Procédure opérationnelle



ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 15	Le nombre maximum de personnes transportées dans un VSAV	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

- Les éléments juridiques :

- Le VSAV est considéré comme un véhicule utilitaire dont le PTAC ⁽³¹⁾ 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.

II. Procédure opérationnelle

A. Les règles à respecter

Les chefs d'agrès ou chefs de mission 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. Les principales situations rencontrées

Les principales situations de transport rencontrées doivent trouver leurs réponses sur la base des principes ci-dessous qu'il convient d'appliquer et d'adapter avec l'intelligence du terrain :

Transport d'une victime non médicalisée	Victime + CDA + COND + EQUIP 1 + EQUIP 2	5
	Obs : Un accompagnant peut-être transporté en cas d'absence de l'équipier 2	
Transport d'une victime médicalisée	Victime + CDA + COND + MEDECIN + INFIRMIER	5
	Obs : Les EQUIP 1 et 2 seront véhiculés par le SAMU	
Transport d'un nouveau-né	Nouveau-né + mère + CDA + COND + MEDECIN + INFIRMIER	5
	Obs : Le transport d'un nouveau-né et de sa mère peut être considéré comme une seule et unique entité « patient ».	
Transport d'un détenu	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 14)	
Transport de deux victimes non médicalisées ⁽³²⁾	Victime 1 (couchée) + victime 2 (assise) + CDA + COND + EQUIPIER	5
	Obs : Le transport de deux victimes est possible si l'une des victimes est seulement impliquée et ne justifie pas un transport en position couchée et si l'équipage du VSAV est à 3 agents	



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.

³¹ Poids Total Autorisé en Charge

³² En cas de contentieux, le chef d'agrès veillera à éviter de transporter les deux victimes dans le même VSAV

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 16	Le transport de personnes décédées	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

Les sapeurs-pompiers qui sont appelés à intervenir, à la suite d'un accident mortel ou d'un suicide, ne sont pas habilités à transporter un corps à la morgue de la commune ou à son domicile.

Suivant ce principe, il convient de décrire les situations où le transport d'un corps ne relevant pas de la mission des sapeurs-pompiers, fait l'objet d'une réquisition et impose de suivre les procédures mentionnées ci-après.

II. Procédure opérationnelle

Les sapeurs-pompiers sont amenés à intervenir sur des victimes qui seront déclarées décédées (DCD) soit après une RCP⁽³³⁾, soit à leur arrivée. Il convient de décrire les différents cas de figures d'intervention avec une victime déclarée DCD et de mentionner le cas particulier du transport à l'institut médico-légal.

A. Le transport de personnes décédées

Il existe 2 cas possibles où les sapeurs-pompiers peuvent être en contact avec une victime DCD :

CAS1 : Arrêt de la RCP



Le médecin régulateur demande l'arrêt de la RCP :

- au vu du bilan transmis par le CDA,
- au vu des antécédents et historique médical de la victime.

Dans ce cadre, le médecin régulateur :

- informe le CDA de sa décision,
- annonce sa décision à un membre de l'entourage présent,
- recherche un médecin afin de venir constater le décès.

Dans tous les cas, il n'y a pas de transport de corps :

- 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.

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.

³³ Réanimation Cardio-Pulmonaire.

CAS 2 : Découverte de cadavre



Si la mort ne fait pas de doute ⁽³⁴⁾:

- aucune manœuvre de réanimation ne sera entreprise,
- l'équipage laissera en l'état pour la préservation des traces et indices (Cf. annexe 28),
- un bilan sera transmis au CRRA 15,
- le chef d'agrès demandera l'intervention des forces de l'ordre via le CODIS.

En cas de doute sur le décès :

- cf. procédure **CAS 1**.

Dans les deux situations ci-dessus, le transport de corps ne relève pas de la mission des sapeurs-pompiers, sauf sur réquisition.

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 celles-ci. En aucun cas, un corps ne doit être transporté dans un centre dans l'attente des pompes funèbres.

B. Transport à l'Institut Médico-légal

Lors d'un décès sur voie publique ou dans certaines circonstances particulières (mort subite du nourrisson...), les sapeurs-pompiers peuvent être réquisitionnés par les forces de l'ordre pour effectuer le transport du corps sur l'Institut Médico-Légal (site Bellevue).



En cas de décès, un obstacle médico-légal peut être posé par un médecin.

Dans ce cas, le corps n'appartient plus à la famille et un Officier de Police Judiciaire doit se rendre sur place pour prise en compte du corps (enquête).

Le procureur peut lever l'obstacle après contact avec l'OPJ.

³⁴ Raideur cadavérique, état de décomposition avancé, tête séparée du tronc...

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 17	Les transferts inter ou intra hospitalier	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

Par principe, les transferts inter ou intra-hospitaliers de victime ne relèvent pas des missions du SDIS, quel que soit l'état médical de la victime.

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

Il convient de définir les deux transferts auxquels les sapeurs-pompiers peuvent être confrontés.

A. Un transfert inter-hospitaliers

Appelé transfert secondaire, il correspond au transfert d'une victime d'un centre hospitalier vers un autre centre hospitalier ⁽³⁵⁾.

B. Un transfert intra-hospitalier

Il correspond au transfert d'une victime d'un service à un autre service au sein du même centre hospitalier.

C. Transfert secondaire

Après régulation médicale, un VSAV peut transporter la victime sur l'hôpital indiqué par le CRRRA.

Si, lors de l'arrivée au service d'urgence, le patient n'est pas accepté par le service, un échange téléphonique doit s'instaurer entre le médecin du SAU et le médecin régulateur du CRRRA.

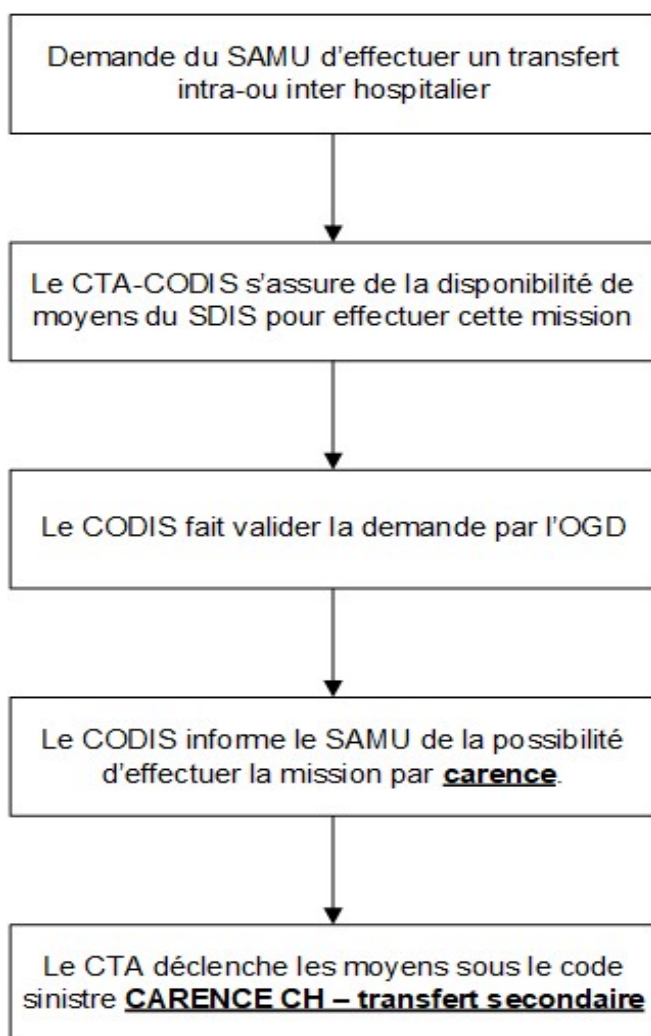
Dans le cas où la victime doit être redirigée vers un autre service d'urgence par le VSAV, après validation par le médecin régulateur, il s'agit alors d'un transport secondaire qui fera l'objet d'une facturation au même titre que la carence de délai.

³⁵ Les hôpitaux locaux ne sont pas considérés comme des centres hospitaliers (pas de médecin sur place en permanence)

II. Procédure opérationnelle

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 ⁽³⁶⁾.



³⁶ cf. convention tripartite 2023

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 18	Prise en charge de personnes à forte corpulence	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

Cette annexe concerne la prise en charge de personnes à très forte corpulence. Les matériels actuellement disponibles dans les VSAV sont dédiés à la prise en compte, le conditionnement et l'évacuation d'une victime dont le poids n'excède pas 120 kg. De plus, les moyens élévateurs aériens, en fonction du modèle, possèdent des limites techniques d'utilisation de leur porte brancard, ne garantissant pas toujours la prise en charge de personnes à forte corpulence.

Ainsi, le SDIS 42 s'est doté de deux VSAV bariatriques.

II. Procédure opérationnelle

Les personnes à forte corpulence doivent faire l'objet d'une prise en charge particulière pour l'évacuation verticale ou horizontale et le transport.

A. Victime nécessitant une évacuation verticale



L'engagement d'un VSAV classique en primo-intervenant précède l'engagement du VSAV bariatrique, complété par le matériel du lot bariatrique ⁽³⁷⁾, combiné avec l'engagement d'une équipe SMPM ⁽³⁸⁾.

Les VSAV bariatriques étant affectés aux CS Roanne et Métare, en cas de déclenchement sur leur secteur de premier appel, le chef d'agrès demandera si besoin un renfort brancardage.

Egalement, les MEA ayant la capacité à supporter un poids de 500 Kg en plateforme pourront être engagés en fonction des circonstances de l'intervention. leur mise en œuvre opérationnelle et la conduite des opérations seront validées par le COS, après avis du chef d'unité SMPM.

B. Victime nécessitant exclusivement une évacuation horizontale



L'engagement d'un VSAV classique en primo-intervenant précède l'engagement du VSAV bariatrique, complété par le matériel du lot bariatrique ⁽¹⁾, engagé avec trois agents dont au moins un qualifié IMP2 si disponible.

Les VSAV bariatriques étant affectés aux CS Roanne et Métare, en cas de déclenchement sur leur secteur de premier appel, le chef d'agrès demandera si besoin un renfort brancardage.

C. Le transport



Sauf urgence particulière et après régulation médicale, le transport des victimes sera assuré par un VSAV bariatrique.

³⁷ L'inventaire se trouve dans le recueil des moyens opérationnels

³⁸ Conformément à l'ODO SMPM.

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 19	Personne majeure victime de violences conjugales	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

En droit français, les violences conjugales sont une catégorie d'infractions pénales. On distingue :

- les violences verbales,
- les violences physiques,
- les violences psychologiques,
- les violences sexuelles.

Les violences conjugales peuvent être punies de sanctions pénales (amendes, emprisonnement).

Ce type de situation est particulièrement délicate. La victime peut être une femme ou plus rarement un homme. Ce type de violence, intime et dégradante, est source d'une souffrance psychique extrême. Les comportements de la victime peuvent parfois être déstabilisants et contradictoires (minimisation des faits, culpabilité...).

A. Consignes opérationnelles

L'abordage et le bilan d'une victime de violences conjugales s'articulent autour de **six principes fondamentaux** :

- Créer un climat d'écoute attentive, de confiance et de sécurité en isolant la victime et en conservant une attitude calme et rassurante, sans gestes brutaux.
- Détecter des signes de violences en posant des questions claires sur d'éventuels actes de violences : « Avez-vous été victime de violences de la part de votre conjoint(e), « que se passe-t-il lorsque votre conjoint(e) n'est pas d'accord avec vous »...
- Affirmer l'interdiction de la violence par la loi et l'informer qu'elle peut déposer plainte.
- Evaluer les risques encourus par la victime et privilégier un transport en centre hospitalier.
- Communiquer au médecin régulateur les éléments concernant l'existence de violences et le contexte familial (enfant). Celui-ci donnera en fonction des éléments la destination de la victime. Arrivée en structure hospitalière, communiquer à l'équipe de soins ces mêmes éléments, dans le cadre de la prise en charge et de la sécurité de la victime.
- Préciser dans le CRSS le contexte de violences conjugales selon les dires de la victime.

B. Préconisation et conseils

L'équipage du VSAV veillera à :

- soutenir la parole de la victime par des gestes et des propos,
- ne pas banaliser ou minimiser les faits,
- écarter tous préjugés ou présupposés sur la situation et sur la victime,
- la déculpabiliser en lui signifiant qu'aucune attitude de sa part ne peut justifier de la violence,
- lui demander son accord avant chaque étape de l'examen en lui précisant que vous serez amenés à la toucher ou à lui demander de se déshabiller pour constater des lésions traumatiques,
- prendre en compte le contexte familial. Les enfants sont souvent des co-victimes de violences conjugales.

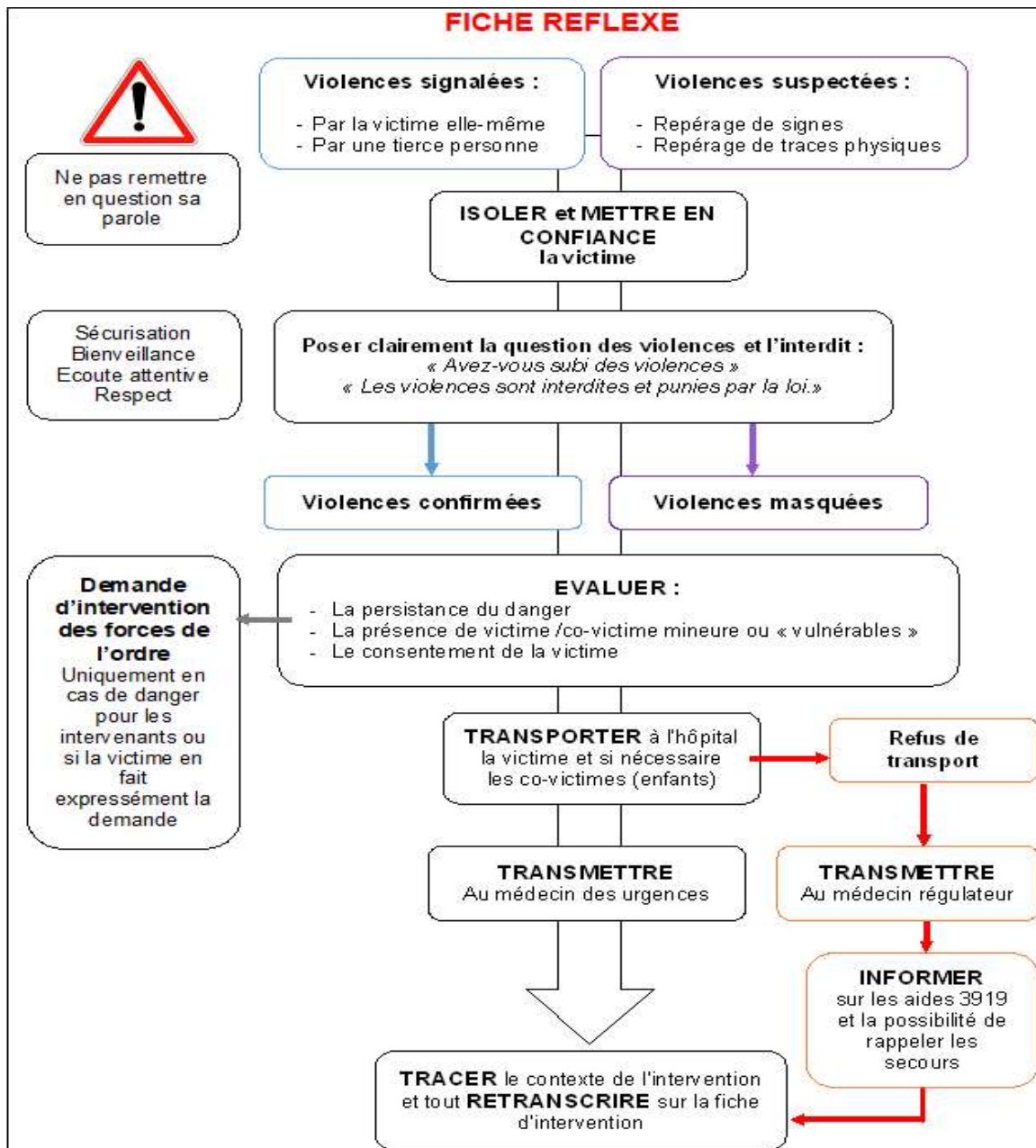


Victime majeure ou émancipée et non vulnérable :

Les personnes majeures non vulnérables ⁽³⁹⁾ ne font pas l'objet d'une dénonciation obligatoire.

La Cellule Départementale de Protection des Personnes (CDPP42) peut toutefois être sollicitée pour avis ou conseil par le CODIS après information du chef d'agrès confronté à une question ou un doute face à une situation préoccupante, tant sur la qualification du danger que sur la conduite à adopter.

II. Procédure opérationnelle



³⁹ Une personne adulte est considérée comme vulnérable si elle n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse.

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 20	Personne victime d'une agression sexuelle	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

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.

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.

II. Procédure opérationnelle

A. Abordage de la victime

Si possible, la personne qui abordera la victime ne sera pas du même sexe que l'agresseur car il est plus difficile pour la victime de communiquer avec une personne du même sexe que celui-ci.

- 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.

B. Bilan de la victime

- 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 majorise 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 (éviter le sac plastique) afin de préserver au mieux les traces d'ADN.
- Eviter de déplacer les objets, avec les mêmes 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.

Lors de la transmission du bilan, le médecin régulateur décidera un transport de la victime au service d'urgences ⁽⁴⁰⁾ ou en service de gynécologie.

⁴⁰ Hôpitaux de référence pour ce type d'agression : CHU Nord et CH Roanne.

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 21	Suspicion de maltraitance sur mineur ou personne vulnérable	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

A. Définition

Une personne adulte est considérée comme vulnérable si elle n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse.

B. Généralités

La notion de maltraitance réunit sous un vocable unique une multitude d'actes ou absence d'actes tels que les insultes, les carences affectives, les coups, les privations de nourriture, les abus sexuels, les humiliations...

Par ailleurs, excepté dans le cas des violences sexuelles, les actes de maltraitance supposent une régularité, une durée dans la violence et vise des comportements nuisibles caractérisés par la vulnérabilité et la dépendance des victimes qui les subissent.

II. Procédure opérationnelle

Traités différemment pour les personnes majeures ou émancipées et non vulnérables ⁽⁴¹⁾, les actes de maltraitance 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.

Le chef d'agrès devra :

- **Transmettre les informations de la suspicion de maltraitance au médecin régulateur** car cela permettra de justifier son transport vers une structure hospitalière quelles que soient ses blessures.
- A l'arrivée au service d'urgence, **faire part de ses doutes 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 maltraitances étant seulement présumées.

Dans le cas où la victime ou la famille **refuse le transport** vers un hôpital :

- 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 »**.
- S'il estime qu'il n'y a pas de risque vital immédiat, mais que la situation semble assez préoccupante pour être signalée, le chef d'agrès informera le CODIS qui, rédigera et transmettra dans les plus brefs délais au bureau des affaires juridiques et des marchés (BAJM) « la fiche confidentielle de recueil d'une information préoccupante » téléchargeable sur « la clé » du CODIS. Le BAJM, après validation du DDSIS ou du DDASIS, la transmettra à la cellule départementale de protection des personnes (CDPP42) pour traitement et évaluation.

⁽⁴¹⁾ cf. Annexe 19

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 22	Les soins psychiatriques	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

A. Admission en soins psychiatriques à la demande de l'intéressé

Dans le cadre d'une admission en soin psychiatrique à la demande de l'intéressé, la personne :

- demande elle-même à être hospitalisée ;
- elle dispose de sa liberté individuelle ;
- elle peut ressortir de l'hôpital quand elle le veut ;
- elle a les mêmes droits que n'importe quel patient hospitalisé pour un autre motif.

B. Admission en soins psychiatriques sous contrainte

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 un trouble grave à l'ordre public.

Si le danger existe, **une hospitalisation sous contrainte** de la victime sera nécessaire.

1. Admission en soins psychiatriques sans consentement à la demande du représentant de l'état (SPDRE) ⁽⁴²⁾

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.

2. Admission en soins psychiatriques sans consentement en cas de péril imminent (SPPI) ou à la demande d'un tiers (SPDT) ⁽⁴³⁾

- En présence d'un tiers : Il s'agit d'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^{ème} pourra être établi lors de l'admission.
- Absence de tiers mais certificat médical présent : Il s'agit SPPI **sans tiers**. Le certificat médical « initial » circonstancié est établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement.
- Absence de tiers et de certificat médical : Il s'agit d'une admission sous contrainte **en cas d'urgence**. Dans ce cadre, la victime présente un risque grave pour son intégrité.

Il pourra être utilisé la contention physique pour assurer la sécurité du patient ⁽⁴⁴⁾ et, dans certains cas, faire appel aux forces de l'ordre.

⁴² Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat - Ex HO

⁴³ Soins à la Demande d'un Tiers - Ex HDT

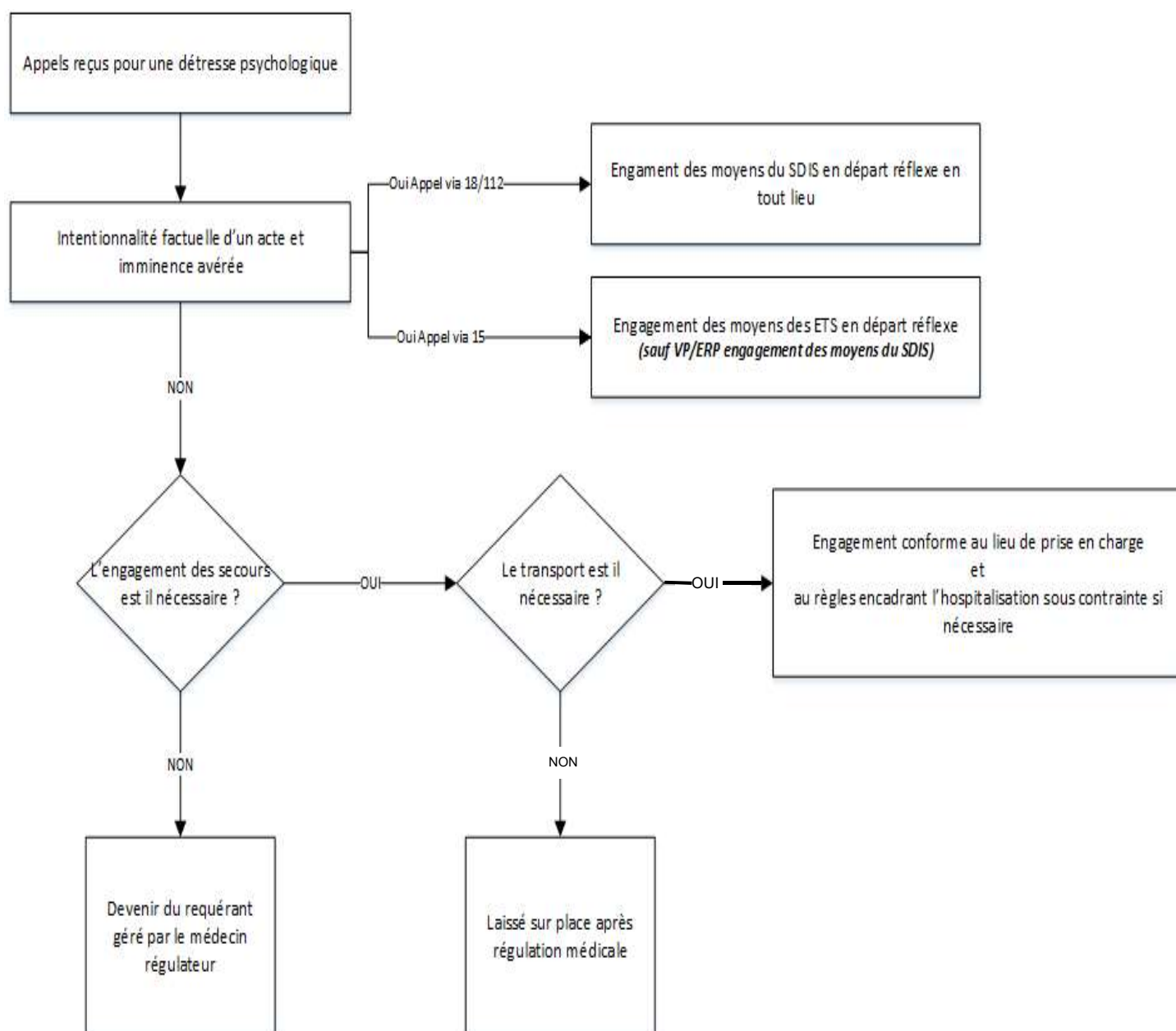
⁴⁴ Cf annexe 23

C. Transport d'une victime en soins psychiatriques sous contrainte

Les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'Etat seront considérées comme des situations de « carence » et traitées comme tel par le CTA/CODIS ⁽⁴⁵⁾.

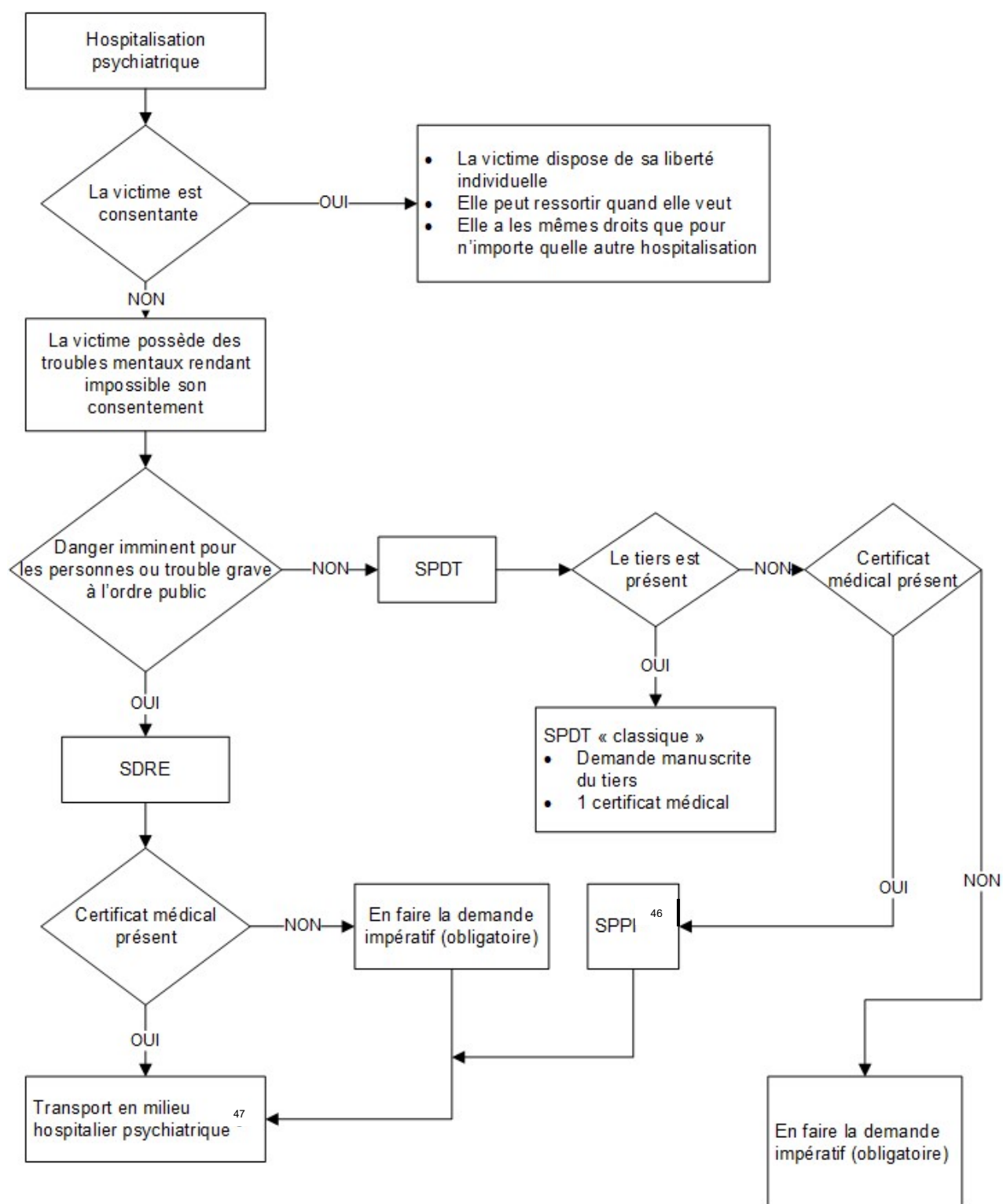
II. Procédure opérationnelle

A. Engagement des secours au niveau du CTA-CODIS



⁴⁵ Cf. annexe 3

B. Sur le terrain



⁴⁶ Soins Psychiatriques en cas de péril imminent

⁴⁷ Code de la santé publique L3213-2 (cette procédure se conclue par un arrêté préfectoral après attestation municipale dans les 24 heures).

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 23	La contention physique	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

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.

N'est pas considéré comme relevant de la contention :

- le maintien bref de la personne afin de la calmer ou de la réconforter ;
- le maintien plus ou moins prolongé lors d'un accompagnement d'un endroit à un autre.

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.

La contention physique est du ressort des forces de l'ordre. Dans l'attente la personne peut être maintenue de façon provisoire pour garantir sa propre sécurité ou celle des autres ⁽⁴⁸⁾.

II. Procédure opérationnelle

Lorsque la contention physique est choisie, cette mesure doit :

- avoir fait l'objet d'une demande de **présence des forces de l'ordre**,
- faire part de la situation le plus rapidement possible au **médecin régulateur**,
- faire l'objet d'une information à la victime, à sa famille ou à ses proches,
- être limitée dans le temps,
- faire l'objet d'une surveillance médicale régulière,
- faire l'objet d'une vérification régulière d'absence d'apparition de blessures suite à la contention,
- être inscrite sur la fiche bilan URGSAP (case compte-rendu : mettre l'heure de mise en place et les moyens mis en œuvre),
- informer le CTA-CODIS de la mise en œuvre d'une contention.

⁴⁸ Cf. GDO SSUAP septembre 2022

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 24	Le refus de prise en charge ou de soins	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

Les victimes majeures, en pleine possession de leurs capacités mentales, peuvent refuser la prise en charge ou l'évacuation proposée par le chef d'agrès. Toute victime, en effet, dispose du droit de refuser une prise en charge et ne peut faire l'objet d'aucun acte de diagnostic, de soins ou d'évacuation sans son consentement.



Rien n'autorise un sapeur-pompier à forcer une personne à le suivre.

Le consentement comme l'absence de consentement impliquent l'obligation d'information en vertu de la notion de « consentement libre et éclairé ».

L'information donnée par le chef d'agrès doit être :

- simple : pas d'explications scientifiques hors de portée du malade ou du blessé ;
- intelligible : les explications doivent être adaptées au niveau intellectuel du malade ou du blessé ;
- explicite : le malade ou le blessé doit disposer d'éléments suffisants pour qu'il soit en mesure de choisir entre les risques et les avantages ;
- loyale : sans dissimulation ni exagération de l'état, ni mensonges.

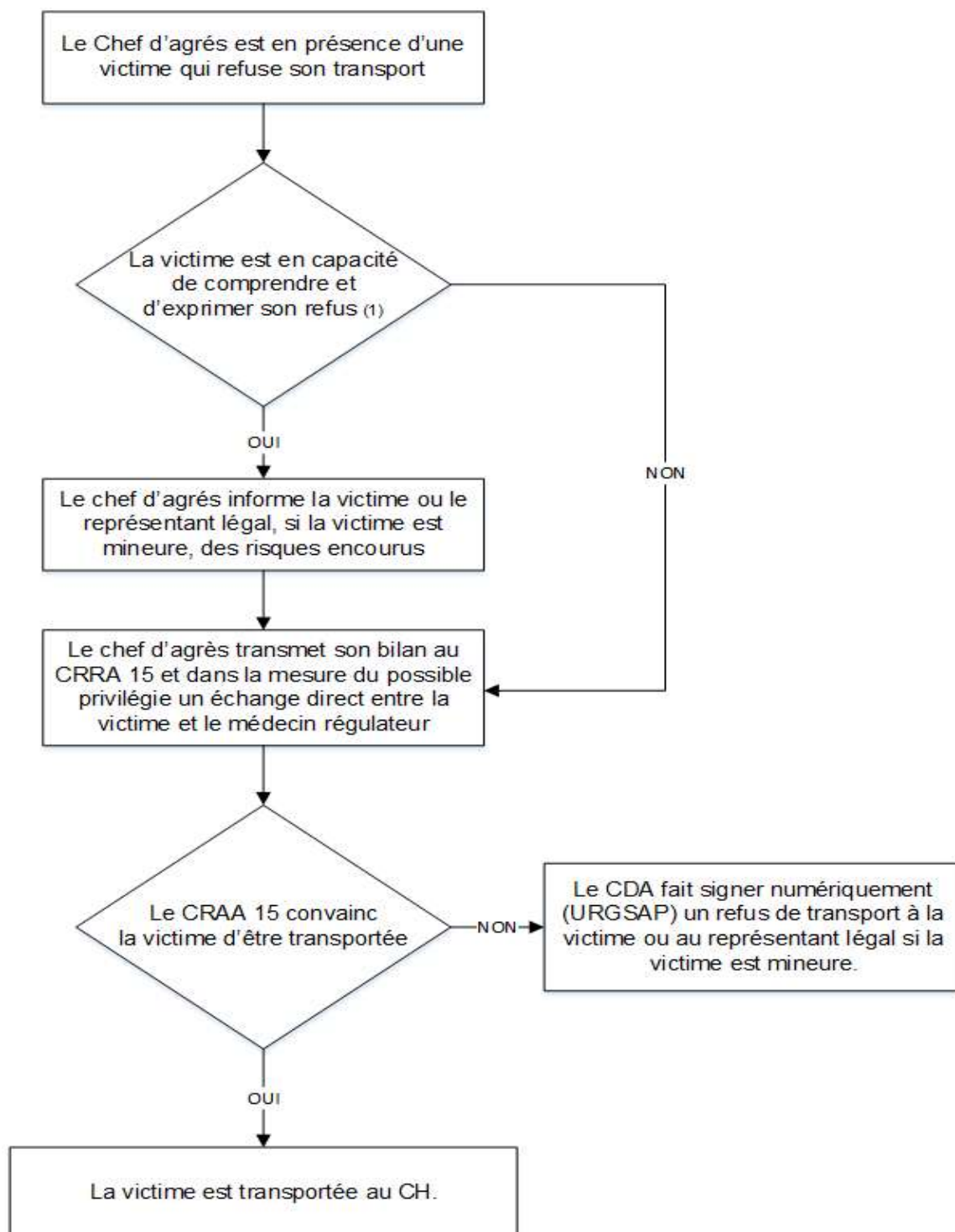
Le chef d'agrès doit transmettre obligatoirement, avant de quitter les lieux de l'opération de secours, un bilan au médecin régulateur précisant que la personne refuse sa prise en charge par les sapeurs-pompiers.

Chaque fois que possible, le médecin régulateur s'entretient, par téléphone (conversation enregistrée), avec la personne ayant manifesté son refus, de manière à apprécier au mieux la situation médicale et à l'informer avec précision des risques liés à sa décision.

Cet entretien, qui doit être facilité par le chef d'agrès (ex : téléphone fixe au domicile, téléphone portable de la victime), peut amener la victime à réviser sa décision et à accepter la prise en charge proposée.

Autant que faire se peut, les sapeurs-pompiers matérialisent ce refus par une décharge de responsabilité signée numériquement sur la tablette URGSA.

II. Procédure opérationnelle



Le **document de refus de prise en charge** est numérisé sur URGSAP. Il doit être clairement et complètement rempli et signé obligatoirement par les 2 parties (avec signature de témoins de préférence).

⁴⁹ Victime alcoolisée, mineur, vulnérable (Cf. annexe 21)

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 25	Personne en état d'ébriété	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

Il existe **10 principaux signes** ⁽⁵⁰⁾ pouvant indiquer qu'une personne devient ivre. Selon la personne, ces signes se manifestent ensemble ou les uns après les autres. Plus l'état d'ivresse est avancé, plus on observera de signes chez cette personne :

- Elocution Volume de la voix inapproprié

On voit souvent des gens ivres élever la voix ou chuchoter sans raison, Leur voix peut passer d'un son grave à un son aigu (ou vice et versa) lorsque rien ne justifie un changement de volume.

- Rythme des paroles

Les personnes ivres alternent parfois entre un débit accéléré et lent, ou encore se mettent à parler plus rapidement ou plus lentement qu'en temps normal.

Discours empâté, mauvaise prononciation : l'alcool détend les muscles, y compris ceux de la bouche, C'est pourquoi une personne en état d'ivresse a de la difficulté à parler de façon claire et distincte. Elle peut même répéter la même erreur ou encore combiner plusieurs mots ensemble.

- Perte de motricité fine

Plus une personne est ivre, moins elle a de contrôle sur sa motricité fine (coordination main-oeil). Cette perte de coordination s'accompagne également d'une mauvaise appréciation des distances.

- Perte de motricité globale

L'alcool affecte également les mouvements qui relèvent de la motricité globale. Les personnes ivres peuvent avoir de la difficulté à se tenir debout ou à marcher en ligne droite. Elles titubent, trébuchent et se heurtent même à d'autres personnes ou à des meubles.

- Vigilance réduite

Les personnes en état d'ébriété prennent plus de temps pour répondre à une question ou pour réagir à une situation. Ils ne sont pas toujours en mesure de comprendre ce que vous dites ou de demeurer attentifs. Comme leurs idées sont facilement embrouillées, vous devez répéter les questions ou les demandes les plus simples avant d'obtenir une réaction.

- Fatigue

L'alcool est un déprimeur. Plus une personne boit, plus elle risque d'avoir l'air fatiguée ou somnolente. Elle peut avoir les paupières lourdes ou les yeux fermés, ou encore vous fixer d'un regard placide ou éteint.

- Transpiration abondante

Une personne soûle peut transpirer davantage que la température, les conditions ou la situation le justifient.

- Yeux rouges

Une personne soûle présente des rougeurs aux yeux.

- Souffle court

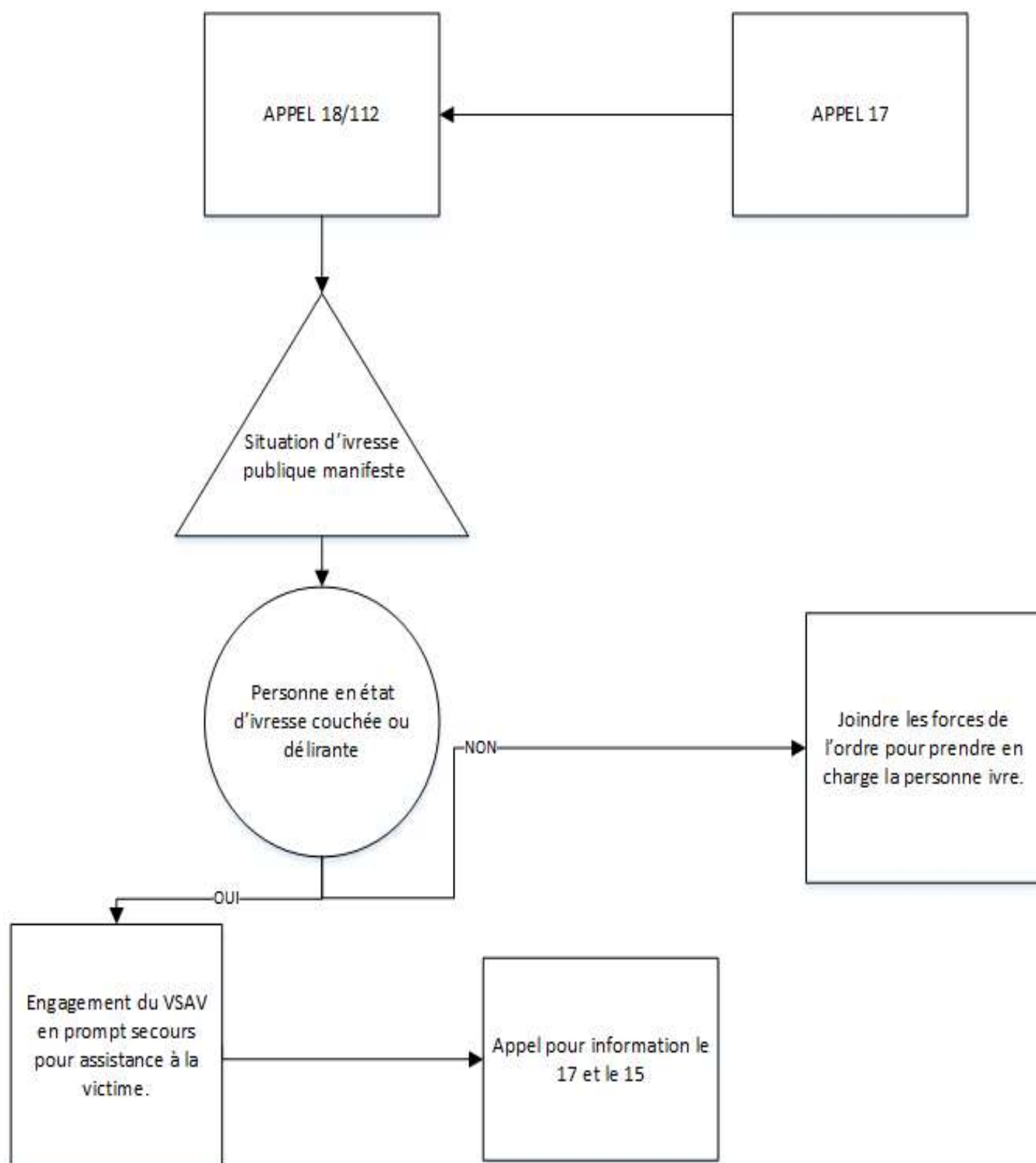
Une personne ivre peut respirer beaucoup plus lentement ou avoir le souffle court: sa respiration est faible et peu d'air est inspiré ou expiré.

Haleine :

La personne peut sentir l'alcool.

⁵⁰ Référence code de la santé

II. La Procédure Opérationnelle



ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 26	Accouchement sous le secret	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

A. Définition

L'accouchement sous le secret ⁽⁵¹⁾ est la possibilité pour une femme d'accoucher sans donner son identité ou avec l'assurance qu'elle ne sera jamais révélée sans son consentement.

B. Objectif

L'objectif d'un accouchement sous le secret est de préserver l'anonymat de la patiente et rompre le lien de filiation entre la mère et l'enfant en :

- respectant les droits et le choix des patientes à accoucher sous le secret,
- garantissant la confidentialité des informations administratives et médicales,
- sécurisant la prise en charge.

II. Procédure opérationnelle

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.

A. La prise en charge de la personne

Aucun renseignement ne doit être divulgué, la confidentialité devant être totalement respectée. Il convient de respecter le choix de la femme, sans porter de jugement.

Le chef d'agrès devra :

- ménager un moment d'intimité pour que la mère puisse parler à son enfant si elle le désire,
- accepter ses demandes, mais ne rien lui imposer,
- passer un bilan au CRRA 15, par téléphone, en décrivant la situation mais sans aucune précision sur l'identité de la femme.

Exemple : « 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 ».

B. L'arrivée au centre hospitalier

- L'entrée sera directe en salle d'accouchement.
- La patiente ne doit pas passer par le bureau des entrées.
- La sage-femme fera l'entrée administrative.

⁵¹ Appelé également Accouchement sous X, accouchement anonyme, accouchement avec abandon.

C. Au retour d'intervention

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 doit :

- **contacter** rapidement le CODIS par téléphone pour faire annuler l'intervention afin de supprimer les données ;
- **recréer** une nouvelle intervention sans identité du requérant (numéro de téléphone, nom ...) en régularisant les horaires ;
- **remettre** le ticket de départ à son chef de centre pour destruction ;
- **renseigner** le CRSS en décrivant la situation tout en respectant la confidentialité sur l'identité de la femme ;
- **réunir** l'ensemble de l'équipe pour rappeler le respect du secret médical (violation = condamnation pénale) ;
- Si existence d'une main courante au sein du centre de secours, **ne pas faire apparaître** cette intervention.

Le chef d'agrès **veillera** à la discrétion au sein du centre et à aucune diffusion à l'extérieur du CS.

D. Les modalités administratives

Les renseignements de la fiche bilan et de toute autre fiche administrative respecteront la trame suivante :

- Nom de famille : X
- Prénom : non renseigné
- Sexe : F
- Date de naissance : non renseignée
- Coordonnées : non renseignées, pas de personne de confiance à mentionner
- 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).

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.

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 27	Intervention en présence d'un hélicoptère médicalisé	Février 2023

L'atterrissage d'hélicoptères se fait sous la responsabilité pleine et entière du pilote.

La présence des sapeurs-pompiers sur l'aire d'atterrissage ne se conçoit que comme une aide facultative à l'atterrissage.

Par ailleurs, les sapeurs-pompiers, lorsqu'ils participent à l'opération de secours en tant qu'acteurs, peuvent être sollicités pour apporter leur concours au transport de l'équipe médicale héliportée.

L'éclairage de stades en période nocturne ne relève pas des missions des sapeurs-pompiers.

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 28	Scène de crime ou de mort violente	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

Les intervenants doivent agir sur une scène de crime sans entraver le déroulement de l'enquête judiciaire avec comme grand principe de préserver les lieux.

Préserver les lieux :

Les sapeurs-pompiers doivent préserver au maximum les lieux et expliquer aux enquêteurs, une fois leur intervention terminée, ce qu'ils ont vu, senti, s'ils ont modifié l'état des lieux, quels sont les éventuels objets qu'ils ont touchés.

II. Procédure opérationnelle

Dans tous les cas de figures, et dans la mesure du possible des photos seront prises avec les tablettes « URGSAF » afin de figer la scène avant que certaines actions la modifient.

A. Cas d'une victime vivante

- les secours priment sur l'aspect judiciaire.
- Il convient néanmoins de préserver les traces et indices de faits délictueux.

B. Cas d'une victime décédée (décès certain)

- L'équipage doit se retirer en évitant toute manipulation superflue, notamment sur le cadavre.

Le chef d'agrès s'assurera de :

- **ne pas déplacer** inutilement les objets et/ou le corps ;
- **emprunter** un seul et même cheminement pour l'ensemble de l'équipage ;
- **éviter** les déplacements dans la pièce ;
- **ne pas couper** les vêtements au point d'entrée d'une arme blanche ou de projectiles, afin de laisser l'orifice intact.

C. Cas de la pendaison

Le chef d'agrès s'assurera de :

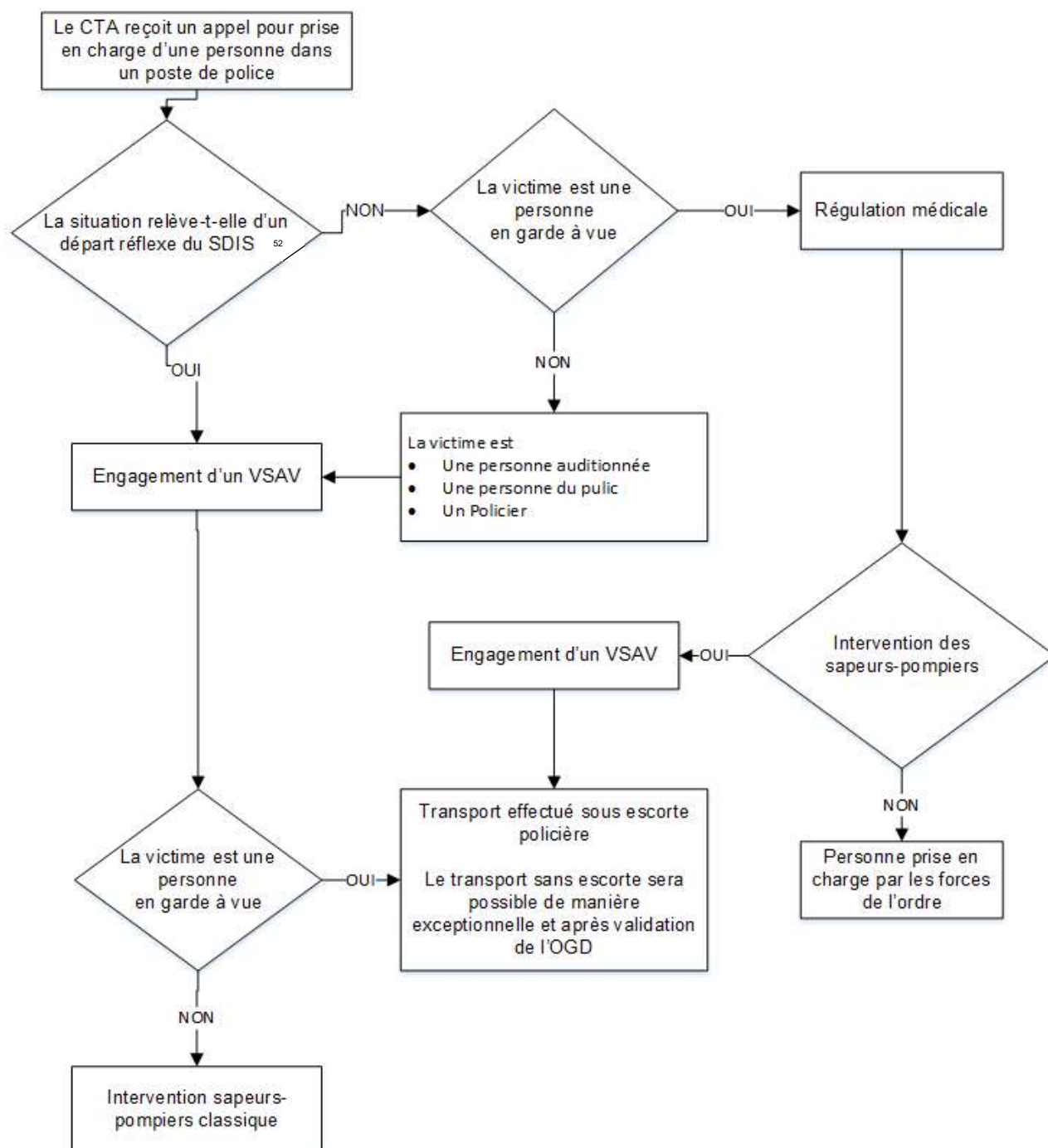
- **ne pas défaire/couper** les nœuds ;
- **couper** les liens loin des nœuds ;
- **laisser** le dispositif de pendaison en place ;
- **d'être vigilant** aux éventuelles lésions traumatiques provoquées par la dé-pendaison du corps

ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 29	Prise en charge d'une personne dans un poste de police	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

Dans le cadre de la prise en charge d'une victime dans un commissariat, il convient de distinguer si la personne fait partie du public, s'il s'agit d'un policier, d'une personne auditionnée ou en garde à vue. En fonction des éléments recueillis à l'appel ou par le COS sur les lieux, la procédure suivra une logique opérationnelle adéquate.

II. Procédure Opérationnelle



⁵² Cf. Annexe 1 de l'ITOP SSUAP

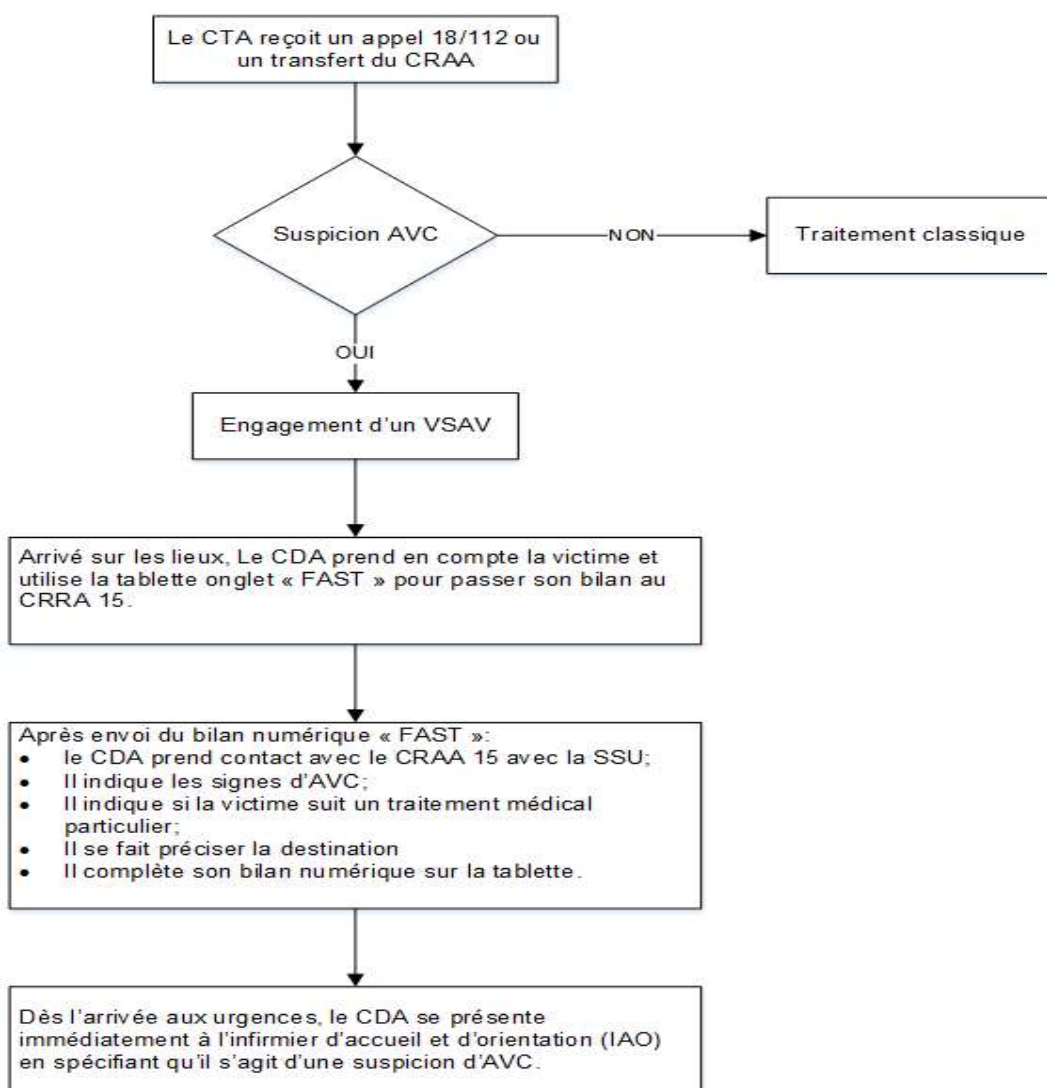
ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 30	Prise en charge d'une personne victime d'un AVC	Février 2023

I. Généralité opérationnelle

La prise en charge des AVC a pour objectif de diminuer la mortalité et la dépendance des victimes d'AVC.

- **Dans 60 % des cas**, une artère cérébrale est obstruée par un caillot et un traitement visant à dissoudre le caillot pourra être appliqué.
- 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)**.
- Le chef d'agrès transmet un bilan simplifié « FAST » à l'aide de la tablette et contacte le CRAA 15 via la SSU pour se faire confirmer rapidement la destination.
- il sera demandé au chef d'agrès VSAV d'évacuer la victime vers le centre hospitalier désigné, même s'il ne s'agit pas de l'hôpital le plus proche.
- 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.

II. Procédure opérationnelle



ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 31	Le risque infectieux	Février 2023

Cette annexe présente les règles d'engagement dans le cadre d'une suspicion de maladie infectieuse. Le chapitre "généralité opérationnelle" informe sur les notions et les principes opérationnels et le chapitre "procédure opérationnelle" définit les conduites à tenir pour faire face à cette problématique.

Il convient impérativement de se référer à l'**ITECH 11** en vigueur pour compléter les éléments de cette annexe.

Cette annexe remplace l'**ITOP 007**.

I. Généralité opérationnelle

A. Accident d'exposition au sang (AES)

Un accident d'exposition au sang (AES) ⁽⁵³⁾ résulte de toute exposition percutanée (piqûre ou coupure) ou de tout contact sur une peau lésée ou des muqueuses (bouche, yeux) avec du sang ou un liquide biologique souillé par du sang.

La conduite à tenir est la suivante :

- **Arrêter** immédiatement le geste en cours et utiliser le kit AES ⁽⁵⁴⁾ à disposition dans chaque VSAV.
- **Se rendre** rapidement dans un service d'urgences (dans les 4h) pour une consultation médicale.
- **Prévenir** le médecin de garde départementale par le biais de l'officier santé CODIS ou du chef de salle opérationnelle en précisant l'identité et les coordonnées téléphoniques de la personne exposée.
- **Préciser** l'identité de la victime « source » ainsi que l'établissement d'hospitalisation.
- **Remplir** la fiche individuelle de renseignements du kit et la retourner rapidement sous pli cacheté au Pôle Santé.
- **Faire** une déclaration d'accident de service dans les 48 h en joignant le certificat initial d'accident de travail délivré par le service d'urgences.

B. Maladies infectieuses

Pour toute intervention SSUAP, dès l'abordage de la victime, les sapeurs-pompiers rechercheront un risque infectieux potentiel et équiperont si besoin la victime d'un masque chirurgical associé à une friction de gel hydro alcoolique et s'équiperont des EPI spécifiques.

C. EPI

Face à une victime de maladie infectieuse suspectée ou avérée, les sapeurs-pompiers devront s'équiper, en plus des précautions standards (gants à usage unique) avec les EPI spécifiques mis à disposition dans les VSAV ⁽⁵⁵⁾ et dans le respect des techniques d'utilisation selon le tableau ci-dessous, reprenant les tenues de protection en fonction des niveaux de risque liés aux agents pathogènes.

⁵³ Cf. référentiel technique SSUAP, CT 08

⁵⁴ L'inventaire se trouve dans le recueil des moyens opérationnels // Cf. référentiel technique SSUAP, FM 13

⁵⁵ Cf. inventaire des VSAV dans le recueil des moyens opérationnels

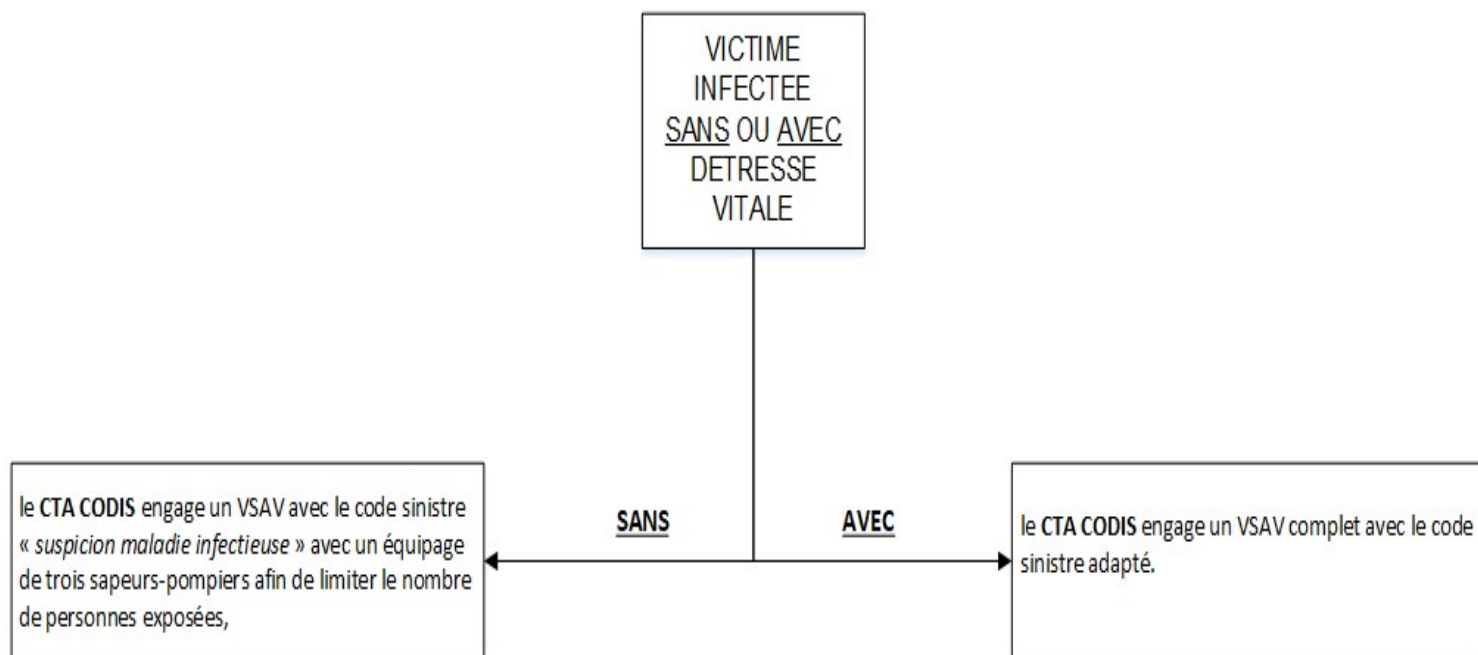
Tableau des risques infectieux						
Niveau de risque	Pas de risque particulier	Risque de transmission par voies respiratoires		Risque de transmission par AES	Risque de transmission par voies cutanées	Risque de transmission par voies respiratoires et cutanée
Contagion / mortalité	/	+	++	+	+	+++
Type pathologies	Aucune	Méningite, Grippe, Rougeole, Tuberculose ...	Coronavirus SRAS ...	Hépatites, HIV	Insalubrités, Gale, Bactéries multi-résistantes ...	Ebola, Variole, Fièvres hémorragiques, ...
EPI des agents						
Tenue	TSI	TSI	combinaison	TSI	combinaison	TLD
Gants	Nitrile	Nitrile	Nitrile	Nitrile	Nitrile	NRBC
Masque	Pas nécessaire sauf si aspiration : masque avec visière	FFP2 du kit risques infectieux	FFP2 du kit risques infectieux	FFP2 du kit risques infectieux	FFP2 du kit risques infectieux	Masque à cartouche A2B2E2K2P3
Protection oculaire	Pas nécessaire	Lunettes du kit risques infectieux	Lunettes du kit risques infectieux	Lunettes du kit risques infectieux	Lunettes du kit risques infectieux	Masque
VSAV dédiées	Toutes	Toutes	Toutes	Toutes	Toutes	La Terrasse et Roanne
Mesures auprès de la victime						
Protections	Aucune	Masque chirurgical Friction des mains au gel hydro alcoolique	Masque chirurgical Friction des mains au gel hydro alcoolique	Masque chirurgical Friction des mains au gel hydro alcoolique	Masque chirurgical Friction des mains au gel hydro alcoolique Emballage de la victime dans un drap à usage unique	Masque chirurgical Friction des mains au gel hydro alcoolique

Ces principes s'appliquent en situation courante.

En cas de crise exceptionnelle ou de pandémie, les autorités de santé peuvent décider de mesures complémentaires entraînant une modification ou l'application d'autres procédures pour le SDIS 42.

II. Procédure opérationnelle

A. Engagement des secours



Dans tous les cas, **la notion de risque infectieux est précisée dans les observations** et apparaît sur le ticket de départ. Cette information peut être complétée par un appel téléphonique au CS concerné par l'opérateur ou l'officier santé CODIS pour préciser les risques et la conduite à tenir.

B. Conduite à tenir pendant l'intervention

Face à une victime présentant des symptômes d'infection (fièvre, toux...) :

- s'équiper des EPI ⁽⁵⁶⁾ adaptés au mode de transmission avant l'abordage de la victime, ou au plus vite dès la suspicion de maladie infectieuse (cf. tableau page 2),
- limiter **le nombre d'intervenants**, la durée d'exposition et **respecter une distance de contact supérieure à 1m**,
- réguler auprès du CRAA en précisant au médecin régulateur la notion de risque infectieux pour qu'il informe le service d'accueil des urgences,
- Durant le transport, ne laisser qu'un **minimum de personnel dans la cellule** auprès de la victime,
- **enrouler la victime dans un drap à usage unique** en cas de maladie transmissible par voie cutanée,
- arrivé au centre hospitalier, informer l'équipe de la structure d'accueil de la suspicion d'un risque infectieux **avant de descendre la victime du VSAV** afin que le service puisse prendre les dispositions nécessaires.

⁵⁶ Cf. référentiel technique SSUAP, FM 31

C. Conduite à tenir au retour d'intervention

- Contacter le CTA/CODIS pour mettre le véhicule « *indisponible* » au départ du centre hospitalier afin d'éviter tout réengagement.
- Mettre en œuvre la désinfection complète du VSAV ⁽⁵⁷⁾.
- Si utilisée, envoi de la couverture bactériostatique au magasin pour un lavage décontaminant. La couverture est emballée dans un sac hydrosoluble et transmise au magasin via la caisse spécifique « Effets souillés » accompagnée de la demande de nettoyage « ISILOG ».
- Eliminer les déchets via la procédure DASRIA ⁽⁵⁸⁾.
- Assurer un lavage décontaminant des tenues TSI dans la machine à laver du centre (cycle à 60 °) et désinfecter les bottes avec un spray désinfectant.
- Appliquer les règles d'hygiène ⁽⁵⁹⁾, (lavage des mains, douche...).
- Contacter le CTA/CODIS pour remettre le véhicule « *disponible* ».
- Prévenir le médecin de garde départementale par le biais de l'Officier Santé CODIS ou du chef de salle opérationnelle en précisant :
 - l'identité et les coordonnées téléphoniques de tous les sapeurs-pompiers exposés,
 - les moyens de protection utilisés,
 - l'identité de la victime « source » ainsi que le service d'hospitalisation.

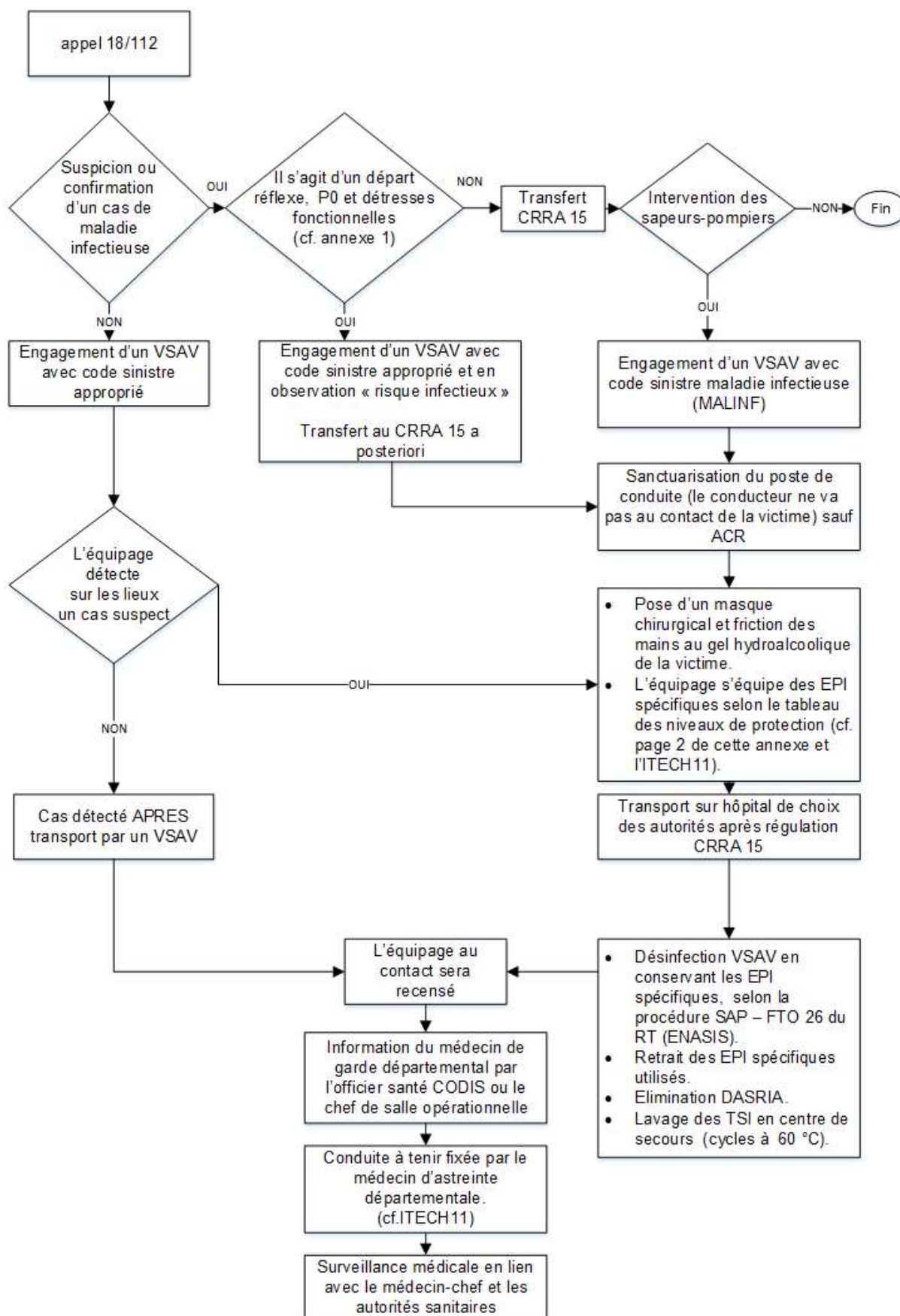
Le médecin contactera l'hôpital pour connaître les résultats bactériologiques et, après évaluation des risques, définira le suivi médical des sapeurs-pompiers exposés.

⁵⁷ Cf. référentiel technique SSUAP - fiche SAP FTO 24-26

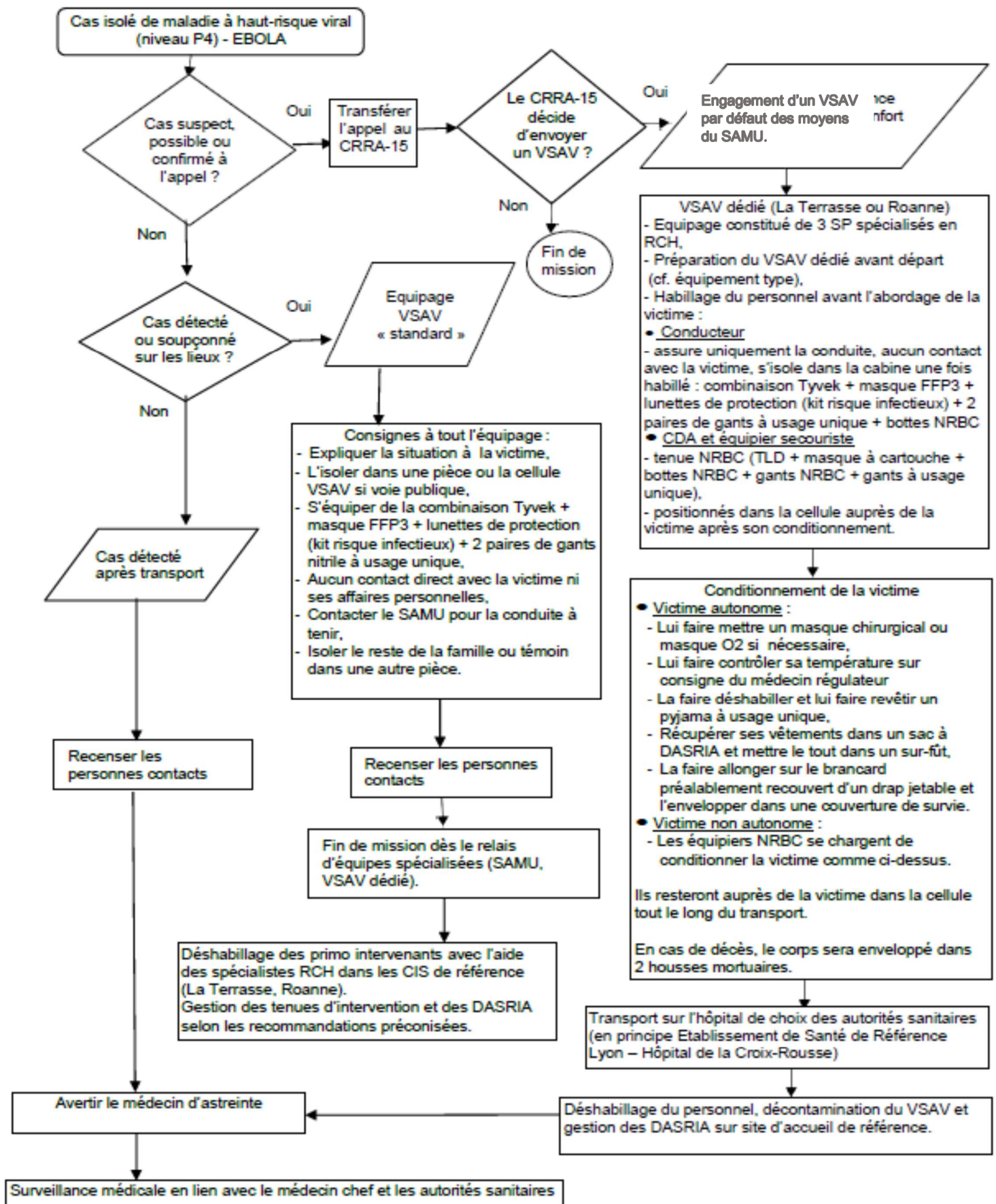
⁵⁸ Cf. référentiel technique SSUAP - fiche SAP FM 36

⁵⁹ Cf. référentiel technique SSUAP, CT 10 – FTO 22

D. Fiche réflexe (sauf cadre suspicion du virus Ebola)



E. Fiche réflexe « EBOLA »



ITOP SSUAP	Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes	Mise à jour :
Annexe 32	Autres opérations à caractères spécifiques	Février 2023

I. Les situations ne nécessitant pas de gestes de secours

Dans certains cas ou en fonction du contexte, les sapeurs-pompiers n'engagent pas de gestes de secours :

- victimes dont la tête est séparée du tronc,
- victimes en état de raideur cadavérique ou de putréfaction,
- en situation exceptionnelle, victime en arrêt cardio respiratoire (ACR) en présence de nombreuses autres victimes nécessitant elles aussi des gestes de survie et en l'absence de suffisamment de moyens de secours,
- refus de la famille qui oppose le droit au non acharnement thérapeutique sur la victime (après régulation médicale impérative),
- danger imminent et impossibilité de soustraire la victime ou de retirer le danger,
- refus de soin par la victime.



Même si la mort est avérée, il faut noter toutefois qu'une présence médicale peut s'avérer nécessaire dès lors qu'il existe une contrainte sociale forte ou que des tiers ont été témoins (suicide par arme à feu, défenestration, accident, mort subite du nourrisson, etc.).

II. L'arrêt des manœuvres de réanimation

En présence d'une victime en arrêt cardio respiratoire, hors situations de mort avérée citées précédemment, les sapeurs-pompiers doivent débiter la réanimation cardio pulmonaire (RCP).

Lorsqu'une situation de «**fin de vie**» à domicile est identifiée par le chef d'agrès, ce dernier recueille auprès de la famille et des proches :

- l'âge de la victime,
- ses antécédents médicaux,
- les circonstances de l'arrêt cardio-respiratoire,
- d'éventuelles directives anticipées.

Ces éléments sont transmis au médecin régulateur en même temps que le résultat des actions entreprises par les sapeurs-pompiers (reprise d'une activité cardiaque, choc électrique externe délivré ou absence de choc.).

En fonction de ces renseignements, le médecin régulateur prendra la décision médicale adaptée à la situation :

- la poursuite de la réanimation avec envoi d'un SMUR ou d'un médecin ;
- l'arrêt de la réanimation.

En cas d'arrêt de la réanimation, le chef d'agrès met en relation téléphonique par l'intermédiaire du CODIS, un membre de la famille de la personne décédée avec le médecin régulateur du CRRA 15, afin que celui-ci puisse faire part directement de sa décision à la famille et puisse en donner les raisons médicales aux proches du défunt.

À l'issue de cet entretien téléphonique entre le médecin régulateur et la famille, le chef d'agrès se fait confirmer l'arrêt de la réanimation par le médecin et veille à assurer une présentation digne de la personne décédée.

Les sapeurs-pompiers doivent faire preuve de leur complète adhésion à la décision prise par le médecin régulateur.

De même, les sapeurs-pompiers s'assurent que lorsque la personne proche du défunt est seule à leur départ qu'elle bénéficiera le plus rapidement possible d'une présence sur place (famille, proches, maire, assistant de vie, etc.).



Les renseignements concernant l'accomplissement des formalités administratives (certificat de décès, état civil, etc.) et funéraires ne sont pas du ressort des sapeurs-pompiers.

III. Les interventions à caractère social ou médico-social

Ce domaine opérationnel ne répond pas à une définition précise et reconnue, tant dans le code de la santé publique que dans le code général des collectivités territoriales.

D'une façon générale, il convient d'entendre par interventions à caractère social ou médico-social (ICMS), les interventions d'assistance à personnes réalisées par les sapeurs-pompiers au contact d'un public dit « fragile » à savoir en situation de précarité, d'exclusion, de dépendance, n'entraînant aucun acte de technique de secours et de soins, en dehors la réalisation du bilan patient-victime.

Cette notion est donc à distinguer des opérations de secours relevant des secours d'urgence (incendie, SSUAP, etc.).

Deux situations peuvent être observées :

- les sapeurs-pompiers se substituent à un tiers, à la famille, voire à un autre service public (service social) ;
- les sapeurs-pompiers prennent le rôle d'un accompagnant (assistanat).

Ces missions « sociales » contribuent cependant à la solidarité dans la société. Elles ne peuvent être constatées qu'une fois sur les lieux.

Il est toutefois nécessaire de prévoir d'activer les dispositifs sociaux existants une fois le problème identifié. **Dans ce cadre le CDA du VSAV doit appeler le CODIS pour faire un signalement et le BOPS se chargera de prévenir les services municipaux compétents.**

IV. Les personnes présentant un handicap

L'abord d'une victime présentant un handicap physique ou mental s'effectue en respectant les grands principes suivants :

- **Prendre** contact d'emblée, comme pour toute autre victime.
- **Sourire et adopter** une attitude détendue.
- **Ne pas présumer** du type de handicap de la victime (certains handicaps sont invisibles).
- **Ne pas dévisager** la victime.
- **S'adresser** directement à elle et non à la personne qui l'accompagne.
- **Parler** simplement.
- **Ne pas venir** automatiquement en aide à la victime (lui demander comment l'aider).
- **Faire préciser** le handicap et en quoi il peut gêner l'action des secours.
- **Demander de répéter**, si besoin, voire proposer à la victime une autre méthode de communication (par exemple un stylo et du papier).
- **Ne pas toucher** aux animaux d'assistance.
- **Demander** la permission avant de toucher une victime, son fauteuil roulant ou tout autre appareil, sauf en cas d'urgence.
- **Eviter** les situations d'incertitude car elles sont source de stress.



Les personnes « majeurs protégées » (sous tutelle, curatelle) ne peuvent refuser leur évacuation si le médecin régulateur l'estime nécessaire. Il convient cependant de rechercher le plus possible leur consentement en apportant des informations prenant en compte leur handicap.

V. Les personnes présentant des troubles du comportement

Une opération de secours auprès d'une personne présentant des troubles du comportement ou des idées suicidaires requiert une attention et des précautions spécifiques :

- **S'assurer** qu'un seul interlocuteur (non isolé) est en contact avec la victime.
- Repérer et écarter les dangers.
- **Se tenir** à distance suffisante pour ne pas pouvoir être saisi.
- **Conserver** un chemin de retrait.
- **Respecter** « la bulle » individuelle du sujet (au moins un mètre) ⁽⁶⁰⁾.
- **Ne pas prolonger ou soutenir** le regard de la personne, ni la contredire.
- **Remarquer** la conduite souvent aggravante de l'entourage et en isoler le patient.
- **Maintenir**, à l'inverse, les présences apaisantes.
- **Dire** ce que l'on fait et faire ce que l'on dit.
- **Adopter** une conduite vigilante non oppressante.
- **Créer** un dialogue bienveillant avec la victime.
- **Etablir** un lien de confiance avec le sujet par une attitude apaisante, calme, voix posée.
- **Suivre** le rythme de la personne (et non celui des sauveteurs).
- **Poser** des questions ouvertes et éviter les « pourquoi ».
- **Amener** la personne à venir vers les secours plutôt que de se précipiter vers elle.

⁽⁶⁰⁾ Approcher une personne suicidaire sans son autorisation, notamment lorsqu'elle menace de se défenestrer, sauter d'une hauteur ou qu'elle est en possession d'un moyen létal, risque de précipiter le passage à l'acte suicidaire ou un acte agressif envers les sauveteurs.

Des signes de dangerosité peuvent être repérés comme :

- une agitation menaçante, menaçant verbalement mais calme, mutisme, mutisme et tension musculaire avec un regard perçant,
- un refus de contact, déambulation incessante d'un sujet tendu, réactions de sursaut aux sollicitations externes, attitude d'écoute au cours d'un comportement hallucinatoire,
- des cicatrices, contusions ou hématomes, antécédents de violence,
- une ébriété, de la toxicomanie.

La contention physique est du ressort des forces de l'ordre. Dans l'attente la personne peut être maintenue de manière **provisoire** pour garantir sa propre sécurité ou celle des autres.

Si des moyens sont sollicités en renfort, le chef d'agrès peut demander au CTA-CODIS de leur indiquer de couper les avertisseurs lumineux et le deux tons à l'approche des lieux pour ne pas effrayer ou provoquer la victime.

VI. Les personnes ne répondant pas aux appels

La situation n'est pas toujours claire. Les sapeurs-pompiers ont peu de moyens de vérifier la réalité d'une détresse, la personne se trouvant parfois seule, sans voisin ni requérant pour apprécier l'ensemble de la situation.

Le chef d'agrès **doit recueillir néanmoins un maximum d'informations** sur la situation lors de sa reconnaissance pour prendre sa décision.

L'état de nécessité va légitimer l'action des sapeurs-pompiers.

Les équipages doivent respecter les grands principes suivants :

- **Confirmer** le logement à reconnaître et le motif de l'appel (déclenchement téléalarme, absence de nouvelle, message inquiétant, odeur suspecte, etc.).
- **Ne pas sonner, ni faire appeler** par téléphone, ne pas rester devant la porte.
- **Recueillir** des éléments sur la victime potentielle (antécédents médicaux, présence d'armes...).
- **Solliciter** les forces de sécurité publique.
- **Accéder** au logement en privilégiant une fenêtre plutôt que la porte d'entrée, une cuisine plutôt qu'une chambre.
- **S'annoncer** à chaque étape.
- **Mener** une reconnaissance approfondie : toutes les pièces et les espaces de rangement, le garage, le sous-sol, l'abri de jardin, la voiture.

VII. Les noyades

Lorsque que les sapeurs-pompiers interviennent pour une noyade, il est nécessaire pour le premier COS d'avoir à l'esprit les éléments suivants :

- les missions des sapeurs-pompiers sont toujours caractérisées par l'urgence dans le cadre de la sauvegarde des personnes, des animaux et des biens ou de la protection de l'environnement ;
- la notion de **prompt secours reste valable pour une personne noyée, immergée pendant une durée d'une heure et pouvant aller jusqu'à 2 heures (cette durée peut être adaptée sur avis médical) dans une eau très froide ;**
- la prise de renseignement auprès des éventuels témoins doit être recherchée. Toutes les actions réalisées dans le cadre du prompt secours seront de nature à accélérer la recherche et à réduire le temps d'attente dans l'eau de la ou des victime(s).

VIII. Les soins et le respect des convictions religieuses

La laïcité garantit la liberté de conscience. De celle-ci découle la liberté de manifester ses croyances ou convictions dans les limites du respect de l'ordre public. La laïcité implique la neutralité de l'Etat et impose l'égalité de tous devant la loi sans distinction de religion ou conviction.

Dans ce cadre, le sapeur-pompier doit rester neutre et s'adapter, si les circonstances le permettent, aux souhaits de la personne prise en charge. Cependant, l'expression de ses convictions ne doit jamais porter atteinte à la dispensation des soins, aux règles d'hygiène, à la sécurité des lieux et des personnes, au déroulement de l'opération de secours ni à la qualité des soins.

Le droit de choisir son praticien ne s'applique pas en situation d'urgence. Si malgré tout, une victime refuse sa prise en charge, nul ne peut la contraindre physiquement. **Elle devra signer un formulaire de refus de soins.** Le chef d'agrès pourra lui recommander d'aller voir un professionnel de santé de son choix.



La croyance religieuse des parents ne peut être le motif d'un refus de soins sur leurs enfants mineurs. En cas de danger pour l'enfant il s'agit de non-assistance à personne en danger.