

# CONDUITE DES OPERATIONS SSUAP PAR LES CHEFS D'AGRES

## I Introduction

La présente FAC est issue de la note opérationnelle permanente NOP-A-SUAP-003 et précise les dispositions de l'instruction opérationnelle sur la doctrine d'emploi des moyens du SDIS de l'Allier en matière de Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes (SSUAP) pour :

- Le rôle du COS
- L'articulation du COS avec le CRRA 15
- Les intervenants médicaux et infirmiers
- Les bilans médico-secouristes
- Les messages opérationnels à destination du CTA CODIS
- Les informations et la communication sur les lieux
- Les situations opérationnelles spécifiques



*Cf. Note opérationnelle  
NOP-A-SUAP-003 contenue  
dans le classeur de la  
documentation  
opérationnelle du SDIS.*

## II

## LE RÔLE DU COMMANDEMENT DES OPERATIONS DE SECOURS



Le commandant des opérations de secours est chargé de la mise en œuvre de tous les moyens publics et privés mobilisés. Il a autorité sur tous les services mobilisés pour l'accomplissement des opérations de secours. Il exerce des fonctions hiérarchiques sur l'ensemble des sapeurs-pompiers placés sous son commandement tout en respectant les prérogatives d'exercice professionnel spécifiques des médecins et infirmiers présents.

Il 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 s'imposant à tous les intervenants.



Il rend compte dans les meilleurs délais à la chaîne de commandement par l'intermédiaire du Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (CODIS) par des messages simplifiés (utilisations des statuts) ou des messages structurés (phonie) respectant les principes de Gestion Opérationnelle et Commandement (GOC) de son niveau hiérarchique.

Le COS pour mission **SSUAP** est assuré par :

- un chef d'agrès une équipe (VSAV ou VPI) en cas d'agrès unique présent sur les lieux ;
- un chef d'agrès une équipe (VSAV ou VPI) en cas de présence simultanée d'un agrès SDS ;
- le chef d'agrès le plus âgé dans le grade le plus élevé en cas de présence de plusieurs agrès présents sur les lieux ;
- un chef de groupe.

III

### L'ARTICULATION DU CHEF D'AGRES AVEC LE CRRA 15

Le chef d'agrès du VSAV, ou à défaut le chef de l'équipe secouriste sans vecteur de transport rend compte dans les meilleurs délais au CRRA 15 afin de permettre au médecin régulateur de :

- **Evaluer 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...).



En cas de désaccord entre le chef d'agrès et le médecin régulateur, le chef de salle du CODIS doit être systématiquement sollicité. En fonction des règles en vigueur, ce dernier pourra solliciter pour avis et/ou contact avec le médecin régulateur :

- L'officier CODIS d'astreinte



- Le cadre santé de permanence SDS
- Le médecin de permanence SDS

Le chef d'agrès doit pouvoir être joignable à tout moment par le médecin régulateur du SAMU sur la fréquence SSU (237) pour des impératifs opérationnels (renfort SMUR, changement ou précision de destination...) qu'il veillera dès son arrivée sur les lieux jusqu'à son arrivée au centre hospitalier.

## IV LES INTERVENANTS MEDICAUX ET INFIRMIERS



1

### Rôle du COS et prérogatives des professionnels de santé

Lors d'une opération de secours, les professionnels de santé sont placés sous l'autorité du COS, pour ce qui relève de la conduite des opérations et de toute action ne relevant pas d'un acte médical ou infirmier. En revanche, pour tous les actes relevant de leur art ainsi que les instructions données aux équipes secouristes pour la prise en charge médicale des victimes, ils agissent en toute indépendance et sous leur propre responsabilité.

Une coordination étroite doit être réalisée entre le COS et les professionnels de santé présents afin d'apporter la meilleure articulation des différents acteurs et maillons de la chaîne des secours et ce, dans l'intérêt de la victime. Cette collaboration est particulièrement attendue sur les contraintes de désincarcération, les techniques d'immobilisation, de relevage et de brancardage notamment.

2

### Intégration des équipes SMUR et des officiers de santé de la SDS

Les équipes SMUR et les officiers de santé de la SDS doivent être accueillis par le chef d'agrès en charge de la (les) victime(s) qui leur



transmet l'ensemble des éléments des bilans circonstanciels, vitaux et lésionnels. Le COS veille à coordonner l'action (para)médicale des équipages SMUR et des officiers de santé de la SDS avec la marche générale des opérations SSUAP. Il intègre les éléments (catégorisation, évolution potentielle de la classification, destination prévisible...) transmis par les médecins SMUR ou les officiers de santé dans les messages adressés au CODIS afin d'anticiper les actions ultérieures.

Il s'assure de disposer de l'ensemble des informations à caractère opérationnel pour coordonner l'intervention notamment lors des liaisons fonctionnelles entre les médecins SMUR, les officiers de santé et le CRRA 15.

### 3 Médecin de ville

En présence d'un médecin généraliste sur les lieux, le COS doit être en mesure de l'impliquer dans la prise en charge de la victime notamment dans le cas du bilan à transmettre au médecin régulateur si le contact avec ce dernier ne s'est pas établi préalablement à l'engagement des moyens sapeurs-pompiers. En cas de présence au domicile d'une lettre rédigée par un médecin généraliste à l'attention du service d'accueil des urgences et en son absence, le chef d'agrès ne doit l'ouvrir que sur décision du médecin régulateur afin de disposer de données indispensables à la compréhension de la situation médicale de la victime.

## V

## LES BILANS MEDICO-SECOURISTES

### 1 Bilan secouriste

Le bilan secouriste constitue l'étape clé d'une opération SSUAP. Il permet de déterminer un éventuel renfort médical mais surtout de déterminer la prise en charge secouriste adaptée. La plus grande rigueur doit être portée à la réalisation du bilan par le chef d'agrès ou par les équipiers à qui il peut confier cette tâche tout en la contrôlant.

Le contenu du bilan doit être conforme aux référentiels en vigueur, aux directives SSUAP et doctrines éditées par la SDS.

Le bilan secouriste comprend l'appréciation des éléments suivants :

- Le motif de recours, les plaintes de la victime et les circonstances de l'intervention ;
- les éléments physiologiques recueillis par les secouristes;
- La description et l'évaluation de l'intensité de la douleur;
- Les lésions traumatiques éventuellement retrouvées ;



*Il faut utiliser le n° 04.70.20.21.26 ou le n° 04.70.35.81.10 en lieu et place du n°18 pour faciliter la priorisation des appels à décrocher par les opérateurs du CTA-CODIS.*



- Le cas échéant, les antécédents et le traitement en cours;
- Les gestes entrepris.

Il doit être complété par toute information pouvant aider le médecin régulateur dans son évaluation de la situation.



En cas de bilan dématérialisé transmis au CRRA 15 le chef d'agrès simplifiera les échanges téléphoniques ou radiophoniques avec le CRRA 15. Il veillera les éventuelles réponses par fenêtre « pop up » adressées directement sur la tablette par le CRRA 15.

Le chef d'agrès peut utiliser le support de recueil du bilan (tablette ou fiche papier) pour structurer les questions et les signes cliniques qu'il recherche ou bien également pour faciliter leur transmission au CRRA 15.



Le bilan est à transmettre au CRRA 15, soit par voie dématérialisée, soit par retranscription radiophonique (canal SSU - TKG - 237) ou soit téléphonique sur la ligne dédiée au 04.70.20.21.26. En dernier recours, le CRRA 15 peut être joint via le CTA en composant le 04.70.35.81.37.

En cas d'arrivée conjointe du VLI et du VSAV, un échange entre le C/A VSAV et l'ISP déterminera celui des deux qui transmettra le bilan en fonction de la complexité de la situation, de la nécessité de discuter avec le médecin régulateur pour des précisions cliniques ou des prescriptions ou encore de la disponibilité de l'un ou de l'autre pour le faire.

L'engagement d'un infirmier de la SDS sur une intervention ne doit pas avoir pour effet de retarder le bilan secouriste à transmettre au CRRA 15. Le bilan infirmier sera transmis ultérieurement.

**Le bilan secouriste doit être transmis au CRRA 15 avant toute évacuation** même en cas de non réponse prolongée du CRRA 15 sur la SSU ou par téléphone.

## 2 Demande de renfort médical SMUR

La demande de renfort médical SMUR doit transiter prioritairement par radio au SAMU (indicatif « SAMU 03 ») sur le TKG - 237 (SSU). En l'absence de réponse, le chef d'agrès contacte le SAMU par téléphone au moyen de la ligne dédiée ou le CODIS par radio sur la conférence 236 (OPE).

Dans tous les cas, le chef d'agrès veillera la conférence 237 (SSU) pour être joignable simultanément par le SAMU et par le CODIS dès sa présentation sur les lieux et ce jusqu'à la structure d'accueil de la victime.



### 3 Demande de renfort de personnels de la SDS

Une demande de moyen SDS peut être effectuée au CTA-CODIS. Celui-ci engage, selon disponibilité, les moyens demandés par le COS qui reste le seul responsable de l'engagement des moyens publics et privés sur l'intervention. En cas de vecteur disponible jugé éloigné de l'intervention par le CTA-CODIS (présentation sur les lieux estimée supérieure à 30 min), le COS est informé en retour de la disponibilité et de la provenance du vecteur proposé par le SGO pour qu'il dispose des éléments afin de maintenir ou annuler sa demande.

L'engagement d'un moyen SDS n'est pas conditionné à l'autorisation préalable du SAMU. Cependant, le chef d'agrès et le CTA/CODIS informeront dès que possible le CRRA 15 de l'engagement d'un moyen SDS. En effet, l'engagement d'un infirmier sur une intervention ne doit pas avoir pour effet de retarder le bilan secouriste effectué auprès du CRRA 15.

### 4 Examen clinique infirmier et médical

Les examens cliniques infirmiers et médicaux relèvent de l'exercice professionnel de ces agents. Néanmoins, le chef d'agrès peut mettre à disposition des officiers de santé un ou plusieurs équipiers pour les aider à la réalisation des examens cliniques (manipulation, déshabillage, aide diverse...). Les officiers de santé rédigent à l'issue une synthèse sur une fiche d'observations médicales distincte de la fiche bilan secouriste du corps départemental sur support numérique ou sur papier.

## VI

## LES MESSAGES OPERATIONNELS A DESTINATION DU CTA-CODIS

### 1 Message d'ambiance

Après avoir effectué une reconnaissance et ordonné les premières mesures à ses équipiers, le COS effectue, si besoin, un message d'ambiance au CODIS par radio sur la conférence 236 (OPE).

La demande de renfort précisera les motifs, le nombre et le type de vecteurs demandés ainsi que les points importants (consignes de sécurité à l'approche, itinéraire conseillé...) à porter à la connaissance des agrès en transit. Il s'efforcera de donner une première catégorisation des victimes concernées.

Les statuts de demande de renfort (SMUR, Police...) ne doivent pas être utilisés en dehors d'une occupation prolongée de la radio car les



services extérieurs souhaitent connaître systématiquement le motif de leur sollicitation pour adapter leur réponse.

## 2 Message de renseignements

### ▪ Interventions **SSUAP** courantes

En cas d'intervention **SSUAP** courante (absence de renfort demandé, gravité relative de la victime...), le chef d'agrès ne transmettra pas de message de renseignement par radio mais utilisera les statuts adaptés notamment si les informations qu'il souhaite transmettre correspondent à celles mentionnées déjà sur le ticket de départ. En dehors de situations particulières, la prise en charge d'une UA impose l'utilisation de la phonie et la prise en charge d'une UR non médicalisée, celle des statuts.

### ▪ Interventions **SSUAP** spécifiques

Lorsque l'intervention réalisée présente des caractéristiques particulières, le COS doit adresser un message de renseignement au CODIS par radio sur la conférence 236 (OPE).

Les caractéristiques particulières peuvent être par exemple :

- Un décès (soumis à obstacle médico-légal ou non), consécutif à une mort violente ;
- Une intervention au profit de personnalités (autorités publiques ou politiques, VIP...);
- Une intervention de longue durée (médicalisation ou désincarcération longue...);
- Une intervention pour soins psychiatriques nécessitant le recours à la force publique ou à la sédation chimique ;
- Une intervention avec conduite de VML par un sapeur-pompier dans le cadre de l'appui logistique au SMUR ;
- Une intervention pour mineur sans personne investie de l'autorité parentale présente ;
- Une intervention ayant nécessité une demande de renfort ;
- Une intervention avec sapeur-pompier blessé ou tout autre agent de service public en service ;
- Une intervention avec blessure grave par arme ;
- Toute autre intervention particulière à l'appréciation du chef d'agrès.

En cas d'agrès multiples, seul le COS transmettra les messages de renseignement **comportant le nombre et la catégorisation de l'état des victimes**. Les différents agrès utiliseront alors les statuts (transport hôpital, disponibilité...).



*En cas d'agrès multiples, seul le COS transmettra les messages radio de renseignement. Les différents agrès utiliseront alors les statuts (transport hôpital, disponibilité...).*





### 3 Autorisations spécifiques

Au cours des opérations **SSUAP**, les actions suivantes nécessitent une validation préalable par le CODIS:

- Transport hors secteur habituel (sauf appui logistique SMUR).

Le transport **d'une victime** vers une destination plus éloignée que le service d'accueil des urgences du secteur doit requérir l'autorisation préalable du CODIS si la victime n'est pas médicalisée.

- Transport longue distance en dehors du département même médicalisé.

La médicalisation d'une victime ne justifie pas à elle seule l'acceptation d'un transport longue distance en dehors du département. Le chef d'agrès du VSAV demandera l'autorisation préalable du chef de salle CTA/CODIS qui, au besoin, contactera le médecin régulateur pour obtenir les éléments d'appréciation. Il devra prendre en compte les impératifs de couverture opérationnelle et dans le cas d'un refus, envisager avec la régulation médicale, éventuellement une jonction avec une Ambulance de Réanimation (AR) ou une ambulance privée.

VII

## L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION SUR LES LIEUX

### 1 Le secret médical et le secret professionnel

Le secret professionnel et médical entoure la prise en charge des victimes par les sapeurs-pompiers. La révélation à un tiers des informations médicales personnelles mais également sociales et privées obtenues sur les lieux d'une intervention par les sapeurs-pompiers est punie par des dispositions du code pénal.



Les informations médicales recueillies peuvent néanmoins être partagées dans le cadre de la prise en charge de la victime (médecin ou infirmier sur les lieux, CRRA 15, service des urgences). Le secret est dit partagé dans ce cas de figure puisqu'il concourt à la réussite de l'opération par l'ensemble des maillons de la chaîne des secours dans l'intérêt de la victime.

L'enregistrement de vidéo ou la prise de photos sauvages par les sapeurs-pompiers intervenants est formellement interdite en dehors de la présence des cellules communication du SDIS sollicitées à la demande du COS.

Le secret médical ne s'oppose pas à la victime elle-même qui doit bénéficier d'une communication sincère, honnête, sans mensonge ni dissimulation des informations recueillies pour qu'elle puisse librement consentir ou non aux gestes de premiers secours et aux procédures que les sapeurs-pompiers désirent lui faire bénéficier.

Autant que faire se peut, le COS veillera à faire respecter le caractère secret d'une opération **SSUAP** qui comprend également le respect de la pudeur et l'isolement de la vue du public. Il veillera à une relative discrétion dans la transmission verbale ou par radio des différentes informations à caractère opérationnel.



*La prise de photos ou l'enregistrement vidéo et leur diffusion sur les réseaux sociaux est une violation du secret professionnel vis-à-vis des victimes.*



## 2 L'information ou le recours aux forces de l'ordre

### A \_ Concernant les victimes

Le respect de la vie privée et le caractère secret des situations médicales notamment à domicile s'applique également à l'information des forces de l'ordre. Néanmoins, les forces de l'ordre doivent être demandées **ou à défaut informées** par le COS lors des opérations **SSUAP** suivantes :

- sur la voie publique,
- concernant un mineur sans présence de personne majeure identifiée à l'appel,
- pour personne blessée suite à rixe, agression ou **gravement** dans le cadre d'un accident du travail,



- avec personne agitée, agressive ou menaçante pour elle-même ou pour les autres,
- avec découverte de personne décédée ou inconsciente sans cause médicale identifiée à l'appel.
- pour personne ne répondant pas aux appels.
- pour toute intervention liée à un trouble à l'ordre public (ivresse manifeste sur la voie publique...);
- pour toute intervention avec découverte d'armes à feu, d'explosifs ou d'éléments particuliers permettant de caractériser une menace terroriste.

### B\_Concernant les intervenants

Sur tout type d'interventions SSUAP, en cas de menaces et agression verbale ou physique envers les sapeurs-pompiers, le chef d'agrès doit demander les forces de l'ordre sur les lieux de l'intervention. Dans l'attente, il lui appartient de mettre en retrait, après analyse de la situation, son équipage et son véhicule.

Lors d'un transport d'une victime agitée ou agressive, le chef d'agrès, dans le souci constant de la préservation de son équipage et du matériel, peut solliciter les FDO afin de les accompagner dans la cellule (présence obligatoire dès lors que la victime est menottée).

### 3 L'information ou le recours à l'autorité municipale

En qualité de directeur des opérations de secours (DOS), le maire doit être informé de toute opération de secours **et soins** d'urgence aux personnes pouvant avoir une conséquence sanitaire collective (intoxication collective, maladie infectieuse...) ou psychologique (décès brutal, mort d'un enfant...) sur la population ou pouvant présenter un impact médiatique particulier.

Le COS veillera à ce que l'autorité municipale soit informée par l'intermédiaire du CODIS. L'information de l'autorité municipale ne dispense pas le COS de son obligation de respect du secret médical qu'il conserve à l'égard de la victime vis-à-vis de l'autorité municipale.

### 4 L'information ou le recours à d'autres services publics

En fonction des caractéristiques de l'intervention, le COS peut solliciter le concours de services publics. Il en fait la demande au CODIS en précisant le motif.

VIII

## LES SITUATIONS OPERATIONNELLES SPECIFIQUES



## 1 Tentatives de suicide

Les interventions pour tentative de suicide revêtent un caractère particulier car elles présentent un risque pour les sapeurs-pompiers engagés notamment par le caractère imprévisible des réactions liées à la détresse psychologique des victimes ou bien le mode suicidaire utilisé (gaz, arme à feu...). Le COS veillera à procéder aux reconnaissances, demandes de renfort éventuel (force de l'ordre, agrès incendie...) pour préserver en premier la sécurité de ses agents de la victime et des tiers.

La prise en charge peut conduire à des soins psychiatriques sans le consentement de la victime si celle-ci refuse son évacuation vers un centre hospitalier.

## 2 Personne retranchée ou menaçante

En cas de personne « retranchée et menaçante », peu importe le contexte (forcené, psychiatrie, tentative de suicide...) le COS attendra les forces de l'ordre sans exposer les sapeurs-pompiers et les autres services présents. Il veillera à déterminer en relation avec le CTA/CODIS, un point de rassemblement des moyens (PRM) et un point de jonction avec les forces de l'ordre (FDO) mobilisées sur l'intervention.

La concertation entre le chef d'agrès et le chef de détachement des FDO doit être un préalable avant de commencer toute action de secours. Le chef d'agrès aura le souci constant de la sécurité de son équipage et veillera à une vigilance individuelle et collective au regard des circonstances.

## 3 Relevage de personnes

Le relevage de personnes constitue l'une des missions du SDIS.

Même si la plupart des interventions ne se solde pas par un transport en secteur hospitalier, le chef d'agrès doit réaliser un bilan vital, fonctionnel et lésionnel complet qu'il adresse au CRRA 15. En effet, les effets d'un séjour prolongé sur le sol (hypothermie, destruction musculaire par écrasement, escarres...) doivent être évalués.

La pertinence et le degré d'urgence d'une évacuation seront appréciés par le médecin régulateur. L'évacuation pourra être différée et confiée à un transporteur sanitaire privé si besoin dans un second temps.

Si l'intervention a nécessité le déclenchement de la téléassistance, avant de quitter les lieux, le chef d'agrès doit contacter le téléassiste pour lui indiquer la suite des opérations (personne laissée sur place ou transport sur une structure hospitalière).



#### 4 Personne Ne Répondant Pas Aux Appels (PNRPAA)

Le respect de la propriété privée empêche la pénétration des secours dans un bâtiment sans l'autorisation du propriétaire. Face à la certitude d'un danger menaçant une personne ou la persistance d'un doute, l'état de nécessité impose de procéder à l'ouverture de porte malgré la violation de domicile et la dégradation éventuelle de biens.

Préalablement une enquête de voisinage sera opérée par les intervenants sur les lieux afin de réaliser une levée de doute sur une éventuelle absence connue du domicile (vacances, hospitalisation...).

La pénétration dans les lieux peut être réalisée par les sapeurs-pompiers sans la présence des forces de l'ordre afin de débiter des actions de secours à la victime ou des reconnaissances. Une attention toute particulière sera observée concernant le choix du mode de forçement et l'accès au logement. Le chef d'agrès veillera à préserver tant que possible la fonctionnalité des ouvrants permettant une fermeture du logement au départ des sapeurs-pompiers (privilégier une fenêtre avec volet par exemple). Une grande prudence doit être apportée lors de l'entrée dans les locaux qui doivent être considérés comme dangereux jusqu'à la fin de la reconnaissance (animaux domestiques hostiles, présence de gaz, CO, armes...). Cette incertitude impose l'engagement d'un engin d'incendie dans le cadre des interventions pour P.R.N.P.A.A.

En cas de découverte de cadavre, le COS fera procéder à un gel des lieux et demandera les forces de l'ordre.

#### 5 Pédiatrie hors présence des parents

La logique opérationnelle de la prise en charge d'un enfant mineur hors présence de ses parents est la même que pour un adulte. La différence vient dans la prise en compte du consentement ou du refus aux soins par l'enfant, systématiquement recherché comme pour un adulte, mais qui doit en plus être assorti de celui des parents ou de toute personne investie de l'autorité ou autorisée par écrit par les parents à prendre en leur nom des décisions en urgence (responsable d'établissement



scolaire, de colonies de vacances, de clubs sportifs...). Le COS veillera à utiliser tous les moyens pour faire prévenir ces personnes ressources.

Dans l'impossibilité de contacter ces dernières, le chef d'agrès sollicitera les forces de l'ordre et informera impérativement le médecin régulateur de cette situation lors de son bilan.

*Dans l'urgence l'intérêt de l'enfant doit toujours primer* par la réalisation de soins conservateurs (transport hospitalier, médicalisation, réalisation de protocole infirmier...) sur l'attente de l'autorisation des parents pour agir.

L'examen, la réalisation de gestes, le transport dans la cellule du VSAV ne doivent pas être réalisés par un seul équipier. **Il faut en permanence deux sapeurs-pompiers en contact avec la victime mineure.** De préférence, le chef d'agrès cherchera le secouriste ayant le meilleur contact avec l'enfant (personnel féminin, mère ou père de famille...).

Le respect de la pudeur devra être garanti **au même titre que chez un adulte.**

*La présence d'un adulte de l'entourage n'est pas obligatoire avec l'enfant durant l'évacuation dans le VSAV mais vivement recommandée.* La présence d'un personnel de l'éducation nationale ou du club sportif n'est pas obligatoire et ne peut être requise comme condition impérative à l'évacuation.

Le COS informera le CODIS de toute situation problématique.

## 6 Refus de soins et/ou transport

*Toute personne a droit de s'opposer aux soins et/ou à son évacuation par les sapeurs-pompiers.* En cas de refus de soins et/ou de transport, le chef d'agrès cherchera à en connaître les raisons et tentera de convaincre la victime. Au besoin et par commodité, il peut proposer au CRRRA 15 que le médecin régulateur dialogue directement avec la victime par téléphone.

En cas de refus persistant malgré le souhait du médecin régulateur, le chef d'agrès rédigera une fiche bilan et complétera ensuite le pavé dédié à la consignation du refus. Il fera signer la victime après lui avoir lu ou fait lire les phrases rédigées. Il fera procéder si possible à la signature de deux témoins. Les sapeurs-pompiers ne peuvent être ces témoins.





Le consentement aux soins peut être altéré par un traumatisme crânien, une intoxication médicamenteuse, une alcoolisation aiguë ou un Accident Vasculaire Cérébral. Le chef d'agrès prendra ces éléments en compte en fonction du contexte opérationnel et veillera à leur compréhension par le CRRA 15 qui jugera de l'opportunité ou non d'engager une procédure de soins sans le consentement de la victime conformément au cadre réglementaire. Le COS informera le CODIS de toute situation problématique.

## 7 Soins psychiatriques sous contraintes

Certains troubles psychiatriques peuvent également altérer le jugement et le discernement d'une victime. Les soins ou le transport en secteur psychiatrique pourront alors se réaliser sans son consentement dans un cadre juridique précis.



*Voir la FAC 48A sur la prise en charge détaillée des troubles psychiatriques*

La nécessité de cette contrainte doit être tout d'abord constatée par un médecin. En son absence sur les lieux de l'intervention, le chef d'agrès contactera la régulation médicale pour en solliciter la présence.

Les 3 formes juridiques des soins psychiatriques sous contraintes sont:

1. Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers SPDT (ex HDT)

Ce type d'intervention ne concerne pas les sapeurs-pompiers en première intention. Néanmoins, un VSAV peut être sollicité par le CRRA 15 en carence ambulancière ou bien cette procédure est déclenchée à l'issue d'un autre secours à personne (malaise, agitation, tentative de suicide...).

Le chef d'agrès veillera avant le transport de la victime, après régulation médicale, à la présence simultanée d'au moins un certificat médical et



*Par facilité, il peut être demandé au chef d'agrès de transporter sans les documents réglementaires précités. Cette situation est formellement proscrite car elle sort du cadre réglementaire et peut constituer pénalement un enlèvement c'est-à-dire l'appréhension du corps d'une personne contre son gré.*



du document rédigé par le tiers conformément au code de la santé publique.

## 2. Les soins psychiatriques sans tiers en cas de péril imminent SPSTPI

Cette forme est prévue pour les situations sans tiers et avec péril imminent. La décision complémentaire d'admission se fait par le directeur du centre hospitalier. Elle ne relève pas non plus des missions des sapeurs-pompiers.

Le chef d'agrès veillera avant le transport de la victime, après régulation médicale, à la présence d'au moins un certificat médical conformément au code de la santé publique.

## 3. Les soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat SPDRE (ex HO)

Cette forme de contrainte est prévue pour des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes et qui présente un danger manifeste pour la sûreté des personnes.

Elle est déclenchée par arrêté du maire ou du préfet après un avis médical. Cet avis n'est pas obligatoirement formalisé par un certificat médical, le contact avec le médecin régulateur peut suffire. La présence d'un officier de police judiciaire est requise.

Ce type d'intervention dans le cadre du pouvoir de police administrative des maires ou du Préfet peut relever des missions des sapeurs-pompiers.

Attention, par facilité, le chef d'agrès peut être sollicité pour transporter la victime sans les documents précités. Cette situation est formellement proscrite car elle sort du cadre réglementaire et peut constituer pénalement un enlèvement, c'est-à-dire l'appréhension du corps d'une personne contre son gré.

De même, les sapeurs-pompiers ne sont pas habilités à réaliser une contention qui relève des seuls professionnels de santé sur prescription et après examen clinique de la victime par un médecin.

Toute difficulté dans l'application des mesures opérationnelles face à ce type de situation imposera le contact systématique du CODIS qui engagera si besoin un chef de groupe.

## 8 Suspicion de maltraitance

### A\_Violences Intrafamiliales (VIF)

Dans le cadre de nos missions, le chef d'agrès peut être amené à être en relation avec des victimes de violences intrafamiliales, soit parce qu'elles ont révélé subir ou avoir subi des violences, soit parce qu'il a repéré une situation de violences (verbales, physiques, psychologiques, harcèlement...). Le chef d'agrès a l'obligation d'en



Voir la FAC 48B sur les soins psychiatriques sans le consentement.



Toute difficulté dans l'application des mesures opérationnelles face à ce type de situation imposera le contact systématique du CODIS qui engagera si besoin un chef de groupe.



Voir la FAC 62 sur les situations SUAP dans un contexte de maltraitance



alerter, dans les plus brefs délais, le procureur de la République. (Article 40 du Code de procédure pénale : « Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs »).

La procédure mise en place au sein du SDIS est la suivante :

- Intervention avec présence des FDO sur les lieux : attirer l'attention de ses derniers sur les faits constatés afin qu'ils puissent réaliser un procès-verbal ;
- Intervention sans présence des FDO sur les lieux : dès le retour de l'intervention, le chef d'agrès remplit la fiche victime de signalement (cf. annexe 1) et la transmet à l'officier expert service opérations/prévision du groupement territorial en mettant en copie son chef de centre. En l'absence de ce dernier, la fiche est à transmettre à l'adresse mail suivante : [service.operations@sdis03.fr](mailto:service.operations@sdis03.fr)

## B\_Mineur en danger

De plus, le chef d'agrès peut également rencontrer des situations concernant un ou des mineurs en danger ou en risque de l'être.

La procédure mise en place au sein du SDIS est la suivante :

- Intervention avec présence des FDO sur les lieux: attirer l'attention de ces derniers sur les faits constatés afin qu'ils puissent réaliser un procès-verbal ;
- Intervention sans présence des FDO sur les lieux : dès le retour de l'intervention, le chef d'agrès remplit la fiche victime de signalement (cf. annexe 2) et la transmet à l'officier expert service opérations/prévision du groupement territorial en mettant en copie son chef de centre. En l'absence de ce dernier, la fiche est à transmettre à l'adresse mail suivante : [service.operation@sdis03.fr](mailto:service.operation@sdis03.fr)

Pour les deux fiches de signalement, il n'est aucunement nécessaire de collecter tous les renseignements figurant dans les documents, un remplissage partiel suffit avec les éléments connus.

## 9 Risques infectieux

Certains virus ou bactéries présentent un risque infectieux pour les personnels en intervention. Idéalement le port des EPI du kit « risques infectieux » à bord des VSAV et VPI est à anticiper par le COS avant le contact avec la victime lorsque le risque est identifié au départ (notion connue du CTA ou par le CRRA 15). Sinon, le kit doit être utilisé le plus tôt possible conformément aux procédures en vigueur.

Le COS informera le CODIS de toute prise en charge de victime présentant un risque infectieux et fera contacter le cadre santé de



**permanence** par l'intermédiaire du CODIS pour être conseillé sur les mesures à entreprendre pour la santé et la sécurité des personnels (désinfection approfondie, nettoyage des tenues...) mais également pour leur suivi éventuel (prise de sang, antibiothérapie prophylaxie...).

Des consignes opérationnelles particulières peuvent faire l'objet de notes de services spécifiques propres à un virus ou un agent contaminant connu en période épidémique (**COVID**, SRAS, grippe A H1N1, EBOLA...).

La connaissance de l'exposition à l'agent infectieux peut être malheureusement différée (appel du centre hospitalier après l'évacuation), dans ce cas **le cadre santé de permanence** informera le COS de l'intervention des mesures à prendre.

## 10 Accident Exposition au Sang

Le sang et les autres sécrétions biologiques sont fréquemment rencontrés lors des interventions **SSUAP**. Les équipements de Protection Individuelle présents à bord des VSAV doivent être utilisés par le COS en anticipation mais le contact avec la victime peut se rencontrer de manière fortuite avant la mise en œuvre de ces dispositifs.

En cas de projection ou de contact avec le sang et les autres sécrétions biologiques de la victime sur l'un de ses équipiers, le COS fait utiliser les kits prévus à cet effet dans les VSAV. Il informe ensuite immédiatement **le cadre santé de permanence** pour compléter les mesures immédiates par l'intermédiaire du CODIS qui informera également la chaîne de commandement. Un suivi médical immédiat puis continu sera alors opéré par **la SDS**.



Voir la FT 14.4 sur l'utilisation du kit AES

## 11 Intervention bariatriques

Les interventions bariatriques concernent des personnes en surpoids et génèrent des contraintes supplémentaires en termes d'ergonomie dans les séquences de relevage et de brancardage ainsi que des contraintes techniques. Les matériels en service dans les VSAV (jusqu'au plan d'équipement 2015) ne permettent pas le transport de victimes de plus de 160 Kg.

Pour les VSAV du SDIS à partir du plan d'équipement de 2015 (Cellules dites « carrées »), le poids maximal d'une victime sera porté à 204kg. Pour autant le SDIS n'est pas tenu de réaliser des transports sanitaires bariatriques et se limitera à l'évacuation de patient de **204kg** au maximum.

A domicile, pour des personnes dont le poids connu est supérieur à 204 kg, le SDIS n'est tenu qu'à la réalisation des gestes de premiers secours. La mission d'évacuation sera confiée à un vecteur déterminé par la régulation médicale.



La société d'ambulances privées **FRAMONT** à Vichy dispose d'un vecteur agréé pour les transports bariatriques



Les demandes par carence d'ambulancier pour des victimes dont le poids connu est supérieur à 204kg seront refusées par le chef de salle au motif que le SDIS de l'Allier ne dispose pas de vecteurs d'évacuation adaptés.

Le SDIS peut néanmoins concourir à une aide au brancardage simple en mettant à disposition du personnel pour aider un transporteur sanitaire privé ou un SMUR lors des opérations de relevage et de brancardage.

Le SDIS peut concourir à une aide au brancardage technique au profit d'un ambulancier privé ou d'un SMUR pour une personne obèse notamment au travers du SMPM ou d'une échelle aérienne à plateforme.



Voir la FAC 72.B sur les situations SSUAP impliquant des victimes en surpoids

## 12 Interventions avec DRAGON et HéliSMUR

L'utilisation d'un moyen hélicoptéré de la Sécurité Civile dans le cadre de l'opération de secours (treuillage...) relève de la décision et de la coordination du COS.



L'engagement sur les lieux d'un HéliSMUR relève du SAMU 03 qui en informe le CODIS qui, à son tour, en informe le COS. L'héliSMUR n'a pas besoin d'une prise en compte particulière par le COS.

Dans le cadre d'une évacuation hélicoptérée, le SAMU 03 peut décider de solliciter un HéliSMUR, DRAGON 63 ou 69 (médicalisé 7j/7j) et en réfère immédiatement au CODIS pour la prise en compte de l'aéronef par le COS. De même, dès que le COS a notion d'un engagement de DRAGON par le médecin SMUR ou de son besoin exprimé par ce dernier, il en informe immédiatement le CODIS.

Pour les DRAGON uniquement, le COS veillera alors à prendre en compte l'appareil :

- Contact Air-Sol et veille radio
- DZ (emplacement, sécurisation, éclairage...)
- Guidage et approche (EPI, procédure...)

Le COS renseignera le CODIS des mouvements des aéronefs (atterrissage, décollage avec destination).

## 13 Appui logistique SMUR



Dans le cadre de l'appui logistique SMUR, le SDIS met à disposition du SMUR un vecteur VSAV avec son équipage réglementaire. Le vecteur est placé sous l'autorité fonctionnelle du médecin SMUR. Le chef d'agrès rend compte au CODIS des mouvements de son agrès, de ses destinations et du temps prévisionnel d'indisponibilité.

Dans le cadre d'une demande de **conduite de VML du SMUR par un sapeur-pompier** (carence d'ambulancier SMUR), le chef d'agrès VSAV acceptera la demande et en informera le CODIS. Ce dernier le consignera dans l'historique de l'intervention et sollicitera le document ad hoc auprès du CRRA 15. Le chef d'agrès consignera également cette notion dans la partie de rédaction libre de son **CRSV**.

## 14 Transport d'un accompagnant

Des situations spécifiques peuvent justifier la présence d'accompagnant auprès de la victime pour faciliter les soins, la surveillance et la communication avec celle-ci durant le transport (parent pour enfant mineur, personne handicapée mentale, interprète pour une personne étrangère, etc.).

Un seul accompagnant pourra prendre place à bord du VSAV obligatoirement assis et ceinturé sur un siège. Cette possibilité n'est ouverte que dans la mesure où le nombre de places assises disposant de ceintures de sécurité permet d'accueillir la totalité des personnes (victime, équipage, accompagnant).



*Le nombre de places assises à prendre en compte comprend les places en cabine et en cellule dont le brancard.*

## 15 Evacuation de patient perfusé

La responsabilité d'une victime perfusée incombe à l'équipe médicale ou paramédicale ayant effectué cet acte.

Un patient perfusé ne peut être transporté sans accompagnement médical ou paramédical. Si l'équipe médicale du SMUR n'est pas en mesure d'assurer l'accompagnement du patient, la perfusion doit être retirée, clampée ou obturée par l'équipe médicale.

En cas de difficulté, le chef de salle informe **le cadre santé de permanence**.





## 1 Habitat indigne

A l'occasion d'une intervention, il peut être constaté que des personnes résident dans un logement insalubre.

Sans être préjudiciable à l'éventuelle urgence de prise en charge d'une victime en lien avec l'autorité municipale qui peut être sollicitée sur les lieux par le COS dans le cadre de ses pouvoirs de police administrative liée à la salubrité publique, le chef d'agrès peut effectuer un signalement au retour de l'intervention.

Ce signalement est à effectuer sur le formulaire dédié établi par le pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne. Il n'est aucunement nécessaire de collecter tous les renseignements figurant dans le document, un remplissage partiel suffit avec les éléments connus. Cette fiche devra être adressée à l'officier expert service opérations/prévision du groupement territorial.



Voir la FAC 64 sur  
l'habitat indigne

17

## Arrêt des manœuvres de réanimation sans médecin sur les lieux

En dehors des situations opérationnelles avec victime ayant la tête séparée du tronc, une destruction évidente du cerveau, une rigidité cadavérique ou un état de décomposition avancé du corps, toutes les victimes en arrêt cardio-respiratoire doivent bénéficier d'une réanimation cardiopulmonaire jusqu'à l'arrivée d'un médecin.

Lors du bilan transmis par le chef d'agrès ou un infirmier de sapeurs-pompiers au CRRA 15, en fonction des éléments d'appréciation du médecin régulateur (Age, antécédents médicaux, durée de non massage, absence de choc délivré par le DSA, durée de la RCP sans reprise de pouls...), ce dernier peut décider d'arrêter les manœuvres de réanimation avant l'arrivée d'un médecin sur les lieux.

La mise en œuvre de cette décision fait l'objet d'une procédure commune entre le SAMU et le SDIS comprenant plusieurs étapes :

- Etape 1 : Transmission d'un bilan au CRRA 15 via le CTA-CODIS avec les circonstances, les antécédents et l'état de la réanimation en cours par le chef d'agrès SSUAP ou un infirmier sapeurs-pompiers.

- Etape 2 : Décision du médecin régulateur d'arrêter des manœuvres de RCP avec échange direct et en personne avec le chef d'agrès ou l'infirmier de sapeurs-pompiers pour l'informer de sa décision et obtenir leur avis.

- Etape 3 : Echange direct entre le médecin régulateur et la famille, personnes investies de l'autorité familiale ou personnes présentes ayant un lien avec la victime, par téléphone pour les informer de sa décision et les prévenir que les sapeurs-pompiers vont arrêter les manœuvres de réanimation à sa demande et afin de leur expliquer la



suite des actions à mener (recherche de médecin pour le certificat de décès, appel des pompes funèbres...)

- Etape 4 : Une fois la famille ou les tiers informés, le médecin régulateur reprend le chef d'agrès ou l'infirmier de sapeurs-pompiers au téléphone pour lui donner la consigne d'arrêter les manœuvres de réanimation.

- Etape 5 : le chef d'agrès fait arrêter les manœuvres de réanimation à ses équipiers et fait procéder au rangement du matériel, à l'élimination des DASRI, au dépôt du corps dans une housse mortuaire et au placement de celui-ci dans la pièce souhaitée par la famille.

En cas de difficulté, le chef d'agrès rendra compte au CODIS qui informera le cadre de santé de permanence.

## 18 Recherche de personnes disparues ou égarées

En dehors d'un péril imminent évalué par le CTA-CODIS, la recherche d'une personne disparue ou égarée relève des forces de sécurité intérieure qui assure le commandement des opérations de recherches. Dans un cadre concourant, les moyens du SDIS, notamment techniques (caméra thermique, drone...), peuvent être mis à leur disposition.

En cas de nécessité de rechercher une personne dans le prolongement d'une action de secours (suite à un AVP sans victime présente, de nuit, suite à une chute dans l'eau après la phase de secours...), le COS confirmera la mission de recherche aux forces de l'ordre présentes sur les lieux et rendra compte au CODIS de son concours ou de son désengagement.

## 1 Intervention pour noyade en espaces naturels

La noyade survenue moins d'une heure avant l'arrivée des sapeurs-pompiers (moins de deux heures en cas d'eau très froide inférieure à 6°C) est constitutive d'un prompt secours. Dans ce cadre, les premiers intervenants recueillent les éléments circonstanciels, recherchent les victimes en reconnaissant les lieux et réalisent l'extraction de celles-ci en fonction de leur formation et des matériels à disposition (accessibilité par les berges, par embarcations, ou par l'équipe départementale de secours nautiques...). Le chef d'agrès veillera à ne pas faire prendre de risques inconsidérés à son équipage au regard des circonstances.

Passé le délai de la phase de secours, l'intervention bascule en phase de recherche et relève des dispositions du précédent paragraphe sur les recherches de personnes disparues ou égarées.

Une vigilance doit être apportée par les intervenants sur la préservation des traces et indices nécessaires à l'enquête judiciaire.





## 20 Ivresse Manifeste sur la voie publique

La présence d'une personne ivre sur la voie publique constitue un trouble à l'ordre public relevant des forces de l'ordre et non pas des sapeurs-pompiers.

L'ivresse manifeste sur la voie publique se caractérise par une haleine sentant fortement l'alcool, des propos incohérents, une démarche titubante, une perte d'équilibre et les yeux vitreux. En présence de ces signes et en dehors de toute blessure (traumatisme crânien, plaies, chute, agression...) ou maladie pouvant causer les mêmes symptômes (hypoglycémie, Accident Vasculaire Cérébral, état post convulsions...), le chef d'agrès doit solliciter les forces de l'ordre après avoir transmis un bilan au CRRA 15 impérativement. Il se gardera de tout propos discriminatoire et de toute interprétation quant à l'imprégnation alcoolique de la victime.

# IX LA TRACABILITE ET LES COMPTES RENDUS

## 1 La fiche bilan

Une fiche bilan **papier ou numérique** est renseignée par le chef d'agrès pour toute victime qui a fait l'objet au minimum d'un bilan secouriste avec ou sans réalisation de gestes techniques et même si cette dernière n'a pas été évacuée.

La fiche bilan numérique est télétransmise au SAMU avant le contact avec le CRRA 15 et peut être mise à jour autant que de besoin avant sa clôture. Elle est automatiquement et simultanément transmise sur un serveur hébergeant des données de santé (HDS) pour une conservation et une exploitation par la SDS du SDIS, le SAMU ou le service receveur. Si la victime n'est pas évacuée, le COS transmettra une carte d'information à l'intéressée afin de lui permettre la récupération de ses données.



Les fiches bilan sont conservées 30 ans au sein de la SDS et deviennent un document médico-légal opposable dans le cadre d'une procédure judiciaire.



Les bilans SSUAP vont être réalisés sur des tablettes numériques par les chefs d'agrès. Les principales règles s'appliqueront aussi aux bilans numériques et les fiches en version papier resteront dans les VSAV en cas de problème ou en cas d'intervention en dehors du département de l'Allier.





En cas de fiche bilan papier, l'exemplaire original de la fiche bilan doit suivre la victime dans son parcours de soins. Elle est remise :

- à l'infirmière d'accueil et d'orientation lors de l'accueil hospitalier;
- au médecin SMUR ou SDS présent sur les lieux en cas de transport médicalisé;
- à l'infirmier SDS présent sur les lieux en cas de transport para médicalisé;
- à l'intéressée si elle n'est pas évacuée afin de la transmettre éventuellement à son médecin traitant.

La fiche bilan n'est pas laissée à la famille de la victime lorsque celle-ci est décédée.

Le chef d'agrès veillera à écrire de manière lisible afin de faciliter l'exploitation ultérieure des données. Il renseignera la fiche de manière exhaustive dans l'intérêt de la victime notamment en cas de troubles de conscience ou de difficulté de communication de celle-ci.

Sous la responsabilité des chefs de centre, les fiches bilan papier sont classées par ordre chronologique et transmises au SDS pour archivage à la fin de chaque mois.

Les fiches bilan papier ou numériques sont conservées 30 ans au sein du SDIS et deviennent un document médico-légal opposable dans le cadre d'une instruction judiciaire.



La télétransmission du bilan numérique se fait au SAMU qui rediffusera les données dans les services d'accueil des urgences du département.

En cas de transport dans un centre inhabituel ou en cabinet de ville, un système de consultation temporaire par jeton informatique est mis en place.

## 2 CRSV sur ARTEMIS

Le chef d'agrès renseignera de manière exhaustive et fidèle les différents champs de saisie présents dans les onglets du CRSV informatisé de l'intervention à l'exception de l'onglet victime renseigné uniquement par la référence unique de la victime sur le bilan numérique de la tablette.

Il renseignera également les champs de rédaction libre au travers d'un résumé succinct, objectif et factuel de l'intervention réalisée.

## 3 Compte-rendu spécifique

Les situations opérationnelles suivantes doivent faire systématiquement l'objet d'un compte rendu hiérarchique :

- Agression des sapeurs-pompiers au cours de l'intervention (avec ou sans blessure);
- Incident avec les personnels du SAMU ou des services d'urgence pour une éventuelle exploitation par la cellule de retour d'expérience SAMU-SDIS (CREX) : réaliser une fiche d'évènement indésirable).



- Suspicion de maltraitance ou mauvais traitements infligés à une personne diminuée (vieillesse et/ou handicapée) n'étant pas en capacité de se défendre ou dans le cadre d'une urgence sociale.



#### Points Clés

*Les directives départementales sur la conduite des interventions **SSUAP** doivent être maîtrisées par les chefs d'agrès mission **SSUAP** afin de garantir la qualité des interventions mais également la sécurité juridique des intervenants et de l'établissement public qu'est le SDIS 03.*

