

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 31 août 2012 fixant les modalités de recueil des données relatives à l'évaluation de l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes prévue à l'article R. 6311-16 du code de la santé publique

NOR : AFSP1113148A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, et notamment son article R. 6311-16 ;

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu la saisine de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 22 février 2012,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Le recueil de données prévu à l'article R. 6311-16 susvisé relatif aux modalités d'utilisation de défibrillateurs automatisés externes est réalisé conformément au formulaire figurant en annexe du présent arrêté. Il permet la gestion de données statistiques sur les personnes prises en charge.

Art. 2. – Le formulaire prévu à l'article 1^{er} du présent arrêté est rempli par le médecin des équipes de secours intervenu en dernier auprès d'une personne victime d'un arrêt cardiaque. Celui-ci renseigne les éléments relatifs aux circonstances de l'arrêt cardiaque, à l'installation et à l'utilisation d'un défibrillateur automatisé externe, objet de la première et de la deuxième rubrique du formulaire.

Celui-ci, dûment complété, est transmis par le médecin concerné au responsable du service d'aide médicale urgente territorialement compétent, qui renseigne la troisième rubrique du formulaire, consacrée au devenir de la victime et à l'analyse du tracé électrocardiographique.

Art. 3. – Le responsable du service d'aide médicale urgente mentionné à l'article 2 transmet le formulaire anonymisé à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ou à l'organisme chargé par cet institut de gérer le système de collecte ou de transmission des formulaires saisis. Chaque année, ces données font l'objet d'une synthèse nationale des données agrégées établie par cet institut. Cette synthèse est transmise à la direction générale de la santé.

Art. 4. – L'Institut national de la santé et de la recherche médicale est chargé de gérer la base constituée de l'ensemble des informations du formulaire. Il met en œuvre des mesures de protection physique et logique afin de préserver la sécurité des informations et du traitement de celles-ci, d'empêcher qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non autorisés et d'en préserver l'intégrité.

Les données à caractère personnel anonymisées de cette base sont accessibles, dans des conditions préservant la protection des données :

- 1° Aux agents de l'Institut de veille sanitaire nommément désignés par le directeur de cet établissement ;
- 2° Aux agents désignés à cet effet dans les agences régionales de santé, pour la zone géographique qui les concerne ;
- 3° Après demande adressée à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, aux médecins responsables d'un service d'aide médicale urgente ou d'un registre de pathologie agrégé.

Art. 5. – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 31 août 2012.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
J.-Y. GRALL

ANNEXE



Ministère chargé de la Santé

Fiche à remplir par le dernier service médical intervenant et à retourner au SAMU territorialement compétent

Coupon à détacher avant l'envoi à l'INSERM

IDENTIFICATION DE LA VICTIME [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Code département/Initiales Nom et Prénom/N° ordre
 Masculin Féminin
 Nom _____ Prénom _____
(pour les femmes nom de naissance)
 Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] ou Âge [] [] ans
J J M M A A A A
 Antécédents cardiaques Oui Non Inconnus
 Cause présumée Médicale Traumatique

✂

ÉVALUATION DE L'INSTALLATION ET DE L'UTILISATION
DES DÉFIBRILLATEURS AUTOMATISÉS EXTERNES

(Décret n° 2007-705 du 4 mai 2007)

IDENTIFICATION DE LA VICTIME [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

PRÉSENCE ÉVIDENTE D'UN DÉFIBRILLATEUR Oui Non
 UTILISATION DU DÉFIBRILLATEUR Oui Non

Si le défibrillateur n'a pas été utilisé ne remplir que la rubrique n° 1 de ce questionnaire

RUBRIQUE N° 1

SAMU N° [] [] [] []

DATE DE L'ARRÊT CARDIAQUE : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
J J M M A A A A

Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

N° composé en 1^{er} 15 18 112Téléphone du 1^{er} témoin [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

LIEU DE SURVENUE DE L'ARRÊT CARDIAQUE

Domicile Centre commercial Établissement scolaire
 Travail Moyen de transport Cabinet de consultation d'un professionnel de santé
 Voie publique Aéroport de santé
 Lieu de sport Gare Maison de retraite
 Salle de spectacle Autre établissement recevant du public
 Lors d'une activité sportive Oui Non Si **oui**, lors d'une compétition Lors d'une activité de loisirs
 Autre lieu, précisez : _____

CIRCONSTANCES DE L'ARRÊT CARDIAQUE

Sans témoin Devant témoin
 Si devant témoin : Famille Passant Secouriste Professionnel des secours Autre

RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE RÉALISÉE AVANT L'ARRIVÉE DES SECOURS ORGANISÉS

OUI par massage cardiaque OUI par massage cardiaque + bouche à bouche NON

RUBRIQUE N° 2

CHOC ÉLECTRIQUE DÉLIVRÉ AVANT L'ARRIVÉE DES SECOURS ORGANISÉSNombre de chocs délivrés : Aucun Un Plusieurs (nombre) _____**Horaires**

Heure estimée de l'arrêt cardiaque (si connue) _____

Heure de réception de l'appel au 18/15 _____

Heure de début des premiers gestes par témoin (si appliqués) _____

Heure de délivrance du 1^{er} choc (si appliqué) _____Heure d'arrivée 1^{ers} secours sur les lieux _____

Heure d'arrivée SMUR sur les lieux _____

ACCÈS AU DÉFIBRILLATEUR : Libre accès Accès par référentDéfibrillateur utilisé : Défibrillateur entièrement automatique (DEA) Défibrillateur semi-automatique (DSA) Sur conseil des services de secours Oui Non Position des électrodes correctes Oui NonProblème technique : Oui Non

Préciser la nature du problème _____

FORMATION DU TÉMOIN QUI A DÉLIVRÉ LE 1^{ER} CHOC (au cours des trois dernières années) Aucune Initiation courte Formation longue (+ de 3 heures)**Devenir immédiat** Récupération de l'activité circulatoire même transitoire Oui Non Décédé sur place Oui Non Admis à l'hôpital Oui Non Avec activité cardiaque spontanée Oui Non

Nom de l'hôpital _____

Nom du service d'hospitalisation _____

Meilleur score GLASGOW jusqu'à l'admission à l'hôpital _____

RUBRIQUE N° 3

A remplir par le SAMU territorialement compétent**DEVENIR À MOYEN TERME**Sorti vivant de réanimation Oui Non**État neurologique à la sortie de réanimation ou à 30 jours :** Vivant sans séquelle Vivant avec séquelles mineures (*sujet autonome*) Vivant avec séquelles majeures (*sujet non autonome*) Coma, état végétatifTracé ECG récupéré Oui Non**Analyse du tracé ECG initial enregistré par le défibrillateur** TV ou FV Asystole Rythme cardiaque organisé