

**CONVENTION PORTANT SUR L'ORGANISATION DU SECOURS D'URGENCE AUX
PERSONNES (SUAP) ET L'AIDE MEDICALE URGENTE (AMU)**

Accusé certifié exécutoire

Réception par le préfet : 19/12/2017

Affichage : 19/12/2017



Entre d'une part,

Le Centre Hospitalier de Saint-Etienne, établissement de santé,
siège du SAMU SUD,
Représenté par M. Michaël GALY – Directeur général

Le Centre Hospitalier de Roanne, établissement de santé,
siège du SAMU NORD,
Représenté par M. Dominique HUET – Directeur général

Ci-après dénommés « le CRRA ».

Et d'autre part,

Le Service départemental d'incendie et de secours de la Loire,
Représenté par M. Bernard PHILIBERT, Président du Conseil d'administration.

Ci-après dénommé « le SDIS ».

SOMMAIRE

ARTICLE 1 - OBJET DE LA CONVENTION	3
ARTICLE 2 - INTERCONNEXION DES CENTRES CTA-CODIS ET CRRA.....	4
ARTICLE 3 - L'ENGAGEMENT DES MOYENS DE SECOURS	4
ARTICLE 4 - LE BILAN SECOURISTE	6
ARTICLE 5 - L'ORIENTATION ET LE TRANSPORT DES VICTIMES	8
ARTICLE 6 - LES MODALITES D'ENGAGEMENT DES MOYENS DU SERVICE DE SANTÉ ET DE SECOURS MEDICAL DU SDIS	9
ARTICLE 7 - INTERVENTIONS ASSUREES PAR LE SDIS PAR INDISPONIBILITE D'AMBULANCIERS PRIVES	10
ARTICLE 8 - INTERVENTIONS ASSUREES PAR LE SDIS POUR HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE.....	11
ARTICLE 9 - AIDES TECHNIQUES DU SDIS A L'AIDE MEDICALE URGENTE	11
ARTICLE 10 - LA DEMARCHE QUALITE.....	12
ARTICLE 11 - LE FINANCEMENT.....	12
ARTICLE 12 - ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE	14
ANNEXE 1 : MOTIFS DE DEPARTS REFLEXES DES MOYENS DU SDIS	15
ANNEXE 2 : LE BILAN.....	16
ANNEXE 3 : LE BILAN SIMPLIFIE ET MODALITES DE TRANSMISSION	17
ANNEXE 4 : LE REFUS DE TRANSPORT	18
ANNEXE 5 : DEMANDE D'ENGAGEMENT DE L'USP DU SDIS	19
ANNEXE 6 : LES INDICATEURS	20
ANNEXE 7 : MODALITES D'INDEMNISATION DES INTERVENTIONS ASSUREES PAR LE SDIS	22

Vu le code général des collectivités territoriales (CGCT) et notamment ses articles L.1424-2, L.1424-4, L.1424-42, L.1424-44, R.1424-24 et R.1424-43;

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L.4011-1, L.6311-1, L.6311-2, R.4311-14 et R.6311-1 à R.6311-2; R.6311-6 R.6123-15;

Vu le code de la sécurité intérieure et notamment ses articles L.112-1, L.112-2, L.711-1, L.721-1 à L.723-20, L.741-1 à L.742-15, R.723-1 à R.723-91, R.741-1, D. 742-21

Vu l'arrêté du 30 novembre 2006 modifié 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 1424-42 du CGCT ;

Vu l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente ;

Vu l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personnes et de l'aide médicale urgente ;

Vu l'arrêté du 05 juin 2015 portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du Référentiel commun d'organisation du secours à personnes et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008 ;

Vu la circulaire du 05 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 personnes et de l'aide médicale urgente ;

Vu les recommandations interministérielles du 30 novembre 2016 sur l'élaboration des « arbres décisionnels » dans le cadre des départs réflexes des moyens des services d'incendie et de secours ;

Il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 - OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention 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 définie par le référentiel commun du 25 juin 2008.

Sa vocation est de rendre à la population un service de secours à la personne efficient en optimisant les liens interservices entre le SAMU et le SDIS. C'est ainsi que la présente convention prévoit une organisation opérationnelle commune selon les dispositions du référentiel et dans le respect des textes en vigueur.

ARTICLE 2 - INTERCONNEXION DES CENTRES CTA-CODIS ET CRRA

2.1. Interconnexion informatique

Une liaison entre les systèmes informatiques du CRRA 15 et du CTA-CODIS est mise en œuvre et permet l'échange d'informations en temps réel.

Cette interconnexion a pour objectif le partage, par les entités, des données suivantes :

- Localisation et identification de l'appelant,
- Nature de l'appel,
- Moyens engagés dans le cadre du secours à personne,
- Suivi des opérations en cours.

2.2. Interconnexion téléphonique

Des lignes téléphoniques dédiées assurent la liaison directe entre le CRRA et le CTA-CODIS. Elles permettent le transfert des appels ainsi que la conversation téléphonique à trois (appelant, CTA, CRRA).

Afin d'obtenir une régulation médicale dans les meilleurs délais et d'optimiser la prise en charge de la victime, les appels issus du CTA-CODIS font l'objet d'un « décrochage » téléphonique prioritaire par le CRRA.

S'agissant de la mise en conférence téléphonique à trois. Elle est pratiquée, si nécessaire, dans le respect des conditions suivantes :

- Le requérant et les différents acteurs sont informés du début et de la fin de la conversation à trois,
- Le respect du secret professionnel auxquels sont soumis les agents relevant de la fonction publique territoriale et les agents relevant de la fonction publique hospitalière,
- L'opérateur CTA quitte cette conférence sur demande du médecin régulateur du CRRA.

ARTICLE 3 – L'ENGAGEMENT DES MOYENS DE SECOURS

3.1. Réponse opérationnelle adaptée et graduée

La réponse opérationnelle est constituée des moyens suivants :

1. Les moyens sapeurs-pompiers secouristes avec véhicule de secours. Cet échelon constitue l'étape la plus précoce de la chaîne des secours en raison de sa rapidité de mise en œuvre compte tenu du maillage territorial que constituent les centres d'incendie et de secours.
2. Le recours aux infirmiers de sapeurs-pompiers qui participent à la prise en charge du patient et à la mise en place d'un protocole de soins d'urgence le cas échéant.
3. Le recours aux moyens médicaux du SAMU (SMUR) ou du SDIS (médecin du SSSM).

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

3.2. Départs réflexes des moyens du SDIS avant régulation médicale

Certaines circonstances peuvent nécessiter un engagement des moyens des services d'incendie et de secours avant toute régulation médicale. Ce type d'interventions constitue un départ dit « départ réflexe ».

Dans le respect de la réglementation en vigueur et compte tenu du contexte local, les parties conviennent que les situations visées ci-après justifient un départ réflexe .

- Les situations cliniques particulières,
- Les circonstances particulières de l'urgence,
- Tous les secours à personne sur la voie publique

Les cas de figure prévus dans ces situations sont détaillés en annexe 1.

En dehors des situations citées ci-dessus, les lieux publics ou les établissements recevant du public qui disposent de zones protégées font l'objet d'une régulation médicale avant départ.

Le médecin régulateur peut, après régulation, annuler un vecteur engagé par le SDIS sauf lorsque celui-ci a fait l'objet d'un départ réflexe des moyens du SDIS.

3.3. Arbres décisionnels d'aide à la décision de déclenchement des départs réflexes des moyens des services d'incendie et de secours

Afin de faciliter la prise de décision lors de l'appel, et conformément aux recommandations réglementaires, des arbres décisionnels d'aide à la décision pour le déclenchement des départs réflexes des moyens du SDIS sont mis en place au CTA. Ils doivent permettre d'améliorer la pertinence dans le déclenchement des départs réflexes.

Ils sont mis en place dans chacun des centres d'appel CTA et CRRA afin de répondre de façon identique à une même demande, quel que soit le cheminement initial de l'appel.

3.4. Régulation médicale

La régulation médicale est un acte médical qui repose sur un entretien entre le médecin régulateur et le requérant ou une personne de l'environnement de la victime. Cette mission incombe au CRRA.

La régulation médicale est systématique quel que soit le cheminement initial de l'appel. Elle pourra avoir lieu après le départ réflexe de moyens du SDIS. Dans ce cas, l'opérateur du CTA-CODIS devra transférer le requérant au CRRA dans les meilleurs délais.

3.5. Gestes téléguidés et / ou conseils de sécurité

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

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

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

1. l'Arrêt Cardiaque 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.

2. l'Arrêt Cardiaque 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 (appelant-opérateur-médecin régulateur), un second opérateur du CTA informe immédiatement l'Assistant de Régulation Médicale (ARM) du CRRA des éléments dont il dispose. »

3.6. 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 7h00 à 19h00. 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 de sapeurs-pompiers qui participent à la prise en charge du patient et à la mise en place de protocoles de soins d'urgence.
- Dans le cadre des alertes régulées issues du CRRA, Il propose au médecin régulateur l'engagement des moyens du SSSM dans le cadre de la réponse graduée,
- Il s'assure que l'engagement des moyens « secours à personnes » du SDIS est conforme à la convention 15/18,
- Il assure le suivi opérationnel des interventions du SDIS pour « secours à personne ».

ARTICLE 4 - LE BILAN SECOURISTE

4.1. Forme et contenu du bilan secouriste

Le bilan comprend l'ensemble des informations recueillies par l'équipe secouriste et est complété par la description des gestes effectués (annexe 2).

4.2. Arrêt de l'action secouriste sur ordre du médecin régulateur

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

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

Un médecin généraliste est déclenché dans les meilleurs délais par le CRRA afin d'assister la famille et d'assurer les démarches administratives (certificat de décès). En l'absence d'obstacle médico-légal, l'équipage VSAV peut être sollicité pour placer le corps à l'endroit souhaité par la famille.

4.3. Transmission du bilan secouriste

Les modalités de transmission des bilans sont indiquées dans l'annexe 3.

La fréquence radio veillée et partagée par les deux services est la fréquence SSU. Son utilisation est à prioriser pour toutes les transmissions de bilans issues des équipes sapeurs-pompiers engagées en intervention. Le CRRA 15 assure une veille constante de cette fréquence qui fait l'objet d'un décrochage prioritaire.

Toutefois, lorsque la couverture du réseau radio est insuffisante, ou lorsque le bilan secouriste nécessite un échange plus développé, il peut être fait recours au moyen téléphonique via :

- le téléphone fixe du requérant,
- le téléphone portable affecté au VSAV.

Ces liaisons téléphoniques entre le chef d'agrès et le CRRA sont établies par l'intermédiaire du CTA.

Lors que le bilan secouriste ne laisse pas apparaître de signes aggravés (cases rouges – annexe 2), le chef d'agrès peut réaliser une transmission simplifiée du bilan faisant uniquement état du bilan circonstanciel et de la destination souhaitée. Le chef d'agrès précise alors dans son message médical qu'il s'agit d'un bilan « vert ».

Chaque service assure l'enregistrement des conversations téléphoniques et radiophoniques qu'il reçoit et en assure la conservation selon ses propres règles. Ces enregistrements sont tenus à la disposition de chaque responsable de service.

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

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

4.5. SINUS

Dans le cas d'une intervention comptabilisant au moins 6 victimes, les parties s'entendent à mettre en œuvre l'outil SINUS (Système d'Information Numérique Unique Standardisé) afin :

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

ARTICLE 5 - L'ORIENTATION ET LE TRANSPORT DES VICTIMES

5.1. Orientation des victimes

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

5.2. Dispositions particulières relatives au libre choix de la victime

Si le respect du libre choix impose un transport pour convenance personnelle et non pour raison médicale, sur une distance plus importante que celle permettant de rejoindre les établissements de soins du secteur, le transfert de la victime sera organisé comme suit :

1. Evacuation par les sapeurs-pompiers vers un établissement du secteur,
2. Transfert par les ambulanciers privés de l'établissement de secteur 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.

5.3. Refus de transport

Une victime majeure disposant de toutes ses facultés mentales peut être amenée à refuser soins et transport vers un établissement de santé. Dans cette hypothèse, une décharge pour refus de soins médicaux et / ou de transport prévue en annexe 4 doit être dûment remplie par la victime.

Toutefois, si les circonstances le justifient (au sens de l'article 122-7 du nouveau code pénal), les sapeurs-pompiers en lien avec le CRRA pourront procéder à la prise en charge de la victime au-delà de son refus.

5.4. Transfert préalable vers un médecin de secteur

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

Dans cette hypothèse :

- Le chef d'agrès transmet son bilan au CRRA,
- Le médecin régulateur autorise l'examen par un médecin à son cabinet. Celui-ci est prévenu au préalable par les sapeurs-pompiers ou le CRRA,
- A l'issue de l'examen, le médecin transmet son compte-rendu au médecin régulateur,
- Le CRRA décide ensuite de la conduite à tenir :
 - Retour à domicile de la victime par ses propres moyens,
 - Evacuation par le VSAV dans la continuité de l'examen clinique de la victime,
 - Evacuation par ambulance privée,
 - Renfort SMUR au cabinet du médecin.

ARTICLE 6 - LES MODALITES D'ENGAGEMENT DES MOYENS DU SERVICE DE SANTE ET DE SECOURS MEDICAL DU SDIS

Article 6-1. Les infirmiers et médecins du SSSM

Sous réserve de leur disponibilité, les infirmiers et médecins du SSSM pourront être engagés sur opération, selon les modalités suivantes :

- Dans le cadre du soutien sanitaire aux sapeurs-pompiers (SSO),
- Dans le cadre des départs réflexes du SDIS avant régulation médicale,
- Sur demande du SAMU après régulation médicale,
- 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 moyen SSSM par le CTA-CODIS est immédiatement notifié au CRRA.

Article 6-2. Protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU)

Les infirmiers sapeurs-pompiers sont accrédités annuellement par décision du DDSIS après avis du Médecin-Chef du SDIS. L'élaboration et l'actualisation de ces protocoles relèvent de l'autorité du Médecin-Chef en partenariat avec les SAMU.

Article 6-3. La fonction de directeur des services médicaux (DSM)

L'astreinte DSM est activée lors d'opérations importantes (Plan NOVI). Elle est assurée par les médecins du SDIS et des SAMU. Les agents concernés sont désignés annuellement par liste d'aptitude préfectorale.

L'organisation de l'astreinte est la suivante :

La fonction de DSM est assurée respectivement par le SDIS 42, le SAMU Sud et le SAMU Nord à raison de 2 semaines par mois pour le SAMU Sud et respectivement 1 semaine par mois pour le SDIS et le SAMU Nord.

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

Article 6-4. Les agents de l'unité de secours psychologiques du SSSM

Le SDIS 42 dispose d'une unité de secours psychologiques composée de psychologues du SSSM. Cette équipe a vocation à intervenir, dans la cadre d'opérations particulières, pour le soutien psychologique des sapeurs-pompiers.

L'unité pourra être engagée sur demande du CRRA, en cas de carence ou en complément de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP). La procédure d'engagement est décrite en annexe 5. Cette prestation sera facturée au CRRA selon les modalités de l'article 11.

ARTICLE 7 - INTERVENTIONS ASSUREES PAR LE SDIS PAR INDISPONIBILITE D'AMBULANCIERS PRIVES

Le défaut de disponibilité ou carence est constitué lorsque les transporteurs sanitaires privés sont dans l'impossibilité de répondre à la demande formulée par la régulation médicale du CRRA.

Lorsque l'indisponibilité est constatée, le CRRA peut faire appel aux moyens du SDIS par carence.

Cette prestation fera l'objet d'une indemnisation par le centre hospitalier siège du SAMU, selon les dispositions de l'article 11.

ARTICLE 8 - INTERVENTIONS ASSUREES PAR LE SDIS POUR HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE

Le CRRA peut solliciter les moyens du SDIS pour assurer un transport pour une hospitalisation sous contrainte.

Il peut s'agir d'une :

- admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers
- admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent
- admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Ce type d'interventions est considéré comme situation de carence et fait l'objet d'une indemnisation dans les conditions fixées à l'article 11.3.

ARTICLE 9 – AIDES TECHNIQUES DU SDIS A L'AIDE MEDICALE URGENTE

9.1. Le renfort pour « brancardage »

Au sens du code général des collectivités territoriales, ne relève pas des missions du SDIS, l'aide simple, sans moyens techniques particuliers, à un effecteur (ambulancier privé ou SMUR) déjà engagé et dans l'incapacité d'assurer un brancardage. Cette mission s'analyse comme une indisponibilité partielle de transporteurs sanitaires privés et fera l'objet d'une indemnisation par le centre hospitalier siège du SAMU, selon les dispositions de l'article 11. D'autre part, le besoin d'un matériel spécifique de type matériels bariatriques, sans mise en œuvre technique particulière est considéré comme une carence ambulancière justifiant une indemnisation au profit du SDIS.

9.2. L'assistance aux opérations d'évacuation complexes

Lorsque l'évacuation de la victime nécessite une technicité ou la mise en œuvre de moyens humains (équipe GRIMP...) et matériels spécifiques (échelles automatiques), le SDIS assure cette mission sur demande du médecin régulateur. Dans ces cas de figure, cette prestation ne fera l'objet d'aucune indemnisation.

9.3. L'atterrissage d'hélicoptères

L'atterrissage d'hélicoptères se fait sous la responsabilité pleine et entière du pilote. La présence des sapeurs-pompiers sur l'aire d'atterrissage ne se conçoit que comme une aide facultative à l'atterrissage.

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

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

ARTICLE 10 – LA DEMARCHE QUALITE

La démarche qualité permet d'améliorer l'efficacité des deux services dans le cadre du secours à personnes et de l'aide médicale urgente.

Dans ce cadre, les deux services relèvent et communiquent les indicateurs fixés en annexe 7. Les indicateurs permettent la construction et l'étude de tableaux de bords. Ils sont complétés par l'échange régulier de fiches qualité reprenant les événements indésirables.

Un comité de suivi départemental constitué des représentants des différentes entités se réunira à minima trois fois par an. Il prendra connaissance des tableaux de bord, de l'analyse des événements indésirables et propose, si nécessaire, des mesures de correction.

Les informations recueillies sont destinées exclusivement aux services, qui restent maîtres de leur diffusion.

Un compte-rendu d'activité annuel est effectué par le comité départemental de l'aide médicale urgente de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS – TS).

ARTICLE 11 – LE FINANCEMENT

11.1. Missions du SDIS assurées par le SDIS

Le SDIS intervient dans le cadre des missions de secours d'urgence et de prompt secours. Ces interventions sont financées par le budget du SDIS, quel que soit le lieu d'arrivée de l'appel (18-112 ou 15).

11.2. Missions d'aide médicale urgente assurées par le SDIS 42

Des interventions entrant dans le cadre de l'aide médicale urgente peuvent être demandées au SDIS par le biais de la régulation médicale.

S'il est procédé à des opérations ne se rattachant pas directement à l'exercice de ses missions, le SDIS peut demander aux personnes bénéficiaires une participation financière dans les conditions déterminées en annexe 7.

11.3. Evacuation par indisponibilité - carence d'ambulanciers

Les interventions effectuées par défaut d'ambulanciers privés feront l'objet d'une prise en charge financière par le centre hospitalier, siège du SAMU.

Les conditions de cette prise en charge sont fixées en annexe 7 de la présente convention selon les modalités fixées par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé de la sécurité sociale, paru au JO du 30 novembre 2006 modifié.

A ce titre, le centre hospitalier, siège du SAMU verse une indemnisation par intervention sur la base du montant réévalué chaque année dans le cadre de l'arrêté susvisé. Toutefois, et sans qu'il soit nécessaire d'en prendre acte par voie d'avenant, les parties s'entendent pour toute la durée de la convention à actualiser annuellement ce montant dans le respect des arrêtés venant modifier les dispositions financières en vigueur.

11.4. Renfort pour brancardage

Les missions assurées par le SDIS au titre de l'article 9-1, feront l'objet d'une prise en charge financière par le centre hospitalier, siège du SAMU.

Les conditions de cette prise en charge sont fixées en annexe 7 de la présente convention.

11.5. Participation des agents de l'unité de secours psychologique par carence ou en complément de la CUMP

Cette participation fera l'objet d'une prise en charge financière par le centre hospitalier, siège du SAMU.

Les conditions de cette prise en charge sont fixées en annexe 7 de la présente convention.

ARTICLE 12 – ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE

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 aux recueils 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 (1) 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 (5) ans.

Chacune des parties peut dénoncer la présente convention par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins trois (3) mois avant sa date d'échéance.

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

Fait en 4 exemplaires,

le..... le..... le.....

à..... à à.....

Le Président du Conseil
d'administration du service
départemental d'incendie et
de secours de la Loire

M. le Directeur du Centre
Hospitalier de Saint Etienne
Nord – Siège du SAMU SUD

M. le Directeur du Centre
Hospitalier de Roanne –
Siège du SAMU NORD

M. Bernard PHILIBERT

M. Michaël GALY

M. Dominique HUET

Fait le..... à

Monsieur le Préfet de la Loire

M. Evence RICHARD

ANNEXE 1 : MOTIFS DE DEPARTS REFLEXES DES MOYENS DU SDIS

Situations cliniques particulières

- Arrêt cardiaque, mort subite
- Détresse respiratoire
- Altération de la conscience
- Hémorragies sévères
- Section complète de membre, de doigts
- Ecrasement de membre ou du tronc
- Ensevelissement
- Brûlure
- Accouchement imminent ou en cours
- Tentative de suicide avec risque imminent

Les circonstances particulières de l'urgence

- Noyade
- Pendaison
- Electrisation, foudroiement
- Personne restant à terre suite à une chute
- Rixe ou accident avec plaie par arme à feu ou arme blanche
- Accident de circulation avec victime
- Incendie ou explosion avec victime
- Intoxication collective
- Toutes circonstances mettant en jeu de nombreuses victimes

Environnement et lieu de survenue de la détresse

Toutes opérations se situant sur la voie publique

En dehors des situations, circonstances et lieux cités ci-dessus, les appels pour secours à personnes font l'objet d'une régulation médicale avant départ.

De même, les lieux publics et les établissements recevant du public qui disposent de zones protégées, font également l'objet d'une régulation médicale avant départ.

Cette liste n'est pas exclusive des motifs de départ dans le cadre des missions propres des services d'incendie et de secours.

ANNEXE 2 : LE BILAN



FICHE BILAN SECOURISTE

CIS : DATE :

Chef d'après : N° Intervention :

BILAN CIRCONSTANCIEL

Nom : Prénom : Né(e) le : Sexe (F) (M)
 Adresse : Tél :
 Lieu de prise en charge : VP [] Domicile [] Travail [] Loisirs [] Autre []
 Nature de l'intervention :
 AVP : Incarcéré [] Ejecté [] Tonneau [] Air Bag [] Ceinturé [] Casqué [] Choc : Frontal [] Latéral [] Arrière []

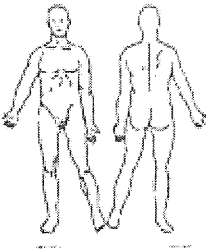
BILAN D'URGENCE VITALE

Normal :

CONSCIENCE	oui	non	VENTILATION	oui	non	CIRCULATION	oui	non
PCI (durée).....min	oui	non	Fréquence * < 8 OU > 20	oui	non	Pouls * < 50 ou > 140	oui	non
Désorienté	oui	non	Ample et régulière	oui	non	Amplitude	oui	non
Motricité	oui	non	Sp O ₂ < 90%	oui	non	Régularité	oui	non
Pupilles inégales	oui	non	Sueurs	oui	non	Tension artérielle < 8 ou > 18	oui	non
			Cyanose	oui	non	Pâleur	oui	non

* Voir au verso de la fiche pour les valeurs normales

BILAN COMPLEMENTAIRE

TRAUMATISME		GESTES EFFECTUES
Plaie(s) Simple Grave		Retrait casque [] Dégagement d'urgence []
Brûlure Simple Grave		Collier cervical [] Attelle [] ACT (KED) []
Hémorragie [] Section membre []		MID [] Plan dur []
Déformation [] Hématome []		Retournement [] LVA [] PLS []
Gonflement []		Désobstruction VA [] Aspiration []
MALAISE		Inhalation [] Insufflation [] O ₂l/min
Heure de survenue		MCE [] DAE [] Nb de chocs
Origine		Refroidissement [] Compresse hydrogel []
Description		Garrot [] ... h..... CHUT [] Pansement []
Antécédents Oui Non		
Allergies Oui Non		
Traitement Oui Non		
Nausées [] Vomissements [] Etat ébrioux [] Température* : ° < 35 ou > 39 oui [] non []		
Echelle Verbale Simplifiée (0 à 10) : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Observations :		

SURVEILLANCE ET TRANSPORT

Etat stationnaire [] Amélioration [] Aggravation []

SURVEILLANCE	Conscience	Sp O ₂	Pouls	Tension artérielle	EVS	Observations
à h min		%				
à h min		%				

DEVENIR : Transport : VSAV [] SMUR [] Hélico [] Ambulance privée [] HDT [] HO []
 Médicalisation : MSP [] ISP [] SMUR [] Autres [] Nom
 Autres : Refuse son transport [] Décharge [] Laissé sur place [] raccompagné au domicile [] DCD []
 Lieu de destination Déposé à h min Prise en charge au CH par

ANNEXE 3 : LE BILAN SIMPLIFIE ET MODALITES DE TRANSMISSION

TRANSMISSION BILAN

BILAN VERT (simplifié)

- Groupe horaire
- Origine VSAV.....
- Destinataire : SAMU 42, (si besoin CODIS 42, CIS, Off.de garde)
- Localisation très précise de l'évènement
- Nature du problème
- Bilan circonstanciel
- Demande d'évacuation vers.....

BILAN ROUGE (complet) si une case rouge cochée

- Groupe horaire
- Origine VSAV.....
- Destinataire : SAMU 42, (si besoin CODIS 42, CIS, Off.de garde)
- Localisation très précise de l'évènement
- Nature du problème
- Bilan circonstanciel
- Nombre de personnes concernées (affecter un numéro à chaque victime)
- Bilan vital : Conscience Ventilation Circulation
- Bilan complémentaire : Principales lésions
- Premières mesures prises et gestes effectués
- Risques éventuels : Incendie, explosion, effondrement, produits chimiques...
- Demande de renfort

ANNEXE 4 : LE REFUS DE TRANSPORT



DECHARGE POUR REFUS DE SOINS MEDICAUX ET/OU DE TRANSPORT

CENTRE D'INCENDIE ET DE SECOURS DE :

Je soussigné(e), (Nom – Prénom) : _____

Date de naissance : _____

Adresse complète : _____

Déclare ne souffrir d'aucun trouble mental et refuser en toute connaissance de cause (1) :

- que me soient prodigués des soins médicaux,
- mon transport vers un établissement de soins,
- que me soient prodigués des soins médicaux et mon transport vers un établissement de soins.

Je reconnais avoir été informé des risques encourus par mon refus, à savoir :

-
-
-

Et décharge de ce fait, toute responsabilité des sapeurs-pompiers présents.

Rédigé en deux exemplaires originaux (2).

Date : _____, Heure : _____

Lieu : _____

La victime
« Lu et approuvé »

Le Chef d'agrès SP
Grade / Nom / Prénom :

Chef d'agrès du véhicule :

TEMOINS (y compris police ou gendarmerie) :
(Coordonnées et signatures)

(1) Rayer les mentions inutiles

(2) 1 exemplaire est remis à la victime, l'autre est à agraffer au rapport d'intervention et sera conservé par le SDIS 42.

Adresse administrative courrier des sapeurs-pompiers :

Monsieur le Président du Conseil d'Administration du Service Départemental d'Incendie et de Secours
8, rue du Château Pleton - CS 60541 - 42007 SAINT-ETIENNE CEDEX 1 - ☎ 04 77 91 08 00 - Fax 04 77 91 08 09

ANNEXE 5 : DEMANDE D'ENGAGEMENT DE L'USP DU SDIS

Je soussigné docteur

Médecin régulateur du centre 15 du SAMU de :

- * Roanne
- * Saint Etienne

Je demande l'intervention de l'unité de soutien psychologique du SDIS 42 conformément aux dispositions de l'article 6.4 de la convention bipartite.

La demande concerne une assistance psychologique au profit de :

- * Mademoiselle (nom, prénom,)
- * Madame (nom, prénom,)
- * Monsieur (nom, prénom,)

Demeurant :

L'interlocuteur sur place, identifiable par les agents de l'USP est :

Nom, Prénom, Fonction

Numéro de téléphone mobile

Cette fiche est à faxer : au CODIS 42 au 04 77 74 98 42

** rayer les mentions inutiles*

ANNEXE 6 : LES INDICATEURS

1. Bilan des appels reçus au CTA et au CRRA :

- Temps moyen d'attente du public avant décroché au CTA,
- Temps moyen d'attente du public avant décroché au CRRA,
- Nombre total d'appels reçus au CTA dans le cadre du secours à personnes,
- Nombre d'appels ayant été transférés 18-15 sans départ réflexe du SDIS,
- Nombre d'appels ayant été transférés 18-15 avec départ réflexe du SDIS en distinguant la voie publique et le domicile,
- Nombre d'appels avec départ réflexe du SDIS sans transfert téléphonique du requérant vers le CRRA (fiche informatique uniquement) en distinguant la voie publique et le domicile,
- Nombre d'appels ayant été transférés 18-15 avec départ du SDIS après régulation,
- Nombre d'appels ayant été transférés 15-18 avec départ du SDIS après régulation,
- Nombre d'appels ayant donné lieu à une conférence à 3.

2. Missions :

- Nombre de missions de secours à personnes déclenchées par le CTA,
- Nombre de missions de secours à personnes déclenchées par le CRRA,
- Nombre de missions de secours à personnes avec VSAV seul,
- Nombre de missions de secours à personnes avec VSAV et SSSM,
- Nombre de missions de secours à personnes avec SSSM seul,
- Nombre de missions de secours à personnes avec VSAV et SAMU (sans SSSM),
- Nombre de missions de secours à personnes avec VSAV, SSSM et SAMU,
- Nombre de missions de secours à personnes avec SMUR seul,
- Nombre de missions SMUR déclenchées à l'appel en complément des moyens du SDIS,
- Nombre de missions SMUR déclenchées après bilan médical et/ou sur demande du COS sur les lieux,
- Nombre de missions ayant nécessité l'emploi de l'hélicoptère SAMU et leur localisation,
- Nombre de missions ayant nécessité l'emploi de l'hélicoptère de la sécurité civile (dragon 63 ou 69) et leur localisation,
- Nombre de missions ayant donné lieu à l'emploi d'un DAE par le SDIS,
- Nombre de missions avec victime laissée sur place (hors victimes décédées) en distinguant la voie publique et le domicile,
- Nombre de missions de type « carences ambulancières » effectuées par le SDIS et leur localisation par secteur géographique.

3. Délai et durées :

- Délai d'attente téléphonique du CTA vers le CRRA
- Délai d'attente téléphonique du CRRA vers le CTA
- Durée moyenne des communications pour le secours à personnes
- Délai de départ d'un effecteur lorsque le lieu d'arrivée de l'appel et le service de l'effecteur sont différents,
- Pour les deux entités :
 - délai de traitement de l'alerte pour les opérations de secours à personnes. Ce délai comprend le temps décompté entre la réception de l'appel et la transmission de l'alerte à l'unité d'intervention (CIS ou SMUR en vecteur terrestre ou aérien)
 - Délai d'arrivée sur les lieux d'un effecteur : ce délai comprend le temps décompté entre la réception de l'alerte par l'unité d'intervention et l'arrivée sur les lieux de l'équipe d'intervention
 - Rapidité d'intervention : ce délai comprend le temps décompté entre la réception de l'appel et l'arrivée sur les lieux des équipes d'interventions (somme des délais énoncés précédemment)
 - Durée de l'évacuation et du transport : par centre d'intervention (ou SMUR), c'est le temps qui sépare le départ du lieu de l'intervention avec la victime jusqu'à son arrivée à la destination d'accueil.

4. Marqueurs SSSM :

- Type et nombre de départs SSSM :
 - Déclenchement sur code sinistre,
 - Déclenchement en renfort par le CTA (officier santé, COS, etc.),
 - Déclenchement sur demande du CRRA.
- Classification CCMS des interventions SSSM,
- Nombre de protocoles ISP et types de protocoles :
 - Effectués,
 - Réfutés par médecin régulateur (motif),

ANNEXE 7 : MODALITES D'INDEMNISATION DES INTERVENTIONS ASSUREES PAR LE SDIS

1. Coûts des diverses interventions :

✓ Missions d'aide médicale urgente assurées par le SDIS 42

- *Base réglementaire d'indemnisation* : Arrêté du 30 novembre 2006 modifié fixant les modalités d'établissement de la convention entre les SDIS et les établissements sièges des SAMU.

- *Actualisation* : il sera pris en compte la réactualisation annuelle du montant susvisé dans le respect de l'arrêté conjoint du Ministre chargé de la sécurité civile et du Ministre chargé de la sécurité sociale.

✓ Evacuation par indisponibilité d'ambulanciers

- *Base réglementaire d'indemnisation* : Arrêté du 30 novembre 2006 modifié fixant les modalités d'établissement de la convention entre les SDIS et les établissements sièges des SAMU.

- *Actualisation* : il sera pris en compte la réactualisation annuelle du montant susvisé dans le respect de l'arrêté conjoint du Ministre chargé de la sécurité civile et du Ministre chargé de la sécurité sociale.

✓ Renforts pour brancardage simple ou mis à disposition de matériels

- *Base réglementaire d'indemnisation* : Arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les SDIS et les établissements sièges des SAMU.

- *Actualisation* : il sera pris en compte la réactualisation annuelle du montant susvisé dans le respect de l'arrêté conjoint du Ministre chargé de la sécurité civile et du Ministre chargé de la sécurité sociale.

✓ Participation des agents de l'unité de secours psychologique par carence ou en complément de la CUMP (article 11.5)

- *Base réglementaire d'indemnisation* : Arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les SDIS et les établissements sièges des SAMU.

- *Actualisation* : il sera pris en compte la réactualisation annuelle du montant susvisé dans le respect de l'arrêté conjoint du Ministre chargé de la sécurité civile et du Ministre chargé de la sécurité sociale.

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 signature de cet état par le 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, aux adresses suivantes selon le cas :

Centre Hospitalier de Saint-Etienne
Avenue Albert Raimond
42270 SAINT PRIEST EN JAREZ

Centre Hospitalier de Roanne
28 rue Charlieu
42328 ROANNE CEDEX

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

