

	INSTRUCTION OPÉRATIONNELLE			
	Doctrines opérationnelles du SDIS de l'Allier en matière de Secours et Soins d'Urgence Aux Personnes (SSUAP)			
Version	Mise à jour	Domaine	Identification	Rédacteur(s)
1.0.0	23/04/2024	SSUAP	IOP-A-SSUAP-001	SDS-GSO

Références	CGCT, Code Santé Publique, référentiel organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25/06/2008, SDACR, Règlement opérationnel, convention SDIS 03-SAMU 03 et conventions provisoires relatives aux prestations de services aux SMUR par le SDIS 03.
Mots clefs	Secours d'urgence, secours aux personnes, CTA-CODIS, SDS, SAMU, départs réflexes, secouristes, VSAV, aide médicale urgente, assistance à personne, COS.

1. PRINCIPES GENERAUX

La réponse opérationnelle du SDIS 03 dans le domaine du SSUAP est organisée selon les principes suivants :

- **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 :
 - o Des secouristes sans vecteur d'évacuation (VPI, VL...);
 - o Des secouristes avec vecteur d'évacuation (VSAV) ;
 - o Des infirmiers de sapeurs-pompiers (VLI, VLITT) ;
 - o Des médecins de sapeurs-pompiers.
- **La maîtrise des moyens opérationnels du SSUAP par le CTA-CODIS :** le SDIS conserve la maîtrise de ses moyens. La couverture opérationnelle des missions non urgentes en matière de SSUAP à la demande du CCRA 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. Toute situation nécessitant un arbitrage doit remonter impérativement à la chaîne de commandement.
- **Le rôle de la régulation médicale :** en dehors des situations de départs réflexes, le requérant est systématiquement transféré au CRRA 15 qui détermine la meilleure réponse à adapter.
- **L'intérêt de la victime prime :** en cas de doute pour l'opérateur du CTA-CODIS sur la qualification en départ réflexe, et si les éléments en sa possession laissent à penser une gravité supposée de l'état de la victime, l'intérêt de cette dernière doit primer par l'engagement des moyens SDIS.
- **L'évacuation des victimes est une mission partagée :** elle peut être réalisée, après régulation médicale, soit par un VSAV, soit par une Unité Mobile Hospitalière (UMH) d'un SMUR ou par une ambulance privée. L'évacuation vers un plateau technique particulier doit être appréciée différemment lorsqu'il s'agit d'un simple souhait de rapprochement du domicile pour convenance personnelle. Chaque fois que cela sera possible, l'évacuation vers l'hôpital le plus proche sera recherchée. Enfin, il n'est pas du champ de compétence du SDIS d'assurer les transports secondaires, notamment entre centres hospitaliers.
- **L'articulation COS-équipes médicales ou paramédicales :** sur une opération, les équipes médicales ou paramédicales (personnes de la SDS, équipes SMUR) sont placées sous l'autorité du COS, pour ce qui est de la conduite des opérations. Pour tous les actes relevant de leur art, ils agissent en toute indépendance et sous leur propre responsabilité.
- **L'appui de la permanence médicale du SDIS :** celle-ci est assurée par téléphone et de manière permanente, et pourra être sollicitée sur toute difficulté médicale sur intervention ou à la prise d'appel.

2. ORGANISATION ET CAPACITES OPERATIONNELLES

2.1. Capacités opérationnelles

Les interventions relevant de l'assistance à la personne (notamment les personnes restant à terre suite à une chute) et ne requérant pas un transport de victime a priori pourront être assurées sans VSAV.

1. Véhicules et moyens pour les missions SSUAP

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

- Un véhicule de transport doté d'un lot de premier secours en équipe (sac PSE) avec DSA pour assurer les premiers secours ;
- Un VSAV pour prodiguer l'ensemble des premiers secours et évacuer une victime ;
- Un VLI afin d'apporter une réponse complémentaire de sapeurs-pompiers aux besoins de soins d'urgence.

Chaque véhicule devra 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.

2. Les situations à multiples victimes

Dans le cas de situations à multiples victimes identifiées dès l'appel et selon les circonstances, une réponse opérationnelle structurée pourra être engagée par le CTA-CODIS.

Selon le nombre de victimes, les moyens permettant la prise en charge de nombreuses victimes seront engagés, et la doctrine opérationnelle du secours de l'avant sera appliquée par les primo-intervenants (pose de bracelets SINUS, dénombrement des victimes, catégorisation par fiche médicale de tri...).

Les différents groupes d'interventions sont définis au sein d'une instruction opérationnelle dédiée.

2.2. 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.

1. 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. À l'issue de 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 augmentent le délai pour l'engagement des moyens adaptés et la prévenance des autres services.

2. Sollicitation des moyens du SDIS par le CRRA 15

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 et soins d'urgence aux personnes ;
- Pour une mission d'assistance à personne ;
- Pour une carence de transporteur sanitaire privé ;
- Pour une mission d'aide médicale urgente :
 - o Appui logistique au SMUR,
 - o Aide au brancardage.

3. ENGAGEMENT OPERATIONNEL

3.1. La préparation opérationnelle

La préparation opérationnelle consiste :

1. **Un contrôle des inventaires** : la vérification des inventaires du matériel SSUAP des CIS doit être réalisée quotidiennement dans les CSP et au minimum une fois par mois dans les autres CIS. Une périodicité plus courte est laissée à l'initiative des chefs de centre.
2. **Un 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.
3. **Une formation continue** : le maintien des acquis en matière de SSUAP 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.

3.2. La phase opérationnelle

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

1. **Départ et conduite en intervention** : le chef d'agrès et le conducteur de l'agrès veillent à la prise en compte de l'intervention (composition de l'équipage, localisation de l'intervention, choix de l'itinéraire...) et à la conduite en sécurité en fonction du degré d'urgence. Dans le cas d'une mission non urgente, le Code de la route doit être respecté.
2. **Protection et balisage** : le chef d'agrès, en qualité de COS, fait procéder au balisage des lieux de l'intervention pour prévenir un sur-accident, 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.
3. **Demande de renfort éventuelle** : le COS sollicite, si besoin, les renforts nécessaires à l'issue de la reconnaissance (risques, situation opérationnelle, nombre et état des victimes). Les demandes de renfort 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).
4. **Bilan des victimes** : il coordonne le bilan des victimes qu'il adapte en fonction des situations (bilan circonstanciel, cinétique...). Il définit, d'après la FOAD — Sémantique opérationnelle, le nombre de victimes et réalise une première catégorisation.
5. **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 et il 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.
6. **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. Il fait adapter les moyens et techniques aux circonstances (demande d'une équipe SMPM, moyen élévateur aérien...). Il prendra en compte la protection thermique, le respect de la pudeur, la prévention des chutes dans les mobilisations de la victime et la prévention des troubles musculosquelettiques pour son équipage.
7. **Bilan au CRRA 15 et rédaction fiches 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 recueillies. Il répond aux éventuelles questions des personnels du SAMU et applique leurs recommandations et éventuelles prescriptions dans le respect du cadre réglementaire et des

compétences. Le chef d'agrès consigne tous ces éléments sur la fiche bilan SSUAP en vigueur (numérique ou papier), qui constitue ainsi un document administratif médico-juridique.

Le bilan de la victime devra être transmis prioritairement par voie radio sur le canal SSU au CRRA 15, ou par téléphone sur la ligne dédiée (04.70.20.21.26).

L'engagement d'un infirmier de sapeur-pompier sur intervention ne doit pas avoir pour effet de retarder le bilan secouriste effectué auprès du CRRA 15. Le bilan infirmier sera transmis par ce dernier à l'issue de l'examen de la victime.

8. **Relation avec la famille et les autres services** : le COS informe les victimes et prend en compte les autres services publics sur les lieux. Selon la situation rencontrée, l'information des proches de la victime, relève du médecin, soit présent sur les lieux, soit en liaison téléphonique.
9. **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 personnelles utiles à la poursuite de la prise en charge. Cette synthèse sera dématérialisée via la tablette. Le cas échéant, une fiche papier sera rédigée.
La transmission de l'ensemble de ces éléments aux personnels soignants constitue un transfert de responsabilité entre les sapeurs-pompiers et l'établissement receveur, et qui doit être horodatée.

3.3. 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.

1. **Compte rendu de sortie de victimes** : dans la continuité de l'intervention, le chef d'agrès doit rendre compte de ses actions en rédigeant un CRSV numérique sur le système de gestion opérationnel (SGO). Il procède à l'archivage de la fiche bilan conformément au cadre réglementaire en vigueur (numérique ou papier). Il transmet sans délai les éventuelles données enregistrées par le DSA.
2. **Nettoyage/reconditionnement/réarmement** : l'équipage réalise le nettoyage et la désinfection des matériels et de l'agrès. Il renseigne le cahier de désinfection du CIS. L'équipage procède au remplacement de tout le matériel utilisé et signale toute difficulté technique (panne, détérioration, perte) au chef d'agrès.
3. **Débriefing/RETEX** : le chef d'agrès peut réaliser un débriefing technique à chaque retour d'intervention. Il peut solliciter un soutien psychologique par la SDS, via le CTA-CODIS.
Tout incident, événement indésirable ou difficulté intervenue 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 (Fiche d'évènement indésirable).

4. LE RÔLE DU COMMANDANT DES OPÉRATIONS DE SECOURS

Le COS, désigné par le « COS départemental » chef de corps, engagé pour mission SSUAP est assuré par :

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

5. L'ARTICULATION DU CHEF D'AGRES AVEC LE CRRA 15

Le COS renseigne dans les meilleurs délais le CRRA 15 afin de permettre au médecin régulateur de :

- Évaluer la gravité réelle de l'état de la victime ;
- Adapter la prise en charge secouriste si nécessaire ;
- Déclencher un renfort médical du SAMU ;

- Préparer l'évacuation en prenant en compte la capacité du lieu de destination, le souhait de la victime et les contraintes opérationnelles du SDIS ;
- Décider la suite à donner à l'intervention notamment dans le cadre de la continuité des soins ou la gestion de situations particulières (décès...).

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

- L'officier CODIS d'astreinte ;
- Le cadre santé de permanence du SDIS ;
- Le médecin de permanence du SDIS.

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

6. LES INTERVENANTS MEDICAUX ET INFIRMIERS

6.1. Rôle du COS et prérogatives des professionnels de santé

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

6.2. Intégration des équipes SMUR et des officiers « santé » du SDIS

Les équipes SMUR et les officiers « santé » du SDIS doivent être accueillis par le COS en charge de la (les) victime(s) qui leur transmet l'ensemble des éléments des bilans circonstanciels, vitaux et lésionnels. Il intègre les éléments (catégorisation, évolution potentielle de l'état, destination prévisible...) transmis par les médecins SMUR ou les officiers « santé » dans les messages adressés au CODIS afin d'anticiper les actions ultérieures.

6.3. Médecin de ville

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

7. LES BILANS MEDICO-SECOURISTES

7.1. Bilan secouriste

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

Le bilan secouriste comprend l'appréciation des éléments suivants :

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

- Toute information pouvant aider le médecin régulateur dans son évaluation de la situation.

Le chef d'agrès peut utiliser le support de recueil du bilan (tablette ou fiche papier) pour structurer les questions et les signes cliniques qu'il recherche.

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

7.2. Demande de renfort médical ou paramédical du SDIS

Le COS peut demander des moyens médicaux ou paramédicaux « sapeurs-pompiers » au CTA-CODIS. Ce dernier les engage s'ils sont disponibles.

En cas de vecteur jugé éloigné de l'intervention par le CTA-CODIS (présentation sur les lieux estimée supérieure à 30 min), le COS est informé afin qu'il puisse maintenir ou annuler sa demande.

Le CTA-CODIS informe dès que possible le CRRA 15 de l'engagement de tels moyens.

7.3. Examen clinique infirmier et médical

À l'issue des examens cliniques pratiqués par les officiers de santé, ces derniers rédigent une synthèse sur une fiche distincte de la fiche bilan secouriste.

8. LES MESSAGES OPERATIONNELS A DESTINATION DU CTA-CODIS

8.1. Message d'ambiance

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

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

Les statuts de demande de renfort (SMUR, police...) ne doivent pas être utilisés en dehors d'une occupation prolongée de la radio, car les services extérieurs souhaitent connaître systématiquement le motif de leur sollicitation pour adapter leur réponse.

8.2. Message de renseignements

8.2.1. Interventions SSUAP courantes

En dehors de situations particulières (cf. paragraphe ci-après), la prise en charge d'une UA impose l'utilisation de la phonie et la prise en charge d'une UR non médicalisée, celle des statuts.

En cas d'intervention SSUAP courante (absence de renfort demandé, gravité relative de la victime...), si la situation rencontrée correspond aux informations mentionnées sur le ticket de départ, le chef d'agrès ne transmettra pas de message de renseignement par radio au CODIS, mais utilisera les statuts adaptés.

8.2.2. Interventions SSUAP spécifiques

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

Les caractéristiques particulières peuvent être, par exemple :

- Un décès (soumis à obstacle ou non), consécutif à une mort violente ;
- Une intervention au profit de personnalités (autorités publiques ou politiques, VIP...);
- Une intervention de longue durée (médicalisation ou désincarcération longue...);
- Une intervention pour soins psychiatriques nécessitant le recours à la force publique ou à la sédation chimique ;

- Une intervention avec conduite de VML par un sapeur-pompier dans le cadre de l'appui logistique au SMUR ;
- Une intervention pour mineur sans personne investie de l'autorité parentale présente ;
- Une intervention ayant nécessité une demande de renfort ;
- Une intervention avec sapeur-pompier blessé ou tout autre agent de service public en service ;
- Une intervention avec blessure par arme ;
- Toute autre intervention particulière à l'appréciation du chef d'agrès.

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

9. L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION SUR LES LIEUX

9.1. Le secret médical et le secret professionnel

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

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

La prise de photos par les sapeurs-pompiers intervenants est formellement interdite en dehors de la présence des cellules de communication du SDIS sollicitées à la demande du COS.

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

Le COS veille au respect du secret lors d'une opération SSUAP. Il veille également au respect de la pudeur et l'isolement de la vue du public.

9.2. L'information ou le recours aux forces de l'ordre

9.2.1. Concernant les victimes

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

- Sur la voie publique ;
- Concernant un mineur sans présence de personne majeure identifiée à l'appel ;
- Pour personne blessée suite à une rixe ou une agression ;
- Pour blessure dans le cadre d'un accident du travail ;
- Avec personne agitée, agressive ou menaçante pour elle-même ou pour les autres ;
- Avec découverte de personne décédée ou inconsciente sans cause médicale identifiée à l'appel ;
- Pour personne ne répondant pas aux appels ;
- Pour toute intervention liée à un trouble à l'ordre public (ivresse manifeste sur la voie publique...) ;
- Pour toute intervention avec découverte d'armes à feu, d'explosifs ou d'éléments particuliers permettant de caractériser une menace terroriste.

9.2.2. Concernant les intervenants

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

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

9.3. L'information ou le recours à l'autorité municipale

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

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

10. LES SITUATIONS OPERATIONNELLES SPECIFIQUES

10.1. Tentatives de suicide

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

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

10.2. Personne retranchée ou menaçante

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

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

10.3. Relevage de personnes

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

Même si la plupart des interventions ne conduisent pas à un transport de la victime en secteur hospitalier, le chef d'agrès doit réaliser un bilan complet qu'il adresse au CRRA 15. En effet, les effets d'une position prolongée sur le sol (hypothermie, destruction musculaire par écrasement, escarres...) doivent être évalués.

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

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

10.4. Personne Ne Répondant Pas Aux Appels (PNRPAA)

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

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

La pénétration dans les lieux peut être réalisée par les sapeurs-pompiers sans la présence des forces de l'ordre afin de débiter des actions de secours à la victime ou des reconnaissances.

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

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

Avant de quitter les lieux, le COS veillera à confier les locaux ouverts aux FDO ou aux agents communaux.

10.5. Pédiatrie hors présence des parents

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

Le COS veillera à utiliser tous les moyens pour faire prévenir ces personnes « ressources ».

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

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

L'examen, la réalisation de gestes, le transport dans la cellule du VSAV ne doivent pas être réalisés par un seul équipier. Il faut en permanence deux sapeurs-pompiers en contact avec la victime mineure. Le chef d'agrès cherchera le secouriste ayant le meilleur contact avec l'enfant.

La présence d'un adulte de l'entourage (ou de la structure à laquelle l'enfant est confié) n'est pas obligatoire avec l'enfant durant l'évacuation, mais vivement recommandée.

10.6. Refus de soins et/ou transport

Toute personne a le droit de s'opposer aux soins et/ou à son évacuation par les sapeurs-pompiers. En cas de refus de soins et/ou de transport, le chef d'agrès cherchera à en connaître les raisons et tentera de convaincre la victime en s'appuyant sur des éléments factuels ou circonstanciels (traces d'impact, saignements...). Au besoin, il peut proposer que le médecin régulateur dialogue directement avec la victime par téléphone.

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

Le consentement aux soins peut être altéré par un traumatisme crânien, une intoxication médicamenteuse, une alcoolisation aiguë ou un AVC. Le chef d'agrès prendra ces éléments en compte en fonction du contexte opérationnel et veillera à leur compréhension par le CRRA 15 qui jugera de l'opportunité ou non d'engager une procédure de soins sans le consentement de la victime.

10.7. Soins psychiatriques sous contraintes

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

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

Les 3 formes juridiques des soins psychiatriques sous contraintes sont :

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

Ce type d'intervention ne relève pas des sapeurs-pompiers en première intention. Néanmoins, un VSAV peut être sollicité par le CRRA 15 en carence ambulancière. Cette procédure peut également intervenir à l'issue d'un autre secours à personne (malaise, agitation, tentative de suicide...).

Le chef d'agrès veillera, avant le transport de la victime et après régulation médicale, à la présence simultanée d'au moins un certificat médical de moins de 15 jours et du document rédigé par le tiers conformément au code de la santé publique.

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

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

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

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

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

Ce type d'intervention peut relever des missions des sapeurs-pompiers.

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

Attention, par facilité, le chef d'agrès peut être sollicité pour transporter la victime sans les documents précités. Cette situation est formellement interdite, car elle sort du cadre réglementaire et peut constituer pénalement un enlèvement.

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

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

10.8. Suspicion de maltraitance

10.8.1. Violences intrafamiliales (VIF)

Dans le cadre de nos missions, le chef d'agrès peut être amené à être en relation avec des victimes de violences intrafamiliales, soit parce qu'elles ont révélé subir ou avoir subi des violences, soit parce qu'il a repéré une situation de violences (verbales, physiques, psychologiques, harcèlement...). Le chef d'agrès a l'obligation d'en alerter, dans les plus brefs délais, le procureur de la République. (Article 40 du Code de procédure pénale : « Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs »).

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

- Intervention avec présence des FDO sur les lieux : attirer l'attention de ces derniers sur les faits constatés afin qu'ils puissent réaliser un procès-verbal ;

- Intervention sans présence des FDO sur les lieux : dès le retour de l'intervention, le chef d'agrès remplit la fiche victime de signalement (cf. annexe 1) et la transmet à l'officier opérations/prévision du groupement territorial en mettant en copie son chef de centre. Un remplissage partiel de la fiche avec les éléments connus suffit.

10.8.2. Mineur en danger

Le chef d'agrès peut rencontrer des situations concernant un ou des mineurs en danger.

La procédure mise en place au sein du SDIS est identique à celle décrite pour les VIF (à l'exception de l'annexe à remplir qui est alors l'annexe 2).

10.9. Risques Infectieux

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

Le COS informera le CODIS de toute prise en charge de victime présentant un risque infectieux et fera contacter le cadre santé de permanence par l'intermédiaire du CODIS pour être conseillé sur les mesures à entreprendre pour la santé et la sécurité des personnels (désinfection approfondie, nettoyage des tenues...), mais également pour leur suivi éventuel (prise de sang, antibiothérapie, prophylaxie...).

Des consignes opérationnelles particulières propres à un virus ou un agent contaminant connu en période épidémique (COVID, SRAS, grippe A H1N1, EBOLA...) peuvent être édictées.

La connaissance de l'exposition à l'agent infectieux peut arriver à postériori (appel du centre hospitalier après l'évacuation). Dans ce cas, le cadre santé de permanence informe, dans les plus brefs délais, les chefs de centre d'origine des sapeurs-pompiers qui étaient présents sur l'intervention des mesures à prendre.

10.10. Accident Exposition au Sang

Le sang et les autres sécrétions biologiques sont fréquemment rencontrés lors des interventions SSUAP. Les EPI présents à bord des VSAV doivent être portés en anticipation, mais le contact avec la victime peut arriver de manière fortuite avant la mise en œuvre de ces dispositifs.

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

10.11. Interventions bariatriques

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

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

À domicile, pour des personnes dont le poids connu est supérieur à 204 kg, le SDIS n'est tenu qu'à la réalisation des gestes de premiers secours. La mission d'évacuation sera confiée à un vecteur déterminé par le CRRA 15.

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

Le SDIS peut néanmoins aider un transporteur sanitaire privé ou un SMUR lors des opérations de relevage et de brancardage en mettant à disposition du personnel, au travers du SMPM et/ou d'une échelle aérienne à plateforme.

10.12. Interventions avec DRAGON ou HéliSMUR

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

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

Le COS veillera à prendre en compte l'appareil :

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

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

10.13. Appui logistique SMUR

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

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

10.14. Transport d'un accompagnant

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

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

10.15. Évacuation de patient perfusé

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

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

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

10.16. Habitat indigne

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

L'autorité municipale peut être demandée sur les lieux par le COS dans le cadre de ses pouvoirs de police administrative liée à la salubrité publique.

Le chef d'agrès réalise un signalement au retour de l'intervention au moyen du formulaire dédié établi par le pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne. Un remplissage partiel de ce formulaire (cf. annexe 3) avec les éléments connus suffit. Il est adressé à l'officier opérations/prévision du groupement territorial.

10.17. Arrêt des manœuvres de réanimation sans médecin sur les lieux

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

Lors du bilan transmis par le chef d'agrès ou un infirmier de sapeurs-pompiers au CRRA 15, le médecin régulateur peut décider d'arrêter les manœuvres de réanimation sans présence médicale sur les lieux, grâce aux informations dont il dispose (âge, antécédents médicaux, durée de non-massage, absence de choc délivré par le DSA, durée de la RCP sans reprise de pouls...).

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

- Étape 1 : Transmission d'un bilan au CRRA 15 via le CTA-CODIS avec les circonstances, les antécédents et l'état de la réanimation en cours par le chef d'agrès SSUAP ou un infirmier de sapeur-pompier ;
- Étape 2 : Recueil de l'avis du chef d'agrès ou de l'infirmier de sapeurs-pompiers et décision du médecin régulateur d'arrêter des manœuvres de RCP ;
- Étape 3 : Échange direct entre le médecin régulateur et la famille, personnes investies de l'autorité familiale ou personnes présentes ayant un lien avec la victime, par téléphone pour les informer de sa décision et les prévenir que les sapeurs-pompiers vont arrêter les manœuvres de réanimation à sa demande et afin de leur expliquer la suite des actions à mener (recherche de médecin pour le certificat de décès, appel des pompes funèbres...);
- Étape 4 : Une fois la famille ou les tiers informés, le médecin régulateur reprend le chef d'agrès ou l'infirmier de sapeurs-pompiers au téléphone pour lui donner la consigne d'arrêter les manœuvres de réanimation ;
- Étape 5 : le chef d'agrès fait arrêter les manœuvres de réanimation et fait procéder au placement du corps dans la pièce souhaitée par la famille.

10.18. Recherche de personnes disparues ou égarées

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

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

10.19. Interventions pour noyade en espaces naturels

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

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

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

10.20. Ivresse Manifeste sur la Voie Publique

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

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

10.21. Intervention à forte charge émotionnelle

Le COS doit, dans la mesure du possible, préserver son équipage en évitant une exposition inutile à une forte charge émotionnelle liée, soit au contexte (AVP grave ou mortel, mort violente ou d'une personne jeune, agression de l'équipage...), soit à la ou les victimes (intervention auprès d'un collègue ou de l'entourage des intervenants...).

En cas d'exposition et après débriefing technique de son équipage, le COS informe le cadre de santé de permanence via le CTA-CODIS pour avis et une éventuelle prise en charge par la SDS.

10.22 Autorisations spécifiques

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

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

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

- Transport longue distance en dehors du département même médicalisé :

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

-Transport de victime décédée :

Le transport de victime décédée ne rentre pas dans le champ de nos missions. Cependant, deux situations peuvent nous contraindre à transporter un corps vers la morgue du centre hospitalier de secteur :

- la réquisition d'un officier de police judiciaire à la suite d'un obstacle médico-légal,
- lors de la mort subite d'un nourrisson.

Dans tous les cas, le chef d'agrès en informera le CTA-CODIS pour obtenir une autorisation de la chaîne de commandement d'astreinte.

11. LA TRAÇABILITE ET LES COMPTES-RENDUS

11.1. La fiche bilan

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

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

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

- à l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) lors de l'accueil hospitalier ;
- au médecin SMUR ou sapeur-pompier présent sur les lieux en cas de transport médicalisé ;
- à l'infirmier sapeur-pompier présent sur les lieux en cas de transport para médicalisé ;
- à l'intéressé s'il n'est pas évacué afin de la transmettre éventuellement à son médecin traitant.

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

Le chef d'agrès renseigne la fiche de manière exhaustive dans l'intérêt de la victime notamment en cas de troubles de conscience ou de difficulté de communication de celle-ci.

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

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

11.2. CRSV sur le système de gestion opérationnelle

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

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

11.3. Compte-rendu spécifique

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

- Agression des sapeurs-pompiers au cours de l'intervention (avec ou sans blessure) ;
- Incident avec les personnels du SAMU ou des services d'urgence pour une éventuelle exploitation par la cellule de retour d'expérience SAMU-SDIS (CREX) : réaliser une fiche d'évènement indésirable (cf. annexe 4).
- Suspicion de maltraitance ou mauvais traitement infligé à une personne diminuée (vieillesse et/ou handicapée) n'étant pas en mesure de se défendre ou dans le cadre d'une urgence sociale.

**LE DIRECTEUR DEPARTEMENTAL
DES SERVICES D'INCENDIE ET DE SECOURS DE L'ALLIER**



Colonel hors-classe Philippe SANSA

Destinataires :

- DDSIS et DDASIS
- Chefs des groupements fonctionnels et territoriaux et chefferie SDS
- Chefs des centres d'incendie et de secours
- Chefferie CTA-CODIS
- Chefferie service formation
- Service Opérations

FICHE VICTIME DE SIGNALEMENT

(Lutte contre les violences intrafamiliales)

A transmettre à l'officier expert du service opérations/prévision du groupement territorial. En l'absence de ce dernier, la fiche est à transmettre à l'adresse mail suivante : service.operation@sdis03.fr

Victime			
Nom (en initial) :		Femme	Homme
Situation familiale (marié, pacsé, concubin, ex...) :			
Nom d'épouse :			
Date de naissance :			
Adresse précise (titularité du bail, propriétaire, hébergement à titre gratuit...) :			
Téléphone et horaires de contact :			
Nombre d'enfant(s) et âge(s) :			
Isolement actuel : Oui ☐ Non ☐ Connu/Suivi par des professionnels : Oui ☐ Non ☐ Lesquels :			
Situation professionnelle :			

Identification de l'auteur (nom, prénom, date de naissance, adresse si différente de celle de la victime...)

Service accueillant :	Cocher	Date de l'accueil	Service et nom de l'agent	Observations
Personnel médical				
Personnel paramédical				
Mairie				
CIDFF				
JECO3				
Autre (préciser) :				
Types de violences		Date des faits	Éléments factuels (prolixe)	

Violences psychologiques et verbales (isolement, harcèlement, humiliation, moquerie, insulte, menace, intimidation, dénigrement...)		
Violences physiques (gifler, pousser, pincer, bousculer, coups, morsure...)		
Violences économiques et administratives (interdiction de travailler, contrôle des dépenses, interdiction de compte bancaire, confiscation de documents d'identité, médicaux...)		
Violences sexuelles (agression sexuelle, viol...)		
Violences sur personne vulnérable (grossesse, handicap, âge, fragilité psychologique...)		
Facteurs de dangerosité de l'auteur (consommation d'alcool ou de drogue, troubles mentaux, actes d'intimidation...)		

Démarches entreprises par la victime

Plainte	oui ☐	n° d'enregistrement :	non ☐	Main courante/PVRJ	oui ☐	n° d'enregistrement :	non ☐
Certificat médical	oui ☐	non ☐	Date :	Nom du médecin :			
Constatations et ITT :							
Prise en charge psychologique	oui ☐	non ☐	Conséquences traumatiques de l'agression :				
Retrait de plainte	☐	Date du retrait :					
Le procureur de la République a l'opportunité des poursuites, le retrait de plainte n'entraîne pas d'office le classement sans suite de la procédure							
Autres démarches entreprises par la victime (antécédents aux faits évoqués)							
Antécédents judiciaires de l'auteur (si connus)							

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

L'article 44 du code de déontologie médicale (art. R. 4127-44 du code de la santé publique) impose au médecin de « mettre en œuvre les moyens les plus adéquats » pour protéger une personne majeure victime de sévices ou de privations « en faisant preuve de prudence et de circonspection ». L'arsenal législatif de lutte contre les violences commises au sein du couple a été complété par la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales. Cette loi, applicable depuis le 31 juillet 2020, a étendu les possibilités de **signalement des violences conjugales par les médecins ou tout autres professionnels de santé**. L'article 226-14 du code pénal a ainsi été complété par un 3° prévoyant que l'article 226-13 de ce code réprimant la violation du secret professionnel n'est pas applicable « au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 [de ce code], lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ».

Accord de la victime pour que les informations contenues dans cette fiche soient transmises :

- Au procureur de la République

☐

Département de l'Allier

Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

Fiche Recueil D'Information concernant un (des) mineur(s)
en danger ou en risque de l'être

Cette fiche permettra au Conseil Départemental de qualifier l'information en Information préoccupante ou non.

Date de recueil de l'information :

Rédacteur de l'information	Nom : Prénom : Institution : Fonction : Adresse et numéro de téléphone/ mail/ fax :
Auteur de l'information	Nom : Prénom : Lien avec l'enfant : ☐ Anonyme Ce support est un document administratif communicable.

Enfants concernés par l'information:

Nombre :

ENFANT 1

Nom : Prénom :

Sexe : ☐ M ☐ F

Date de naissance : Lieu de naissance :

Scolarité : Etablissement scolaire.....
Classe fréquentée.....

Adresse de l'enfant et/ou lieu de vie :

.....
.....

- | | |
|--|---|
| ☐ avec ses parents | ☐ avec un autre membre de la famille |
| ☐ en garde alternée | ☐ chez un tiers digne de confiance |
| ☐ avec sa mère seule | ☐ chez un(e) assistant(e) familial(e) |
| ☐ avec son père seul | ☐ en établissement protection de l'enfance |
| ☐ avec sa mère dans une famille recomposée | ☐ autre (à préciser)..... |
| ☐ avec son père dans une famille recomposée | |

Parent 1 : Nom :Prénom :

Date de naissance si connue :

Adresse :
.....

Parent 2 : Nom :Prénom :

Date de naissance si connue :

Adresse :
.....

Informations connues sur la filiation et l'autorité parentale

Est-ce que le parent 1 a été informé de cette fiche ?

☐ oui ☐ non

Si non, pourquoi :

.....
.....

Est-ce que le parent 2 a été informé de cette fiche ?

☐ oui ☐ non

Si non, pourquoi :

.....
.....

*(si + de 1 enfant concerné, remplir la fiche complémentaire ci jointe)

LA FAMILLE

➤ Adultes au domicile

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance ou âge	Lien de parenté

➤ Autres enfants à domicile

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance ou âge	Lien de parenté

Éléments d'inquiétudes

Les faits constatés et/ ou observés (lieu(x) des faits, personne(s) présente(s))

Ces faits ont-ils été observés et/ou constatés plusieurs fois ? ☐ oui ☐ non

Si oui, combien de fois :

Quand :

Les faits déclarés par l'enfant concerné et/ou l'auteur de l'information :

L'enfant a-t-il été entendu directement ?

☐ oui ☐ non

Si oui, par quelle personne ? :

Éléments complémentaires :

Savez-vous si le mineur et/ou sa famille bénéficie d'un accompagnement ? ☐ oui ☐ non

Si oui lequel :

Y-a-t-il des pièces jointes ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles :

.....

.....

.....

Fait à.....

Le.....

Signature

Cette fiche est à adresser :

à la Cellule de Recueil d'Informations Préoccupantes (CRIP 03)

Hôtel du Département - 1 avenue Victor Hugo BP 1669 - 03016 MOULINS CEDEX

Mail :

Fax :

Décision de la CRIP

Information qualifiée : ☐ oui
☐ non : Date

Date de qualification :

Date de retour d'évaluation attendu à la CRIP :

Date prévisionnelle de passage CDIP :

☐ Information transmise au JE et service prestataire

☐ Information transmise au Parquet

☐ Information transmise CRIP autre département

Observations :

Signature

FICHE DE REPERAGE HABITAT

COMMUNE* : EPCI :

ADRESSE DU LOGEMENT* Code Postal.....

Téléphone de la famille* Fixe : et/ou Portable :

NOM – Prénom de l'occupant les lieux* :

Statut d'occupation* : ☐ Propriétaire occupant ☐ Locataire ☐ Occupant à titre gratuit

Nom et adresse de votre propriétaire/bailleur:.....

Date d'entrée dans les lieux ou date d'acquisition :

Occupants* : Nombre d'adultes : année de naissance :

Nombre d'enfants : année de naissance :

Type de ressources du foyer* : ☐ salaire ☐ prestations familiales ☐ RSA ☐ Assedic
☐ Retraite ☐ Pension invalidité ☐ Autres

Montant mensuel total des ressources de la famille :

Montant de l'échéance du prêt ou du loyer :

Dépenses liées aux consommations d'énergie : par mois :

Par an :

Obtention d'un prêt à taux zéro depuis moins de 5 ans* : ☐ oui ☐ non

Revenu Fiscal de Référence 2017 (ligne 25 de l'avis d'imposition) * :

CARACTERISTIQUES DU LOGEMENT

Année de construction* :

Etage du logement ou nombre de niveaux : Cave ☐ oui ☐ non Grenier ☐ oui ☐ non

☐ Maison Individuelle ☐ Immeuble collectif d'habitation ☐ Maison mitoyenne

Nombre de pièces principales* : Surface approximative du logement :

Salle de Bain : ☐ oui ☐ non Baignoire : ☐ oui ☐ non Douche adaptée : ☐ oui ☐ non

WC intérieur : ☐ oui ☐ non Ascenseur : ☐ oui ☐ non Cuisine ☐ oui ☐ non

Eau courante : ☐ oui ☐ non Eau chaude sanitaire : ☐ oui ☐ non

Type de chauffage* : ☐ Individuel ☐ collectif

Système de chauffage* ☐ Radiateurs avec chaudière ☐ radiateurs électriques

Année d'installation de la chaudière ou des convecteurs :

☐ Chauffage d'appoint ☐ poêle à bois ☐ cheminée ☐ insert ☐ autres

Type d'énergie * : ☐ Fuel ☐ bois ☐ électrique ☐ gaz ☐ charbon

Combles/Grenier* : ☐ Isolé ☐ non isolé

ETAT GENERAL DU LOGEMENT :

Plomberie ☐ Bon état ☐ Etat moyen ☐ Mauvais Etat
Electricité : ☐ fils dénudés ☐ Absence de prise de terre dans pièces d'eau ☐ Surcharge de prises
☐ prises détériorées ou manquantes
Toiture : ☐ Infiltrations ☐ Défauts apparents
Planchers : ☐ risque d'effondrement ☐ Défauts apparents
Plafonds : ☐ risque d'effondrement ☐ Défauts apparents
Menuiseries : ☐ Défauts apparents ☐ Non étanches ☐ Simple Vitrage ☐ Double vitrage
Ventilations : Aérations ☐ oui ☐ non VMC : ☐ oui ☐ non
Installation/Evacuation des eaux usées : ☐ oui ☐ non Conforme : ☐ oui ☐ non
Eclairage naturel des pièces de vie : ☐ oui ☐ non
Est-ce que le logement a un besoin d'adaptation ? ☐ Oui ☐ Non

ASPECT VISUEL DU LOGEMENT :

Observations sur l'état général du logement : isolation, humidité, sur-occupation du logement, présence de nuisibles ou d'animaux en surnombre, etc...

PROJETS et INTENTIONS DU PROPRIETAIRE :**Suivi fiche***

Date du repérage : Auteur : Organisme de rattachement :
Adresse :
Tél : Email :

*renseignements obligatoires

L'occupant doit être informé de la transmission de cette fiche de repérage

Cette fiche est à transmettre à :

Conseil départemental de l'Allier / Direction de l'Aménagement et du Territoire- Service Urbanisme et Habitat/

1, avenue Victor Hugo – BP 1669- 03016 MOULINS CEDEX

Contact : Cynthia GUILLON – Tél : 04.70.34.14.73 – Mél : guillon.c@allier.fr

Point Rénovation info service – Tél : 04.70.34.41.84 – Mél : pris03@allier.fr

Fiche évènement indésirable

DECLARANT :	CIS D'AFFECTATION :	DATE DE L'EVENEMENT :	DATE DE DECLARATION :	N° D'INTERVENTION :
LIEU DE L'EVENEMENT :				
NATURE SUCCINCTE DE L'EVENEMENT : ☐ Echanges avec le CRRA 15		☐ Autre (précisez) :		
FAITS RELATES :				
CADRE RESERVE AU SERVICE OPERATIONS				
Date A/R :	Date traitement demande :	Suivi par :		
Actions réalisées :				
Propositions envisagées :				
Réponse à produire au déclarant :				
Date de clôture de l'évènement :				

Rédacteur	Contributeur(s)	Vérificateur(s)	Approbateur
Service opérations	CTA - CODIS	Chef GSO	DD SIS

Appel au CTA : Qualification de l'intervention en fonction du motif d'appel pour un secours d'urgence à personne

