



Sapeurs-Pompiers

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

# SERVICE DÉPARTEMENTAL D'INCENDIE et de SECOURS DU LOIRET

Envoyé en préfecture le 21/06/2024

Reçu en préfecture le 21/06/2024

Publié le 21/06/2024

ID : 045-284500253-20240614-2024\_B6-DE



*Séance plénière du 14 juin 2024*

MM. GAUDET – PRONO – DURAND - BURGEVIN – DROUET - BRICHARD – MME BELLAIS – M. BOUQUET – MMES DURY - FLEURY – M. MALBO – MMES LABADIE – LANSON – M. MESAS - MMES RAVELEAU – SLIMANI - M. VACHER

- En exercice : 20
- Présents : 17
- Pouvoir : 1 (M. CAMMAL à Mme FLEURY)
- Votants : 18

### DÉLIBÉRATION N° 2024-B6

**OBJET :** Convention relative à l'organisation commune des secours et soins d'urgence aux personnes et de l'aide médicale urgente dans le département du Loiret.

- VU** Le Code général des collectivités territoriales ;
- VU** Le Code de la santé publique,
- VU** Le Code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 1424-42,
- VU** Le Code de la sécurité intérieure,
- VU** La délibération n° 2018-D5 du 26 novembre 2018 du Conseil d'Administration du Service Départemental d'Incendie et de Secours du Loiret relative à l'autorisation de signer la convention relative au rôle du SAMU et du SDIS dans l'aide médicale urgente ;
- VU** La délibération n° 2023-E10 du 20 octobre 2023 du Conseil d'Administration du Service Départemental d'Incendie et de Secours du Loiret relative à l'autorisation de signer l'avenant de prolongation à la convention relative au rôle du SAMU et du SDIS dans l'aide médicale urgente ;
- VU** L'avis favorable de la Commission Administrative et Technique du 12 mars 2024 ;
- VU** L'avis favorable du Comité Social Territorial du 28 mars 2024 ;
- VU** L'avis favorable du Comité Consultatif Départemental des Sapeurs-Pompiers volontaires en date du 11 avril 2024 ;
- VU** Le projet de convention ;
- VU** Le rapport n° 6 présenté par M. le Président du Conseil d'administration du Service départemental d'incendie et de secours,

**IL EST DÉCIDÉ :**

**Pour : 18**

**Contre : 0**

**Abstention : 0**

**Suite de la délibération n° 2024-B6 du 14/06/2024**

- Article 1<sup>er</sup> :** D'autoriser le Président du Conseil d'administration à signer la convention relative au rôle du SAMU 45 et du SDIS du Loiret dans l'aide médicale urgente dont un exemplaire est joint en annexe.
- Article 2 :** La présente convention est conclue pour la période du **1<sup>er</sup> janvier 2025 au 31 décembre 2029**.
- Article 3 :** Les crédits nécessaires seront inscrits aux budgets concernés aux chapitres et articles concernés.
- Article 4 :** La présente délibération peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal administratif d'Orléans dans un délai de deux mois à compter de sa publication et de sa réception par le représentant de l'Etat.
- Article 5 :** Le Président du Conseil d'administration du Service départemental d'incendie et de secours et Mme la Comptable départementale sont chargés de l'exécution de la présente délibération.

Le Président,



**Marc GAUDET**



Sapeurs-Pompiers

Il est convenu ce qui suit entre :

- **Le Centre Hospitalier d'Orléans**, siège du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), centre de réception et de régulation des appels Centre 15 pour le département du Loiret, représenté par Monsieur Boyer, Directeur général,  
**Ci-après dénommé CHB ou CRRA-Centre 15 ou CRRA.**
- **L'Association Départementale des Transports Sanitaires Urgents du 45**, représentée par Monsieur Engel, Président,  
**Ci-après dénommée ATSU 45.**
- **Le Service Départemental d'Incendie et de Secours du Loiret**, représenté par Monsieur le Président du Conseil d'Administration du SDIS,  
**Ci-après dénommé SDIS 45 ou CTA ou CTA-CODIS.**

Il est convenu ce qui suit :

**CONVENTION RELATIVE A L'ORGANISATION  
COMMUNE DES SECOURS ET SOINS  
D'URGENCE AUX PERSONNES ET DE L'AIDE  
MEDICALE URGENTE DANS LE  
DEPARTEMENT DU LOIRET**

Le 27 juin 2024

Envoyé en préfecture le 21/06/2024

Reçu en préfecture le 21/06/2024

Publié le 21/06/2024

ID : 045-284500253-20240614-2024\_B6-DE



E – DISPOSITIONS PARTICULIERES.....	18
E1 – Le secret professionnel.....	18
E2 - Victime ne bénéficiant pas de manœuvre de réanimation .....	19
E2-1 La victime est décédée de manière certaine à l'arrivée des secours.....	19
Certains critères permettent au chef d'agrès ou au DEA d'identifier cette situation avec certitude : .....	19
E2-2 Les manœuvres de réanimation sont engagées.....	19
E2-3 Le patient est dans un état de fin de vie connu .....	19
E3 - Patient refusant l'évacuation .....	19
E4 - Victime ne nécessitant pas d'évacuation .....	19
E5 - Transports bariatrique > 150kgs.....	19
F – EVENEMENTS INDESIRABLES .....	20
F1 - Signalement des événements indésirables .....	20
F-2 Traitement conjoint.....	20
F-3 Cas spécifique des événements indésirables graves .....	20
G – FORMATION .....	21
H – SUIVI ET EVALUATION .....	21
I – MISE EN ŒUVRE.....	22
ANNEXES A LA CONVENTION.....	23

A - Objet de la convention .....	5
B – Dispositions générales.....	6
B1 – Domaine d'application.....	6
B2 – Les parties concernées .....	6
B2-1 Le SDIS .....	6
B2-2 – Les services de santé hospitaliers.....	7
B2-2-1 - Le SAMU.....	7
B2-2-2 - Les SMUR .....	8
B2-2-3 Les Médecins Correspondants de SAMU (MCS) .....	8
B2-3 – L'ATSU 45.....	8
B2-3-1 : Les transporteurs sanitaires urgents (TSU).....	8
B2-3-2 : Le coordinateur ambulancier .....	9
C – Répartition des missions.....	10
C1 – Les principes fondamentaux.....	10
C2 – Le SDIS.....	11
C2-1 Les missions relevant de la compétence du SDIS.....	11
C2-2 Les autres missions.....	12
C3 – Le SAMU .....	12
C4 – Les transporteurs sanitaires privés.....	12
C4-1 La prise en charge par l'assurance maladie.....	14
C4-2 La prise en charge par l'établissement de santé.....	14
D- PROCEDURES OPERATIONNELLES.....	14
D1 – Interconnexion, traitement de l'alerte et information mutuelle.....	14
D1-1 Concernant l'interconnexion.....	14
D1-2 Concernant les transporteurs sanitaires et le CRRR-Centre 15 .....	15
D2 – L'intervention .....	15
D2-1 Prise en charge non médicale .....	15
D2-2 Prise en charge médicale .....	16
D3 – Evacuation et transport sanitaire.....	17
D3-1 - Evacuation par les moyens du SDIS .....	17
D3-2 - Transports sanitaires.....	17
D3-3 Jonctions, relais entre les moyens SDIS et les transporteurs sanitaires ; transport vers des structures autres qu'un SAU.....	18



## A - Objet de la convention

L'objet de la présente convention est de définir l'organisation commune des secours et soins d'urgence aux personnes et de l'aide médicale urgente dans le département du Loiret.

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

L'efficacité de la réponse aux demandes d'aide médicale urgente nécessite l'action coordonnée des différents acteurs des urgences pré hospitalières, dans le respect des périmètres de compétence qui leur sont respectivement dévolus.

A cette fin, il est indispensable que le SAMU, le SDIS, et les Ambulanciers, agissent de manière concertée et en synergie. Ainsi, le Centre Hospitalier d'Orléans, siège du SAMU - Centre 15, le SDIS 45 et l'ATSU45, décident d'agir de manière concertée sous l'égide du Préfet et de l'ARS Centre Val de Loire. Les signataires s'accordent à reconnaître l'expertise de chacun et la qualité de leur action commune.

La présente convention a donc pour objet de déterminer et formaliser les modalités de coopération et de coordination des signataires dans le cadre de leur intervention respective en matière d'aide médicale urgente. Elle s'inscrit dans l'action partenariale et complémentaire déjà engagée. Elle vise à améliorer l'adéquation des moyens engagés aux besoins déterminés, en fonction des missions et des compétences de chaque intervenant. Elle vient en déclinaison du cahier des charges de l'organisation de la garde départementale ambulancière du Loiret du 27 octobre 2022 et de ses avenants.

La présente convention est la déclinaison locale des référentiels nationaux suivants :

- Référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008 (mise en œuvre : arrêté du 24/04/2009)
- Référentiel SAMU-transport sanitaire portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière du 9 avril 2009 (mise en œuvre : arrêté du 5 mai 2009)

Complétés par les textes réglementaires suivants :

- Les articles L. 6311-1 à L. 6311-2, L. 6312-1 à L. 6312-5, L. 6313-4, L. 6314-1, R. 6311-1 à R. 6311-5, R. 6312-1 à R. 6312-43, R. 6313-1 à R. 6313-8, R. 6314-1 à R. 6314-6 du code de la santé publique ;
- Les articles R. 311-1, R. 313-33 à R. 313-35, R. 432-1 à R. 432-4 du code de la route ;
- L'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales ;
- L'arrêté ministériel du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier ;
- L'arrêté ministériel du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation du secours à la personne et à l'aide médicale urgente ;
- L'arrêté ministériel du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel SAMU-transports sanitaires portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière ;
- L'arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres ;
- La convention nationale du 26 décembre 2002 destinée à organiser les rapports entre les transporteurs privés et les caisses d'assurance maladie, ses annexes et ses dix avenants ;

- La circulaire DHOS/01 n° 2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente ;
- La circulaire DHOS/2009 n° 192 du 14 octobre 2009 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière ;
- INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/R2/DGSCGC/BOMNIS/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 et pour la temporisation des carences ambulancières.
- L'instruction interministérielle n° DGOS/R2/DSS/DGSCGC/2022/144 du 13 mai 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des transports sanitaires urgents et de la participation des entreprises de transports sanitaires au service de garde.

La convention relative au rôle du SAMU et du SDIS dans l'aide médicale urgente signée le 29 avril 2019 et ses avenants sont abrogés.

## B – Dispositions générales

### B1 – Domaine d'application

La présente convention définit la gestion des opérations quotidiennes entrant dans le cadre de l'aide médicale urgente. Lors de la mise en œuvre des dispositifs ORSEC ou tout autre plan d'urgence, les dispositions réglementaires s'appliquent.

Chaque des parties garde la responsabilité d'organiser ses propres interventions et d'assurer la maîtrise de ses moyens. Elles inscrivent leur action dans le cadre d'un travail de collaboration permanent.

### B2 – Les parties concernées

B2-1 Le SDIS

Le SDIS du Loiret dispose :

- D'un CTA (Centre de traitement de l'Alerte) chargé de la réception, du traitement et de la réorientation éventuelle des demandes de secours. Il assure la réception des numéros d'urgence 18 et 112.
- D'un CODIS (Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours) chargé de la coordination de l'activité opérationnelle des services d'incendie et de secours au niveau du département. Dans ce cadre, il est immédiatement avisé des opérations en cours et est en permanence tenu informé de l'évolution de la situation jusqu'à la fin de l'opération.

Il comprend un Service de Santé et de Secours médical (SSSM).

L'ensemble de ses moyens est engagé par le CTA/CODIS.

Dans le cadre de l'article L725-5 du code de la sécurité intérieure, le SDIS45 pourra conclure avec les AASC agréées pour les missions correspondantes, une convention définissant les modalités de participation aux opérations de secours dont le secours et le soin d'urgence aux personnes.



## B2-2-2 - Les SMUR

La Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) assure, en permanence, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert, de façon urgente, une prise en charge médicale et de réanimation et, le cas échéant, après régulation par le CRRA, le transport de ce patient vers un établissement de santé.

L'équipe du SMUR est composée d'un médecin compétent en médecine d'urgence, d'un infirmier et d'un ambulancier. Le SMUR est doté d'un matériel de réanimation complet. Ces unités basées dans les centres hospitaliers et actives 24 heures sur 24, interviennent sur demande du CRRA pour assurer la prise en charge, le diagnostic, le traitement et le transport des patients en situation d'urgence médicale.

## B2-2-3 Les Médecins Correspondants de SAMU (MCS)

Les Médecins Correspondants du SAMU (MCS) participent à l'Aide Médicale Urgente et font donc partie, à titre complémentaire des moyens publics compétents, du réseau des urgences.

Cette organisation permet de disposer de relais compétents et formés afin de réduire les délais de réponse à l'urgence par une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée du SMUR systématiquement déclenchée.

Elle est définie par l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU), la circulaire N°DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences, l'instruction N°DGOS/R2/2012/267 du 3 juillet 2012 relative au temps d'accès en moins de trente minutes à des soins urgents et l'instruction N°DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU.

## B2-3 – L'ATSU 45

### B2-3-1 : Les transporteurs sanitaires urgents (TSU)

Les transporteurs sanitaires répondent aux modalités d'organisation de la réponse à l'urgence pré hospitalière conformément au décret 2022-631 précité.

La définition du transport sanitaire inclut de manière non exclusive la prise en charge d'urgence préhospitalière.

« Constitue un transport sanitaire, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectuée à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet. Les transports des personnels de défense effectués à l'aide des moyens propres aux armées ne constituent pas des transports sanitaires. » (Article L.6312-1 du code de la santé publique).

L'ATSU 45 a pour objet la gestion des transports sanitaires privés d'urgence du LOIRET ainsi que l'étude la recherche et la réalisation de tout moyen propre à assurer un meilleur fonctionnement des entreprises privées de transports sanitaires, et à contribuer à la formation, la promotion et à la sécurité de leurs membres.

L'ATSU 45 a pour mission d'harmoniser et de coordonner autour d'un cahier des charges, l'action des ambulanciers notamment dans le cadre de l'application du décret no 2022-631 du 22 avril 2022 portant réforme des transports sanitaires urgents et de leur participation à la garde. Le cahier des charges de l'organisation de la garde départementale ambulancière sera révisé annuellement et validé en CODAMUPS TS. L'organisation de la garde et des transports sanitaires urgents fait l'objet d'un suivi par le sous-comité des transports sanitaires. Il inclut notamment le suivi de données détaillées sur les transports sanitaires urgents, les indisponibilités et les carences ambulancières.

## B2-2 – Les services de santé hospitaliers

### B2-2-1 - Le SAMU

Le Centre de Réception et de Régulation des Appels du SAMU 45 se situe au CHR d'Orléans.

Le CRRA15 est chargé :

- D'assurer une écoute médicale permanente,
- De déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels,
- De s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient,
- D'organiser le cas échéant le transport dans un lieu de soins établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires,
- D'assurer le suivi du patient, des décisions et des effecteurs engagés par la régulation médicale.
- De veiller à l'admission du patient,

Le médecin régulateur est chargé d'évaluer la gravité de la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (médecins assurant la permanence des soins, SMUR, ambulances privées...) et, si besoin, de solliciter auprès du SDIS ses moyens, en vue d'apporter la réponse la plus appropriée à l'état du patient et de veiller à ce que les soins nécessaires lui soient effectivement délivrés.

A cet effet, le médecin régulateur coordonne l'ensemble des moyens mis en œuvre dans le cadre de l'aide médicale urgente. Il vérifie que les moyens arrivent effectivement dans les délais nécessités par l'état de la personne concernée et assure le suivi des interventions.

La détermination par le médecin régulateur de la réponse la mieux adaptée se fonde sur trois critères :

- L'estimation du degré de gravité avérée ou potentielle de l'atteinte à la personne concernée,
- L'appréciation du contexte,
- L'état et les délais d'intervention des ressources disponibles.

### Cf. Annexe 1 - LOGIGRAMME

La régulation médicale nécessite des informations précises, rapides et actualisées. Dans le meilleur des cas, elle repose sur le dialogue entre le médecin régulateur et la personne concernée. Du fait des circonstances, ce dialogue ne peut toujours être direct. Mais il importe que tout soit fait pour qu'il soit le plus direct possible, notamment par l'interconnexion systématique des services, permettant le transfert de l'appel ou la conférence téléphonique.

La régulation médicale suppose le suivi des différentes phases de la prise en charge de la personne concernée. Elle doit être systématique quel que soit le lieu où se trouve la personne et le cheminement initial de l'appel.

En cas de pathologie grave nécessitant une médicalisation rapide, le SAMU fait immédiatement intervenir les Structures Mobiles d'Urgences et de Réanimation (SMUR), le médecin régulateur peut faire intervenir en complément du SMUR, ou à défaut seul, tout autre moyen adapté.

## C – Répartition des missions

Les procédures coordonnantes et répartissant les actions des trois acteurs de l'aide médicale urgente sont clairement définies ci-après. Leur application ne doit pas aboutir à une multiplication des sorties mais à une optimisation des envois de moyens.

### C1 – Les principes fondamentaux

Toute intervention relevant des missions du SDIS énoncées à l'Annexe 2 justifie l'engagement réflexe des moyens du SDIS, sans exclure ceux du SAMU (cf Annexe 1).

**En fonction de l'urgence de la situation, évaluée par la régulation médicale, le SAMU peut effectuer la recherche éventuelle d'un moyen supplémentaire plus rapide auprès des TSU à l'exception des situations à risque nécessitant des procédures et matériels adaptés (AVP, incendie, menaces...).**

Le médecin régulateur apprécie l'état et la situation de la victime et déclenche, dans un délai adéquat, la réponse la mieux adaptée :

- un SMUR si besoin,
- tout autre moyen en complément ou non d'un SMUR.

Cette réponse peut être également un simple conseil téléphonique.

Le SAMU demande au CTA l'engagement des moyens du SDIS dans le respect des procédures opératoires dès lors que l'intervention fait partie des missions du SDIS, précisées dans la partie C2 de la présente convention.

Le CTA n'engage pas des moyens sur des interventions ne relevant pas a priori de sa compétence.

Lorsque la victime :

- n'est pas sur la voie publique, ou dans un lieu public
- ou que sa situation n'entre pas dans la liste des départs réflexes de l'Annexe 2, ou que la nature de la détresse ne relève pas des missions du SDIS au sens de l'article L.1424-2 du CGCT, le CRRA 15 sollicite une entreprise privée de transport sanitaire. Si le CRRA 15 requiert les moyens du SDIS, l'intervention de ce dernier sera rémunérée au titre des carences de transporteurs sanitaires privés.

Conformément à l'article L1424-42, les interventions effectuées par les services d'incendie et de secours sur la prescription du service d'aide médicale urgente, lorsque celui-ci constate le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés pour une mission visant à la prise en charge et au transport de malades, de blessés ou de parturientes, pour des raisons de soins ou de diagnostics, et qui ne relèvent pas de l'article L1424-2 sont des carences ambulancières.

L'entreprise de transport sanitaire de garde ne peut refuser une demande de transport sanitaire urgent de la part du SAMU si elle n'est pas indisponible en raison d'une intervention dans le cadre de sa garde. En cas de refus ou d'absence de réponse, l'entreprise est responsable de son indisponibilité injustifiée qui est déduite du revenu minimum garanti selon les modalités fixées par l'avenant N°10 de la convention nationale des transports sanitaires privés.

Lorsque l'appel ou l'alerte concerne le relevage de personne et qu'il est transmis au SDIS, quelle que soit son origine, celui-ci engage dans un délai compatible avec la situation un moyen secouriste. Ce dernier est en capacité d'ouvrir la porte du domicile.

Un bilan secouriste est réalisé dans tous les cas de façon à déplorer une atteinte physique associée à la chute. Il est transmis au médecin régulateur du SAMU qui prend la décision adaptée qui peut aller du maintien au domicile à l'hospitalisation d'urgence.

Ce suivi permet notamment d'apprécier l'adéquation du dispositif aux besoins sanitaires de la population ainsi que son impact sur le SDIS, et, le cas échéant, de réviser le dispositif (article R.6312-23-2).

Les transports sanitaires se doivent, en plus des véhicules et du matériel inscrit dans le registre et agréés par l'ARS, d'avoir du personnel formé.

A ce titre, la formation du DEA est dispensée par une formation de 801H.

Cette formation comprend 5 blocs de compétences sanctionnés par 11 modèles. Les 5 blocs sont les suivants :

- 1- Prise en soin du patient à tout âge de la vie dans le cadre de ses missions
- 2- Réalisation d'un recueil de données cliniques et mise en œuvre de soins adaptés à l'état du patient notamment ceux relevant de l'urgence
- 3- Transport du patient dans le respect des règles de circulation et de sécurité routière.
- 4- Entretien des matériels et installations du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre en tenant compte des situations d'intervention.
- 5- Travail en équipe et traitement des informations liées aux activités de l'ambulancier, à la qualité/gestion des risques

Le DEA est un professionnel de santé paramédical suivant le décret du 22 Avril 2022-629.

A ce titre, il est dans l'obligation de répondre à l'ensemble des secours et soins d'urgences pré hospitaliers qui lui est ordonné/transmis par le SAMU 45/CRRA 45, au-delà du simple secourisme.

### §2-3-2 - Le coordinateur ambulancier

La coordination ambulancière est assurée en continu. Un professionnel est affecté, au moins en journée semaine, aux missions de coordination ambulancière par le CHU. Le SAMU 45 assure la mission de coordination les nuits et weekend et pendant les périodes d'absence de la coordination.

Le coordinateur est chargé de solliciter les entreprises de transport sanitaire pour répondre aux demandes de transports sanitaires urgents du SAMU et constater, le cas échéant, leur indisponibilité.

Dans les secteurs et aux horaires couverts par une garde, le coordonnateur ambulancier ne peut faire appel à une entreprise de transport sanitaire non inscrite au tableau de garde qu'en cas de carence de l'entreprise de garde.

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

Après échanges avec chacune des entreprises et avec l'ATSU 45, il communique ces données à travers un tableau d'activité à la caisse primaire d'assurance maladie chargée du versement de la rémunération aux entreprises de transport sanitaire, à l'agence régionale de santé et aux entreprises de transports sanitaires.

Priorisation de l'urgence et rationalisation des sorties par carences d'ambulances privées pour le SDIS du Loiret :

En fonction de l'activité opérationnelle du SDIS du Loiret, une analyse de la réponse opérationnelle est assurée par le CTA-CODIS de façon à limiter les situations de rupture opérationnelle. Celle-ci peut se traduire par une perte de chance pour des concitoyens en situation d'urgence vitale, faute de moyen disponibles pour assurer rapidement une mission de secours. Dans cette situation et selon différents critères permettant de déterminer le niveau de tension, un certain nombre d'interventions, notamment pour « carence d'ambulances privées » pourra être différé voire refusé conformément à l'article L1424-42 du CGCT.

Lorsqu'une entreprise de transport sanitaire privée demande au CRRA 15 une aide pour brancardage difficile, que le transport soit ou non médicalisé par le SMUR, le CRRA 15 peut solliciter les moyens du SDIS qui sont alors rémunérés au motif de carence de moyens adaptés de l'entreprise privée de transport sanitaire.

Si ce brancardage nécessite des moyens techniques spécifiques (GRIMP, élévateur, etc.), l'intervention devient alors une opération de sauvetage relevant des missions du SDIS.

## C2 – Le SDIS

### C2-1 Les missions relevant de la compétence du SDIS

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

Dans le cadre de leurs compétences, les services d'incendie et de secours exercent les missions suivantes :

- 1° La prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile ;
- 2° La préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours ;
- 3° La protection des personnes, des animaux, des biens et de l'environnement ;
- 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.

Le SDIS du Loiret effectue des missions réglementairement prévues dont les secours d'urgence :

- Aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation,
- Ou lorsque l'intervention nécessite un secours en équipe (sauvetage, soustraction à un danger ou à un risque).

En application des dispositions de l'article L. 1424-2, les actes de soins d'urgence que peuvent réaliser les sapeurs-pompiers, n'étant pas par ailleurs des professionnels de santé déjà autorisés à la pratique de ces actes, sont énumérés aux articles R. 6311-18 à R. 6311-18-3 du code de la santé publique. Les sapeurs-pompiers concernés doivent avoir satisfait à la condition de formation prévue à ces dispositions pour réaliser les actes en cause.

La notion de départ réflexe est décrite à l'Annexe 2.

Le Service de Santé et de Secours médical (SSSM) du SDIS du Loiret effectue des missions réglementairement prévues :

- Missions propres dont le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers,
- Missions partagées dont les missions de secours d'urgence.

### C2-2 Les autres missions

Le SDIS n'est tenu de procéder qu'aux seules interventions qui se rattachent directement à ses missions de service public définies à l'article L1424-2 du CGCT.

Les transferts inter hospitaliers ne font pas partie des missions du SDIS.

## C3 – Le SAMU

Le SAMU du Loiret dispose d'un CRRA 15 (Centre de Réception et de Régulation des Appels). Il assure la réception du numéro 15.

Le SAMU du Loiret a pour mission de répondre par des moyens médicaux et non médicaux aux situations d'urgence et pour ce faire il doit notamment :

- Assurer une écoute médicale permanente,
- Déterminer et apporter, dans un délai adéquat, la réponse la mieux adaptée à la nature des situations,
- S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, et faire préparer son accueil.

Le SMUR du Loiret assure la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation.

Le SMUR est engagé par le SAMU.

## C4 – Les transporteurs sanitaires privés

Les transporteurs sanitaires privés participent aux urgences nécessitant une prise en charge quel que soit le délai et leur transport vers le lieu de soins déterminé par le SAMU, conformément à la décision du médecin régulateur.

L'entreprise qui répond à cette sollicitation, notamment dans le cadre de la garde prévue à l'article R. 6312-18 :

1. Fait intervenir un équipage auprès du patient dans le respect du délai fixé par le SAMU
2. Réalise un bilan clinique du patient qu'elle communique immédiatement au SAMU
3. Le cas échéant, effectue les premiers soins relevant de l'urgence adaptés à l'état du patient dans la limite des compétences de l'équipage et sur prescription du médecin régulateur SAMU
4. Achemine le patient, le cas échéant, vers le lieu de soins déterminé par le SAMU
5. Informe le SAMU de toute modification de l'état du patient pendant la durée de la mission
6. Transmet des informations administratives et cliniques relatives au patient à son arrivée au lieu de soins
7. Le cas échéant, participe à la réalisation d'actes de télémédecine, dans le cadre de ses compétences et sous la surveillance du médecin régulateur.

Après transmission du bilan clinique par l'équipage de transport sanitaire, le SAMU peut décider qu'il n'y a pas lieu de transporter le patient, pour l'une des raisons suivantes :

1. Absence du patient sur le lieu d'intervention ;

Envoyé en préfecture le 21/06/2024

Reçu en préfecture le 21/06/2024

Publié le 21/06/2024



ID : 045-284500253-20240614-2024\_B6-DE



2. Absence de nécessité de prise en charge par une structure de soins ou un professionnel de santé ;
3. Soins apportés au patient sur le lieu de l'intervention sans besoin de prise en charge supplémentaire ;
4. Transport devant être réalisé par un autre moyen adapté ;
5. Refus de prise en charge par le patient ;
6. Décès du patient.

Les entreprises de transport sanitaire peuvent également être mobilisées pour réaliser un transport dans le prolongement de l'intervention du SDIS, y compris depuis un lieu de soins où est organisé ce relais.

Les entreprises de transport sanitaire réalisent les interventions demandées par le service d'aide médicale urgente dans le cadre des situations sanitaires exceptionnelles.

Afin d'apporter une réponse aux demandes de transport sanitaire urgent du SAMU, une garde des transports sanitaires est assurée pour assurer la permanence opérationnelle, conformément au cahier des charges départemental qui fixe le cadre et les conditions d'organisation de la garde des TS et tel qu'arrêté par le Directeur général de l'ARS après avis du sous-comité des transports sanitaires du CODAMUPS.

L'indisponibilité des transporteurs sanitaires privés (ITSP) est avérée lorsque les ambulanciers sont dans l'impossibilité de répondre à la demande de transport sanitaire formulée par la régulation médicale faute de moyens humains ou matériels mobilisables dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient.

Le CRRA-Centre 15 déclare les indisponibilités ambulancières après retour infructueux de la coordination ambulancière. L'ITSP est notifiée sur les états statistiques.

Toute mission donnera lieu à la transmission d'un ordre de mission par le biais d'un numéro d'appel (numéro de mission) assimilable à la prescription et à valeur d'engagement de la responsabilité du médecin régulateur.

Si un transporteur sanitaire privé se trouve inopinément en présence d'un besoin de secours urgent à personne sur la voie publique, il réalise les gestes de premier secours et effectue rapidement un bilan au CRRA-Centre 15. Le médecin régulateur pourra, le cas échéant, autoriser le transport si le vecteur présent est compatible avec l'état de santé de la victime. Cette autorisation vaut prescription. Le CTA-CODIS est informé dans les plus brefs délais.

Les modalités d'organisation et de financement des transports ambulanciers du Loiret dans le cadre des transports sanitaires urgents l'urgence préhospitalière sont décrites dans le cahier des charges de l'organisation de la garde départementale ambulancière du Loiret.

#### C4-1 La prise en charge par l'assurance maladie

Pour une intervention impliquant un transport sanitaire non médicalisé depuis le point de détresse du patient vers l'établissement de soins public ou privé prescrit par le médecin régulateur du CRRA 15, la prise en charge incombe à l'assurance maladie.

Intervention non suivie de transport : l'article 14 de l'avenant N°10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés en date du 22/12/2020 vise à l'indemnisation des missions à la demande du CRRA Centre 15 non suivies de transport. La prise en charge incombe à l'assurance maladie.

Ces prises en charge s'inscrivent dans le cadre des prestations légales.

#### C4-2 La prise en charge par l'établissement de santé

##### C4-2-1 Médicalisation en cours de trajet

La prise en charge incombe à l'établissement gestionnaire du SMUR intervenant dans les conditions définies par une convention entre celui-ci et l'ambulancier.

##### C4-2-2 Envoi de moyens conjoints entre prise de transports sanitaires et SMUR

La prise en charge est assurée par l'établissement gestionnaire du SMUR intervenant dans les conditions définies par une convention entre celui-ci et l'ambulancier.

##### C4-2-3 Transport avec un point de jonction SMUR

La prise en charge incombe à l'établissement gestionnaire du SMUR intervenant pour la première partie du trajet ayant fait l'objet d'une médicalisation.

## D- PROCEDURES OPERATIONNELLES

### D1 – Interconnexion, traitement de l'alerte et information mutuelle

#### D1-1 Concernant l'interconnexion

La mise en œuvre d'une réponse adaptée aux besoins du patient ou de la victime, nécessite des relations étroites entre le CTA-CODIS du SDIS et le CRRA 15 du SAMU. Ces relations sont assurées grâce à l'interconnexion des deux dispositifs de traitement des appels.

Cette interconnexion est mise en œuvre :

- d'une part sur le plan des échanges téléphoniques (transmission directe d'un appel sans rupture de communication, conférences téléphoniques à trois [ARM/Requérant/Opérateur CTA]),
- d'autre part sur le plan des projets d'échanges informatiques (transfert automatique d'informations entre les deux systèmes lors de la prise d'appel, suivi des interventions en cours, échange de données opérationnelles, traçabilité des informations échangées...).

Tout déclenchement d'une intervention pour secours d'urgence à la personne impliquant le SDIS doit être systématiquement accompagné d'une information mutuelle immédiate. Cette information entre le 18/112 et le 15 concerne non seulement la retransmission initiale des données d'alerte, mais également le déclenchement des opérations et leur suivi.

Envoyé en préfecture le 21/06/2024

Reçu en préfecture le 21/06/2024

Publié le 21/06/2024

ID : 045-284500253-20240614-2024\_B6-DE





Le bilan secouriste doit être précis et comprendre notamment :

- Les circonstances,
- Les paramètres vitaux et éventuelles lésions relevées par l'équipage,
- Les gestes entrepris.

Ce bilan sera intégralement reporté sur le support prévu à cet effet.

Le SDIS a doté l'ensemble des VSAV de terminaux numériques permettant la transmission du bilan secouriste. A l'appui de cette démarche, le SDIS a déployé un portail numérique sécurisé de transmission des bilans accessibles aux partenaires santé (CRRRA15, SAU) afin d'améliorer et simplifier les échanges. Chaque transmission du bilan numérique est effectuée préalablement à l'échange téléphonique entre le chef d'agrès du VSAV et le médecin régulateur.

Sans retarder le bilan secouriste auprès du médecin régulateur, les moyens du SSSM du SDIS du Loiret transmettent un bilan médical au médecin régulateur, en complément du bilan secouriste transmis par les premiers moyens ayant pris en charge la victime.

Un bilan secouriste simplifié pourra être transmis au CRRRA 15 dans certaines situations. Mais un bilan secouriste complet doit toujours être effectué et intégralement reporté sur la fiche bilan. A la demande du médecin régulateur, il devra lui être communiqué.

#### D2-1-3 Concernant l'engagement du SSSM

Le SSSM est engagé par le CTA sur deux types de missions :

- Missions propres dont le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers,
- Missions partagées dont les missions de secours d'urgence dans les situations nécessitant un départ réflexe (annexes 1 et 2).

L'engagement du SSSM dans ce cadre est effectué sans régulation.

Le médecin du SSSM intervenant est sous l'autorité du médecin chef du SDIS et sa mission est placée sous la direction et la responsabilité du SDIS.

Le SSSM peut être également engagé par le CTA sur demande du SAMU. Ce type d'engagement est effectué après régulation.

#### D2-2 Prise en charge médicale

D2-2-1 Un médecin compétent dans le domaine de l'urgence est présent

Lors de toute intervention engageant le SDIS, c'est le COS sur place qui est responsable de l'intervention.

Lorsqu'un médecin compétent dans le domaine de l'urgence et appartenant au dispositif est présent, le médecin sapeur-pompier ou médecin du SMUR, il est alors conseiller technique auprès du COS et responsable de la prise en charge initiale du patient.

Celle-ci se déroule en relation étroite avec le médecin régulateur qui lui fournit tout appui nécessaire à l'intervention.

D2-2-2 Deux médecins sont présents

Si un médecin sapeur-pompier ou un médecin du SMUR sont simultanément présents sur les lieux, ils prennent la victime en charge ensemble dans le respect du code de déontologie. Le médecin du SMUR assurera, si nécessaire, la médicalisation du transfert vers un établissement de santé.

#### D1-2 Concernant les transporteurs sanitaires et le CRRRA-Centre 15

D1-2-1 L'appel parvient directement aux transporteurs sanitaires

Lorsqu'un appel relevant de l'AMU parvient directement aux transporteurs sanitaires, le transporteur sanitaire informe le requérant de contacter le CRRRA-Centre 15 afin que cette demande de secours soit appréciée par le médecin régulateur. L'entreprise missionnera un moyen uniquement sur demande du médecin régulateur du CRRRA-Centre 15.

D1-2-2 L'appel parvient au CRRRA-Centre 15

L'acte de régulation médicale est systématique. Il a pour but de déterminer et de déclencher dans les meilleurs délais la réponse adaptée à la situation décrite par l'appelant. Cette mission incombe au CRRRA-Centre 15 et est conforme à la présente convention.

D1-2-3 Les moyens des transporteurs sanitaires

Une fonction de coordonnateur ambulancier est exclusivement dédiée à la gestion des moyens sanitaires privés au sein du CRRRA-Centre 15 en continu, en étroite relation avec le médecin régulateur.

#### D2 - L'intervention

D2-1 Prise en charge non médicale

D2-1-1 Concernant la réponse secouriste

La réponse secouriste constitue le premier niveau de réponse des secours organisés. La répartition territoriale des Centres d'Incendie et de Secours en assure la rapidité.

Cette réponse secouriste peut être assurée par des moyens SP sans VSAV. Ces moyens sont équipés de matériels permettant la mise en sécurité, des gestes secouristes de maintien en vie, une réanimation cardio-pulmonaire avec défibrillateur automatique externe, un premier bilan moins complet que celui de secouristes avec VSAV mais permettant de faire face aux urgences vitales.

Ces moyens SP sans VSAV sont envoyés en avant du VSAV afin de permettre une couverture rapide des urgences vitales sur l'ensemble du territoire départemental.

Cette réponse est complétée par des moyens SP avec VSAV. Ces VSAV sont normalisés et comprennent l'ensemble des matériels secouristes ainsi que des moyens de mesure et de surveillance des paramètres vitaux.

D2-1-2 Concernant le bilan et la demande de renforts médicaux

Toute intervention pour secours à personne doit faire l'objet d'un bilan secouriste transmis au CRRRA 15.

Une demande de renfort médical doit :

- Intervenir rapidement au cours de l'intervention afin de ne pas retarder l'arrivée de ces moyens,
- Transiter par l'autorité d'emploi quand elle est effectuée par un moyen du SDIS,
- Être argumentée sans être forcément détaillée.

A la demande du médecin régulateur, le secouriste sur le terrain contacte directement le SAMU pour compléter le premier bilan secouriste. (Selon les procédures déterminées par l'autorité d'emploi).

#### D2-2-3 Un infirmier sapeur-pompier est présent

Lorsqu'un médecin compétent dans le domaine de l'urgence et appartenant au dispositif est présent, l'infirmier sapeur-pompier intervient sous l'autorité du médecin ;  
Lorsqu'aucun médecin compétent dans l'urgence et appartenant au dispositif n'est présent, l'infirmier sapeur-pompier agit sur protocole sous la responsabilité du médecin-chef du SDIS.  
Il est alors conseillé techniquement auprès du COS et responsable de la prise en charge initiale du patient. Celle-ci se déroule en relation étroite avec le médecin régulateur qui lui fournit tout appui nécessaire à l'intervention.

#### D3 – Evacuation et transport sanitaire

##### D3-1 – Evacuation par les moyens du SDIS

L'évacuation d'une victime consiste en un transport par un véhicule de secours (VSAV) sous surveillance par des équipiers formés, suite à une intervention. Le médecin régulateur décidera de l'orientation vers la structure de soins la plus proche et compatible avec l'état de santé de la victime.  
Tout envoi d'un véhicule de secours à destination d'une structure en dehors de son secteur habituel d'intervention doit être médicalement justifié.  
Les transports secondaires entre deux établissements hospitaliers ou entre une DZ et un établissement hospitalier ne font pas partie des missions du SDIS45.

Après bilan, le médecin régulateur peut décider l'envoi de moyens médicaux alors que la victime est déjà installée dans le véhicule de secours. Les sapeurs-pompiers prêtent leur concours à la médicalisation de la victime. Pour les cas nécessitant une prise en charge médicale spécialisée et dans l'intérêt de la victime, celle-ci peut être transférée dans une ambulance de réanimation en limitant son déconditionnement.

Une mesure de rendez-vous avec un moyen spécialisé ou hélicoptère peut être décidée. Toute modification notable de l'état de la victime lors de l'évacuation doit conduire à une information immédiate du CRRRA-Centre 15.

Arrivé à destination, un bilan systématique de la victime est réalisé par le chef d'agrès à un membre de l'équipe médicale d'accueil. Il est porté sur la fiche bilan qui peut être dématérialisée.

Pour des raisons de disponibilité opérationnelle et de couverture départementale efficiente, les centres hospitaliers s'engagent à ce que le délai de prise en charge hospitalière de la victime transportée par les sapeurs-pompiers soit le plus court possible. En cas de difficultés répétitives des prises en charge, la situation devra être évoquée lors des rencontres trimestrielles entre les différents signataires de la convention. Dans le cas où aucune solution consensuelle n'est trouvée collectivement, à la demande d'une des parties, un CODAMUPS-TS exceptionnel devra se réunir dans un délai de 15 jours et statuer sur la situation.

##### D3-2 - Transports sanitaires

Ils sont effectués par les ambulances privées après transmission du bilan au CRRRA-Centre 15. Le médecin régulateur décidera de l'orientation. Ils n'entrent pas dans le cadre général des missions du SDIS45.

La liste du matériel embarqué dans les ambulances pour les interventions d'urgences préhospitalières est définie par l'arrêté du 12 décembre 2017.

L'équipage ambulancier intervenant est tenu de se conformer strictement aux consignes médicales communiquées par le médecin régulateur ou son représentant sur la conduite à tenir.

Toute modification notable de l'état de la victime lors de l'évacuation doit conduire à une information immédiate du CRRRA-Centre 15.

Pour des raisons de disponibilité opérationnelle et de couverture départementale efficiente, les centres hospitaliers s'engagent à ce que le délai de prise en charge hospitalière de la victime transportée par les transporteurs sanitaires soit le plus court possible. En cas de difficultés répétitives des prises en charge, cette situation devra être évoquée lors des rencontres trimestrielles entre les différents signataires de la convention. Dans le cas où aucune solution convenant à tous n'est trouvée collectivement, un CODAMUPS-TS exceptionnel devra se réunir dans un délai de 15 jours après demande d'une des parties et statuer sur la situation.

D3-3 Jonctions, relais entre les moyens SDIS et les transporteurs sanitaires ; transport vers des structures autres qu'un SAU

Ainsi que le prévoit la circulaire 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, afin de préserver la capacité opérationnelle des sapeurs-pompiers, notamment lorsque la destination la plus adaptée se situe en dehors du secteur opérationnel, la pratique de « jonctions » avec les moyens des transporteurs sanitaires privés les plus adaptés peut être réalisée.

Le transport final dans des établissements de santé (maisons médicales, établissements hospitaliers dépourvus de SAU...) ou vers une structure autre qu'un SAU, peut être organisé par le CTA-CODIS et le CRRRA-Centre 15, après accord de l'un et de l'autre, dans le respect des bonnes pratiques relatives à la qualité et à la sécurité des soins.

Le déclenchement d'une ambulance, même suite à un départ réflexe SDIS, pourra avoir lieu conformément à la définition du transport sanitaire et au référentiel relatif à l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière du 9 Avril 2009.

Les jonctions se pratiquent sur des lieux sécurisés comme le domicile du patient, les établissements médicaux, SAU, postes de secours, centre d'incendie et de secours et autre en cas de force majeure.

## E – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

### E1 – Le secret professionnel

Les personnels des différents services participant à la prise en charge des patients à quel titre que ce soit sont soumis par état, profession, fonction ou mission au secret professionnel.

L'échange d'informations concernant la victime ne pourra se faire qu'entre personnels soumis à ce secret et participant à la filière de soins dans le cadre de l'intervention.

Les cas de dérogation nécessitant une transmission d'information sont ceux qui sont prévus par les textes réglementaires.

Envoyé en préfecture le 21/06/2024

Reçu en préfecture le 21/06/2024

Publié le 21/06/2024

ID : 045-284500253-20240614-2024\_B6-DE





## F – EVENEMENTS INDESIRABLES

### F1 - Signalement des événements indésirables

Un événement indésirable est un événement non souhaité dans la gestion d'un dossier ou le déroulé du transport qui peut affecter la santé d'une personne.

Lors d'un transport, un événement indésirable peut intervenir.

Ces événements sont constitutifs d'un manquement à la convention et doivent faire l'objet d'un signalement (fiche de signalement d'un événement indésirable).

Une attention particulière sera portée aux événements porteurs de risques afin d'agir en prévention des événements indésirables graves par la mise en place de mesures correctrices adaptées.

### F-2 Traitement conjoint

La fiche d'événement indésirable est communiquée au SAMU ou établie par celui-ci. Le SAMU la transmet à l'ensemble des acteurs impliqués pour information et pour recueillir des informations complémentaires éventuelles (ARS pour suivi de ces fiches, entrepris de transports sanitaires concernée, ATSU, SIS le cas échéant).

Chaque événement indésirable et événement porteur de risques fait l'objet d'une analyse conjointe organisée par le SAMU et associant les acteurs concernés avec copie à l'ARS, selon les méthodes et outils des démarches qualité du système de santé : revue de morbidité mortalité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), etc. L'analyse se fait avec les acteurs impliqués directement dans les prises en charge dans une démarche bienveillante de formation et d'amélioration de la qualité.

Cette analyse doit permettre de mettre en place les actions correctrices appropriées. Le programme de formation éventuel et les mesures issues de l'analyse sont établis en concertation entre le SAMU et les acteurs impliqués.

Si un événement indésirable est constitutif d'un manquement au cadre réglementaire en vigueur, le SAMU informe l'ARS qui peut décider de la mise en place de sanctions.

Une synthèse de la fiche, des retours des acteurs, de l'analyse de la situation et des actions mises en œuvre est dressée par le SAMU en accord avec les acteurs impliqués et transmise au CODAMUPS-TS.

Une réunion de bilan est organisée chaque semestre dans le cadre du sous-comité des transports sanitaires, prévu aux articles R. 6313-5 et suivants du code de la santé publique.

### F-3 Cas spécifique des événements indésirables graves

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

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

E2 - Victime ne bénéficiant pas de manœuvre de réanimation

E2-1 La victime est décédée de manière certaine à l'arrivée des secours.

Certains critères permettent au chef d'agrés ou au DEA d'identifier cette situation avec certitude :

- Décapitation ou écrasement de la tête avec éclatement de la boîte crânienne et destruction évidente du cerveau,
- Raideur et lividités cadavériques,
- Décomposition évidente des tissus.

Dans ces circonstances, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise par l'équipe de secouristes. Le véhicule de secours ou l'ambulance n'assure pas le transport du corps.

E2-2 Les manœuvres de réanimation sont engagées

Une intervention médicale sur place est alors indispensable pour déterminer la conduite ultérieure à tenir.

E2-3 Le patient est dans un état de fin de vie connu

Le médecin régulateur peut, en fonction des données cliniques et de son interrogatoire, des directives anticipées rédigées par le patient, demander aux secouristes de ne pas entreprendre ou d'arrêter les manœuvres de réanimation. Le médecin régulateur informe personnellement l'entourage et les secouristes de sa décision. Il en assume seule la responsabilité.

Le patient ou son entourage a formulé une demande expresse de maintien au domicile conformément aux lois du 22 avril 2005 et du 2 février 2016 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Le chef d'agrés en informe le médecin régulateur qui a la charge d'organiser l'accompagnement du patient en fin de vie.

Le patient ou son entourage exprime une demande d'hospitalisation. Le chef d'agrés en informe la régulation médicale qui décide des conditions du transport.

E3 - Patient refusant l'évacuation

Face à une victime qui refuse son évacuation le chef d'agrés ou le DEA rend compte de la situation au CRRA-Centre 15. Si un transport ou un examen médical s'avère cependant nécessaire au regard du bilan secouriste, le médecin régulateur prend toute mesure utile, à l'exception d'une contention physique qui n'est pas du ressort des secouristes.

Dans le cas où la victime, clairement informée, confirme son refus, la procédure décrite en annexe 4 est appliquée.

Certaines situations de refus, mettant en danger la victime elle-même ou son entourage, peuvent relever de l'hospitalisation sous contrainte. Le chef d'agrés ou le DEA appliquent la procédure déterminée en annexe 3 en relation avec la régulation médicale.

E4 - Victime ne nécessitant pas d'évacuation

Si une évacuation ou un examen médical ne s'avère pas nécessaire au regard du bilan secouriste, la procédure décrite en annexe 4 est appliquée.

E5 - Transports bariatrique > 150kgs

Pour faire face à la prise en charge des patients bariatriques, le SAMU 45 dispose d'entreprises, équipées de matériel bariatrique (véhicules et brancards), qui peut être mobilisé par le CRRA-Centre 15, par des ambulanciers privés.



## 2 – Carences

Les interventions ne relevant pas des missions du SDIS et effectuées à la demande du SAMU font l'objet d'une prise en charge financière par le CHU.

Au regard de la dernière évaluation annuelle, le paiement des carences est forfaitisé à 106 carences par mois.

Le coût unitaire forfaitaire de chaque intervention est fixé par arrêté interministériel. Il est fixé à 209 euros conformément à l'arrêté du 19 décembre 2023.

Dans les deux mois suivant le mois échu, le SAMU adresse par courriel au SDIS du Loiret le fichier informatique de type Excel du relevé des interventions entrant dans le champ d'application de l'article 47. Ce fichier comprend au minimum la date, l'heure d'appel, l'adresse et le nom de la victime, la catégorisation et le motif médical retenus par le SAMU. A défaut de retour du SDIS dans les trois mois suivants, l'état devient définitif.

Il est procédé à une évaluation trimestrielle des relevés du SAMU et du SDIS afin de vérifier la pertinence du nombre de transports prévu au forfait. Cette évaluation est réalisée par des représentants du SDIS 45, de l'ATSU45 et du SAMU 45 sur le fondement de statistiques et d'indicateurs de suivis définis dans le cahier des charges. Les cas litigieux seront examinés lors de l'évaluation annuelle prévue ci-après.

Il est procédé à une évaluation annuelle des relevés du SAMU et du SDIS afin de vérifier la pertinence du nombre de transports prévu au forfait. Cette évaluation est réalisée par un comité comprenant des représentants du SDIS 45, de l'ATSU45, du SAMU 45 et de l'Agence Régionale de Santé. En cas de différence de plus de 10 % entre la réalité observée sur le terrain et le montant prévu au forfait, ce montant pourra être revu, pour l'année suivante, par voie d'avenant à la présente convention.

## I – MISE EN ŒUVRE

La signature de la présente convention met un terme à l'avenant prolongeant la précédente convention. Elle est conclue pour une durée de 5 ans à compter de sa signature.

Toute modification de la présente convention fera l'objet d'un avenant.

En cas de litige relatif à la présente convention et à son application, les parties recherchent une solution amiable avant de voir régler leur différend par voie contentieuse.

Tout différend pouvant s'élever entre elles non résolu à l'amiable est porté devant le tribunal administratif d'Orléans.

Fait, le 27 juin 2024 à Orléans en cinq (5) exemplaires originaux

Le président de l'ATSU45

Le Directeur du CHU

Le président du conseil  
d'administration du SDIS

Stéphane ENGEL

Monsieur Jean-Robert CHEVALLIER

Monsieur Marc GAUDE

Le traitement s'établit en trois étapes :

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

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

## G – FORMATION

SDIS et SAMU peuvent mettre en place des formations communes ou intégrant une participation de l'autre service dans l'objectif d'harmoniser les pratiques et d'améliorer la coopération des deux services.

Les formations communes sont mises en place dans le cadre d'une convention spécifique et coordonnées par un binôme médecin SAMU/médecin SSSM.

Les formations intégrant une participation de l'autre service sont mises en place par le service organisateur, les personnels de l'autre service se limitant au rôle d'intervenant. Si la formation est organisée par le SAMU, l'intervention du SDIS doit être effectuée avec l'aide du SSSM.

## H – SUIVI ET EVALUATION

### 1 - Indemnité de substitution

Conformément à l'article 1 de l'arrêté du 22 avril 2022, une indemnité de substitution prévue à l'article R6312-18 du code de la santé publique s'applique dans les secteurs non couverts par une garde de transports sanitaires urgents et dans les secteurs pour lesquels la garde ambulancière est assurée partiellement.

Cette indemnité est versée par l'agence régionale de santé et financée par le fonds d'intervention régional au SDIS susceptible d'intervenir, indépendamment du nombre de carences ambulancières réalisées durant cette période.

Le montant de cette indemnité est fixé à 12€ (selon tarif en vigueur) par heure d'immobilisation du SDIS45.

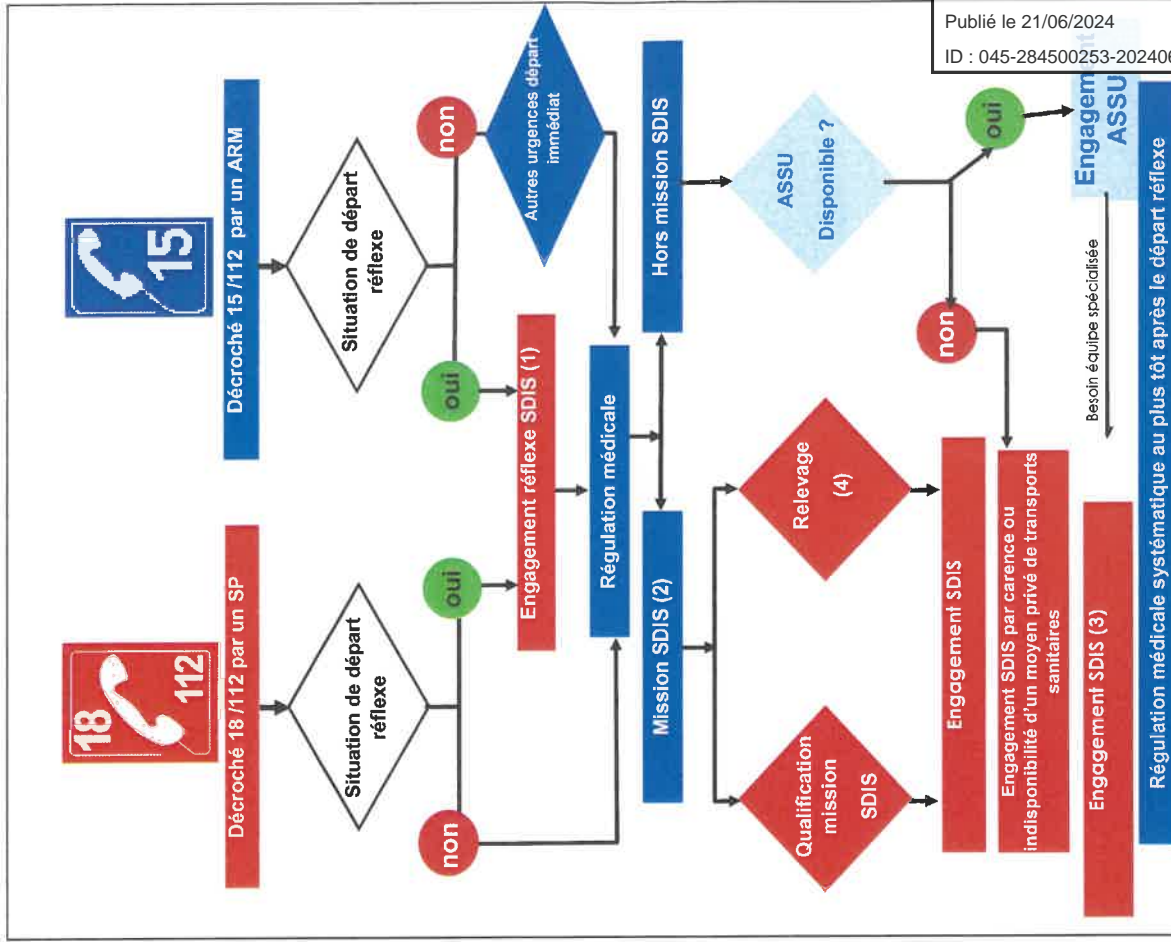
L'ARS verse annuellement le montant correspondant au nombre total d'heures de mobilisation du SDIS.



## ANNEXES A LA CONVENTION

- Annexe 1 : Logigramme général définissant le champ de mission des différents acteurs du SUAP
- Annexe 2 : Motif de départ réflexe du SDIS
- Annexe 3 : La victime refuse l'évacuation
- Annexe 4 : Absence de nécessité de transport ou de soins déterminée par le médecin régulateur

### ANNEXE 1 : LOGIGRAMME GENERAL DEFINISSANT LE CHAMP MISSIONNEL DES DIFFERENTS ACTEURS



(1) Arrêté du 5 Juin 2015 portant modification de l'annexe et de l'annexe VI du règlement commun d'organisation du secours à domicile et de l'ordre médical-urgentiel du 28 Juin 2008.  
 (2) 15: fonction de l'urgence de la situation. Arrivés par la Mission médicale, recherche éventuelle d'un moyen supplémentaire plus rapide ou par le SAMU à l'exception des situations à risque récurrents des procédures et modalités adoptées (AVP, incendie, menace...)  
 (3) L.1424-2 CGCT.  
 (4) Référentiel SUAP - Clus. 3/A2/1/1 - Le relevage de personne.

Envoyé en préfecture le 21/06/2024  
 Reçu en préfecture le 21/06/2024  
 Publié le 21/06/2024  
 ID : 045-284500253-20240614-2024\_B6-DE



1. Situations cliniques particulières :
  - Arrêt cardiaque, mort subite
  - Détresse respiratoire
  - Altération de la conscience
  - Hémorragies sévères
  - Section complète de membre, de doigts
  - Ecrasement de membre ou du tronc
  - Ensevelissement
  - Brûlure grave
  - Accouchement imminent ou en cours
  - Tentative de suicide avec risque imminent
2. Circonstances particulières de l'urgence :
  - Noyade
  - *Pendaison\**
  - Electrification, foudroiement
  - Personne blessée restant à terre suite à une chute
  - Rixe ou accident avec plaie par arme à feu ou arme blanche
  - *Accident de circulation avec victime\**
  - *Incendie ou explosion avec victime\**
  - *Intoxication collective\**
  - *Toutes circonstances mettant en jeu de nombreuses victimes\**

3. Environnement et survenue de la détresse :
  - Voie publique : la voie publique ne constitue pas à elle seule un motif de départ réflexe. En dehors des situations cliniques particulières et des circonstances particulières de l'urgence précitées, la régulation médicale est de règle. Elle reste de la compétence non exclusive du SDIS.

Cette liste n'est pas exclusive des motifs de départ dans le cadre des missions propres des SDIS.

Les transferts inter-hospitaliers, les sorties d'établissement de santé ou la prise en charge dans le parcours de soins programmés ne font pas partie des missions réalisables par le SDIS, y compris en carence d'autres moyens.

\* : *Motifs relevant de l'arrêté du 5 juin 2015 : Le départ-réflexe des moyens des SDIS relève du SUAP. L'article 1er de l'arrêté du 5 juin 2015 portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008 révisé et précise la liste des motifs de départ réflexe des moyens des services d'incendie et de secours (SIS).*

La victime prise en charge par les secours peut refuser la prise en charge ou le transport proposé par le chef d'agrès. Chacun dispose en effet d'une autonomie de volonté et ne peut faire l'objet d'aucun acte de diagnostic, de soins ou de transport sans son consentement.

Cependant, pour être valide, le consentement de la personne secourue doit être éclairé, c'est à dire intervenir en parfaite connaissance de la situation et des risques réellement encourus, et émaner d'une personne apte à consentir.

L'aptitude au consentement suppose que la personne soit majeure, ne soit pas l'objet d'une mesure de protection (tutelle, curatelle) et ne se trouve pas dans un état altérant ses capacités de discernement et de compréhension (intoxications, trouble de la conscience).

L'information délivrée à la personne en vue d'éclairer son consentement doit être :

- sincère ;
- appropriée (c'est à dire exprimée de manière synthétique et intelligible) ;
- loyale.

Un bilan au SAMU est obligatoirement transmis dès qu'une personne refuse la prise en charge proposée par le chef d'agrès. Chaque fois que possible, le médecin régulateur s'entretient par téléphone avec la personne ayant manifesté son refus de manière à apprécier au mieux la situation médicale et l'informer avec précision des risques liés à sa décision. Cet entretien peut amener la victime à réviser son jugement et à consentir à la prise en charge proposée.

Si la victime persiste dans son refus, et selon la nature du risque encouru, le médecin demande au chef d'agrès de faire remplir un formulaire de refus de soins (décharge de responsabilité) ou propose une procédure d'hospitalisation sans le consentement.

Le formulaire de décharge de responsabilité est un document écrit dans lequel une personne indique son refus de recevoir les soins ou le transport proposé par les secours.

Ce document ne dispense pas de l'obligation d'information et de recherche active du consentement. En revanche, en cas de réclamation ultérieure, il permet d'apporter un commencement de preuve du refus éclairé du patient.

Ce formulaire ne doit être rempli que lorsque des soins ou une hospitalisation apparaissent nécessaires et sont refusés par le patient. Il ne doit naturellement pas être proposé aux personnes chez qui l'hospitalisation n'apparaît pas nécessaire, laissées sur place en raison du caractère bénin de leur affection ou sur avis de la régulation médicale.

Il est souhaitable d'obtenir, outre la signature du patient, celle de témoins. Ces témoins peuvent être des proches du patient ou d'autres personnes, notamment des fonctionnaires de police ou des militaires de la gendarmerie lorsqu'ils sont présents sur les lieux de l'intervention.

#### ANNEXE 4 : ABSENCE DE NECESSITE DE TRANSPORT OU DE SOINS DETERMINE PAR LE MEDECIN REGULATEUR

Cette procédure s'applique aux ambulanciers et aux sapeurs-pompiers lorsque :

- La nécessité d'un transport ou de soins complémentaires n'a pas été jugée nécessaire par le médecin régulateur du CRRA 15 après bilan ;
- Il n'y a aucun médecin présent auprès du patient au moment de la décision.

Si la décision du médecin régulateur est conforme au sentiment du patient, de l'équipe d'intervention et l'entourage de la victime :

- Le moyen d'intervention se retire après avoir indiqué au patient et à son entourage la faculté de rappeler le Centre 15 en cas d'évolution ou d'aggravation,
- Le responsable de l'intervention mentionnera dans sa fiche bilan l'absence de nécessité de soins ou de transport.

Si le patient, un membre de l'équipe d'intervention ou l'entourage de la victime n'est pas du même avis que le médecin régulateur quant à l'absence de nécessité d'un transport ou de soins complémentaires, le responsable du moyen d'intervention fera part des réticences motivées au médecin régulateur via une ligne enregistrée. Si le médecin régulateur, en fonction des éléments qui lui sont transmis, maintient sa décision, le responsable de l'intervention le mentionnera dans sa fiche bilan.

Si le médecin régulateur juge nécessaire que le patient ne reste pas seul, le responsable de l'intervention mentionnera les nom et prénom de l'entourage restant auprès de la victime. Si l'entourage est dans l'incapacité ou refuse de rester auprès du patient pendant le temps déterminé par le médecin régulateur, le responsable de l'intervention lui en fera part et le mentionnera dans son compte rendu.

Envoyé en préfecture le 21/06/2024

Reçu en préfecture le 21/06/2024

Publié le 21/06/2024

ID : 045-284500253-20240614-2024\_B6-DE

