



ORGANISATION DU SECOURS A PERSONNE ET DE L'AIDE MEDICALE URGENTE

REFERENTIEL COMMUN

*Élaboré par le comité quadripartite associant
les représentants
des structures de médecine d'urgence
et des services d'incendie et de secours,
la DDSC et la DHOS*

25 juin 2008

Direction de la défense et de la sécurité civiles
Sous-direction des sapeurs-pompiers et des acteurs du secours
Place Beauvau
75800 PARIS

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Sous-direction de l'organisation du système de soins
14 Avenue Duquesne
75350 PARIS

Sommaire

LETTRE DE MISSION DU COMITE QUADRIPARTITE	4
COMPOSITION DU COMITE QUADRIPARTITE	8
RAPPEL DU CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE	11
I. Les structures publiques concourant aux secours à personne et aux soins d'urgence.....	12
A. Le service d'incendie et de secours.....	12
B. Les structures hospitalières de médecine d'urgence	13
1. Les missions du SAMU	13
2. La régulation médicale et l'intervention médicale	14
3. Le SMUR.....	14
TITRE I : LE PARCOURS DE LA PERSONNE EN DETRESSE.....	16
II. Le traitement de l'appel	17
A. Les supports des interconnexions CTA - CRRA	17
1. L'interconnexion informatique	17
2. L'interconnexion radiophonique ou téléphonique	17
B. Les procédures d'interconnexion	18
1. Les départs réflexes des moyens du SIS avant régulation médicale	18
2. Les appels reçus au CTA à transférer au CRRA	19
3. Les appels reçus au CRRA à transférer au CTA	19
C. La régulation médicale de l'appel.....	19
1. Analyse médicale de l'appel	20
2. Conseil médical téléphonique	20
D. Situations de carence	20
III. La réponse adaptée selon la nature et le lieu d'arrivée de l'appel.....	22
A. Réponse secouriste	22
1. Les moyens de la réponse secouriste	22
2. Le bilan secouriste	23
B. Les infirmiers de sapeurs-pompiers volontaires ou professionnels dans le cadre des secours et des soins d'urgence	26
1. Le cadre juridique de l'exercice des ISP	26
2. Les conditions générales d'emploi des ISP.....	27
3. Les principes d'implantation et d'engagement des ISP sur le territoire.....	27
4. Les interventions des ISP dans le cadre des secours et soins d'urgence	28
5. Les principes de responsabilité	30
6. La formation et l'évaluation des ISP.....	30
C. La réponse médicale	30
1. Les médecins correspondants du SAMU	31
2. Les médecins du Service de santé et de secours médical (SSSM) des sapeurs-pompiers.....	33
3. Les SMUR	34
4. L'intervention médicale sur le terrain	35
Titre II L'EFFICIENCE DE L'ORGANISATION	37
IV. La démarche qualité	38
A. Organisation, procédures, comité de suivi.....	38
B. Evaluation des structures	38
1. Plates-formes de traitement des appels	38
2. Evaluation de la couverture territoriale.....	39
C. Données quantitatives.....	39

1.	Les bilans d'activité	39
2.	Les délais	39
D.	Données qualitatives	39
V.	Le financement	41
A.	Missions du SIS assurées par le SIS	41
B.	Missions d'aide médicale urgente assurées par le SIS	41
1.	Appui logistique aux SMUR.....	41
2.	Evacuation par indisponibilité d'ambulanciers	42
C.	Relevage et brancardage	43
VI.	Axes de progrès, évolutions du dispositif	44
A.	Les systèmes de transmission et d'informatisation	44
1.	Un axe stratégique commun pour l'interopérabilité : ANTARES	44
2.	Des systèmes communs pour l'exploitation de l'interopérabilité ANTARES	45
B.	La formation.....	47
1.	Rôle des sociétés savantes	47
2.	Comité pédagogique national.....	47
C.	Comité de suivi	47
D.	Points divers	47
1.	Relations avec la justice et les forces de l'ordre en intervention	47
2.	Relations avec les médias	47
3.	Information du public sur le bon emploi des numéros d'urgence	48
4.	Traitement des appels de téléalarmes.....	48
5.	Financement des indisponibilités	48
6.	Plates-formes télé médico-sociales et sanitaires	48
Annexe I	Motifs de départ réflexe des moyens du SIS	50
Annexe II	Cas de bilan simplifié à la régulation médicale	51
Annexe III	Circonstances de décès certain	52
Annexe IV	La victime refuse l'évacuation	53
Annexe V	Les hospitalisations sans le consentement	54
Annexe VI	Liste indicative de protocoles infirmiers de soins d'urgence	56
Annexe VII	Les indicateurs	57
Annexe VIII	Calendrier prévisionnel du programme ANTARES	61
Glossaire		64

LETTRE DE MISSION
DU COMITE QUADRIpartite

MINISTERE DE L'INTERIEUR,
DE L'OUTRE-MER ET DES COLLECTIVITES
TERRITORIALES

MINISTERE DE LA SANTE,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Paris, le 26 novembre 2007

**Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer
et des collectivités territoriales
La ministre de la santé, de la
jeunesse et des sports**

à

**Messieurs les membres du
Comité Quadripartite sur le Secours à
Personne**

Notre système médical et de secours repose sur trois piliers :

- La permanence des soins
- Le secours aux personnes
- Les structures hospitalières de médecine d'urgence.

Le Président de la République a demandé dans son discours au congrès de la fédération nationale des sapeurs-pompiers que soit engagé sans délai un travail de clarification des missions, en associant les sapeurs-pompiers et les médecins urgentistes. Pour répondre à cet objectif, nous avons décidé la création d'un comité quadripartite piloté par nos deux départements ministériels.

Ce groupe de travail est chargé de faire des préconisations visant l'amélioration des coordinations fonctionnelles entre les missions de secours à personne et la prise en charge des urgences médicales, à tous les niveaux.

Le dispositif actuel, qui repose sur une distinction entre les missions de secours et celles qui relèvent de l'urgence médicale n'est pas remis en cause. Si les centres 15 font face à un nombre de plus en plus important d'appels et nécessitent une modernisation technologique, le rôle du SAMU dans la régulation médicale des appels est réaffirmé. Pour autant, la nécessité d'optimiser les moyens conduits à améliorer la coordination entre SAMU, centres 15 et SDIS ainsi que la répartition de certaines tâches, en prenant

en compte le maillage territorial des centres de secours et des structures de médecine d'urgence.

L'augmentation et l'évolution des demandes adressées aux services de secours et structures de médecine d'urgence, la grande hétérogénéité des situations d'un département à l'autre, ainsi que le manque de clarté dans le partage des compétences rendent nécessaire un travail sur l'organisation de notre dispositif de secours à personne et d'urgence médicale.

La tâche principale de ce comité quadripartite sera de définir un référentiel commun sur le partage des responsabilités dans l'exercice des missions de secours à personne, précisant notamment celles qui sont du ressort de la permanence des soins, celles qui sont du ressort du prompt secours et celles qui sont du ressort de l'urgence médicale.

Le comité formulera des propositions pour améliorer l'efficacité des prises en charges en urgence dans trois domaines :

- la cohérence de l'action institutionnelle et des organisations territoriales,
- la gradation des prises en charge,
- la rémunération des interventions des SDIS effectuées à la demande des SAMU et qui ne font pas partie de leurs missions propres.

1. Une action institutionnelle conjointe :

Au niveau central, les deux directions de tutelle doivent mieux se coordonner. La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la direction de la défense et de la sécurité civiles sont appelées à travailler conjointement sur les sujets partagés.

Au niveau de chaque région, les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) devront être rapprochés pour être mis en cohérence. Le comité de pilotage fera part de son analyse et de ses propositions sur le projet de circulaire préparé par la DHOS et la DDSC afin d'en permettre la signature avant fin 2007.

S'agissant des interconnexions entre services, le comité pourra s'appuyer notamment sur les conclusions de la mission commune IGA/CGHS/IDSC, dont l'objet est de formuler des recommandations quant aux modalités d'interconnexion les plus performantes (interfaces virtuelles, plates-formes communes etc.). Il conviendra d'engager une réflexion sur les compétences nécessaires dans les centres de réception des appels, et de prendre en considération l'impact du déploiement du réseau numérique de communication ANTARES.

2. Mettre en place une réponse graduée des secours et la reconnaissance d'une responsabilité d'orientation de l'intervenant de premier niveau :

Le comité de pilotage établira sur les bases des données actuelles de la science, un référentiel des interventions SDIS/SAMU, avec une typologie des pathologies et des circonstances aggravantes, en vue de préciser les cas dans lesquels le premier niveau détient une capacité de décision propre, dans un esprit de qualité des soins et de rapidité des prises en charge.

Ce référentiel, qui devra définir les modalités de traitement des appels et d'élaboration des réponses adaptées en termes de prise en charge, sera rédigé pour le mois de février 2008. Il pourra s'appuyer sur la présentation des modalités organisationnelles mises en place dans certains départements.

Il devra présenter ses travaux dès le début de l'année prochaine. La mise en œuvre du référentiel fera l'objet d'une expérimentation et d'un suivi. Un comité de suivi et d'évaluation validera étape après étape les conditions de mise en œuvre nationale du dispositif.

3. Permettre la rémunération des interventions réalisées par les SDIS à la demande des SAMU et en dehors de leurs missions propres :

Les interventions qui sont demandées par le SAMU, et qui ne font pas partie des missions des SDIS, doivent pouvoir faire l'objet d'une rémunération spécifique. Le comité de pilotage précisera ces missions afin de les encadrer strictement, y compris au niveau financier.

Les travaux commenceront début décembre selon l'ordre du jour annexé.

Un premier rapport d'étape sera présenté par le comité fin février.

Michèle ALLIOT-MARIE

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

COMPOSITION DU COMITE QUADRIPARTITE

Préfet Henri MASSE, Directeur de la Défense et de la Sécurité Civiles,
Madame Annie PODEUR, Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins,

Colonel Richard VIGNON, Président de la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France.
Colonel Hervé ENARD, Vice-président de l'Association Nationale des Directeurs de SIS,
Médecin Colonel Jean-Yves BASSETTI, Vice-président de la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France,
Médecin Colonel Francis LEVY, Médecin chef du SDIS du Haut Rhin,

Professeur Pierre CARLI, Médecin chef du SAMU de Paris,
Docteur Marc GIROUD, Président de SAMU de France,
Docteur Patrick GOLDSTEIN, Président de la Société Française de Médecine d'Urgence,
Docteur Patrick PELLOUX, Président de l'Association des Médecins Urgentistes de France,

Rédacteurs :

Médecin général (2S) Henri JULIEN, Conseiller technique du directeur de la sécurité civile,
Docteur Pierre SIMON, Conseiller général des établissements de santé,
Médecin chef des services Jean Jacques KOWALSKI, Conseiller santé du directeur de la sécurité civile.

Participants :

Monsieur Bertrand CADIOT, Sous-directeur des sapeurs-pompiers et des acteurs de secours,
Madame Martine KRAWCZAK, Sous-directrice de l'organisation du système de soins,
Monsieur Philippe DESCHAMPS, Adjoint au sous-directeur des sapeurs-pompiers et des acteurs de secours,
Monsieur Philippe PINTON, adjoint à la sous-directrice de l'organisation du système de soins,
Monsieur Arnaud LAUGA, Chef du bureau des services d'incendie et de secours,
Madame Dominique RENARD, Chef du bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins,
Madame Perrine RAME-MATHIEU, Adjointe au chef du bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins,
Madame Virginie LEHEUZEY, Bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins,

Ont également participé aux travaux :

La mission conjointe ministère de l'intérieur, ministère de la santé, d'évaluation des plates-formes communes :

Madame Clotilde VALTER, Inspection Générale de l'Administration,
Docteur Pierre SIMON, Conseil général des établissements de santé,
Colonel Robert BOUGEREL, Inspection des Services d'Incendie et de Secours.

Ont participé :

Docteur François BRAUN, Vice-président de la Société Française de Médecine d'Urgence,
Monsieur Philippe BRISSAUD, Sous-direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers,
Madame Anne-Marie DORE, Sous-direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers,
Madame Catherine GIRAUD, Bureau des Services d'Incendie et de Secours,
Colonel Benoît MAZEAU, Bureau des Services d'Incendie et de Secours.

Les responsables SAMU et SDIS des départements de l'Ain, de la Loire Atlantique, de la Meuse, du Pas de Calais.

PREAMBULE

Le 29 septembre 2007, Monsieur Nicolas SARKOZY, Président de la République, devant le constat d'une augmentation considérable des demandes en direction des services publics chargés de répondre aux situations d'urgence, a souhaité « revivifier notre service public » et « remettre la victime, le citoyen, le patient, l'utilisateur et la personne au cœur du dispositif ».

A cet effet, Madame ALLIOT-MARIE, Ministre de l'intérieur, de l'outre mer et des collectivités territoriales et Madame BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, ont confié à un comité quadripartite réunissant leurs administrations respectives, les représentants des sapeurs-pompiers et des urgences hospitalières, la mission d'écrire un référentiel visant à l'amélioration des coordinations fonctionnelles entre les missions de secours à personne assurées par les SDIS et la prise en charge des urgences médicales réalisée par les SAMU.

Ce texte précisant les missions et l'organisation dans la complémentarité des deux services publics qui participent aux secours et soins d'urgence, a été élaboré selon les principes suivants :

- respect des missions, statuts, prérogatives et des organisations en place de chacun des deux services publics concourant à la distribution des secours et à l'aide médicale urgente ;
- nécessité de valeurs et d'une démarche éthique communes en tout point du territoire, au service des victimes et des patients ;
- meilleure coordination des services publics pour assurer en tout point du territoire national, la réponse la mieux adaptée et la plus rapide à une situation d'urgence ou de détresse ;
- inscription de l'évolution actuelle et future de la chaîne des secours et de l'aide médicale urgente dans une démarche d'évaluation et de qualité en mettant en place des instances de pilotage nationales et locales qui permettent à tout moment de l'adapter en fonction des données de la science et de l'évolution des technologies.

Le présent document n'est pas destiné à modifier les missions des autres intervenants du secours que sont notamment les entreprises de transport sanitaire ou les associations de sécurité civile¹ Il a pour objet de préciser les conditions d'intervention respectives des SAMU et des SDIS.

Le comité quadripartite considère que la chaîne de secours et d'aide médicale française possède trois spécificités qui font son originalité et fondent son efficacité :

- la participation des sapeurs-pompiers aux premiers secours, ce qui contribue à la couverture de proximité du territoire et à la qualité de la réponse initiale.

¹ Article 35 de la loi du 13 août 2004

- la régulation médicale des appels par un médecin qui contribue à sécuriser l'appelant et à garantir une adéquation optimale entre la demande et la réponse médicale.
- la médicalisation et la réanimation préhospitalière en urgence des patients chaque fois que nécessaire pour garantir la meilleure qualité de la prise en charge.

Ce dispositif, associe des moyens publics et peut faire appel à des moyens privés. Le Préfet du département est directeur des opérations de secours en toutes circonstances.

L'ensemble du dispositif, placé sous la responsabilité des pouvoirs publics, codifié par le code de la santé publique (CSP) et le code général des collectivités territoriales (CGCT), doit permettre une articulation locale souple mais efficiente des moyens publics en tenant compte de la diversité du territoire national.

Les deux services publics qui participent aux secours et soins d'urgence ont pour mission d'apporter en complémentarité une réponse adaptée dans laquelle l'efficacité et l'équité doivent être la règle, la personne en détresse restant au cœur des réflexions et des préoccupations.

Ce référentiel est le résultat de ce travail commun, essentiellement centré sur la prise en charge des urgences pré-hospitalières. Il constitue dorénavant la doctrine française des services publics en matière d'organisation des secours et soins urgents au quotidien.

RAPPEL DU CADRE LEGISLATIF
ET REGLEMENTAIRE

I. Les structures publiques concourant aux secours à personne et aux soins d'urgence

Les missions des deux services publics engagés dans les secours et soins d'urgence à la population, le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et le Service d'Incendie et de Secours (SIS), sont précisées par la loi.

Les missions de la Sécurité civile sont assurées « principalement par les sapeurs-pompier professionnels et volontaires des services d'incendie et de secours ainsi que par les personnels des services de l'Etat et les militaires des unités qui en sont investis à titre permanent »².

Par ailleurs le service public hospitalier « concourt, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente »³.

A. Le service d'incendie et de secours

Dans le cadre de ses compétences, le SIS exerce les missions suivantes⁴ :

- la prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile ;
- la préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours ;
- la protection des personnes, des biens et de l'environnement ;
- les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation.

Le SIS comprend un service de santé et de secours médical (SSSM)⁵, ce dernier exerce les missions suivantes⁶ :

- la surveillance de la condition physique des sapeurs-pompier ;
- l'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompier professionnels et de la médecine d'aptitude des sapeurs-pompier volontaires, dans les conditions prévues à l'article R. 1424-28 ;
- le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité, notamment auprès du comité d'hygiène et de sécurité ;
- le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours et les soins d'urgence aux sapeurs-pompier ;
- la participation à la formation des sapeurs-pompier au secours à personne ;
- la surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service.

En outre, le service de santé et de secours médical concourt :

- aux missions de secours d'urgence définies par l'article L.1424-2 et par l'article 2 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires ;

² Loi n° 2004-811 de modernisation de la Sécurité civile du 13 août 2004

³ Article L 6112-1 du Code de la santé publique (CSP)

⁴ Article L.1424-2 du Code général des collectivités territoriales (CGCT)

⁵ Article R 1424-1 du CGCT

⁶ Article L1424-24 du CGCT

- aux opérations effectuées par les services d'incendie et de secours impliquant des animaux ou concernant les chaînes alimentaires ;
- aux missions de prévision, de prévention et aux interventions des services d'incendie et de secours, dans les domaines des risques naturels et technologiques, notamment lorsque la présence de certaines matières peut présenter des risques pour les personnes, les biens ou l'environnement.

Le secours à personne se caractérise comme l'ensemble des missions du SIS qui consiste à :

- assurer la mise en sécurité des victimes, c'est-à-dire les soustraire à un danger ou un milieu hostile, exercer un sauvetage, et sécuriser le site de l'intervention ;
- pratiquer les gestes de secourisme en équipe, dont ceux du prompt secours, face à une détresse, et à en évaluer le résultat ;
- réaliser l'envoi de renforts dès la réception de l'appel ou dès l'identification du besoin après avoir informé la régulation médicale du SAMU lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence nécessitant la mise en œuvre de moyens médicaux⁷ ;
- réaliser l'évacuation éventuelle de la victime vers un lieu d'accueil approprié.

Le prompt secours est défini en France dans la circulaire du 18 septembre 1992, définition reprise dans la circulaire conjointe, Ministère de la santé et Ministère de l'intérieur du 29 mars 2004 relative aux rôles des SAMU, des SDIS et des ambulanciers privés dans l'aide médicale urgente, : « ...une action de secouristes agissant en équipe et visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer sans délai des gestes de secourisme. Il est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe. Il est à distinguer des actions relevant de la compétence des SMUR, des médecins généralistes, des ambulanciers privés, voire du simple conseil».

Enfin le SIS n'est tenu de procéder qu'aux seules interventions qui se rattachent directement à ses missions de service public définies à l'article L1424-2. S'il a procédé à des interventions ne se rattachant pas directement à l'exercice de ses missions, il peut demander aux personnes bénéficiaires une participation aux frais, dans les conditions déterminées par délibération du conseil d'administration⁸.

B. Les structures hospitalières de médecine d'urgence

1. Les missions du SAMU

Dans le cadre de l'aide médicale urgente qui « 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

⁷ Article. R.6311-6 du CSP

⁸ Article L.1424-42 du CGCT

soins d'urgence appropriés à leur état »⁹, le SAMU, service hospitalier, a pour mission « de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les SIS »¹⁰.

Les SAMU comportent un centre de réception et de régulation des appels (CRRA).

Les SAMU assurent la régulation médicale des situations d'urgence et pour atteindre cet objectif¹¹ :

- assurent une écoute médicale permanente ;
- déterminent et déclenchent la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- s'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient ;
- organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- veillent à l'admission du patient.

Dans ce cadre, outre ses moyens propres et ceux des SIS, le SAMU peut faire intervenir pour l'accomplissement de ses missions les moyens privés que sont :

- les transporteurs sanitaires privés ;
- les médecins et paramédicaux libéraux.

La participation de ces moyens privés, sous la responsabilité du SAMU, est déterminée par convention¹².

2. La régulation médicale et l'intervention médicale

La régulation médicale du SAMU a pour objectif d'apporter une réponse médicale adaptée à tout appel venant d'une personne en détresse.

Lorsque l'appel, considéré comme un secours à personne, parvient au centre de traitement des alertes du SIS, il bénéficie de la régulation médicale du SAMU grâce à une interconnexion entre les deux centres de réception¹³. Cette interconnexion permet, « dans le respect du secret médical, les transferts réciproques d'appels et, si possible, la conférence téléphonique avec les centres de réception d'appels téléphoniques des SIS dotés du numéro d'appel 18, ainsi que ceux des services de police et de gendarmerie¹⁴. »

3. Le SMUR

Le service 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 SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé¹⁵. Il est composé d'un médecin spécialiste

⁹ Article L-6311-1 du CSP

¹⁰ Article R.6311-1 du CSP

¹¹ Article R.6311-2 du CSP

¹² Article R.6311-8 du CSP

¹³ Article L.6112-5 du CSP

¹⁴ Article R.6311-6 du CSP

¹⁵ Article R. 6123-15 du CSP

en médecine d'urgence, d'un infirmier et d'un conducteur ambulancier. Le SMUR est doté d'un matériel de réanimation complet. Cette unité basée à l'hôpital et active 24 heures sur 24 intervient sur demande du SAMU pour assurer la prise en charge, le diagnostic, le traitement et le transport des patients en situation d'urgence médicale.

TITRE I

LE PARCOURS DE LA PERSONNE EN DETRESSE

II. Le traitement de l'appel

La réception et le traitement de l'appel pour secours et soins d'urgence à toute personne en détresse représentent l'étape initiale qui conditionne le déclenchement des moyens de secours adaptés. Trois numéros 15, 18 et 112 sont accessibles à la personne en détresse. Ils sont hébergés dans deux centres publics de réception et de traitement : le centre de réception et de régulation des appels (CRRA) 15 du SAMU de l'établissement hospitalier et le centre de traitement des alertes (CTA) 18 du SIS.

Les deux centres de réception des appels ou des alertes sont interconnectés pour assurer l'optimisation de la réponse apportée par la chaîne de secours et de soins d'urgence.

La réponse à l'appel ou à l'alerte est assurée dans le meilleur délai compatible avec la nature de la détresse et l'intérêt du patient ou de la victime. Plusieurs indicateurs objectivent l'efficacité et l'efficience de la coordination des équipes du SAMU et du SIS, ainsi que la pertinence des moyens engagés et mettent l'accent sur :

- les délais des décrochés ;
- les délais de déclenchement et d'intervention des moyens opérationnels adaptés ;
- la pertinence des moyens engagés.

A. Les supports des interconnexions CTA - CRRA

L'interconnexion est informatique et radiotéléphonique.

1. L'interconnexion informatique

Un interfaçage entre les logiciels propres au CRRA et au CTA doit exister lorsque le logiciel d'interconnexion n'est pas commun.

Quelle que soit la solution informatique utilisée, certaines données de l'appel à partager en temps réel doivent apparaître simultanément sur les écrans du CRRA et du CTA, notamment :

- la localisation et l'identification de l'appelant,
- la nature de l'appel,
- la localisation des moyens disponibles pour intervenir,
- le suivi des interventions communes en cours,
- les données opérationnelles (horaires, délais, géo-localisation).

2. L'interconnexion radiophonique ou téléphonique

Elle permet la bascule simple ou la mise en conférence à trois selon la nature de l'appel. Des lignes téléphoniques dédiées assurent la liaison directe entre le CRRA et le CTA.

Le réseau radio numérique commun (ANTARES), en cours de généralisation (cf. chapitre axes de progrès), permet d'assurer le suivi et l'écoute conjointes des moyens engagés, la transmission et la réception des bilans adressés du lieu de l'intervention et, à terme, la télétransmission de certaines données.

La veille du réseau commun secours et soins d'urgence (SSU) par les deux services est permanente.

B. Les procédures d'interconnexion

Des procédures écrites d'interconnexion entre le CRRA et le CTA sont mises en place de façon formelle.

L'interconnexion vise par tout moyen radiotéléphonique et informatique à ce que l'information déjà donnée par l'appelant au premier opérateur ne soit pas répétée. L'analyse de l'appel reçu obéit à des algorithmes communs qui permettent la même réponse quel que soit le centre de réception où l'appel ou l'alerte est reçu.

L'interconnexion assure une information en temps réel sur la disponibilité et la localisation des moyens propres au CTA et au CRRA. Cette information est actualisée et échangée, et tout déclenchement d'une opération de secours est accompagné simultanément d'une information opérationnelle mutuelle entre les deux services.

La mise en conférence téléphonique à trois (appelant, CRRA et CTA) est pratiquée, si nécessaire, dans les conditions suivantes :

- le secret professionnel est respecté.
- l'appelant est informé du début et de la fin de la conférence à trois.
- le stationnaire du CTA quitte cette conférence lorsque la nécessité ou non d'envoyer un moyen du SIS a été décidée par le médecin régulateur du SAMU.

Chaque centre informe l'autre lorsqu'il alerte les services de police ou de gendarmerie d'une intervention de secours à personne.

1. Les départs réflexes des moyens du SIS avant régulation médicale

Dans les situations présentées à l'annexe I, l'engagement des moyens de secours précède la régulation médicale.

Si l'appel de la personne en détresse parvient au SIS, c'est l'opérateur du CTA qui engage les moyens disponibles du SIS, puis il transfère l'appel ou les informations au CRRA en vue d'une régulation médicale.

Si l'appel de la personne en détresse parvient au CRRA, le permanencier auxiliaire de régulation médicale demande au CTA l'engagement d'un moyen du SIS, en précisant le motif, puis transfère l'appel au médecin régulateur du SAMU, pour un engagement éventuel du SMUR.

Les situations de départ réflexe sont de trois natures : la détresse vitale identifiée à l'appel, les interventions sur la voie publique ou dans les lieux publics et certaines circonstances de l'urgence.

a) L'urgence vitale identifiée à l'appel

Les situations d'urgence vitale à l'appel sont répertoriées et décrites dans l'annexe I. La liste et leur description peuvent évoluer avec les connaissances acquises de la science et de l'éthique.

Lorsque l'urgence vitale n'est pas identifiée ou identifiable, mais suspectée par l'opérateur qui reçoit l'appel, un départ réflexe du SIS est justifié.

b) La voie publique ou le lieu public

Lorsque l'appel ou l'alerte concerne un lieu situé sur la voie publique ou un lieu public un départ réflexe du SIS est justifié.

c) *Les circonstances d'urgence*

Certaines circonstances présentent des risques particuliers et justifient un départ réflexe. Leur liste indicative figure en annexe I.

2. Les appels reçus au CTA à transférer au CRRA

Ces transferts peuvent prendre deux formes en fonction des circonstances.

Une bascule simple, sans saisie d'information, lorsque l'appel concerne d'évidence le SAMU et plus particulièrement :

- la permanence des soins (PDS).
- les demandes de transports ambulanciers.
- les demandes de renseignements ou de conseils médicaux.

Une transmission immédiate de l'information lorsque l'appel concerne l'aide médicale urgente¹⁶.

3. Les appels reçus au CRRA à transférer au CTA

Tout appel arrivé au CRRA et qui relève des missions du SIS, est transmis immédiatement au CTA.

C. La régulation médicale de l'appel

La régulation médicale de l'appel d'une personne en détresse a pour but de déterminer et de déclencher dans les meilleurs délais la réponse médicale adaptée à la situation décrite par l'appelant.

Cette mission incombe aux SAMU-Centre 15 des établissements publics de santé.

Par une écoute médicale permanente, elle détermine et déclenche dans le délai le plus rapide la réponse la mieux adaptée à la nature des appels, s'assure de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, en respectant le libre choix de la personne, fait préparer son accueil dans l'établissement choisi, organise le cas échéant le transport vers l'établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou une entreprise privée de transport sanitaire, veille enfin à l'admission du patient.

L'organisation de la régulation médicale repose sur une collaboration étroite entre le médecin régulateur et les permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) sur lesquels le médecin régulateur a une autorité fonctionnelle.

Le SIS participe à l'aide médicale urgente. A ce titre, le médecin régulateur demande l'engagement des moyens du SIS en vue d'apporter la réponse médicale la plus appropriée à l'état de la personne en détresse.

En cas de pathologie grave nécessitant une médicalisation rapide, le SAMU (le PARM ou le médecin régulateur) fait immédiatement intervenir les SMUR. Le médecin régulateur peut solliciter en complément du SMUR ou seul, tout autre moyen adapté, notamment les moyens du SIS.

La régulation médicale est systématique quel que soit le lieu où se trouve la personne ou quel que soit le cheminement initial de l'appel. Elle se fait après départ de l'équipe de prompt secours, mais dans les meilleurs délais, en cas de départ réflexe.

¹⁶ Article L.6311-1 du code de la santé publique

La régulation médicale d'une personne en détresse doit être optimale dans les délais de contact avec le médecin régulateur, et dans la qualité des informations transmises. Elle doit de ce fait reposer sur des procédures rigoureuses et actualisées et employer les meilleures techniques d'interconnexion entre les centres d'appel CRRA et CTA. Cette interconnexion doit bénéficier des avancées technologiques continues dans le domaine des nouvelles techniques d'information et de communication (NTIC).

Dans le cadre de l'aide médicale urgente, le médecin régulateur du SAMU coordonne la prise en charge médicale. A cet effet, il s'assure de la pertinence des moyens engagés, suit le déroulement des opérations, vérifie que ces moyens arrivent au lieu de l'appel dans les délais compatibles avec le degré de gravité avéré ou supposé de la personne en détresse et détermine l'orientation vers le plateau technique ou la structure hospitalière compétent et adapté.

1. Analyse médicale de l'appel

La régulation médicale est un acte médical qui repose, chaque fois que cela est possible, sur un entretien singulier entre le médecin et l'appelant ou une personne de l'environnement de la personne en détresse.

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 de la personne concernée, l'appréciation du contexte, l'état et les délais d'intervention des ressources disponibles.

Tout appel vécu par l'appelant comme ayant un caractère d'urgence médicale est transmis au CRRA.

Le dialogue singulier qui s'instaure entre l'appelant et le médecin régulateur du SAMU permet une analyse sémiologique de la détresse. Ce dialogue aboutit à une probabilité diagnostique suffisamment élaborée pour engager ou non un effecteur adapté à la situation décrite par l'appelant et au diagnostic avéré ou supposé du médecin régulateur. Lorsque le dialogue avec la personne en détresse ne peut pas être réalisé, l'analyse médicale repose sur le témoignage d'une personne témoin de l'état de détresse ou sur celui d'un secouriste ou d'un personnel de santé du SSSM présent sur place.

2. Conseil médical téléphonique

Le conseil médical est un avis médical donné lors d'un entretien entre l'appelant et le médecin régulateur. Ce conseil médical téléphonique ne peut se substituer à une consultation médicale si celle-ci s'avère nécessaire.

Il concerne également les instructions données à l'entourage de la personne en détresse ou de la victime avant l'arrivée des secours.

D. Situations de carence

Un nombre croissant d'appels sur les numéros réservés au secours à personne ou à l'aide médicale urgente sont identifiés par le PARM du CRRA ou le stationnaire du CTA comme un besoin de soins ou de bilan, ressenti comme urgent par un patient. Ces appels sont soumis à la régulation médicale.

Dans le cas où la régulation médicale est dans l'impossibilité absolue de trouver un médecin dans le cadre de la permanence des soins (PDS) définie dans le cahier des charges départemental, le patient peut être transféré par un transporteur sanitaire privé vers la structure des urgences d'un établissement de santé proche du domicile. En cas

d'indisponibilité des transporteurs privés, les moyens du SIS peuvent être sollicités et rémunérés¹⁷ dans le cadre d'une indisponibilité de transporteurs sanitaires privés car les moyens du SIS n'ont pas vocation à se substituer aux transporteurs privés dans le cadre de l'AMU et de la PDS.

¹⁷ Article 124 de la loi du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité.

III. La réponse adaptée selon la nature et le lieu d'arrivée de l'appel

A. Réponse secouriste

La réponse secouriste constitue l'étape la plus précoce de la chaîne de secours organisée en raison de sa rapidité de mise en œuvre grâce au nombre et au maillage des centres d'incendie et de secours (CIS).

A la première mission d'accéder à la victime et de la protéger, s'ajoutent celles de la maintenir en vie, de prévenir l'aggravation de son état et, selon les situations, d'assurer son évacuation ou d'attendre des renforts.

Dans de nombreuses circonstances, notamment dans les cas les plus graves, cette réponse permet d'éviter une issue fatale.

1. Les moyens de la réponse secouriste

La réponse secouriste peut être assurée par les secouristes de certains CIS, centres de première intervention notamment, sans moyen de transport ou par des équipes avec véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV). Les deux réponses peuvent se compléter.

a) Recours aux moyens sapeurs-pompiers secouristes sans VSAV

Les équipes de secouristes sapeurs-pompiers sans VSAV sont néanmoins dotées du matériel de réanimation et d'un défibrillateur externe automatisé (DEA).

Elles disposent de moyens d'alerte et de communication et sont envoyées par le CTA notamment pour :

- protéger la victime d'un sur-accident et assurer la sécurité des lieux ;
- procéder aux gestes secouristes de maintien en vie ;
- assurer le guidage sur les lieux des secours de niveau supérieur et les assister ;
- procéder à un relevage simple et une aide au brancardage ;
- transmettre des informations complémentaires ;
- porter secours aux personnes ne répondant pas aux appels.

Les procédures de bilan et de compte rendu qu'elles appliquent sont identiques à celles des équipes de secouristes sapeurs-pompiers intervenant à bord des VSAV.

b) Recours aux moyens sapeurs-pompiers avec VSAV

Le VSAV est normalisé¹⁸ et possède notamment l'ensemble des matériels secouristes ainsi que des moyens de mesure des paramètres vitaux.

Il est doté de moyens de communication le mettant en relation simultanément avec le CTA et le CRRA.

Il est armé par au moins deux sapeurs-pompiers équipiers et un chef d'agrès qui assurent les fonctions de premier commandant des opérations de secours (COS).

¹⁸ Norme NF EN 1789 du 4 juillet 2007

2. Le bilan secouriste

Le bilan secouriste a deux objectifs : le premier est de déterminer l'état de la victime et d'en déduire la conduite secouriste immédiate, le second de transmettre au CTA et au CRRA les données du bilan initial complétées du rapport des gestes entrepris et de leurs résultats.

La transmission du bilan secouriste au CTA et au CRRA se fait dans les meilleurs délais.

a) Bilans transmis au 15

Le bilan transmis par les secouristes simultanément au CTA et au CRRA a pour objet de définir la prise en charge médicale du patient et son éventuelle hospitalisation.

b) Procédures de connexion

Le bilan est transmis par radio (sur la fréquence SSU), le cas échéant par téléphone. Tous les bilans, qu'ils soient transmis par radio ou par téléphone, font l'objet d'un enregistrement par le CTA, indépendamment de celui effectué par le CRRA.

c) Forme et contenu du bilan

Le bilan comporte l'ensemble des informations recueillies par l'équipe secouriste, il est complété par la description des gestes effectués.

Il s'efforce d'apporter des informations précises et pertinentes de manière concise et ordonnée.

Il contient notamment les éléments suivants :

- le motif de recours, les plaintes de la victime et les circonstances de l'intervention ;
- les éléments physiologiques recueillis par les secouristes ;
- la description et l'évaluation de l'intensité de la douleur ;
- les lésions traumatiques éventuellement retrouvées ;
- le cas échéant, les antécédents et le traitement en cours ;
- les gestes entrepris.

Par exception, et dans certaines circonstances, ce bilan peut être simplifié dans le but soit d'alléger le travail de la régulation médicale, soit de faciliter celui des intervenants sur le terrain.

(1) Les situations de bilan simplifié

Le chef d'agrès est dispensé d'un bilan complet à la régulation médicale dans un certain nombre d'interventions qui concernent en particulier la petite traumatologie périphérique (cf. annexe II).

Tout doute ou signe d'aggravation, notamment la douleur intense durant l'intervention, doit cependant faire l'objet d'un bilan immédiat et complet dans les conditions habituelles.

Les modalités de mise en œuvre de cette mesure sont ajustées en fonction du contexte local.

Une information est transmise au CRRA de façon à clôturer un dossier qui aurait été ouvert.

(2) Demande de renfort médical en situation d'urgence absolue

En cas d'urgence absolue qui mobilise l'ensemble de l'équipe et/ou lorsque la nécessité d'une médicalisation d'urgence ne fait aucun doute, cette procédure permet au chef d'agrès présent sur les lieux d'obtenir de manière rapide et simplifiée un moyen médical adapté.

La demande est transmise dans l'idéal par contact radio sur le réseau SSU qui permet l'écoute simultanée par le CRRA et le CTA.

Une procédure d'urgence absolue est mise en place et appliquée à ces situations.

Cette demande est complétée dans les meilleurs délais par un bilan classique de manière à renseigner plus complètement le CTA et le CRRA.

(3) La fiche bilan

Le bilan fait l'objet d'un document appelé « fiche bilan » qui est remis à la structure d'accueil. Un double est conservé par le SSSM du SIS.

Cette fiche permet la transmission de données de façon claire et concise, elle comporte au moins les informations suivantes :

- conditions dans lesquelles la victime a été trouvée et circonstances de l'accident ou de la détresse,
- identité de la victime et horaires d'intervention,
- description de l'état de la victime à l'arrivée des secours,
- signes vitaux initiaux et leur évolution au cours de l'intervention,
- conditionnement de la victime,
- lieu de transport ou structure ayant pris en charge la victime,
- tous éléments pouvant être nécessaires aux soins ultérieurs, en particulier les renseignements obtenus de l'entourage et les traitements et antécédents de la victime.

Elle est actualisée en cas d'événement nouveau au cours de l'intervention.

Elle est remplie et signée par le chef d'agrès.

d) Devenir de la victime

Après réception du bilan secouriste le médecin régulateur définit les modalités ultérieures de la prise en charge. Plusieurs situations se présentent alors :

(1) Les moyens du VSAV sont suffisants et permettent l'évacuation en sécurité de la victime

La régulation, après bilan et prenant en compte dans la mesure du possible le souhait de la victime, indique au VSAV sa destination dans son secteur opérationnel.

Tout envoi d'un VSAV hors de son secteur opérationnel doit être médicalement justifié.

(2) La victime ne bénéficie pas de manœuvres de réanimation

Trois cas sont à distinguer :

- La victime est décédée de manière certaine à l'arrivée des secours et ne justifie pas de manœuvres de réanimation

Certains critères permettent au chef d'agrès d'identifier cette situation avec certitude, ils sont reportés dans l'annexe III. Dans ces circonstances les VSAV n'assurent pas le transport du corps.

- Le patient vient de décéder et des manœuvres de réanimation sont engagées, une intervention médicale sur place est alors indispensable pour déterminer la conduite ultérieure à tenir.
- Le patient est dans un état de fin de vie connu et aucune manœuvre de réanimation n'est engagée. Deux situations sont alors possibles.
 - Le patient ou son entourage a formulé une demande expresse de maintien au domicile conformément à la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Le chef d'agrès 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'agrès en informe la régulation médicale qui décide des conditions du transport.

(3) La victime refuse l'évacuation

Face à une victime qui refuse son évacuation le chef d'agrès rend compte de la situation au CTA et au CRRA.

Si une évacuation ou un examen médical s'avère cependant nécessaire au regard du bilan secouriste, le médecin régulateur prend toutes mesures utiles, à l'exception d'une contention physique qui n'est pas du ressort de l'équipage du VSAV.

Dans le cas où la victime, clairement informée, confirme son refus la procédure décrite en annexe IV 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'agrès met alors en œuvre la procédure décrite à l'annexe IV en relation avec la régulation médicale.

e) Les renforts secouristes

(1) Le relevage de personne

Le vieillissement de la population et le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées entraînent un accroissement des missions dites de relevage.

L'intervention de relevage se fait le plus souvent au domicile, au profit d'une personne très souvent âgée qui est tombée et se trouve dans l'incapacité de se relever seule.

Cette personne peut être protégée par un système de télésurveillance qui transmet une demande d'intervention au SIS.

Lorsque l'appel ou l'alerte, quelle que soit son origine, est transmis au SIS, 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 dépister une atteinte physique associée à la chute. Il est transmis au médecin régulateur du SAMU dans les conditions décrites précédemment.

Le médecin régulateur prend la décision adaptée à la situation trouvée, laquelle peut aller du maintien au domicile à l'hospitalisation d'urgence.

Lorsque ce type d'intervention se reproduit de façon fréquente pour la même personne, un signalement médico-social est effectué par la régulation médicale du SAMU de

façon à faire assurer une prise en charge de la personne concernée par les services sociaux compétents. Le SIS est tenu informé de la démarche.

Une évaluation régulière des interventions de nature sociale est effectuée par le SIS et le SAMU en lien avec la DDASS.

(2) Les renforts de brancardage

Un renfort de brancardage peut être nécessaire à une équipe médicale engagée seule. La régulation médicale sollicite alors un renfort du SIS qui déclenche le moyen adapté à la mission. Deux cas peuvent se présenter :

- le brancardage est technique et fait appel à des moyens spécifiques (GRIMP, élévateur, etc.), l'intervention devient alors une opération de sauvetage qui est du domaine du SIS.
- la demande est formulée pour un brancardage simple pour renfort d'une équipe en intervention (équipage ambulancier, équipage de SMUR), ne nécessitant pas de moyens spécialisés.¹⁹

Ces situations sont décrites dans la convention tripartite.

B. Les infirmiers de sapeurs-pompiers volontaires ou professionnels dans le cadre des secours et des soins d'urgence

Dans le souci de la sécurité des patients et de l'efficacité du système global, il convient que les conditions de déploiement, d'emploi et d'activité assurés par ces infirmiers soient définies dans le cadre d'une réponse adaptée à la nature du besoin exprimé par la victime, dans le respect du code de la santé publique et des compétences respectives des SIS et des structures de médecine d'urgence et dans le cadre du rapprochement entre le SDACR et le SROS.

Il est rappelé que tous les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) sont amenés à exercer leur profession auprès de différents employeurs et au sein de structures variées, dont les SIS. Les SMUR et le SSSM sont régis chacun par une réglementation spécifique, mais ils concourent tous deux à la prise en charge des victimes et patients dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Enfin en aucun cas l'activité des infirmiers ne se substitue à celle des médecins.

1. Le cadre juridique de l'exercice des ISP

L'exercice des ISP relève des dispositions du code de la santé publique.

Lorsqu'ils sont volontaires ou professionnels auprès des SIS, leur statut est défini par le code général des collectivités territoriales (CGCT). Ainsi les infirmiers sapeurs-pompiers, professionnels²⁰ ou volontaires²¹, sont membres du SSSM du SIS²². Ils sont

¹⁹ Les modalités de prise en charge financière de cette mission qui n'est pas du ressort du SIS seront développées dans le chapitre sur le financement.

²⁰ Décret n° 2000-1009 du 16 octobre 2000 portant statut particulier du cadre d'emploi des infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels

²¹ Décret n° 99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux sapeurs-pompiers volontaires

²² Article R 1424-25 du Code Général des Collectivités Territoriales

placés sous l'autorité du médecin chef du SIS qui dirige le SSSM, lui-même étant sous l'autorité du directeur départemental du service d'incendie et de secours (DDISIS)²³.

Les dispositions du code de la santé publique concernant la profession d'infirmier sont :

- pour l'exercice, les articles R.4311-1 et suivants ;
- pour les règles professionnelles les articles R.4312-1 et suivants.

Le statut des ISP des SIS est défini par les textes suivants :

- loi du 3 mai 1996 relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers.
- loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile.
- décret n°99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires modifié par le décret n°2003-1141 du 28 novembre 2003.
- décret n° 2000-1009 du 16 octobre 2000 portant statut particulier du cadre d'emploi des infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels.
- arrêté du 4 janvier 2006 relatif au schéma national des emplois, des activités et des formations des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires.

2. Les conditions générales d'emploi des ISP

Les conditions d'emploi ou d'activité des ISP relèvent du CGCT.

Compte tenu du nombre d'infirmiers volontaires des SIS exerçant leur activité professionnelle en établissement de santé, et pour garantir le bon fonctionnement de ces établissements, les activités des ISP volontaires s'inscrivent dans le droit commun des sapeurs-pompiers avec les deux principes suivants :

- priorité de l'employeur durant le temps de travail de l'agent ;
- possibilité de convention entre l'employeur et le SIS.

S'agissant de trouver un équilibre entre la continuité du service public hospitalier et le volontariat, une convention doit être conclue entre l'établissement de santé et le SIS notamment sur les modalités de la disponibilité pour les activités opérationnelles et la formation professionnelle. Elle veillera, par la concertation entre les deux structures, à rendre compatibles l'engagement citoyen des volontaires et les nécessités que requièrent la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients.

Une convention cadre sera proposée au niveau national. Elle reposera notamment sur les modalités prévues par la loi du 3 mai 1996, à savoir : échange des tableaux de service et de garde, seuils d'absence, compensations financières et formation. Cette convention cadre sera déclinée au niveau local entre le SIS et les établissements de santé du département.

3. Les principes d'implantation et d'engagement des ISP sur le territoire

a) Implantation

Afin d'optimiser le fonctionnement des services concourant à l'aide médicale urgente et dans le cadre de l'application de la circulaire « SROS-SDACR »²⁴, les moyens des SIS

²³ Article R 1424-26 du Code Général des Collectivités Territoriales

²⁴ Circulaire interministérielle N° DHOS/01/DDSC/BSIS/2007/457 du 31 décembre 2007 relative à la nécessité d'établir une mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)

et des structures de médecine d'urgence (structures des urgences, SAMU, SMUR) sont identifiés et portés à la connaissance respective de ces services. Une cartographie descriptive des moyens en présence est annexée d'une part au volet «urgence» du SROS et d'autre part intégrée dans le SDACR.

Les conditions de la mise en cohérence entre le SROS et le SDACR sont soumises à l'avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS), en articulation avec le réseau des urgences.

b) Engagement des ISP dans le cadre des secours et des soins d'urgence

Leur engagement s'inscrit dans le cadre des secours et des soins d'urgence, notamment dans les situations de départ réflexe identifiées supra.

Le CRRA peut également demander au CTA l'engagement d'un ISP dans le cadre de l'AMU.

Tout engagement d'un ISP par le CTA est immédiatement notifié au CRRA.

Dans l'intérêt du patient ou de la victime, il convient de veiller à ce que l'engagement de l'ISP ne se traduise pas par un retard de l'évacuation dès lors que celle-ci a été demandée par le médecin régulateur du CRRA en lien avec le chef d'agrès.

Le premier bilan passé au CRRA est celui du chef d'agrès du VSAV engagé. Il n'a pas à attendre l'arrivée d'un ISP si cette arrivée est décalée dans le temps.

4. Les interventions des ISP dans le cadre des secours et soins d'urgence

Les ISP participent aux missions de secours d'urgence définies par l'article L1424-2 du code général des collectivités territoriales et par l'article 2 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986.

Ces missions s'inscrivent dans le respect des dispositions réglementaires prévues aux articles R.4311-1 et suivants du code de la santé publique, qui définissent l'exercice de la profession d'infirmier. Ces règles communes ou « décret de compétences », s'appliquent quels que soient le mode et le lieu d'exercice.

a) L'urgence justifiant une intervention dans un cadre exceptionnel

En ce qui concerne l'urgence, telle que définie au deuxième alinéa de l'article R.4311-14 du CSP, l'IDE peut agir en dehors de l'application d'un protocole : « En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. ».

Par opposition avec le premier alinéa du même article, cette situation concerne les situations « d'urgence inopinée », exceptionnelle et rare, pour lesquelles le pronostic vital est engagé, en l'absence de médecin et de protocole et pour lesquelles l'absence d'action conduirait au délit de non-assistance à personne en péril.

Ce type de situation n'est pas celui de l'ISP en mission.

b) Les missions des ISP

Elles s'exercent sous encadrement médical, qui est le mode normal d'exercice de l'infirmier, et en application de protocoles et comprennent :

➤ Les protocoles de soins d'urgence

Ils sont prévus à l'article R.4311-14 alinéa 1 du code de la santé publique : « En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme 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. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet, de sa part, d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient ».

Les actes conservatoires sont les actes accomplis par un ISP, au bénéfice d'un patient ou d'une victime, afin de préserver sa vie, en attendant une prise en charge médicale. Dans le respect de la réglementation, l'ISP met ainsi en œuvre un protocole lorsqu'il est en présence d'une détresse vitale. Ces interventions reposent sur des protocoles exécutés dans l'attente d'un médecin et visent à effectuer des gestes ou à prodiguer des soins conservatoires, dans des situations en nombre limité et réalisés en informant la régulation médicale.

Ces gestes sont précisés par des protocoles harmonisés au niveau national selon des recommandations validées par la Haute autorité de santé (HAS).

➤ La prise en charge de la douleur

Elle est définie à l'article R 4311-8 du code de la santé publique : « l'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers ».

Les protocoles de soins constituent le descriptif de techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou lors de la réalisation d'un soin qui fait partie de la liste définie par le code de la santé publique.

Les protocoles respectent les bonnes pratiques et les données actualisées de la science.

Ces pratiques respectent les recommandations validées par la HAS à partir des propositions élaborées au niveau national par un comité paritaire constitué de représentants des services publics d'urgence hospitaliers et du SSSM.

Ce comité est composé de quatre médecins et de deux infirmiers issus des services d'urgence hospitaliers, et de quatre médecins et de deux infirmiers issus du SSSM.

Une liste indicative et provisoire de thèmes de protocoles figure dans l'annexe VI.

Dans tous les cas, le protocole respecte le décret d'actes concernant l'exercice de la profession d'infirmier.

Les protocoles existant actuellement continuent d'être mis en œuvre jusqu'à la rédaction du modèle national défini ci-dessus sous réserve qu'ils soient conformes au corpus réglementaire applicable.

c) Missions propres de l'infirmier

Les missions propres de l'infirmier sont définies aux articles R. 4311-3 à R. 4311-6, elles concernent notamment les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue.

5. Les principes de responsabilité

Lorsqu'un ISP exécute un protocole face à une urgence il est placé sous la responsabilité et l'autorité hiérarchique du médecin chef du SIS²⁵.

Lorsqu'un ISP exécute une prescription, il exerce sous la responsabilité du médecin prescripteur.

6. La formation et l'évaluation des ISP

A ce jour elle est prévue par :

- l'arrêté du 4 janvier 2006 modifié relatif au schéma national des emplois, des activités et des formations des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires ;
- l'arrêté du 16 août 2004 modifié relatif aux formations des médecins, pharmaciens et infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels ;
- l'arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des SP volontaires.

La mise en œuvre de la formation et le contrôle de l'aptitude opérationnelle sont placés sous la responsabilité du médecin chef du SSSM.

La formation d'intégration est organisée par le SSSM. A l'issue de celle-ci l'infirmier fait l'objet d'une évaluation pratique et théorique qui génère son inscription sur la liste départementale des infirmiers habilités à mettre en œuvre les protocoles de soins d'urgence, cette liste est visée par le DSIS.

Le comité quadripartite convient d'un objectif d'harmonisation des formations aux soins d'urgence entre les différentes structures selon les modalités envisagées dans le chapitre « axes de progrès ».

C. La réponse médicale

Dans le cadre de l'aide médicale urgente, les médecins autres que ceux des services de médecine d'urgence ou du SSSM peuvent être amenés à intervenir dans certaines conditions sur les lieux de la prise en charge du patient ou de la victime. La présence fortuite d'un médecin ou d'un autre professionnel de santé auprès d'une victime dans un lieu public ou sur la voie publique n'est pas abordée dans ce chapitre, l'intervention d'un professionnel de santé dans ces conditions relevant uniquement de l'assistance à personne en danger en attendant l'arrivée des premiers secours.

On distingue, selon les cas, 3 types d'intervenants publics :

²⁵ Article R.1424-26 du CGCT

- les médecins correspondants du SAMU,
- les médecins du SSSM,
- les SMUR dont c'est la mission exclusive.

1. Les médecins correspondants du SAMU

Les médecins correspondants du SAMU 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 déclenché. Elle est définie par l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU) et la circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

a) Implantation

Le dispositif des médecins correspondants du SAMU a vocation à se développer dans les zones isolées où l'intervention du SMUR n'est pas compatible avec le délai nécessaire à une situation médicale d'urgence. Ces zones sont définies dans le volet «urgence» du SROS par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et sont prises en compte dans le SDACR.

Les ARH organisent le dispositif pour éviter les redondances et ainsi veiller à l'optimisation des ressources médicales et des organisations notamment celles qui sont déjà en place.

Elles identifient les médecins dans les zones isolées qui acceptent d'intégrer le dispositif en évitant, sauf en cas de nécessité, de solliciter les médecins libéraux qui sont déjà médecins sapeurs-pompiers volontaires.

Le médecin qui accepte d'être correspondant du SAMU signe, quel que soit son statut, un contrat avec l'établissement siège de SAMU, auquel il est rattaché. Ce contrat fixe les conditions d'intervention, et notamment le lien fonctionnel entre le médecin et le SAMU, les modalités de formation et de mise à disposition de matériels et de médicaments pour l'exercice de cette mission.²⁶

Pour répondre aux objectifs ainsi soulignés, l'ARH s'attache à conduire une concertation étroite avec les SIS concernés tant pour la définition des zones que pour l'identification des médecins correspondants.

b) Intervention

Le médecin correspondant du SAMU constitue un relais pour le service d'aide médicale urgente dans la prise en charge de l'urgence vitale. Il assure, sur régulation du SAMU, en permanence, dans une zone préalablement identifiée et hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge médicale initiale du patient.

Le SAMU adapte, après réception du premier bilan du médecin correspondant du SAMU, les moyens de transports nécessaires aux besoins du patient.

²⁶ Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU)

L'engagement d'un médecin correspondant du SAMU ne doit en aucun cas retarder l'intervention d'autres moyens de secours d'urgence.

c) Formation

Le médecin correspondant du SAMU est formé à la médecine d'urgence. Cette formation est dispensée sous l'autorité du service hospitalo-universitaire de référence, en liaison avec le SAMU, le centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) ainsi qu'avec les structures des urgences et les SMUR.

d) Qualité et rémunération

Le médecin correspondant du SAMU peut choisir :

- de conserver son statut de médecin libéral et, dans ce cas, son intervention est rémunérée par l'assurance maladie comme une consultation ;
- d'être recruté en qualité de praticien attaché dans les conditions prévues par la circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

Le médecin définit le statut unique dont il relève et ne perçoit à ce titre que la rémunération correspondante.

e) Responsabilité du médecin correspondant du SAMU

La circulaire du 13 février 2007 précise dans son annexe 4, concernant les médecins correspondants du SAMU, que les médecins libéraux bénéficient de la qualité de collaborateur occasionnel du service public lorsqu'ils effectuent leur mission à la demande du SAMU. Cette qualité, consacrée par le Conseil d'Etat, sans les qualifier d'agent public, les considère comme ayant participé au service public à la demande de l'administration.

Les médecins correspondants du SAMU, recrutés par l'établissement siège du SAMU comme praticiens attachés, se voient appliquer le régime général de responsabilité qui régit le personnel hospitalier, pour les périodes durant lesquelles ils sont sollicités.

Le contrat conclu entre le médecin correspondant du SAMU et l'établissement siège de SAMU, auquel il est rattaché, contient expressément les clauses nécessaires au règlement de ces questions.

f) Information mutuelle SAMU-SIS.

Le SAMU et le SIS se tiennent mutuellement informés de la liste des médecins correspondants du SAMU et de la liste des médecins sapeurs-pompier.

g) Evaluation du dispositif

L'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du SAMU prévoit un bilan annuel d'évaluation du dispositif, comportant notamment le nombre et la nature des interventions effectuées par ces médecins. Ce bilan est présenté au CODAMUPS-TS.

2. Les médecins du Service de santé et de secours médical (SSSM) des sapeurs-pompiers

Les médecins du Service de santé et de secours médical du SIS concourent à l'aide médicale urgente et font ainsi partie du dispositif des urgences. Ils peuvent donc, outre leurs missions propres et au même titre que les médecins correspondants du SAMU, mais sous la responsabilité du SIS, constituer un relais compétent et formé apte à prendre en charge des victimes dans le cadre de l'urgence.

a) Le cadre juridique de l'exercice des activités de médecin sapeur-pompier

Leurs statuts, leurs emplois et leurs activités sont définis dans les textes suivants :

- code général des collectivités territoriales : articles L1424-1 et suivants.
- loi n°96-370 du 3 mai 1996 modifiée relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers ;
- décret n°2000-1008 du 16 octobre 2000 modifié portant statut particulier du cadre d'emplois des médecins et des pharmaciens de sapeurs-pompiers professionnels.
- décret n°99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux sapeurs-pompiers volontaires ;
- arrêté du 4 janvier 2006 relatif au schéma national des emplois, des activités et des formations des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires.
- décret n° 2008-528 du 4 juin 2008 portant diverses dispositions relatives aux cadres d'emploi des infirmiers, médecins et pharmaciens des sapeurs-pompiers professionnels.

Les médecins sapeurs-pompiers, professionnels²⁷ ou volontaires²⁸, sont membres du SSSM du SIS²⁹. Ils sont placés sous l'autorité du médecin chef du SIS. Dans ce cadre, leur activité est placée sous l'autorité administrative du DDSIS³⁰.

b) La formation des médecins sapeurs-pompiers (MSP)

Elle est prévue par :

- l'arrêté du 16 août 2004 relatif aux formations des médecins, pharmaciens et infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels,
- l'arrêté du 13 décembre 1999 relatif à la formation des SP volontaires.

Ces médecins SP participent à l'activité opérationnelle du SSSM dans le cadre du soutien sanitaire opérationnel et aux missions de secours d'urgence, d'aide médicale urgente et de transport sanitaire.

La mise en œuvre de la formation et le contrôle de l'aptitude opérationnelle sont placés sous la responsabilité du médecin chef du SSSM.

La formation d'intégration est organisée par le SIS, elle est centralisée à l'Ecole nationale supérieure des officiers de sapeurs-pompiers (ENSOSP) qui assure la formation et le contrôle des connaissances.

La formation continue, destinée à l'actualisation des connaissances, est mise en place localement par le SSSM en relation avec les organismes compétents du domaine.

²⁷ Décret n° 2000-1009 du 16 octobre 2000 portant statut particulier du cadre d'emploi des infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels

²⁸ Décret n° 99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux sapeurs-pompiers volontaires

²⁹ Article R 1424-25 du Code Général des Collectivités Territoriales

³⁰ Article R 1424-26 du Code Général des Collectivités Territoriales

c) Les principes d'implantation des VLM sur le territoire

La distribution et la disponibilité dans le département des véhicules légers médicalisés (VLM) figurent dans le SDACR et sont prises en compte dans le document de mise en cohérence du SDACR et du SROS.

Ce dispositif est connu du SAMU.

d) Les principes d'engagement des MSP dans le cadre des secours et des soins d'urgence

Dotés de matériels de monitoring ou d'intervention, appuyés le plus souvent par un infirmier sapeur-pompier, ces médecins, alertés par l'intermédiaire du CTA, le cas échéant sur demande du CRRA, se rendent sur les lieux de l'intervention afin de prodiguer des soins médicaux aux victimes et patients.

L'engagement des MSP concourt à l'aide médicale urgente.

Les processus d'engagement sont inscrits dans le règlement opérationnel arrêté par le Préfet.

Le CRRA peut demander au CTA l'engagement d'un médecin sapeur-pompier.

Tout engagement de médecin sapeur-pompier est immédiatement précisé au CRRA.

Sur place le médecin sapeur-pompier contacte le médecin régulateur pour définir ensemble les suites de l'intervention.

e) Les règles d'emploi des médecins hospitaliers sapeurs-pompiers volontaires

En vertu du principe de continuité de soins qui incombe à tout médecin exerçant dans un établissement de santé, il est souhaitable que les règles d'emploi des médecins sapeurs-pompiers volontaires fassent l'objet d'une convention entre l'établissement et le SIS dans les conditions prévues par la loi n°96-370 du 3 mai 1996 modifiée.

f) Les principes de responsabilité

Lorsqu'un MSP intervient à la demande du CTA, il est sous l'autorité du médecin chef du SIS³¹ et la mission est placée sous la direction et la responsabilité du SIS.

Toute demande d'intervention d'un médecin sapeur-pompier volontaire par le CRRA doit, de ce fait, passer par le CTA.

3. Les SMUR

L'implantation des SMUR, mentionnée au 2° de l'article R. 6123-1 du code de la santé publique, est déterminée par le SROS et permet d'assurer la couverture du territoire³², elle est prise en compte dans le document de mise en cohérence du SROS et du SDACR.

En vertu de l'article R. 6123-15 du CSP, dans le cadre de l'aide médicale urgente, la structure mobile d'urgence et de réanimation mentionnée à l'article R. 6123-1 a pour missions :

³¹ Article R.1424-26 du code général des collectivités territoriales

³² Article. R. 6123-14 du code de la santé publique

- D'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel elle est rattachée, 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 SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.
- D'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

L'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend au moins un médecin, un infirmier et un conducteur ou pilote. Le conducteur remplit les conditions prévues au 1° de l'article R. 6312-7. Le médecin régulateur de la structure d'aide médicale urgente adapte, le cas échéant en tenant compte des indications données par le médecin présent auprès du patient, la composition de l'équipe d'intervention aux besoins du patient³³.

Les interventions des SMUR et celles des antennes de SMUR mentionnées à l'article R. 6123-5 sont déclenchées et coordonnées par le SAMU, l'équipe de la structure mobile d'urgence et de réanimation informe à tout moment le SAMU du déroulement de l'intervention en cours³⁴.

Les personnels et les moyens de transports sanitaires (personnels, conducteur ou pilote, matériel, nécessaires à l'utilisation des moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes mentionnés au premier alinéa de l'article D6124-12) peuvent être mis à la disposition de l'établissement autorisé dans le cadre de conventions entre cet établissement et des organismes publics et privés³⁵. Des entreprises de transport sanitaire privé, des associations agréées de sécurité civile ou les services départementaux d'incendie et de secours peuvent mettre à disposition, par voie de convention avec cet établissement de santé, certains de leurs moyens.

4. L'intervention médicale sur le terrain

Sur les lieux de l'intervention, plusieurs situations de prise en charge médicale peuvent se présenter :

- une équipe du SMUR est présente sur les lieux, la responsabilité est alors partagée entre le médecin du SMUR et le médecin régulateur dans le respect des pratiques médicales de l'AMU et des règles déontologiques, en lien éventuellement avec tout autre médecin compétent dans le domaine de l'urgence et présent sur place.
- un médecin compétent dans le domaine de l'urgence et appartenant au dispositif est seul présent, médecin sapeur-pompier ou médecin correspondant du SAMU, il devient alors responsable de la prise en charge initiale du patient et celle-ci se déroule en relation étroite avec le médecin régulateur qui lui fournit tout appui nécessaire à l'intervention.
- un médecin n'appartenant pas au système de soins et de secours d'urgence est présent de façon fortuite sur les lieux de l'intervention, le médecin régulateur

³³ Article D. 6124-13 du CSP

³⁴ Article R. 6123-16 du CSP

³⁵ Article D. 6124-12 du CSP

conserve alors la totale responsabilité de la coordination de la prise en charge médicale, en relation possible avec ce médecin.

Par ailleurs l'intervention de ce médecin ne doit être acceptée qu'après qu'il ait décliné son identité et laissé ses coordonnées, de façon à ce qu'il puisse être contacté a posteriori pour complément éventuel d'informations sur l'intervention.

Les prescriptions qu'il pourrait être amené à formuler, aussi bien à des secouristes qu'à un infirmier, doivent être confirmées sur la fiche bilan.

- si un médecin SMUR et un médecin SSSM ou correspondant du SAMU sont simultanément présents sur les lieux, ils prennent le malade en charge ensemble dans le respect du code de déontologie et le médecin SMUR assure le transfert vers l'hôpital.
- si aucun médecin n'est présent sur les lieux de l'intervention, c'est le médecin régulateur qui assure la responsabilité de la coordination de la prise en charge médicale en relation avec le chef d'agrès auquel il indique, si nécessaire, la conduite la mieux adaptée à la situation médicale du patient ou de la victime.

Titre II

L'EFFICIENCE DE L'ORGANISATION

IV. La démarche qualité

A. Organisation, procédures, comité de suivi

La démarche qualité réalise un processus partagé de connaissance des conditions de réalisation de la mission de secours et soins d'urgence afin d'en améliorer l'efficacité. Chacun des services relève et communique les données et les indicateurs dont il dispose.

Deux démarches complémentaires doivent être poursuivies parallèlement :

- l'étude conjointe des tableaux de bord,
- le relevé et l'étude des événements indésirables.

Chaque trimestre, un comité de suivi départemental, constitué des responsables des services ou de leurs représentants, prend connaissance des tableaux de bord, analyse les événements indésirables et propose les mesures de correction.

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

Ce comité de suivi rend compte de son activité lors des CODAMUPS-TS

Une synthèse des informations ainsi recueillies est assurée par les administrations centrales des ministères chargés de la sécurité civile et de la santé.

Un groupe de travail spécifique sera mis en place dans les suites du comité quadripartite de façon à déterminer une liste d'indicateurs communs pertinents, quantitatifs et qualitatifs, de suivi de l'activité. Une première liste indicative et temporaire de ces indicateurs figure en annexe VII.

B. Evaluation des structures

L'évaluation des structures concerne les plates-formes et les moyens d'intervention.

Des indicateurs multiples peuvent être déterminés.

Pour les plates-formes les indicateurs déterminés par la mission d'inspection des plates-formes communes (à paraître au moment de la rédaction du présent document) peuvent être retenus.

1. Plates-formes de traitement des appels

a) Interconnexion téléphonique

Un flux téléphonique dédié existe-t-il ? (lignes téléphoniques réservées et accessibles quelle que soit la saturation des autres lignes)

Un serveur vocal interactif (SVI) ou des lignes de sélection directe à l'arrivée (SDA) spécifiques ont-ils été mis en place pour signifier l'urgence de l'appel transféré (prompt secours identifié) ou sa qualité (conférence à trois, information) ?

b) Interconnexion informatique

Existe-t-elle ? Et si oui les données suivantes font-elles l'objet d'un échange ?

- coordonnées de l'appelant, lieu d'intervention, codification de l'affaire et premières observations.
- décisions prises et moyens engagés.
- horaires de ces décisions.
- horaires des véhicules intervenant.

- suivi cartographique partagé des moyens engagés.
- affichage de la position opérationnelle des moyens (disponible, en intervention, indisponible)
- clôture de l'affaire par l'autre partenaire.

2. Evaluation de la couverture territoriale

Des objectifs de délai d'intervention sont définis, en fonction du degré et de la gravité de l'urgence, par l'ensemble des acteurs publics des secours et soins d'urgence et adoptés par les pouvoirs publics et les élus afin d'adapter le dispositif aux besoins de la population.

Ces délais respectent des données actualisées de la science pour ce qui concerne la prise en charge primaire de certaines pathologies dans lesquelles la qualité de cette prise en charge est un facteur aussi déterminant que sa rapidité.

Des courbes isochrones de couverture territoriale sont dessinées dans le cadre des documents de mise en cohérence des SDACR et des SROS.

Elles présentent les délais d'intervention de l'ensemble des effecteurs SAMU-SMUR et SIS et prennent en compte la qualité des effecteurs, les plateaux techniques hospitaliers et éventuellement les moyens de proximité des territoires limitrophes.

C. Données quantitatives

Chaque service s'attache à recueillir tout ou partie des informations qui lui sont accessibles.

L'automatisation du recueil par les systèmes d'information et de communication (SIC), particulièrement ANTARES, doit devenir la règle.

Un bilan annuel national est réalisé par les administrations centrales en charge de la cohérence des organisations et des pratiques.

1. Les bilans d'activité

Ces bilans qui existent déjà au moins en partie dans les services permettent une évaluation quantitative de l'activité et doivent permettre un ajustement des moyens par les autorités compétentes.

Les relevés sont systématiques, quotidiens, hebdomadaires, mensuels et annuels.

2. Les délais

Ils sont relevés par chaque service et font l'objet de calculs statistiques de moyennes qui permettent d'évaluer la rapidité d'intervention des effecteurs.

D. Données qualitatives

Le recueil exhaustif et l'étude en continu de la quantité d'informations disponibles au cours des plus de 3 millions d'interventions réalisées chaque année par les SIS et les SAMU/SMUR est actuellement impossible pour l'ensemble des services.

Le recueil de ces indicateurs peut donc être :

- total pour certains d'entre eux particulièrement sensibles ou intéressants pour le service concerné en fonction du contexte ;
- réalisé le plus souvent par sondages sur des durées ou dans des espaces déterminés.

Ces études peuvent être conjointes entre les deux services et associer les structures d'urgence hospitalières.

Elles permettent de vérifier l'adéquation entre la situation et la réponse apportée.

Une première liste d'indicateurs qualitatifs figure dans l'annexe VII.

L'analyse du service rendu au patient ou à la victime nécessite un travail scientifique commun des services engagés dans les secours et soins d'urgence.

Ce travail peut prendre la forme d'études ponctuelles sur un thème de recherche ou être provoqué par des situations particulières ou des observations réalisées par l'un ou l'autre des services.

L'étude systématique ou ciblée des fiches bilan de chaque effecteur (SIS et SAMU) et des dossiers médicaux permet de déterminer la nature des pathologies prises en charge, les conduites adoptées et leur adaptation. Elle permet également d'ajuster les moyens disponibles aux interventions.

Le comité quadripartite souhaite que cette démarche d'analyse commune et objective des dossiers se développe entre les services dans le but d'améliorer le dispositif.

V. Le financement

Les ministères de tutelle définissent, en concertation avec les élus, les règles qui s'appliquent à la prise en charge financière des interventions relevant du SAP ou de l'AMU, dans les conditions définies ci-dessous. Il est rappelé que les missions des SIS sont financées à titre principal par les collectivités territoriales et celles des SAMU par l'assurance maladie.

A. Missions du SIS assurées par le SIS

Les SIS interviennent dans le cadre de leur mission propre de secours d'urgence³⁶ et de prompt secours telle que précisée dans la circulaire relative au rôle des SAMU, des SIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.

Les SIS peuvent être amenés à intervenir pour un appel arrivant au 18 comme au 15. Le centre de réception (CTA ou CRRA) et le numéro utilisé (15, 17, 18, 112) ne sont pas des critères de définition de la mission propre.

Ces interventions sont financées par le SIS sur son propre budget.

B. Missions d'aide médicale urgente assurées par le SIS

Des interventions peuvent être demandées aux SIS par la régulation médicale des SAMU en dehors des missions propres des SIS.

L'article R 1242-42 du CGCT précise que le service départemental d'incendie et de secours n'est tenu de procéder qu'aux seules interventions qui se rattachent directement à ses missions de service public définies à l'article L 1424-2 du CGCT.

S'il a procédé à des interventions ne se rattachant pas directement à l'exercice de ses missions, il peut demander aux personnes bénéficiaires une participation aux frais, dans les conditions déterminées par délibération du conseil d'administration du SIS.

C'est la nature de l'intervention qui définit qu'une intervention ne relève pas d'une mission propre et non la qualité du prescripteur ou du lieu de réception de l'appel.

Il s'agit des interventions suivantes qui doivent faire l'objet d'un règlement par conventions distinctes selon l'objet entre chaque établissement de santé et le SIS.

1. Appui logistique aux SMUR

Un établissement de santé peut faire fonctionner un SMUR « s'il dispose des personnels, conducteur ou pilote, ainsi que du matériel, nécessaires à l'utilisation des moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes (...). Les personnels et les moyens de transports sanitaires mentionnés au premier alinéa peuvent être mis à la disposition de l'établissement autorisé dans le cadre de conventions entre cet établissement et des organismes publics et privés. Des entreprises de transport sanitaire privé, des associations agréées de sécurité civile ou les services départementaux d'incendie et de secours peuvent mettre à disposition, par voie de convention avec cet établissement de santé, certains de leurs moyens. Un arrêté du ministre de la santé précise la nature et les caractéristiques exigées des moyens de transports ainsi que leurs conditions d'utilisation »³⁷.

³⁶ Article L1424-2 du code général des collectivités territoriales

³⁷ Article D 6124-12 du code de santé publique

Il appartient au directeur de l'établissement de choisir, après analyse médico-économique réalisée en lien avec le responsable de la structure de médecine d'urgence, les modalités de fonctionnement du SMUR qui garantissent la disponibilité des véhicules et des conducteurs ou pilotes.

La mise à disposition de certains moyens des SIS en appui logistique des SMUR peut être :

- permanente,
- saisonnière ou temporaire.

La conclusion d'une convention entre SIS et l'établissement de santé telle que définie à l'article D 6124-12 du CSP est obligatoire dès que le SMUR fonctionne avec un appui logistique permanent, saisonnier ou temporaire du SIS. La convention est susceptible de faire l'objet d'un avenant annuel.

La partie financière de la convention est établie en tenant compte des charges réelles correspondant à la prestation assurée et il est souhaitable de déterminer un forfait annuel révisable.

2. Evacuation par indisponibilité d'ambulanciers

Les interventions effectuées par les SIS à la demande de la régulation médicale du centre 15, lorsque celle-ci constate le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés, et qui ne relèvent pas de l'article L1424-2 (missions propres des SIS) font l'objet d'une prise en charge financière par les établissements de santé, siège des services d'aide médicale urgente³⁸.

Les conditions de cette prise en charge sont fixées par une convention entre le SIS et l'hôpital siège du SAMU selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé de la sécurité sociale paru au Journal Officiel du 30 novembre 2006³⁹.

La convention doit donner lieu à un avis du CODAMUPS-TS.

L'indisponibilité est avérée quand les ambulanciers sont dans l'impossibilité de répondre à la demande de transport faite par le Centre 15, faute de moyens matériels ou humains mobilisables dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient.

Les critères qui caractérisent l'indisponibilité ambulancière et les trois modalités financières applicables sont les suivantes⁴⁰ :

- une indemnisation par intervention déterminée entre le SIS et le centre hospitalier, plafonnée aux tarifs appliqués aux transports sanitaires privés. Cette possibilité n'est accessible qu'aux SIS qui avaient déjà établi avec le centre hospitalier une convention d'indemnisation dite « de carence » avant le 7 décembre 2007.
- un forfait englobant l'ensemble des interventions, établi en début de chaque année, notamment sur la base du nombre d'interventions constatées précédemment. La moyenne des interventions pour 10 000 habitants, mentionnée à l'article 4 de l'arrêté du 30 novembre 2006, est fixée à 20, sur la base des statistiques conjointes

³⁸ Article L1424-42 du code général des collectivités territoriales

³⁹ Arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les SIS et les établissements de santé sièges des SAMU mentionnée à l'article L1424-42 du code général des collectivités territoriales.

⁴⁰ Circulaire DHOS/O1/DDSC /BSIS/2007/388 du 26 octobre 2007 relative à la définition des indisponibilités ambulancières telles que prévues par l'arrêté du 30 novembre 2006 et aux conventions passées entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges de SAMU.

du Ministère de l'intérieur et du Ministère de la santé portant sur les années 2005 et 2006.

- une indemnisation par intervention sur la base du montant arrêté par les ministres en charge de l'intérieur et de la santé, soit 105 € pour 2006.

Dans le cas où le Centre 15 n'a pu mobiliser, ni un médecin de premier recours dans le cadre de la permanence des soins de ville, ni, par défaut, un transporteur sanitaire privé, ces dispositions s'appliquent.

La distinction des deux cas (carence ambulancière simple ou double carence médicale et ambulancière dans le cadre de la PDS) doit être assurée par le SAMU.

C. Relevage et brancardage

Dans certains cas, le SAMU peut solliciter le SIS, en renfort ou en appui de moyens déjà engagés par d'autres acteurs du secours (SMUR, ambulances), pour effectuer des actions de relevage et/ou de brancardage.

Comme précisé plus haut dans le document trois cas sont possibles :

- il s'agit du relevage à domicile de personnes âgées ou invalides, intervention pouvant nécessiter une ouverture de porte, la mission est alors du ressort du SIS.
- il s'agit de l'emploi de moyens spéciaux du SIS (levage, désincarcération...), celui-ci reste maître de leur mise en œuvre et en conserve la charge financière.
- de façon exceptionnelle le SIS peut être amené à apporter une aide simple, sans moyens techniques particuliers, à un effecteur déjà engagé et dans l'incapacité d'assurer le brancardage, la mission s'analyse comme une indisponibilité partielle du transporteur.

Une évaluation des missions effectuées et une révision des conventions financières sont réalisées régulièrement, et au moins une fois par an, par les représentants des deux structures concernées, chef d'établissement hospitalier et médecin responsable de la structure de médecine d'urgence, directeur et médecin chef du SIS, ou leurs représentants.

Le bilan pourra être présenté en CODAMUPS-TS.

VI. Axes de progrès, évolutions du dispositif

A. Les systèmes de transmission et d'informatisation

1. Un axe stratégique commun pour l'interopérabilité : ANTARES

L'interopérabilité des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile, dont le principe a été établi par la loi de modernisation de la sécurité civile de 2004 (art.9), constitue l'axe stratégique commun pour la modernisation des systèmes d'information et de communication.

Conformément aux dispositions du décret 2006-106, le groupe quadripartite considère que cet axe, décliné pour les SAMU et les SIS au travers du programme ANTARES, constitue l'ossature technique nationale indispensable à la constitution de référentiels, d'outils et d'applications informatiques interopérables.

a) Le déploiement national d'ANTARES

La mise en œuvre du programme ANTARES repose sur la coordination de deux actions complémentaires conduites par des acteurs différents :

- d'une part, l'extension et l'adaptation technique de l'infrastructure nationale partagée des transmissions (INPT) pour ANTARES afin de répondre aux besoins opérationnels spécifiques des missions de sécurité civile réalisées par les SIS et les SAMU qui est prise en charge techniquement et financièrement par l'Etat (programme Sécurité civile-CMS3).
- d'autre part, la migration sur ANTARES des moyens des unités et des centres opérationnels territoriaux, opération qui est définie et financée par chaque service utilisateur local.

Dans la continuité du programme ACROPOL qui a constitué la base de l'INPT, la programmation nationale des extensions et adaptations ANTARES, s'appuie sur une logique de cohérence opérationnelle zonale ainsi que sur une rationalisation industrielle pour retenir un échéancier technique national de 36 mois entre 2007 et 2010. (cf. Annexe VIII)

En parallèle, indépendamment de ces opérations d'infrastructure et conformément à l'échéancier opérationnel national 2008-2009, l'Etat réalise les évolutions logicielles nécessaires à l'ouverture dans chaque département des services ANTARES et à leur mise à disposition des SIS et SAMU. Ainsi sur le plan local et en déclinaison des échéanciers nationaux, la cohérence opérationnelle impose que les projets de modernisation des systèmes d'information et de communication des SAMU et des SIS sur ANTARES soient contemporains et qu'ils s'inscrivent dans un échéancier commun.

Pour veiller au plan national à cette mise en œuvre cohérente, il est proposé de constituer un groupe permanent qui pourrait, en outre, servir au comité de pilotage de l'INPT de groupe miroir des besoins des utilisateurs de la sécurité civile.

Le comité quadripartite souhaite que le déploiement du dispositif ANTARES se fasse simultanément dans les deux services publics, les SIS peuvent dans ce cadre apporter leur appui technique aux hôpitaux.

Après migration totale des services publics, les modalités d'interconnexion avec les autres acteurs de l'aide médicale urgente pourront être envisagées par le groupe permanent de pilotage.

b) L'emploi opérationnel

Le réseau ANTARES, spécifié pour les applications opérationnelles de sécurité civile, tant des SAMU que des SIS, constitue le référentiel technique d'interopérabilité qui s'impose à l'ensemble des systèmes d'information et de communication opérationnelles des services publics.

Ainsi, au-delà du standard technique de référence fixé dans le décret 2006-106 (les services ACROPOL), les notes d'instructions techniques (NIT) 400 et 401, définissent d'ores et déjà le cadre d'emploi opérationnel retenu pour l'interopérabilité nationale de tous les SIS et de tous les SAMU : plan commun de numération nationale (réseau, flotte, groupe, identifiant : RFGI), format des SMS opérationnels type « status », spécifications de géolocalisation GPS, etc.

Ces configurations opérationnelles communes sont prises en compte dans les départements au moment des ouvertures des services ANTARES, à l'instar de la configuration commune entre le SAMU et le SDIS de l'Ain depuis 2005 ou de la préparation en cours entre SDIS et SAMU du Rhône et du Nord.

Au-delà de la configuration opérationnelle des réseaux départementaux ANTARES, il est souhaitable que l'arrêté de refonte du règlement d'emploi des transmissions des SIS (ordre de base national des transmissions de 1990), soit l'occasion d'une extension de périmètre pour constituer la doctrine commune d'emploi opérationnel.

2. Des systèmes communs pour l'exploitation de l'interopérabilité ANTARES

a) Interopérabilité des outils d'exploitation : des fonctionnalités communes

L'exploitation commune d'ANTARES par les centres opérationnels des SIS et SAMU (CRRA, CTA-CODIS), constitue parmi tous les systèmes d'interconnexion, le minimum de coordination inter-services en situation courante comme en situation de crise. En exploitant ANTARES conformément aux référentiels techniques d'interopérabilité, les systèmes d'information des SIS et SAMU doivent permettre la collaboration entre CRRA et CODIS eux-mêmes ou bien sur le terrain entre un chef d'agrès et un CRRA ou encore entre un SMUR et un CTA-CODIS.

La logique sous-jacente à ANTARES, d'interopérabilité « tous services, partout en France » doit ainsi conduire, par une harmonisation des méthodes et des moyens, à une traçabilité commune de la réponse apportée aux demandes de secours.

En corollaire de la cohérence des systèmes informatiques de coordination des CRRA et CTA-CODIS, les outils d'exploitation sur le terrain doivent répondre aux référentiels d'interopérabilité : à l'instar des terminaux radio qui améliorent d'emblée les moyens « horizontaux » de coordination entre intervenants sur le terrain (ex : même fréquences SAMU-SIS pour les liaisons tactiques lors d'un plan rouge), les applications informatiques embarquées doivent garantir l'interopérabilité « verticale » vers un centre quelconque de coordination, CRRA ou CTA-CODIS (ex : envoi des SMS type « status » conformes aux instructions techniques).

b) Interopérabilité des échanges de données : la normalisation

La stabilité du socle technique et opérationnel acquise par la constitution, avec ANTARES, d'un axe de modernisation national et commun, a permis d'engager, sous l'égide de l'AFNOR, un dialogue utilisateurs-industriels qui a clarifié les exigences de compatibilité et de performance des systèmes d'information et de communication fournis aux SAMU et aux SIS. Les exigences NF-399 « logiciels de sécurité civile » permettent désormais de disposer d'une expression de besoin nationale inter-services et d'une offre industrielle disponible sur un premier périmètre opérationnel : bilan secouriste, bilan médical, message d'alerte, ordre de départ à bord des unités, etc.

Ce champ d'action du groupe de travail 399 au sein de l'AFNOR doit être étendu au-delà de la compatibilité ANTARES et ainsi constituer un référentiel d'exigences d'interopérabilité sur les données partagées par les systèmes d'information eux-mêmes, entre CTA-CODIS, entre CRRA et entre CTA-CODIS et CRRA. Ce référentiel porte sur les données partagées en temps réel lors de la réception-traitement d'une demande de secours, du suivi opérationnel des interventions en cours et de la clôture d'intervention par la capitalisation des retours d'expérience sur un format statistique commun.

c) Interopérabilité des applications et des méthodes : des référentiels obligatoires, l'exigence de certification

En raison de l'hétérogénéité administrative des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile et de la complexité des systèmes techniques en jeu, la conduite cohérente du programme de modernisation opérationnelle et de renforcement de l'interopérabilité impose que les modalités de passation des commandes publiques locales soient suffisamment encadrées.

En termes d'aptitude technique d'abord, outre la référence obligatoire aux normes, les appels d'offres des services locaux, SIS, SAMU, doivent faire référence à un cadre commun d'exigences de fonctionnement et d'interopérabilité. A cette fin, la référence aux NIT et aux exigences AFNOR NF-399 « logiciels de sécurité civile » doit être systématisée.

En terme de performance opérationnelle enfin, les référentiels techniques d'interopérabilité doivent être complétés par un référentiel d'exigences communes sur la performance et la qualité opérationnelle fournie par les systèmes d'information des SAMU et des SIS. Cette démarche engagée sur le périmètre ANTARES avec la certification par tierce partie AFNOR-INFOCERT doit être étendue à l'ensemble des systèmes d'information et de communication qui constituent la réponse des services publics à une demande de secours, depuis la réception de l'appel jusqu'à la fin de l'intervention. En conséquence, il est souhaitable que les appels d'offres locaux exigent des produits certifiés par tierce partie sur la base d'un référentiel commun de performance.

Le comité quadripartite souhaite que pour clarifier et sécuriser les diverses acquisitions locales, et pour être efficace dans l'émergence d'offres industrielles adaptées, que ce soit sur l'aptitude technique des produits ou sur leurs performances réelles, que ces référentiels bénéficient d'une assise juridique suffisante pour s'imposer à tous, sous la forme d'arrêtés par exemple.

B. La formation

1. Rôle des sociétés savantes

Les sociétés savantes définissent, en liaison étroite avec les acteurs de terrain, les bonnes pratiques dans le cadre des données scientifiques actualisées.

La commission quadripartite recommande le partage des règles de bonnes pratiques professionnelles entre tous les acteurs de la médecine d'urgence.

A ce titre la Société française de médecine d'urgence (SFMU) a vocation à devenir le lieu d'expression scientifique des acteurs de l'urgence et à ce titre d'ouvrir ses travaux aux membres du SSSM.

2. Comité pédagogique national

Afin d'harmoniser les compétences et le niveau de formation à la pratique de l'AMU, il convient que des axes et des maquettes pédagogiques communs de formation continue soient élaborés puis proposés au sein d'un comité pédagogique national associant les médecins urgentistes et les membres du SSSM.

C. Comité de suivi

Le comité quadripartite émet le vœu de poursuivre sa mission sous la forme d'un comité de suivi national.

Il pourra en tant que de besoin être élargi à d'autres acteurs, plus particulièrement ceux en charge des financements.

Il se réunira au moins une fois par an et/ou sur l'initiative de l'une ou l'autre des administrations centrales (DDSC ou DHOS), afin de suivre la mise en place du référentiel et d'aider à la résolution d'obstacles éventuels.

Il sera amené à traiter de l'évolution du référentiel et sera destinataire des relevés d'activités réalisés par chaque administration centrale.

Un secrétariat composé par la DDSC et la DHOS appuie les travaux de ce comité de suivi.

D. Points divers

1. Relations avec la justice et les forces de l'ordre en intervention

L'intervention de la police et/ou de la justice, justifiée par certaines situations, donne à l'intervention pour secours et soins d'urgence, un caractère particulier.

Lorsque que l'un des deux services de réception des appels, 15 et 18, est amené à informer les services de police, il doit le signaler à l'autre service.

Le comité quadripartite recommande dans le but d'harmoniser les conduites opérationnelles des services de secours et de police, que des réunions de concertation soient régulièrement organisées sous l'autorité du préfet du département.

2. Relations avec les médias

Les moyens actuels de communication permettent à des individus de réaliser au cours de l'intervention des images ou des enregistrements qui peuvent ensuite être retrouvés sur des médias publics.

Cette pratique est contraire aux règles éthiques et aux droits à la protection de la vie privée qui s'appliquent en particulier aux victimes. Elle doit être formellement proscrite par les responsables des services concernés. Les manquements éventuels doivent être sanctionnés, comme le précise le règlement intérieur de ces services.

3. Information du public sur le bon emploi des numéros d'urgence

L'usage inapproprié des numéros d'appel d'urgence 15, 18 et 112 est responsable d'une surcharge des services opérationnels qui peut nuire à la mission de secours et de soins d'urgence, notamment en réduisant les chances de certaines détresses vitales.

Le comité quadripartite demande qu'une campagne nationale sur le bon usage des appels d'urgence soit initiée par les pouvoirs publics.

4. Traitement des appels de téléalarmes

Cette activité ne rentre pas dans le cadre des missions des SAMU et des SIS. L'extension des missions à cette activité, notamment son financement, devra faire l'objet d'une étude spécifique en relation avec les opérateurs privés.

5. Financement des indisponibilités

Le comité quadripartite demande que le financement des interventions du SIS pour indisponibilité des transporteurs sanitaires privés, actuellement à la charge de l'hôpital, fasse l'objet d'une étude avec les caisses d'assurance maladie en vue d'une affectation de cette charge financière à l'ONDAM Ville, notamment lorsqu'il existe un lien avec la permanence des soins.

6. Plates-formes télé médico-sociales et sanitaires

Comme précisé dans le préambule de ce document, le vieillissement de la population et la précarité entraînent une augmentation des demandes dans le domaine social (service à la personne, téléalarme) ainsi que des interventions des services d'urgence aux limites du champ de leurs missions.

La gestion de ce type de situation n'est du ressort ni des sapeurs-pompiers ni de l'aide médicale urgente. Des solutions doivent être étudiées avec d'autres partenaires publics et privés, notamment associatifs.

La création de plates-formes télé médico-sociales et sanitaires, pourrait être une solution nouvelle qu'il conviendrait d'expérimenter.

CONCLUSION

Ce référentiel est le résultat de vingt réunions de travail qui se sont tenues sur une période de six mois. Il doit conduire à une relation nouvelle entre les acteurs publics des secours et des soins d'urgence dont la mission est de se mobiliser auprès de tout patient ou victime en détresse.

Par leur implication dans la vie quotidienne, ces services sont sensibles aux évolutions de la société auxquelles ils doivent s'adapter. Il s'agit de l'augmentation des demandes d'assistance du public, des évolutions démographiques notamment de l'allongement de l'espérance de vie, de l'apparition de nouveaux risques ou de la croissance des maladies chroniques, des changements du mode d'exercice médical, des améliorations des technologies de la communication, de la nécessité d'une efficacité optimale dans l'utilisation des finances publiques.

Ce référentiel précise les champs des missions des deux services concernés et les adapte à ces nouveaux enjeux. Il constitue un guide des bonnes pratiques pour l'organisation de la chaîne de secours et de soins d'urgence et sa mise en œuvre au quotidien.

Il aborde les points essentiels suivants :

- l'optimisation des interconnexions entre les centres de réception des appels 15 et 18 tenant compte des progrès technologiques dans la numérisation et les transmissions,
- l'amélioration de la réponse secouriste des services d'incendie et de secours et de l'emploi des moyens du SSSM,
- la réaffirmation de la valeur ajoutée d'une médicalisation des urgences et la nécessité d'une régulation médicale pour l'adapter,
- les modalités de financement des missions,
- l'adoption d'une démarche qualité commune ayant pour but le meilleur service aux patients et victimes,
- la mise en cohérence des formations dans le domaine des secours et des soins urgents,
- la définition d'axes de progrès communs.

L'ensemble de ces dispositions aboutit à une réponse adaptée à la situation des victimes et des patients qui font appel aux services de secours et soins d'urgence.

Ce document se place dans le contexte des circulaires conjointes de 1992, 1996 et 2004 qu'il renforce tout en les actualisant.

Les membres du comité quadripartite souhaitent que l'esprit constructif des travaux qui ont conduit à sa rédaction se poursuive au sein du comité de suivi et se concrétise par une mise à jour périodique.

ANNEXE I

MOTIFS DE DEPART REFLEXE DES MOYENS DU SIS

Situations d'urgence

Arrêt cardio-respiratoire (patient inconscient sans mouvement ventilatoire)

Détresse respiratoire

Altération de la conscience

Hémorragie grave extériorisée ou externe

Section complète de membre, de doigts

Brûlure

Accouchement imminent ou en cours

Ecrasement de membre ou du tronc, ensevelissement

Circonstances particulières de l'urgence

Noyade

Pendaison

Electrification, foudroiement

Personne restant à terre suite à une chute

Rixe ou accident avec plaie par arme à feu ou arme blanche

Accident de circulation avec victime

Incendie ou explosion avec victime

Intoxication collective

Toutes circonstances mettant en jeu de nombreuses victimes

Tout secours à personne sur la voie publique, dans un lieu public, dans un établissement recevant du public

Tentative de suicide avec risque imminent⁴¹

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

⁴¹ Si le risque imminent n'est pas détecté à la prise d'appel, il peut l'être ensuite par la régulation qui peut solliciter secondairement l'envoi de moyens sapeurs-pompiers.

ANNEXE II

CAS DE BILAN SIMPLIFIE A LA REGULATION MEDICALE

Circonstances particulières

- Problème social isolé.
- Brancardage.
- Absence de personnes impliquées sur les lieux de l'intervention en dehors du cas où un SMUR « est au départ» (le contact permettra d'arrêter le SMUR).
- Si un SMUR est présent sur les lieux et qu'une seule victime nécessite une médicalisation. Le chef d'agrès intègre alors dans son message de renseignement : «SMUR sur les lieux».

Affections, sauf chez l'enfant en bas âge, la personne âgée et la personne handicapée

- Contusions, plaies et brûlures simples.
- Entorses des doigts, du poignet, du pied, de la cheville, du genou.
- Fractures fermées, isolées, sans complication ni déformation importante des doigts, du poignet, de l'avant-bras, du pied, de la cheville, de la jambe, de la clavicule.
- Tout traumatisme non ouvert et non déplacé des extrémités..

L'attention des chefs d'agrès est appelée sur la nécessité absolue d'effectuer un bilan complet pour prendre les mesures de secourisme les plus appropriées lors de la prise en charge d'une victime sans contact avec la régulation.

En cas de doute, le contact s'impose naturellement.

Tout signe d'aggravation durant l'intervention doit faire impérativement l'objet d'un contact avec le CRRA 15.

ANNEXE III

CIRCONSTANCES DE DECES CERTAIN

- 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 l'équipe de secouristes n'entreprend aucune manœuvre de réanimation.

ANNEXE IV

LA VICTIME REFUSE L'EVACUATION

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 V

LES HOSPITALISATIONS SANS LE CONSENTEMENT

Par exception au principe général du consentement aux soins, il existe deux modalités particulières d'hospitalisation destinées à répondre aux situations où un patient présente des troubles psychiatriques qui ne lui permettent pas de consentir aux soins que son état nécessite.

- L'hospitalisation sur demande d'un tiers qui correspond aux situations où les troubles du patient rendent impossible son consentement alors que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.
- L'hospitalisation d'office qui s'adresse à des personnes dont les troubles mentaux « nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».

Ces mesures d'hospitalisation sous contraintes, privatives de liberté, s'accompagnent de garanties permettant de s'assurer qu'elles sont rendues nécessaires par l'état psychiatrique du patient et s'appuient sur la production de certificats médicaux.

1- L'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT)

Elle est prononcée par le directeur de l'établissement hospitalier d'accueil.

La demande d'admission est signée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne ayant des relations personnelles et antérieures à la demande avec le malade (à l'exclusion du personnel soignant dès lors qu'il exerce dans l'établissement d'accueil).

L'admission est prononcée au vu de deux certificats médicaux, dont le premier doit avoir été établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil.

La procédure est simplifiée en cas d'urgence et peut reposer sur la production d'un seul certificat médical, éventuellement rédigé par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. Le reste de la procédure est inchangé.

2- L'hospitalisation d'office (HO)

L'hospitalisation d'office est prononcée par le préfet, sur avis médical.

Le certificat médical sur lequel s'appuie le préfet doit comporter une description précise de l'état mental du patient, établir un lien entre les troubles mentaux et le fait que ces troubles compromettent la sûreté des personnes et/ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public, qui justifie la mesure. Il doit conclure à la nécessité de l'hospitalisation du patient dans un établissement habilité à le recevoir. Ce certificat médical ne peut émaner d'un médecin de l'établissement d'accueil du patient.

En cas de danger imminent attesté par un avis médical ou, à défaut par la notoriété publique, c'est le maire qui prend les mesures provisoires nécessaires. Il doit en référer dans les 24 heures au préfet qui statue sans délai.

3- Dispositions communes aux deux modes d'hospitalisation sans le consentement

Le patient est transporté vers un établissement désigné par la régulation médicale.

Le transport peut être effectué par un transporteur sanitaire agréé, cependant, un VSAV peut être amené à intervenir par indisponibilité d'ambulance.

Seule la production des deux documents autorise qu'une personne soit hospitalisée sans son consentement, au moyen le cas échéant d'une contrainte proportionnée, notamment pharmacologique.

L'intervention de la police ou de la gendarmerie est demandée à chaque fois qu'elle paraît nécessaire, et notamment lorsqu'une contrainte physique doit être imposée au patient.

ANNEXE VI

LISTE INDICATIVE DE PROTOCOLES DE SOINS D'URGENCE ELIGIBLES AUX INFIRMIERS SAPEURS POMPIERS HABILITES

- Arrêt cardio-respiratoire "adulte",
- Arrêt cardio-respiratoire "enfant et nourrisson"
- Hémorragie sévère "adulte"
- Réaction anaphylactique sévère "adulte"
- Hypoglycémie
- Douleur thoracique non traumatique "adulte"
- Difficultés respiratoires "adulte"
- Difficultés respiratoires aiguës "enfant et nourrisson"
- Convulsions "enfant et nourrisson"
- Intoxication médicamenteuse volontaire "adulte"
- Brûlé
- Intoxication au CO et/ou aux fumées d'incendie
- Réaction anaphylactique sévère "enfant et nourrisson"
- Femme en couche / accouchement inopiné
- Antalgie "adulte"
- Antalgie "enfant et nourrisson"
- Convulsions "adulte"

ANNEXE VII

LES INDICATEURS

La liste ci-dessous n'est ni exhaustive ni définitive et constitue une orientation quant aux indicateurs qui peuvent être étudiés dans les missions de secours et soins d'urgence.

Bilans d'activités

Bilan des appels reçus au CTA et au CRRA

- Nombre total d'appels reçus
- Nombre d'appels décrochés par un opérateur sans qu'une suite soit nécessairement donnée
- Nombre d'appels perdus
- Pourcentage d'appels décrochés immédiatement, dans la minute
- Pourcentage d'appels perdus, répartis selon le délai d'attente (<10", <30", <60", >60")
- Temps moyen ou médian d'attente avant décroché
- Nombre d'appels ayant été transférés, 15-18, 18-15,
- Nombre d'appels ayant donné lieu à une conférence à trois.
- Nombre d'affaires co-traitées

Nombre d'affaires médicales ou de secours à personne

Nombre d'appels ayant donné lieu à l'ouverture d'un dossier concernant un conseil, une intervention urgente médicale, paramédicale ou de secours à personne

Nombre de missions

Nombre de missions déclenchées après un appel par le CTA, le CRRA par catégories d'effecteurs

Nombre de missions du SIS déclenchées après régulation médicale selon leurs caractéristiques : prompt secours, indisponibilité ambulancière, etc.

Nombre de missions SMUR déclenchées après intervention du SIS

Cas particuliers

- Nombre d'interventions par indisponibilité de transporteurs privés
- Nombre d'interventions pour bilans complémentaires suivies ou non de transports
- Nombre d'interventions pour relevage suivies ou non de transports
- Nombre d'interventions pour renforts de brancardage, avec et sans moyens spéciaux
- Nombre d'interventions par indisponibilité de médecins libéraux

Les délais et durées

Ces délais peuvent s'appliquer à l'ensemble des acteurs du dispositif de secours et soins d'urgence.

Délai de décroché de l'appel du public au CTA, au CRRA : c'est le temps qui sépare le moment de l'arrivée de l'appel au commutateur du CTA ou CRRA du décroché par l'opérateur. Il est égal à la somme de la durée du message automatisé d'accueil de l'appelant et du temps de décroché de l'opérateur.

Délai de transfert : c'est le temps entre le décroché au 18 et l'initiation du transfert téléphonique vers le 15 ou réciproquement du 15 vers le 18.

Durée moyenne de communication : c'est le temps pendant lequel l'opérateur, quel qu'il soit, est en relation avec l'appelant, victime elle-même ou chef d'agrès qui transmet un bilan par exemple.

Délai de départ d'un effecteur : c'est le temps qui sépare l'ordre de départ depuis le CTA ou le CRRA vers la structure ou le moyen opérationnel et le moment du départ effectif de celui-ci. Il peut également comprendre le délai entre le décroché 18 et l'engagement d'un moyen du SIS avant régulation médicale ou le délai entre décroché 18 et l'engagement d'un moyen SAP demandé par le 15.

Délai d'arrivée de l'effecteur sur les lieux : c'est le temps qui sépare l'ordre de départ de la présentation sur les lieux de l'intervention.

Rapidité d'intervention : c'est le temps total nécessaire à la présentation sur les lieux depuis la prise d'appel : délai de décroché + délai de départ + délai de déplacement.

Délai de décroché ou de réponse à la radio de l'appel du chef d'agrès SP ou du SMUR en intervention au CTA et/ou au CRRA

ces appels ont principalement pour objet :

- le bilan du VSAV au CTA et au CRRA,
- les demandes de renforts adressés par les équipes SMUR en intervention (brancardage en particulier).

C'est le temps qui sépare le moment de l'arrivée de l'appel au commutateur du CTA ou du CRRA du décroché par l'opérateur.

Délai de décroché de l'appel du CTA vers le CRRA et du CRRA vers le CTA : ces appels ont pour objet principal le transfert d'un appelant ou d'un bilan du CTA vers le CRRA et les demandes de renfort adressées au SIS par le SAMU.

Durée de recherche de destination : c'est le temps qui sépare le moment de la transmission du bilan au CTA-CRRA et l'indication du lieu de destination de l'évacuation ou du transport.

Durée de l'évacuation, du transport : c'est le temps qui sépare le départ du lieu de l'intervention avec la victime ou le patient à bord du véhicule jusqu'à son arrivée à la destination d'accueil.

Durée de la prise en charge : c'est le temps qui sépare le moment de la présentation sur les lieux de celui de la fin de la mission. Ce délai qui ne concerne que l'intervention stricto sensu n'inclut pas la remise en condition de l'engin.

Durée d'intervention : c'est le temps nécessaires à la totalité de l'intervention depuis l'heure de départ de l'effecteur jusqu'à sa nouvelle disponibilité.

Le service rendu

Morbidité lors de la prise en charge : c'est le recueil des pathologies présentées par les victimes ou patients lors de leur prise en charge.

Mortalité lors de la prise en charge : c'est le recueil de la mortalité et de ses causes, constatées lors de la prise en charge.

Adéquation entre gravité réelle et nature de l'effecteur lors du transport : cette étude nécessite l'analyse des fiches bilan et sa confrontation avec le diagnostic final de l'affection.

Taux d'hospitalisation et de non-hospitalisation : ce taux est recherché dans la structure d'urgence et met en regard hospitalisation et vecteur d'évacuation. Il mesure le pourcentage de victimes admises à l'hôpital / nature d'effecteur (VSAV, ambulance, SMMUR).

Taux d'admission secondaire en réanimation : ce taux permet d'évaluer la pertinence de la régulation médicale dont l'objectif est d'assurer l'évacuation d'emblée vers la structure adaptée à l'état du patient.

Durée d'hospitalisation : c'est le reflet de la gravité des affections des victimes évacuées vers l'hôpital.

Morbi-mortalité hospitalière : cette étude est réalisée, sur des dossiers rendus anonymes, par les services dans le cadre de l'évaluation conjointe des pratiques professionnelles.

Iatrogénie pré-hospitalière : c'est la recherche des effets indésirables des soins administrés lors de la prise en charge préhospitalière. Elle s'applique à l'ensemble des effecteurs de secours et soins d'urgence.

Activité des effecteurs

Motifs d'intervention : Pourcentage d'interventions sur décision du CTA correspondant aux missions propres du SIS par rapport au nombre de missions totales décidées par le CTA.

Lieu d'intervention : Pourcentage d'interventions à la demande du CRRA et/ou du CTA à domicile, sur la voie publique (ou lieu public) et en tout autre endroit.

Interventions non suivies de transport : Pourcentage d'interventions non suivies d'évacuation ou de transport (VSAV, SMUR) par rapport au nombre total d'intervention de la catégorie de moyens.

Interventions suivies d'une évacuation ou d'un transport non médicalisé : Pourcentage d'interventions VSAV suivies d'une évacuation par VSAV et pourcentage d'interventions suivies de transport ambulancier.

Nombre de victimes et de patients pris en charge par rapport à la population : cet indicateur permet de mesurer le pourcentage de la population qui a recours au dispositif de secours et soins d'urgence par an.

Emploi du défibrillateur externe automatisé : Le DAE constitue un reflet assez précis de la qualité de la couverture opérationnelle par les moyens du SIS et de la qualité des interventions réalisées dans le cadre du prompt secours. Le nombre d'interventions ayant donné lieu à l'utilisation d'un DAE par une équipe de sapeurs-pompiers et les conditions de ces interventions présentent de ce fait un intérêt essentiel. Chacune de ces interventions fait l'objet d'une fiche de recueil épidémiologique sur INFOSDIS.

ANNEXE VIII

CALENDRIER PREVISIONNEL DU PROGRAMME ANTARES

Ouvertures opérationnelles et commande des compléments de couverture

n°	Département	Trimestre d'ouverture opérationnelle du réseau ANTARES	Date de commande des compléments de couverture ANTARES
01	Ain	En service	Réalisé (expérimentation)
02	Aisne	2009-T1	2008-04
03	Allier	En service	2007-12
04	Alpes-de-Haute-Pce	2009-T2	2008-09
05	Hautes-Alpes	2009-T2	2008-09
06	Alpes-Maritimes	2009-T1	2008-03
07	Ardèche	2009-T1	2008-05
08	Ardennes	2009-T2	2008-10
09	Ariège	En service	2008-05
10	Aube	2009-T2	2008-05
11	Aude	2008-T3	2008-05
12	Aveyron	2009-T1	2008-10
13	Bouches-du-Rhône	A définir	2007-12
14	Calvados	En service	2007-12
15	Cantal	2008-T2	2007-12
16	Charente	2009-T2	2008-06
17	Charente-Maritime	En service	2008-03
18	Cher	2009-T1	2008-06
19	Corrèze	2008-T3	2008-11
2A	Corse-du-Sud	2008-T3	2008-11
2B	Haute-Corse	2008-T3	2008-11
21	Côte-d'Or	2008-T2	2008-01
22	Côtes-d'Armor	En service	2007-12
23	Creuse	2009-T2	2008-11
24	Dordogne	2008-T2	2008-04
25	Doubs	2008-T4	2008-02
26	Drôme	2008-T4	2008-02
27	Eure	2008-T2	2008-02
28	Eure-et-Loir	En service	Réalisé

			(expérimentation)
29	Finistère	2009-T4	2008-07
30	Gard	2008-T4	2008-02
31	Haute-Garonne	2008-T4	2008-05
32	Gers	En service	2008-07
33	Gironde	En service	Réalisé (expérimentation)
34	Hérault	2009-T2	2008-07
35	Ille-et-Vilaine	2009-T2	2008-01
36	Indre	2008-T2	2008-06
37	Indre-et-Loire	2009-T2	2008-09
38	Isère	2008-T4	2008-05
39	Jura	En service	2007-12
40	Landes	En service	2008-02
41	Loir-et-Cher	2009-T2	2008-09
42	Loire	2008-T4	2008-01
43	Haute-Loire	2009-T1	2008-04
44	Loire-Atlantique	2009-T1	2008-09
45	Loiret	En service	2008-03
46	Lot	2009-T2	2008-10
47	Lot-et-Garonne	2009-T1	2008-07
48	Lozère	2009-T4	2008-06
49	Maine-et-Loire	2009-T1	2008-05
50	Manche	2009-T3	2007-12
51	Marne	2009-T3	2008-10
52	Haute-Marne	2009-T1	2008-05
53	Mayenne	2009-T4	2008-03
54	Meurthe-et-Moselle	2008-T4	2008-01
55	Meuse	2008-T4	2007-12
56	Morbihan	2009-T2	2008-07
57	Moselle	2009-T1	2008-01
58	Nièvre	2009-T4	2008-07
59	Nord	2008-T2	2008-03
60	Oise	2008-T4	2008-06
61	Orne	2009-T3	2007-12
62	Pas-de-Calais	2008-T3	2008-06
63	Puy de Dôme	2009-T1	2008-01
64	Pyrénées-Atlantiq.	2008-T4	2008-02
65	Hautes-Pyrénées	2009-T4	2008-04
66	Pyrénées-Orientales.	2009-T4	2008-05
67	Bas-Rhin	2008-T4	2007-12
68	Haut-Rhin	2008-T3	2007-12
69	Rhône	2008-T2	2007-12
70	Haute-Saône	2009-T2	2008-04
71	Saône-et-Loire	2009-T4	2008-04
72	Sarthe	2009-T3	2007-12
73	Savoie	2008-T4	2008-01

74	Haute-Savoie	2008-T2	2008-03
76	Seine-Maritime	2008-T3	2008-01
77	Seine-et-Marne	En service	Réalisé (expérimentation)
78	Yvelines	2009-T4	2008-05
79	Deux-Sèvres	2009-T3	2008-09
80	Somme	2008-T4	2008-06
81	Tarn	2009-T3	2008-10
82	Tarn-et-Garonne	2009-T3	2008-10
83	Var	2008-T4	2007-12
84	Vaucluse	2008-T2	2008-02
85	Vendée	2009-T2	2008-09
86	Vienne	2009-T1	2008-09
87	Haute-Vienne	2009-T4	2008-06
88	Vosges	En service	Réalisé (expérimentation)
89	Yonne	2009-T2	2008-07
90	Territoire de Belfort	2008-T2	2008-03
91	Essonne	2009-T4	2008-05
95	Val-d'Oise	En service	2008-04

GLOSSAIRE

A.C.R.O.P.O.L.	Automatisation des Communications Radio téléphoniques Opérationnelles de POLice
A.F.N.O.R.	Agence Française de NORmalisation
A.M.U.	Aide Médicale Urgente
A.N.T.A.R.E.S.	Adaptation Nationale des Transmissions Aux Risques et Aux Secours
A.R.H.	Agence Régionale de l'Hospitalisation
C.E.S.U.	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
C.G.C.T.	Code Général des Collectivités Territoriales
C.I.S.	Centre d'Intervention et de Secours
C.O.D.A.M.U.P.S.-T.S.	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence de Soins et des Transports Sanitaires
C.O.S.	Commandant des Opérations de Secours
C.R.R.A.	Centre de Réception et de Régulation des Appels
C.S.P.	Code de la Santé Publique
C.T.A.	Centre de Traitement des Appels
D.D.A.S.S.	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
D.D.S.C.	Direction de la Défense et de la Sécurité Civiles
D.E.A.	Défibrillateur Externe Automatisé
D.H.O.S.	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
D.O.S.	Directeur des Opérations de Secours
E.N.S.O.S.P.	Ecole Nationale Supérieure des Officiers de Sapeurs-Pompiers
G.R.I.M.P.	Groupe de Recherche et d'Intervention en Milieu Périlleux
H.A.S.	Haute Autorité de Santé
I.D.E.	Infirmier Diplômé d'Etat
I.N.P.T.	Infrastructure Nationale Partagée des Transmissions
I.S.P.	Infirmier de Sapeur-Pompier
INFOCERT.	Organisme de Certification
INFOSDIS	Système informatique de recueil de donnée de la sous-direction des Sapeurs Pompiers
M.S.P.	Médecin de Sapeur-Pompier
N.I.T.	Note d'Instruction Technique
N.T.I.C.	Nouvelles Techniques de l'Information et des Communications
O.N.D.A.M.	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
P.A.R.M.	Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
P.D.S.	Permanence Des Soins
R.F.G.I.	Réseau Flotte Groupe Identifiant
S.A.M.U.	Structure d'Aide Médicale Urgente
S.D.A.	Sélection Directe à l'Arrivée
S.D.A.C.R.	Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques
S.D.I.S.	Service Départemental d'Incendie et de Secours
S.F.M.U.	Société Française de Médecine d'Urgence
S.I.C.	Système d'Information et de Communication
S.I.S.	Service d'Incendie et de Secours
S.M.S.	Short Message Service
S.M.U.R.	Structure Mobile d'Urgence et Réanimation
S.P.	Sapeur-Pompier
S.R.O.S.	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
S.S.S.M.	Service de Santé et de Secours Médical
S.S.U.	(Réseau radio commun de) Secours et Soins d'Urgence
S.V.I.	Serveur Vocal Interactif
V.L.I.	Véhicule Léger Infirmier
V.L.M.	Véhicule Léger Médicalisé
V.S.A.V.	Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes