La présente FAC reprend les instructions et notes opérationnelles issues du règlement opérationnel (RO) du SDIS 03. Elle présente les éléments de doctrine d'emploi des moyens opérationnels du SDIS de l'Allier dans le cadre des missions de Secours d'Urgence Aux Personnes (SUAP), ainsi que ceux de l'assistance à personne.

Photo 11A1 : Intervention SUAP sur la voie publique

I/ Préambule

Plusieurs textes législatifs et réglementaires définissent les missions opérationnelles des SDIS, notamment en matière de Secours d'Urgence Aux Personnes et de participation à l'Aide Médicale Urgente (AMU).

Ainsi le Code Général des Collectivités Territoriales (CGCT) précise les missions des SDIS et leurs périmètres, tandis que le Code de la Santé publique (CSP) précise la notion d'aide médicale urgente à laquelle le SDIS peut apporter son concours.

L'articulation entre les notions de secours d'urgence du CGCT d'une part, et de participation des SDIS à l'Aide Médicale Urgente (AMU) d'autre part, nécessitait des précisions que le référentiel sur le secours à personne et l'aide médicale urgence (référentiel SAP-AMU) a apporté en partie en devenant la doctrine française de l'organisation des secours par l'arrêté commun du ministère de l'intérieur et du ministère de la Santé du 24 avril 2009.

Cet arrêté impose la création d'une convention entre le SAMU et le SDIS pour l'adaptation départementale des dispositions du référentiel SAP-AMU.

Cette convention a été signée par Mr le Préfet de l'Allier, Mr le Président du Conseil d'Administration du SDIS de l'Allier, le chef d'établissement du Centre Hospitalier de Moulins, siège du SAMU, et le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

II/ Principes Généraux

La réponse opérationnelle du Service Départemental d'Incendie et de Secours de l'Allier en matière de SUAP est organisée selon les éléments structurants développés ci-après :

1 L'articulation COS-SSSM

Le Commandant des opérations de Secours (COS) a, pendant les opérations de secours, autorité sur tous les services engagés sur intervention, qu'il s'agisse de services publics, d'associations agréées de sécurité civile ou d'intervenants privés.
Sur une opération, les personnels du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) sont placés sous l'autorité du commandant des opérations de secours, pour ce qui est de la conduite des opérations et de toute action ne relevant pas d'un acte médical. En revanche, pour tous les actes relevant de leur art ainsi que les instructions données aux équipes secouristes pour la prise en charge médicale des victimes, ils agissent en toute indépendance et sous leur propre responsabilité.

2 Un maillage territorial serré pour une réponse de proximité

Afin d'assurer une distribution rapide des secours en cas de détresse vitale, l'ensemble des Centres d'Incendie de Secours (CIS) participent à la réponse opérationnelle du SDIS.

3 Une réponse opérationnelle graduée

La réponse opérationnelle du SDIS est graduée en fonction du type d'intervention et des moyens nécessaires dans l'intérêt des victimes. La graduation de la réponse comprend :

- Des secouristes sans vecteur de transport ;
- Des secouristes avec vecteur de transport ;
- Des infirmiers de sapeurs-pompiers ;
- Des médecins de sapeurs-pompiers.

Cette réponse graduée est adaptée à l'appel par le CTA-CODIS ou à la demande du COS et/ou du CRRA 15.

Les missions de relevage simple s'entendent comme relevant de l'assistance à personne, pouvant induire une réponse secouriste sans VSAV.

4 Un engagement précoce des moyens en départs réflexes dans l'intérêt des victimes

Sans préjudice du rôle de la régulation médicale, les moyens du SDIS sont engagés précocement lors des appels reçus au CTA pour des situations précises dans le cadre des départs réflexes. Cet engagement réflexe permet une prise en charge secouriste, paramédicale et médicale rapide par les moyens du SDIS sur des critères de gravité réelle ou potentielle ou bien en fonction du caractère dangereux de la situation se déroulant sur la voie publique ou dans les lieux non sécurisés.

5 Un respect du rôle de la régulation médicale

En dehors des situations de départs réflexes, les moyens du SDIS ne sont pas engagés à l'initiative du CTA. Le requérant est systématiquement transféré au CRRA 15 qui déterminera la meilleure réponse à adapter.

6 L'intérêt de la victime prime

En cas de doute pour l'opérateur du CTA CODIS sur la qualification en départ réflexe d'une situation qu'il évalue par téléphone, l'intérêt de la victime doit primer par l'engagement des moyens du SDIS ***si les éléments en sa possession laissent à penser une gravité supposée de l'état de celle-ci***. Ce principe doit rester exceptionnel et ne pas conduire à remettre en cause systématiquement la régulation médicale préalable des appels en dehors des situations de départs réflexes.

De même, l'évacuation d'une victime vers une destination non habituelle nécessitant un plateau technique particulier doit être appréciée différemment lorsqu'il s'agit d'une intervention médicalisée ou urgente (section de membre…) ou lorsqu'il s'agit d'un simple rapprochement du domicile. Enfin, il n'est pas du champ de compétence du SDIS d'assurer les transports secondaires, notamment entre centres hospitaliers.

7 La maitrise des moyens opérationnels du SUAP par le CTA-CODIS

Le SDIS conserve la maîtrise de ses moyens. La couverture opérationnelle des missions non urgentes en matière de SUAP à la demande du CRRA 15 ne doit pas conduire à l'incapacité du SDIS à répondre à des missions opérationnelles de type incendie,

sauvetage, risques routiers ou interventions pour risques technologiques et/ou naturels. Il s'agit du rôle clé du chef de salle du CTA-CODIS. Toute situation nécessitant un arbitrage doit remonter impérativement à la chaine de commandement.

8 La distinction entre les gestes de secours et l'évacuation de la victime

L'engagement en départ réflexe des moyens du SDIS s'entend à minima par l'engagement de secouristes dotés de matériel pour traiter une urgence vitale sans vecteur de transport de type VSAV. L'évacuation pourra être réalisée après régulation médicale soit par un VSAV engagé en renfort, soit par une unité mobile hospitalière d'un SMUR ou par une ambulance privée.

9 L'appui de la permanence médicale SSSM

Celle-ci est assurée par téléphone et de manière permanente, et pourra être sollicitée sur toute difficulté médicale survenant sur intervention ou à la prise d'appel.

Points Clés

Ces principes généraux guident l'organisation du SDIS et doivent être respectés lors du traitement de l'alerte ou de la conduite des opérations dans le domaine du SUAP.

III/ Organisation et capacités opérationnelles

1 Les capacités opérationnelles

Afin de répondre aux missions lui incombant dans les domaines relevant du secours d'urgence aux personnes, le SDIS 03 dispose des moyens permettant de réaliser tout ou partie des missions relevant du secours d'urgence, de l'évacuation des victimes ou des soins d'urgence.

Aussi, si l'engagement d'un VSAV constitue la réponse la plus courante à une demande de secours, l'engagement préalable d'un VPI ou d'un VPS sur certains secteurs géographiques apporte une réponse secouriste avec DSA précoce, dans l'attente du VSAV qui constitue l'unique moyen de transport du SDIS.

Les interventions relevant de l'assistance à la personne (notamment les relevages) et ne requérant pas un transport de victime a priori pourront être assurées par des moyens sans VSAV.

D'autre part, l'engagement de secouristes peut être complété par l'engagement d'une VLSM afin d'apporter une réponse sapeurs-

pompiers aux besoins de soins d'urgence. L'engagement opérationnel des moyens médicaux du SSSM est défini au sein d'une instruction opérationnelle propre.

A / Véhicules et moyens pour les missions SUAP

La réponse secouriste du SDIS pour une intervention pour une mission SUAP peut intégrer les moyens suivants :

- Le VSAV, permettant de prodiguer à une victime l'ensemble des premiers secours et de l'évacuer ;

Photo 11A2 : VSAV dit « cellule carrée » à partir de 2015

- Le lot de premier secours en équipe (Lot PSE) avec DSA, en dotation dans les VPI et VPS des CPI, permettant d'assurer une réponse secouriste avec défibrillateur dans les secteurs les plus éloignés des CS et CSP.

Photo 11A3 : Véhicule de Première Intervention

Chaque véhicule doit être armé suivant les effectifs définis par note opérationnelle, les personnels étant à jour de leur formation de maintien et de perfectionnement de leurs acquis, et les chefs d'agrès étant inscrit sur liste d'aptitude.

B/ La réponse courante

Le SDIS 03, notamment par l'implantation de ses moyens, vise la couverture courante de la population selon les objectifs suivants :

- En secours d'urgence :
  - une couverture d'au moins 94% dans un délai moyen de 20 minutes ;
  - une couverture d'au moins 99% dans un délai moyen de 30 minutes.

- Evacuation des victimes:
  - une couverture d'au moins 90 % dans un délai moyen de 20 minutes ;
  - une couverture d'au moins 99 % dans un délai moyen de 30 minutes.

- Soins d'urgence :
  - développer et valoriser la capacité opérationnelle du SSSM, notamment en zone rurale.

C / La réponse dégradée

La disponibilité effective des sapeurs-pompiers d'une part, et l'indisponibilité d'un agrès engagé sur une autre intervention d'autre part, peuvent amener le SDIS à effectuer une réponse précoce en mode dégradé à une sollicitation de secours d'urgence à personne.

Dans ce cadre, les moyens humains et matériels les plus proches à même d'apporter une réponse rapide à la demande de secours sont engagés. Ils sont complétés sur les lieux de l'intervention par les personnels et matériels adaptés.

D/ Les situations à multiples victimes

Le dimensionnement de la réponse courante permet de faire face à des situations engageant un nombre de victimes limité.

Dans le cas de situations à multiples victimes identifiées dès l'appel, une réponse opérationnelle structurée de niveau groupe pourra être engagée a priori par le CTA/CODIS.

Si le nombre de victimes nécessitant des soins et une évacuation est supérieur ou égal à dix, les moyens prévus dans le dispositif ORSEC NOVI seront engagés, et la doctrine opérationnelle du secours de l'avant sera appliquée par les primo-intervenants.

Les différents groupes d'interventions sont définis au sein de l'instruction opérationnelle qui leur est propre.

2 La réception des appels

La réception et le traitement de l'appel pour secours et soins d'urgence à toute personne en détresse représentent l'étape qui conditionne le déclenchement des moyens de secours adaptés.

Ainsi, de manière générale, l'appelant pour une situation de secours d'urgence aux personnes peut s'adresser au CTA/CODIS ou au CRRA 15.

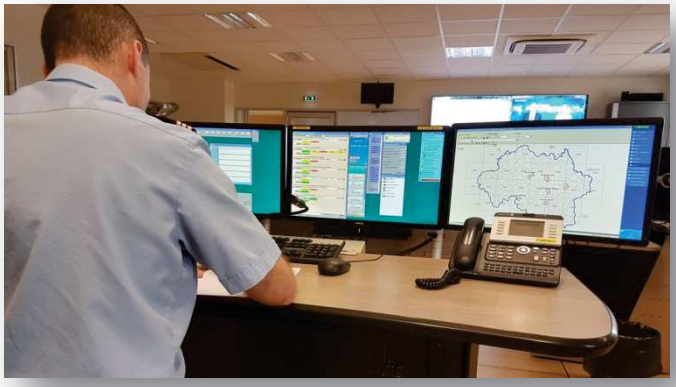


Photo 11A4 : Poste informatique du CTA-CODIS 03

A/ Appel entrant au CTA/CODIS

Tout appel entrant au CTA/CODIS pour une demande de secours sera analysé par un opérateur, appuyé si nécessaire par le chef de salle. Suite à cette analyse et conformément aux dispositions réglementaires en vigueur, l'opérateur détermine si l'intervention relève d'un départ réflexe des moyens du SDIS ou si l'appel doit être régulé préalablement par le CRRA 15.

Dans la mesure du possible, le CTA/CODIS conseillera le requérant sur les attitudes à adopter face à la situation rencontrée, et guidera notamment les témoins dans les gestes de secours urgents à effectuer, sans que ces actions engendrent un délai pour l'engagement des moyens adaptés et la prévenance des autres services.

B/ Sollicitation des moyens du SDIS par le CRRA 15

Le CRRA 15 peut solliciter les moyens du SDIS avant régulation médicale ou suite à un appel régulé transféré préalablement ou non par le CTA/CODIS.

La sollicitation des moyens du SDIS par le CRRA 15 peut correspondre à différentes dispositions opérationnelles qui seront détaillées par note opérationnelle spécifique :

- Pour un secours d'urgence aux personnes ;
- Pour une mission d'assistance à personne ;
- Pour une mission d'aide médicale urgente :
  - appui logistique au SMUR ;
  - carence de transporteur sanitaire privé ;
  - aide au brancardage.

IV/ Engagement opérationnel

La marche générale des opérations en matière de Secours d'Urgence aux Personnes comprend les étapes suivantes :

1 La préparation opérationnelle

La préparation opérationnelle consiste en la vérification de la qualité et la quantité des matériels présents dans les différents agrès du CIS destinés aux missions de SUAP et au maintien des acquis des personnels.

- **Le contrôle des inventaires**

  La vérification des inventaires du matériel SUAP des CIS doit être réalisée quotidiennement dans les CSP et au minimum une fois par mois dans les CS et CPI. Une périodicité plus courte est laissée à l'initiative des chefs de centre.

- **Le contrôle de l'hygiène du matériel**

  Le contrôle visuel de la propreté des matériels ainsi que leur désinfection périodique se fait selon les recommandations en vigueur dans le cadre des procédures d'hygiène.

- **La formation continue**

  Le maintien des acquis en matière de SUAP est réalisé dans le cadre des manœuvres mensuelles et de la garde. Les chefs de centre sont garants de l'opérationnalité de leurs agents par le suivi de ces manœuvres. A l'issue de certaines interventions, le chef d'agrès peut également décider de refaire une technique ou une manœuvre dans le cadre de l'amélioration continue des personnels.

2 La phase opérationnelle

La phase opérationnelle consiste à la conduite des opérations par le COS. Elle comprend les éléments chronologiques suivants qui peuvent être adaptés en fonction de l'intervention.

- **Départ et conduite en intervention**

Le chef d'agrès et le conducteur de l'agrès engagé pour missions SUAP veillent à la prise en compte de l'intervention (composition de l'équipage en nombre et en qualité, localisation de l'intervention, choix de l'itinéraire…) et à la conduite en sécurité en fonction du degré d'urgence conformément au règlement intérieur et au cadre réglementaire. Le respect des règles de conduites, au regard de l'urgence ou non de la mission, est à observer strictement.

- **Protection et balisage**

Le chef d'agrès fait procéder au balisage des lieux de l'intervention au travers des moyens mis à sa disposition dans un objectif de prévention d'un sur-accident (routier, incendie…). Il fait adapter les équipements de protection individuelle de ses personnels et prend toutes mesures conservatoires pour assurer la sécurité des victimes et des différents intervenants.

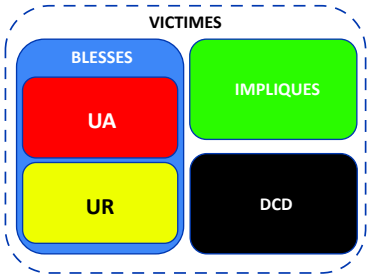
- **Bilan des victimes**

Il coordonne le bilan des victimes qu'il adapte en fonction des situations (bilan circonstanciel, cinétique…).

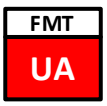
Il définit, d'après la terminologie ORSEC et le référentiel SAP-AMU, le <u>nombre de personnes victimes d'un évènement</u> et réalise une première catégorisation.

Afin d'assurer une cohérence départementale entre les différents acteurs, et ce quel que soit l'importance de l'évènement, la terminologie relative aux victimes et à leur bilan ci-dessous, remplace les précédentes appellations et entre en vigueur à la parution de la présente note.

- **Victime :** personne présente sur le lieu de l'évènement, pouvant présenter un dommage physique ou psychologique directement causé par celui-ci. Elle est catégorisée selon son état par les secours en « décédé » ou « blessé » ou « impliqué ».



- **Blessé :** victime non décédée, dont l'état caractérisé par une atteinte corporelle nécessite la prise en charge par les secours et/ou les équipes d'aide médicale urgente. Elle est catégorisée selon son état par les secours en urgence absolue « UA » ou en urgence relative « UR ».
  Les blessés se répartissent en deux catégories
  - **Victime Urgence Absolue** (UA) dont le pronostic vital est engagé ou qui nécessite une prise en charge médicale/paramédicale urgente,



- **Victime Urgence Relative** (UR) dont le pronostic vital n'est pas engagé qui nécessite uniquement des gestes secouristes, une prise en charge psychologique ou la prise en charge de la douleur par un infirmier. Les victimes classées UR ne nécessitent pas forcément une évacuation immédiate par les sapeurs-pompiers.

FMT UR

- **Décédé :** victime dont le décès est constaté par un médecin ou dans les circonstances de décès certain (décapitation, écrasement de la tête avec éclatement de la boîte crânienne et destruction évidente du cerveau, raideur et lividités cadavériques, décomposition évidente des tissus).

FMT DCD

- **Impliqué :** victime non blessée physiquement, exposée directement à un risque de mort ou de blessure pouvant avoir besoin d'une prise en charge notamment médico-psychologique. Les impliqués sont accueillis au centre d'accueil des impliqués (CAI).Demande de renfort éventuel :

FMT E/I

- **Demande de renfort**

Le COS sollicite les renforts éventuels adéquats à l'issue de la reconnaissance des risques, de la situation opérationnelle, du nombre et de l'état des victimes. Les demandes de renfort *(y compris VLSM)* sont adressées par radio au CODIS sur la conférence 236 (OPE 03). La demande de renfort médical peut transiter par radio au SAMU 03 sur la conférence 237 (SSU). Le CODIS engage les moyens demandés par le COS qui reste le seul responsable de l'engagement des moyens publics et privés sur l'intervention et renseigne la chaine de commandement.

Points Clés

Les demandes de renfort VLSM sont à formuler au CODIS. Les demandes de VML sont à formuler au CRRA 15.

- **Traitement des victimes**

Le chef d'agrès dirige la prise en charge secouriste des victimes. Pour cela, il choisit les techniques, leur degré de priorité, affecte les personnels qui réaliseront les gestes qui s'imposent à la situation en fonction des référentiels de formation en vigueur au sein du corps départemental. En cas de médicalisation par un SMUR ou un officier de santé du SSSM, tous les actes relevant de l'art médical ou infirmier ainsi que les instructions données aux équipes secouristes pour la prise en charge médicale des victimes relèvent de la responsabilité propre des professionnels de santé. Le COS restant néanmoins responsable de la conduite globale de l'intervention et notamment de la sécurité de l'ensemble des intervenants.

- **Choix et réalisation du relevage**

Le chef d'agrès fait réaliser les techniques de relevage, de brancardage ou d'aide à la marche adaptées à la situation rencontrée jusqu'au vecteur de transport. La protection

thermique, le respect de la pudeur, la prévention des chutes dans les mobilisations de la victime et de troubles musculo squelettiques pour les personnels doivent guider son action.

- **Bilan au CRRA 15 et rédaction de la fiche bilan**

  Le chef d'agrès informe dans les meilleurs délais le CRRA 15 de la situation rencontrée, des signes secouristes et des données paramétriques multiples qu'il a recueillis. Il répond aux éventuelles questions des personnels du SAMU et appliquent leurs recommandations dans le respect du cadre réglementaire et des compétences. Le chef d'agrès consigne tous ces éléments sur la fiche bilan SAP en vigueur, qui constitue ainsi un document administratif médicojuridique qui doit suivre la victime tout au long de son parcours.

  - Le bilan de la victime devra être transmis par conférence SSU au CRRA 15, sa transmission par téléphone constituant une exception (passant impérativement par le CTA/CODIS). Certaines circonstances dispensent le chef d'agrès d'un bilan complet, qui pourra alors transmettre un bilan simplifié.
  - L'engagement d'un infirmier ou d'un médecin SSSM sur une intervention ne doit pas avoir pour effet de retarder le bilan secouriste effectué auprès du CRRA 15. Le bilan médical ou infirmier sera transmis par l'officier de santé à l'issue de l'examen de la victime.

- **Relations avec la famille et les autres services**

  Le COS informe les victimes, la famille éventuellement présente et prend en compte les autres services publics sur les lieux. Néanmoins, en cas de décès, l'information des proches ne relève pas de ses prérogatives.

- **Transport**

  Le chef d'agrès assure ou fait assurer la surveillance de la victime durant le transport pour détecter une éventuelle aggravation de son état. Il confie la victime au personnel soignant du service receveur après avoir réalisé une synthèse comprenant les éléments circonstanciels, les éléments cliniques et paramétriques recueillis, leur évolution et les informations matérielles ou personnels utiles à la poursuite de la prise en charge. Il remet l'exemplaire victime de la fiche bilan.

3 Le retour d'intervention

La phase de retour d'intervention comprend la clôture technique et informatique de l'intervention mais également la préparation opérationnelle pour une prochaine intervention.

- **Compte rendu de sortie de secours :** Le chef d'agrès doit rendre compte de ses actions en rédigeant un CRSV numérique sur le logiciel d'alerte. Il procède à l'archivage de la fiche bilan conformément au cadre réglementaire en vigueur. Il transmet sans délai les éventuelles données enregistrées par le DSA.

- **Nettoyage désinfection / DASRI :** Les équipiers réalisent le nettoyage et la désinfection des matériels et de l'agrès. Ils assurent la traçabilité de leurs actions sur le cahier de désinfection du CIS. Ils informent leur chef d'agrès de toute difficulté rencontrée.

- **Reconditionnement / réarmement :** Les équipiers procèdent au remplacement de tout le matériel utilisé et signale toute difficulté technique (panne, casse, perte) au chef d 'agrès.

- **Débriefing / RETEX :** Le chef d'agrès peut réaliser un débriefing technique à chaque retour d'intervention. Il peut solliciter un débriefing psychologique par le SSSM, via le CTA/CODIS.
  Tout incident, évènement indésirable ou difficulté intervenu sur une intervention avec un autre service devra être porté à la connaissance du service opérations sous couvert de la voie hiérarchique et par l'emploi du formulaire dédié.