MINISTÈRE
DE L'INTÉRIEUR
ET DES OUTRE-MER

Liberté
Égalité
Fraternité

GUIDE DE DOCTRINE OPÉRATIONNELLE

Secours et soins d'urgence aux personnes

Septembre 2022

DIRECTION GÉNÉRALE
DE LA SÉCURITÉ CIVILE
ET DE LA GESTION DES CRISES

MINISTÈRE
DE L'INTÉRIEUR
ET DES OUTRE-MER
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction générale
de la sécurité civile
et de la gestion des crises

GUIDE DE DOCTRINE OPÉRATIONNELLE

Secours et soins d'urgence aux personnes

DSP/SDDRH/BDFE/ SEPTEMBRE 2022
1ère édition

Ce guide de doctrine opérationnelle a été réalisé en 2022 sous la direction de Djamel FERRAND du bureau en charge de la doctrine, de la formation et des équipements, avec l'aide des contributeurs suivant :

Sébastien PARADON (BOMSIS), Nicolas CHOSSAT (SDIS 91), Isabelle DUBOS (SDIS 29), Mickael GANDON (SDIS 61), Eve LE COCQ (BOMSIS), Samuel LERAITRE (SDIS 61), Yannick MORIAU (EMIZ Sud-Ouest), Philippe PINARD (SDIS 10), Franck TOUILLIER (SDIS 39).

Comité de validation : Frédéric PAPET (DSP), Isabelle MERIGNANT (SDDRH), Emmanuel JUGGERY (adjoint SDDRH), François GROS (chef du BDFE), Nicolas MARILLET (Chef du BOMSIS), Didier POURRET (médecin conseiller auprès du DGSCGC).

Reproduction des textes autorisée pour les services d'incendie et de secours dans le cadre de la mise en œuvre de la doctrine et la formation des sapeurs-pompiers.

L'utilisation des illustrations est soumise à une autorisation de l'auteur.

© DGSCGC – 1ère édition – ISBN : 978-2-11-167260-4 - Dépôt légal : Septembre 2022

MINISTÈRE
DE L'INTÉRIEUR
ET DES OUTRE-MER
Liberté
Égalité
Fraternité

**Direction générale
de la sécurité civile
et de la gestion des crises**

DIRECTION DES SAPEURS-POMPIERS
Sous-direction de la doctrine et des ressources humaines
Bureau de la doctrine, de la formation et des équipements

Préface

La sollicitation des services publics, du secours d'urgence et de la santé, connait depuis une quinzaine d'années, une très forte évolution qui nécessite une adaptation permanente de la réponse opérationnelle.

L'activité du secours et des soins d'urgence aux personnes (SSUAP) a atteint 3,61 millions d'interventions en 2020, soit 71 % de l'activité opérationnelle totale des services d'incendie et de secours. Ce volume d'activité jamais atteint exerce une pression croissante sur les moyens et des personnels susceptible de mettre en péril la réponse opérationnelle des SIS sur les missions dont ils détiennent une compétence exclusive

Cette situation constitue un enjeu majeur pour les SIS en raison des impacts opérationnels, humains, organisationnels, techniques et financiers.

Cette évolution croissante est multifactorielle. Liées aux évolutions sociétales, au défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés, à la désertification médicale, aux changements des pratiques médicales ou encore aux interventions à caractère médico-social consécutives notamment à l'isolement et au vieillissement de la population, ces missions exigent des compétences et la fiabilisation des processus qui contribuent à cette part d'activité importante des SIS, confortée par la loi n°2021-1520 du 25 novembre 2021.

La sécurité civile, qui repose sur une complémentarité forte entre les sapeurs-pompiers volontaires, professionnels et militaires, est l'un des acteurs majeurs de l'urgence pré-hospitalière.

Ce guide de doctrine constitue une référence adaptable aux situations rencontrées en opération permettant la mise en œuvre sécurisée de toutes les actions des intervenants lors des missions de secours et de soins d'urgence aux personnes.

Il a vocation à être porté à la connaissance de l'ensemble de vos personnels impliqués dans la gestion des interventions.

Je vous invite également à contribuer à la rédaction de partage d'expérience pour favoriser l'amélioration des documents de doctrine.

**Le préfet, directeur général
de la sécurité civile
et de la gestion des crises**

Alain THIRION

Table des matières

Préface 5

Table des matières 7

Comment utiliser le corpus doctrinal ? 10

CHAPITRE 1 - Connaissances générales 13

1. L'environnement 13

2. Le secours et le soin d'urgence aux personnes 14

2.1. La notion de prompt secours 16

2.2. Les actes de secours et de soins d'urgence. 16

3. L'aide médicale urgente 17

4. La notion de carence ambulancière 18

5. La victime 19

5.1. Les relations avec la victime 19

5.2. Le libre choix de destination de la victime 20

5.3. La transmission des informations relatives à la victime 21

6. Les acteurs 22

CHAPITRE 2 - Les dangers et les risques 25

1. Le risque infectieux 25

2. Le risque de blessures 26

3. Le risque psychologique 26

4. Le risque d'agression 26

5. Le risque de troubles musculo-squelettiques 27

6. Le risque routier 27

7. Le risque juridique 28

CHAPITRE 3 - La sécurité des intervenants 29

1. La sécurité collective 30

1.1. Les grands principes 31

1.2. La prévention du risque routier 31

1.2.1. L'adaptation de la vitesse à l'urgence 31

1.2.2. Le nombre de personnes à bord d'un VSAV 32

1.2.3. La signalisation de la zone d'intervention 32

1.3. La prévention du risque agression 32

1.4. La prévention du risque juridique 33

2. La sécurité individuelle 33

2.1. La prévention du risque infectieux 33

2.2. La prévention des troubles musculo-squelettiques 34

CHAPITRE 4 - La construction de la réponse opérationnelle 35

1. Les situations envisageables 35

2. Les documents opérationnels 36
3. La réponse opérationnelle 37
4. La prise d'appel et l'engagement des secours 37
4.1. Les éléments à recueillir 38
4.1.1. La localisation de l'intervention 38
4.1.2. La qualification du motif de l'appel 38
4.2. Les éléments spécifiques au SSUAP 39
4.2.1. La fonction d'officier santé 40
4.2.2. Les départs réflexes des moyens des SIS avant régulation médicale 40
4.3. Les conseils au requérant 41
4.4. L'engagement des secours 41
4.4.1. Le refus ou la temporisation des carences ambulancières 42
4.4.2. L'arrêt des moyens avant l'arrivée sur les lieux 42

CHAPITRE 5 - La conduite des opérations 43

1. Le zonage opérationnel 44
1.1. Principes généraux du zonage opérationnel 44
1.2. Le zonage opérationnel spécifique au SSUAP 45
2. Les principes opérationnels 46
2.1. La prise en charge de la victime par les primo-intervenants 46
2.2. Le « laisser sur place » 47
2.3. Le refus de la victime à être prise en charge 47
2.4. L'évacuation de la victime 47
2.5. La prise en charge de la victime par la structure de soins d'accueil 48
2.5.1. La réduction du temps d'attente aux services des urgences 48
2.6. Le reconditionnement du vecteur d'évacuation 49
2.7. L'évaluation des pratiques 49
2.8. La participation des professionnels de santé des SIS au SSUAP 49
3. Les situations particulières 50
3.1. Les situations ne nécessitant pas d'actions de secours 50
3.2. L'arrêt des manœuvres de réanimation 50
3.3. La prise en charge des personnes en situation d'urgence psychiatrique 51
3.4. Les victimes de violences intrafamiliales 51
3.5. Les personnes fragiles 52
3.6. Les personnes mineures non accompagnées 53
3.7. Les personnes en état d'ivresse publique et manifeste 53
3.8. Les interventions à caractère social ou médico-social 54
3.9. Les personnes présentant un handicap 55
3.10. Les personnes présentant des troubles du comportement 55
3.11. Les opérations à caractère bariatrique 57
3.12. Les personnes ne répondant pas aux appels 57
3.13. Les personnes disparues ou égarées 58
3.14. Les noyades 58
3.15. Les soins et le respect des convictions religieuses 59
3.16. L'évacuation de personnes blessées dangereuses 59
3.16.1. Le transport des personnes violentes 59
3.16.2. Le transport des détenus 59
3.17. Les personnels des SIS 60
4. La préservation des traces et indices 60
5. Les interventions face à de nombreuses victimes 61
5.1. Les dispositions ORSEC – NOVI 62
5.2. Le dénombrement des victimes 63

ANNEXE A – Abréviations utilisées dans ce guide 65

ANNEXE B– Conseils aux requérants 67

ANNEXE C – Références bibliographiques 69

Comment utiliser le corpus doctrinal ?

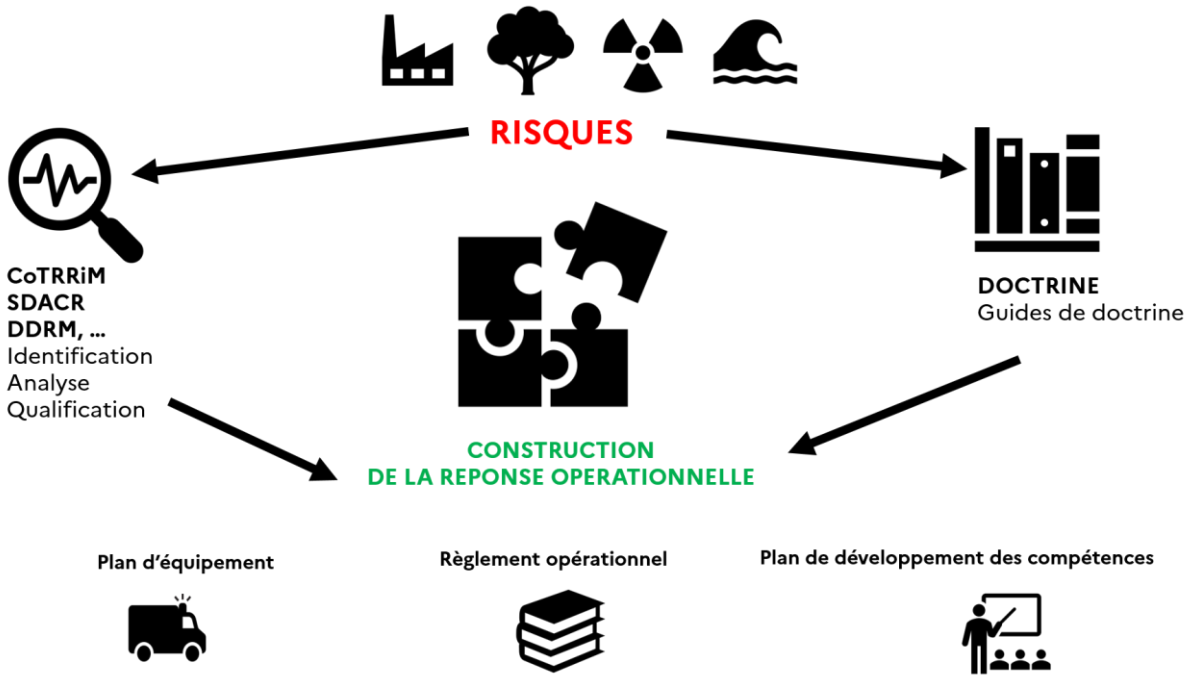
La doctrine opérationnelle relève de la **compétence de l'État**, en application de l'article L112-2 du code de la sécurité intérieure : *« L'État est garant de la cohérence de la sécurité civile au plan national. Il en définit la doctrine et coordonne ses moyens »*.

En application de l'article L 723-6 du code de la sécurité intérieure et de l'article 3 du décret 90-850 du 25 septembre 1990 portant dispositions communes à l'ensemble des sapeurs-pompiers professionnels notamment, elle est applicable aux sapeurs-pompiers professionnels et volontaires.

En lien avec les contrats territoriaux de réponses aux risques et aux effets des menaces et du schéma d'analyse et de couverture des risques, elle permet aux services d'incendie et de secours de construire leur réponse opérationnelle.

La doctrine a pour objet de guider l'action, de proposer des outils d'aide à l'intervention et de faciliter la prise de décision des sapeurs-pompiers, sans imposer des méthodes strictes inenvisageables dans le domaine opérationnel.

Elle participe également à la construction de certains documents structurants des SIS suivant ce schéma :



La doctrine a pour objectif l'uniformisation et la cohérence des modes d'intervention sur l'ensemble du territoire, ainsi que l'interopérabilité des SIS.

Si elle ne constitue pas un corpus contraignant au sens strict, elle reste une référence opposable soumise au pouvoir d'appréciation du juge.

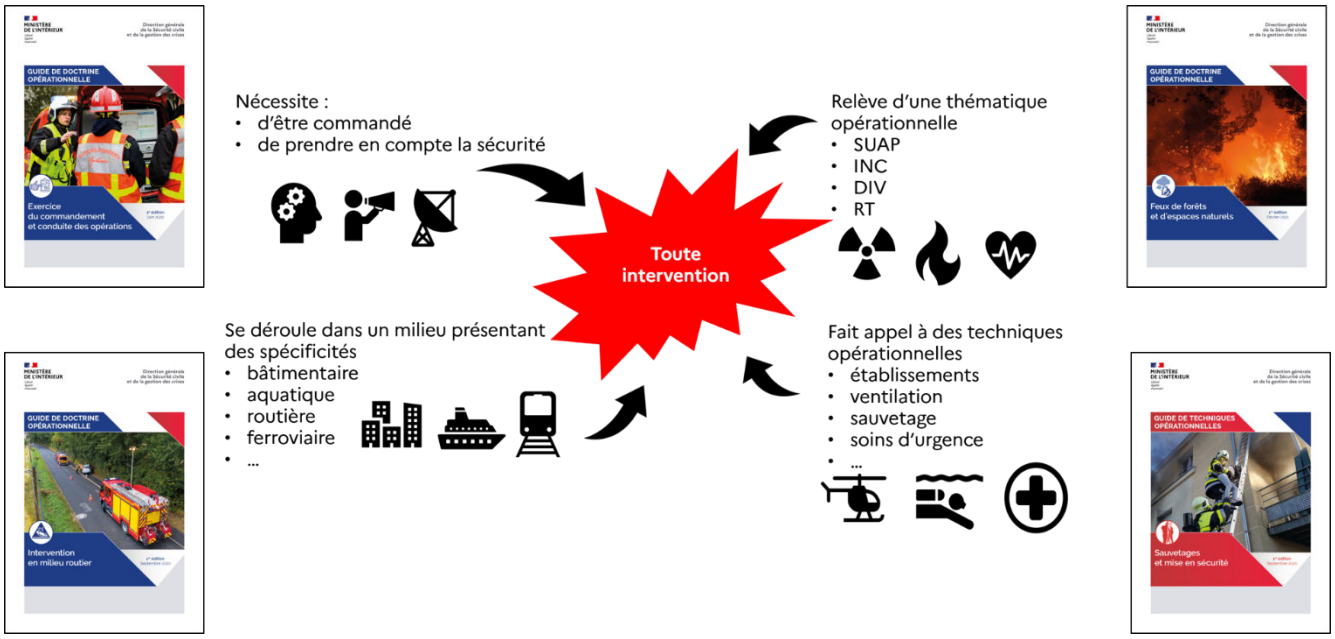
Elaborée par la DGSCGC avec le concours des SIS et d'experts, la doctrine opérationnelle fait partie des **actes de droit souple.**[1], ce qui permet de l'actualiser en fonction de l'évolution des risques et des menaces, de l'état des connaissances et des retours d'expériences.

Chaque situation de terrain ayant ses particularités, chercher à prévoir un cadre théorique unique pour chacune serait un non-sens et c'est pourquoi seuls des conseils à adapter au cas par cas sont pertinents et nécessaires.

La décision, dans une situation particulière, de s'écarter des orientations données par les documents de doctrine relève de l'exercice du pouvoir d'appréciation, intégrée à la fonction de commandement et inhérente à la mission en cours.

La mise en œuvre de la doctrine requiert du discernement pour être adaptée aux impératifs et contraintes de chaque situation.

Ce corpus s'organise à l'image d'une intervention et de son traitement :



Ce corpus doctrinal qui s'organise sous la forme d'une bibliothèque de la sécurité civile propose plusieurs types de documents, ayant des finalités différentes.

Les guides de doctrine opérationnelle (GDO) sont des documents qui ont pour objectifs :

- d'aider les services d'incendie et de secours à construire leur réponse opérationnelle à partir de règles communes ;
- de permettre au commandant des opérations de secours (COS) de construire son raisonnement tactique ;
- de concourir à la sécurité des intervenants.

Il existe ainsi des :

  - guides de doctrine généraux qui définissent les dispositions communes et transverses capables de s'adapter à tous types de situation et applicables par tous les SIS ;
  - guides de doctrine spécifiques qui définissent la stratégie à mettre en œuvre propre à un environnement opérationnel ou un risque particulier préalablement identifiés.

[1] Etude annuelle du Conseil d'Etat de 2013

Les guides de techniques opérationnelles (GTO) ont pour objectif de mettre à disposition des services d'incendie et de secours l'ensemble des méthodes et techniques opérationnelles utiles à l'atteinte des objectifs du COS en fonction des différents environnements rencontrés en opération.

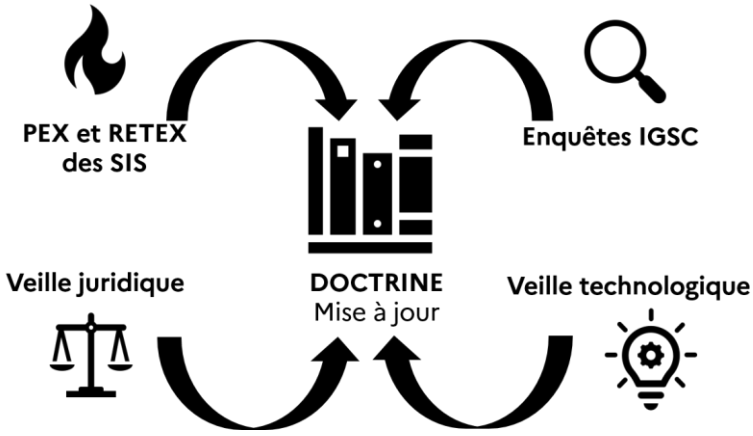
Les partages d'information opérationnelle (PIO) ont pour objectif d'offrir rapidement des éléments opérationnels de manière synthétique sur une problématique nouvelle ou ponctuelle (self stockage, isolation par l'extérieur, etc.).

Ces documents n'ont pas vocation :

- à proposer un dispositif opérationnel type pour la gestion des interventions ;
- à détailler des phénomènes opérationnels et leur stratégie de lutte ;
- à détailler des techniques opérationnelles ;
- à servir les particularités de tel ou tel service d'incendie et de secours, mais bien d'être exploitables par tous.

Inscrite dans une démarche d'amélioration continue, la doctrine est régulièrement mise à jour à partir :

- des partages et retours d'expérience des services d'incendie et de secours ;
- de l'évolution des connaissances dans le domaine des sciences et techniques ;
- de la veille juridique.



Les photographies et les schémas utilisés dans les documents de doctrine n'ont pas vocation à imposer ou recommander aux services d'incendie de secours, les matériels et équipements qui peuvent y être représentés.

Pour en savoir plus, se référer au vadémécum « Doctrine à l'usage des services d'incendie et de secours ».

© Arnaud Beinat – SDIS 57

Les opérations de secours et soins d'urgence aux personnes (SSUAP) nécessitent une bonne appréhension des caractéristiques de l'environnement dans lequel évoluent les secours et une réelle compréhension de l'action des différents acteurs.

Ce guide de doctrine opérationnelle se veut généraliste pour construire la réponse SSUAP et à l'usage des primo-intervenants[2].

1. L'environnement

En préambule et afin de bien comprendre le champ d'application de ce guide de doctrine, il apparait nécessaire de clarifier ce qu'il faut comprendre par la notion de secours et de soins d'urgence.

Les missions de sécurité civile dont celles du secours et des soins d'urgence aux personnes[3] relèvent du ministère de l'Intérieur.

L'aide médicale urgente (AMU), l'organisation des soins et celle du parcours de soins relèvent de la compétence du ministère chargé de la santé.

[2] On entend par « primo-intervenant » dans ce guide, les sapeurs-pompiers formés ou non aux gestes techniques et soins d'urgence.
[3] Également encore dénommé secours d'urgence à personne (SUAP) ou secours à personne (SAP) dans différents textes en vigueur.

Le transport sanitaire urgent (TSU)[4] constitue une réponse à un besoin urgent de transporter un patient vers un établissement de santé, qui ne nécessite aucune technique de secours.

Ces trois modalités de réponse de l'urgence pré-hospitalière sont complémentaires, dans un *continuum* le plus fluide possible pour assurer la meilleure prise en charge de la victime. La coopération entre ces acteurs constitue un impératif reposant sur un objectif de qualité du service rendu aux usagers.

L'efficacité et l'équité doivent être la règle, la personne en détresse reste au cœur de l'organisation mise en place par les acteurs chargés de la prise en charge.

Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens de sauvetage et de moyens médicaux, les actes de secours et de soins d'urgence sont apportés par les sapeurs-pompiers accompagnés lorsque c'est nécessaire par les professionnels de santé des sapeurs-pompiers. Ces moyens peuvent être complétés par ceux mobilisés par le SAMU.

Les services d'incendie et de secours inscrivent leur action dans une logique de chaîne graduée des secours et soins d'urgence aux personnes. Ils disposent d'une capacité opérationnelle allant du prompt secours au secours et soins d'urgence en équipe, d'infirmiers pouvant agir avec des protocoles de soins d'urgence jusqu'à l'engagement de médecins en capacité de venir renforcer le dispositif.

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

2. Le secours et le soin d'urgence aux personnes[5]

Mission des services d'incendie et de secours, les secours et soins d'urgence aux personnes sont des opérations de secours qui consistent à porter secours, mettre en sécurité et prendre en charge les détresses vitales ou fonctionnelles justifiant l'urgence à agir.

L'article L 1424-2 du code général des collectivités locales précise que ces missions comportent :

4° Les secours et les soins d'urgence aux personnes ainsi que leur évacuation, lorsqu'elles :

a) Sont victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ;
b) Présentent des signes de détresse vitale ;
c) Présentent des signes de détresse fonctionnelle justifiant l'urgence à agir.

[4] Cf. article L. 6312-1 du code de la santé publique.

[5] Loi n° 2021-1520 du 25 novembre 2021 visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers et les sapeurs-pompiers professionnels. - Article 2 : introduction de la notion de « secours et soins d'urgence » : les sapeurs-pompiers réalisent désormais des actes de soins d'urgence dont la liste et les modalités de formation seront définis respectivement par un décret en Conseil d'Etat et un arrêté interministériel.
Article 3 : participation des sapeurs-pompiers à la réalisation d'actes de télémédecine.
Article 4 : article de coordination afin d'intégrer la BSPP et le BMPM aux services d'incendie et de secours.
Article 5 : possibilité d'accès au dossier médical partagé des victimes par les médecins de sapeurs-pompiers.
Article 6 : capacité de différer ou refuser des interventions pour maintenir un potentiel opérationnel, définition de la carence ambulancière et création d'une commission de conciliation paritaire.

Cela consiste à :

- identifier et qualifier la demande du requérant : en présence de victime, envoyer des moyens adaptés du SIS dès la réception de l'appel et en informer la régulation médicale du SAMU notamment lorsqu'il s'agit d'une situation nécessitant la mobilisation de moyens médicaux ;
- assurer la mise en sécurité des victimes :les soustraire à un danger ou un milieu hostile, réaliser un sauvetage et sécuriser le site de l'intervention ;
- pratiquer les gestes de prompt secours[6] et en évaluer le résultat ;
- pratiquer des actes de bilan et de soins à visée diagnostique et transmettre les résultats au médecin régulateur pour qu'il dispose d'une évaluation plus précise de l'état de santé de la victime ;
- pratiquer, le cas échéant, des actes de soins à visée thérapeutique, autorisés sur prescription médicale, dans le respect des compétences de chaque acteur.

Ces actions sont complétées par :

- transmettre un bilan de l'état de santé de la victime à la régulation médicale ;
- réaliser la surveillance de l'évolution de l'état de santé de la victime ;
- réaliser l'évacuation éventuelle de la victime vers une structure de soins appropriée déterminée avec la régulation médicale ;
- participer à l'évaluation des pratiques, au suivi opérationnel et statistique de ces opérations de secours pour améliorer la qualité de la réponse apportée par le SIS.

© Arnaud Beinat – SDIS 57

Lorsque, dans les conditions prévues à l'article L. 1424-2, la situation exige la mise en œuvre de moyens médicaux et de sauvetage, les services d'incendie et de secours interviennent, sous l'autorité du préfet et selon ses directives, avec leurs propres moyens, en liaison avec ceux mis en œuvre par les SAMU.

[6] Cf. infra 2.1

2.1. La notion de prompt secours

Le prompt secours est une action de sapeurs-pompiers agissant en équipe visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales, des détresses fonctionnelles justifiant l'urgence à agir.

Il est à distinguer des actions pour lesquelles un diagnostic approfondi doit être posé avant d'envisager une éventuelle réponse. (Listes, des ambulanciers privés, voire du simple conseil.)

L'intérêt du prompt secours réside dans son caractère réflexe et donc très rapide. Il est assuré par des personnels formés et équipés.

2.2. Les actes de secours et de soins d'urgence.

© Arnaud Beinat – SDIS 57

Afin de réaliser leurs missions de secours et de soins d'urgence, les sapeurs-pompiers peuvent participer à la réalisation d'actes dans le cadre de leurs compétences[7] à savoir :

- Les actes visant à recueillir ou permettre de recueillir les informations à caractère clinique ou paraclinique contribuant à l'évaluation de l'état de santé de la victime accessibles à tous les sapeurs-pompiers après formation :

  – la prise de température, de pulsation cardiaque et de pression artérielle par voie non invasive ;
  – le recueil de la glycémie par captation capillaire brève ou lecture transdermique ;
  – l'administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
  – l'établissement de scores de gravité clinique ;
  – le recueil du taux de saturation en oxygène ou en monoxyde de carbone par voie non invasive.

[7] Décret n° 2022-621 du 22 avril 2022 relatif aux actes de soins d'urgence relevant de la compétence des sapeurs-pompiers.

- Les actes thérapeutiques que le sapeur-pompier est habilité à mettre en œuvre, en l'absence d'un professionnel de santé sur place et après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence.

Ces actes sont réalisés par un sapeur-pompier habilité après avoir suivi une formation adaptée et autorisé à pratiquer ces actes sur prescription du médecin régulateur ou d'un médecin présent sur les lieux :

- l'administration en aérosols ou pulvérisation de produits médicamenteux auprès d'une personne présentant un tableau clinique de :
  - asthme aigu grave lorsque la personne est asthmatique connue ;
  - douleurs aigües.
- l'administration par voie orale ou intra-nasale de produits médicamenteux dans le respect des recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes, en présence d'un tableau clinique de :
  - overdose d'opiacés ;
  - douleurs aigües.
- l'administration de produits médicamenteux par stylo auto-injecteur auprès d'une personne présentant un tableau clinique de :
  - choc anaphylactique ;
  - hypoglycémie.
- l'enregistrement et la transmission d'électrocardiogramme ;
- le recueil de l'hémoglobinémie.

Dans l'hypothèse où des actes ont été réalisés sur prescription d'un médecin présent sur les lieux ou par celui-ci, ce médecin en informe le médecin régulateur.

Tous les détails de la prescription (le nom du prescripteur, les actes réalisés, médicaments administrés et posologie, etc.) doivent être tracés de façon précise sur la fiche bilan.

3. L'aide médicale urgente

Le service d'aide médicale urgente (SAMU) a pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les services d'aide médicale urgente joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les services d'incendie et de secours[8].

A cet effet, le SAMU :

- assure une écoute médicale permanente ;
- détermine et déclenche, dans le délai le plus rapide, la réponse médicale la mieux adaptée à la nature des appels ;
- s'assure de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à

[8] Article R 6311-1 du Code de la Santé Publique

l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et font préparer son accueil ;
- organise, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- veille à l'admission du patient.

La structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) a pour mission d'assurer :

- la prise en charge médicale et de réanimation, en permanence, de patients dont l'état requiert de façon urgente, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel ils sont rattachés et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ces patients vers un établissement de santé ;
- le transfert entre deux établissements de santé des patients nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

4. La notion de carence ambulancière

Le SIS n'est tenu de procéder qu'aux seules interventions qui se rattachent directement à ses missions de service public définies à l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales. Dans le cas contraire, il peut demander aux personnes bénéficiaires une participation aux frais.

L'article L. 1424-42 du CGCT ouvre la possibilité de réaliser ces interventions, qui, dès lors, peuvent faire l'objet d'une prise en charge financière par le demandeur, tout en introduisant la possibilité de les refuser ou de les différer pour maintenir le potentiel opérationnel du SIS. Il s'agit de la faculté de temporiser l'engagement des moyens, voire de ne pas satisfaire la demande de concours si elle est de nature à fragiliser les capacités de réponse opérationnelle du SIS. Régulièrement, le SAMU mobilise les moyens du SIS pour effectuer des transports sanitaires urgents à défaut de trouver un transporteur sanitaire privé en capacité de les réaliser.

Le code général des collectivités territoriales définit la notion de carence ambulancière comme une intervention répondant à plusieurs critères, à savoir qu'elle :

- correspond à un transport sanitaire prescrit par le SAMU ;
- est demandée suite à un défaut constaté de disponibilité des transporteurs sanitaires privés,

A la demande du SIS, une carence peut également être constatée a posteriori par le SAMU. En cas de désaccord, une commission de conciliation paritaire est créée pour statuer sur les situations litigieuses, selon des conditions définies par décret.

Enfin, la prise en charge financière de ces carences, par l'établissement de santé siège du SAMU est confortée par la loi, tout comme la place de la convention entre le SIS et le SAMU et les modalités de cette prise en charge.

Les interventions pour carences ambulancières nécessitent les mêmes critères de qualité dans la prise en charge du patient que lors des missions de SSUAP.

Les sapeurs-pompiers doivent toujours agir avec sérieux et rigueur qu'ils soient engagés pour une opération de secours ou pour une intervention de carence ambulancière.

Les effectifs engagés peuvent toutefois être adaptés pour répondre à la mission, conformément aux dispositions de l'article R. 1424-42 du code général des collectivités territoriales.

5. La victime

Définir la notion de victime et son état est essentiel afin d'éviter toute interprétation discordante entre services pouvant porter préjudice à la prise en charge des personnes et aboutir à des remontées d'information et des bilans patient-victime différents. Aussi :

- une **victime** est une personne présente sur le lieu d'un évènement, d'un accident ou d'un attentat, pouvant présenter un dommage, physique ou psychique, directement causé par celui-ci.

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

  - un **impliqué** est une victime non blessée physiquement, exposée directement à un risque de mort ou de blessure pouvant avoir besoin d'une prise en charge notamment médico-psychologique ;
  - un **malade** est une victime non décédée, dont l'état, caractérisé par une affection, nécessite la prise en charge par les secours et/ou les équipes médicales ;
  - un **blessé** est une victime non décédée, dont l'état, caractérisé par une atteinte corporelle traumatique, nécessite la prise en charge par les secours et/ou les équipes médicales ;
  - un **décédé** est une victime dont le décès est constaté par un médecin ou par un secouriste quand la tête est détachée du tronc ou que la victime est en état de rigidité cadavérique ou de putréfaction.

La catégorisation d'une victime, dans le cadre des actions des primo-intervenants repose sur son état clinique, qualifié sur les bases des compétences acquises lors des formations et sur l'expérience :

- état léger (EL) ;[9]
- état grave (EG).[10]

Il est conditionné à la catégorisation secouriste complétée par le tri réalisé par un médecin :

- impliqué = personne valide blessée légèrement ou non ;
- urgence relative (UR)[11] = blessé dont le pronostic vital n'est pas engagé,
- urgence absolue (UA) = blessé dont le pronostic vital est engagé,

L'urgence vitale se définit comme une situation où la vie du patient est en danger imminent et où il risque de décéder faute de soins rapides et adaptés.

L'urgence fonctionnelle se définit comme une situation où la vie du patient n'est pas en danger imminent mais qui nécessite cependant des soins rapides et adaptés pour éviter un handicap.

5.1. Les relations avec la victime

Dans le cadre de la prise en charge d'une victime, il est nécessaire que l'équipe sous l'autorité du chef d'agrès face preuve de politesse, de bienveillance et de discrétion en :

- en s'adressant à la victime de manière calme et apaisée, en parlant distinctement, avec respect, en privilégiant le vouvoiement. Un ton ferme peut parfois être nécessaire pour

[9] ou état non critique, si le SIS utilise le bilan de type XABCDE.
[10] ou état critique, si le SIS utilise le bilan de type XABCDE.
[11] Le classement en « urgence absolue (UA) » ou en « urgence relative (UR) » est utilisé uniquement dans le cadre d'un plan NOVI.

fixer des limites entre la victime et les sapeurs-pompiers ;

- en écoutant les plaintes de la victime et en lui signifiant, en les reformulant, qu'elles ont été prises en compte ;
- en adoptant une attitude propice à canaliser l'émotion de la victime ;
- en limitant le contact physique aux nécessités imposées par la réalisation d'un bilan et/ou de gestes de secours et de soins. Les gestes effectués doivent être expliqués à la victime et justifiés par le bilan. Tout le déroulé de l'opération et les gestes pratiqués doivent être expliqués à la victime ;
- en prenant en compte les particularités psychologiques, physiques, sociales ainsi que les spécificités culturelles de chaque victime lorsqu'elles ne nuisent pas à sa prise en charge.

© Arnaud Beinat – SDIS 57

Toute discrimination, directe ou indirecte, fondée sur l'ethnie, la religion, les convictions, l'âge, le handicap, les activités syndicales, l'orientation sexuelle, le sexe, la grossesse, la maternité et le congé maternité est formellement interdite par la loi. Elle est passible de poursuites pénales.

5.2. Le libre choix de destination de la victime

Le code de santé publique prévoit que « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire ». Cependant, des limitations à ce principe peuvent être introduites en considérant les capacités techniques des établissements.

Ainsi, l'évacuation est effectuée vers la structure de soins d'accueil la plus proche la mieux adaptée à l'état du patient, déterminée par le médecin régulateur.

Ce dernier doit prendre en compte le choix de la victime, les capacités des structures de soins et veiller à ne pas immobiliser durablement un moyen de secours.

Une fois arrivé dans la structure de soins d'accueil adaptée, le patient peut demander son transfert vers un autre établissement de son choix. Ce transfert secondaire n'est pas, normalement, du ressort du SIS.

5.3. La transmission des informations relatives à la victime

Le secret professionnel protège la victime et concerne tout ce qui aurait pu être vu, entendu ou supposé, concernant son état de santé ou sa vie privée. La communication à des tiers des informations dont les sapeurs-pompiers ont eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leur fonction, est interdite.

Cette disposition a pour objet de protéger les intérêts matériels et moraux des victimes et leur entourage. Le sapeur-pompier doit garder à l'esprit la notion d'informations qui pourraient nuire à la victime et son entourage si elles étaient divulguées. Le sapeur-pompier s'expose à des sanctions disciplinaires et pénales (article 226-13 du Code Pénal) s'il ne respecte pas le secret professionnel. Dans tous les cas, le sapeur-pompier doit s'abstenir, à l'égard des tiers, de la presse et même d'élus, de toute divulgation ou commentaire sur l'identité ou l'état de la victime, y compris sur le simple fait de leur hospitalisation.

Le secret professionnel lié à la santé de la victime, dit secret médical, ne peut pas être partagé notamment avec les forces de l'ordre. Les informations relevant du secret partagé avec les forces de l'ordre doivent être limitées à ce qui est nécessaire à la prise en charge de la victime et/ou à la sécurité des intervenants.

Cependant, l'obligation de secret professionnel n'est pas absolue. La révélation d'information est parfois permise, voire même obligatoire, notamment :

- pour prouver son innocence,
- lorsque la personne intéressée a donné son autorisation.

Elle est obligatoire notamment dans les cas suivants, énoncés par l'article 226-14 du Code Pénal :

- dénonciation de crimes ou délits dont un fonctionnaire a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ;
- constatation de sévices infligés à un enfant de moins de 15 ans ou aux personnes n'étant pas en mesure de se protéger en raison de leur âge, de leur état psychique ou physique ;
- communication de renseignements, pièces et documents aux autorités de justice agissant en matière administrative, criminelle ou correctionnelle ;
- témoignage en justice en matière criminelle ou correctionnelle.

Le bilan patient-victime soumis au secret professionnel est transmis[12] aux personnels de la chaine de prise en charge la victime. Il peut également être analysé dans le cadre d'une démarche qualité au sein du SIS. Il est archivé par le SIS selon les règles des dossiers médicaux pour s'y référer en cas de recours et peut être transmis à la justice sous certaines conditions.

Le secret partagé s'entend entre personnes chargées d'assurer les soins et l'accompagnement d'une même victime. Seules les données nécessaires et strictement utiles doivent être partagées, et non l'intégralité du dossier.

La violation du secret professionnel est considérée un délit, hors des cas expressément prévus.

[12] Elle peut être transmise à la victime prise en charge et/ou à la justice.

Le sapeur-pompier doit garder à l'esprit que toute divulgation peut avoir également des répercussions sur l'entourage de la victime. Le secret professionnel ne s'éteint pas avec le décès de la victime.

Le conjoint ne fait pas partie des personnes avec qui le secret peut être partagé. Les intervenants doivent en outre faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents portés à leur connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions[13].

6. Les acteurs

La gestion des opérations de secours nécessite souvent de recourir de manière concomitante aux compétences d'acteurs publics, parmi lesquels nous trouvons principalement :

- les centres de réception des appels (CTA, CRRA, CORG, CIC, etc.)
- les centres opérationnels (CODIS, COD, COZ, COGIC) ;
- les services de l'état (DREAL, DRIEE, ARS, etc.) ;
- les forces de sécurité publique (police nationale, gendarmerie, police municipale etc.) ;
- les partenaire de santé (SAMU, hôpitaux, etc.) ;
- les associations agrées de sécurité civile (AASC) ;
- les armées ;
- etc...

Cependant, certaines opérations de secours nécessitent de faire appel à des techniciens et des experts dans des domaines particuliers relevant d'opérateurs publics, privés ou associatifs.

Le citoyen sauveteur[14] : quiconque porte assistance de manière bénévole à une personne en situation apparente de péril grave et imminent est un citoyen sauveteur et bénéficie de la qualité de collaborateur occasionnel du service public. Le citoyen sauveteur effectue, jusqu'à l'arrivée des services de secours, les gestes de premiers secours. Ces gestes peuvent être guidés par les opérateurs des centres d'appel d'urgence.

Les membres des associations agréées de sécurité civile : composées principalement de bénévoles membres de l'association, formés au secourisme, à la logistique. En fonction de leurs agréments, ces associations peuvent apporter leur concours aux opérations de secours. Elles participent aux actions de soutien et d'accompagnement des populations victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes et à l'encadrement des bénévoles pour le soutien à la population. Ces associations peuvent aussi assurer les dispositifs prévisionnels de secours, dans le cadre de rassemblements de personnes, à cette occasion, elles peuvent être amenées à transporter des malades ou blessés à l'hôpital. Ce sont aussi des acteurs de formation au secourisme.

Les professionnels de santé : le professionnel de santé est une personne qui exerce ses compétences, fournit un service lié au maintien, à l'amélioration de la santé des individus, ou au traitement des individus blessés, malades, souffrant d'un handicap ou d'une infirmité en leur prodiguant des soins. Le professionnel de santé est responsable de ses actions et de celles qu'il fait réaliser dans les règles de l'art en conformité avec les codes de santé publique, de déontologie et des codes régissant les personnes auxquelles il confie des actions. Il a un rôle de conseiller auprès du COS dans la prise en charge des victimes.

Les personnels des entreprises de transports sanitaires agréées : les entreprises de transports sanitaires privés sont chargées d'assurer la prise en charge et le transport de patient vers les

[13] Dans les zones rurales, souvent les sapeurs-pompiers connaissent les victimes. Des informations sur leur vie privée et leur santé sont autant d'informations et secrets particulièrement difficiles à conserver.
[14] Article L. 721-1 du code de la sécurité intérieure. Des applications permettent aux CTA-CODS de mobiliser ces citoyens sauveteurs.

établissements de santé conformément à la décision du médecin régulateur et au libre choix du patient. Ils peuvent être amenés à réaliser un bilan. Pendant le transport ils assurent la responsabilité du patient et l'exécution des gestes appropriés à son état.

Les personnels des structures d'accueil et d'urgences hospitalières : il s'agit des services hospitaliers qui assurent la prise en charge des venues non programmées dans les établissements de santé publics ou privés, tous les jours, 24 heures sur 24, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique.

Les membres de la cellule d'urgence médico-psychologique : il s'agit d'une structure médicale d'urgence, rattachée au SAMU, activable en fonction des évènements, assurant la prise en charge médico-psychologique immédiate et post-immédiate des victimes. La CUMP est composée de personnels et professionnels spécialistes ou compétents en santé mentale (psychiatres, psychologues, infirmiers), formés sur la base d'un référentiel national, et volontaires.

Les acteurs sociaux : Un ensemble d'associations non gouvernementales, dont le Samu Social, luttent contre la grande exclusion en allant vers les personnes concernées, pour maintenir ou recréer le lien social, faire émerger une demande et rechercher la réponse la plus adaptée. Elles s'appuient sur des équipes pluridisciplinaires composées de professionnels et engagées : travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, médecins, infirmier(è)res, aides-soignant(e)s, etc. et peuvent prendre en charge les urgences sociales.

Tant qu'il est présent, le commandant des opérations de secours est chargé de la mise en œuvre de tous les moyens publics et privés mobilisés pour l'accomplissement des opérations de secours.

© Arnaud Beinat – SDIS 57

Le danger est la propriété intrinsèque d'une substance, d'un processus, d'une situation, d'un outil, d'un matériel pouvant entraîner des conséquences néfastes ou dommageables à l'égard d'une personne[15], des animaux, de l'environnement ou des biens.

Le risque quant à lui est la probabilité, la potentialité, que les effets du danger se produisent. Le plus souvent la notion de risque implique que le danger soit perçu par l'individu qui prend des risques.

Le mot « danger » est souvent associé au mot « risque ». Il arrive que des dictionnaires proposent « risque » comme synonyme de « danger », ce qui explique pourquoi un grand nombre de personnes utilise indifféremment ces termes.

1. Le risque infectieux

Le risque infectieux est lié à la pénétration et au développement dans l'organisme de micro-organismes pathogènes, tels que certaines bactéries, certains champignons, virus ou parasites.

En ne respectant pas les règles d'hygiène, les mesures barrières, ou en l'absence d'équipement adapté, le sapeur-pompier peut se retrouver infecté par un agent biologique pathogène.

[15] Y compris du sapeur-pompier durant l'opération de secours.

L'exposition par piqûre, coupure ou contact direct sur une peau lésée ou des muqueuses non protégées (bouche, yeux) avec du sang ou un liquide biologique engendre un risque de transmission d'un agent essentiellement viral (hépatite B, hépatite C, VIH ; ...).

L'exposition aux sécrétions ORL ou broncho-pulmonaires, par la toux ou les éternuements de la victime, expose au risque de contamination principalement bactérienne et virale en les respirant. L'exposition au transfert de contamination infectieuse portée par les mains est aussi une source de contamination.

Inversement, le sapeur-pompier peut, lui aussi, être une source de contamination pour la victime dont il s'occupe.

2. Le risque de blessures

L'activité de sapeur-pompier fait courir le risque de se blesser principalement par maladresse en se précipitant pour porter secours sans repérer les obstacles ou les terrains accidentés.

De même, le brancardage peut être source de blessures, au dos, aux mains en se cognant, etc.

3. Le risque psychologique

Les sapeurs-pompiers interviennent régulièrement dans des situations particulièrement difficiles :

- suicide, mort accidentelle, décès d'un enfant, lien avec la victime ;
- victime atteinte dans son intégrité corporelle (membres sectionnés, etc.) ;
- victime atteinte dans son intégrité psychique (violence, torture, viol, troubles psychologiques, etc.)

Le contexte de l'opération peut augmenter la pression psychologique sur le sapeur-pompier (sentiment de mise en danger, identification à une situation, menace directe, sentiment d'impuissance, etc.).

4. Le risque d'agression[16]

Les sapeurs-pompiers doivent faire face aujourd'hui en intervention à des poussées de violence. À l'instar des membres des forces de sécurité publique, les sapeurs-pompiers peuvent être victimes d'agression en intervention, principalement lors de secours et de soins d'urgence à personnes (80% des cas).

Il s'agit le plus souvent de victimes secourues et/ou de leurs proches, aux comportements inappropriés. L'analyse de l'origine de ces violences[17] permet de mieux les appréhender et donc de mieux les prévenir :

- agressions verbales : 50 %,
- agressions simples : 35 %,
- jets de projectile : 11 %,
- agressions avec armes : 4 %.

[16] Cf. guide de doctrine « prévention et lutte contre les agressions envers les sapeurs-pompiers ».
[17] Dossier de presse du MIINT relatif au dispositif expérimental de l'usage des caméras piétons pour les sapeurs-pompiers en date du 5 septembre 2022.

5. Le risque de troubles musculo-squelettiques

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) regroupent une quinzaine de maladies qui affectent les muscles, les tendons ainsi que les nerfs des membres et de la colonne vertébrale.

Ce sont des pathologies multifactorielles (statique, postures, gestes répétés, contraintes physiologiques y compris par des EPI) à composante professionnelle. Ils se révèlent principalement par des douleurs.

Il s'agit de la première cause d'accidents liés à l'activité du SSUAP, et plus particulièrement le port de charges lourdes, les postures inconfortables ou maintenues durant de longues périodes peuvent favoriser ces troubles.

© Arnaud Beinat – SDIS 57

6. Le risque routier[18]

Les accidents de la route sont la première cause de mortalité au travail. Les déplacements administratifs et opérationnels des personnels des SIS constituent l'une des principales causes d'accidents graves en service.

Toutes les études de sécurité routière démontrent que le facteur humain, notamment lié au conducteur, constitue le premier facteur de risque.

En effet, dans une majorité des sinistres routiers, l'accident survient lorsque le conducteur n'a pas pu s'adapter à la situation.

[18] Voir également la bibliothèque des pratiques des SDIS relative à la prévention des risques routiers. Edition 2020.

Des erreurs de comportements et des conduites à risques peuvent ainsi être à l'origine des accidents :

- une vitesse excessive ;
- le non-respect des distances de sécurité ;
- le manque d'expérience ;
- la sous-estimation du risque ;
- l'utilisation du téléphone ou de la radio ;
- la consommation d'alcool, de stupéfiants, de médicaments ;
- la fatigue, … ;

Le conducteur reste responsable de sa conduite. Le chef d'agrès veille à ce que le conducteur soit en état de conduire.

Par ailleurs, les interventions de SSUAP se déroulent souvent sur la voie publique entrainant le risque que les secours soient eux-mêmes victimes d'accidents routiers causés par d'autres usagers.

7. Le risque juridique

Même si les sapeurs-pompiers jouissent d'une excellente image et d'une bonne réputation auprès des usagers, ceux-ci n'hésitent plus à jeter un regard critique sur l'organisation et les actions des secours.

Le contentieux exercé à l'encontre de ces acteurs revêt des enjeux forts. La prise en compte de ce risque est d'autant plus importante qu'elle affecte l'image, les moyens financiers, l'organisation et surtout les agents qui composent ce service public.

En cas de contentieux en SSUAP, la qualité et l'exhaustivité des renseignements portés sur le bilan patient-victime et le compte-rendu de sortie de secours sont essentielles, tout comme l'enregistrement des différents messages transmis.

CHAPITRE 3 - La sécurité des intervenants

© Arnaud Beinat – SDIS 57

La sécurité des intervenants repose sur la connaissance de la doctrine applicable aux opérations de secours, la formation des personnels et/ou des spécialistes et le port d'équipements de protection individuelle (EPI) adaptés aux dangers. Les primo-intervenants revêtiront donc les EPI[19] dont ils disposent en fonction de la situation. L'implication des primo-intervenants dans une opération de secours dépend également des limites d'emploi des équipements à leur disposition.

Des incidents pouvant se produire tout au long de l'action des sapeurs-pompiers, il convient donc de porter un effort sur les actions suivantes :

- assurer le suivi de la situation en matière de sécurité du personnel engagé ;
- élaborer un dispositif tactique d'évacuation d'urgence ;
- assurer la logistique et le soutien santé de l'opération de secours ;
- rester en contact permanent avec les chefs de secteur pour évaluer et gérer les risques (notamment structurels) ;
- communiquer et échanger avec les différents services engagés aux côtés des services de secours (opérateurs du gaz, de l'électricité, expert, exploitant, etc.).

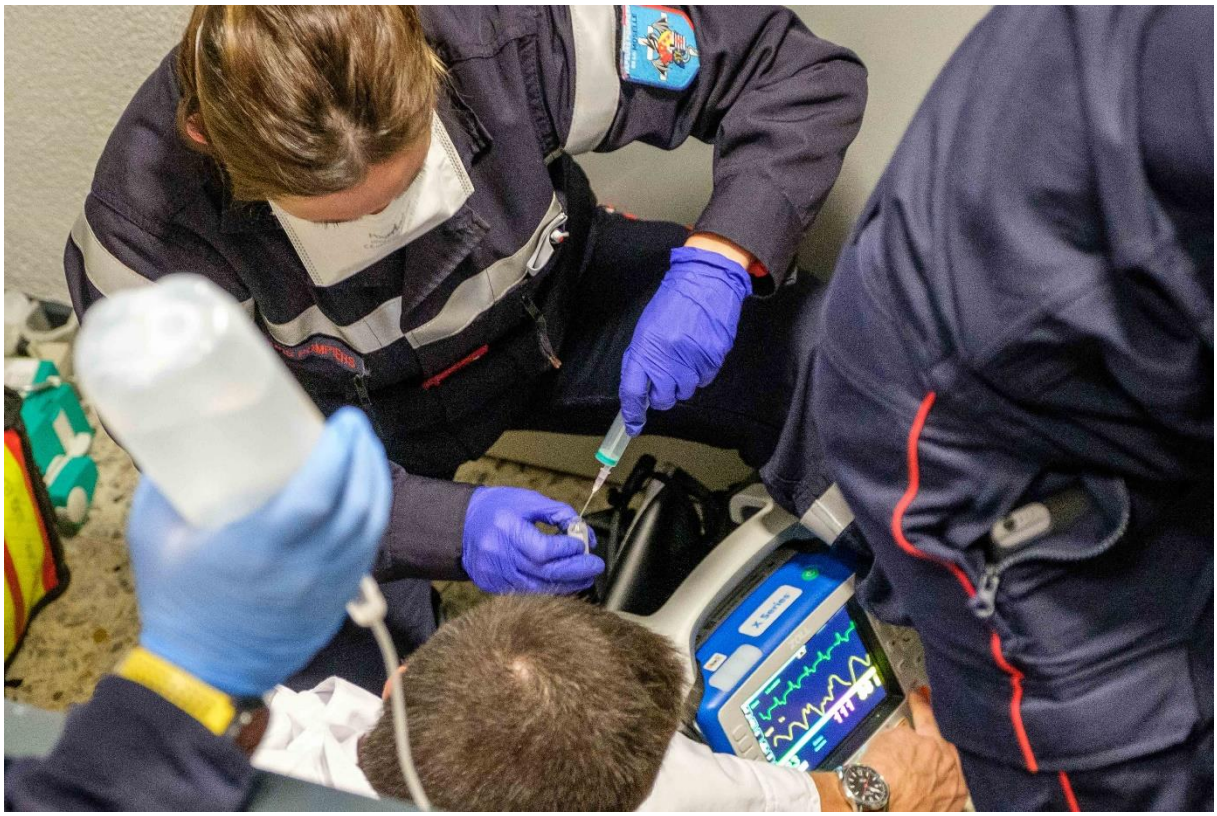
Après analyse de la balance « bénéfice / risque », le COS établira donc son idée de manœuvre en fonction des équipes, du matériel, du risque et des enjeux.

[19] Cf. le mémo de mes EPI et de notre sécurité.

1. La sécurité collective

La sécurité collective passe par :

- une approche prudente de la zone de l'accident afin d'évaluer les dangers potentiels pour les intervenants et les témoins ;
- le repérage des personnes qui pourraient être exposées aux dangers identifiés ;
- l'éviction des dangers ;
- le recueil du nombre de victimes ;
- un balayage visuel autour de la victime, en restant à distance d'elle afin d'évaluer les dangers persistants qui peuvent la menacer ;
- une attention permanente.



© Arnaud Beinat – SDIS 57

Il appartient à chacun des membres de l'équipe d'adopter une attitude basée sur une communication non violente, tant dans l'intérêt de la victime que pour éviter tout débordement et garantir la sécurité des intervenants, notamment en

- se présentant à la victime et à son entourage comme aidants ;
- ayant une attitude assurée, calme, neutre, bienveillante ;
- observant la situation
- écoutant et en parlant calmement de manière à apaiser, dédramatiser la situation.

Il faut parfois remarquer la conduite aggravante de l'entourage et en isoler la victime, et à l'inverse associer les personnes apaisantes.

1.1. Les grands principes

En fonction de l'analyse de la situation et des éléments recueillis lors de la reconnaissance, il est nécessaire que les intervenants mettent en place les mesures suivantes :

- la délimitation claire et visible de la zone de danger, en veillant à empêcher toute intrusion dans celle-ci ;
- la suppression de manière permanente si possible des dangers tant pour la victime que les sapeurs-pompiers ;
- la mise en place des moyens de protection collective (balisage, avertisseurs lumineux, recours aux force de l'ordre, etc.).

1.2. La prévention du risque routier

Au regard du nombre et de la nature d'opérations de secours effectuées chaque année, les véhicules de secours et d'assistance aux victimes restent les moyens des SIS les plus vulnérables face au risque routier.

Tous les occupants du VSAV doivent être ceinturés à chaque phase de déplacement (sauf justification médicale contraire pour la victime ou situation/contexte) et particulièrement celle vers le lieu de l'opération de secours.

L'ensemble du matériel embarqué doit être arrimé afin de ne pas devenir un projectile en cas de mouvement ou de choc.

1.2.1. L'adaptation de la vitesse à l'urgence

La dérogation à la vitesse autorisée pour un véhicule d'intérêt général prioritaire en situation d'urgence ne dispense pas le conducteur de rester maître du véhicule. Dans tous les cas, la vitesse est maîtrisée et adaptée aux conditions et à l'environnement de circulation ainsi qu'aux spécificités du véhicule (PL, utilitaire, VL, gabarit, poids, ...).

L'usage des avertisseurs sonores et lumineux est obligatoire sauf ordre contraire du CODIS ou du chef d'agrès.

Un excès de vitesse peut être justifié par le degré d'urgence de la mission comme précisé dans l'article R.432-1 du code de la route. Le chef d'agrès contrôle la vitesse appliquée par le conducteur en fonction du degré d'urgence de la mission[20].

En cas de conditions climatiques réduisant l'adhérence de la chaussée et/ou la visibilité (pluie, brouillard, etc.) la vitesse est adaptée dans la limite de la vitesse maximale autorisée par la signalisation routière, quelle que soit l'urgence de la mission.

Aucun degré d'urgence ne justifie une dérogation complète aux dispositions du code de la route ou à l'obligation élémentaire de prudence.

[20] Le SIS peut définir dans son plan de de prévention des risques routiers, les motifs d'interventions qui justifient de déroger aux règles du code de la route et ceux pour lesquels le degré d'urgence ne permet pas de prendre des risques ou d'en faire courir aux autres usagers. Il peut aussi limiter ces dérogations.

1.2.2. Le nombre de personnes à bord d'un VSAV

Le nombre maximum de personnes admises à bord pendant le transport est indiqué sur le certificat d'immatriculation. Ce chiffre indique le nombre de personnes transportables simultanément hors victime allongée (conducteur, personnel du VSAV, personnel médical, forces de l'ordre, famille, etc.)

Le chef d'agrès en liaison avec les autres services partenaires transfère si besoin les effectifs supplémentaires dans les véhicules qui suivent le déplacement jusqu'à l'hôpital. L'évacuation d'une victime vers une structure de soins d'accueil se fait en adaptant sa vitesse à l'état de la victime.

La sécurité de la victime doit être assurée, avec pour priorité la non aggravation de son état. Un avis médical recommandant l'arrivée à la structure de soins d'accueil dans les plus brefs délais, n'exonère en rien la responsabilité du conducteur en cas d'accident.

1.2.3. La signalisation de la zone d'intervention

Sur le lieu de l'opération de secours, le risque de heurt ou de renversement par un véhicule tiers sera réduit par la pose d'un balisage initial avec l'armement de l'engin adapté, voire renforcé si nécessaire.

La vigilance de chacun des membres de l'équipage constitue un atout majeur dans la prévention des risques et notamment du risque routier.

1.3. La prévention du risque agression[21]

En cas de menace ou de risque d'agression, ou d'événement de nature à entraîner une éventuelle réaction violente ou disproportionnée de la victime ou de son entourage, le chef d'agrès veille à :

- surveiller l'environnement extérieur ;
- demander l'engagement des forces de l'ordre ;
- éviter d'exposer le personnel engagé ;
- isoler la victime (surveillance des mains, éloignement des objets dangereux etc. ;
- conserver une attitude ferme mais non agressive.

Le risque peut justifier une adaptation des modalités d'intervention des moyens de secours sur le terrain et leur action peut être différée en cas de risques graves d'agression des intervenants (repli raisonné).

Les missions SUAP sont le plus souvent réalisées avec des effectifs réduits ce qui rend les personnels engagés plus vulnérables, il y a lieu de :

- signifier à l'ensemble de l'équipage toute observation anormale (ex : présence d'un couteau) ;
- éloigner ou cacher de l'agresseur tout objet pouvant être utilisé comme une arme (couteaux, outils, armes à feu, etc.) ;
- garder son calme face à l'agresseur pour faire retomber la tension ;
- utiliser les sacs de prompt secours comme boucliers en cas d'agression ;
- conditionner la victime au plus vite pour réaliser le bilan à l'abri ;
- quitter les lieux en attendant les forces de l'ordre si la menace persiste.

[21] Cf. guide de doctrine opérationnelle « Prévention et lutte contre les agressions envers les sapeurs-pompiers »

La prise en charge des victimes prime toujours sur les autres actions en cours.

1.4. La prévention du risque juridique

La prévention du risque juridique passe notamment par :

- la qualité de la communication au cours de la mission ou de l'intervention ;
- la qualité des actions menées ;
- la traçabilité des actions ;
- la prise en compte des demandes de renseignements ou des recours, associé le cas échéant, avec un rendez-vous explicatif avec le requérant à la transmission des pièces qu'il demande.

© Arnaud Beinat – SDIS 57

2. La sécurité individuelle

En arrivant sur les lieux, le primo-intervenant recherche un danger pouvant générer un sur-accident. Pour évoluer sur le domaine routier ou autoroutier, il est obligatoire qu'il porte un équipement de protection haute-visibilité.

2.1. La prévention du risque infectieux

Certaines vaccinations sont obligatoires pour les personnes exerçant certaines activités professionnelles les exposant à des risques de contamination. Les sapeurs-pompiers en font partie.

Dans le cadre de la prise en charge de victimes, il convient de :

- porter systématiquement des gants à usage unique ;
- faire porter à la victime si c'est possible et porter une protection respiratoire (masques) pour toute suspicion de risque infectieux respiratoire[22] ;
- porter quand c'est nécessaire une sur-tenue à usage unique ;
- porter une protection oculaire lors de gestes à risque de projection sur le visage (aspiration, intubation, etc.) ;
- limiter le temps d'exposition et le nombre de sapeurs-pompiers exposés ;

[22] Dès lors qu'une victime présente des signes infectieux, tousse ou éternue.

- ne pas porter ses mains au visage et à la bouche, se frotter les yeux ;
- se laver les mains (eau, savon, solutions hydro-alcooliques, etc.) après tout contact potentiellement contaminant, notamment après le retrait des EPI ;
- utiliser préférentiellement du matériel à usage unique et être vigilant lors des manipulations ;
- gérer les déchets à risque infectieux (DASRI).

En l'absence de protocole « accident d'exposition au sang » et cas de piqure ou coupure, laver immédiatement la plaie avec de l'eau potable et du savon puis désinfecter pendant 5 minutes minimum (Dakin, eau de javel diluée ou, à défaut, produits iodés ou autre biocide)[23].

En cas de projection sur les muqueuses, rincer abondamment au sérum physiologique, et à défaut avec de l'eau.

Le savon tue la plupart des micro-organismes. Dans certains cas, il peut être nécessaire d'utiliser à l'aide d'un produit bactéricide et virucide.

2.2. La prévention des troubles musculo-squelettiques

Les sapeurs-pompiers doivent s'attacher à mettre en œuvre des pratiques permettant d'éviter le travail en force. Les bonnes pratiques en termes de gestes et postures, la répartition des charges adaptées ou encore l'utilisation d'outils et accessoires permettent de limiter les troubles musculo-squelettiques.

En fonction de la situation (corpulence de la victime, configuration des lieux, état de la victime nécessitant par exemple un transfert à plat, etc.), le chef d'agrès peut demander des moyens complémentaires (renfort brancardage, moyens élévateur aérien, équipe SMPM, etc.) afin d'en limiter l'impact sur son équipage.

[23] Se référer aux procédures en vigueur dans le SIS.

CHAPITRE 4 - La construction de la réponse opérationnelle

© Arnaud Beinat – SDIS 57

La connaissance mutuelle des procédures, des techniques et des grands principes d'actions de chacun permet aux intervenants de mener à bien et avec efficacité leurs missions, tout en respectant les exigences de sécurité adaptées aux risques.

Les primo-intervenants doivent intervenir avec le matériel en dotation dans leur engin en attendant, le cas échéant, l'arrivée des moyens spécifiques[24] ou d'équipe de spécialistes.

1. Les situations envisageables

Dans le cadre de leurs compétences, les services d'incendie et de secours exercent les secours et soins d'urgence aux personnes ainsi que leur évacuation, lorsqu'elles :

- sont victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ;
- présentent des signes de détresse vitale ;
- présentent des signes de détresse fonctionnelle justifiant l'urgence à agir.

Les secours d'urgence aux personnes répondent aux critères de l'action des sapeurs-pompiers. Les actes de soins d'urgence complètent ces actions et peuvent être réalisés par les sapeurs-pompiers, professionnels de santé ou non.

[24] Moyens qui nécessitent une formation à l'emploi mais dont la mise en œuvre n'est pas conditionnée à la présence de spécialiste.

Afin de réaliser leurs missions de secours et de soins d'urgence, les sapeurs-pompiers peuvent participer à la réalisation d'actes de télémédecine, dans le cadre de leurs compétences.

Les services d'incendie et de secours sont autonomes dans la gestion des leurs moyens opérationnels en matière de SSUAP. Leurs professionnels de santé peuvent, dans le cadre des conditions fixées par la convention SDIS-SAMU, être engagés pour des missions relevant de l'aide médicale urgente.

2. Les documents opérationnels

Les connaissances particulières liées aux opérations de secours et de soins d'urgence aux personnes conduisent les sapeurs-pompiers à rédiger, seuls ou en collaboration avec d'autres partenaires, des documents stratégiques ou de mise en œuvre opérationnelle et notamment :

- le schéma départemental d'analyse et de couverture des risques (SDACR) ;
- le règlement opérationnel du SIS ;
- les dispositions sur l'organisation de la réponse de sécurité civile (ORSEC) ;
- les ordres d'opération ;
- le contrat territorial de réponses aux risques et aux effets de menaces (CoTTRiM) ;
- le pacte capacitaire ;
- les guides de doctrine et de techniques opérationnelles ;
- les atlas spécifiques (topographie, consignes opérationnelles, données système d'information géographique) ;
- les plans des établissements répertoriés (ETARE), établis en parallèle de documents réglementaires de sécurité tels que les plans d'opération interne (POI) et plans particulier d'intervention (PPI).

La spécificité d'un risque, les obligations légales ou encore les besoins propres à chaque organisation nécessitent des productions complémentaires qui peuvent prendre la forme de plans, de procédures opérationnelles, ou de conventions.

Le référentiel commun SUAP-AMU du 25 juin 2008, portant sur l'organisation du secours à personnes et de l'aide médicale urgente (SAP-AMU), a pour objet la prise en charge des urgences pré hospitalières et constitue la doctrine française des services publics en matière d'organisation quotidienne des secours et soins d'urgence.

Les conventions dites bipartites, sont signées entre le SAMU et le SIS conformément aux dispositions de l'article L.1424-42 du CGCT et à celles du référentiel commun SAP/AMU de 2008. Outre les aspects financiers, ces conventions visent à fixer les règles en matière de coordination interservices dans le cadre du SAP-AMU

La circulaire interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative 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, fixe des axes d'amélioration en vue d'optimiser la coordination et la complémentarité des moyens humains et matériels, autour de quatre axes :

- améliorer la qualité du service rendu aux usagers en clarifiant les missions et en favorisant la coopération des acteurs mobilisables dans le cadre des secours et soins d'urgence ;
- renforcer les outils permettant d'assurer la complémentarité des moyens humains et matériels, tant terrestres qu'héliportés ;
- dynamiser les instances de gouvernance nationales et locales en charge du pilotage des dispositifs de secours et de soins d'urgence ;
- mettre en œuvre des actions de pédagogie et de communication conjointes auprès des usagers.

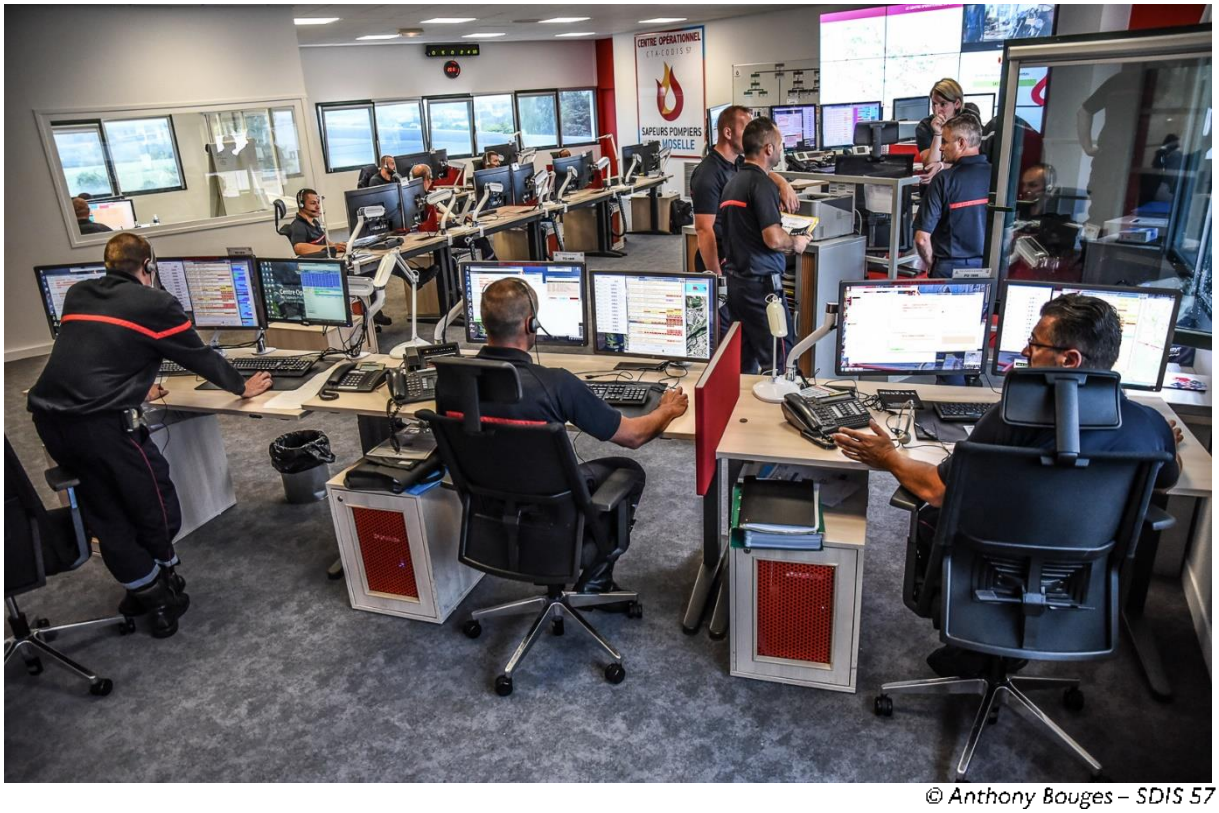
Le schéma régional de santé (SRS) définit, en s'appuyant sur les besoins de santé de la population, la répartition territoriale des activités et des équipements lourds. Il met en œuvre un principe de gradation des soins en définissant l'offre de soins cible par territoire de santé. La mise en cohérence du SRS et du SDACR prend la forme d'un document élaboré conjointement sous l'autorité du préfet et du directeur de l'agence régionale de santé. Ce document peut prendre la forme d'une cartographie qui superpose les moyens des SIS et les moyens des structures de médecine d'urgence (Structures des urgences, SAMU, SMUR).

3. La réponse opérationnelle

Le SIS construit sa réponse opérationnelle en s'appuyant, entre autres, sur les documents cités précédemment. Elle résulte de l'adéquation entre les spécificités du territoire et les ressources humaines et matérielles du SIS.

Si l'opération de secours ne nécessite pas l'intervention d'équipe de spécialistes et/ou de moyens spécifiques, le COS peut, en tant que besoin, faire appel à un personnel qualifié[25] pour apprécier l'opportunité de la mise en place de mesures particulières.

4. La prise d'appel et l'engagement des secours



© Anthony Bouges – SDIS 57

Une opération de secours débute dès la réception de l'appel ou des éléments transmis par un autre service au centre de traitement de l'alerte (CTA). Un questionnement adapté va permettre d'identifier la détresse, d'engager rapidement les secours et de conseiller le requérant.

Les éléments décrits ci-après complètent autant que de besoin les procédures propres à chaque SIS.

[25] Désigne une personne (sapeur-pompier ou non) qui dispose de connaissances dans un particulier.

4.1. Les éléments à recueillir

4.1.1. La localisation de l'intervention

Phase capitale pour le bon déroulement de l'opération de secours, il convient tout d'abord de définir avec précision le lieu de l'opération :

- le numéro de téléphone du requérant afin de pouvoir le rappeler si besoin voire de le localiser ;
- l'adresse précise de l'opération (celle-ci peut être différente de celle où se trouve l'appelant) ;
- le site ou point remarquable (en particulier lorsqu'il s'agit d'une opération en pleine nature) ;
- les coordonnées géographiques, topographiques, GPS ;
- l'absence d'homonymie d'adresse ;
- tout autre renseignement utile.

Il se peut que le requérant ne sache pas où il se trouve et qu'aucun point remarquable ne permette de le situer. En cas d'appel depuis un téléphone portable, l'opérateur du CTA peut utiliser des outils pour obtenir les coordonnées GPS par l'AML[26], par la plateforme de localisation d'appels d'urgence (PFLAU), ou encore une application d'échange de SMS. Si la victime est inconsciente ou que le téléphone du requérant est hors d'usage, la localisation peut être réalisée via les opérateurs et services partenaires.

La précision de la localisation permet également d'anticiper la nécessité ou non d'engager directement des équipes de spécialistes (accès difficile, zone inondée, etc.).

4.1.2. La qualification du motif de l'appel

La qualification du motif de l'appel des secours va permettre d'apporter la meilleure réponse dans les délais les plus courts. Plusieurs points sont recherchés.

- La description de la problématique :
    - la nature de l'opération de secours ;
    - le contexte et la cinétique de l'accident (type de milieu, situation de la victime, difficultés d'accès) ;
    - le nombre de victimes et d'impliqués (en groupe ou séparés) ;
    - le type et la gravité des atteintes (brûlure, traumatisme, conscience[27], etc.) ;
    - la localisation des victimes (à l'abri ou exposées au danger, etc.) ;
    - etc.

- La qualité des renseignements, le requérant est-il :
    - un professionnel (encadrant un groupe, exploitant ; médecin, etc.) ;
    - une victime ;
    - un témoin ;
    - un tiers (famille, amis).

Du niveau d'implication du requérant dans l'accident dépend sa qualité de jugement et d'objectivité face à un événement.

Il convient de privilégier le déclenchement rapide du VSAV comme réponse initiale puis la recherche de renseignements complémentaires en fonction des situations permettant de

[26] Advanced mobile localisation (localisation mobile avancée).
[27] La précision du renseignement permettra d'anticiper l'engagement d'une équipe médicale.

renforcer le train de départ a posteriori.

- L'identification de facteurs aggravants :

Par exemple, la date et l'heure peuvent conditionner la réponse opérationnelle. En effet, une opération de secours de nuit en plein hiver ne nécessitera pas forcément les mêmes moyens que la même en été en plein jour. Les principaux facteurs à rechercher sont :

  - le contexte opérationnel (risque de sur-accident, tuerie de masse sous diverses formes, ...) ;
  - le grand nombre de victimes et / ou d'impliqués ;
  - le public sensible (enfants, personnes âgées, handicap, etc.) ;
  - les conditions météorologiques et astrologiques (jour-nuit, intempéries, froid, chaleur, etc.) ;
  - les difficultés de communication (transmissions radio/téléphone) ;
  - l'hydrogéologie de la zone d'intervention ;
  - l'accessibilité (délais de transit) engendrant des difficulté pour l'engagement ;
  - etc..

Dès l'apparition d'une notion de milieu particulier à la prise d'appel, un membre de l'équipe spécialisée concernée peut fournir un appui lors du traitement de l'alerte.

Les CTA disposent de procédures en sus des prescriptions classiques de traitement des appels d'urgence appliquées quotidiennement. Elles répondent spécifiquement à certains risques et environnements locaux.

4.2. Les éléments spécifiques au SSUAP

L'opérateur va rechercher les notions d'urgences vitales ou fonctionnelles permettant l'engagement réflexe des moyens de secours et soins d'urgence des sapeurs-pompiers, avant même la régulation par le médecin régulateur. Pour cela, il peut être aidé par des arbres décisionnels.

Des systèmes d'interconnexion radiotéléphonique et informatique existent entre les SIS et le SAMU. Ces dispositifs, ainsi que la mise en conférence téléphonique interservices permettent de faciliter, accélérer et fiabiliser les échanges d'information et les prises de décision.

La conférence à trois (appelant, les opérateurs du SIS et du SAMU) facilite la prise en compte de l'opération de secours. Elle peut être arrêtée lorsque le médecin régulateur décide avec l'interlocuteur sapeur-pompier de l'engagement ou non des moyens.

Lorsque le CRRA 15 sollicite l'engagement de moyens du SIS, le CTA-CODIS reste décisionnaire de leur déclenchement.

La régulation médicale d'une opération impliquant au moins une victime est systématique et incombe au CRRA du SAMU[28]. Elle a pour but au cours de l'opération :

- de déterminer et déclencher éventuellement une réponse médicale adaptée à la situation ;

[28] Et la coordination médicale de la BSPP.

- de préparer l'accueil du patient dans l'établissement adapté (en respectant le libre choix de la personne), en fonction de la disponibilité des moyens d'hospitalisation,
- d'organiser son transport ;
- de veiller à son admission.

Le CIC, le CORG, le CTA/CODIS s'informent mutuellement et engagent les moyens appropriés disponibles sans délai lors d'une mission de secours et soins d'urgence aux personnes si :

- des éléments recueillis (contexte, circonstances) laissent penser que la sécurité des intervenants est susceptible d'être menacée ;
- les faits rendent nécessaire une intervention des forces de l'ordre au titre de leur attribution, notamment en cas de rixe ou de violence aux personnes, de pendaison, de défenestration, de noyade, d'accident du travail.

Réciproquement, les sapeurs-pompiers peuvent être engagés pour assurer le soutien des forces de l'ordre, en particulier leur soutien sanitaire[29].

4.2.1. La fonction d'officier santé

L'intégration d'un officier santé au sein d'un CTA-CODIS peut faciliter les opérations SSUAP. A ce titre, il peut :

- être l'interlocuteur de proximité privilégié, facilitateur de la communication avec les professionnels de santé, en particulier le SAMU ;
- adapter la réponse opérationnelle des professionnels de santé, vétérinaires et psychologues du SIS;
- apporter des réponses aux sollicitations des intervenants, leur donner des conseils voire les soutenir en cas de besoin.
- recueillir des indicateurs afin d'évaluer les bonnes pratiques dans le cadre de la démarche qualité.

4.2.2. Les départs réflexes des moyens des SIS avant régulation médicale

Dans un certain nombre de cas[30], l'engagement des moyens des moyens de secours peut précéder la régulation médicale. Si l'appel du requérant parvient :

- au SIS, c'est l'opérateur du CTA qui engage les moyens disponibles du SIS après évaluation de la situation, puis il transfère l'appel ou les informations au CRRA 15 en vue d'une régulation médicale ;
- au CRRA 15, l'auxiliaire de la régulation médicale demande au CTA l'engagement d'un moyen SIS, en précisant le motif, avant la validation du médecin régulateur.

Trois facteurs définissent les situations de départs réflexes :

- **l'urgence vitale identifiée à l'appel :** répertoriée et décrite dans le référentiel commun SAP/AMU modifié, la liste de ces situations et leur description peut évoluer avec les connaissances acquises de la science et de l'éthique. Ces situations peuvent être précisées dans les conventions opérationnelles SAMU-SIS. Lorsque l'urgence vitale n'est pas identifiée ou identifiable, mais suspectée par l'opérateur, un départ réflexe du SIS est justifié dans l'intérêt de la victime.

[29] Note du 20 décembre 2021 concernant notamment le soutien sanitaire opérationnel des gendarmes.

[30] Ces situations sont définies dans les conventions opérationnelles SAMU – SIS en déclinaison du référentiel commun SUAP – AMU de 2008 modifié par l'arrêté interministériel du 5 juin 2015 et de l'instruction interministérielle N° DGOS/R2/DGSCGC/2016/399 du 22 décembre 2016 relative aux arbres décisionnels d'aide à la décision de déclenchement des départs réflexes des sapeurs-pompiers.

- **l'opération d'urgence se déroule sur la voie publique ou dans un lieu public :** Lorsque l'appel ou l'alerte concerne un lieu situé sur la voie publique ou un lieu public un départ réflexe du SIS est justifié, en cas d'urgence.
  Toutefois, le périmètre des types de lieux peut avoir été affiné dans la convention entre le SIS et le SAMU pour les lieux publics et les établissements recevant du public en introduisant les notions de zone protégée et zone non protégée.
  La zone protégée est un lieu où il est simultanément possible de soustraire le patient à la vue du public et des personnes. C'est en général, un local où une personne compétente (médecin, infirmier, secouriste du travail, etc.) est présente pour prendre en charge le patient réalise les premiers gestes de secours, établit et transmet un bilan à destination de la régulation médicale. Dans ce cas et en dehors des urgences vitales ou fonctionnelles, il n'y a pas de départ réflexe.

- **les circonstances de l'urgence :** Certaines circonstances entrainent des risques médicaux particuliers et justifient un départ réflexe[31]. Des conventions départementales SAMU-SIS, peuvent régir plus précisément les règles d'engagement des moyens de secours (VSAV, VL prompt secours, VLI, etc.).

4.3. Les conseils au requérant

Compte tenu de la diversité des opérations de SSUAP, l'opérateur du CTA peut être confronté à de très nombreuses situations opérationnelles pour lesquelles son expérience métier sera un véritable atout. L'opérateur joue un rôle capital dans :

- la précision des informations récupérées ;
- l'identification de la détresse ;
- la rapidité de l'envoi des secours ;
- les conseils et consignes donnés au requérant[32].

Face à une situation de détresse vitale, le contact doit rester permanent pour guider le requérant dans la réalisation des gestes indispensables. Le maintien de l'échange avec le requérant est nécessaire au moins jusqu'à l'arrivée des primo-intervenants.

Au même titre que les gestes de terrain, ces capacités sont à travailler très régulièrement, tout comme la capacité à rassurer le requérant.

Dans ses conseils, l'opérateur doit s'appuyer sur son expérience et faire preuve de bon sens. Il peut faire réaliser les gestes de secours par un témoin ou par un secouriste présent sur les lieux ou alerté via une application mobile, si possible, dans l'attente des moyens du SIS.

Idéalement, la connaissance des gestes de premier secours par le grand public avant l'évènement reste un atout majeur.
C'est tout l'enjeu de la promotion des actions de citoyenneté au niveau national et menées localement.

4.4. L'engagement des secours

L'engagement des secours est propre à chaque SIS et doit être conforme au règlement opérationnel du SIS territorialement concerné.

[31] Une liste indicative figure en annexe du référentiel commun SAP- AMU du 25 juin 2008 et dans les recommandations pour les arbres décisionnels dans le cadre des départs réflexes de la circulaire interministérielle de 2016.
[32] Cf annexe C – conseils aux requérants.

La réponse opérationnelle d'un SIS peut prévoir, au départ des secours, le déclenchement de moyens médicaux ou paramédicaux, d'équipes de spécialistes, le recours à un partenaire public ou privé (milieux périlleux, risque technologique, exploitant, etc.).

Dans ce cas, un contact préalable à l'engagement des moyens, avec un cadre de la spécialité ou un partenaire, peut permettre d'analyser la situation et de calibrer la réponse.

Si la spécialité n'est pas développée au sein du département, le recours au renfort zonal est à anticiper.

Dans le cadre des opérations SSUAP, la réponse peut être graduée et reposer sur l'engagement d'un secouriste isolé (citoyen sauveteur), une équipe de prompt secours (VL), une équipe SSUAP (VSAV) complétée au besoin par moyens médicaux ou paramédicaux du SIS.

4.4.1. Le refus ou la temporisation des carences ambulancières

Afin de préserver leurs ressources pour leurs missions (urgences vitales, incendie, secours routier, etc.), les SIS doivent être en capacité de moduler leur réponse pour les carences ambulancières en fonction des critères d'urgence de l'intervention et de la ressource opérationnelle disponible en temps réel.

Pour atteindre cet objectif, un guide[33] pour la temporisation des carences ambulancières comprend une procédure déclinant les différentes étapes de gestion et de temporisation des carences ambulancières.

Cette pratique doit permettre un meilleur échelonnement des missions pour apporter de la souplesse dans la gestion des moyens opérationnels.

Lorsque les circonstances opérationnelles le justifient, le refus reste possible.

4.4.2. L'arrêt des moyens avant l'arrivée sur les lieux

Le SIS est pleinement maître de ses moyens opérationnels. En fonction de nouveaux éléments recueillis par rapport à l'engagement initial, il peut être décider d'arrêter ou d'annuler des moyens engagés avant leur arrivée sur les lieux. C'est notamment le cas, après régulation médicale.

Cependant, il est important de rappeler dans ce cas, que cette décision n'exonère pas le SIS de sa responsabilité en cas de contentieux au titre de ses missions de service public.

Si la demande d'arrêt des moyens émane du SAMU, le SIS peut, après analyse de la situation opérationnelle, décider d'arrêter ou de laisser les moyens engagés poursuivre l'opération.

[33] Instruction interministérielle n°DGOS/R2/DGSCGC/BOMSIS/2021/163 du 30 juillet 2021 relative à l'articulation entre secours d'urgence à personne et aide médicale urgente, visant notamment à la diffusion de guides pour la réduction des temps d'attente des sapeurs-pompiers aux services d'urgence Ces deux guides sont téléchargeables sur le site du ministère de l'intérieur : https://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/Securite-civile

CHAPITRE 5 - La conduite des opérations

© Arnaud Beinat – SDIS 57

La conduite des opérations se fonde sur des principes immuables :

- la protection des personnes et des animaux soumis directement ou indirectement aux effets d'un sinistre ;
- la préservation des biens ;
- la protection de l'environnement des effets d'un sinistre.

La prise en charge des victimes par les sapeurs-pompiers consiste à :

- réaliser l'envoi des moyens adaptés en lien avec la régulation médicale ;
- mettre en sécurité les victimes et sécuriser le site ;
- pratiquer les gestes de secours ou les actes de soins d'urgence face à une détresse et en évaluer le résultat ;
- assurer la remontée d'informations et des bilans au CODIS et au SAMU ;
- réaliser l'évacuation des victimes vers un lieu d'accueil approprié.

Tout élément nouveau important doit amener le COS à reconsidérer son idée de manœuvre.

L'aggravation de la situation soudaine ou le sur-accident sont de nature à déstabiliser profondément les intervenants et l'ensemble du personnel des services concernés[34].

[34] Cf. GDO Exercice du commandement et conduite des opérations.

1. Le zonage opérationnel

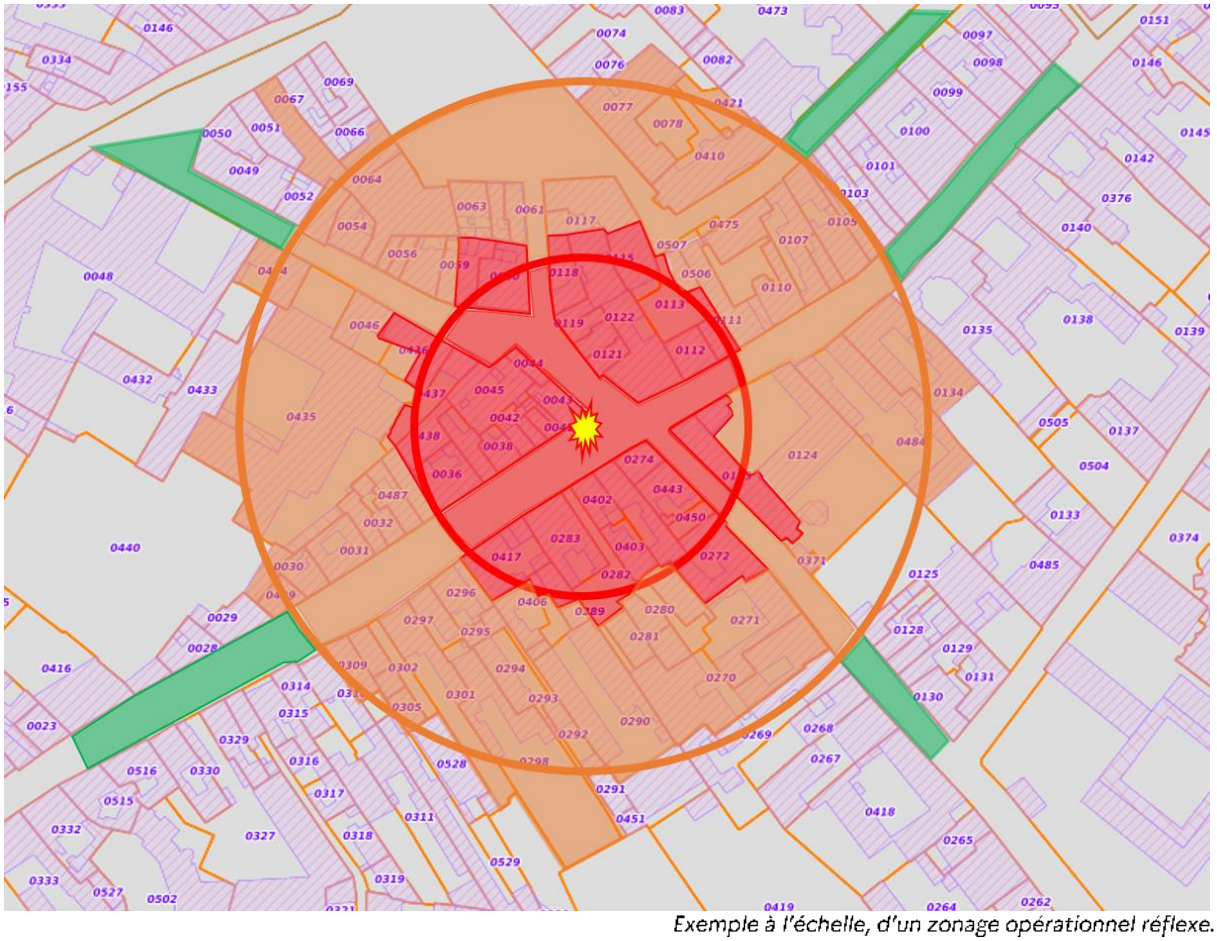
1.1. Principes généraux du zonage opérationnel

Afin de protéger les populations et les intervenants d'un danger, il est nécessaire de sécuriser le site de chaque opération en mettant en place un zonage plus ou moins élaboré et étendu en fonction des risques en présence, du lieu et de la durée prévisible de l'opération.

Les limites extérieures du zonage forment le périmètre de sécurité[34]. S'il ne sera jamais possible de définir avec exactitude les limites de ce périmètre, ni d'en garantir la totale efficacité, il appartient néanmoins au COS de le délimiter systématiquement en s'efforçant d'adapter ses contours le mieux possible à la zone de danger.

Au final, le zonage opérationnel devra toujours respecter le principe des trois zones :

- une zone d'exclusion dite rouge ;
- une zone contrôlée dite orange ;
- une zone de soutien dite verte.



Exemple à l'échelle, d'un zonage opérationnel réflexe.
La zone d'exclusion a un rayon de 50m et la zone contrôlée un rayon de 100m
© Christophe Perdrisot – DGSCGC

Les limites extérieures de la zone de soutien constituent le périmètre de sécurité. La zone accessible au public se situe au-delà de ce périmètre, elle n'est pas matérialisée.

Dans un premier temps, compte tenu de la cinétique de l'opération et du personnel présent, le zonage opérationnel se limitera à un périmètre de sécurité dit « a priori » limitant l'accès à la

zone de danger principal tout en mettant en sécurité :

- les intervenants ;
- les victimes (décédés, blessés, impliqués)
- les tiers.

Les zones qui ne nécessitent pas le port d'EPI sont placées sous le contrôle des forces de l'ordre.

Le zonage opérationnel peut nécessiter la mise en place d'un ou plusieurs points d'accès et/ou de contrôle servant notamment :

- à la gestion des entrées et sorties des intervenants ;
- au contrôle des EPI ;
- à la gestion des matériels souillés ;
- au contrôle des actions menées ;
- etc.

L'accès aux différentes zones doit tenir compte des limites d'emploi du matériel à disposition des primo-intervenants.

En fonction des éléments recueillis lors de sa reconnaissance (effets dominos, configuration de la zone d'opération, ...) et de sa capacité à tenir le périmètre, le COS fixera les contours effectifs de ce dernier en veillant à sa matérialisation et à son contrôle.

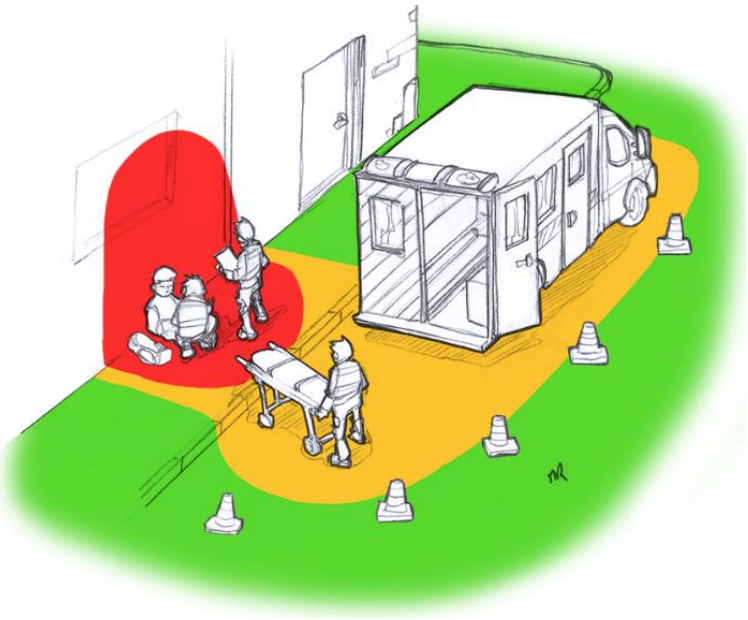
La définition d'au moins un axe d'accès et/ou logistique doit être une des priorités du COS.

1.2. Le zonage opérationnel spécifique au SSUAP

La sécurisation de la zone d'opération lors d'une opération de secours et soins d'urgence aux personnes repose sur les principes suivants :

- le stationnement de l'engin de manière à limiter l'impact sur le trafic routier lorsque cela est possible ;
- la matérialisation de la zone d'opération;
- la demande ou la confirmation des forces de l'ordre ou des moyens supplémentaires si besoin.

Lorsqu'il s'agit d'une seule victime, ce zonage est réduit à quelques mètres. Il permet de garantir le secret professionnel, les données médicales à caractère personnel, les droits et la dignité de la personne.



Exemple d'un zonage opérationnel réflexe.
© Matthieu Robert - SDIS 85

2. Les principes opérationnels[35]

© Arnaud Beinat – SDIS 57

Une opération de secours et de soins d'urgence aux personnes repose sur de grandes phases pouvant être réalisées simultanément.

2.1. La prise en charge de la victime par les primo-intervenants

La prise en charge d'une victime repose sur :

- la réalisation un bilan patient-victime, rédigeant une fiche bilan[36] transmis au SAMU ainsi qu'un message de renseignement au CODIS;
- la mise en œuvre des procédures adaptées (gestes de secours, actes de soins, techniques et matériels)[37] ;
- l'assistance de l'équipe paramédicale ou médicale si elle est présente (au départ des secours ou demande en renfort) ;
- le conditionnement de la victime (relevage, etc.) ;
- la surveillance de manière permanente de la victime ;

La transmission du bilan patient-victime doit se faire dans les meilleurs délais avant l'évacuation.[38] Ce bilan est nécessaire au médecin régulateur pour permettre notamment à ce dernier de déterminer la nécessité de renforts médicaux et la destination de la personne prise en charge.

La transmission du bilan des sapeurs-pompiers est réalisée par le réseau SSU, le téléphone par des lignes dédiées permettant l'enregistrement simultané au CODIS et au CRRA ou par le biais d'un dispositif de transmission dématérialisé (tablettes, etc.).

[35] Voir également le guide de doctrine opérationnelle « interventions sur le milieu routier »
[36] La forme et le contenu de la fiche bilan des sapeurs-pompiers sont élaborés localement.
[37] Selon les recommandations relatives aux premiers secours en équipe.
[38] Des conventions locales peuvent indiquer l'évacuation sans bilan a priori (ou avec un bilan simplifié) pour les victimes sans gravité ou peu graves.

2.2. Le « laisser sur place »

Si l'évacuation d'urgence de la victime n'est pas jugée nécessaire par le médecin régulateur au vu des éléments du bilan, elle est laissée sur place éventuellement dans l'attente d'une prise en charge ambulatoire. L'appelant est mis en relation téléphonique directe, chaque fois que cela est possible, avec le médecin régulateur qui lui explique cette décision.

2.3. Le refus de la victime à être prise en charge

Les victimes majeures, en pleine possession de leurs capacités mentales, peuvent refuser la prise en charge ou l'évacuation proposée par le chef d'agrès. Toute victime, en effet, dispose du droit de refuser une prise en charge et ne peut faire l'objet d'aucun acte de diagnostic, de soins ou d'évacuation sans son consentement.

Rien n'autorise un sapeur-pompier à forcer une personne à le suivre.

Le consentement comme l'absence de consentement impliquent l'obligation d'information en vertu de la notion de « consentement libre et éclairé ».

L'information donnée par le chef d'agrès doit être :

- simple : pas d'explications scientifiques hors de portée du malade ou du blessé ;
- intelligible : les explications doivent être adaptées au niveau intellectuel du malade ou du blessé.
- explicite : le malade ou le blessé doit disposer d'éléments suffisants pour qu'il soit en mesure de choisir entre les risques et les avantages ;
- loyale : sans dissimulation ni exagération de l'état, ni mensonges ;

Le chef d'agrès doit transmettre obligatoirement, avant de quitter les lieux de l'opération de secours, un bilan au médecin régulateur précisant que la personne refuse sa prise en charge par les sapeurs-pompiers.

Chaque fois que possible, le médecin régulateur s'entretient, par téléphone (conversation enregistrée), avec la personne ayant manifesté son refus, de manière à apprécier au mieux la situation médicale et à l'informer avec précision des risques liés à sa décision.

Cet entretien, qui doit être facilité par le chef d'agrès (ex : téléphone fixe au domicile, téléphone portable de la victime), peut amener la victime à réviser sa décision et à accepter la prise en charge proposée.

Autant que faire se peut, les sapeurs-pompiers matérialisent ce refus par une décharge de responsabilité signée, dont ils laissent un double à la victime.

2.4. L'évacuation de la victime

Elle est assurée au moyen de vecteurs terrestres, voire aérien, ou nautique, en :

- veillant à ne pas oublier de matériel, ni de déchets d'activité de soins sur la zone d'opération ;
- conditionnant la victime dans le vecteur d'évacuation ;
- surveillant de manière constante la victime durant l'évacuation ;
- adaptant la conduite (ou le pilotage) du vecteur pour évacuer la victime dans les meilleures conditions possibles.

L'évacuation des personnes prises en charge par les sapeurs-pompiers dans le cadre du SSUAP doit être compatible avec leur bonne orientation dans le parcours de soins.

La destination la plus adaptée est déterminée par la régulation médicale du SAMU[39] en tenant compte du choix de la victime, des contraintes des différents acteurs concernés.[40]

La victime est sous la responsabilité du chef d'agrès durant l'évacuation jusqu'à ce qu'elle soit confiée à une unité hospitalière de soins, un cabinet médical, une maison de santé, etc.

En cas d'aggravation de l'état de la victime, le chef d'agrès doit impérativement réaliser un nouveau bilan et recontacter en urgence le médecin régulateur et ce, quelle que soit la distance qui le sépare de l'hôpital de la destination.

En fonction de la situation, le médecin peut proposer de :

- poursuivre l'évacuation vers la destination en la prévenant ;
- suspendre l'évacuation dans l'attente d'un moyen médicalisé ;
- convenir d'un point de jonction.

2.5. La prise en charge de la victime par la structure de soins d'accueil

La victime est sous la responsabilité des secours tant qu'elle n'a pas été prise en charge par le personnel soignant de la structure de soins d'accueil. Un dernier bilan horodaté préalable au transfert de responsabilité doit être réalisé et renseigné sur la fiche bilan.

La prise en charge dans la structure de soins d'accueil repose sur :

- le transfert de la victime[41] du véhicule de secours à la structure de soins d'accueil c'est-à-dire jusqu'à un brancard ou une chaise. Le chef d'agrès doit s'assurer de l'état de la victime au moment du transfert sur un brancard de l'hôpital ou lors de l'arrivée de la victime en salle d'attente ;
- la remise de la fiche bilan en général à l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) après lui avoir transmis tous les éléments de son bilan. Il en est de même des effets personnels de la victime.[42]

La réalisation du dossier administratif d'entrée n'est pas du ressort des sapeurs-pompiers.

2.5.1. La réduction du temps d'attente aux services des urgences

La réduction du temps d'attente des sapeurs-pompiers dans les services d'urgence constitue un réel enjeu car elle permet d'optimiser la réponse opérationnelle des SIS.

[39] Ou la coordination médicale pour la BSPP.
[40] Lorsque la victime est en mesure de l'exprimer, le chef d'agrès doit recueillir son choix de l'établissement d'accueil et le transmettre au médecin régulateur en même temps que son bilan. Ce dernier peut alors autoriser le transport en fonction de l'état de la victime, des capacités techniques, de la disponibilité de l'établissement souhaité et de la distance ou indiquer une autre destination.
[41] Le transfert du brancard du véhicule de secours à celui de la structure des urgences est sous la responsabilité du personnel hospitalier s'il est présent. Dans le cas contraire il est sous l'entière responsabilité de l'équipage de l'engin.
[42] Les objets de valeurs et l'argent, s'ils n'ont pas été pris en compte par la police doivent alors être inventoriés sur la fiche bilan puis remis, après vérification, à l'IAO.

À cette fin, un guide[43] recense les bonnes pratiques identifiées sur le terrain et remontées par les SIS, les préfectures et les agences régionales de santé et permet à chaque acteur de s'en inspirer pour résoudre les éventuelles difficultés rencontrées localement.

Des accords locaux permettant la dépose des victimes les plus autonomes en salle d'attente des structures de soins d'accueil permettent de réduire les temps d'attente.

La durée d'attente dans les structures de soins d'accueil reste un indicateur permettant d'objectiver le caractère urgent d'une opération de secours. Son utilisation pour requalifier une opération de SSUAP en intervention relevant de l'article L 1424-42 (I) est donc envisageable.
Compte-tenu de cette définition précise, une interprétation différente de la situation, de la nature d'une intervention entre le SIS et le SAMU, notamment sur l'urgence, ne constitue pas au final une carence ambulancière.

2.6. Le reconditionnement du vecteur d'évacuation

Le reconditionnement de l'engin et/ou du matériel peut être réalisé à la structure de soins d'accueil et/ou dans un CIS proche dans le but de rendre disponible au plus vite le VSAV qui serait éloigné de son secteur, en :

- réalisant le protocole d'hygiène et de désinfection du vecteur et des matériels ;
- assurant le réarmement (consommables, matériels laissés à la structure hospitalière) ;
- prenant en compte l'hygiène des personnels intervenants.

En fonction de l'opération traitée, le reconditionnement peut être complété par un débriefing technique et/ou psychologique.

2.7. L'évaluation des pratiques

La pratique de l'activité de SSUAP nécessite d'être évaluée et doit intégrer une démarche d'amélioration continue. Cette évaluation peut porter sur toute ou partie de l'activité (typologie d'opération, emploi de matériels particuliers, bilan patient-victime, etc.)

2.8. La participation des professionnels de santé des SIS au SSUAP

Les professionnels de santé des SIS peuvent participer aux opérations de secours et soins d'urgence selon la réponse graduée définie par le règlement opérationnel.

Un infirmier de sapeurs-pompiers engagé avec les moyens du SIS auprès des victimes assure des soins de proximité. Premier acteur de la chaine médicale des secours aux côtés des sapeurs-pompiers, il exerce ses compétences propres et prodigue des soins médicaux sur protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU), prescrits par le médecin-chef de la sous-direction santé, destinés à stabiliser les victimes les plus graves et à prendre en charge leur douleur.

Un médecin de sapeurs-pompiers peut participer aux opérations SSUAP et apporter en plus d'une capacité technique une compétence diagnostique et de décision médicale. Son engagement en binôme avec un infirmier peut également être prévu. Sur les lieux il devient responsable de la bonne prise en charge médicale de la victime.

[43] Le guide de bonnes pratiques visant à réduire les temps d'attente des sapeurs-pompiers aux services d'urgence réalisé par le BOMSIS disponible sur le site du ministère de l'Intérieur.

Les professionnels de santé, les vétérinaires et les psychologues peuvent également contribuer aux opérations de SSUAP, notamment pour la prise en charge des sapeurs-pompiers et/ou de leurs animaux (situation NOVI, DSM, pharmacie, tri médical, conseil technique NRBC, etc.)

3. Les situations particulières

Les opérations de secours et de soins d'urgence aux personnes revêtent des caractéristiques particulières que les intervenants doivent connaitre. Certaines réponses à ces situations peuvent faire l'objet d'adaptation ou de procédures particulières propres au SIS.

3.1. Les situations ne nécessitant pas d'actions de secours

Dans certains cas ou en fonction du contexte, les sapeurs-pompiers n'engagent pas de gestes de secours :

- victimes dont la tête est séparée du tronc ;
- victimes en état de raideur cadavérique ou de putréfaction ;
- en situation exceptionnelle, victime en arrêt cardio respiratoire (ACR) en présence de nombreuses autres victimes nécessitant elles aussi des gestes de survie et en l'absence de suffisamment de moyens de secours ;
- refus de la famille qui oppose le droit au non acharnement thérapeutique sur la victime ;
- danger imminent et impossibilité de soustraire la victime ou de retirer le danger.

Même si la mort est avérée, il faut noter toutefois qu'une présence médicale peut s'avérer nécessaire dès lors qu''il existe une contrainte sociale forte ou que des tiers ont été témoins (suicide par arme à feu, défenestration, accident, mort subite du nourrisson, etc.).

3.2. L'arrêt des manœuvres de réanimation

En présence d'une victime en arrêt cardio respiratoire, hors situations de mort avérée citées précédemment, les sapeurs-pompiers doivent débuter la réanimation cardio pulmonaire (RCP).

Lorsqu'une situation de «fin de vie» à domicile[44] est identifiée par le chef d'agrès, ce dernier recueille auprès de la famille et des proches, l'âge de la victime, ses antécédents médicaux, les circonstances de l'arrêt cardio-respiratoire. Ces éléments sont transmis au médecin régulateur en même temps que le résultat des actions entreprises par les sapeurs-pompiers (reprise d'une activité cardiaque, choc électrique externe délivré ou absence de choc...).

En fonction de ces renseignements, le médecin régulateur prendra la décision médicale adaptée à la situation :

- la poursuite de la réanimation avec envoi d'une SMUR ou d'un médecin ;
- l'arrêt de la réanimation.

En cas d'arrêt de la réanimation, le chef d'agrès met en relation téléphonique par l'intermédiaire du CODIS, un membre de la famille de la personne décédée avec le médecin régulateur du CRRA 15, afin que celui-ci puisse faire part directement de sa décision à la famille et puisse en donner les raisons médicales aux proches du défunt.

À l'issue de cet entretien téléphonique entre le médecin régulateur et la famille, le chef d'agrès se fait confirmer l'arrêt de la réanimation par le médecin et en informe ses équipiers qui procèdent au rangement du matériel utilisé et veillent à assurer une présentation digne de la personne décédée. Devant cette situation dramatique, l'attitude des sapeurs-pompiers doit rester empreinte de dignité, de respect et d'empathie vis-à-vis de la victime et de ses proches.

[44] Ou signalé par le SAMU au départ des secours.

Ils doivent faire montre de leur complète adhésion à la décision prise par le médecin régulateur.

De même, les sapeurs-pompiers s'assurent que lorsque la personne proche du défunt est seule à leur départ qu'elle bénéficiera le plus rapidement possible d'une présence sur place (famille, maire, assistant de vie, etc.).

Les renseignements concernant l'accomplissement des formalités administratives (certificat de décès, état civil, etc.) et funéraires ne sont pas du ressort des sapeurs-pompiers.

3.3. La prise en charge des personnes en situation d'urgence psychiatrique

La prise en charge de personnes en situation d'urgence psychiatrique:

- atteintes de troubles mentaux et nécessitant des soins (qu'ils soient majeurs, majeurs protégés sous tutelle ou curatelle, ou mineurs) ;
- qui, par leur comportement sont dangereuses pour elle-même et/ou autrui ou qui compromettent la sécurité des personnes (sous l'empire d'un état alcoolique, consommation de stupéfiant, etc.)

fait exception au principe général du consentement.[45]

Les conditions d'admission et de parcours de soins d'une personne souffrant de troubles psychiatriques diffèrent selon qu'elle est soignée avec ou sans son consentement.

L'admission en soins psychiatriques sans consentement se fait sur décision du directeur d'établissement, à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent pour la personne ou sur décision du préfet lorsque les agissements de la personne compromettent la sûreté des personnes ou, de façon grave, l'ordre public.[46]

Les hospitalisations sans consentement font suite à l'établissement d'une demande écrite d'un tiers ou du représentant de l'Etat puis d'un certificat médical.

La présence physique d'un médecin et l'examen clinique de la victime sont indispensables avant tout transport. Le chef d'agrès contactera le SAMU pour qu'il engage un médecin.

3.4. Les victimes de violences intrafamiliales

Les sapeurs-pompiers peuvent être confrontés à des personnes victimes de violences intrafamiliales (adultes, enfants, personnes agées). Il n'existe pas de symptomatologie typique, tous les retentissements des violences sur la santé sont possibles.

Il n'y a pas de profil type de personnes victimes de violences. Hors les situations de violences déclarées, des questions simples et explicites peuvent être posées lors du bilan (« Avez-vous été victime de violences de la part de votre conjoint ?»).

Dans l'affirmative, la réponse doit être consignée sur le fiche bilan en indiquant qu'il s'agit des dires de la victime ou d'un témoin « *...déclare avoir été victime de violences conjugales* ».

[45] Vu au § 2.3.

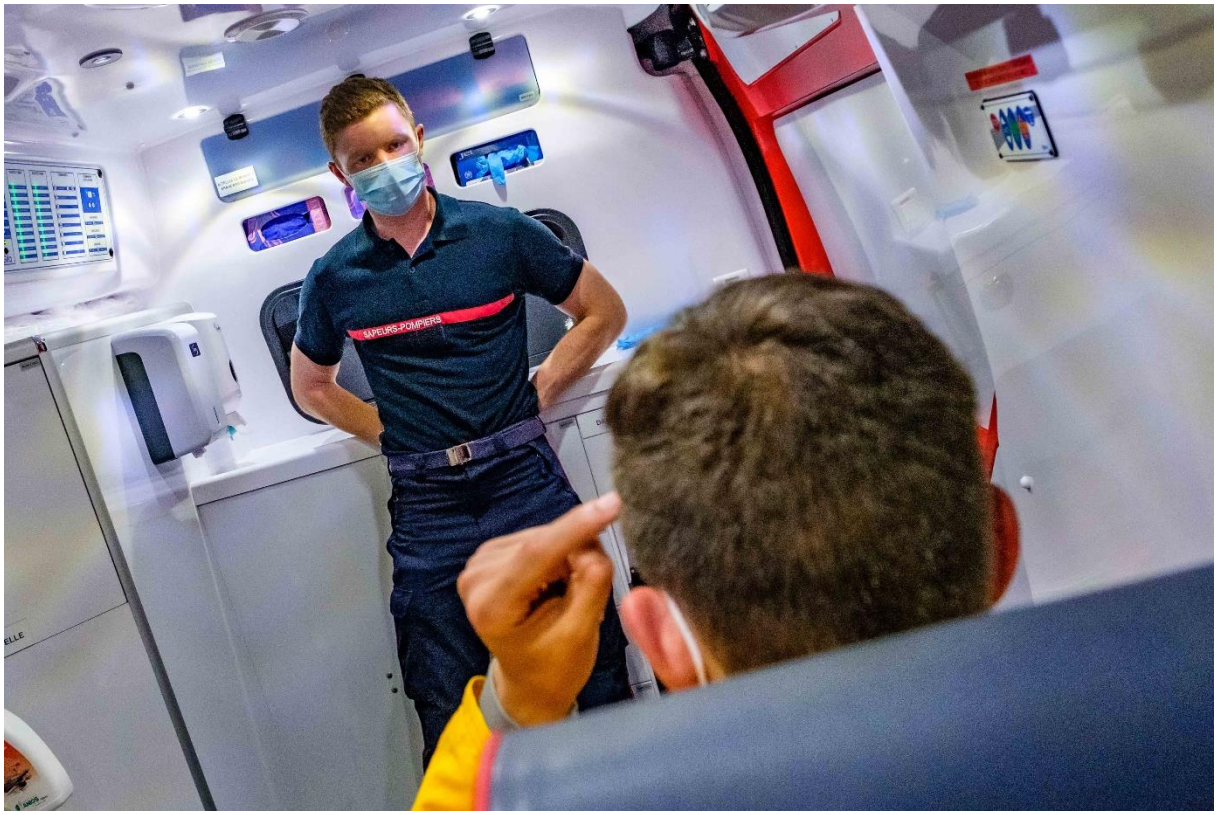
[46] Soins sur demande d'un tiers (article L3212-1 du CSP) et soins à la demande du représentant de l'Etat (article L3213-2 du CSP)

Dans la négative ou l'absence de réponse, si des doutes persistent, le chef d'agrès doit rester attentif :

- au comportement de la victime (gestes, regards, attitudes, pleurs, etc.) ;
- à ceux du conjoint (répond à la place de la victime, fait preuve d'autorité, minimise la gravité des blessures,
- aux signes ou événements pouvant évoquer des violences conjugales (problèmes de santé chroniques, blessures à répétition, dépendances (alcool, stupéfiant, médicament, etc.), tentatives de suicide, dépression, passages répétés aux urgences.).

Au retour de l'opération de secours, il consigne ces élements dans son compte-rendu de sortie de secours et doit en rendre compte à son supérieur hiérarchique, en vue d'un éventuel signalement.

3.5. Les personnes fragiles



© Arnaud Beinat – SDIS 57

La fragilité des personnes vivant dans des conditions précaires et notamment dans la rue qui, pour certaines d'entre elles, ne sont plus en mesure de formuler une demande d'aide, se trouve particulièrement aggravée en période hivernale mais également en période de canicule.

Si une personne refuse d'être mise à l'abri alors qu'elle semble en danger (vigilance particulière pour les SDF et en habitat précaire) et que les tentatives de persuasion n'ont pu aboutir, le chef d'agrès, conscient du danger réel auquel la personne s'expose, doit faire son possible avec l'aide du médecin régulateur pour la persuader d'accepter son évacuation vers une structure de soins d'accueil.

L'obligation d'assistance à personne en péril sera appréciée par les acteurs de terrain en lien avec le médecin régulateur. De même, le chef d'agrès est attentif aux personnes âgées

affaiblies, isolées socialement ou en situation d'insalubrité [47]. Il signale cette situation au CTA-CODIS, qui relaie l'information auprès du service social compétent.

3.6. Les personnes mineures non accompagnées

Toute victime mineure, non émancipée[48] doit être considérée comme une personne vulnérable et doit recevoir une attention particulière. À défaut d'un représentant légal, le mineur est placé sous la protection et la responsabilité des sapeurs-pompiers.

Lorsque le mineur est pris en charge sur un site avec des encadrants (école, crèche, centre de loisirs, colonie, etc.), le chef d'agrès doit recueillir la fiche synthétique médicale du mineur, transmise lors des inscriptions afin de la transmettre à la structure de soins d'accueil. Il s'assure que la famille est prévenue et indique le lieu de la structure de soins d'accueil assurant la prise en charge afin que la famille rejoigne l'enfant.

La présence d'un parent ou d'un responsable n'est pas obligatoire pour l'évacuation vers une structure d'accueil de soins et ne doit pas retarder cette évacuation. Un mineur ne peut pas refuser d'être pris en charge par les secours ou d'être hospitalisé. Seul son responsable légal peut le faire.

Il est recommandé que le chef d'agrès du VSAV et un équipier soient présents dans la cellule sanitaire pendant l'évacuation du (de la) mineur(e).

Dans le cas d'un mineur seul, sans nécessité d'évacuation vers la structure de soins d'accueil , le mineur doit être confié à une tierce personne à savoir :

- au représentant légal ;
- aux forces de l'ordre ;
- à un adulte en ayant la garde (entraîneur, enseignant, assistante maternelle, etc.) ;

A défaut de présence d'une tierce personne majeure, le chef d'agrès prend contact avec le médecin régulateur afin de déterminer la conduite à tenir.

3.7. Les personnes en état d'ivresse publique et manifeste[49]

L'alcoolisation sur la voie publique et dans les lieux publics est source de dangers spécifiques pour la personne impliquée ou pour les autres, ne serait-ce que par le risque d'accident. Elle peut en outre être responsable de comportements violents envers des passants ou le mobilier urbain, de nature à troubler l'ordre public et provoquer des situations conflictuelles avec les autres usagers de l'espace public.[50]

L'ivresse publique et manifeste est une ivresse notoire ou certaine, elle peut être reconnue par la personne elle-même ou par l'entourage. La jurisprudence a déterminé, de façon indicative, les contours de cette qualification :

- haleine sentant fortement l'alcool ;
- propos incohérents ;

[47] Notamment celle présentant un syndrome de Diogène.
[48] Cas particulier de la victime émancipée : acte par lequel la victime obtient les mêmes droits que si elle était majeure (disparition de l'autorité parentale), la victime devient la seule responsable de ses faits et gestes.
[49] La prise de stupéfiant peut conduire à des réactions parfois indique ou proche d'un état d'ivresse.
[50] L'article L 3341-1 du Code de la Santé Publique dispose : « Une personne trouvée en état d'ivresse dans les lieux publics est, par mesure de police, conduite à ses frais dans le local de Police ou de Gendarmerie le plus voisin ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison ». L'infraction constitue une contravention de 2ème classe.

- démarche titubante ;
- perte d'équilibre ;
- yeux vitreux.

Les personnes présentant un état d'ivresse prises en charge par les sapeurs-pompiers, le plus souvent sur la voie publique, doivent faire systématiquement l'objet de toute l'attention nécessaire (bilan complet) et d'une surveillance attentive.

Ce type de mission peut se répéter parfois plusieurs fois par jour pour les mêmes individus. Il importe de :

- ne pas tomber dans la routine, d'autant que parfois la victime peut se montrer agressive à l'égard des secours[51] ;
- garder à l'esprit qu'une victime en état d'ivresse peut évoluer très rapidement, voire instantanément vers une détresse vitale et une mort subite.[52]

La prise en charge d'une personne en état d'ivresse manifeste sur la voie publique relève de la compétence des forces de l'ordre.

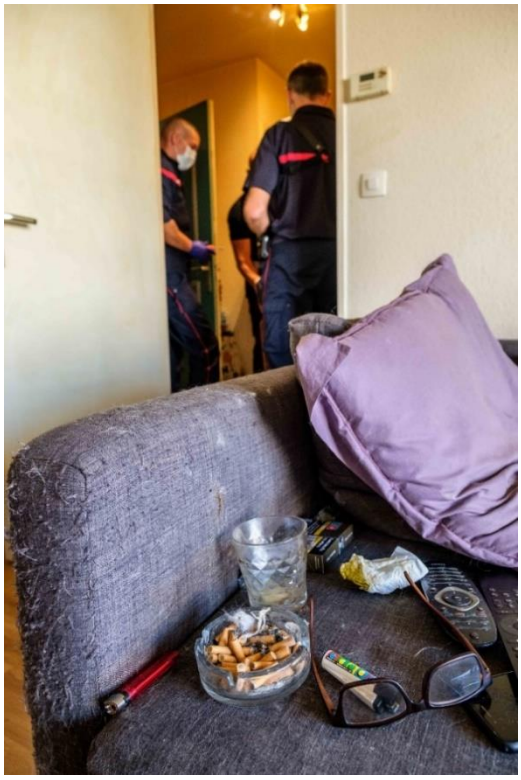
3.8. Les interventions à caractère social ou médico-social

Ce domaine opérationnel ne répond pas à une définition précise et reconnue, tant dans le code de la santé publique que dans le code général des collectivités territoriales.

D'une façon générale, il convient d'entendre par interventions à caractère social ou médico-social (ICMS), les interventions d'assistance à personnes réalisées par les sapeurs-pompiers au contact d'un public dit « fragile » à savoir en situation de précarité, d'exclusion, de dépendance, n'entrainant aucun acte de technique de secours et de soins, en dehors la réalisation du bilan patient-victime.

Parmi les causes possibles à cette évolution particulièrement ressentie au sein des SIS, on peut citer :

- le vieillissement et l'isolement de la population ;
- les politiques de maintien à domicile et de soins ambulatoires ;
- les phénomènes de désertification médicale subis par les territoires, tant ruraux qu'urbains ;
- la dégradation de la prise en charge des situations de détresse psychiatrique ;
- la montée de l'individualisme.



© Arnaud Beinat – SDIS 57

[51] Voir également le guide de doctrine opérationnelle « Prévention et lutte contre les agressions envers les sapeurs-pompiers ».

[52] Il est très fréquent qu'après régulation médicale, la décision soit prise par le médecin régulateur d'engager les secours pour évacuer la victime sur une structure de soins d'accueil. Les médecins assurant la régulation médicale craignant particulièrement le risque d'hématomes intracraniens (en plus d'autres lésions inaperçues car indolores en lien avec l'alcoolisation).

Cette notion est donc à distinguer des opérations de secours relevant des secours d'urgence (incendie, SSUAP, etc.). Dans ces cas, les sapeurs-pompiers sont les témoins des maux de notre société.

Deux situations peuvent être observées :

- les sapeurs-pompiers se substituent à un tiers, à la famille, voire à un autre service public (service social) ;
- les sapeurs-pompiers prennent le rôle d'un accompagnant (assistanat).

Ces missions « sociales » contribuent cependant à la solidarité dans la société, qui ne peuvent être constatées qu'une fois sur les lieux.

Il est toutefois nécessaire de prévoir comment activer les dispositifs sociaux existants une fois le problème identifié par la mission réalisée.

3.9. Les personnes présentant un handicap

L'abord d'une victime présentant un handicap physique ou mental s'effectue en respectant les grands principes suivants :

- d'emblée, comme pour toute autre victime ;
- sourire et adopter une attitude détendue ;
- ne pas présumer du type de handicap de la victime (certains handicaps sont invisibles) ;
- ne pas dévisager la victime. S'adresser directement à elle et non à la personne qui l'accompagne ;
- parler simplement ;
- ne pas venir automatiquement en aide à la victime. Lui demander comment l'aider. Elle expliquera ses besoins ;
- faire préciser le handicap et en quoi il peut gêner l'action des secours ;
- si besoin, demander poliment de répéter, voire proposer à la victime une autre méthode de communication (par exemple un stylo et du papier) ;
- ne pas toucher pas aux animaux d'assistance ;
- demander la permission avant de toucher une victime, son fauteuil roulant ou tout autre appareil, sauf en cas d'urgence ;
- éviter les situations d'incertitude car elles sont source de stress.

Les personnes « majeurs protégées » (sous tutelle, curatelle) ne peuvent refuser leur évacuation si le médecin régulateur l'estime nécessaire.

Il convient cependant de rechercher le plus possible leur consentement en apportant des informations prenant en compte leur handicap.

3.10. Les personnes présentant des troubles du comportement

Une opération de secours auprès d'une personne présentant des troubles du comportement ou des idées suicidaires requiert une attention et des précautions spécifiques :

- s'assurer qu'un seul interlocuteur (non isolé) est en contact avec la victime ;
- repérer et écarter les dangers ;
- se tenir à distance suffisante pour ne pas pouvoir être saisi ;
- conserver un chemin de retrait ;
- respecter « la bulle » individuelle du sujet (au moins un mètre)[53] ;

[53] Approcher une personne suicidaire sans son autorisation, notamment lorsqu'elle menace de se défenestrer, sauter d'une hauteur ou qu'elle est en possession d'un moyen létal, risque de précipiter le passage à l'acte suicidaire ou un

- ne pas prolonger ou soutenir le regard de la personne, ni la contredire ;
- remarquer la conduite souvent aggravante de l'entourage et en isoler le patient ; à l'inverse, maintenir les présences apaisantes ;
- dire ce que l'on fait et faire ce que l'on dit ;
- adopter une conduite vigilante non oppressante ;
- créer un dialogue bienveillant avec la victime ;
- établir un lien de confiance avec le sujet par une attitude apaisante, calme, voix posée ;
- suivre le rythme de la personne (et non celui des sauveteurs) ;
- poser des questions ouvertes et éviter les « pourquoi » ;
- amener la personne à venir vers les secours plutôt que de se précipiter vers elle.

Des signes de dangerosité peuvent être repérés :

- agité menaçant, menaçant verbalement mais calme, mutisme, mutisme et tension musculaire avec un regard perçant ;
- refus de contact, déambulation incessante d'un sujet tendu, réactions de sursaut aux sollicitations externes, attitude d'écoute au cours d'un comportement hallucinatoire ;
- cicatrices, contusions ou hématomes, antécédants de violence ;
- ébriété, toxicomanie.

© Arnaud Beinat – SDIS 57

La contention physique est du ressort des forces de l'ordres. Dans l'attente la personne peut être maintenue de manière provisoire pour garantir sa propre sécurité ou celle des autres.

acte agressif envers les sauveteurs.

Si des moyens sont sollicités en renfort, le chef d'agrès peut demander au CTA-CODIS de leur indiquer de couper les avertisseurs lumineux et deux tons à l'approche des lieux pour ne pas effrayer ou provoquer la victime.

3.11. Les opérations à caractère bariatrique

La prise en charge par les SIS de personnes de forte corpulence peut s'effectuer dans trois situations :

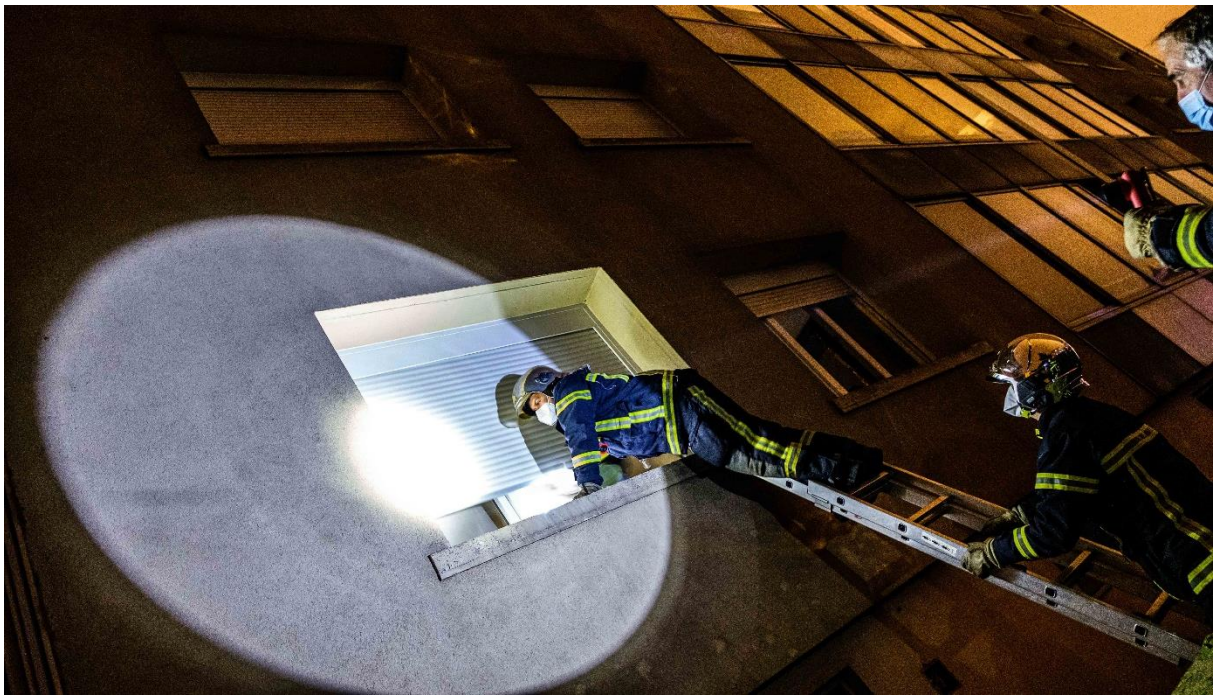
- un secours et soins d'urgence aux personnes classique dans le cadre des missions propres ;
- une assistance à personnes ne relevant pas directement des missions du SIS (carence) ;
- une aide à l'évacuation de la personne par des moyens humains ou techniques.

Le SIS doit avoir construit une réponse opérationnelle permettant de prendre en charge ces situation et d'assurer l'évacuation de ces personnes dans des bonnes conditions.

En fonction du poids estimé ou déclaré de la victime, le commandant des opérations de secours effectue une demande de moyens complémentaires (appui brancardage, moyens aériens[54], équipes SMPM, USAR, etc.).

Une attention particulière doit etre portée lors de l'évacuation de la victime notamment au regard du poids total en charge du véhicule.

3.12. Les personnes ne répondant pas aux appels



© Arnaud Beinat – SDIS 57

Il s'agit de porter secours à une personne potentiellement en détresse, en difficulté qui ne répond pas aux appels d'une autre personne (ayant un lien de parenté ou pas avec cette personne).

[54] Attention à la limite autorisée en plateforme (poids brancard + victime + accompagnant).

La situation n'est pas toujours claire. Les sapeurs-pompiers ont peu de moyens de vérifier la réalité d'une détresse, la personne se trouvant parfois seule, sans voisin ni requérant pour apprécier l'ensemble de la situation.

Le chef d'agrès doit recueillir néanmoins un maximum d'informations sur la situation lors de sa reconnaissance pour prendre sa décision.

L'état de nécessité va légitimer l'action des sapeurs-pompiers.

Les équipages doivent respecter les grands principes suivants :

- confirmer le logement à reconnaître et le motif de l'appel (déclenchement téléalarme, absence de nouvelle, message inquiétant, odeur suspecte, etc.) ;
- ne pas sonner, ni faire appeler par téléphone, ne pas rester devant la porte ;
- recueillir des éléments sur la victime potentielle (antécédents médicaux, présence d'armes, etc.)
- solliciter les forces de sécurité publique ;
- accéder au logement en privilégiant une fenêtre plutôt que la porte d'entrée, une cuisine plutôt qu'une chambre ;
- s'annoncer à chaque étape ;
- mener une reconnaissance approfondie : toutes les pièces et les espaces de rangement, le garage, le sous-sol, l'abri de jardin, la voiture.

3.13. Les personnes disparues ou égarées

Les personnes disparues ou égarées très récemment, pour lesquelles il existe une notion de péril imminent grave, peuvent faire l'objet de prompt secours dans des situations particulières.

L'organisation de la réponse du SIS devra être anticipée et construite avec les forces de l'ordre.

Dans le cadre des missions de secours, les équipes cynotechniques des SIS peuvent être engagées pour la localisation de personnes ensevelies, immergées.La recherche de personne relève de la compétence des forces de l'ordre qui assurent le commandement de l'opération de recherche (COR) et définissent les moyens nécessaires.

3.14. Les noyades

La limite entre police administrative et police judiciaire lors des noyades est souvent confuse.

Lorsque que les sapeurs-pompiers interviennent pour une noyade, il est nécessaire pour le premier COS d'avoir à l'esprit les éléments suivants :

- les missions des sapeurs-pompiers sont toujours caractérisées par l'urgence dans le cadre de la sauvegarde des personnes, des animaux et des biens ou de la protection de l'environnement ;
- la notion de prompt secours reste valable pour une personne noyée, immergée pendant une durée d'une heure et pouvant allez jusqu'à 2 heures (cette durée peut être adaptée sur avis médical) dans une eau très froide - inférieure à 6° ;

L'article 55 du code de procédure pénale précise: "sur les lieux où un crime a été commis, il est interdit, sous peine d'une amende..., à toute personne non habilitée, de modifier avant les premières opérations de l'enquête judiciaire l'état des lieux et d'y effectuer des prélèvements quelconques. Toutefois, exception est faite lorsque ces modifications ou ces prélèvements sont commandés par les exigences de la sécurité ou de la salubrité publique, ou par les soins à donner aux victimes."[55]

La prise de renseignement auprès des éventuels témoins doit être recherchée. Toutes les actions réalisées dans le cadre du prompt secours seront de nature à accélérer la recherche et à réduire le temps d'attente dans l'eau de la ou des victime(s).

3.15. Les soins et le respect des convictions religieuses

La laïcité garantit la liberté de conscience. De celle-ci découle la liberté de manifester ses croyances ou convictions dans les limites du respect de l'ordre public. La laïcité implique la neutralité de l'Etat et impose l'égalité de tous devant la loi sans distinction de religion ou conviction.[56]

Dans ce cadre, le sapeur-pompier doit rester neutre et s'adapter, si les circonstances le permettent, aux souhaits de la personne prise en charge. Cependant, l'expression de ses convictions ne doit jamais porter atteinte à la dispensation des soins, aux règles d'hygiène, à la sécurité des lieux et des personnes, au déroulement de l'opération de secours ni à la qualité des soins.

Le droit de choisir son praticien ne s'applique pas en situation d'urgence. Si malgré tout, une victime refuse sa prise en charge, nul ne peut la contraindre physiquement. Elle devra signer un formulaire de refus de soins. Le chef d'agrès pourra lui recommander d'aller voir un professionnel de santé de son choix.

La croyance religieuse des parents ne peut être le motif d'un refus de soins sur leurs enfants mineurs. En cas de danger pour l'enfant il s'agit de non-assistance à personne en danger.

3.16. L'évacuation de personnes blessées dangereuses

3.16.1. Le transport des personnes violentes

La neutralisation d'une personne agitée incombe aux forces de l'ordre même en cas de réquisition. La prise en charge d'une victime en état d'agitation avant l'arrivée des forces de l'ordre, peut amener les sapeurs-pompiers à faire usage de la force, de manière proportionnée, par nécessité de faire cesser un danger imminent pour la sécurité des personnes.

Si la contention physique s'avère nécessaire, elle est faite sur prescription d'un médecin présent sur les lieux : restriction des libertés individuelles adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental et à la mise en œuvre de traitement requis.

Les forces de l'ordre doivent être invitées à monter à bord du VSAV pendant l'évacuation dès lors que la victime est violente dangereuse ou menottée.

3.16.2. Le transport des détenus

Les détenus sont classés en quatre catégories selon leur dangerosité évaluée :

- non dangereux (comportement correct, permission de sortie, fin de peine, etc.) ;
- pouvant paraitre dangereux (agressif en détention, libération lointaine, faits criminels ;

[55] Voir également le guide de doctrine « opérations de secours en milieu aquatique et inondé » à paraitre.
[56] https://www.gouvernement.fr/qu-est-ce-que-la-laicite

- particulièrement signalés, répertoriés comme particulièrement dangereux (notamment troubles graves à l'ordre public) ;
- sous surveillance constante (profil très exceptionnel).

Les membres de l'administration pénitentiaire sont à bord du VSAV pendant l'évacuation. Les sapeurs-pompiers se placent en force concourante de l'administration pénitentiaire et des forces de l'ordre qui assurent la sécurité du transfert. Le conducteur VSAV s'adaptera à la vitesse du convoi (rapidité, aucun arrêt, coller au plus près le véhicule de devant, respect des consignes, etc.).

3.17. Les personnels des SIS

Un sapeur-pompier victime d'un accident, en opération ou en formation par exemple, bénéficie des mêmes conditions de prise en charge et d'évacuation que celles en vigueur pour toutes les victimes secourues par les moyens du SIS.

La qualité de sapeur-pompier d'une victime ne doit donc pas conduire à s'exonérer des procédures organisées qui visent à lui apporter les meilleurs soins possibles au regard de son état de santé.

4. La préservation des traces et indices

Il arrive qu'un lieu de secours soit à considérer comme une scène de crime. La mission de secours et soins d'urgence aux personnes ne permet pas toujours de figer totalement la scène mais les premiers intervenants peuvent limiter l'impact de leurs actions comme :

- limiter le nombre de intervenants ;
- déterminer un cheminement d'accès unique (matérialisation) ;
- garder la mémoire des actions ;
- porter des gants à usage unique, et si possible un masque ;
- ne pas déplacer le corps sauf si des actions sont entreprises comme la RCP. Il convient alors de préciser aux forces de l'ordre comment le corps et son environnement immédiat ont été déplacés ou modifiés en raison des actions de secourisme ou des actions de soins ;
- ne pas fouiller le corps ;
- découper les vêtements sans impacter les trous déjà présents ;
- ne pas toucher la lettre de la victime en cas de suicide présumé ;
- ne pas toucher à l'arme (si inévitable maintenir la configuration et toucher le minimum) ;
- si possible, prendre des photos avant de modifier la scène pour l'usage exclusif des forces de l'ordre ;
- couper la corde s'il s'agit d'une pendaison sans défaire le nœud ;
- ne pas modifier l'environnement de la victime dans un bâtiment (portes, fenêtres, etc.) ou un véhicule (portières, vitres, coffre, etc.) ;
- se tenir à la disposition de l'officier de police judiciaire, communiquer les identités de tout l'équipage (nom, prénom, coordonnées tél, centre de secours d'appartenance, etc.) en vue de prélèvements discriminatoires à venir, ainsi que les actions des sapeurs-pompiers (ouverture de porte, dégagement d'urgence, RCP, etc.).

L'action des secours ne doit pas compromettre le travail des techniciens d'investigation criminelle et/ou de médecine légale.

5. Les interventions face à de nombreuses victimes[57]

Certaines situations (accident de transport en commun, explosion, incendie, acte de malveillance, intoxication au monoxyde de carbone[58], etc.) peuvent générer un nombre plus élevé de victimes que celui que peut prendre en charge le premier engin entraînant ainsi une inadéquation momentanée entre les besoins et les moyens.

Le premier COS doit, dans de telles situations, veiller à réaliser une première évaluation de la situation.

Les renseignements recueillis lors de la reconnaissance initiale portent sur :

- la nature précise du sinistre et sa localisation exacte ;
- les circonstances de l'événement ;
- le nombre et l'état présumés des victimes ;
- la définition du point de regroupement des moyens (PRM) et d'un point de rassemblement des victimes (PRV) provisoires.

Ces renseignements permettent l'engagement opérationnel des moyens les plus adaptés. Les premiers intervenants réalisent un premier tri[59] des victimes:

TYPE	1ERE ACTION	ACTION COMPLEMENTAIRE
Décédés	Catégorisation	Laissés sur place
Blessés graves		Gestes de survie, *damage control*
Blessés légers		A regrouper dans un lieu différent de celui des blessés graves
Impliqués		

Un dispositif de repérage et de numérotation, qui peut être composé par des fiches d'identification associées à des bracelets, permettra d'identifier rapidement la victime et son état. Il peut inclure un système de numérotation (SINUS) afin que l'identification de la victime soit unique tout au long de la chaîne de prise en charge.

L'état de la victime est généralement repéré par un code couleur[60].

COULEUR	REPERAGE DES VICTIMES
	Victime dont le décès ne fait aucun doute (tête séparée du tronc, raideur cadavérique) Victime qui a perdu connaissance et ne respire pas après la réalisation d'une libération des voies aériennes (LVA)
	Victime qui a perdu connaissance et qui respire (après une éventuelle LVA) Victime consciente qui présente une détresse vitale évidente (FR > 30/min ou FC > 120/min chez l'adulte) Victime qui présente une hémorragie
	Victime consciente qui ne présente pas de détresse vitale et qui ne peut pas se déplacer
	Victime consciente qui ne présente pas de détresse vitale et qui peut se déplacer, seule ou avec de l'aide

[57] Guide (G6) ORSEC départemental et zonal. Mode d'action secours à de nombreuses victimes dit « NOVI ».
[58] Les intoxications par le monoxyde de carbone (avérées ou suspectées) sauf celles survenues lors d'un incendie doivent être signalées à l'ARS.
[59] Appelé également repérage des victimes dans les recommandations PSE.
[60] En l'absence d'un dispositif de repérage, celui-ci peut être remplacé par un marquage de la victime à l'aide d'un stylo.

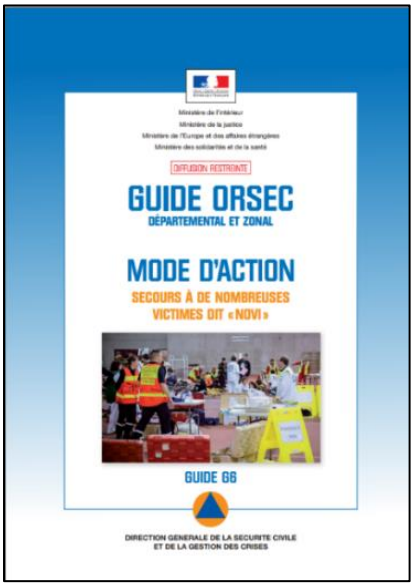
Le repérage doit être rapide et repose sur des critères simples. L'intervenant doit :

- aborder les victimes les unes après les autres, en commençant par la victime la plus proche de l'endroit où il se trouve ;
- réaliser un bilan d'urgence primaire ;
- réaliser les gestes de sauvetage.

Le *damage control*[61] consiste à prodiguer en première intention les soins immédiatement indispensables (arrêt des grandes hémorragies, sécurisation des voies aériennes, etc.) pour assurer la survie du blessé sans chercher à traiter définitivement la totalité de ses lésions dont le traitement médical est différé de quelques heures.

5.1. Les dispositions ORSEC – NOVI

Elles ont pour objectif de définir l'organisation permettant de faire face à un événement, quelle qu'en soit l'origine, engendrant de nombreuses victimes et dès lors que l'accomplissement ordinaire des missions des acteurs de terrain n'est plus adapté.



Dans le cadre des dispositions générales de l'ORSEC, l'organisation de missions pré-identifiées, appelées modes d'action, permet d'atteindre un objectif ou un effet précis en s'appuyant sur une tactique, une méthode d'aide à la décision, des bases de données, des moyens humains et des organisations préparées, pour tout type d'événement.

Accidents technologiques, catastrophes naturelles, actes de terrorismes, etc. peuvent entraîner de multiples troubles, et déstabiliser ainsi l'organisation quotidienne de la société.

Il demeure primordial que les opérations sur le terrain pour faire cesser la crise, tant dans leurs dimensions de lutte contre le sinistre que la prise en charge des victimes ou la sécurisation de sites, soient extrêmement rapides et efficace

Dès lors, il est nécessaire de prévoir la mise en œuvre d'actions immédiates et coordonnées entre les différents services en tenant compte des impératifs suivants :

- l'unicité et organisation rationnelle du commandement ;
- la rapidité de la mise en œuvre des moyens ;
- l'emploi des moyens adaptés et en juste suffisance permettant de faire face à la survenue de plusieurs événements sur le territoire ;
- la coordination dans la mise en œuvre des moyens.

Un gage d'efficacité de la lutte contre les effets de ces risques est d'intégrer l'action des secours dans un mode d'action global, prenant en compte tous les services engagés dans la réponse pour réorganiser la société déstabilisée.

[61] Le ***damage control*** est un terme anglais qui signifie « maitriser les dégâts » ou « limiter les dégâts ». Il tire son origine sur le protocole mis en place par la marine américaine depuis la seconde guerre mondiale. Préconisé pour réparer un navire de guerre ayant subi des dégâts au combat, il se faisait en trois temps : 1. Réparer les dégâts les plus graves : éteindre les feux et colmater les brèches. 2. Maintenir le bâtiment à flot jusqu'au port. 3. Une fois au port et en sécurité, débuter les réparations définitives.

Le dispositif s'inscrit dans la doctrine française de secours et de soins médicaux en situation de catastrophe, il prend en compte la totalité des mesures à mettre en œuvre :

- l'alerte des acteurs ;
- la préservation de la sécurité et l'accès aux abords de sites ;
- la prise en charge préhospitalière des blessés ;
- la prise en charge des impliqués ;
- le dénombrement, l'identification et le suivi des victimes ;
- la prise en charge des familles et des proches.

L'ensemble de ces missions est coordonné par une structure de commandement clairement identifiée et organisée, connue de tous et placée sous l'autorité du préfet de département, directeur des opérations. ORSEC NOVI intéresse l'ensemble des acteurs mobilisables (publics, privés et associatifs), y compris les moyens militaires, pour mettre en œuvre les mesures mentionnées ci-dessus.

La pierre angulaire de ce dispositif ORSEC – NOVI est la prise en charge de toutes les victimes.

5.2. Le dénombrement des victimes

Le dénombrement[62] des victimes dès l'arrivée sur les lieux, est identifié comme le début du processus global de leur prise en charge par les services publics.

Le dénombrement est un élément clé pour exprimer les besoins de renforts.

L'objectif du dénombrement, et de l'attribution à chaque victime d'un numéro unique, est d'assurer l'exhaustivité du recensement sans doublon de comptage ou oubli, de faciliter la transmission des informations et de garantir la traçabilité de chaque victime dans la chaine des secours et soins.

Le dispositif SINUS NOVI (**S**ystème d'**I**nformation **NU**mérique **S**tandardisé **NO**mbreuses **VI**ctimes) répond à cet objectif précisé par la doctrine interministérielle du 16 janvier 2017 « système d'information partagé de dénombrement, d'aide à l'identification et de suivi des victimes d'attentats[63] ».

Il fiabilise la remontée et le traitement des premières informations indispensables à l'atteinte des autres objectifs de la doctrine interministérielle en aidant l'identification des personnes et le suivi de santé des victimes. Ce dénombrement repose sur quatre piliers fondamentaux :

- un référencement victime. Dès sa prise en charge, chaque victime se voit dotée d'un référencement alphanumérique national. Ce référencement est lisible en clair et sous code à barres 2D (QR code) immédiatement posé sur la victime, et sur tous documents ou effets liés à la victime ;
- une base de données nationale. Elle recueille en temps réel l'ensemble des informations concernant les victimes. Cette base de données est accessible depuis le site internet

[62] Ce dénombrement permet de demander des moyens de secours en renfort, voire le déclenchement des moyens du plan ORSEC NOVI. Il permet aussi de catégoriser les plus graves et de prioriser les secours à apporter tant que suffisamment de moyens ne sont pas sur les lieux.
[63] L'emploi de SINUS n'est pas limité aux attentats. Il peut être utilisé sur ordre du COS à partir de cinq victimes.

SINUS, sécurisé et hébergé par le ministère de l'intérieur. Seules les personnes autorisées y ont accès par le portail SINUS, soit en lecture simple, soit en écriture, en fonction de leur profil ;

- une solution logicielle de comptage de nombreuses victimes. Elle permet aux primo intervenants de recueillir sur le terrain l'ensemble des informations concernant les victimes et de les transférer, en temps réel, sur la base de données nationale SINUS.
- une organisation opérationnelle. Elle est intégrée à l'ORSEC-NOVI et permet de préciser judicieusement les rôles et positions des différents acteurs de SINUS, afin que le dénombrement atteigne son objectif opérationnel.

ANNEXE A – Abréviations utilisées dans ce guide

AASC : association agréé de sécurité civile
ACR : arrêt cardio-respiratoire
AMU : aide médicale urgente
ARS : agence régionale de santé
BG : blessé grave
BL : blessé léger
BOMSIS : bureau de l'organisation des missions des services d'incendie et de secours
CD : conseil départemental
CGCT : code général des collectivités territoriales
CIC : centre d'information et de commandement (police)
CO : monoxyde de carbone
COD : centre opérationnel départemental
COGIC : centre opérationnelle de gestion interministérielle des crises
COR : commandant des opérations de recherche
CORG : centre d'opérations et de renseignement de la gendarmerie
COS : commandant des opérations de secours
CoTRRIM : contrat territorial de réponses aux risques et aux effets de la menace
COZ : centre opérationnel zonal
CRRA : Centre de réception et de régulation des appels
CSI : code de la sécurité intérieure
CSP : code de la santé publique
CTA-CODIS : centre de traitement de l'alerte – centre opérationnel départemental d'incendie et de secours
CUMP : cellule médico-psychologique
DGOS : direction générale de l'offre de soins
DGSCGC : direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises
DREAL : direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DRIEE : direction régionale et interdépartementale de l'environnement et de l'énergie
DASRI : déchets à risque infectieux
DSP : direction / directeur des sapeurs-pompiers
EPI : équipement de protection individuelle
ETARE : établissement répertorié
GDO : guide de doctrine opérationnelle
GPS : *Global Positioning System*
GTO : guide de techniques opérationnelles
IAO : infirmière d'accueil et d'orientation
ICMS : intervention à caractère social ou médico-social
MGO : marche générale des opérations
NOVI : nombreuses victimes
ORSEC : organisation de la réponse de sécurité civile
PIO : partage d'information opérationnelle
PL : poids lourd
POI : plan d'opération interne
PPI : plan particulier
PRV : point de regroupement des victimes
RCP : réanimation cardio-pulmonaire
SAMU : service d'aide médicale urgente
SAP-AMU : secours à personne - aide médicale urgente
SDACR : schéma départemental d'analyse et de couverture des risques
SDDRH : sous-direction de la doctrine et des ressources humaines
SDE : sur demande du représentant de l'Etat (admission en soins psychiatriques)
SDF : sans domicile fixe
SDT : sur demande d'un tiers (admission en soins psychiatriques)

SIDPC : service interministériel de défense et de protection civile
SINUS : système d'information numérique standardisé
SIS : service d'incendie et de secours
SMPM : secours en milieu périlleux et montagne
SMUR : structure ou service mobile d'urgence et de réanimation
SROS : schéma régional de l'organisation sanitaire
SSSM : service de santé et de secours médical
SSUAP : secours et soins d'urgence aux personnes
ST : services techniques
SUAP : secours d'urgence aux personnes
TMS : troubles musculo-squelettique
UA : urgence absolue
UR : urgence relative
USAR : unité de sauvetage, d'appui et de recherche
VL : véhicule léger / véhicule de liaison
VSAV : véhicule de secours et d'assistance aux victimes

ANNEXE B– Conseils aux requérants

MESSAGE TYPE	
« Les secours sont partis, en attendant nous allons débuter ensemble des gestes de premiers secours. Pouvez-vous mettre le haut-parleur de votre téléphone ? » Indiquer que les gestes qu'on va lui faire faire sont simples et sans danger.	
ARRET CARDIAQUE ADULTE – ENFANT - NOURRISSON	
Consignes au requérant	<u>Adulte/enfant :</u> • mettez la victime sur le dos ; • mettez-vous à genoux à hauteur de la poitrine ; • mettez vos deux mains (sauf pour l'enfant, juste une main) l'une sur l'autre au centre de la poitrine ; • garder les bras tendus ; • comprimez fort au centre de la poitrine et relâcher en m'écoutant compter (1 - 2 – 3, ...) ; • encourager la personne : « c'est bien, continuez ». <u>Nourrisson :</u> • mettez le bébé sur le dos sur une table ; • mettre une main sur sa tête pour la tenir ; • mettez 2 doigts au centre de la poitrine ; • appuyer au centre de la poitrine et relâcher en m'écoutant compter (1 - 2 – 3, ...) ; • encourager la personne : « c'est bien, continuez ».
Autres action de l'opérateur	Si un DAE est visible du témoin, le lui faire mettre en œuvre ; Le témoin doit être pris en charge par le chef d'agrès VSAV pour le valoriser dans son action.

VICTIME INCONSCIENTE QUI RESPIRE	
Consignes au requérant	• mettez-la sur le côté pour lui permettre de mieux respirer ; • mettez une main sur l'épaule et sur le bassin de la victime et tournez-la sur le côté vers vous ; • pliez la jambe du dessus pour que le genou touche le sol pour éviter qu'elle ne bascule à plat ventre ; • ouvrez la bouche et couvrez la victime ; • laissez jusqu'à l'arrivée des pompiers votre main sur son ventre pour vérifier qu'elle respire toujours ; • s'il s'agit d'un nourrisson le prendre à califourchon sur un avant-bras, tête inclinée vers le sol pour favoriser les écoulements.
HEMORRAGIE	
Consignes au requérant	*Vous pouvez appuyer sur la plaie :* • appuyer directement sur l'endroit qui saigne en y posant avant si possible un linge propre ; • allonger la personne ; • la couvrir. *Vous ne pouvez pas appuyer sur la plaie (corps étrangers) :* • ne pas retirer l'objet ; • faites un garrot avec un lien large, une cravate, au-dessus de la plaie et serrer fortement jusqu'à ce que le saignement s'arrête. *La victime saigne du nez :* • faire moucher vigoureusement puis appuyer sur les deux narines au moins 10 minutes ; • pencher la tête en avant.
ETOUFFEMENT	
Consignes au requérant	*Adulte :* • donner 5 fortes claques dans le dos entre les omoplates ; • si les 5 claques ne sont pas efficaces, mettez-vous derrière la victime ; • mettez vos poings l'un sur l'autre au-dessus du nombril et tirez fortement vers vous très brutalement au moins 5 fois. *Nourrisson :* • mettre le bébé sur votre cuisse sur le ventre ; • donner 5 fortes claques dans le dos ; • s'il se remet à respirer, calmez-le et rassurez-le ; • en cas d'inefficacité, retournez-le sur le dos, sur votre cuisse ; • mettez 2 doigts au centre de la poitrine et appuyer au centre de la poitrine au moins 5 fois.

ANNEXE C – Références bibliographiques[64]

Protocole national du dénombrement de nombreuses victimes avec Sinus V3
Collectif
Ministère de l'Intérieur (ND, 48 pages, France, Français)

Guide ORSEC départemental et zonal. Mode d'action secours à de nombreuse victimes dit « NOVI ». Version n°1
Collectif
DGSCGC (2017, 100 pages, France, Français)

Recommandations relatives aux premiers secours en équipe
Collectif
DGSCGC (2021, 454 pages, France, Français)

Référentiel commun sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente
Collectif
DDSC et DGOS (2008, 64 pages, France, Français)

Circulaire interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente
Collectif
Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et ministère de l'intérieur (2015, 15 pages, France, Français)

Instruction interministérielle du 22 décembre 2016 relative aux arbres décisionnels d'aide à la décision de déclenchement des départs réflexes des sapeurs-pompiers.
Collectif
Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et ministère de l'intérieur (2016, 16 pages, France, Français)

[64] Titre, auteur(s), éditeur (année de parution, nombre de pages, pays, langue)

PRINCIPALES MODIFICATIONS DU GUIDE

DATE	VERSION	MODIFICATION

GUIDE DE DOCTRINE OPÉRATIONNELLE

Secours et soins d'urgence aux personnes

Ces guides ne sont pas diffusés sous forme papier.
Les documents réactualisés sont consultables sur le site du ministère.

Les documents classifiés ne peuvent être téléchargés que sur des réseaux protégés.

La version électronique des documents est en ligne à l'adresse :

http://pnrs.ensosp.fr/Plateformes/Operationnel/Documents-techniques/DOCTRINES-ET-TECHNIQUES-OPERATIONNELLES

Ce document est un produit réalisé par le bureau en charge de la doctrine de la formation et des équipements avec le concours d'un groupe de travail national.

Ministère de l'Intérieur et des outre-mer

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SÉCURITÉ CIVILE ET DE LA GESTION DES CRISES

Direction des sapeurs-pompiers
Sous-direction de la doctrine et des ressources humaines
Bureau de la doctrine, de la formation et des équipements

Place Beauvau 75008 PARIS Cedex 08

dgscgc-bdfe@interieur.gouv.fr

ISBN 978-2-11-167260-4

Couverture : DGSCGC/Communication. Photo : Arnaud Beinat/SDIS 57
Graphisme : Bruno Lemaistre/Sécurité civile. Septembre 2022.