



Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes
Ministère de l'intérieur

La ministre des affaires sociales, de la santé et des
droits des femmes

Le ministre de l'intérieur

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Mesdames et Messieurs les préfets de département
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé

Copie :

- Messieurs les directeurs départementaux des services
d'incendie et de secours
- Monsieur le général commandant la brigade des
sapeurs-pompiers de Paris
- Monsieur l'amiral commandant le bataillon des marins-
pompiers de Marseille
- Mesdames et Messieurs les directeurs des
établissements de santé

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente

Date d'application : immédiate

NOR : AFSH1513650C

Publiée au BO du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, et
au BO du ministère de l'intérieur: oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Catégorie :

Directives adressées par les ministres aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé :

Pour faire suite au rapport IGAS-IGA d'évaluation de l'application du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, la Direction générale de l'offre de soins du ministère chargé de la santé et la Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises du ministère de l'intérieur ont établi une feuille de route conjointe.

Les différentes thématiques de cette feuille de route feront l'objet progressivement de la parution des textes normatifs appropriés.

La présente circulaire interministérielle est relative à la mise en œuvre des premières thématiques des axes 1 et 2 de la feuille de route.

Mots-clés :

Aide médicale urgente (AMU) - Secours à personne (SAP) - Secours d'urgence aux personnes (SUAP) - Service d'aide médicale urgente (SAMU) - Centre 15 - Centre de réception et de régulation des appels (CRRA) - Régulation médicale - Parcours de soins - Service d'incendie et de secours (SIS) - Centre de traitement de l'alerte (CTA) - Interconnexion 15-18 - Directeur des opérations de secours (DOS) - Commandant des opérations de secours (COS) - Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) - Sapeur-pompier - Départ réflexe - Sapeur-pompier volontaire - Engagement citoyen - Infirmier sapeur-pompier (ISP) - Protocole infirmier de soins d'urgence (PISU) - Télémédecine - Médecin sapeur-pompier (MSP) - Médecin correspondant du SAMU (MCS) - Transport sanitaire - Hélicoptère - Hélicoptères d'Etat - Service de santé et de secours médical (SSSM)

Textes de référence :

- Code général des collectivités territoriales, notamment les articles L. 1424-2, L. 1424-4, L. 1424-42, R. 1424-24, R. 1424-43
- Code de la santé publique, notamment les articles L. 4011-1, L. 6311-1, R. 4311-14, R. 6311-1, R. 6311-2, R. 6123-15, R. 6311-6
- Code de la sécurité intérieure, notamment les articles L. 112-1, L. 112-2, L. 711-1, L. 721-1 à L. 723-20, L. 741-1 à L. 742-15, R. 723-1 à R. 723-91, R. 741-1 à D. 742-21
- Loi n° 96-370 du 3 mai 1996 modifiée relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers
- Arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel commun portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente
- Circulaire du 19 avril 1999 relative au développement du volontariat en qualité de sapeur-pompier parmi les personnels des administrations et des entreprises publiques
- Circulaire du 25 octobre 2005 relative au développement du volontariat de sapeur-pompier
- Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU)
- Instruction N°DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (MCS)
- Arrêté du 5 juin 2015 portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du Référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008
- Circulaire N°DSC/DHOS/2009/192 du 14 octobre 2009 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du

secours à personne et de l'aide médicale urgente et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière

Circulaires abrogées :

- Circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours
- Circulaire du 2 février 1996 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours

Circulaires modifiées :

Aucune

Annexes :

Aucune

Diffusion :

Etablissements de santé concernés et Services d'incendie et de secours

L'aide médicale urgente (AMU), l'organisation des soins et celle du parcours de soins relèvent de la compétence du ministère chargé de la santé. Les missions de sécurité civile dont celle du secours d'urgence aux personnes (SUAP, également dénommé secours à personne – SAP – dans différents textes en vigueur) sont du ressort du ministère de l'intérieur. L'efficacité de la réponse à la demande d'un usager, patient ou victime, nécessite l'action coordonnée des différents acteurs du SUAP et de l'AMU. La coordination des interventions, la complémentarité des moyens et, plus généralement, la coopération entre ces acteurs constituent un impératif reposant sur un objectif de qualité du service rendu aux usagers mais recouvre également une exigence d'efficacité globale du dispositif, avec en filigrane le respect de l'objectif d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes souhaité par le Président de la République.

Ces exigences constituent la ligne directrice de la feuille de route santé-intérieur élaborée conjointement par la DGOS (direction générale de l'offre de soins) et la DGSCGC (direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises) suite aux recommandations du rapport IGAS-IGA de juin 2014 portant évaluation de l'application du référentiel commun d'organisation du SAP et de l'AMU. Cette feuille de route est l'expression d'une volonté conjointe des administrations et des représentants des professionnels d'optimiser la coordination et la complémentarité des moyens humains et matériels, tant terrestres qu'hélicoptérés, qui permettent d'apporter en tout point du territoire national la réponse la plus rapide et la plus adaptée à la demande d'un usager en matière de secours et soins urgents. Elle comporte 4 axes :

- AXE 1 : Améliorer la qualité du service rendu aux usagers en clarifiant les missions et en favorisant la coopération des acteurs mobilisables dans le cadre des secours et soins d'urgence
- AXE 2 : Renforcer les outils permettant d'assurer la complémentarité des moyens humains et matériels, tant terrestres qu'hélicoptérés
- AXE 3 : Dynamiser les instances de gouvernance nationales et locales en charge du pilotage des dispositifs de secours et de soins d'urgence
- AXE 4 : Mettre en œuvre des actions de pédagogie et de communication conjointes auprès des usagers

Les axes d'amélioration fixés par la feuille de route s'inscrivent dans le respect des principes majeurs d'organisation de la chaîne des secours et soins urgents française qui font sa spécificité et fondent son efficacité quel que soit le numéro que l'usager ait initialement composé. Ces principes majeurs sont les suivants :

1. La régulation médicale des appels par le centre de réception et de régulation des appels (CRRA) 15 du service d'aide médicale urgente (SAMU) permettant notamment de garantir l'adéquation optimale entre le besoin de la personne et la réponse apportée ainsi que sa bonne orientation dans le parcours de soins ;
2. L'interconnexion entre le CRRA 15 et le centre de traitement de l'alerte (CTA) pour garantir par des moyens radiotéléphoniques et informatiques la qualité et la sécurité de la transmission d'informations entre ces deux centres et pour permettre notamment que l'information déjà donnée par l'appelant au premier opérateur ne soit pas répétée;
3. La mobilisation, si nécessaire, de compétences spécifiques auprès de la personne en quelque endroit qu'elle se trouve sur le territoire national, parmi lesquelles :
 - la mobilisation des sapeurs-pompiers des services d'incendie et de secours (SIS) par les CTA pour contribuer à la couverture de proximité du territoire et à la qualité de la réponse initiale notamment de prompt secours ;
 - la mobilisation des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) par les SAMU pour garantir notamment la qualité et la précocité de la prise en charge des patients nécessitant en urgence une prise en charge médicale et de réanimation, pouvant être précédée, dans les territoires isolés, d'une prise en charge initiale par un professionnel de santé formé avant-coureur du SMUR ;

ces compétences spécifiques pouvant être mobilisées auprès de la personne en détresse au moyen d'un véhicule terrestre et, pour certaines, au moyen d'un véhicule maritime ou hélicoptéré ;

4. L'articulation entre le commandement des opérations de secours et la régulation médicale conformément aux textes de référence mentionnés en préambule de la présente circulaire.

Dans ce cadre, la feuille de route vise à préciser ou actualiser les modalités pratiques d'application du référentiel commun d'organisation du SAP et de l'AMU pris par arrêté interministériel du 24 avril 2009.

La feuille de route poursuit plusieurs objectifs à court et à moyen terme :

- De façon immédiate, afin d'améliorer la qualité du service rendu aux usagers de façon rapide et concrète, les modalités de coopération des acteurs mobilisables dans le cadre du SAP et de l'AMU sont précisées dans la présente circulaire sur la base des propositions formulées par les représentants des sapeurs-pompiers et ceux des urgences hospitalières. Ces modalités de coopération concernent l'orientation des personnes dans le parcours de soins, les départs réflexes, le périmètre des types et lieux d'intervention des sapeurs-pompiers, les conditions d'intervention des infirmiers sapeurs-pompiers, les médecins susceptibles d'intervenir dans le cadre de l'AMU dans les territoires situés à plus de 30 minutes de soins urgents et enfin la cohérence du fonctionnement des hôpitaux et des SIS pour les médecins et infirmiers hospitaliers engagés comme sapeurs-pompiers volontaires (points 1.1, 1.2, 1.3, 2.1 et 2.2 des axes 1 et 2 de la feuille de route).
- Parallèlement ou dans un second temps, d'autres travaux se poursuivent ou seront engagés, concernant notamment les thématiques suivantes :
 - poursuite des travaux portant sur le développement et le déploiement d'outils informatiques permettant notamment de garantir la qualité et l'opérationnalité de l'interconnexion 15-18 ;
 - complémentarité et efficacité des moyens hélicoptérés ;
 - clarification de la nature et des conditions de validité des conventions financières entre les SIS et les établissements de santé siège d'un SAMU ou d'un SMUR ;
 - optimisation de la réponse des transporteurs sanitaires : l'objectif d'amélioration du service rendu aux usagers porté par la feuille de route implique que soit menée une réflexion sur les modalités de mise en oeuvre de l'action des transporteurs sanitaires. Cette réflexion sera pilotée par la DGOS dans le cadre d'un groupe de travail spécifique associant notamment les représentants des transporteurs sanitaires ;
 - précision de la nature des acteurs mobilisables pour les aides au relevage ;
 - adaptation des missions du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS).

Sur ces fondements, cette feuille de route vise à capitaliser les avancées qui ont été permises par le référentiel commun tout en identifiant les améliorations nécessaires les plus adaptées à chaque territoire, respectueuses des compétences et prérogatives de chacun, notamment préfets et directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) et dans un contexte de mise en oeuvre de la réforme territoriale.

AXE 1 : Améliorer la qualité du service rendu aux usagers en clarifiant les missions et en favorisant la coopération des acteurs mobilisables dans le cadre des secours et soins d'urgence

Il convient en premier lieu d'appeler votre attention sur la nécessité qui s'attache au respect des principes suivants :

Le secours d'urgence aux personnes (SUAP) (également dénommé secours à personnes - SAP - dans différents textes en vigueur) est une mission des SIS et 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 en évaluer le résultat. Le prompt secours est 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 ;
- réaliser l'envoi des moyens adaptés dès la réception de l'appel ou dès l'identification du besoin et en informer la régulation médicale du SAMU notamment lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence nécessitant la mise en œuvre de moyens médicaux ;
- réaliser l'évacuation éventuelle de la victime vers un lieu d'accueil approprié.

Les dispositions relatives au commandement des opérations de secours et à la régulation médicale s'appliquent conformément aux textes de référence mentionnés en préambule de la présente circulaire.

Au sein du SIS, le service de santé et de secours médical (SSSM) participe aux missions de secours d'urgence définies par l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales et par l'article L. 6311-1 du code de la santé publique.

Le SIS n'est par ailleurs tenu de procéder qu'aux seules interventions qui se rattachent directement à ses missions de service public définies à l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales. S'il est 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 (article L. 1424-42 du même code).

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

Les SAMU ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence (article R. 6311-1 du code de la santé publique). A cet effet, les SAMU (article R. 6311-2 du code de la santé publique) :

- assurent une écoute médicale permanente ;
- déterminent et déclenchent, dans le délai le plus rapide, 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, compte tenu du respect du libre choix, et font préparer son accueil ;

- 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.

Les SMUR ont pour mission (article R. 6123-15 du code de la santé publique) :

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

Les dispositions relatives au commandement des opérations de secours et à la régulation médicale s'appliquent conformément aux textes de référence mentionnés en préambule de la présente circulaire.

Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en oeuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en oeuvre par les SIS (article R. 6311-1 du code de la santé publique).

Les SAMU et les SIS se tiennent réciproquement informés des moyens qu'ils engagent (article R. 6311-6 du code de la santé publique).

1.1. Faciliter la bonne orientation du patient dans le parcours de soins par la régulation médicale du SAMU, quel que soit le numéro composé par l'utilisateur ou l'acteur initialement intervenu

Le référentiel commun réaffirme le rôle fondamental de la régulation médicale des appels qui est opérée par les SAMU. Ceux-ci sont chargés d'évaluer médicalement la gravité de la situation et de coordonner la prise en charge médicale du patient :

- en engageant ou en demandant l'engagement des moyens jugés nécessaires (engagement des moyens qui sont du ressort des SAMU ou demande d'engagement des moyens qui ne sont pas de leur ressort) et/ou en s'assurant de la pertinence des moyens déjà engagés, et en les complétant si nécessaire ;
- en s'assurant que les moyens engagés arrivent au lieu de l'appel dans les délais compatibles avec le degré de gravité avéré ou supposé du patient ;
- en suivant le déroulement de la prise en charge et en coordonnant le parcours de soins ;
- en déterminant la destination la plus adaptée à l'état du patient ;
- en déterminant les moyens les plus appropriés pour amener la personne vers cette destination, si nécessaire en concertation avec le COS.

A ces égards, la régulation médicale effectuée par les SAMU constitue le pivot de l'orientation du patient dans le parcours de soins quel que soit le numéro initialement composé ou l'acteur initialement intervenu. En particulier, lorsque les sapeurs-pompiers prennent en charge une personne, la bonne orientation de cette dernière dans le parcours de soins suppose notamment qu'un bilan des sapeurs-pompiers soit transmis au SAMU dans les meilleurs délais afin notamment que ce dernier définisse les modalités ultérieures de la prise en charge et détermine la destination la plus adaptée, fût-elle autre que le service d'accueil des urgences de proximité.

Les acteurs de la régulation médicale des SAMU se conforment aux recommandations de bonnes pratiques.

1.1.1. Consolider la mise en œuvre de la transmission des bilans sapeurs-pompiers à la régulation médicale du SAMU pour permettre à cette dernière de déterminer l'orientation la plus adaptée à l'état du patient

La transmission du bilan des sapeurs-pompiers doit se faire dans les meilleurs délais au CTA et au SAMU, avant l'évacuation.

Ce bilan est nécessaire au médecin régulateur du SAMU pour permettre notamment à ce dernier de déterminer la destination de la personne prise en charge.

La transmission du bilan des sapeurs-pompiers utilise préférentiellement le réseau SSU via ANTARES ou le téléphone par des lignes dédiées permettant l'enregistrement simultané au CTA et au CRRA.

La forme et le contenu du bilan des sapeurs-pompiers sont élaborés localement sur la base des dispositions du référentiel commun.

1.1.2. Elargir les destinations possibles d'évacuation des patients pris en charge par les sapeurs-pompiers : cabinets médicaux, maisons médicales, etc.

En application des dispositions législatives du code général des collectivités territoriales, les SIS exercent, dans le cadre de leurs compétences, la mission de secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation.

Afin que l'évacuation des personnes prises en charge par les sapeurs-pompiers dans le cadre du SUAP soit d'emblée compatible avec leur bonne orientation dans le parcours de soins, la destination la plus adaptée est déterminée par la régulation médicale du SAMU en tenant compte des contraintes des différents acteurs concernés.

Il appartient aux ARS, en lien avec les SAMU, les SIS et l'ensemble des acteurs concernés :

- d'identifier en amont les structures de santé (autres que service d'urgence ou service spécialisé) qui sont d'accord sur le principe d'accueil des patients pris en charge par les sapeurs-pompiers : maison médicale de garde, cabinet médical, maison de santé pluri-professionnelle, centre de santé, etc. ;
- de formaliser en amont la nature des contraintes des différents acteurs (par exemple : horaires durant lesquels une maison médicale de garde est susceptible d'accueillir ces patients) ;
- d'actualiser et de mettre en permanence à disposition des SAMU la liste de l'ensemble des destinations possibles des patients pris en charge par les sapeurs-pompiers (par exemple via le Répertoire Opérationnel des Ressources) ;
- de mettre à disposition des SIS la liste actualisée de l'ensemble des destinations possibles des sapeurs-pompiers.

Avant tout transport, les structures autres que les services d'urgence (maison médicale de garde, cabinet médical, maison de santé pluri-professionnelle, centre de santé, etc.) sont contactées préalablement par la régulation médicale du SAMU pour chaque patient. L'accord préalable des professionnels de santé concernés est systématiquement recueilli.

Pour chaque personne prise en charge par les sapeurs-pompiers, le médecin régulateur du SAMU peut dès lors, sur des critères médicaux, dans le respect du principe de libre choix de la personne, dans l'intérêt de cette dernière, en considération des contraintes opérationnelles des SIS et avec l'accord de ces derniers :

- permettre le départ des sapeurs-pompiers et le maintien au domicile de la personne dans l'attente d'une prise en charge ambulatoire, par exemple par un acteur de la permanence des soins ambulatoires ;
- permettre une évacuation par les sapeurs-pompiers vers la structure de santé la plus appropriée à l'état du patient dans le cadre d'un parcours de soins adapté :
 - un professionnel de santé de proximité : maison médicale de garde, cabinet médical, maison de santé pluri-professionnelle, centre de santé, etc. ;
 - le service d'urgence de proximité ;
 - un service spécialisé ou service d'urgence plus éloigné.

Le médecin régulateur exerce ce choix en tenant compte notamment des contraintes opérationnelles des SIS. A cet égard, afin de préserver la capacité opérationnelle des SIS, lorsque la destination la plus adaptée se situe en dehors du secteur opérationnel des sapeurs-pompiers, la pratique de « jonction » ou « relais » avec les moyens publics ou privés les plus adaptés peut être organisée par le CTA et le SAMU, à l'initiative de l'un ou de l'autre, dans le respect des bonnes pratiques relatives à la qualité et à la sécurité des soins.

1.2. Elaborer, valider et préciser les conditions d'application des protocoles de référence nationaux de soins d'urgence et d'antalgie pouvant être mis en œuvre par les infirmiers sapeurs-pompiers (ISP)

Les ISP (infirmiers sapeurs-pompiers), en tant que membres du SSSM (service de santé et de secours médical), participent au SUAP et à l'AMU sur le territoire opérationnel du SIS (articles L. 6311-1 du code de la santé publique, L. 1424-2 et R. 1424-24 du code général des collectivités territoriales). Les autres missions des ISP, notamment le soutien santé des sapeurs-pompiers en opérations, ne relèvent pas de la présente circulaire.

Sans préjudice de leur implantation, les secteurs d'intervention des ISP qui concourent aux secours et soins urgents reposent sur l'harmonisation du SROS (schéma régional d'organisation des soins) et du SDACR (schéma départemental d'analyse et de couverture des risques) prenant en compte notamment l'implantation des SMUR et les besoins de la population tels ceux de la population située à plus de 30 minutes de soins urgents. Présentée en CODAMUPS-TS conjointement par l'ARS et le SIS, l'identification de ces secteurs s'inscrit dans cette harmonisation.

La disponibilité opérationnelle des ISP concourant aux secours et soins urgents est connue du CTA et du CRRA. Ces ISP sont mobilisés pour les opérations de secours et soins urgents à la demande du CTA qui en informe aussitôt le SAMU ou à la demande de ce dernier.

L'activité des ISP concourant aux secours et soins urgents s'inscrit dans le cadre général des compétences de l'infirmier défini par le code de la santé publique (décret de compétences). Dans ce cadre, le code de la santé publique prévoit qu'un infirmier peut, avant l'intervention d'un médecin et sous certaines conditions, initier des protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU) en raison du bénéfice attendu pour le patient d'une réponse urgente et formalisée jusqu'à l'intervention d'un médecin (article R. 4311-14 alinéa premier du code de la santé publique).

La possibilité d'initiation d'un PISU par un ISP concourant aux secours et soins urgents appelle plusieurs précisions préalables :

- l'initiation d'un PISU par un ISP concourant aux secours et soins urgents ne s'inscrit pas dans le cadre d'une démarche dite de « coopération entre professionnels de santé » ayant pour objet « d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins » ou ayant pour objet « de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient » (article L. 4011-1 du code de la santé publique).
- l'initiation d'un PISU par un ISP concourant aux secours et soins urgents doit être distinguée des actes qu'il peut réaliser sur prescription préalable d'un médecin. Les actes réalisables par un ISP sur prescription préalable du médecin régulateur du SAMU, avec l'aide si nécessaire d'outils technologiques, entrent dans le cadre général de la télémedecine. En effet, ils s'inscrivent dans le cadre d'une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication mettant en rapport ce médecin régulateur et l'ISP situé auprès du patient. Relevant de la télémedecine, ils répondent aux exigences de cette modalité de prise en charge. Ils doivent être validés en amont conjointement par le chef de service du SAMU et le médecin-chef du SIS et être conformes aux recommandations des sociétés savantes concernées, notamment celles émises par la Société française de médecine d'urgence (SFMU).

La liste des situations cliniques pouvant faire l'objet de l'initiation d'un PISU par un ISP concourant aux secours et soins urgents est actualisée par l'arrêté du 5 juin 2015 portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du référentiel commun :

- Arrêt cardiaque, mort subite
- Hémorragie sévère
- Choc anaphylactique
- Hypoglycémie
- Etat de mal convulsif
- Brûlures
- Asthme aigu grave de la personne asthmatique connue et traitée
- Intoxication aux fumées d'incendie
- Douleur aiguë

Les PISU réalisables par les ISP concourant aux secours et soins urgents doivent répondre aux données actualisées de la science et garantir toutes les exigences de qualité et de sécurité des soins dans l'intérêt du patient. A cet effet, des PISU-types sont en cours d'élaboration par les sociétés savantes concernées, notamment la SFMU, et seront diffusés avant la fin du 1^{er} semestre 2015. Ils doivent être déclinés en fonction de l'organisation locale et être signés par le médecin-chef du SIS. Les ISP qui les mettent en œuvre doivent avoir été formés à leur application.

Le chef de service du SAMU doit être informé par le médecin-chef du SIS des modalités de mise en application des PISU.

L'initiation d'un PISU peut être réalisée d'emblée par l'ISP étant donné le bénéfice attendu pour le patient d'une réponse urgente et formalisée. La mise en œuvre d'un PISU impose l'information immédiate du médecin régulateur du SAMU. En effet, dès l'initialisation d'un PISU, l'ISP doit prendre directement contact avec le médecin régulateur du SAMU afin que ce dernier décide de sa poursuite, de son arrêt ou de son adaptation à la situation.

En dehors des PISU, l'ISP peut être amené à mettre en œuvre des actes de soins sur prescription préalable du médecin régulateur du SAMU, avec l'aide, si nécessaire, d'outils relevant de la télémedecine. Ces actes de soins éventuels relèvent de la responsabilité de ce dernier et doivent être validés en amont conjointement par le chef de service du SAMU et le médecin-chef du SIS

(en fonction, en particulier, des compétences et matériels des différents intervenants). Relevant de la télémédecine, ces actes font l'objet d'un cadre défini par les sociétés savantes concernées.

Les échanges avec le SAMU se déroulent de la manière suivante :

- le CTA informe le SAMU de l'intervention d'un ISP dès le déclenchement de cette intervention ;
- le chef d'agrès transmet au SAMU un premier bilan qui mentionne l'intervention simultanée d'un ISP et, le cas échéant, l'initiation d'un PISU ;
- dans les plus brefs délais, l'ISP transmet son bilan directement au médecin régulateur par des moyens de transmission spécialement adaptés (réseau radio, ANTARES, ligne téléphonique dédiée, etc.) permettant d'accéder à ce dernier en moins d'une minute et permettant l'enregistrement simultané au SAMU et au CTA ; en cas d'indisponibilité du médecin régulateur dans ce délai, l'ISP poursuit la mise en œuvre de son protocole jusqu'à l'établissement d'un contact direct effectif, facilité au besoin par le CTA ;
- le médecin régulateur du SAMU prescrit ensuite directement à l'ISP la poursuite, l'arrêt ou l'adaptation du PISU.

Les enregistrements sonores des échanges avec le SAMU constituent des éléments du dossier médical et font l'objet, notamment pour leur conservation et leur communication, des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Nous appelons votre attention sur le cas particulier des demandes de secours et soins urgents pour les patients en fin de vie.

D'une manière générale, le médecin régulateur du SAMU prend en urgence les décisions médicales les plus appropriées à l'état du patient en tenant compte notamment des volontés de ce dernier. A cet égard, dès que le médecin régulateur du SAMU a connaissance de la situation de fin de vie du patient ou de son décès, il doit notamment mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour :

- entrer directement en contact si possible avec le patient ou la personne de confiance ou avec la famille ou à défaut les proches ;
- informer dans les plus brefs délais les sapeurs-pompiers et/ou l'ISP déjà engagés ;
- s'assurer par tout moyen que la prise en charge initiée du patient par les sapeurs-pompiers et/ou par l'ISP déjà engagés ne soit pas contraire aux volontés du patient et ne s'apparente pas à de l'obstination déraisonnable ;
- prendre en urgence, avant l'arrivée d'un médecin sur place, les mesures et décisions médicales les plus appropriées à l'état du patient et à ses volontés.

Par ailleurs et comme en toute autre circonstance, l'information du patient, de la personne de confiance, de la famille ou à défaut des proches quant aux décisions médicales relève de la compétence d'un médecin et non de la compétence des sapeurs-pompiers ou de l'ISP présents sur place.

L'ensemble de ces éléments devra faire l'objet de précisions au regard de la répercussion sur l'AMU des évolutions législatives et réglementaires relatives à la fin de vie et aux soins palliatifs et au regard des travaux à venir sur cette thématique dans le cadre de l'AMU.

1.3. Affiner le périmètre des types et des lieux d'intervention des sapeurs-pompiers pour les premiers secours

Inviter les services locaux à adapter la liste des situations de départs réflexes des sapeurs-pompiers pour les premiers secours (blessés légers ; lieux protégés)

En dehors des situations dites de « départ réflexe », pour toute demande de secours et soins urgents, le référentiel commun d'organisation du SAP et de l'AMU pose le principe général de l'engagement des moyens des SIS après régulation médicale par le SAMU.

Le départ réflexe des moyens des SIS consiste en l'engagement des moyens des SIS avant régulation médicale par le SAMU. Cette pratique se justifie lorsque le délai de mise en œuvre de la réponse à l'appel est de nature à induire une perte de chance pour la personne en détresse. En cas de départ réflexe des moyens du SIS, la régulation médicale par le SAMU intervient dans les meilleurs délais après le déclenchement des moyens du SIS afin de s'assurer de la pertinence des moyens déjà engagés (compétence mobilisée et vecteur utilisé) et de les compléter le cas échéant.

Le référentiel commun et son annexe I modifiée disposent des motifs de départ réflexe au regard de la nature de l'urgence, des circonstances particulières de l'urgence, de l'environnement et du lieu de survenue de la détresse. Cette liste n'est pas exhaustive et peut, localement, faire l'objet d'ajouts consensuels.

Dans sa rédaction de 2008, l'annexe I disposait que « *tout secours à personne sur la voie publique, dans un lieu public, dans un établissement recevant du public* » constituait un motif de départ réflexe.

Hormis la voie publique, le lieu de survenue ne doit plus être en lui-même un critère de choix dominant. C'est dans cette optique que l'arrêté du 5 juin 2015 porte modification de l'annexe I du référentiel commun.

Les services locaux sont invités à moderniser leur procédure de départ réflexe par l'utilisation d'arbre(s) décisionnel(s) d'aide à la décision de déclenchement des départs réflexes prenant en compte :

- la nature de la détresse ;
- les circonstances de survenue de la détresse ;
- l'environnement ;
- le lieu de survenue de la détresse.

Des outils d'aide à la mise en œuvre d'arbres décisionnels seront diffusés ultérieurement.

AXE 2 : Renforcer les outils permettant d'assurer la complémentarité des moyens humains et matériels, tant terrestres qu'hélicoptés

2.1. Dans les territoires situés à plus de 30 minutes de soins urgents, identifier l'ensemble des médecins qui sont susceptibles d'intervenir dans le cadre de l'aide médicale urgente et préciser leurs conditions d'intervention

L'objectif d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes implique que soient identifiées, dans chaque territoire situé à plus de 30 minutes d'un SMUR ou d'un service d'urgence, les ressources médicales disponibles et qui sont volontaires pour participer à l'AMU.

Les MSP (médecins sapeurs-pompiers), en tant que membres du SSSM (service de santé et de secours médical), participent au SUAP et à l'AMU sur le territoire opérationnel du SIS (articles L. 6311-1 du code de la santé publique, L. 1424-2 et R. 1424-24 du code général des collectivités territoriales). Les autres missions des MSP, notamment le soutien santé des sapeurs-pompiers en opérations, ne relèvent pas de la présente circulaire.

Les médecins correspondants du SAMU (MCS) participent à l'AMU conformément aux dispositions de l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux MCS.

Indépendamment de leur statut ou qualité, les interventions des médecins participant à l'AMU :

- visent à assurer, en attendant l'arrivée d'un SMUR, la qualité et la précocité des soins dans les territoires dans lesquels les délais d'intervention du SMUR dépassent les 30 minutes ;
- sont réalisées en lien direct et systématique avec la régulation médicale du SAMU dans le cadre d'un parcours de soins.

La disponibilité opérationnelle des MSP participant à l'AMU est connue du CTA et du CRRA. Leur engagement s'effectue par l'intermédiaire du CTA, le cas échéant à la demande du médecin régulateur du SAMU.

La connaissance partagée par les ARS, les SIS et les SAMU de l'ensemble des médecins participant à l'AMU est une démarche préalable nécessaire.

Les ARS organisent le dispositif des MCS en lien avec les médecins libéraux ou salariés d'une structure de santé en veillant à l'optimisation sur leur territoire des ressources médicales et au regard des organisations déjà en place. A cet égard, afin de ne pas désorganiser ou fragiliser la ressource médicale des SIS, l'ARS interroge le SIS quant aux MSP participant à l'AMU.

Le SIS transmet à l'ARS, avec l'accord des intéressés, la liste nominative des MSP concernés sans que ces derniers ne soient démarchés individuellement par l'ARS pour devenir par ailleurs MCS. De même, avec l'accord des médecins concernés, l'ARS transmet au SIS la liste des MCS implantés sur son territoire.

Les MSP participant à l'AMU sont pris en compte par les ARS dans l'organisation de l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes dès lors :

- que leur secteur d'intervention répond à un besoin de santé identifié par l'ARS ;

Sans préjudice de leur implantation, les secteurs d'intervention des MSP participant à l'AMU reposent sur l'harmonisation du SROS et du SDACR prenant en compte notamment l'implantation des SMUR et des services d'urgence et les besoins de la population. Présentée en CODAMUPS-TS conjointement par l'ARS et le SIS, l'identification de ces secteurs s'inscrit dans cette harmonisation.

- qu'ils bénéficient d'une formation médicale théorique et pratique, initiale et continue équivalente à celle d'un MCS ;

En vue d'une connaissance mutuelle des acteurs de terrain, la formation pratique des MSP participant à l'AMU comporte une séquence d'intégration au sein d'une structure d'urgence de son secteur d'intervention d'une durée de deux journées.

- que leur participation à l'AMU repose sur une convention établie entre l'ARS et le SIS pour la prise en compte d'un ou plusieurs MSP, nominativement identifiés ;

Cette convention précise notamment leurs secteurs d'intervention, les modalités opérationnelles de fonctionnement, les dotations en matériel, les formations complémentaires requises dans ce cadre, etc.

Cette convention comporte un volet financier de contribution éventuelle notamment aux dispositifs médicaux et consommables, aux médicaments et aux modalités de mise en œuvre des formations complémentaires requises dans ce cadre. Ce volet financier précise le ou les montants convenus à ce titre et les modalités de paiement le cas échéant par l'intermédiaire de l'établissement de santé siège du SAMU.

Les MSP mobilisés par les SAMU dans le cadre de l'AMU relèvent toujours de l'autorité administrative des SIS et sont placés sous la responsabilité de ces derniers.

Ainsi, les SIS assurent dans les conditions habituelles la prise en charge financière et la couverture juridique des interventions auxquelles participent ces personnels.

Dans l'intérêt des usagers nécessitant un accès aux soins urgents, les solutions locales d'ores et déjà existantes, conformes au corpus législatif et réglementaire en vigueur peuvent perdurer dès lors qu'elles apportent satisfaction aux parties et acteurs concernés.

2.2. Faciliter la cohérence du fonctionnement des hôpitaux et des SIS pour les médecins et infirmiers hospitaliers engagés comme sapeurs-pompiers volontaires

L'engagement du citoyen en qualité de sapeur-pompier volontaire constitue un acte républicain. Cette disponibilité au service de son prochain trouve particulièrement à s'exprimer parmi les médecins et infirmiers hospitaliers et leur démarche individuelle mérite d'être encouragée.

Le législateur a souhaité favoriser l'engagement des sapeurs-pompiers volontaires en organisant leur disponibilité au regard des impératifs de leur métier et en impliquant leurs employeurs. C'est l'objet des conventions de disponibilité sur le temps de travail qui ont été instituées par la loi n° 96-70 du 3 mai 1996 modifiée relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers. Ces conventions de disponibilité sont signées entre le SIS, le sapeur-pompier volontaire et l'employeur de ce dernier.

C'est dans ce cadre législatif et conventionnel que doivent être précisées les modalités de la participation volontaire des médecins et infirmiers hospitaliers aux missions et aux actions des SIS.

Dans les situations de crise, la mobilisation des professionnels de santé est conduite selon les dispositions du référentiel commun qui donnent la priorité à l'employeur.

~~Une convention cadre interministérielle relative à la disponibilité des médecins et infirmiers hospitaliers engagés comme sapeurs-pompiers volontaires vous sera transmise ultérieurement et devra être déclinée localement entre les SIS et les établissements de santé concernés.~~

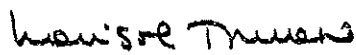
Un comité départemental de suivi composé des acteurs concernés devra être créé sur le modèle du comité national. Vous devrez constituer ce comité dans les trois mois suivant la publication de la présente circulaire. Il se réunira régulièrement sous la coprésidence du préfet et du directeur général de l'ARS, avec pour objet de veiller à la bonne application du référentiel commun, de la présente circulaire et de résoudre les éventuelles difficultés rencontrées pour leur mise en œuvre. Il s'attachera notamment à vérifier l'effectivité et la qualité de la coopération entre les acteurs concernés. Des éléments sur l'adaptation du CODAMUPS-TS vous seront transmis ultérieurement.

Vous voudrez bien faire part, chacun pour ce qui vous concerne au ministère dont vous relevez, des difficultés que vous rencontreriez dans l'application de la présente circulaire.

La DGSCGC et la DGOS, en lien le cas échéant avec les inspections générales compétentes (IGA et IGAS) en assureront le suivi.

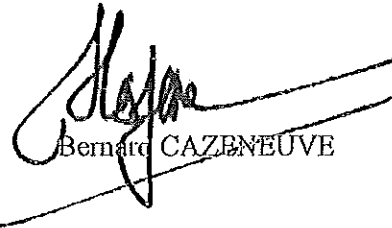
En cas de difficultés spécifiques et sur demande conjointe du préfet de département et du directeur général de l'ARS, la DGOS et la DGSCGC pourront apporter un soutien, en lien avec les représentants des professionnels si nécessaire.

La ministre des affaires sociales,
de la santé et des droits des femmes,



Marisol TOURAINE

Le ministre de l'intérieur,



Bernard CAZNEUVE