

*Promotion 2004-2007*

*Juin 2007*

***Chillet Céline***

***Etude sur la mise en place  
des infirmiers Sapeurs-Pompiers  
protocoles dans le Rhône***

« Travail de fin d'étude pour l'obtention du diplôme d'état infirmier 2007 »

**Institut de Formation en Soins Infirmiers Clémenceau,  
Hospices Civils de Lyon  
Avenue Georges Clémenceau  
69230 St-Genis Laval  
04.78.86.30.00**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	3
<b>CADRE DE REFERENCE</b> .....	6
<b>1. La victime</b> .....	7
1.1 Définition .....	7
1.2 Prise en charge de la victime par les Sapeurs-Pompiers .....	7
<b>2. L'organisation des secours en France</b> .....	8
2.1 Une mission sous la tutelle de deux Ministères .....	8
2.2 Les Sapeurs-Pompiers en France .....	9
<b>3. Le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) du Rhône</b> .....	10
3.1 Le Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) du Rhône .....	11
3.2 Organisation du Service de Santé et de Secours Médical .....	12
3.3 L'infirmier Sapeur-Pompier du Rhône .....	13
3.4 Rôle et responsabilité de l'Infirmier Sapeur-Pompier .....	14
3.5 Recrutement de l'Infirmier Sapeur-Pompier .....	15
3.6 La formation des Infirmiers Sapeurs-Pompiers .....	16
<b>4. Les protocoles</b> .....	17
4.1 Protocoles de soins d'urgence .....	17
4.2 Protocoles de soutien sanitaire .....	19
4.3 Le sac infirmier du département du Rhône .....	20
<b>ENQUETE</b> .....	21
<b>1. Méthodologie</b> .....	22
<b>2. Difficultés rencontrées</b> .....	23
<b>3. Résultats et analyse</b> .....	24
3.1 Interventions sur lesquelles ont été engagées des Infirmiers Sapeurs-Pompiers .....	24
3.2 Délais d'arrivée sur les lieux .....	25
3.3 Protocoles mis en place .....	26
3.4 Types de protocoles mis en place .....	27
3.5 Durée de l'intervention .....	28
3.6 Mode de médicalisation .....	29
3.7 Évolution du nombre des interventions .....	31
3.8 Gravité des victimes .....	32
<b>4. Synthèse</b> .....	34
<b>CONCLUSION</b> .....	35
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	36
<b>ANNEXE</b> .....	I
<b>GLOSSAIRE</b> .....	LII

# INTRODUCTION

Les infirmiers prennent depuis peu une place unique chez les Sapeurs-Pompiers (SP) et leur rôle est en plein essor notamment dans le domaine du secours à victime. Cette évolution a été rendue possible grâce au décret de compétences infirmiers régi par le Code de la Santé Publique du 29 juillet 2004 qui laisse notamment la possibilité aux infirmiers de travailler sur protocole.

La prise en charge des patients, victimes en dehors de l'hôpital, est en effet un enjeu majeur de santé publique. Il suffit de se rappeler à titre d'exemple des 102 791 blessés sur les routes de France en 2006 pour s'en persuader<sup>1</sup>.

Le premier échelon de secours à victime en France est constitué de secouristes bénévoles, de Sapeurs-Pompiers, d'ambulanciers. Des systèmes équivalents ont été mis en place dans la plupart des pays développés.

Il existe cependant des situations qui dépassent le champ de compétence légal de ces secouristes et la réponse est alors différente selon les pays.

Aux Etats Unis, se sont les *Paramédics* qui se chargent du secours à victime avec pour principal objectif d'amener la victime le plus rapidement possible en milieu hospitalier. Ils interviennent après deux ans de formation (ils ont appris la biologie humaine, l'intubation, la conduite d'ambulance, etc.).

En France et dans quelques autres pays européens, la réponse à ces situations est centrée sur un système de médicalisation sur place qui correspond au SAMU dans l'hexagone. Ce système très performant se heurte cependant à des contraintes budgétaires qui freinent son extension. De plus, certaines situations de secours à victime ne nécessitent pas nécessairement l'envoi d'une équipe médicale de réanimation mobile mais dépassent néanmoins les compétences des secouristes. C'est dans ce cadre qu'interviennent les Infirmiers Sapeurs-Pompiers (ISP).

---

<sup>1</sup> <http://www.preventionroutiere.asso.fr>

Pendant mes études et lors de certains stages, j'ai pu rencontrer plusieurs infirmiers travaillant dans différentes spécialités. Certains de ces infirmiers mettent leurs compétences au service de diverses associations de secourisme ou auprès du Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) du Rhône. Ces derniers se sont engagés comme ISP Volontaire et dépendent du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM). Lors du module optionnel « Soins d'urgence », j'ai eu la possibilité de rencontrer un ISP professionnel. Cela m'a permis d'approfondir mes connaissances sur le sujet.

Effectivement, les ISP du Rhône sont habilités depuis le 1<sup>er</sup> mars 2006 à mettre en œuvre, dans le cadre de leurs activités de secours à victime, des protocoles de soins d'urgence leur permettant d'intervenir sans présence médicale, mais ils sont opérationnels seulement depuis le 1<sup>er</sup> juin 2006. Depuis, le SSSM du département du Rhône enregistre une forte évolution dans ses activités de secours à personne. Aucune analyse de son activité n'a été cependant encore effectuée, notamment s'agissant de la présence des ISP sur le terrain.

Bien qu'exerçant l'activité de SP depuis plusieurs années, je connais peu ces ISP. En effet, au cours des différentes interventions que j'ai pu effectuer, je n'ai pas eu l'occasion de travailler à leurs côtés. Est-ce en raison de leur développement récent, de l'évolution du SSSM, de moyens humains infirmiers encore réduits ou parce que notre secteur d'intervention se situe proche d'un centre hospitalier ?

Afin de mieux appréhender le positionnement des ISP dans la chaîne des secours ainsi que leur rôle dans le secours à victime, j'ai entrepris des démarches auprès du SDIS du Rhône dans le but d'effectuer un stage d'observation de quelques jours au sein du SSSM auprès des ISP.

Suite à ces rencontres et au terme de ma formation d'infirmière, je me suis donc interrogée sur la place de ce nouvel acteur dans la chaîne des secours et plus particulièrement du rôle de ces « infirmiers de l'urgence pré-hospitalière ». Quelles sont les responsabilités qui incombent à ce nouvel acteur de l'urgence ?

Comment l'infirmier est t-il préparé formé, évalué pour mettre en œuvre ces protocoles ?

Il m'a semblé intéressant de me centrer uniquement sur le département du Rhône en raison de son essor actuel concernant le secours à victimes et du fait qu'aucune enquête n'a été faite sur le sujet jusqu'à ce jour.

La problématique à laquelle mon enquête tente de répondre est la suivante :

*« En quoi la présence de l'Infirmier Sapeur-Pompier protocolé du Rhône peut-elle optimiser la prise en charge des victimes lors d'urgences pré-hospitalières ? ».*

Afin de répondre à cette question il convient dans un premier temps de définir la notion de victime, de comprendre l'organisation des secours en France ainsi que le fonctionnement et les missions du SDIS et de son SSSM. Je décrirai également le cadre qui entoure l'ISP, ce nouvel acteur de la chaîne des secours, son rôle et ses responsabilités sans oublier de décrire sa formation et les protocoles.

# CADRE DE REFERENCE

# 1. La victime

## 1.1 Définition

Mr B.Mendelsohn fondateur de la victimologie<sup>2</sup>définit la victime comme « une personne qui subirait des conséquences douloureuses causées par des facteurs d'origines diverses (physiques, psychologiques, économiques, politiques et sociales) ou par les catastrophes notamment naturelles ». Face à la difficulté rencontrée, les réactions diffèrent selon la personnalité propre à chacun.

## 1.2 Prise en charge de la victime par les Sapeurs-Pompiers

Aujourd'hui, les SP du Rhône ont une formation de secours à personnes comptabilisant 98 heures divisées en 5 modules spécifiques :

- L'organisation des secours.
- La sécurité et l'alerte.
- Les urgences vitales.
- Les maladies et traumatismes.
- La surveillance et l'aide aux déplacements.

Cette formation permet d'effectuer un premier bilan sur l'état de la victime et de prodiguer les gestes appropriés à chaque situation. Un recyclage annuel des connaissances est requis. Cependant, le secouriste est souvent démuni face à une personne qui souffre physiquement. Le seul soulagement qu'il peut offrir est l'écoute qu'il a pour la victime en la rassurant, en lui parlant afin de détourner son attention de la douleur. Face à la détresse psychologique ou aux pathologies psychiatriques, le secouriste n'a pas de formation particulière. Bien souvent, l'expérience répétée de situations déjà vécues par l'un des membres de l'équipage permet une relative prise en charge jusqu'à l'arrivée d'un service d'urgence adapté.

---

<sup>2</sup> <http://www.enm.justice.fr/Centre.htm>

De nombreux centres de secours quadrillent le département et permettent une prise en charge rapide des victimes, en attendant plus ou moins longtemps le renfort du SAMU selon la situation géographique de l'intervention, par exemple lors d'arrêts cardiaques sur la commune d'Yzeron située dans les monts du lyonnais à plus de 25 Kilomètres de Lyon où les SP de cette commune sont très souvent les premiers à intervenir. Ils pratiquent les actes de secourismes appropriés tel que le massage cardiaque externe jusqu'à l'arrivée des secours médicalisés (soit +25mn) qui prendront le relais.

L'intervention des ISP au sein du SDIS 69 permettrait une réponse de proximité adaptée aux secours à personne et une mise en œuvre plus rapide de traitements spécifiques (notamment l'adrénaline dans l'arrêt cardiaque). Ils constitueraient un maillon supplémentaire dans la chaîne des secours et assureraient le lien entre les SP et le SAMU.

## 2. L'organisation des secours en France

### 2.1 Une mission sous la tutelle de deux Ministères

En France « on ne transporte aux urgences que des victimes dont l'état ne présente pas de danger immédiat. Si une victime est dans un état grave, voire critique, c'est l'hôpital qui vient à elle »<sup>3</sup>.

La prise en charge des urgences pré-hospitalières lors du secours à personnes incombe, sur un plan national, à deux grands Ministères publics : le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Intérieur.

- Le Ministère de la Santé pour l'Aide Médicale Urgente, autrement dit le SAMU. Sur un plan départemental, il est soumis à l'autorité de l'hôpital dont il dépend ; il en constitue un service ou un pôle d'activité. Celui-ci a pour objectif

---

<sup>3</sup> <http://www.secourisme-pratique.com/index.php>

de répondre par des moyens médicaux aux situations d'urgence.

En 1989, une convention a été signée entre le SDIS et le SAMU afin de permettre d'optimiser la coordination du secours médical.

- Le Ministère de l'Intérieur par le biais des Sapeurs-Pompiers. Ces derniers sont organisés en SDIS sous l'autorité du Préfet. Ils ont entre autre pour missions d'organiser les moyens de secours, d'assurer les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes.

Ces deux grands Ministères sont épaulés par des entreprises d'ambulances privées pour le transport sanitaire non urgent et par différentes associations de secouristes bénévoles comme la Croix Rouge, la Croix Blanche, etc. Ces organismes sont à la disposition des pouvoirs publics (pompiers, SAMU, préfecture) pour la mise en place des plans de secours.

## **2.2 Les SAPEUR-POMPIERS en France <sup>4</sup>**

Afin de comprendre pourquoi l'infirmier fait partie intégrante de la chaîne des secours au même titre que les SP, une page d'histoire s'impose.

Dès l'antiquité, l'émergence des grandes villes a rapidement exigé une organisation adaptée à la lutte contre les incendies. Cette tâche fut tour à tour assumée par les esclaves, les veilleurs de nuit, les filles de joie et les ouvriers du bâtiment. Il faut cependant attendre Napoléon 1<sup>er</sup> pour voir la création du premier corps de SP. La lutte contre l'incendie était quasiment l'unique mission de ces « soldats du feu ».

Ce n'est qu'en 1925 qu'un décret prévoit la réorganisation des corps de SP en France en intégrant le secours à personne.

En 1932, un numéro d'appel national des pompiers (le 18) est instauré.

La loi du 3 mai 1996 (n°96-369 art.1) permet la création dans chaque

---

<sup>4</sup> Hors-série Géo pompiers 2002 M01542 p51\_52

département d'un établissement public : le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) qui regroupe tous les centres d'incendie communaux d'un même département, permettant ainsi, une meilleure gestion et organisation des secours. C'est à ce moment que l'ISP fait son apparition aux côtés de ces « soldats du feu » avec la création du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM), au sein du SDIS.

Ce nouveau service organise son activité opérationnelle de manière à proposer une réponse graduée dans l'intérêt du patient et dans le respect de la coordination avec le SAMU et des obligations de prompts secours fixée par l'article 24 du décret n°97-1225 du 26 décembre 1997.

Une étude rapide du SDIS du département du Rhône permettra de mieux appréhender ses missions et ses enjeux compte tenu de la superficie et de la population de ce département.

### **3. Le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) du Rhône**

Le directeur départemental du SDIS, sous l'autorité du Préfet et du conseil d'administration gère plus de 5.700 agents : 69% sont des SP Volontaires, 24% des SP Professionnels et 3% des membres du SSSM<sup>5</sup>. Ils sont répartis dans cent soixante dix centres de secours. Ces acteurs ont à charge de porter secours à quelques 1 600 000 habitants, répartis sur une superficie de 30 303 km<sup>2</sup> qui est divisée en 293 communes. La population se concentre à raison de 74% dans l'agglomération lyonnaise, les 26% restant se répartissant quant à eux sur le reste du territoire, en milieu rural.

---

<sup>5</sup>Documentation interne « présentation du SDIS 69 », juillet 2004

### **3.1 Le Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) du Rhône**

Le décret 97-1225 relatif à l'organisation des SDIS définit la sphère de compétence dévolue au SSSM en lui attribuant des missions spécifiques et un personnel formé. Elle permet également à ce dernier de s'intégrer pleinement depuis début 2006 dans le dispositif de l'urgence pré-hospitalière.

Ses missions se sont étendues en raison d'un accroissement des risques de la vie moderne ce qui rend par ailleurs de plus en plus dangereuses les interventions des SP. Il a fallu inventer de nouveaux modes de réponse pour ces risques. Parmi ces réponses, on trouve d'une part les ISP dans les missions de secours à personnes et d'autre part, pour assurer la sécurité des SP en intervention par le biais des missions de soutien sanitaire.

Les missions des SSSM sont multiples. Elles sont codifiées par l'article R 1424-24 du Code Général des Collectivités Territoriales<sup>6</sup> :

- Surveillance de la condition physique des SP.
- Soutien sanitaire aux interventions du service incendie et de secours et soins d'urgences aux SP.
- Médecine professionnelle et aptitude des SP volontaires et professionnels.
- Conseil en matière de médecine préventive d'hygiène et de sécurité.
- Surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service.
- Participation aux opérations impliquant des animaux ou concernant la chaîne alimentaire.
- Participation à la prévision et à la prévention dans les domaines des risques naturels et technologiques.
- Participation aux missions de secours d'urgence et d'aide médicale définies par l'article L.1424-2 du Code Général des Collectivités Territoriales et à l'aide médicale urgente définie par l'article L.6311-1 du Code de la santé publique « SU-AMU ».

---

<sup>6</sup> DO (directive opérationnelle) 2006-24 activations opérationnelles du SSSM de 23 mai 2006

### **3.2 Organisation du Service de Santé et de Secours Médical**

Ce service est composé de SP : médecins, psychologues, vétérinaires, pharmaciens, infirmiers. L'ensemble de ce personnel est placé sous l'autorité hiérarchique d'un médecin chef<sup>7</sup>. Quand au suivi et à la gestion des ISP, elle se fait par l'infirmier de chefferie par délégation du médecin chef. Dans le département du Rhône, le SSSM dispose de 7 ISP professionnels et de 90 ISP volontaires, dont 75 sont protocolés. Les autres sont en cours de formation ou viennent d'intégrer le service de santé et interviennent actuellement comme secouristes aux cotés des SP. L'activité opérationnelle des ISP a débuté en mars 2006 après l'activation des protocoles, mais ce n'est que le 1er juin 2006 que le secours à personnes prend toute sa dimension sur le terrain. L'objectif que s'est fixé le SSSM du Rhône est de permettre l'intervention d'un ISP en moins de 15 minutes. Pour ce faire, une carte a été établie répertoriant les moyens disponibles et fixant un secteur d'intervention. C'est à ce délai de 15 minutes que nous nous référerons par la suite (annexe I).

Les moyens opérationnels du SSSM concernant les ISP s'articulent de la manière suivante :

- ***L'infirmier de garde départemental*** assure des missions de soutien sanitaire et de soins d'urgence 24h/24 365 jours par an.
- ***L'infirmier d'astreinte départemental*** assure des missions de soutien sanitaire. Il est joignable en permanence et doit pouvoir rejoindre le Centre de Traitement d'Alerte (CTA) en moins d'une heure.
- ***Les infirmiers de CI*** en garde postés ou pouvant être alertés en complément (IAEC), ont pour mission de prodiguer les soins d'urgence aux victimes notamment dans le cadre de la réponse graduée. Ils peuvent aussi être sollicités pour du soutien sanitaire. Ils sont dotés d'un bip d'alerte et d'un sac contenant le matériel d'urgence nécessaire à la réalisation de protocoles.

---

<sup>7</sup><http://pompiers.fr/>

- *L'officier santé*, le plus souvent un infirmier, assure des gardes de 12 heures en journée au CTA où il est le conseiller technique de l'officier SP de garde. C'est également le correspondant hospitalier. Il gère et coordonne les moyens opérationnels du SSSM.

Dans le cadre de l'aide médicale urgente, la régulation médicale relève de la seule compétence du SAMU. L'engagement des moyens du SSSM se fait soit à la demande du médecin régulateur du CRRA en complément d'autres moyens déjà engagés, soit en amont par l'officier santé dans le cadre du prompt secours et en fonction des critères de gravité établie par la Directive Opérationnelle (DO) n°2006-31 (annexe **II**).

### ***3.3 L'infirmier Sapeur-Pompier du Rhône***

*Le cadre législatif* est fixé par deux textes réglementaires :

- Le décret n°2004-802 du 29/07/2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier intégré au code de la santé publique.
- L'article 24 du décret n°97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des SDIS qui définit l'éventail de compétences qui lui sont attribuées notamment dans le domaine du secours à personnes.

Il convient de rappeler également que la loi sur la non-assistance à personne en péril (art 223-6) intègre le fait que toute personne doit porter assistance en fonction de ses capacités. Le fait de pouvoir appliquer un protocole permet donc à un IDE d'appliquer ses connaissances en toute légalité dans le cadre du SSSM. S'ajoutent aussi les bonnes pratiques et la législation pharmaceutique de biovigilance et matèrio-vigilance.

### **3.4 Rôle et responsabilité de l'Infirmier Sapeur-pompier**

L'ISP a la possibilité d'intervenir, selon les articles R4311-3 et R4311-5 relatifs au rôle propre de l'infirmier qui notifie que ce dernier a compétence pour prendre des initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires. Il installe le patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap. Il utilise un défibrillateur semi-automatique et surveille la personne placée sous cet appareil. Il recueille les constantes telles que la température, les pulsations, la tension artérielle, le rythme respiratoire et cardiaque, les réflexes pupillaires. Il observe les manifestations de l'état de conscience, évalue la douleur (EVA). Il surveille enfin les fonctions vitales et maintient les fonctions de la personne par des moyens non invasifs, n'impliquant pas le recours à des médicaments.

Quand la situation d'urgence devient critique pour la victime, l'ISP a la possibilité, en vertu de l'article R4311-14, de prodiguer des gestes sous couvert de protocoles et ce, en l'absence effective d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de la part de l'ISP d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. Ce compte rendu écrit permet au médecin responsable de contrôler *a posteriori* la bonne mise en œuvre des protocoles dont il est le prescripteur. De plus, ce dernier est joint au dossier hospitalier du patient et devient donc susceptible d'être transmis par l'institution hospitalière sur demande du patient, tel que prévu par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé.

Bien qu'ayant suivi une formation complète, l'ISP n'est pas à l'abri d'une erreur ou d'un accident dans le cadre de la mise en œuvre des différents protocoles. La responsabilité civile de l'institution d'origine (le SDIS) est engagée et l'infirmier poursuivi en pénal devient ayant droit de la protection juridique de l'institution d'origine. La mise en œuvre d'actes ne relevant ni du rôle propre, ni des protocoles d'urgence, engage le cas échéant la seule responsabilité pénale de l'infirmier. Ce dernier reste soumis aux règles tenant à l'obligation

d'informations, de secret professionnel et de consentement aux soins liés à la prise en charge de la victime. Dans le cadre de l'exercice de leurs missions, l'infirmier et le SP (agent public) sont soumis à trois types d'obligations :

- Le devoir de réserve qui interdit à tout SP infirmier compris, d'exprimer ses opinions personnelles à l'intérieur ou à l'extérieur du service. La réserve n'impose pas le mutisme mais sous-entend une manifestation mesurée des opinions. Le manquement à cette obligation est apprécié au cas par cas en fonction de l'emploi occupé et du rang hiérarchique.
- L'obligation de discrétion qui consiste à empêcher le fonctionnaire de révéler un fait préjudiciable à l'intérêt du service. Cette obligation s'étend à toutes sortes d'informations. Elle ne doit pas faire obstacle au devoir d'information du public et au droit d'accès aux documents administratifs.
- L'obligation de secret professionnel qui a enfin pour objet de protéger l'administré. Le manquement à cette obligation est sanctionné pénalement et disciplinairement.

### ***3.5 Recrutement de l'Infirmier Sapeur-Pompier***

Selon l'article L 474 du Code de la santé publique, toute personne possédant le diplôme d'état d'infirmier possède une « autorisation d'exercer ». Les modalités d'admission diffèrent selon le statut envisagé : seule la visite d'aptitude réalisée par un médecin SP est commune. L'infirmier qui souhaite devenir ISP Volontaire doit passer un entretien avec l'infirmier de chefferie et avec le chef de centre de son CI de rattachement. L'infirmier qui souhaite devenir ISP professionnel et qui est déjà titulaire de la fonction publique, peut avoir recours au détachement après un entretien d'embauche. Cette voie est valable deux ans maximum. Passée cette période, l'IDE peut faire une demande de rattachement définitif au corps des Sapeurs-Pompiers avec l'accord de son établissement d'origine. Quand l'infirmier n'est pas titulaire de la fonction publique, il doit présenter le concours

d'entrée national puis effectuer un entretien d'embauche auprès de l'infirmier de chefferie et du médecin chef.

Il est à noter que l'infirmier diplômé d'état peut choisir d'être SP volontaire. A ce titre il ne dépend pas du SSSM et n'intervient pas en qualité d'infirmier mais en tant que secouriste.

### **3.6 La formation des Infirmiers Sapeurs-Pompiers**

L'article 71 du code de déontologie médicale (article R.4127-71 du Code de la santé publique) dispose que « [...] *le médecin doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours* ». Le médecin prescripteur contrôle *a posteriori* la mise œuvre des protocoles, notamment en s'appuyant sur les comptes rendus. Ce contrôle nécessite de soumettre les ISP à une formation d'habilitation à l'emploi concrétisée par une évaluation certificative pour validation individuelle de l'infirmier à l'utilisation des protocoles.

Actuellement, deux arrêtés fixent le dispositif de la formation des membres du SSSM<sup>8</sup> : L'arrêté du 16 août 2004 relatif aux formations des médecins, des vétérinaires et des ISP professionnels ainsi que l'arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des SP volontaires. Les ISP volontaires nouvellement recrutés doivent suivre une formation de 34 jours sous forme de stage qui se déroule de la façon suivante : 15 jours sont organisés par l'Ecole Nationale Supérieure des Officiers Sapeurs-Pompiers (ENSOSP) comprenant deux diplômes universitaires (les soins d'urgence, la santé publique) ainsi qu'un module de connaissance de la sécurité civile.

Le SSSM du Rhône organise quant à lui 19 jours de formation complémentaire avec une journée d'observation permettant aux ISP de comprendre le fonctionnement et l'organisation des SP. Un module de secourisme appréhende le secours à personne. Un module d'application pratique sur la formation des protocoles de soutien sanitaire permet aux ISP de porter secours à leurs

---

<sup>8</sup><http://pompiers.fr/>

collègues SP en difficultés tandis qu'un module d'application aux protocoles de soins d'urgence leur permet d'intervenir pour porter secours à la population.

Un recyclage annuel (de deux jours) est obligatoire et permet ainsi d'actualiser les connaissances et de vérifier les acquis.

La formation initiale d'infirmier est validée lorsque le candidat a acquis l'ensemble des modules. Cette formation fait l'objet de l'attribution d'un brevet avec mention «Infirmier Sapeur-Pompier Volontaire». Les ISPP doivent également suivre une formation commune aux médecins et aux vétérinaires SP sur 4 mois à l'Ecole Nationale Supérieure d'Officier Sapeurs Pompiers (ENSOSP). Cette formation contient les mêmes modules que pour les ISPV mais de façon plus détaillée.

## **4. Les protocoles**

Le protocole doit exclure la notion d'investigation diagnostique et se cantonner à la recherche des critères de mise en place conditionnant le déclenchement du protocole. Le médecin prescripteur est le responsable de la structure d'attache de l'infirmier. Ceci signifie que le seul médecin juridiquement compétent est le médecin-chef du SSSM.

### **4.1 Protocoles de soins d'urgence**

Le 1<sup>er</sup> mars 2006, le SSSM du Rhône a mis en place ces protocoles de soins d'urgence destinés aux ISP. Ces protocoles sont le fruit d'un travail de concertation entre médecins et infirmiers du SSSM et du SAMU 69. En effet, l'infirmier n'est pas médecin. Le protocole doit prévoir, à l'instar de la logique secouriste, des conditions objectives dont la présence ou l'absence conditionnent la mise en œuvre du protocole d'urgence (ex: valeurs seuil, présence de signes cliniques, etc.). On pourrait parler de questions fermées décisionnelles.

Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2006, les infirmiers ayant suivis la FI-SU (formation initiale - Soins d'Urgence annexe **III**) sont dit « *protocoles* ». Ils sont amenés dans le cadre de leurs activités opérationnelles, à intervenir pour des situations d'urgence sans la présence d'un médecin. L'infirmier doit alors pouvoir mettre en œuvre des gestes utiles, qui vont au-delà des gestes de secourisme ou de ceux qui relèvent de son rôle propre. Ces derniers sont définis dans les articles R4311-3 à R4311-6 du Code de la santé publique « relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière » et en application de l'article R4311-14 qui précise « qu'en l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable ».

Dès lors que les conditions de mises en place sont réunies, l'ISP doit appliquer le protocole. Sauf mention expresse contraire, il n'a pas à rechercher un accord médical préalable car il dispose de fait d'une prescription légitime. En revanche, il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment informé. L'ISP doit informer la régulation médicale de la mise en œuvre d'un protocole et de toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement à l'état de santé du patient et de son évolution.

Actuellement il existe 12 protocoles

Le N°1 Arrêt cardio-respiratoire

N°2 Troubles de la conscience chez l'adulte

N°3 Détresses respiratoires aiguës de l'adulte

N°4 Détresses circulatoires aiguës de l'adulte

N°5 Allergie de l'adulte

N°6 Convulsion de l'adulte

N°7 Convulsion de l'enfant

N°8 Douleurs aiguës de l'adulte

N°9 Brûlures de l'adulte

N°10 Douleurs thoraciques non traumatiques de l'adulte

N°11 Accouchement

N°12 Voie veineuse périphérique d'attente

Après avoir pris connaissance d'informations auprès des SP sur les lieux de l'intervention, l'infirmier doit réaliser un examen infirmier qui conduira à la mise en œuvre des actes décrits dans le ou les protocoles correspondants. Ils suivent une démarche précise : le bilan secouriste avec les actions réflexes SP, un paragraphe sur les questions décisionnelles et les critères d'exclusions.

L'infirmier informe le chef d'agrès du VSAV (Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Victimes) responsable de l'intervention afin qu'il puisse articuler l'intervention en fonction des actes infirmiers. Ce dernier doit également s'assurer que les renseignements concernant le bilan de la victime seront transmis au SAMU dans les plus brefs délais.

#### **4.2 Protocoles de soutien sanitaire**

La mission première de l'ISP est le soutien sanitaire des SP. Pour mener à bien cette mission, ils interviennent sous couvert de protocoles internes nommés soutien sanitaire et validés par le médecin chef du SSSM. Il en existe trois :

- 1) le coup de chaleur,
- 2) La détresse respiratoire aiguë chez le SP,
- 3) La dispensation de traitement *per os*.

L'ISP est doté par le SSSM d'un sac infirmier comprenant tout le matériel nécessaire à la mise en œuvre des protocoles.

### **4.3 Le sac infirmier du département du Rhône**

Pour mettre en œuvre le ou les protocoles nécessaires à la prise en charge de la victime, lors d'urgences pré-hospitalières, l'ISP dispose de matériels fournis par le SSSM. C'est la pharmacie à usage interne qui permet le contrôle et l'approvisionnement en médicament.

Il s'agit d'un sac de soins d'urgence adapté aux divers protocoles qui contient : des médicaments injectables (Adrénaline®, Aspégic®, Perfalgan®, Polaramine®.etc.), des médicaments solutés de perfusion (Glucose®, Ringer®), des antiseptiques, du matériel à usage unique et différents kits (de voie veineuse périphérique, asthme, accouchement) annexe **IV**.

**ENQUETE**

# 1. Méthodologie

Pour répondre à ma problématique, je me suis tournée vers les Sapeur-Pompiers qui m'ont orienté vers le SSSM. Ceux-ci m'ont dirigé vers l'unité opérationnelle qui est conjointement gérée par un médecin et un infirmier. Je leur ai exposé ma problématique qui les a intéressés car aucune enquête sur ce sujet n'avait été faite à ce jour. Ils m'ont proposé de travailler sur la base des fiches bilan que l'ISP est dans l'obligation de renseigner pour chaque intervention afin de garantir la traçabilité des actions entreprises.

J'ai dans un premier temps, en collaboration avec le médecin de l'unité opérationnelle participé à l'élaboration d'un tableau statistique (format Excel) pour saisir les données qui m'intéressaient dans les fiches bilan des ISP.

J'ai ensuite confronté ma problématique aux données dont je disposais ce qui m'a conduit à poser plusieurs questions :

Questions	Données utilisées
L'ISP arrive-t-il rapidement sur les lieux ?	Délai d'intervention
Quels sont les d'interventions effectuées par l'ISP ?	Motifs d'intervention
L'ISP met-il en place un protocole ?	Mise en place d'un protocole (oui/non)
Quel type de protocole est mis en place ?	Nature des protocoles mis en place
Combien de temps dure l'intervention de l'ISP ?	Durée de l'intervention
La présence de l'ISP sur place permet-elle de réduire les interventions médicalisées ?	Nature de la médicalisation du transport
Quelle est l'évolution dans le temps des interventions des ISP ?	Nombre d'interventions mensuelles
Quelle est la gravité des patients ?	Classification CCMU (elle sera détaillée par la suite)

Dans un deuxième temps j'ai saisi les 449 fiches des interventions réalisées entre le 1<sup>er</sup> juin et le 31 décembre 2006.

J'ai ensuite participé à l'analyse de ces données en collaboration avec un autre médecin du SSSM.

## 2. Difficultés rencontrées

La première difficulté que j'ai rencontrée est le manque de certaines données. Il ne faut pas perdre de vue que ces fiches sont remplies lors de l'intervention et que l'ISP peut être pris dans le « feu de l'action » ce qui peut être source d'imprécisions dans certains cas. Il faut également avoir à l'esprit que parfois la fiche n'est pas remplie de suite mais ultérieurement lors du conditionnement de la victime par les SP. Par exemple, j'ai dû relire l'intégralité du compte-rendu lorsque le motif d'intervention n'était pas renseigné dans la case prévue à cet effet. La plus grande difficulté reste toutefois le fait que l'étude de ces fiches se fait *a posteriori* et qu'elles sont remplies par un nombre important d'ISP. Il n'a pas été possible de demander aux divers ISP concernés les renseignements manquants. Lorsque nous sommes arrivés à la phase d'analyse, certaines données paraissant incohérentes, il a fallu les vérifier une par une afin d'éliminer les erreurs de saisie.

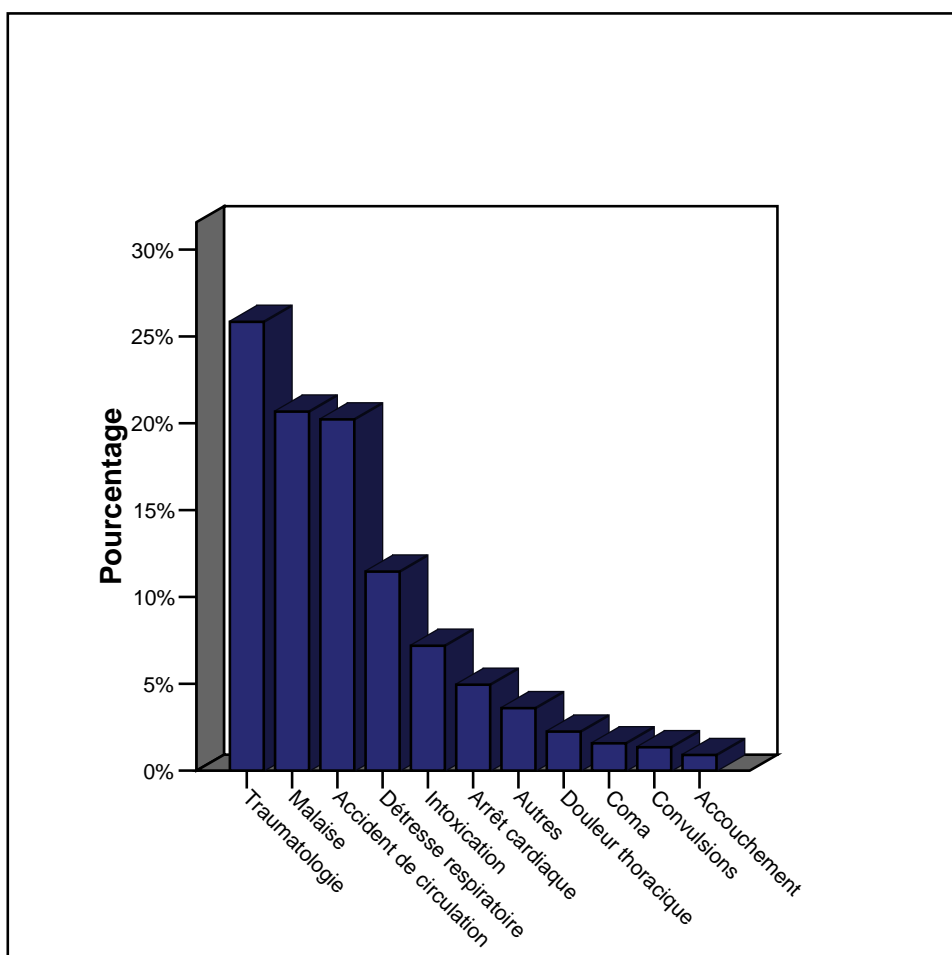
## 3. Résultats et analyses

Pour chaque question posée, je donne les résultats et une analyse succincte. Afin de permettre une meilleure visualisation des données, j'ai privilégié les résultats sous forme de tableau ou de graphique.

### 3.1 Interventions sur lesquelles ont été engagés des ISP

#### 3.1.1 Résultats

Graphique n°1  
% des Motifs d'intervention



### **3.1.2 Analyse**

On remarque d'emblée que trois motifs d'intervention sont très largement représentés : la traumatologie, les malaises et les accidents de circulation.

Le terme « malaise » désigne, en terminologie SP, à la fois des situations diverses (hypoglycémie, troubles de la conscience, allergie, douleur thoracique, etc.) mais aussi les cas pour lesquels le diagnostic n'est pas clairement établi avant l'admission à l'hôpital. La forte proportion de traumatologie et d'accidents de circulation est liée au fait que les SP sont essentiellement compétents sur la voie publique. On note également que dès les premiers mois de leur activité, les ISP ont été engagés par les SP ou le SAMU sur des urgences graves comme les détresses respiratoires, les comas, les arrêts cardiaques (+ de 5%), ce qui témoigne de la confiance qui leur est accordée. Un peu moins de 5% des interventions ont été renseignées avec la mention « autre » ce qui correspond à des motifs non précisés dans les 10 motifs les plus fréquents, par soucis de clarté des graphiques.

## ***3.2 Délais d'arrivée sur les lieux***

### **3.2.1 Résultats**

**Tableau n°1**

**Délai d'arrivée sur les lieux (heures: minutes)**

Moyenne		0:10min
Minimum		0:00 min
Maximum		1:25 min
Centiles	25	0:05 min
	50	0:09 min
	75	0:13 min
	80	0:15 min

### **3.2.2 Analyse**

Le délai d'intervention le plus court est de 0 minute et le plus long de 1h25. Les délais d'interventions nuls correspondent aux cas où l'ISP a été engagé en même temps que le VSAV. Un délai est surprenant : 1h25. Après vérification, il s'agit bien de la valeur inscrite par l'ISP sur sa fiche. La seule explication que j'ai trouvée à cette donnée aberrante est une erreur de remplissage de la fiche. Le délai d'intervention moyen est de 10 minutes. Le centile le plus intéressant est le centile 80 qui correspond à 15 minutes. Ce délai est précisément l'objectif fixé en *théorie* qui est donc atteint dans 80% des cas. Les centiles découpent les données par « paquets » de 10%. Le tableau signifie donc que dans 25% des cas, les ISP arrivent en moins de 5 minutes, dans 50% des cas en moins de 9 minutes, etc.

### **3.3 Protocoles mis en place**

#### **3.3.1 Résultats**

Tableau n°2  
Nombres de protocoles mis en place  
(Nombre et pourcentage)

	1 protocole mis en place	2 protocoles mis en place	3 protocoles mis en place
Nombres de protocoles mis en place	189 soit 42,1%	48 soit 10,6%	6 soit 1,3%
Total des protocoles	243		

#### **3.3.2 Analyse**

Sur les six premiers mois il y a eu un protocole de mis en route dans 42,1% des cas, deux protocoles dans 10,6% des cas et trois protocoles dans 1,3% des cas. Les ISP ont mis en œuvre au moins un protocole durant l'intervention dans 42,1%

des cas. Ce pourcentage s'explique par le fait que la décision d'engagement d'un ISP repose uniquement sur l'analyse que fait l'opérateur du 18 ou du 15 en quelques secondes. D'autre part, le rôle de l'ISP ne se limite pas au fait d'appliquer un protocole. Il sert également de conseiller technique des SP sur place et permet notamment d'améliorer la qualité des bilans transmis au SAMU. Une autre situation possible est celle où l'infirmier intervient en même temps qu'un médecin. Il est enfin possible que certaines situations ne soient pas prévues par les protocoles actuellement mis en place.

Le fait que plusieurs protocoles puissent être mis en place pour la même victime s'explique entre autre par la complémentarité de certains protocoles ex : douleur et VVP.

### **3.4 Type de protocoles mis en place**

#### **3.4.1 Résultats**

**Tableau n°3  
Type de protocoles mis en œuvre (fréquence et pourcentage)**

Protocole	Fréquence	Pourcentage
12-pose de voie veineuse périphérique	90	37,0
8-douleur	65	26,7
2-trouble de la conscience	23	9,5
10-douleur thoracique non traumatique	16	6,6
1-arrêt cardiaque	14	5,8
4-détresses circulatoires	10	4,1
3-détresses respiratoires	9	3,7
9-brulures	6	2,5
5-allergie	3	1,2
6-convulsion	3	1,2
7-convulsion de l'enfant	3	1,2
11-accouchement	1	0,4
Total	243	100,0

#### **3.4.2 Analyse**

Sur les 243 protocoles mis en place on constate que les protocoles les plus souvent utilisés sont «**pose de VVP**» et «**protocole Douleur**», ces deux

protocoles étant évidemment très liés. C'est l'un des vrais succès des ISP car il est désormais possible de prendre en charge ce symptôme lorsqu'il n'est pas associé à une détresse vitale sans nécessiter l'envoi d'une équipe SMUR.

Un autre point très important est le fait que le type de protocole mis en œuvre diffère en pourcentage des motifs d'intervention (graphique n°1) même lorsque l'intitulé du protocole est identique au motif d'intervention. Ainsi, les détresses respiratoires correspondent à 11,5% des motifs d'intervention mais le protocole « **Détresse Respiratoire** » n'a été appliqué que dans 3,7% des cas. Ce résultats signifie donc que les ISP ont bien appliqué les protocoles en fonction des critères très stricts d'entrée et en aucun cas en faisant un diagnostic médical.

- le protocole « **Arrêt Cardiaque** » a été utilisé dans 14 cas (5,8%). Cependant, si on reprend les données recensées dans le graphique n°1, on constate que le motif d'intervention concernant l'arrêt cardiaque s'élève à 4,9% des cas enregistrés. Cet écart peut s'expliquer de différentes façons : la victime est déjà décédée et toute démarche de médicalisation s'avère inutile, le motif de départ en intervention n'est pas le bon ou un médecin est déjà sur place.

### **3.5 Durée de l'intervention**

#### **3.5.1 Résultats**

**Tableau n°4**  
**Durée d'intervention sur place (heures: minutes)**

Moyenne		0:17
Minimum		*****
Maximum		3:35
Centiles	25	0:15
	50	0:25
	75	0:36
	80	0:40

### **3.5.2 Analyse**

Il est difficile d'analyser ces données car tous les ISP ne parlent pas du même délai. Certains mesurent le temps qui s'écoule entre le départ en intervention et le retour au centre d'intervention (plus précisément le moment où l'ISP rentre sa fiche dans l'ordinateur). D'autres, mesurent le temps entre le départ effectif des lieux de l'intervention. Aussi, comme différents facteurs peuvent modifier de façon importante ce délai : les cas où l'ISP repart immédiatement sur une autre intervention, les cas où il est obligé de repasser à la pharmacie du SSSM pour réapprovisionner son matériel, etc. il ne me semble pas très prudent d'analyser ces données en l'état.

## **3.6 Mode de médicalisation**

### **3.6.1 Résultats**

**Tableau n°5**  
**Mode de médicalisation du transport**

	Fréquence	Pourcentage
ISP	220	56,1%
SMUR	91	23,2%
NON MEDICALISE	81	20,7%
Total	392	100%
Valeurs manquantes	57	

Nb : médicalisation est pris au sens large de « présence d'un médecin et/ou d'un ISP »

### **3.6.2 Analyse**

Sur les 449 interventions répertoriées dans notre échantillon, le mode de médicalisation du transport est renseigné à plus de 87% (392 données recensées, 57 cas sans réponse). Sur 392 fiches renseignées la médicalisation a été assurée par le SMUR dans 23,2% des cas et dans 56,1% des interventions, la

victime a été « médicalisée » par l'ISP seul. Le transport de la victime n'a pas eu besoin d'être médicalisé dans 20,7% des cas.

Les 56,1% de médicalisation effectuée par l'ISP laissent supposer que la mise en place de protocole a suffi à la prise en charge des victimes. Cette valeur élevée confirme toute l'importance à accorder à une bonne préparation des ISP à ce mode d'intervention.

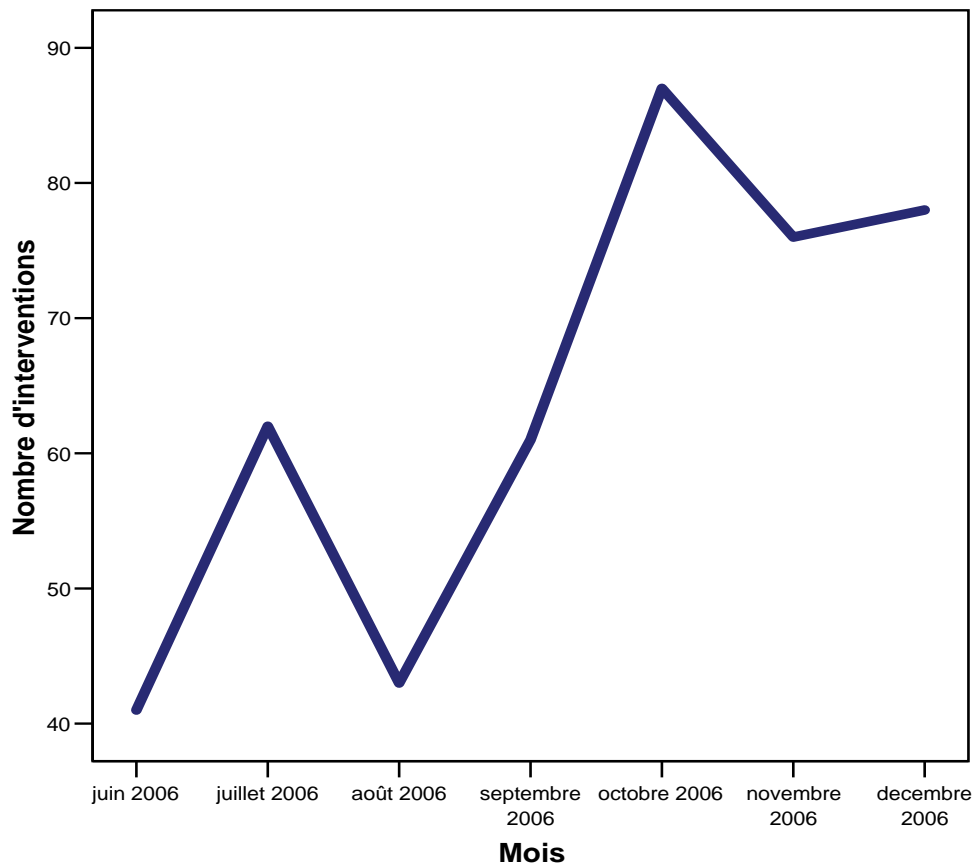
Les 23,2% de médicalisation faite par le SMUR laissent supposer plusieurs hypothèses : soit l'ISP intervient de façon simultanée au SMUR (ISP envoyé sur une victime grave juste avant le SMUR) soit l'ISP envoyé seul a demandé secondairement le SMUR après avoir transmis un bilan au SAMU.

Dans 20,7% des interventions, la non-médicalisation du transport pourrait s'expliquer par le décès de la victime, par un état de la victime moins grave que prévu lors de l'appel, par une amélioration de la victime après prise en charge initiale.

### **3.7 Évolution du nombre des interventions**

#### **3.7.1 Résultats**

Graphique n°2  
Nombre d'intervention mensuel



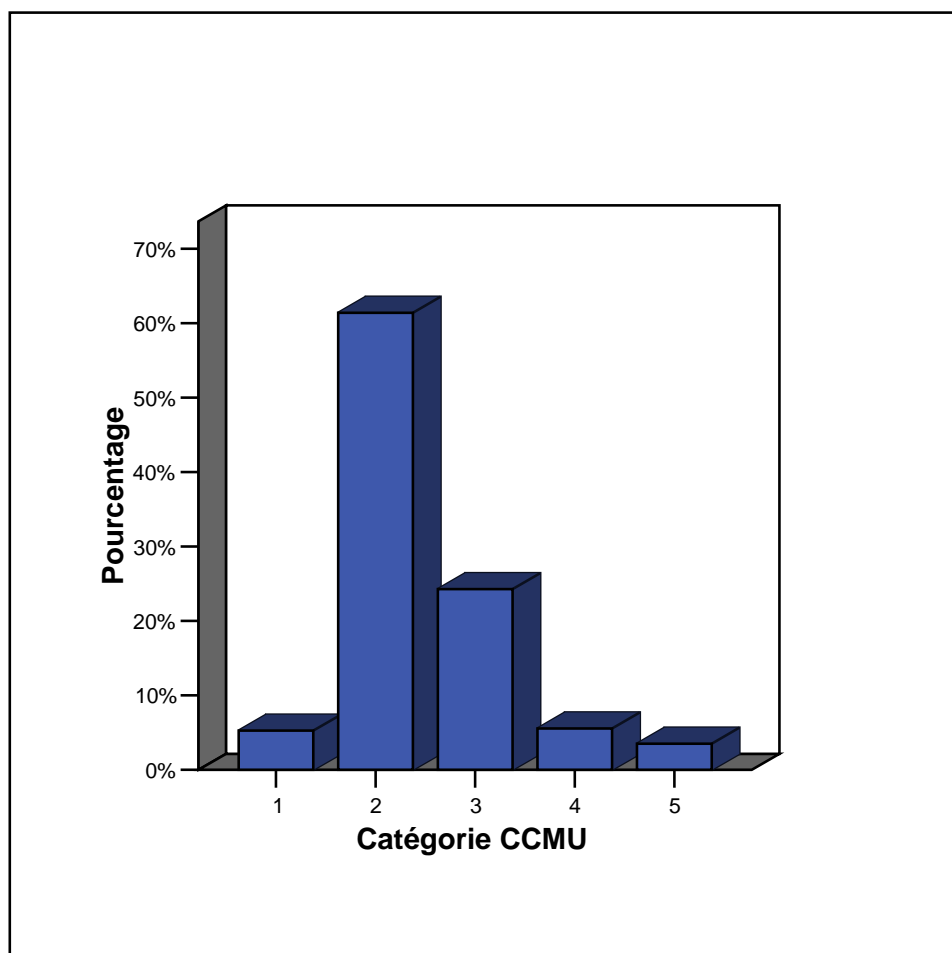
#### **3.7.2 Analyse**

On remarque une évolution progressive des interventions sur les six premier mois ou l'ISP est opérationnel sur le secours à victimes. Le nombre de sollicitations a en effet doublé en 6 mois. Ceci peut s'expliquer de plusieurs façons. La première est que les SP gérant le 18 sont mieux informés sur le rôle de l'ISP et font plus souvent appel à eux. Une autre possibilité est que lors de la régulation des alertes par le SAMU, les missions ne nécessitant pas la présence d'un médecin réanimateur sont orientées vers les ISP en complément des SP. On note une forte baisse en août : étant la période estivale, une population moindre sur le département du Rhône compte tenu des départs en congés mais aussi éventuellement plus faible nombre d'ISP disponibles.

## **3.8 Gravité des victimes**

### **3.8.1 Résultats**

Graphique n°3  
Catégorie CCMU



### **3.8.2 Analyse**

La CCMU (Classification Clinique des Malades des Urgences Modifiée) permet de classer les victimes selon sept degrés de gravité concernant leur état de santé en situation d'urgences pré hospitalières (Annexe V).

Sur les 449 victimes traitées, on constate que les catégories 2 et 3 représentent plus de 80% des interventions. Il s'agit donc essentiellement de victimes dont le pronostic vital n'est pas en jeu. La catégorie de gravité majoritaire est la CCMU 2. Cette catégorie correspond à un état lésionnel et/ou un pronostic fonctionnel jugé stable avec nécessité d'actes complémentaires à

réaliser. Le critère CCMU 3 signifie que l'état lésionnel et/ou fonctionnel sont jugés susceptibles de s'aggraver sans mise en jeu du pronostic vital.

Sur la période d'étude, les ISP sont intervenus en majorité au profit de victimes nécessitant des actes ou susceptibles de s'aggraver, mais sans mise en jeu du pronostic vital. Pour interpréter ces résultats de manière rigoureusement, il faudrait d'autres données : classification CCMU de toutes les victimes prises en charge par les SP, classification CCMU de toutes les victimes prises en charge par le SAMU. Il serait alors possible de déterminer avec précision, la place que l'ISP a prise dans le système de soins pré-hospitaliers. Ces données n'étant pas disponibles, nous en sommes réduits aux suppositions. La plus plausible paraît que l'ISP ait été envoyé majoritairement dès l'appel sur des interventions avec des victimes trop complexes pour être gérées par les SP seuls mais ne nécessitant pas l'envoi immédiat d'un SMUR. Cette supposition est en accord avec le fait que le transport soit médicalisé dans plus de la moitié des cas par l'ISP seul. L'ISP aurait donc trouvé une place dès les premiers mois de l'application de son activité opérationnel : compléter la prise en charge de la victime par des actes complémentaires autorisés par le biais des protocoles.

## 4. Synthèse

Les données que j'ai étudiées montrent plusieurs résultats intéressants. Tout d'abord, la prise en charge est rapide de part la réponse de proximité. L'ISP intervient en effet en moins de 15 minutes dans 80% des cas. L'objectif de rapidité d'intervention fixé est donc respecté.

En terme de protocole mis en œuvre, je note que le protocole « douleur » est très souvent mis en œuvre. L'ISP pourrait donc se substituer au SMUR pour traiter des douleurs sans détresse vitale. L'ISP intervient aussi sur des urgences vitales et met en œuvre les protocoles appropriés (le protocole arrêt cardiaque dans 5,8% des cas et dans 3,7% celui de la détresse respiratoire) en attendant le renfort d'une équipe SMUR. Ceci témoigne de l'intérêt que lui portent SAMU et SP. Cet intérêt est croissant comme en témoigne la progression du nombre des interventions.

**CONCLUSION**

*« En quoi la présence de l'Infirmier Sapeur-Pompier protocolé du Rhône peut-elle optimiser la prise en charge des victimes lors d'urgences pré-hospitalières ? »*

Au regard de certains éléments étudiés dans cette enquête de terrain (motif, délai d'intervention, protocoles mis en œuvre) la présence de l'ISP semble optimiser la prise en charge des victimes lors d'urgences pré hospitalières. Son intervention rapide lui permet de se substituer au SMUR pour la prise en charge de la douleur chez des victimes sans détresse vitale. Il intervient en complément du SMUR pour les urgences graves. Il semble avoir dès sa mise en route opérationnel trouvé sa place : en effet lors de certaines situations, l'état de la victime dépasse les compétences de l'équipe de secouristes sans pour autant demander celles d'une équipe de réanimation mobile. C'est dans ce cadre là, que les ISP interviennent sous couvert de protocoles. De plus le positionnement de ces infirmiers dans les centres de secours permet une réponse de proximité diminuant ainsi le temps d'attente de prise en charge de la victime. Un autre point qu'il ne faut pas négliger est l'aspect économique. C'est ce point qui a justifié les premières expérimentations de « para médicalisation » des secours par certains SAMU. En période de tension budgétaire, il est évidemment très intéressant de pouvoir adapter la réponse à l'intervention. Ces économies potentielles sont d'autant plus fortes que les SP ont la possibilité de s'appuyer sur un système de volontariat où les ISP portent un bip et ne sont rémunérés que durant la durée de leur intervention.

Des questions restent en suspens, notamment l'intérêt que suscite ce système de protocole chez les infirmiers ou les difficultés qu'ils rencontrent. Ces points n'ont pas encore été formellement étudiés à ce stade de mise en place. On peut cependant supposer qu'ils sont satisfaits si l'on en juge par l'augmentation très importante des engagements.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## LIVRES

- Les urgences pré-hospitalières des HCL, Tonic n°119 de décembre 2006 40 pages, pages 4 à 13.
- Alban Ferrand Sapeurs-Pompiers, une vie au feu, Edition Française sélection du Reader's Digest 2002. 191 pages
- Bernard Laygues, Pauline Catalan avenir du secours à victimes. Dossier Paramedics et secours sanitaire d'urgence. Sapeur pompier magazine de novembre et décembre 2006

## ARTICLES

- Nicolas COUËSSUREL, « Contexte juridique des infirmiers sapeurs-pompiers » *L'infirmier sapeur-pompier*, 19 mai 2001, 18 p
- Nicolas COUËSSUREL et Philippe SECONDI. « L'infirmier sapeur-pompier », *union des sapeurs pompiers*. mars 2007 pages 27 à 29
- Jean-Didier DERHY, « rationalisation des centres d'intervention », *Le progrès* du 27 mars 2007 page 9.
- Jean-Luc JEANNIN, « Les infirmiers de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique »

## SITES INTERNET

- <http://www.preventionroutiere.asso.fr>
- <http://www.enm.justice.fr/Centre.htm>
- <http://secourisme-pratique.com>
- <http://pompiers.fr>
- <http://www.infirmier.com/infirmier/isp.php4>
- <http://urgence.com/juridique/articles/infsp/doc.html>
- <http://urgence-pratique.com/Infirmier>

## **DOCUMENTATION INTERNE AU SDIS 69**

- Organisation opérationnelle du SSSM 69
- DO 2006-31 du 18/07/06 relative à l'activation opérationnelle du SSSM
- Circulaire du 18/9/1992 relative aux relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers

## **TEXTES DE LOI**

- Le Code de la Santé Publique
  - L'article L.6311-1 relatif à l'aide médicale urgente.
  - L'article L.474 relative à l'autorisation d'exercer pour toute personne possédant le diplôme d'état infirmier.
  - Le décret n°2004-802 du 29/07/2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière.
  - Les articles R4311-3 à R4311-6 relatifs aux rôles propres infirmiers qui notifient les compétences pour prendre des initiatives.
  - L'article R4311-14 relatives à la possibilité de prodiguer des gestes sous couvert de protocoles.
  
- Loi du 3 mai 1996 (n°96-369 art.1) relative à la création des Services Départementaux d'Incendie et de Secours, au Service de Santé et de Secours Médical.
- Le décret n°2002-637 du 29/4/2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnelles des établissements de santé.
  
- Le code général des collectivités territoriales
  - L'article L.1424-2 relatifs aux missions de secours d'urgence et à l'aide médicale.
  
- NOR/INT/E/03/00102C objet : circulaire relative au référentiel des services de santé et de secours médical des services d'incendie et de secours. Paris le 23/10/03
  
- L'article 24 du décret n°-1225 du 26/12/97 relatif à l'activité opérationnelle et définit la sphère des compétences dévolue au SSSM en coordination avec le SAMU.

- Arrêté du 16/8/2004 et du 13/12/1999 relatifs aux formations des médecins, vétérinaires, et infirmiers sapeurs pompiers

- code pénal

- L'article 223-6 relatif à la non assistance à personne en danger.

- code de déontologie médicale

- L'article 71 qui stipule que le médecin doit veiller aux compétences des personnes qui lui apporte son concours.