

# Convention portant sur l'organisation du secours et soins d'urgence aux personnes (SSUAP) et l'aide médicale urgente (AMU)

**SAMU 42 - SDIS 42 - ATSRU 42**



# SOMMAIRE

|                                                                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>PRÉAMBULE .....</b>                                                                                                               | <b>5</b>  |
| <b>RÉFÉRENCES LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES .....</b>                                                                               | <b>6</b>  |
| <b>1. LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....</b>                                                                                           | <b>8</b>  |
| <b>1.1. Les définitions .....</b>                                                                                                    | <b>8</b>  |
| <b>1.1.1. Le directeur des opérations et le commandant des opérations de secours .....</b>                                           | <b>8</b>  |
| <b>1.1.2. Le secours et soins d'urgence aux personnes, le prompt secours.....</b>                                                    | <b>8</b>  |
| a) Secours et soins d'urgence aux personnes .....                                                                                    | 8         |
| b) Prompt secours .....                                                                                                              | 8         |
| <b>1.1.3. L'aide médicale urgente, le service d'accès aux soins non programmés.....</b>                                              | <b>9</b>  |
| a) Aide médicale urgente .....                                                                                                       | 9         |
| b) Service d'accès aux soins non programmés .....                                                                                    | 9         |
| <b>1.1.4. La permanence des soins ambulatoires, le transport sanitaire urgent .....</b>                                              | <b>9</b>  |
| a) Permanence départementale des soins ambulatoires .....                                                                            | 9         |
| b) Transport sanitaire urgent et organisation de la prise en charge des urgences pré- hospitalières .....                            | 9         |
| <b>1.1.5. La victime.....</b>                                                                                                        | <b>10</b> |
| <b>1.2. Les missions des différents acteurs concourant au SSUAP et à l'AMU .....</b>                                                 | <b>10</b> |
| <b>1.2.1. Les services d'incendie et de secours.....</b>                                                                             | <b>10</b> |
| a) Missions des services d'incendie et de secours.....                                                                               | 10        |
| <b>1.2.2. Le SAMU .....</b>                                                                                                          | <b>11</b> |
| a) Régulation médicale.....                                                                                                          | 11        |
| b) SMUR .....                                                                                                                        | 12        |
| c) CESU.....                                                                                                                         | 12        |
| <b>1.2.3. Les entreprises de transports sanitaires privés .....</b>                                                                  | <b>12</b> |
| a) Gardes départementales.....                                                                                                       | 12        |
| b) Coordination ambulancière .....                                                                                                   | 13        |
| <b>1.2.4. Les associations agréées de sécurité civile.....</b>                                                                       | <b>13</b> |
| <b>2. LE TRAITEMENT DE L'APPEL ET LA RÉPONSE APPORTÉE.....</b>                                                                       | <b>14</b> |
| <b>2.1. Le traitement de l'appel.....</b>                                                                                            | <b>14</b> |
| <b>2.1.1. Les supports d'interconnexions CTA / CRRA .....</b>                                                                        | <b>14</b> |
| a) Interconnexion informatique CRRA et CTA .....                                                                                     | 14        |
| b) Interconnexion téléphonique .....                                                                                                 | 14        |
| c) Interconnexion radiophonique.....                                                                                                 | 15        |
| <b>2.1.2. Les supports d'interconnexion ETS-CRRA .....</b>                                                                           | <b>15</b> |
| a) Interconnexion informatique ETS et CRRA .....                                                                                     | 15        |
| b) Interconnexion téléphonique ETS et CRRA.....                                                                                      | 15        |
| <b>2.1.3. Les procédures de traitement des appels .....</b>                                                                          | <b>15</b> |
| <b>2.1.4. Les situations de départs P0 (avant régulation médicale) en cas d'appel arrivant au CTA ou CRRA .....</b>                  | <b>16</b> |
| <b>2.1.5. Les départs réflexes et les détresses fonctionnelles justifiant l'urgence à agir pour des appels arrivant au CTA .....</b> | <b>17</b> |
| <b>2.1.6. Les appels reçus au CTA à transférer au CRRA (hors départ réflexe) .....</b>                                               | <b>17</b> |
| <b>2.1.7. Les appels reçus au CTA en provenance du CRRA entraînant l'engagement d'un vecteur .....</b>                               | <b>17</b> |
| <b>2.1.8. Les appels reçus au CRRA entraînant l'engagement d'un vecteur des ETS.....</b>                                             | <b>18</b> |
| <b>2.1.9. Les gestes téléguidés et/ou conseils de sécurité .....</b>                                                                 | <b>18</b> |
| <b>2.2. La régulation médicale.....</b>                                                                                              | <b>19</b> |
| <b>2.2.1. Le cadre général .....</b>                                                                                                 | <b>19</b> |
| <b>2.2.2. Les cas particuliers de la régulation.....</b>                                                                             | <b>19</b> |
| a) Voie publique (VP).....                                                                                                           | 19        |
| b) Établissements recevant du public (ERP) et lieux publics.....                                                                     | 20        |
| c) Régulation dans les départements limitrophes .....                                                                                | 20        |
| d) Détresses psychologiques (annexe 7).....                                                                                          | 20        |

|              |                                                                                            |           |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| e)           | Limitation ou arrêt des thérapeutiques actives ou des soins d'urgence .....                | 21        |
| f)           | Cas des manifestations avec DPS.....                                                       | 21        |
| <b>3.</b>    | <b>LA RÉPONSE OPÉRATIONNELLE .....</b>                                                     | <b>22</b> |
| <b>3.1</b>   | <b>La réponse secouriste .....</b>                                                         | <b>22</b> |
| <b>3.1.1</b> | <b>Les moyens secouristes du SDIS 42.....</b>                                              | <b>22</b> |
| a)           | Moyens SP secouristes sans VSUAP .....                                                     | 22        |
| b)           | Moyens SP secouristes avec un VSUAP .....                                                  | 22        |
| c)           | Actes de soins à visées diagnostique et thérapeutique .....                                | 22        |
| d)           | Moyens spécifiques .....                                                                   | 23        |
| <b>3.1.2</b> | <b>Les moyens des ETS .....</b>                                                            | <b>23</b> |
| a)           | Moyens propres des ETS .....                                                               | 23        |
| b)           | Moyens spécifiques .....                                                                   | 23        |
| c)           | Coordination ambulancière .....                                                            | 23        |
| d)           | Actes de soins à visées diagnostique et thérapeutique .....                                | 24        |
| <b>3.2</b>   | <b>Les moyens du service de santé et de secours médical du SDIS 42 .....</b>               | <b>24</b> |
| <b>3.2.1</b> | <b>Les moyens humains .....</b>                                                            | <b>24</b> |
| a)           | Infirmier de sapeur-pompier .....                                                          | 24        |
| b)           | Médecin de sapeur-pompier .....                                                            | 25        |
| c)           | Pharmacien de sapeur-pompier .....                                                         | 25        |
| d)           | Psychologue de sapeur-pompier.....                                                         | 25        |
| e)           | Vétérinaire de sapeur-pompier .....                                                        | 25        |
| <b>3.2.2</b> | <b>Les moyens techniques.....</b>                                                          | <b>26</b> |
| a)           | VSM .....                                                                                  | 26        |
| b)           | VSMHR .....                                                                                | 26        |
| c)           | VAPMA.....                                                                                 | 26        |
| d)           | Berce PMA.....                                                                             | 26        |
| <b>3.2.3</b> | <b>Les modalités d'engagement des infirmiers et des médecins du service de santé .....</b> | <b>26</b> |
| <b>3.2.4</b> | <b>Les missions de l'officier santé CODIS.....</b>                                         | <b>27</b> |
| <b>3.3</b>   | <b>L'intervention médicale sur le terrain .....</b>                                        | <b>27</b> |
| <b>3.4</b>   | <b>La réponse hélicoptérée .....</b>                                                       | <b>28</b> |
| <b>3.5</b>   | <b>Les carences .....</b>                                                                  | <b>28</b> |
| <b>3.5.1</b> | <b>Situation d'indisponibilité de moyens des ETS : Carence de délai .....</b>              | <b>29</b> |
| <b>3.5.2</b> | <b>Situation d'indisponibilité de moyens des ETS : Carence de moyens.....</b>              | <b>29</b> |
| <b>3.5.3</b> | <b>Secteurs non couverts par la garde ambulancière.....</b>                                | <b>29</b> |
| <b>3.5.4</b> | <b>Requalification des carences a posteriori par les sapeurs pompiers.....</b>             | <b>29</b> |
| <b>3.5.5</b> | <b>Gestion interservices des carences ambulancières.....</b>                               | <b>30</b> |
| <b>3.5.6</b> | <b>La commission de conciliation et d'évaluation.....</b>                                  | <b>30</b> |
| <b>3.6</b>   | <b>Les dispositions opérationnelles particulières .....</b>                                | <b>31</b> |
| <b>3.6.1</b> | <b>Aide au brancardage.....</b>                                                            | <b>31</b> |
| <b>3.6.2</b> | <b>Relevage .....</b>                                                                      | <b>31</b> |
| <b>3.6.3</b> | <b>Ivresse publique manifeste .....</b>                                                    | <b>31</b> |
| <b>3.6.4</b> | <b>Intervention nécessitant l'engagement d'un VSUAP bariatrique .....</b>                  | <b>32</b> |
| <b>3.6.5</b> | <b>Transports secondaire et inter-hospitalier.....</b>                                     | <b>32</b> |
| a)           | Transport secondaire .....                                                                 | 32        |
| b)           | Transport inter-hospitalier.....                                                           | 32        |
| <b>3.7</b>   | <b>Les situations avec nombreuses victimes .....</b>                                       | <b>32</b> |
| <b>3.8</b>   | <b>Les formations.....</b>                                                                 | <b>33</b> |
| <b>3.8.1</b> | <b>Formation des personnels des ETS .....</b>                                              | <b>33</b> |
| <b>3.8.2</b> | <b>Formation des personnels du SDIS 42.....</b>                                            | <b>33</b> |
| <b>3.8.3</b> | <b>Formation communes.....</b>                                                             | <b>33</b> |
| <b>4.</b>    | <b>LE BILAN SECOURISTE.....</b>                                                            | <b>34</b> |
| <b>4.1</b>   | <b>La transmission du bilan .....</b>                                                      | <b>34</b> |
| <b>4.1.1</b> | <b>Procédures de connexion des moyens du SDIS 42 .....</b>                                 | <b>35</b> |

|                                                                                                                              |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.1.2 Procédures de connexion des moyens des ETS.....                                                                        | 35        |
| 4.1.3 La fiche bilan .....                                                                                                   | 35        |
| 4.2 Demande de renfort médical en situation d'urgence absolue .....                                                          | 35        |
| <b>5. L'ORIENTATION DE LA VICTIME .....</b>                                                                                  | <b>37</b> |
| 5.1 Orientation des victimes.....                                                                                            | 37        |
| 5.2 Evacuation.....                                                                                                          | 37        |
| 5.2.1 Transport hors des établissements de secteurs.....                                                                     | 37        |
| a) Pour les moyens du SDIS .....                                                                                             | 37        |
| b) Pour les moyens des ETS .....                                                                                             | 37        |
| 5.2.2 Transfert préalable vers un médecin de secteur.....                                                                    | 38        |
| 5.2.3 Situations de non transport .....                                                                                      | 38        |
| <b>6. LA DÉMARCHE QUALITÉ .....</b>                                                                                          | <b>39</b> |
| <b>7. LE FINANCEMENT DES INTERVENTIONS.....</b>                                                                              | <b>40</b> |
| <b>8. ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE DE LA CONVENTION .....</b>                                                                  | <b>41</b> |
| <i>Annexe 1 - Logigramme d'engagement des secours dans le cadre de l'urgence pré hospitalière.....</i>                       | <i>42</i> |
| <i>Annexe 2 - Modalités conjointes de traitement d'un appel de type P0 (engagement systématique SMUR/VSUAP) .....</i>        | <i>43</i> |
| <i>Annexe 3 - Motifs de départ réflexe pour un appel arrivant au CTA.....</i>                                                | <i>44</i> |
| <i>Annexe 4 - Motifs de départ pour des détresses justifiant l'urgence à agir .....</i>                                      | <i>45</i> |
| <i>Annexe 5 - Guide des lieux d'intervention, hors départ réflexe .....</i>                                                  | <i>46</i> |
| <i>Annexe 6 - Régulation en situation dégradée .....</i>                                                                     | <i>47</i> |
| <i>Annexe 7 - Prise en charge des détresses psychologiques.....</i>                                                          | <i>48</i> |
| <i>Annexe 8 - Actes de soins d'urgence.....</i>                                                                              | <i>49</i> |
| <i>Annexe 9 - Grilles d'aide à la décision communes et conseils apportés aux requérants .....</i>                            | <i>50</i> |
| <i>Annexe 10 - Protocoles infirmiers de soins d'urgence .....</i>                                                            | <i>51</i> |
| <i>Annexe 11 - Secteurs de garde ambulancière .....</i>                                                                      | <i>52</i> |
| <i>Annexe 12 - Procédure de recherche d'un moyen des ETS.....</i>                                                            | <i>53</i> |
| <i>Annexe 13 - Tableau type de garde ambulancière.....</i>                                                                   | <i>54</i> |
| <i>Annexe 14 - Tableau de suivi des carences réalisée par le SDIS 42 validée par le COAM .....</i>                           | <i>55</i> |
| <i>Annexe 15 - Notion de bilan vert et bilan rouge .....</i>                                                                 | <i>56</i> |
| <i>Annexe 16 - Principes de régulation avec la transmission numérique des bilans...</i>                                      | <i>57</i> |
| <i>Annexe 17 - Les indicateurs d'activité par services .....</i>                                                             | <i>58</i> |
| <i>Annexe 18 - Les situations donnant lieu à une indemnisation pour le SDIS par le centre hospitalier siège du SAMU.....</i> | <i>59</i> |
| <i>Annexe 19 - Fiche d'amélioration de la qualité SDIS / SAMU / ATSRU .....</i>                                              | <i>61</i> |
| <i>Annexe 19 bis - Définition des cas indésirables graves.....</i>                                                           | <i>62</i> |

## PRÉAMBULE

L'Aide médicale urgente (AMU), l'organisation des soins et celle du parcours de soins relèvent de la compétence du ministère chargé de la santé. Les missions de sécurité civile dont celles du Secours et soins d'urgence aux personnes (SSUAP) sont du ressort du ministère de l'Intérieur et des Outre-Mer.

L'efficacité de la réponse à la demande d'un usager, patient ou victime, nécessite l'action coordonnée des différents acteurs du SSUAP et de l'AMU.

Face à la hausse des demandes liées au SSUAP ou connexes, l'ensemble des acteurs doit faire preuve d'adaptabilité et d'anticipation afin d'apporter des réponses efficaces aux demandes de soins vitaux, urgents et non programmés.

Ces réponses résultent de l'approche discriminée entre les situations relevant réellement de l'urgence, notamment le départ réflexe, de celles appréciées par la régulation médicale, dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Elles traduisent la volonté d'apporter une réaction adaptée à la demande d'une victime par l'adaptation des moyens.

La révision de la convention sur le secours et soins d'urgence aux personnes s'inscrit dans ce contexte avec, pour ambition, l'intégration des évolutions réglementaires de 2017 et 2022, et la consolidation de la place des Entreprises de transports sanitaires privés (ETS) dans le dispositif, conférant ainsi une dimension tripartite à la nouvelle convention.

Cette dernière a pour objet de mettre en œuvre dans le département de la Loire, la doctrine française des services publics en matière d'organisation quotidienne des secours et soins urgents, dans le respect des textes en vigueur. Sa vocation est de rendre à la population un service de secours et soins urgents efficace, en optimisant les liens interservices entre le Service d'aide médicale urgente (SAMU), les ETS et le Service départemental d'incendie et de secours (SDIS).

## RÉFÉRENCES LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES

- Code des collectivités territoriales, articles L.1424-1 à L.1424-50 et articles R.1424-1 à R.1424-55
- Code de la sécurité intérieure, articles L.112-1, L.112-2, L.711-1, L.721-1 à L.723-20, L.741-1 à L.742-15 et R.723-1 à R.723-91, R.741-1, R.742-21
- Loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, confirme la mise en place d'un nouveau service d'orientation et de guidage dans le système de santé, nommé, service d'accès aux soins (SAS). Prévu dans le Pacte de refondation des urgences de septembre 2019, il permet la coopération entre la ville et l'hôpital dans l'accès aux soins non programmés
- Loi n° 2021-1520 du 25 novembre 2021 visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers et les sapeurs-pompiers professionnels
- Décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 modifié relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres
- Décret n°94-1208 du 29 décembre 1994 modifiant le décret n°87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres
- Décret n° 97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique
- Décret n° 2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire et modifiant le décret n°87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres
- Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
- Décret n°2022-621 du 22 avril 2022 relatif aux actes de soins d'urgence relevant de la compétence des sapeurs-pompiers
- Décret n°2022-629 du 22 avril 2022 relatif aux actes professionnels pouvant être accomplis par des ambulanciers dans le cadre de l'aide médicale urgente
- Décret n°2022-631 du 22 avril 2022 portant réforme des transports sanitaires urgents et leur participation à la garde
- Arrêté du 23 juillet 2003 fixant les périodes de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire
- Arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges des SAMU mentionnés à l'article L.1424-42 du code général des collectivités territoriales
- Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du SAMU
- Arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel commun (en date du 25 juin 2008) portant sur l'organisation du secours à personne et à l'aide médicale urgente
- Arrêté du 5 juin 2015 portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008
- Arrêté du 27 février 2017 relatif aux agréments des associations de sécurité civile pour la participation aux opérations de secours dénommés agréments « A »
- Arrêté du 27 février 2017 relatif à l'agrément des associations de sécurité civile pour la participation aux actions de soutien et d'accompagnement des populations victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes, dénommé agrément « B »
- Arrêté du 27 février 2017 relatif à l'agrément des associations de sécurité civile pour la participation à l'encadrement des bénévoles dans le cadre des actions de soutien aux populations, dénommé agrément « C »

- Arrêté du 27 février 2017 relatif à l'agrément des associations de sécurité civile pour les dispositifs prévisionnels de secours, dénommé agrément « D »
- Arrêté du 22 avril 2022 modifiant l'arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les SIS et les établissements de santé sièges des SAMU
- Circulaire DSC/DHOS du 14 octobre 2009 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et à l'aide médicale urgente et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière
- Circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours
- Circulaire n°98-483 du 29 Juillet 1998 relative à la participation des transporteurs privés à l'aide médicale urgente
- Circulaire n°DHOS-01-DDSC/BSIS/2007/388 du 26 novembre 2007 relative à la définition des indisponibilités ambulancières telles que prévues par l'arrêté du 30 novembre 2006 et aux conventions passées entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges des SAMU
- La circulaire DSC/DHOS du 14 octobre 2009 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et à l'aide médicale urgente et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière
- Circulaire interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente
- Instruction interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2016/399 du 22 décembre 2016 relative aux arbres décisionnels d'aide à la décision de déclenchement des départs réflexes
- Instruction interministérielle N° DGOS/R2/DSS/DGSCGC/2022/144 du 13 mai 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des transports sanitaires
- « Ma Santé 2022 », stratégie gouvernementale lancée en février 2018 visant à transformer le système de santé actuel, avec pour objectif premier, d'améliorer l'organisation des professionnels de santé sur le territoire français
- Guide de doctrine opérationnelle SSUAP de la DGSCGC en date de novembre 2022
- Arrêté du 15 Décembre 2022

# **1. LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

## **1.1. Les définitions**

### **1.1.1. Le directeur des opérations et le commandant des opérations de secours**

Les opérations de secours sont constituées par un ensemble d'actions, caractérisées par l'urgence, qui visent à soustraire les personnes, les animaux, les biens et l'environnement aux effets dommageables d'accidents, de sinistres, de catastrophes, de détresses ou de menaces. Elles comprennent les opérations réalisées dans le cadre des missions définies dans le code général des collectivités territoriales.

La direction des opérations relève de l'autorité de police compétente, sauf exceptions codifiées.

Le Directeur des opérations (DO) est assisté d'un Commandant des opérations de secours (COS) en application de l'article L. 1424-4 du même code.

Sous l'autorité du DO, le COS désigné dans le règlement opérationnel du SDIS42 « **est chargé de la mise en œuvre de tous les moyens publics et privés mobilisés ...** »

### **1.1.2. Le secours et soins d'urgence aux personnes, le prompt secours**

#### **a) Secours et soins d'urgence aux personnes**

Le SSUAP est une mission des Services d'incendie et de secours (SIS) et consiste à :

- Réaliser l'envoi des moyens adaptés dès la réception de l'appel ou dès l'identification du besoin et en informer la régulation médicale du SAMU notamment lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence nécessitant la mise en œuvre de moyens médicaux ;
- Assurer la mise en sécurité des victimes, c'est-à-dire les soustraire à un danger ou un milieu hostile, exercer un sauvetage, et sécuriser le site de l'intervention ;
- Pratiquer les gestes de secourisme en équipe, dont ceux du prompt secours, face à une détresse, et en évaluer le résultat ;
- Pratiquer des actes de bilan et de soins à visée diagnostique et transmettre les résultats au médecin régulateur pour qu'il dispose d'une évaluation plus précise de l'état de santé de la victime ;
- Pratiquer, le cas échéant, des actes à visée thérapeutique, autorisés sur prescription médicale, dans le respect des compétences de chaque acteur ;
- Réaliser l'évacuation éventuelle de la victime vers un lieu d'accueil approprié.

#### **b) Prompt secours**

Le prompt secours est une action de secouriste, agissant seul ou en équipe, et visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales, à pratiquer sans délai des techniques de premiers secours ou des protocoles de soins d'urgence. Il est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe.

Il est à distinguer des actions relevant de la compétence des Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), des médecins généralistes, des ambulanciers privés dans le cadre des soins programmés, voire du simple conseil.

### **1.1.3. L'aide médicale urgente, le service d'accès aux soins non programmés**

#### **a) Aide médicale urgente**

L'AMU, l'organisation des soins et celle du parcours de soins relèvent de la compétence du ministère chargé de la santé (circulaire interministérielle du 5 juin 2015).

L'AMU a pour objet, avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état (article L.6311-1 du code de la santé publique).

#### **b) Service d'accès aux soins non programmés**

Le Service d'accès aux soins non programmés (SAS) permettra à toute personne ayant un besoin de santé urgent ou n'ayant pas de médecin traitant disponible et nécessitant un soin non programmé d'accéder à distance, de manière simple et lisible, à un professionnel de santé. Celui-ci pourra lui fournir un conseil ou une orientation selon son état vers une consultation non programmée en ville ou à l'hôpital, vers un service d'urgences ou déclencher l'intervention d'un service mobile d'urgence et de réanimation ou de toute autre équipe pré-hospitalière.

Le SAS est fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les médecins de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière des SAMU, en lien avec les services de secours. Il repose sur une régulation commune des appels pour prendre en charge les urgences et les demandes de soins non programmés. Pour cela, il associe la régulation médicale (au sein de la plateforme téléphonique du SAS), une réponse aux demandes de soins non programmés sur la ville et une plateforme digitale.

### **1.1.4. La permanence des soins ambulatoires, le transport sanitaire urgent**

#### **a) Permanence départementale des soins ambulatoires**

La Permanence départementale des soins ambulatoires (PDSA) consiste à maintenir l'accès à une offre de soins de premier recours aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux, maisons ou pôles de santé. Elle permet de répondre aux besoins des usagers ne nécessitant pas de soins urgents afin de les orienter vers la juste prestation médicale et d'éviter notamment l'afflux spontané des patients vers les services d'urgence.

#### **b) Transport sanitaire urgent et organisation de la prise en charge des urgences pré-hospitalières**

L'article L.6312-1 du code de la santé publique définit la notion de transport sanitaire comme étant « tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet ».

En ce qui concerne les missions assumées par les transporteurs sanitaires, l'urgence pré-hospitalière se définit comme toute demande d'intervention non programmée nécessitant une réponse rapide et adaptée à l'état du patient.

L'organisation de la prise en charge des urgences repose sur trois grands principes indispensables à cette réponse adaptée : qualité de la prise en charge, proximité et rapidité d'accès, coopération et coordination dans le cadre d'une offre de soins graduée.

L'organisation de la prise en charge des urgences pré-hospitalières repose sur trois piliers : l'organisation d'une permanence ambulancière (cahier des charges départemental), la mise en place d'un coordonnateur ambulancier et la nature des moyens dédiés à ces urgences.

### 1.1.5. La victime

Une victime est une personne présente sur les lieux d'un événement, d'un accident ou d'un attentat, pouvant présenter un dommage, physique ou psychique, directement causé par celui-ci.

Elle est alors qualifiée selon son état en « impliquée », « blessée » ou « décédée ». Dans d'autres situations, lorsque l'état de la victime est lié à une affection, elle est qualifiée de malade.

- Un **impliqué** est une 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 ;
- Un **malade** est une victime non décédée dont l'état, caractérisé par une affection, nécessite la prise en charge par les secours et/ou les équipes médicales ;
- Un **blessé** est une victime non décédée dont l'état caractérisé par une atteinte corporelle traumatique, nécessite la prise en charge par les secours et/ou les équipes médicales ;
- Un **décédé** est une victime dont le décès est constaté par un médecin. Un secouriste peut constater un décès quand la tête est séparée du tronc ou que la victime est en état de rigidité cadavérique ou de putréfaction.

La catégorisation d'une victime par les primo intervenants repose sur son état clinique. Les secouristes utilisant un bilan XABCDE, nous retiendrons les notions de :

- État léger : aucune case cochée dans le bilan primaire,
- État grave : au moins une case cochée dans le bilan primaire.

Le médecin urgentiste peut compléter cette catégorisation en cas d'intervention avec de Nombreuses victimes (NOVI) :

- Urgence relative (UR) : blessé dont le pronostic vital n'est pas engagé,
- Urgence absolue (UA) : blessé dont le pronostic vital est engagé.

## 1.2. Les missions des différents acteurs concourant au SSUAP et à l'AMU

### 1.2.1. Les services d'incendie et de secours

#### a) Missions des services d'incendie et de secours

Les SIS sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies.

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

Dans le cadre de leurs compétences, les SIS exercent les missions suivantes :

- La prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile ;
- La préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours ;
- La protection des personnes, des animaux, des biens et de l'environnement ;

- Les secours et les soins d'urgence aux personnes ainsi que leur évacuation, lorsqu'elles :
  - sont victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes,
  - présentent des signes de détresse vitale,
  - présentent des signes de détresse fonctionnelle justifiant l'urgence à agir.

Le SIS comprend une sous-direction Santé qui participe aux missions de secours d'urgence définies par l'article L.1424-2 du code général des collectivités territoriales et par l'article L.6311-1 du code de la santé publique qui seront explicitées dans un chapitre.

Les SIS ne sont tenus de procéder qu'aux seules opérations de secours qui se rattachent directement à leurs missions de service public définies ci-dessus.

En cas de sollicitation pour des interventions ne se rattachant pas directement à l'exercice de leurs missions, ils peuvent différer ou refuser leur engagement afin de préserver une disponibilité opérationnelle pour lesdites missions.

### **1.2.2. Le SAMU**

Le SAMU, service hospitalier, a pour mission « de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence ». Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les SIS.

Le SAMU est chargé également de répondre à la demande de soins non programmés.

Pour assurer les missions dans le cadre de l'AMU, le SAMU sollicite après la régulation médicale :

- Le SIS en cas d'urgence avérée ou d'urgence incompatible avec les délais de la garde ambulancière (annexe 2) ;
- Le SMUR ;
- Les ETS ;
- Les effecteurs du SAS.

#### *a) Régulation médicale*

La régulation médicale du SAMU a pour objectif d'apporter une réponse médicale adaptée à tout appel provenant d'une personne en détresse.

Le SAMU comporte un Centre de réception et de régulation des appels (CRRA). Il permet la régulation médicale des situations d'urgence.

Pour atteindre cet objectif, le CRRA :

- Assure une écoute médicale permanente ;
- Détermine et déclenche la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- S'assure de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient ;
- Organise, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une ETS ;
- Veille à l'admission du patient.

La participation de ces moyens privés, sous la responsabilité du SAMU, est déterminée par cette convention.

b) SMUR

Lorsque l'état du patient l'impose, le SMUR assure une prise en charge médicale et de réanimation. Si nécessaire, et après une régulation par le SAMU, le transport est médicalisé vers un établissement de santé.

Il est composé par :

- Un médecin spécialiste en médecine d'urgence ;
- Un infirmier diplômé d'état ;
- Un conducteur ambulancier hospitalier (si possible).

Le SMUR est doté d'un matériel de réanimation complet. Cette unité basée à l'hôpital, intervient sur demande du SAMU pour assurer la prise en charge, le diagnostic, le traitement et le transport des patients en situation d'urgence médicale.

c) CESU

Le Centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) a pour mission :

- De contribuer, dans le domaine de la prise en charge de l'urgence médicale en situation sanitaire normale ou exceptionnelle, à la formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels de santé, des personnels non soignants des établissements de santé et des structures médico-sociales et, plus généralement, de toute personne susceptible d'être confrontée, en urgence, à un problème de santé dans le cadre de son activité professionnelle.

A ce titre, il peut dispenser la formation à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 et de niveau 2.

- De contribuer à la formation à l'attestation spécialisée aux gestes et soins d'urgence face à une situation sanitaire exceptionnelle, notamment dans le cadre du plan blanc d'établissement prévu à l'article L. 3131-7 du code de la santé publique.
- De participer à la recherche en pédagogie appliquée, à la promotion de l'éducation à la santé et à la prévention des risques sanitaires. Les compétences visées par les formations relatives à la prise en charge de l'urgence médicale en situation quotidienne et d'exception contribuent à renforcer la sécurité du patient et la gestion des risques.

Les formateurs habilités par le CESU 42 sont des professionnels de santé en activité dans un service d'urgence et formés en pédagogie

***Le CESU est l'organisme de référence pour la formation des ambulanciers privés assurant des gardes ambulancières dans le département.***

### **1.2.3. Les entreprises de transports sanitaires privés**

Les ETS interviennent pour le compte du SAMU 42 dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière dans les délais estimés acceptables par le centre de réception et de régulation des appels. Les ETS réalisent le bilan du patient, retranscrivent ce dernier au SAMU 42 puis évacuent sur le centre hospitalier de destination déterminé par le CRRA en essayant de respecter le libre choix du patient.

a) Gardes départementales

Un cahier des charges départemental fixant le cadre et les conditions d'organisation de la garde des transports sanitaires est arrêté par le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) après avis du sous-comité des transports sanitaires, du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires.

Il définit notamment :

- La division du territoire départemental ou interdépartemental en secteurs de garde en tenant compte des besoins de la population, des caractéristiques du territoire et de l'offre sanitaire (annexe 11) ;
- Les secteurs et les horaires où une garde des transports sanitaires est organisée ;
- Les modalités de mise en œuvre et de participation de la coordination ambulancière en lien avec le service d'aide médicale urgente.

Ainsi, l'Association des transporteurs sanitaires de réponse à l'urgence (ATSRU) établit un tableau de garde sur chaque secteur déterminant les entreprises de garde à disposition du SAMU 42 chaque jour/nuit et weekend.

#### *b) Coordination ambulancière*

La coordination ambulancière est assurée en continu dans chaque département. Un professionnel est affecté, au moins en journée, aux missions de coordination ambulancière par l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative ou par l'établissement de santé siège du SAMU.

Le coordonnateur est chargé de solliciter les ETS pour répondre aux demandes de transports sanitaires urgents du service d'aide médicale urgente et constater, le cas échéant, leur indisponibilité.

Sous l'autorité du SAMU, il assure un suivi et un recensement exhaustif de l'activité des ETS pour les demandes d'intervention du service d'aide médicale urgente, y compris les indisponibilités et carences ambulancières. Ce suivi peut être dématérialisé.

Après divers échanges avec chacune des entreprises et avec l'association des transports sanitaires urgents la plus représentative, il communique ces données à travers un tableau d'activité à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) chargée du versement de la rémunération aux entreprises de transport sanitaire, à l'ARS, aux ETS ainsi qu'aux SIS.

### **1.2.4. Les associations agréées de sécurité civile**

Les associations **qui disposent de l'agrément ad hoc** peuvent être intégrées aux dispositifs mis en place par les pouvoirs publics dans les opérations de secours, les dispositifs prévisionnels de secours ou les situations de secours exceptionnelles.

Dans ce cadre, elles sont habilitées à réaliser les transports des personnes qu'elles secourent vers les structures hospitalières prévues.

De même, elles peuvent intégrer le dispositif de type NOVI, pour participer aux actions de soutien et d'accompagnement des populations victimes d'accidents ou de catastrophes, ou dans des missions d'encadrement des bénévoles.

Leur sollicitation est possible uniquement après validation par la préfecture du département.

## **2. LE TRAITEMENT DE L'APPEL ET LA RÉPONSE APPORTÉE**

Chaque service est responsable de la sécurité des données dans le respect des réglementations en vigueur, que ce soit au moment des appels téléphoniques, des échanges dématérialisés de données, ou lors de l'archivage des données relatives à une intervention.

### **2.1. Le traitement de l'appel**

#### **2.1.1. Les supports d'interconnexions CTA / CRRA**

L'interconnexion est informatique, téléphonique et radiophonique. Une convention entre le SDIS 42 et le CHU Nord fixe les modalités de l'interconnexion entre le CRRA et le Centre de traitement de l'alerte (CTA).

##### *a) Interconnexion informatique CRRA et CTA*

Un interfaçage entre les logiciels propres au CRRA et CTA est mis en œuvre et permet l'échange d'informations en temps réel, notamment :

- La localisation et l'identification de l'appelant,
- La nature de l'appel,
- La localisation des moyens disponibles pour intervenir,
- Le suivi des interventions communes en cours,
- Les données opérationnelles (horaires, délais, géolocalisation),
- Les renseignements recueillis par l'opérateur-trice.

Le connecteur doit avoir une norme commune (NF 399) afin de permettre d'intégrer facilement des évolutions logicielles de l'une ou l'autre des parties.

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.

##### *b) Interconnexion téléphonique*

En situation nominale, des lignes téléphoniques du réseau public assurent la liaison entre le CRRA et le CTA-CODIS. Elles permettent le transfert simple ou la mise en conférence à trois selon la nature de l'appel.

Les systèmes téléphoniques du CTA-CODIS et du CRRA permettent d'identifier les appels venant de l'autre service et de les traiter en priorité.

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

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.

c) 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'emploi 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**.

### 2.1.2. Les supports d'interconnexion ETS-CRRA

a) Interconnexion informatique ETS et CRRA

L'interconnexion se fait via un logiciel informatique fourni par l'ATSRU (**SIRA Urgence**) qui permet en temps réel de :

- Solliciter les ETS pour une mission dépendant de l'AMU,
- Avoir le retour des entreprises sur l'acceptation ou non de la mission,
- Permettre la géolocalisation des moyens des ETS.

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

b) Interconnexion téléphonique ETS et CRRA

La liaison téléphonique entre les vecteurs sanitaires des ETS et le CRRA se fait via le numéro 15. En situation dégradée, une ligne directe est mise en place avec le coordonnateur ambulancier.

### 2.1.3. Les procédures de traitement des appels

Les systèmes de gestion opérationnelle des deux services sont conçus de telle sorte que l'information donnée par l'appelant au premier opérateur n'ait pas à être répétée. L'analyse de l'appel reçu répond au logigramme d'engagement des secours dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière (annexe 1) qui apporte une réponse adaptée, quel que soit le centre de réception initial.

Les opérateurs du CTA et les ARM du CRRA disposent des mêmes documents :

- La convention départementale relative aux SSUAP et à l'AMU ;
- Le logigramme commun (annexe 1) ;
- Les fiches d'aide à la décision pour les départs priorisant des moyens du SDIS 42 et du SAMU préalables à une régulation (annexes 2 et 9) ;
- Le guide des lieux d'intervention (annexe 5) ;
- Tout autre document en lien avec la convention.

Tout engagement d'un moyen sanitaire depuis le CTA fait l'objet de l'information du CRRA avec le transfert en mode nominal de l'appelant et de la fiche informatique contenant les informations recueillies.

A l'inverse, le CRRA, en cas de demande de moyens sanitaires du SDIS 42 dans le cadre de l'AMU, transfère uniquement la fiche informatique contenant les informations recueillies.

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

- 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.

#### **2.1.4. Les situations de départs P0 (avant régulation médicale) en cas d'appel arrivant au CTA ou CRRA**

Dans les situations d'urgence identifiées comme P0 (annexe 2), l'engagement des moyens de secours précède la régulation médicale, que l'appel arrive au CRRA ou au CTA, en application des processus internes à chaque service.

Pour chacune des situations d'urgence P0, des grilles d'aide à la décision construites en commun avec le SAMU (annexe 9) sont utilisées pour qualifier la situation et décider de l'engagement ou non d'un départ réflexe **comprenant à minima un VSUAP et une équipe SMUR.**

Si l'appel arrive au CTA, l'opérateur engage les moyens disponibles du SDIS, puis bascule l'appel et les informations prises à l'appel au CRRA en vue de l'engagement d'une équipe médicale.

Si l'appel arrive au CRRA, l'ARM engage un SMUR et appelle le CTA pour l'engagement d'un moyen du SDIS.

Afin de garantir la prise en charge la plus précoce possible de la victime, le médecin régulateur peut, dans certaines situations (annexe 2) en relation avec le coordonnateur ambulancier, déclencher un vecteur des ETS en plus des moyens SP si celui-ci se trouve à proximité immédiate du lieu d'intervention et que la sécurité de l'équipage n'est pas dégradée.

**En cas d'intervention conjointe avec les ETS, le COS est le responsable de l'opération dans sa globalité.**

Si un transport de la victime doit avoir lieu et que des moyens SP et ambulanciers sont sur place, le choix se fait par rapport à la répartition nominale des lieux d'intervention (annexe 5).

### **2.1.5. Les départs réflexes et les détresses fonctionnelles justifiant l'urgence à agir pour des appels arrivant au CTA**

D'autres situations d'urgence et des circonstances particulières (annexe 3) permettent l'engagement des moyens de secours du SDIS 42 avant la régulation médicale.

Pour chacune de ces situations, des grilles d'aide à la décision internes au SDIS 42 sont utilisées pour qualifier la situation et décider de l'engagement ou non d'un moyen du SDIS 42 en départ réflexe.

**Les détresses fonctionnelles justifiant l'urgence à agir** ne sont pas définies réglementairement. Face à ces situations un moyen du SDIS est engagé avant régulation.

Une liste non exhaustive de situations est arrêtée par l'ensemble des services (annexe 4). Cette liste sera révisable après avis conjoint de la commission de conciliation et d'évaluation.

**De manière plus générale si des situations ne permettent pas d'évaluer de manière stable et objective l'état de la victime, le doute doit toujours lui bénéficier et entraîner l'engagement en départ réflexe des moyens du SDIS.**

Pour les situations citées dans ce paragraphe, l'opérateur du CTA engage les moyens du SDIS 42 disponibles, puis bascule l'appel et les informations au CRRA en vue d'une régulation médicale.

L'opérateur du CTA n'est pas tenu de rester en communication dès lors qu'il a engagé un moyen du SDIS 42.

### **2.1.6. Les appels reçus au CTA à transférer au CRRA (hors départ réflexe)**

Les opérateurs du CTA transfèrent systématiquement les appels et la fiche informatique contenant les informations prises à l'appel vers le CRRA dès lors qu'aucun critère ne permet l'engagement d'un départ réflexe ou d'une détresse fonctionnelle justifiant l'urgence à agir.

S'il le juge nécessaire, l'opérateur du CTA peut rester en communication jusqu'à ce que l'ARM du CRRA ou le médecin régulateur l'informe du vecteur engagé.

Si l'opérateur du CTA doit quitter la conférence, il en informe le CRRA. Le CRRA recontacte alors le CTA, si besoin, pour l'engagement d'un moyen du SDIS 42.

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

En cas de forte activité du CTA, l'opérateur peut envoyer une fiche et basculer l'appel sans accompagner ce transfert. Il précise à l'appelant : « Votre appel concerne le SAMU, ne quittez pas, nous vous mettons en relation avec lui. Si votre appel est interrompu, vous pouvez contacter directement le SAMU en composant le 15 ».

### **2.1.7. Les appels reçus au CTA en provenance du CRRA entraînant l'engagement d'un vecteur**

Le CRRA, après avoir assuré la régulation d'un appel provenant du 15, peut solliciter le SDIS 42 pour l'engagement d'un vecteur soit en départ réflexe, soit en situation de carence, ou dans divers cas particuliers d'aide à l'AMU.

Cependant, si la régulation est effectuée suite à un appel initial au 18 n'ayant pas donné lieu à un engagement des moyens du SDIS, l'opérateur du CTA peut échanger avec l'ARM du CRRA si le départ réflexe ne semble pas probant.

**En cas de désaccord ou de dysfonctionnement constaté par l'un ou l'autre des deux centres de traitement des appels, le CTA engage le vecteur demandé de manière à ne pas retarder la prise en charge de la victime (« Intervention SAP à évaluer ») et le chef d'agrès du VSUAP devra qualifier sur le terrain la situation ou non de carence.**

Tout appel arrivé au CRRA et qui relève des missions du SDIS, est transféré immédiatement au CTA.

### **2.1.8 Les appels reçus au CRRA entraînant l'engagement d'un vecteur des ETS**

En cas de déclenchement d'un transport sanitaire urgent (*hors départ annexe 2*), le médecin régulateur sollicite le coordonnateur ambulancier ou, à défaut, le professionnel mobilisé au sein de la régulation du SAMU, qui fait appel dans cet ordre aux acteurs suivants :

- La ou les entreprises de garde le cas échéant ;
- Les entreprises volontaires et disponibles, en s'appuyant sur la liste fournie par l'ATSU.

Le coordonnateur ambulancier, sollicite au moins deux entreprises en plus de l'entreprise de garde. Il vérifie, à l'aide du tableau de garde, la disponibilité potentielle de moyens des transporteurs sanitaires.

Il identifie, à l'aide des outils de géolocalisation, la disponibilité effective du transporteur (notamment en position de retour d'un transport) et prend en compte l'urgence de la demande (notion de temporisation de la demande) avant de déclarer au SAMU l'indisponibilité des ETS, afin que le SAMU puisse faire appel au SIS en carence le cas échéant.

Lorsque l'entreprise de transport sanitaire répond à la sollicitation du SAMU, dans le cadre de la garde ou en dehors, l'entreprise :

- Fait intervenir un équipage auprès du patient dans le respect du délai fixé par le SAMU ;
- Réalise un bilan clinique du patient qu'elle communique immédiatement au SAMU ;
- Le cas échéant, effectue les gestes de soins d'urgence définis par l'article R. 6311-17 du code de la santé publique adaptés à l'état du patient, dans la limite des compétences de l'équipage et sur prescription du médecin régulateur du SAMU ;
- Achemine le patient, le cas échéant, vers le lieu de soins déterminé par le service d'aide médicale urgente et figurant sur la liste arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- Informe le SAMU de toute modification de l'état du patient pendant la durée de la mission ;
- Transmet les informations administratives et cliniques du patient à son arrivée sur le lieu de soins.

### **2.1.9 Les gestes téléguidés et/ou conseils de sécurité**

Lors de la prise d'appel d'urgence via les numéros dédiés, certaines situations nécessitent la mise en œuvre de conseils de sécurité, de consignes de secours ou de gestes téléguidés au requérant ou à une tierce personne sur les lieux.

Cette guidance peut permettre d'augmenter les chances de survie, de limiter les séquelles des victimes ou d'éviter un sur-accident.

Les techniques sont communes aux deux centres de réception de l'alerte.

Pour le cas particulier de l'Arrêt cardio respiratoire (ACR), on distingue deux cas :

- L'ACR s'est produit devant témoin

L'opérateur fait d'emblée pratiquer les gestes de réanimation par l'appelant si les conditions le permettent et intègre le médecin régulateur dans la conférence téléphonique afin que ce dernier pose l'indication de poursuivre ou d'arrêter la réanimation.

- L'ACR s'est produit sans témoin

L'opérateur intègre d'emblée le médecin régulateur dans la conférence téléphonique avec l'appelant afin que le médecin indique ou pas la mise en œuvre de gestes de réanimation téléguidés par l'opérateur.

En parallèle de la conférence à trois, un second opérateur du CTA informe immédiatement l'ARM du CRRA des éléments dont il dispose.

## 2.2 La régulation médicale

### 2.2.1 Le cadre général

Elle se déroule au sein du CRRA, présent dans chaque hôpital siège de SAMU.

La régulation médicale est systématique.

Les objectifs sont multiples :

- Assurer une écoute médicale permanente ;
- Déterminer et déclencher dans le délai le plus rapide, la réponse la plus adaptée aux besoins du patient ;
- S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation dans un établissement disposant du plateau technique adapté ;
- Préparer l'accueil, organiser le transport en faisant appel à un service public ou à une ETS.

L'équipe de régulation est composée d'ARM et de médecins urgentistes, auxquels sont associés des médecins libéraux, sollicités lorsque les appels concernent des patients ne présentant pas d'atteinte vitale ou fonctionnelle et relevant alors de la Permanence de soins (PDS).

Le SAMU est joignable 24h/24, 7j/7 par un numéro unique et gratuit : le 15.

### 2.2.2 Les cas particuliers de la régulation

#### a) Voie publique (VP)

**Hors situation de départ réflexe, toute demande de secours concernant la voie publique fait l'objet d'une régulation préalable à un éventuel engagement.**

Si une évacuation est nécessaire, elle est obligatoirement réalisée par un moyen du SDIS.

Ceci n'est pas une situation de carence.

b) Établissements recevant du public (ERP) et lieux publics

**Hors situation de départ réflexe, 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.

**Pour les établissements accueillant des personnes âgées (EPHAD, foyer logement), le logement du résident est assimilé à un domicile. Dans ce cas uniquement, l'engagement de moyens des ETS est possible, y compris pour le personnel travaillant dans l'établissement.**

L'intervention des moyens du SDIS dans ce type d'établissement (hors départ réflexe) correspond à une situation de carence.

c) Régulation dans les départements limitrophes

Lors d'intervention du SDIS 42 ou de l'ATSRU 42 dans un département limitrophe, la régulation doit être faite avec le SAMU territorialement compétent, en appliquant les dispositions prévues par la convention du département concerné par l'opération de secours.

d) Détresses psychologiques (annexe 7)

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 administratives (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.

e) Limitation ou arrêt des thérapeutiques actives ou des soins d'urgence

Selon l'état de la victime, déterminé lors de la régulation ou à l'arrivée de l'équipe de secours, des limitations ou arrêts des thérapeutiques actives ou des soins d'urgence pourront être mis en œuvre :

- Pas de réanimation par l'équipe de secouriste avant bilan au CRRA en cas de décès certain : La tête est détachée du tronc ; la victime est en état de raideur cadavérique ; la victime est en état décomposition avancée ;
- Demande de non réanimation par le CRRA lors du transit des véhicules d'urgence (pour les moyens sapeurs-pompiers, le CRRA informe l'équipage engagé par une liaison téléphonique établie par l'intermédiaire du CTA) ;
- Le médecin régulateur décide par téléphone de l'arrêt des actes de secours après le bilan secouriste. Dans ce cas, il en informe le responsable de l'équipe de secours et il annonce le décès par téléphone à la famille.

En cas d'absence d'équipe médicale sur les lieux de l'opération, un médecin est déclenché dans les meilleurs délais par le CRRA afin d'assister la famille et d'assurer les démarches administratives (certificat de décès).

**Après évaluation de la situation par le responsable du vecteur de secours, ce dernier n'est pas tenu d'attendre l'arrivée du médecin pour quitter les lieux de l'intervention.**

En l'absence d'obstacle médico-légal, l'équipage peut être sollicité pour placer le corps à l'endroit souhaité par la famille.

f) Cas des manifestations avec DPS

Une demande d'intervention pour une situation d'urgence ou une circonstance particulière de l'urgence (annexes 2,3 et 4) requiert un engagement d'un moyen du SDIS, y compris si un DPS est mis en place.

Dans la mesure du possible, le responsable du poste de secours ou l'organisateur de la manifestation est informé de l'engagement des secours.

Les modalités d'agrément, de convention et de transport des victimes dans le cadre de DPS sont fixées dans le code de la sécurité intérieure.

Dans le cadre d'une manifestation qui dispose d'un DPS, si le SAMU reçoit une demande d'évacuation, il peut demander à un VPSP (Véhicule de premier secours à personne) conventionné présent sur la manifestation ou à un moyen des ETS de réaliser cette évacuation, y compris si la manifestation se déroule sur la voie publique.

f) Situation exceptionnelle en mode dégradé

Lors d'un événement de grande ampleur pouvant saturer la capacité de prise d'appels et de régulation des bilans du CRRA 15, un mode dégradé comprenant notamment l'engagement d'un officier de liaison au CRRA sera mis en œuvre après concertation entre le médecin régulateur et le chef de salle (annexe 5).

### 3. LA RÉPONSE OPÉRATIONNELLE

La réponse opérationnelle est adaptée à la réalité du territoire et graduée selon les situations. Elle est constituée des moyens suivants :

- Les moyens sapeurs-pompiers secouristes avec véhicule de secours ou les moyens des ETS de garde avec véhicule de secours ;
- Le recours aux moyens du service de santé et de secours médical du SDIS (infirmiers, médecins, pharmaciens,...) ;
- Le recours aux moyens médicaux du SAMU (SMUR).

#### 3.1 La réponse secouriste

La réponse secouriste constitue l'étape la plus précoce de la chaîne de secours organisée en raison de sa rapidité de mise en œuvre grâce notamment au nombre et au maillage des centres de secours.

À la première mission d'accéder à la victime et de la protéger, s'ajoutent celles de la maintenir en vie, de prévenir l'aggravation de son état et, selon les situations, d'assurer son évacuation ou encore d'attendre des renforts.

Dans de nombreuses circonstances, notamment dans les cas les plus graves, cette réponse permet d'éviter une issue fatale.

Elle peut être assurée par des moyens du SDIS 42, avec ou sans Véhicule de soins et d'assistance aux victimes (VSUAP), ou par des moyens des ETS.

##### 3.1.1 Les moyens secouristes du SDIS 42

###### a) Moyens SP secouristes sans VSUAP

Les équipes de secouristes sans VSUAP sont dotées du matériel de réanimation et d'un défibrillateur externe automatisé ou semi-automatique. Elles disposent de moyens d'alerte et de communication.

Les procédures de bilan et de compte-rendu qu'elles appliquent sont identiques à celles des équipes de secouristes sapeurs-pompiers intervenant à bord des VSUAP (en tenant compte de l'équipement disponible des lots prompts secours).

###### b) Moyens SP secouristes avec un VSUAP

Le VSUAP est constitué d'un équipage composé au minimum d'un chef d'agrès et de deux ou trois équipiers pouvant provenir de plusieurs centres de secours pour exécuter des actions coordonnées de secours d'urgence.

Les VSUAP et les équipements embarqués sont à minima conformes à la réglementation en vigueur et sont tous géo localisés.

###### c) Actes de soins à visées diagnostique et thérapeutique

Les SIS, dans le cadre du soin, peuvent envisager la mise en place d'actes de soins à visée diagnostique et thérapeutique.

La mise en œuvre d'actes thérapeutiques par des secouristes se fait, dans le cadre réglementaire actuel, après l'autorisation du médecin régulateur.

La liste des actes de soins à visées diagnostique et thérapeutique mise en œuvre par le SDIS 42 se trouve en annexe 8 ; elle pourra évoluer durant la durée de cette convention.

d) Moyens spécifiques

Pour certaines interventions, il peut être demandé le concours d'un moyen spécifique du SDIS :

- VSUAP bariatrique,
- Moyen élévateur aérien,
- Équipe spécialisée.

### 3.1.2 Les moyens des ETS

a) Moyens propres des ETS

Les ambulances et les équipements embarqués des ETS sont à minima conformes à la réglementation en vigueur et sont tous géo localisés.

La mobilisation d'un moyen de transport ETS s'opère selon deux modalités :

- Tout vecteur de la garde ambulancière inscrit sur les tableaux de gardes de chaque secteur ;
- Tout vecteur en fonction de la disponibilité déclarée des ETS.

b) Moyens spécifiques

- Les moyens bariatriques ;
- Des outils connectés embarqués dans les vecteurs.

c) Coordination ambulancière

Le Coordonnateur ambulancier (COAM) est sous l'autorité de l'ATSRU. Lorsqu'il est présent en salle de régulation du CRRA, il assure les missions suivantes à l'aide du logiciel SIRA urgence :

- Réception des demandes d'interventions relevant de l'Urgence pré-hospitalière (UPH) émanant du Centre 15, **via un contact direct (voix, téléphone, tablette, système d'information ambulancier, ...)** ;
- **Confirmation en temps réel de la bonne réception, de l'acceptation du transport, du départ du vecteur de transport et du temps estimé d'arrivée sur les lieux**
- Transmission des missions aux ETS en tenant compte des délais imposés par le médecin régulateur selon l'urgence de la demande ; (annexe 12)
- Confirmation de la disponibilité des moyens des ETS en utilisant un logiciel de gestion de la disponibilité et de géolocalisation ;
- Compensation des indisponibilités en sollicitant les moyens des secteurs voisins (au moins 2) ;
- Contrôle de la traçabilité de l'activité et la disponibilité des vecteurs des ETS, mais aussi leur indisponibilité ;
- Identification des interventions non suivies de transport ou non facturables ;
- Tenue des statistiques internes et interservices ;

- Tenue de l'état de l'activité conforme au cahier des charges en vue de validation ou d'échange contradictoire ;
- Qualification des indisponibilités des moyens ambulanciers de l'UPH comprenant notamment les carences de moyens liées au non-respect de l'entreprise figurant au tableau de garde de l'UPH ;
- Proposition des contre délais ;
- Suivi des missions des vecteurs ETS (statut de position ...) ;
- Suivi des bilans des ETS.

d) Actes de soins à visées diagnostique et thérapeutique

Les ETS dans le cadre du soin peuvent envisager la mise en place d'acte à visées diagnostique et thérapeutique. (Art R.6311-17).

La mise en œuvre d'actes thérapeutiques par des secouristes se fait, dans le cadre réglementaire actuel, après l'autorisation du médecin régulateur.

La liste des actes de soins à visées diagnostique et thérapeutique mise en œuvre par les ETS se trouve en **annexe 8** et pourra évoluer durant la durée de cette convention.

## 3.2 Les moyens du service de santé et de secours médical du SDIS 42

### 3.2.1 Les moyens humains

a) Infirmier de sapeur-pompier

L'Infirmier de sapeur-pompier (ISP) est un officier du Service de santé et de secours médical (SSSM). Il assure les missions opérationnelles suivantes :

- SSUAP dans le cadre de l'AMU avec mise en œuvre des Protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU) dans l'attente de l'intervention d'un médecin, conformément au cadre réglementaire en vigueur, et sous l'autorité hiérarchique du médecin-chef du SDIS (annexe 10). Ces PISU peuvent évoluer selon les besoins ; le chef de service du SAMU est informé de chaque mise à jour du PISU.
- Soutien sanitaire opérationnel (SSO) pour assurer la sécurité des sapeurs-pompiers engagés sur une intervention.

Une astreinte 24h/24 des cadres infirmiers sapeurs-pompiers professionnels permet d'assurer en plus des missions spécifiques :

- Mise en œuvre du dispositif SINUS (Système d'information numérique standardisé) ;
- Coordination sanitaire en unité de poste de commandement (infirmier coordinateur).

L'engagement opérationnel d'un ISP dans le cadre des départs réflexes ou en renfort d'un équipage de sapeur-pompier est notifié au CRRA par le CTA-CODIS.

Le CRRA peut également demander l'engagement d'un ISP dans le cadre de l'AMU.

b) Médecin de sapeur-pompier

Le Médecin de sapeur-pompier (MSP) est un officier du SSSM. Il peut participer aux activités opérationnelles suivantes :

- SSUAP dans le cadre de l'AMU ;
- SSO pour assurer la sécurité des sapeurs-pompiers engagés sur une intervention.

Une astreinte médicale 24h/24 est assurée par les médecins cadres du SDIS, permettant de répondre à toute problématique santé du CTA-CODIS.

Les MSP habilités et inscrits sur liste d'aptitude préfectorale participent également à l'astreinte départementale DSM (Directeur des secours médicaux).

L'engagement opérationnel d'un MSP dans le cadre des départs réflexes ou en renfort d'un équipage de sapeur-pompier est notifié au CRRA par le CTA-CODIS.

Le CRRA peut également demander l'engagement d'un MSP dans le cadre de l'AMU.

c) Pharmacien de sapeur-pompier

Le pharmacien de sapeur-pompier est un officier du SSSM. Dans le cadre de ses missions opérationnelles, le pharmacien peut être engagé pour des missions de :

- Conseiller technique Risques chimiques (RCH) sur intervention à problématique Nucléaire radiologique bactériologique chimique (NRBC) ;
- Dispensation, suivi et traçabilité de l'oxygène, des dispositifs médicaux et médicaments sur les interventions NOVI ;
- Mise en œuvre de la pharmacie commune SDIS /SAMU dans le cadre d'un plan NOVI.

Une astreinte pharmacie 24h/24 est assurée par les pharmaciens SPP et SPV du SDIS.

d) Psychologue de sapeur-pompier

Le psychologue de sapeur-pompier est un officier du SSSM.

Les missions des psychologues SP se concentrent exclusivement sur la prise en charge psychologique des sapeurs-pompiers suite à une intervention difficile ou vécue comme traumatisante dans le cadre de la mise en place de l'Unité de secours psychologique (USP) du SDIS.

Néanmoins, sur demande du CRRA, les psychologues SP peuvent être amenés à prendre en charge des personnes civiles en complément ou par carence de la CUMP (Cellule d'urgence médico-psychologique).

Une astreinte 24h/24 est assurée par les psychologues du SDIS.

e) Vétérinaire de sapeur-pompier

Le vétérinaire de sapeur-pompier est un officier du SSSM.

Dans le cadre de ses missions opérationnelles, le vétérinaire SP peut intervenir dans le cadre du SSUAP sur les missions suivantes :

- Conseiller technique du CODIS ou du COS sur des interventions animalières ;
- Conseiller technique du CODIS ou du COS sur des interventions à caractère biologique ;

- Expertise dans le cadre d'une intervention touchant les chaînes alimentaires.

Une astreinte 24h/24 est assurée par les vétérinaires SP du SDIS.

### **3.2.2 Les moyens techniques**

#### **a) VSM**

Le Véhicule de secours médical (VSM) est un véhicule armé par un infirmier du SSSM (ISP) et peut assurer les opérations de :

- SSUAP dans le cadre de l'AMU ;
- SSO au profit des sapeurs-pompiers ou au profit d'autres services (Gendarmerie, police,...) en cas de besoin ;
- Support logistique dans le cadre du plan NOVI.

Il embarque du matériel de soins diagnostic et thérapeutique.

#### **b) VSMHR**

Le Véhicule de soutien médical hors route (VSMHR) embarque du matériel de soins renforcé et certains matériels spécifiques.

Ce véhicule de réserve opérationnelle permet l'armement des colonnes de renfort extra-départemental mais également d'initier un apport logistique santé en cas de plan NOVI ou dans l'attente de la montée en puissance de la pharmacie.

#### **c) VAPMA**

Le Véhicule d'appui poste médical avancé (VAPMA), basé dans 3 centres support du département, permet d'initier la mise en œuvre d'un Point de rassemblement des victimes (PRV) ou d'un Poste médical avancé (PMA).

#### **d) Berce PMA**

En cas d'absence de structure en dur pour mettre en œuvre un PMA, le SDIS 42 dispose de 2 berces permettant de remplir ce rôle.

### **3.2.3 Les modalités d'engagement des infirmiers et des médecins du service de santé**

Les infirmiers et médecins du service de santé sont engagés dans les cas suivants :

- Dans le cadre du SSO ;
- Dans le cadre des départs réflexes du SDIS avant régulation médicale ;
- Sur demande du SAMU après régulation médicale par le CRRA ;
- Sur demande du SAMU au vu du bilan secouriste transmis par les sapeurs-pompiers ;
- Sur demande du COS présent sur les lieux.

Tout engagement d'un effecteur du service de santé est immédiatement notifié au CRRA par le CTA.

Après analyse du bilan transmis par les sapeurs-pompiers, le médecin régulateur peut ordonner au VSUAP de réaliser le transport d'une victime sur un Service d'accueil d'urgence (SAU) sans attendre un vecteur du service de santé en transit.

### 3.2.4 Les missions de l'officier santé CODIS

Un officier santé CODIS, infirmier de sapeur-pompier volontaire ou professionnel, est présent chaque jour au CTA-CODIS de 7h à 19h. Il est placé sous l'autorité du chef de salle opérationnelle.

Ses principales missions sont les suivantes :

- Dans le cadre des départs réflexes, il envisage le recours aux infirmiers/médecins de sapeurs-pompiers qui participent à la prise en charge du patient dans le cadre du SSUAP ;
- Dans le cadre des alertes régulées issues du CRRA, il propose au médecin régulateur l'engagement des moyens du service de santé dans le cadre de la réponse graduée ;
- Il supervise l'activité SSUAP ;
- Il propose l'engagement du SSO dans les situations le nécessitant.

Dans le cadre de ces missions et en cas de non réponse du CRRA dans les 10 minutes suite à la transmission d'un bilan vert, **l'officier santé et/ou le chef de salle peuvent autoriser un transport sur le SAU du secteur.**

## 3.3 L'intervention médicale sur le terrain

Le médecin est le conseiller technique du COS pour la partie médicale de l'opération. Il a en charge la responsabilité médicale du patient

Sur les lieux de l'intervention, plusieurs situations de prise en charge médicale peuvent se présenter :

- Une équipe du SMUR est présente sur les lieux, la responsabilité est alors partagée entre le médecin du SMUR et le médecin régulateur dans le respect des pratiques médicales de l'AMU et des règles déontologiques, en lien éventuel avec tout autre médecin compétent dans le domaine de l'urgence et présent sur place ;
- Un médecin compétent dans le domaine de l'urgence (médecin urgentiste ou MSP) est seul présent, il devient alors responsable de la prise en charge initiale du patient et celle-ci se déroule en relation étroite avec le médecin régulateur qui lui fournit tout appui nécessaire à l'intervention ;
- Un médecin n'appartenant pas au système de soins et de secours d'urgence est présent de façon fortuite sur les lieux de l'intervention, le médecin régulateur conserve alors la totale responsabilité de la coordination de la prise en charge médicale, en relation possible avec ce médecin.  
Par ailleurs l'intervention de ce médecin ne doit être acceptée qu'après avoir décliné son identité et laissé ses coordonnées, de façon à ce qu'il puisse être contacté a posteriori pour complément éventuel d'informations sur l'intervention. Les prescriptions qu'il pourrait être amené à formuler, aussi bien à des secouristes qu'à un infirmier, doivent être confirmées sur la fiche bilan ;
- Un médecin SMUR et un médecin SSSM sont simultanément présents sur les lieux, ils prennent en charge conjointement la victime, dans le respect du code de déontologie. Le médecin SMUR assure la médicalisation du transport de la victime vers l'hôpital, sauf circonstances exceptionnelles conduisant l'engagement de cette même équipe SMUR sur une autre urgence vitale. Le médecin SSSM prend alors le relais ;

- Si aucun médecin n'est présent sur les lieux de l'intervention, c'est le médecin régulateur qui assure la responsabilité de la coordination médicale, en relation avec le chef d'agrès.

### 3.4 La réponse hélicoptérée

Pour permettre une prise en charge rapide par une équipe médicale d'une victime le nécessitant, des vecteurs hélicoptérés (HELISMUR ou/et DRAGON) peuvent être engagés sur une opération de secours et de soins d'urgence à personne ou d'aide médicale urgente.

Le SAMU via le CRRA assure prioritairement la recherche de vecteur hélicoptéré de type HELISMUR pour ce type d'opération.

Si la situation exige des moyens techniques pour permettre de secourir la victime ou en cas d'absence de disponibilité d'HELISMUR, le CODIS assure la recherche de DRAGON via le Centre opérationnel de zone (COZ) Sud Est et informe le CRRA de sa démarche.

Si, dès l'appel, plusieurs victimes semblent être en situation d'urgence absolue (et après avoir transféré les informations et les requérants au CRRA), le CODIS peut rechercher en complément d'un HELISMUR la disponibilité d'un DRAGON.

L'atterrissage de vecteurs hélicoptérés se fait sous la responsabilité pleine et entière du pilote. La présence de 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 hélicoptérée.

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

### 3.5 Les carences

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 CRRA 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.

Le SAMU doit donner le délai maximum dans lequel peut être réalisée la carence.

Dans ce cas, l'engagement d'un moyen du SDIS est subordonné aux événements SDIS en cours, aux risques prévisionnels, au potentiel opérationnel observé localement ou sur l'ensemble du département.

**Le SDIS ne peut pas s'inscrire dans une réponse planifiée et peut refuser ou différer une demande de carence ambulancière.**

Les modalités d'indemnisation des interventions donnant lieu à facturation décrites ci-dessous sont explicitées en annexe 18.

### **3.5.1 Situation d'indisponibilité de moyens des ETS : Carence de délai**

L'ATSRU fournit en amont à l'ARS, au SAMU et au SDIS un tableau de la garde ambulancière sur les secteurs couverts (annexe 13).

Sur ces secteurs, un vecteur est dédié à la réponse secouriste (7j/7, 24h/24).

En cas de demandes d'interventions multiples sur un même secteur, le coordonnateur ambulancier peut être dans l'incapacité de répondre à la demande du médecin régulateur.

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

**Il s'agit d'une carence de délai.**

### **3.5.2 Situation d'indisponibilité de moyens des ETS : Carence de moyens**

L'ATSRU fournit en amont à l'ARS, au SAMU et au SDIS un tableau de la garde ambulancière sur les secteurs couverts (annexe 12).

Mensuellement, l'ATSRU fournira au SDIS et au SAMU le tableau mis à jour avec les gardes effectivement assurées.

Il peut arriver sur un ou plusieurs secteurs de garde, toute 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

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.**

### **3.5.3 Secteurs non couverts 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.**

### **3.5.4 Requalification des carences a posteriori par les sapeurs pompiers**

A la demande du SDIS 42, une carence peut également être constatée a posteriori.

En cas de désaccord, une commission de conciliation paritaire est créée pour statuer selon des conditions définies par décret.

**Ces requalifications seront limitées, dans un premier temps d'expérimentation, au seul code sinistre « intervention SUAP à évaluer » et seront validées par l'ensemble des parties en commission.**

Cependant, sur demande du SDIS 42, et durant la validité de la convention, les requalifications a posteriori pourront être élargies à d'autres codes sinistres après concertation avec les différents partenaires

### **3.5.5 Gestion interservices des carences ambulancières**

Un échange mensuel aura lieu entre les services du SDIS 42, du SAMU, et de l'ATSRU pour régulariser les situations de carences admises par l'ensemble des services. Ces échanges pourront se faire en visio-conférence ou/et échange de données.

Les indicateurs de suivi seront à minima :

- Tableau de suivi des carences fourni par l'ATSRU (annexe 14) ;
- Tableau de garde mis à jour avec les gardes effectivement assurées ;
- Tableau reprenant les engagements du SDIS 42 suite à un transfert originel de l'appel au CRRA.

La facturation des carences doit être conforme au texte réglementaire en vigueur (annexe 18).

Les situations de désaccord seront analysées par la commission de conciliation et d'évaluation.

### **3.5.6 La commission de conciliation et d'évaluation**

**Une commission de conciliation et d'évaluation est instaurée dans le département** pour aborder les désaccords entre les services sur la qualification des carences et suivre la démarche qualité en lien avec cette convention.

La fréquence des réunions est au moins trimestrielle. La composition de cette commission est établie à minima comme suit :

- Pour le SDIS 42 : Médecin chef (ou adjoint), un ou deux officiers du bureau des opérations ;
- Pour le SAMU : Un médecin du SAMU Sud et un médecin du SAMU Nord ;
- Pour l'ATSRU : Le président ou son représentant et un des COAM.

Le SDIS 42 assurera le secrétariat de cette commission, la mise en forme des tableaux de bord à partir des données interservices ainsi que l'archivage des échanges et des décisions pouvant être prises lors de cette instance.

Un compte rendu sera réalisé par le secrétariat et diffusé à l'ensemble des participants après chaque réunion.

## 3.6 Les dispositions opérationnelles particulières

### 3.6.1 Aide au brancardage

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

Le coordonnateur 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 comme le Groupe de reconnaissance et d'intervention en milieu périlleux (GRIMP), des moyens aériens..., 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.

### 3.6.2 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, requiert 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, et qu'une personne est présente physiquement au contact de la victime, 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.**

### 3.6.3 Ivresse publique manifeste

La prise en charge d'une victime déclarée 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 Ivresse publique manifeste (IPM) est réalisée trimestriellement. Elle est assurée par :

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

### 3.6.4 Intervention nécessitant l'engagement d'un VSUAP bariatrique

Destiné uniquement à prendre en charge des personnes de forte corpulence (poids de la victime  $\geq$  150 kg), le VSUAP bariatrique est utilisé :

- Dès l'appel, si la notion d'une victime corpulente est avérée ;
- En renfort d'un moyen SP, après évaluation du premier COS ;
- Dans le cadre de l'AMU, pour une mission hors compétences du SDIS 42 et par carence des moyens des ETS. **Cependant ces interventions ne feront pas l'objet de carence.**

### 3.6.5 Transports secondaire et inter-hospitalier

#### a) Transport secondaire

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

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 CRRA.

Dans le cas où la victime doit être redirigée vers un autre service d'urgence par le VSUAP, 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.

#### b) Transport inter-hospitalier

Le transfert inter-hospitalier de patients, n'est pas une mission du SDIS 42 quelle que soit l'urgence.

En cas de demande du CRRA et après validation par le CODIS, un VSUAP pourra être engagé.

Cette intervention fera l'objet d'une indemnisation au même titre que la carence de délai.

## 3.7 Les situations avec nombreuses victimes

Dans le cas d'une intervention comptabilisant au moins six victimes, les parties s'entendent pour mettre en œuvre l'outil SINUS permettant :

- D'accéder en temps réel à une liste unique et partagée des victimes répertoriées ;
- D'assurer le suivi du parcours de la victime depuis le lieu de l'accident jusqu'à son traitement juridique et social.

Certaines opérations nécessitent la mise en place d'un DSM, conseiller technique du COS sur l'intervention.

Une astreinte quotidienne nominative est assurée par les médecins du SDIS 42 et des SAMU. Les agents sont désignés annuellement par liste d'aptitude préfectorale.

L'organisation de l'astreinte est la suivante :

- 1 semaine/mois par le SAMU Nord ;
- 2 semaines/mois par le SAMU Sud ;
- 1 semaine/mois par le SDIS 42.

La formation, l'entraînement et l'évaluation des médecins DSM sont communs aux trois services.

## **3.8 Les formations**

### **3.8.1 Formation des personnels des ETS**

L'association des transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental pilote la démarche qualité relative aux transports sanitaires urgents et est garante de son bon fonctionnement. A ce titre, elle doit notamment définir et proposer un plan de formation continue en lien avec le SAMU et les organismes de formation (CESU, IFA, etc.).

Des actions de formation complémentaires peuvent être mises en place par l'ATSRU en concertation avec les différents acteurs.

### **3.8.2 Formation des personnels du SDIS 42**

La formation SSUAP des personnels du SDIS est conforme à la réglementation et aux recommandations de la DGSCGC. Elle est mise en œuvre en interne par les formateurs qualifiés du SDIS.

Des actions de formation complémentaires peuvent être mises en place par le SDIS avec si nécessaire la présence de différents acteurs.

### **3.8.3 Formation communes**

Des mises en situation communes à l'initiative de la préfecture, du SAMU, de l'ATSRU ou du SDIS peuvent avoir lieu tout au long de l'année avec pour objectif d'améliorer la réponse interservices dans le cadre de l'AMU.

Les services, dans la mesure de leur possibilité, favoriseront la mise en place de ce type d'exercices communs.

Lors des formations initiales ou de maintien des acquis des opérateurs CTA-CODIS, des ARM ou des COAM, la présence d'au moins ½ journée au CRRA pour les SP, au CTA-CODIS pour les ARM ou le COAM est à privilégier.

## 4. LE BILAN SECOURISTE

Le bilan secouriste réalisé par les vecteurs du SDIS ou des ETS permet de déterminer et de transmettre au SAMU :

- Le contexte de l'intervention
- L'état de la victime ;
- Les gestes entrepris ;
- Les résultats obtenus.

**La transmission du bilan secouriste au CRRA est une obligation pour chaque opération (même en l'absence de victime ou d'action secouriste) et doit se faire dans les meilleurs délais en lien avec l'opération.**

Il comporte l'ensemble des informations recueillies par l'équipe secouriste. Il est complété par la description des gestes effectués, permet d'apporter des informations précises et pertinentes de manière concise et ordonnée, et concerne les éléments suivants :

- Le bilan circonstanciel ;
- Le bilan d'urgence vitale ;
- Les constantes nécessaires et adaptées à la situation ;  
(*A minima : fréquence cardiaque ; saturation en oxygène ; tension artérielle*)
- Le bilan lésionnel et spécifique ;
- La surveillance ;
- Les gestes effectués ;
- Le compte rendu.

Le bilan secouriste est toujours consigné sur une fiche bilan partagée avec le CRRA et le SAU de destination. Il peut être enrichi par des éléments permettant le télédiagnostic grâce à des outils connectés.

Les notions de bilan vert et de bilan rouge sont maintenues dans l'actuelle convention (annexe 15) bien que le bilan numérisé soit toujours transmis avec l'ensemble des informations.

### 4.1 La transmission du bilan

Le bilan secouriste complété par le chef d'agrès ou par l'ambulancier diplômé d'état a pour objet de décrire la situation opérationnelle, de rendre compte de la prise en charge de la victime, de demander un renfort médical et de proposer le lieu de son éventuelle hospitalisation.

Le bilan secouriste est systématiquement **transmis de façon numérique** au CRRA quelle que soit l'opération avec présence ou non de victime, que des actions aient été faites ou non.

Dans le cas où la victime est transportée, le bilan numérisé **sera systématiquement fourni au SAU**.

La transmission du bilan numérisé au SAU doit être complétée par une relève orale du chef d'agrès ou de l'ambulancier diplômé d'état auprès de l'infirmier d'orientation et d'accueil.

La doctrine d'utilisation des outils numériques est décrite dans les documents internes du SDIS et de l'ATSRU.

#### **4.1.1 Procédures de connexion des moyens du SDIS 42**

Le bilan et les échanges avec la régulation se font prioritairement de manière dématérialisée, via les outils numériques, sans contact téléphonique (annexe 16).

Les modes dégradés de transmission sont décrits dans la doctrine interne du SDIS 42.

Le CRRA, s'il le souhaite, peut demander au vecteur du SDIS l'établissement d'un contact téléphonique pour préciser certains éléments.

Tous les bilans numérisés, ainsi que les échanges, qu'ils soient transmis par radio ou par téléphone, font l'objet d'un enregistrement par le CTA. Les bilans sont mis à disposition du CRRA et des SAU via un portail web dédié et cela pendant 72h.

#### **4.1.2 Procédures de connexion des moyens des ETS**

Le bilan et les échanges avec la régulation se font prioritairement de manière dématérialisée, via les outils numériques, sans contact téléphonique (annexe 16).

Le mode dégradé de transmission se fera par téléphone par le biais des COAM.

Le CRRA, s'il le souhaite, peut demander au vecteur ambulancier l'établissement d'un contact téléphonique pour préciser certains éléments.

Tous les bilans numérisés, ainsi que les échanges, qu'ils soient transmis par radio ou par téléphone, font l'objet d'un enregistrement par le SAMU et RASSUR. Les bilans sont mis à disposition du CRRA et des SAU via un portail web dédié et cela pendant 72h.

#### **4.1.3 La fiche bilan**

**Toute intervention donne lieu à l'établissement d'une fiche bilan numérisée.** Au cours du transport, des bilans évolutifs réguliers sont obligatoirement réalisés et consignés sur cette fiche. Elle est actualisée au CRRA autant que nécessaire.

### **4.2 Demande de renfort médical en situation d'urgence absolue**

Deux cas se distinguent :

- **La demande de régulation urgente** pour les situations le nécessitant (AVC, douleur thoracique,...) après transmission d'un bilan secouriste complet ;
- **La demande d'équipe médicale urgente** pour les situations le nécessitant (ACR,...) peut se faire sans transmission d'un bilan secouriste complet mais si possible après la transmission dématérialisée des circonstances de l'opération (photos, CR succinct,...).

**Pour les moyens du SDIS cette demande est réalisée vers le SAMU sur le talk group « SSU », veillé par le CRRA et le CTA.**

Un dialogue entre le CRRA et le chef d'agrès peut s'installer sur la SSU pour expliciter la situation.

Pour les moyens des ETS, **cette demande est réalisée vers le SAMU par téléphone via la ligne directe avec le COAM** ou à défaut via le 15.

## 5. L'ORIENTATION DE LA VICTIME

### 5.1 Orientation des victimes

Si son état le nécessite, l'orientation et l'admission de la victime dans un établissement de santé relèvent de la responsabilité du médecin régulateur. Après réception du bilan secouriste, le médecin régulateur définit les modalités de prise en charge et de transport.

En principe, le CRRA oriente les victimes vers les établissements de soins du secteur.

Le transport du corps d'une victime déclarée décédée est réalisé exclusivement par un moyen d'une entreprise funéraire (sauf réquisition).

L'action de raccompagner une victime à son domicile sur demande de la régulation médicale n'est pas une mission de SDIS et de l'ATSRU. Le COS ou le responsable de l'ambulance peuvent refuser cette demande et devront en informer le médecin AMU au CRRA et le CODIS pour les SP

### 5.2 Evacuation

La victime est dirigée, sur décision du médecin régulateur vers la structure d'accueil la plus proche et/ ou la plus adaptée à son état, en tenant compte de son choix.

Cette structure peut être :

- Un service d'accueil des urgences ;
- Un cabinet médical référencé ;
- Une maison de santé pluri-professionnelle ;
- Une maison médicale de garde.

#### 5.2.1 Transport hors des établissements de secteurs

##### a) Pour les moyens du SDIS

Si le transport nécessite, pour des raisons médicales, l'immobilisation d'un moyen du SDIS 42 pour une longue durée, un contact téléphonique devra s'opérer entre le médecin régulateur et le chef de salle CODIS afin de déterminer la solution d'évacuation la plus efficiente.

Si le respect du libre choix impose un transport pour convenance personnelle sur une distance plus importante que l'établissement de soins de secteur, le transfert pourra être organisé comme suit :

1. Évacuation par les sapeurs-pompiers vers un établissement de secteur ;
2. Transfert secondaire par les ambulanciers privés vers l'établissement souhaité par la victime.

Le libre choix de la victime reste en tout état de cause soumis à l'appréciation du médecin régulateur.

##### b) Pour les moyens des ETS

Si le respect du libre choix impose un transport pour convenance personnelle sur une distance plus importante que l'établissement de soins de secteur, le transfert pourra être organisé comme suit :

1. Évacuation par l'ambulance de garde vers un établissement de secteur ;

2. Transfert secondaire par les ambulanciers privés vers l'établissement souhaité par la victime ;  
*Ou*
3. Évacuation directe par le moyen de garde, engendrant une absence plus longue de celui-ci.

Le libre choix de la victime reste en tout état de cause soumis à l'appréciation du médecin régulateur.

### **5.2.2 Transfert préalable vers un médecin de secteur**

Sur demande du médecin régulateur, il est possible d'envisager un transport vers un professionnel de santé de proximité quelle que soit la structure (Maison médicale, médecin généraliste, centre de soins non programmés,...).

Le CRRA devra s'assurer au préalable des capacités d'accueil de la structure en fonction de l'état de la victime.

Dans cette hypothèse, si la victime est prise en charge immédiatement par un médecin, le vecteur de secours attend le bilan de ce dernier pour assurer éventuellement son transport sur une structure hospitalière après régulation.

En cas d'attente estimée supérieure à 10 minutes, le vecteur de secours se rend à nouveau disponible et considère l'opération terminée.

Après régulation par le CRRA, l'évacuation secondaire sur un SAU sera assurée par un moyen des ETS uniquement.

Si les moyens du SDIS sont sollicités par le CRRA (hors cas des annexes 2,3 et 4), l'intervention donnera lieu à facturation, à l'identique d'une carence de délai.

Le retour à domicile de la victime quelles que soient les circonstances n'est du ressort ni du SDIS 42, ni de l'ATSRU.

### **5.2.3 Situations de non transport**

Le SAMU peut décider qu'un transport n'est pas nécessaire, après analyse du bilan clinique, pour l'une des raisons suivantes :

- Absence du patient sur le lieu d'intervention ;
- Absence de nécessité de prise en charge par une structure de soins ou un professionnel de santé ;
- Soins apportés au patient sur le lieu de l'intervention sans besoin de prise en charge supplémentaire ;
- Transport devant être réalisé par un autre moyen adapté ;
- Refus de prise en charge par le patient (cf. doctrine interne à chaque service) ;
- Décès du patient.

## **6. LA DÉMARCHE QUALITÉ**

La démarche qualité a pour but de mesurer et d'améliorer la réponse interservices dans le cadre du prompt secours, de l'urgence pré hospitalière et de l'aide médicale urgente.

La commission de conciliation et d'évaluation est en charge de suivre la démarche qualité en lien avec la convention.

Pour cela, elle pourra prendre en compte les travaux liés aux suivis des différents axes d'amélioration de la qualité (annexe 19).

La gestion des événements indésirables graves est réglementairement définie et devra faire l'objet d'un partage interservices (annexe 19 Bis).

Elle s'appuiera également sur une liste d'indicateurs pertinents, fiables et techniquement exploitables, définis en commun (annexe 17).

Cette commission se réunira à minima chaque trimestre sous l'égide du Comité départemental de l'aide médicale urgente.

Un tableau de suivi des actions sera suivi par le secrétariat.

Cette commission fournira aux autorités signataires un rapport annuel d'évaluation de la convention avec si nécessaire des axes d'amélioration.

**Durant la durée de la convention les annexes pourront être modifiées sans nouvelle signature des autorités après un accord unanime des membres de la commission.**

## **7. LE FINANCEMENT DES INTERVENTIONS**

Les missions réglementaires des SDIS sont financées à titre principal par les collectivités territoriales, celles du SAMU et des ETS principalement par les caisses d'assurance maladie.

Dans certaines situations réglementaires décrites dans cette convention (reprises en annexe 18), l'engagement de vecteurs du SDIS fait l'objet d'une indemnisation par l'ARS ou le centre hospitalier siège du SAMU.

L'indemnisation par l'ARS des secteurs non couverts par la garde ambulancière fera l'objet d'une convention à part entière.

L'indemnisation des « appuis technique au SMUR » fait l'objet d'une convention entre le CH du Forez et le SDIS en date du 27 février 2012.

Au 1<sup>er</sup> Janvier 2023 le coût d'une carence ambulancière est de 200 euros.

L'actualisation sera prise en compte dans le respect des évolutions réglementaires.

## **8. ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE DE LA CONVENTION**

La présente convention prend effet à compter de sa signature par l'ensemble des parties et dès l'accomplissement des formalités exécutoires, c'est-à-dire la publicité au recueil des actes administratifs des parties signataires et le dépôt en préfecture au titre du contrôle de la légalité.

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à compter de la dernière date de signature par l'une des parties.

Au vu de son objet, elle est renouvelable annuellement par tacite reconduction sans que sa durée globale ne puisse excéder cinq ans.

Chacune des parties peut dénoncer la présente convention par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins trois mois avant sa date d'échéance.

En cas de désaccord, les parties s'engagent à tout mettre en œuvre pour aboutir à une solution amiable. A défaut le tribunal compétent sera le tribunal administratif de Lyon.

Le directeur général du CHU  
.....

Olivier BOSSARD.

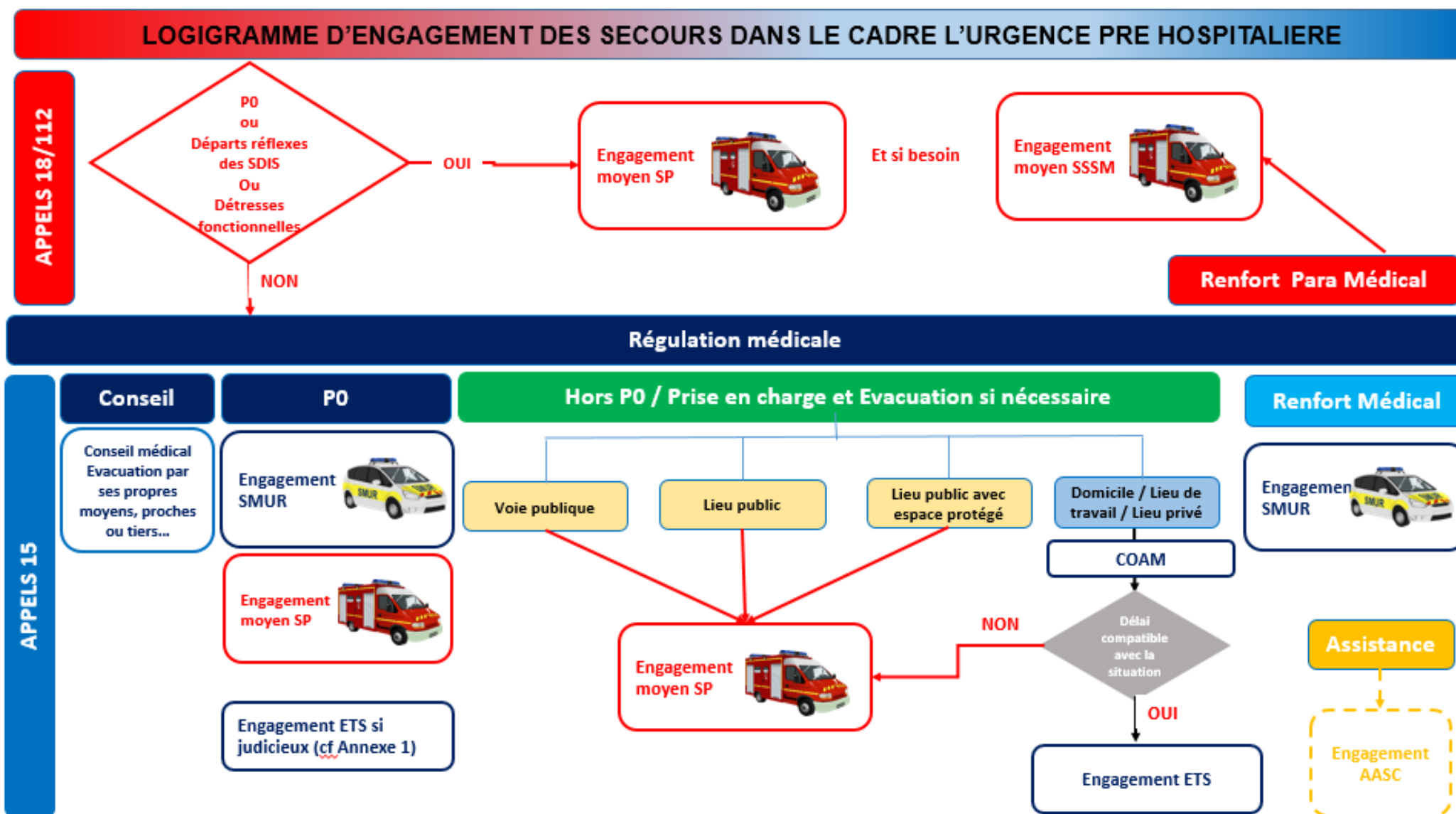
Le Président de l'Association  
des transports sanitaires de  
réponse à l'urgence de la Loire

Pierre POYET

La Présidente du conseil d'administration  
du service départemental  
d'incendie et de secours de la Loire

Marianne DARFEUILLE

## Annexe 1 - Logigramme d'engagement des secours dans le cadre de l'urgence pré hospitalière



## **Annexe 2 - Modalités conjointes de traitement d'un appel de type P0 (engagement systématique SMUR/VSUAP)**

### **Situations de départs avec possibilité d'engagement d'un moyen des ETS en plus du départ SMUR/VSUAP**

- 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, de trois fois sa hauteur ;
- Section complète au-dessus du pied ou de la main ;
- Hémorragie sévère ;
- Accouchement imminent ou en cours.

**Afin de garantir une prise en charge la plus précoce possible de la victime, le médecin régulateur peut, dans les cas ci-dessus et en relation avec le coordonnateur ambulancier, déclencher un vecteur des ETS en plus des moyens SP si celui-ci se trouve à proximité immédiate du lieu d'intervention et que la sécurité de l'équipage n'est dégradée.**

### **Situations de départs sans engagement d'un moyen des ETS**

- Accident à cinétique élevée ;
- Toute intervention nécessitant des gestes de prompt secours incompatibles avec le maillage territorial de la garde ambulancière ;
- Accident voie publique avec piéton inerte ou conducteur deux roues inerte ;
- Accident grave de machine agricole ;
- Écrasement persistant d'un membre ou du tronc, ensevelissement complet.

## **Annexe 3 - Motifs de départ réflexe pour un appel arrivant au CTA**

### **Les situations d'urgence :**

- Arrêt cardio-respiratoire, mort subite ;
- Détresse respiratoire ;
- Altération de la conscience ;
- Hémorragie sévère ;
- Section complète de doigt ou de membre ;
- Brûlure grave ;
- Accouchement imminent ou en cours ;
- Écrasement de membre ou du tronc ;
- Ensevelissement.

### **Les circonstances particulières :**

- Noyade ;
- Pendaison ;
- Personne restant à terre suite à chute accidentelle (sauf si notion de porte ouverte et personne présente et victime non blessés) ;
- Rixe ;
- Accident avec plaie par arme à feu ou arme blanche ;
- Électrisation ou foudroiement ;
- Accident de la circulation ;
- Incendie ou explosion ;
- Intoxication collective ;
- Situation avec nombreuses victimes ;
- Tentative de suicide avec risque imminent.

**Les interventions sur la voie publique ou dans un établissement recevant du public avec un lieu protégé ou non, ne correspondant pas à un départ réflexe, font l'objet d'une régulation.**

**Si le médecin régulateur décide de l'engagement, c'est le SDIS qui assure la mission.**

**Ce type d'intervention ne fait pas l'objet d'une carence**

## Annexe 4 - Motifs de départ pour des détresses justifiant l'urgence à agir

**Cette liste est non exhaustive** et l'opérateur CTA face à une situation complexe devra toujours privilégier l'engagement d'un moyen en départ réflexe.

- Douleur thoracique dans un contexte d'antécédent cardiaque (voir grille d'aide à la décision) ;
- La suspicion d'accident vasculaire cérébral (AVC) ;
- Les fractures ouvertes des membres.

## Annexe 5 - Guide des lieux d'intervention, hors départ réflexe

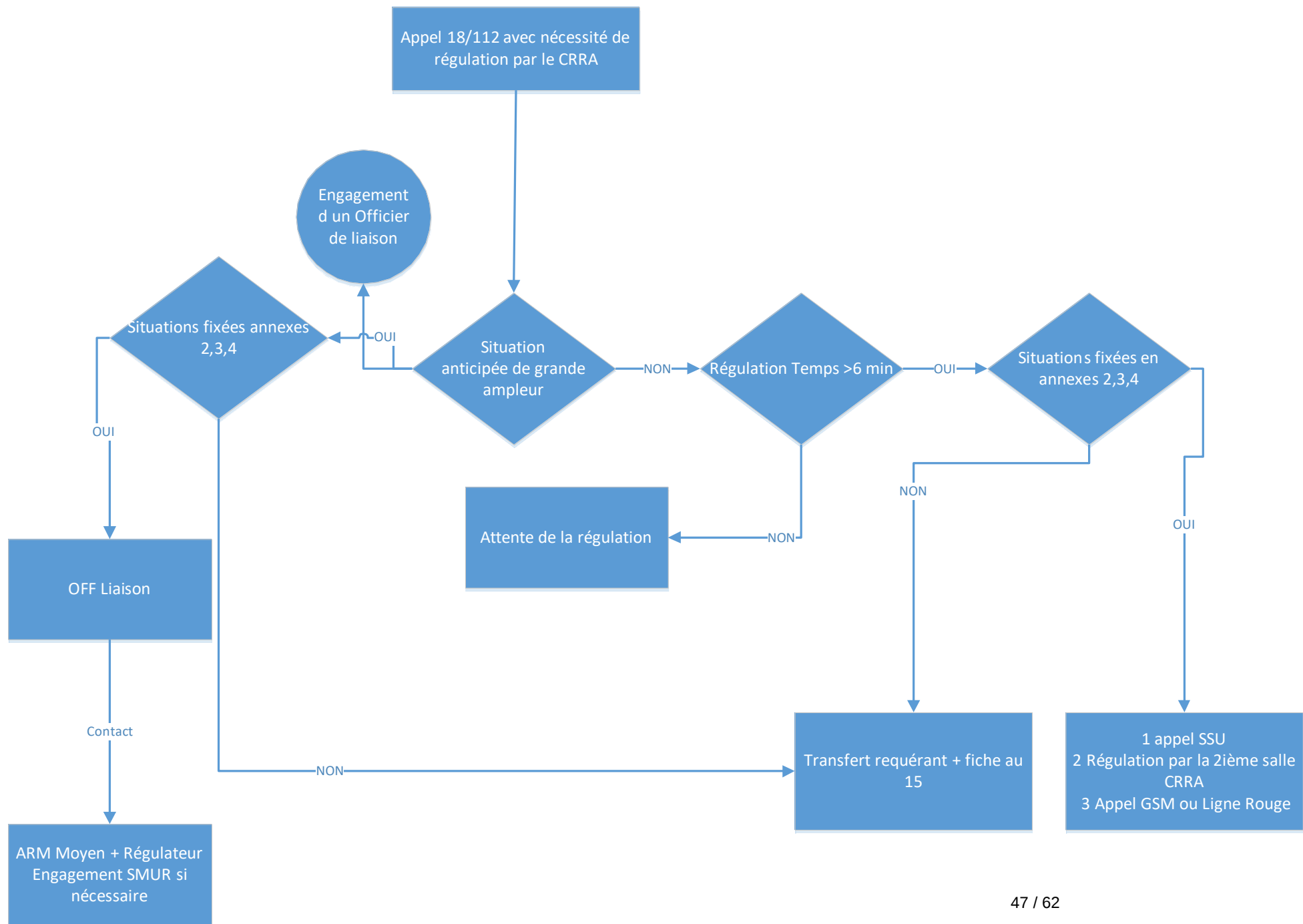
### Guide des lieux d'intervention

*La notion d'espace protégé correspond à un lieu où la victime peut être soustraite de la vue du public et laissée sous la surveillance d'une tierce personne*

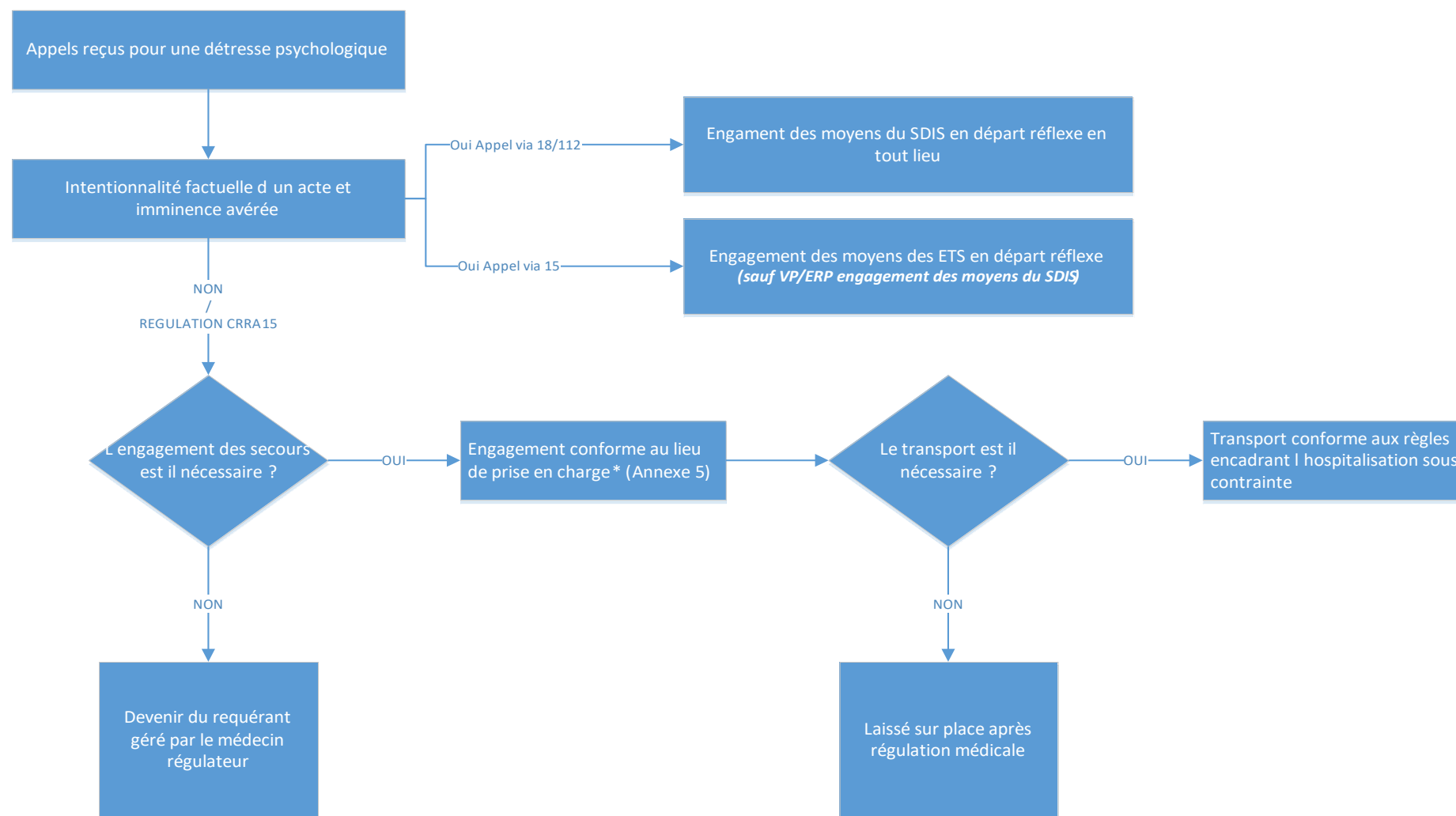
*L'opérateur ou l'ARM demande au requérant si la victime peut être déplacée vers un espace protégé*

| Voie publique                                                                                                 | Lieu public/ ERP                                                                                              |                                                                                                                 | Domicile/<br>Lieu de travail/Lieu privé                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                               | Sans espace protégé                                                                                           | Avec espace protégé                                                                                             |                                                                                                               |
| Engagement de moyens SP<br> | Engagement de moyens SP<br> | Engagement de moyens SP<br> | Engagement moyens ETS<br> |

## Annexe 6 - Régulation en situation dégradée



## Annexe 7 - Prise en charge des détresses psychologiques



\* Si les SP interviennent sur un lieu de prise en charge des ETS il s'agit d'une situation de carence

## Annexe 8 - Actes de soins d'urgence

### **Actes de soins à visée diagnostique réalisés par le SDIS**

- Prise de température, de pulsation cardiaque et de pression artérielle par voie non invasive
- Recueil de la glycémie par captation capillaire brève ou lecture transdermique
- Recueil du taux de saturation en oxygène ou en monoxyde de carbone par voie non invasive
- Electrocardiogramme

### **Actes de soins à visée diagnostique réalisés par les ETS dans le cadre de la garde ambulancière**

- Prise de température, de pulsation cardiaque et de pression artérielle par voie non invasive
- Recueil de la glycémie par captation capillaire brève ou lecture transdermique
- Recueil du taux de saturation en oxygène ou en monoxyde de carbone par voie non invasive

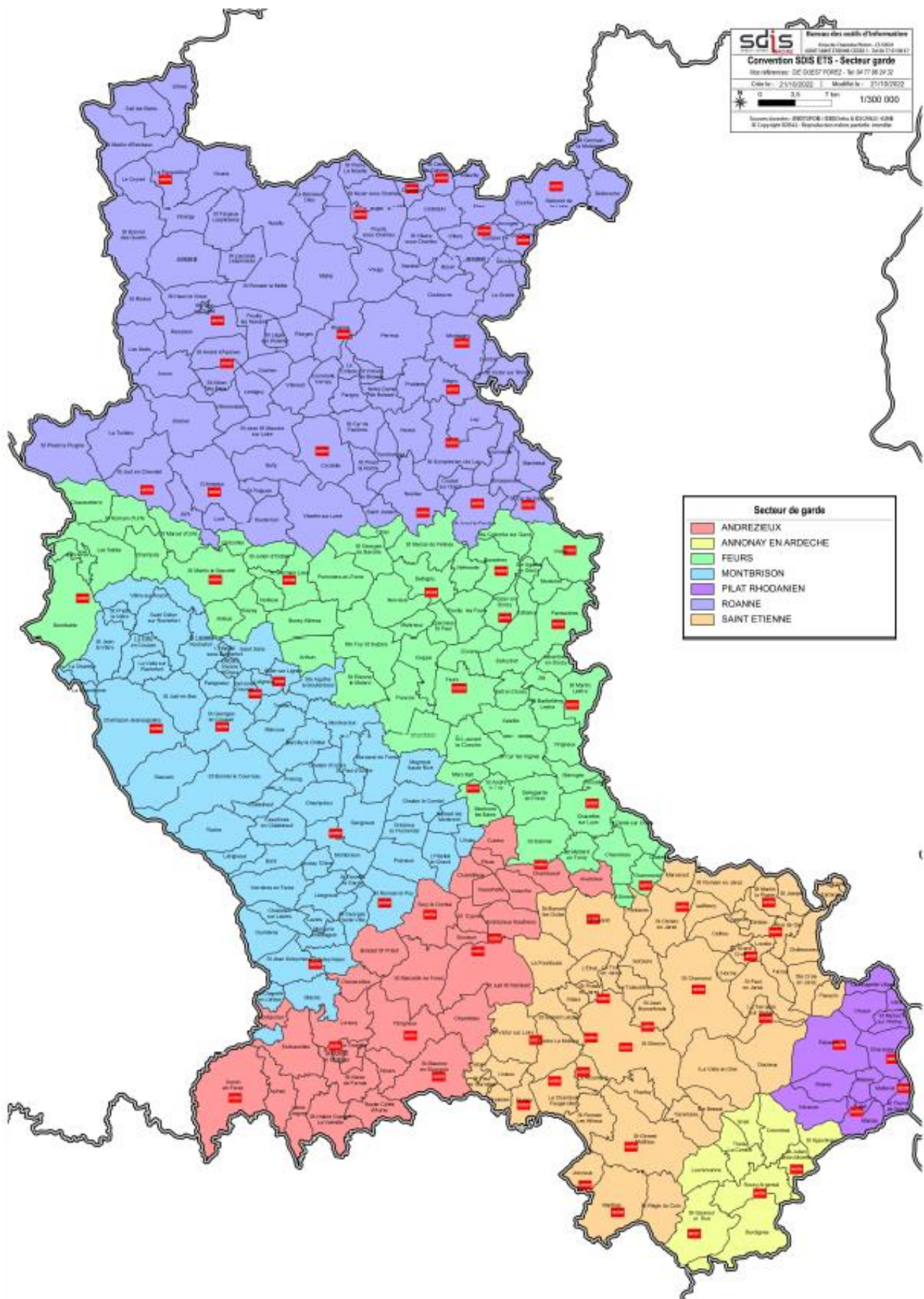
## **Annexe 9 - Grilles d'aide à la décision communes et conseils apportés aux requérants**

- 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) ;
- Section complète au-dessus du pied ou de la main ;
- Détresse respiratoire ;
- Hémorragie sévère ;
- Accouchement imminent ou en cours.

## Annexe 10 - Protocoles infirmiers de soins d'urgence

- Voie veineuse périphérique dite d'attente
- Pose de patch d'EMLA® chez l'enfant
- Prélèvements sanguins veineux
- Glycémie capillaire - Resucrage
- Brulures graves
- Douleurs aiguës de l'adulte (>15 ans)
- Douleurs aiguës de l'enfant (>1mois)
- Antagonisation d'un surdosage en morphine
- MEOPA
- Détresse circulatoire aiguë (contexte traumatique)
- Douleurs thoraciques (contexte non traumatique)
- Convulsions nourrissons et enfants
- Crise convulsive de l'adulte
- Arrêt cardio-respiratoire chez l'adulte
- Cardio-respiratoire chez l'adulte IADE
- Arrêt cardio-respiratoire chez l'enfant
- Arrêt cardio-respiratoire chez l'enfant IADE
- Syndrome infectieux
- Dyspnée expiratoire aiguë
- Intoxication aux fumées
- Intoxication aux cyanures
- Réaction allergique de l'adulte (> 15 ans)
- Dyspnée inspiratoire aiguë du nourrisson et enfant
- Réaction allergique de l'enfant (< 15 ans)

## Annexe 11 - Secteurs de garde ambulancière



## Annexe 12 - Procédure de recherche d'un moyen des ETS

Sollicitation du COAM par le biais d'une demande de moyen, formulée par le médecin régulateur du SAMU au travers du logiciel C15.

Durant les différentes périodes de journée ou de nuit, plusieurs ambulances sont présentes sur les tableaux de garde de chaque secteur et intégrées dans le système SIRA urgences.

Les missions sont proposées aux ambulances de garde du secteur qui les acceptent si ces dernières ne sont pas déjà en mission :

- Si l'ambulance du secteur est déjà en mission, le COAM utilise l'algorithme d'attribution des missions (proposition de l'intervention aux entreprises du secteur puis des secteurs les plus proches dans le respect du délai d'intervention demandé) ;
- Si l'algorithme ne propose pas de moyen, le COAM opère une recherche manuelle et sollicite par téléphone les entreprises susceptibles d'offrir un vecteur adapté en termes de délai d'intervention ;
- En période de garde préfectorale (nuit de semaine, weekend jour/nuit et jours fériés), les missions sont attribuées manuellement aux ambulances de garde ainsi qu'à celles ayant offert une disponibilité au SAMU sur ces créneaux (garde volontaire).

Les missions peuvent aussi faire l'objet d'une attribution manuelle en cas de dysfonctionnement de l'algorithme d'attribution.

En l'absence de solution permettant l'intervention d'une ambulance dans le délai maximum imparti, le médecin régulateur peut décider l'attribution de la mission au SDIS, en réponse à une indisponibilité de moyen des ETS.

La durée de recherche et le nombre de sollicitations faites par le COAM aux sociétés d'ambulances sont adaptés en fonction du caractère plus ou moins urgent de la mission et du délai d'intervention défini par le médecin régulateur (**au moins 2 sollicitations ETS hors ambulance de garde**). Quand le délai le permet, toutes les entreprises raisonnablement susceptibles d'intervenir sont contactées jusqu'à ce que l'une d'entre elles soit engagée.

Pour une urgence n'autorisant pas plus de 30 minutes de délai, 3 entreprises sont interrogées au minimum avant d'envisager un vecteur parallèle.

## Annexe 13 - Tableau type de garde ambulancière

|                                                                          |        |                                                                                 |                 |                   |                           |                        |
|--------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------------------|------------------------|
| SECTEUR DE :                                                             |        | 20h/8h la nuit - garde en journée 8h/20h les samedis, dimanches et jours fériés |                 |                   |                           |                        |
| La société<br>référente du<br>secteur est<br>indiquée par<br>une croix : |        | Société<br>référente du<br>secteur                                              | N° d'agrément   | NOM DE LA SOCIETE | COMMUNE<br>d'IMPLANTATION |                        |
|                                                                          |        |                                                                                 |                 |                   |                           |                        |
|                                                                          |        |                                                                                 |                 |                   |                           |                        |
|                                                                          |        |                                                                                 |                 |                   |                           |                        |
|                                                                          |        |                                                                                 |                 |                   |                           |                        |
|                                                                          |        |                                                                                 |                 |                   |                           |                        |
|                                                                          |        |                                                                                 |                 |                   |                           |                        |
| PERIODE                                                                  |        | LIGNE DE GARDE n°1                                                              |                 |                   |                           |                        |
|                                                                          | Jour   | Date                                                                            | Jour ou Nuit    | N° d'agrément     | Nom de la société         | Commune d'implantation |
| 1                                                                        | JFérié | samedi 1 janvier 2022                                                           | Jour (8h - 20h) |                   |                           |                        |
| 2                                                                        | S      | samedi 1 janvier 2022                                                           | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 3                                                                        | Djour  | dimanche 2 janvier 2022                                                         | Jour (8h - 20h) |                   |                           |                        |
| 4                                                                        | D      | dimanche 2 janvier 2022                                                         | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 5                                                                        | L      | lundi 3 janvier 2022                                                            | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 6                                                                        | M      | mardi 4 janvier 2022                                                            | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 7                                                                        | Me     | mercredi 5 janvier 2022                                                         | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 8                                                                        | J      | jeudi 6 janvier 2022                                                            | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 9                                                                        | V      | vendredi 7 janvier 2022                                                         | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 10                                                                       | Sjour  | samedi 8 janvier 2022                                                           | Jour (8h - 20h) |                   |                           |                        |
| 11                                                                       | S      | samedi 8 janvier 2022                                                           | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 12                                                                       | Djour  | dimanche 9 janvier 2022                                                         | Jour (8h - 20h) |                   |                           |                        |
| 13                                                                       | D      | dimanche 9 janvier 2022                                                         | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 14                                                                       | L      | lundi 10 janvier 2022                                                           | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 15                                                                       | M      | mardi 11 janvier 2022                                                           | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 16                                                                       | Me     | mercredi 12 janvier 2022                                                        | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 17                                                                       | J      | jeudi 13 janvier 2022                                                           | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 18                                                                       | V      | vendredi 14 janvier 2022                                                        | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 19                                                                       | Sjour  | samedi 15 janvier 2022                                                          | Jour (8h - 20h) |                   |                           |                        |
| 20                                                                       | S      | samedi 15 janvier 2022                                                          | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 21                                                                       | Djour  | dimanche 16 janvier 2022                                                        | Jour (8h - 20h) |                   |                           |                        |
| 22                                                                       | D      | dimanche 16 janvier 2022                                                        | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 23                                                                       | L      | lundi 17 janvier 2022                                                           | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 24                                                                       | M      | mardi 18 janvier 2022                                                           | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 25                                                                       | Me     | mercredi 19 janvier 2022                                                        | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 26                                                                       | J      | jeudi 20 janvier 2022                                                           | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 27                                                                       | V      | vendredi 21 janvier 2022                                                        | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 28                                                                       | Sjour  | samedi 22 janvier 2022                                                          | Jour (8h - 20h) |                   |                           |                        |
| 29                                                                       | S      | samedi 22 janvier 2022                                                          | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 30                                                                       | Djour  | dimanche 23 janvier 2022                                                        | Jour (8h - 20h) |                   |                           |                        |
| 31                                                                       | D      | dimanche 23 janvier 2022                                                        | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 32                                                                       | L      | lundi 24 janvier 2022                                                           | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 33                                                                       | M      | mardi 25 janvier 2022                                                           | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 34                                                                       | Me     | mercredi 26 janvier 2022                                                        | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 35                                                                       | J      | jeudi 27 janvier 2022                                                           | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 36                                                                       | V      | vendredi 28 janvier 2022                                                        | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 37                                                                       | Sjour  | samedi 29 janvier 2022                                                          | Jour (8h - 20h) |                   |                           |                        |
| 38                                                                       | S      | samedi 29 janvier 2022                                                          | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 39                                                                       | Djour  | dimanche 30 janvier 2022                                                        | Jour (8h - 20h) |                   |                           |                        |
| 40                                                                       | D      | dimanche 30 janvier 2022                                                        | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |
| 41                                                                       | L      | lundi 31 janvier 2022                                                           | Nuit (20h - 8h) |                   |                           |                        |

## Annexe 14 - Tableau de suivi des carences réalisée par le SDIS 42 validée par le COAM

[illegible]

## Annexe 15 - Notion de bilan vert et bilan rouge

La notion de bilan vert et bilan rouge est issue du référentiel SAP/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 CRRRA. 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 CRRRA,
- Permettre à l'ARM moyen d'autoriser le transport de victime en bilan vert sur le SAU de secteur sans régulation médicale préalable,
- En mode dégradé, le CODIS peut autoriser le transport de victime en bilan vert sur le SAU de secteur.

### **Situations pouvant être qualifiées en BILAN VERT :**

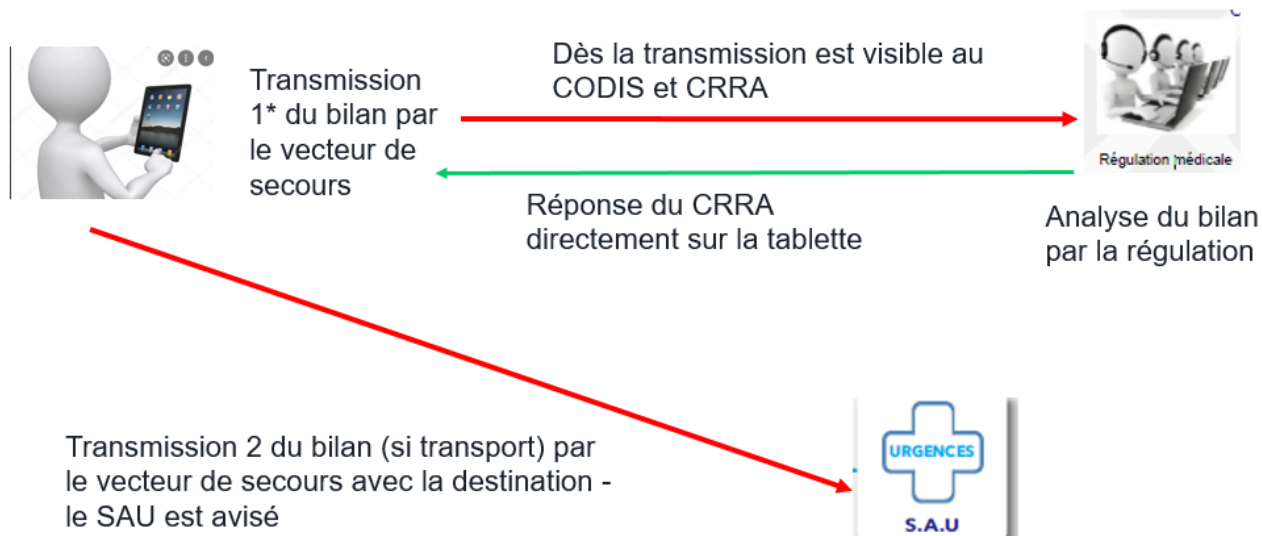
- Traumatologie bénigne sans déformation de l'épaule jusqu'au doigt ;
- Traumatologie bénigne sans déformation du genou jusqu'aux doigts de pieds ;
- Relevage simple dans un contexte de maladresse ;
- Plaie simple et brûlure simple au sens du référentiel technique SSUAP.

### **Situations pouvant être qualifiées en BILAN ROUGE :**

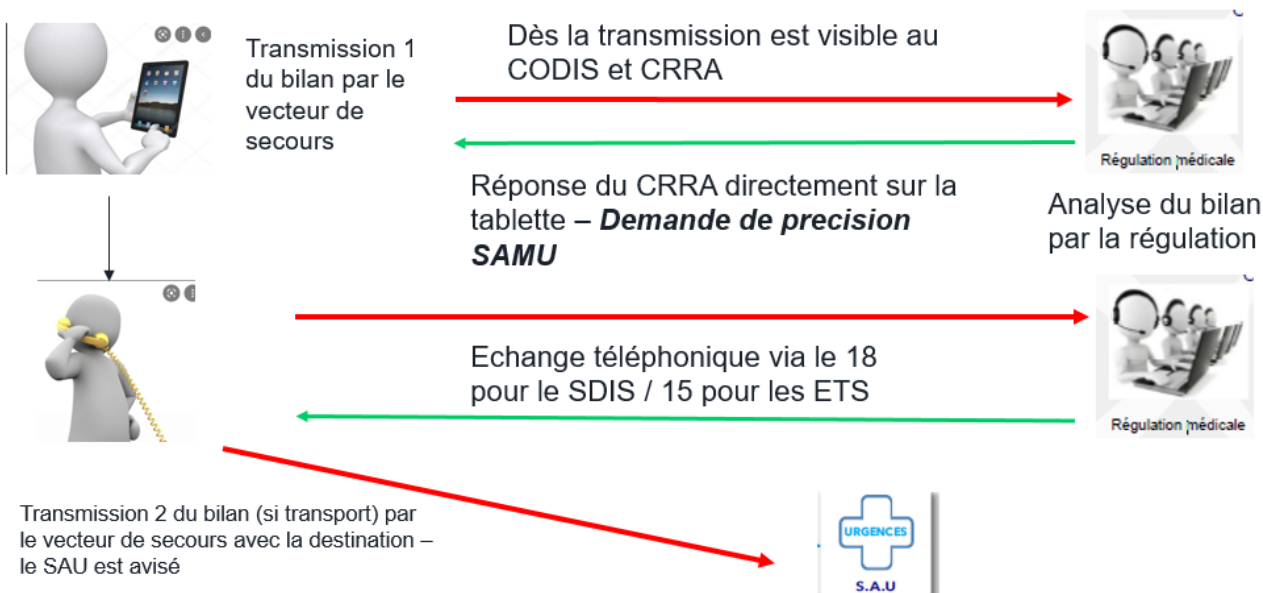
- Toute situation qui n'est pas un bilan vert (malaise, AVP, ...)

## Annexe 16 - Principes de régulation avec la transmission numérique des bilans

### ■ Cas 1: Validation de la proposition du vecteur de secours– retour directement sur la tablette



### ■ Cas 2: La regulation a besoin de précision



# Annexe 17 - Les indicateurs d'activité par services

## 1/ Les indicateurs liés à la téléphonie

- Nombre d'appels entrant sur le numéro 15
- Nombre d'appels entrant sur le numéro 18
- Nombre d'appels entrant sur le numéro 112
- Délai moyen de décroché 15
- Délai moyen de décroché 18
- Délai moyen de décroché 112
- Taux d'accueil 15
- Taux d'accueil 18
- Taux d'accueil 112
- La qualité de service 15
- La qualité de service 18
- La qualité de service 112

*Le taux d'accueil s'entend comme le nombre d'appels décrochés / nombre d'appels abandonnés*

*La qualité de service s'entend comme le nombre d'appels décrochés en X seconde / temps de décroché de l'ensemble des appels*

## 2/ Les indicateurs opérationnels

- Nombre d'interventions SMUR
  - Primaire : terrestre et Hélicoptérée
  - Secondaire
- Nombre d'interventions SDIS dans le cadre du SSUAP
  - VSUAP
  - 3SM
  - Dragon
- Nombre d'interventions ETS dans le cadre de l'urgence pré hospitalière
  - Primaire
  - Secondaire

*Ces indicateurs seront fournis par commune (code INSEE)*

## 3/ Les indicateurs interservices

- Délai moyen de décroché 15/18 et 18/15
- Délai concernant la régulation
  - Moyenne et médiane du délai de prise en compte des bilans par le CRRA
  - Moyenne et médiane du délai de la décision de la régulation
  - Taux de régulation sans contact
- SDIS : Intervention par type de lieu et par code sinistre, tous appels confondus
- SDIS : Intervention domicile, lieu de travail, lieu privé, par code sinistre avec différenciation appel 18/112 ; appel 15.
- ETS : Intervention par type de lieu et par code sinistre
- Intervention conjointe SDIS/SAMU ; ETS/SAMU par type de lieu, code sinistre et commune
- Nombre de protocoles ISP effectués par type, type de lieu, type de vecteur AMU
- Carences :
  - De délai par commune et secteur de garde
  - De moyens par commune et secteur de garde
  - Nombre de carences sur le secteur non couvert par la garde ambulancière par commune et centre de secours
- Nombre de « transfert CRRA » avec taux de retour par code sinistre
- Délai d'attente au SAU

# Annexe 18 - Les situations donnant lieu à une indemnisation pour le SDIS par le centre hospitalier siège du SAMU

## 1/ Coût des diverses interventions

- Missions d'aide médicale urgente assurées par le SDIS ne se rattachant pas directement à ses missions (liste non exhaustive) :
  - Transfert secondaire
  - Transfert inter hospitalier
  - Transfert d'une équipe SMUR hélicoptérée sur les lieux d'une opération sur laquelle le SDIS n'est pas engagé
  - Renfort brancardage en complément d'une équipe SMUR
  - ...

Au 1<sup>er</sup> Janvier 2023 le coût est de 200 euros. L'actualisation sera prise en compte dans le respect des évolutions réglementaires.

*Base réglementaire : Arrêté du 22 Avril 2022 modifiant l'arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges des SAMU mentionnée à l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales*

- Situations assimilées aux carences de délais
  - Intervention n'entrant pas dans le cadre des missions du SDIS, sur un lieu d'intervention des ETS, suite à un engagement préalable du vecteur de garde
  - Renfort brancardage en complément d'un équipage des ETS
  - Détresse psychologique sur un lieu de prise en charge des ETS
  - Situation de relevage pour une mission relevant des ETS

Au 1<sup>er</sup> Janvier 2023 le coût est de 200 euros. L'actualisation sera prise en compte dans les respects des évolutions réglementaires.

*Base réglementaire : Arrêté du 22 Avril 2022 modifiant l'arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges des SAMU mentionnée à l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales*

- Situations assimilées aux carences de moyens
  - Intervention n'entrant pas dans le cadre des missions du SDIS sur un lieu d'intervention des ETS, suite à une indisponibilité ambulancière par rapport au tableau de garde

Au 1<sup>er</sup> Janvier 2023 le coût est de 200 euros. L'actualisation sera prise en compte dans les respects des évolutions réglementaires

*Base réglementaire : Arrêté du 22 Avril 2022 modifiant l'arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges des SAMU mentionnée à l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales*

## **2/ Conditions de paiement**

Le SDIS transmet mensuellement un état des sommes dues intitulé « constat contradictoire des interventions du SDIS effectuées dans le cadre du secours à personne et de l'aide médicale urgente » au médecin responsable du Centre 15 du Centre Hospitalier siège du SAMU concerné.

La transmission de cet état au Directeur du SAMU vaut acceptation de la dépense, et certification du « service fait ».

Au vu de ce constat contradictoire, le SDIS enverra un titre de recette, accompagné du constat contradictoire pour règlement.

Le paiement interviendra dans les 30 jours suivant la réception du titre de recette.

## Annexe 19 - Fiche d'amélioration de la qualité SDIS / SAMU / ATSRU

| FICHE DE REMONTEE INTERSERVICES DANS LE CADRE DE LA CONVENTION TRIPARTITE         |        |                    |    |                                  |                        |                          |                        |                              |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------|----|----------------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------------|-------|
| Origine de la remontée                                                            |        |                    |    | SDIS                             |                        | SAMU Nord                |                        |                              | ATSRU |
|                                                                                   |        |                    |    |                                  |                        | SAMU Sud                 |                        |                              |       |
| Réception                                                                         | 18/112 |                    | 15 |                                  | N° Inter SDIS<br>..... | N° d'appel SAMU<br>..... |                        | N° de dossier ATSRU<br>..... |       |
| Date : .....                                                                      |        | Heure d'appel<br>h |    | <u>Motif de l'intervention :</u> |                        |                          |                        |                              |       |
| <u>Adresse et type de lieu :</u>                                                  |        |                    |    |                                  |                        |                          |                        |                              |       |
| Type de problème constaté                                                         |        |                    |    | Motif de la remontée constatée   |                        |                          | Analyse et commentaire |                              |       |
| Engagement d'un départ réflexe injustifié                                         |        |                    |    |                                  |                        |                          |                        |                              |       |
| Mauvaise application de la convention                                             |        |                    |    |                                  |                        |                          |                        |                              |       |
| Décision hors cadre de la convention                                              |        |                    |    |                                  |                        |                          |                        |                              |       |
| Engagement SP sur une mission AP                                                  |        |                    |    |                                  |                        |                          |                        |                              |       |
| Engagement AP sur une mission SP                                                  |        |                    |    |                                  |                        |                          |                        |                              |       |
| Problème lié à l'engagement d'un SMUR                                             |        |                    |    |                                  |                        |                          |                        |                              |       |
| Problème lié à l'engagement du 3SM                                                |        |                    |    |                                  |                        |                          |                        |                              |       |
| Autre                                                                             |        |                    |    |                                  |                        |                          |                        |                              |       |
| Signalé par :                                                                     |        |                    |    |                                  |                        |                          |                        |                              |       |
| SUIVI DU SIGNALEMENT                                                              |        |                    |    |                                  |                        |                          |                        |                              |       |
| <b>ACCORD</b> des services concernés sur le motif de signalement<br>OUI / NON     |        |                    |    |                                  | <u>Commentaires :</u>  |                          |                        |                              |       |
| <u>Solution corrective apportée par les services :</u>                            |        |                    |    |                                  |                        |                          |                        |                              |       |
| <u>Avis du comité de conciliation et d'évaluation et propositions éventuelles</u> |        |                    |    |                                  |                        |                          |                        |                              |       |

## Annexe 19 bis - Définition des cas indésirables graves

L'évènement indésirable grave (EIG) est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale (article R. 1413-67 du code de la santé publique).

Tout EIG constaté est déclaré par tout professionnel de santé ou tout représentant légal désigné de l'établissement de santé au directeur général de l'ARS au moyen du formulaire prévu par l'article R. 1413-70 du code de la santé publique.

Le traitement s'établit en trois étapes.

- Sans délai, la première partie de la déclaration est transmise au DG ARS. Elle comporte :
  - La nature de l'évènement et les circonstances de sa survenue ;
  - L'énoncé des premières mesures prises localement au bénéfice du patient et en prévention de la répétition d'événements de même nature ;
  - La mention de l'information du patient et, le cas échéant, de sa famille, de ses proches ou de la personne de confiance qu'il a désignée ;
- Une analyse approfondie des causes de l'évènement est effectuée par tous les acteurs concernés avec l'aide de la structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients, permettant d'établir un plan d'actions correctives avec des échéances de mise en oeuvre et d'évaluation.
- Dans les trois mois suivant l'EIG, la deuxième partie de la déclaration est transmise. Elle comporte :
  - Le descriptif de la gestion de l'évènement ;
  - Les éléments de retour d'expérience ;
  - Le plan d'actions correctrices.

L'ARS diffuse les mesures correctives à l'ensemble des acteurs concernés du territoire.