

Circulaire du 18 septembre 1992 concernant leurs 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

18/09/1992

Abrogée par la circulaire DHOS/01 n° 2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente

Paris, le 18 septembre 1992.

Le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique et le ministre de la santé et de l'action humanitaire à Mesdames et Messieurs les préfets.

Références : les textes législatifs et réglementaires sont visés en annexe.

La présente circulaire précise les conditions d'application des textes législatifs et réglementaires visés en annexe, pour vous permettre de définir les domaines d'action et les relations entre le service départemental d'incendie et de secours et l'ensemble des moyens hospitaliers, dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Elle découle d'une réflexion approfondie, menée pendant plusieurs mois, sous l'égide de la direction générale de la santé et de la direction de la sécurité civile, par des représentants des sapeurs-pompiers et des personnels des services de l'aide médicale urgente. Elle a été élaborée à partir d'une analyse commune des missions, des compétences et des méthodes des services d'incendie et de secours et des services de l'aide médicale urgente. Elle vise à faciliter, dans un souci de rationalisation et de cohérence, les interventions respectives de chacun des deux services.

Les dispositions de ce texte concernent les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours et de l'aide médicale urgente.

Elles sont applicables à l'ensemble du territoire national, sans préjudice des instructions adressées au préfet de police.

Dans chaque département, une convention devra être signée, d'ici la fin de l'année 1992, sous votre autorité entre le service départemental d'incendie et de secours et le centre hospitalier siège du S.A.M.U. Cette convention aura pour objet d'impliquer formellement les deux services dans la mise en oeuvre des prescriptions de cette circulaire, tout en adaptant celle-ci, si nécessaire, aux spécificités locales, dans le strict respect de ses dispositions générales et de la réglementation en vigueur.

I. - Dispositions générales

A. - Les services concernés

1. Le service départemental d'incendie et de secours, dans le cadre de ses activités, doit comporter un centre opérationnel départemental (C.O.D.I.S.), pouvant disposer d'un ou de plusieurs C.T.A. (centres de traitement de l'alerte) dotés du numéro d'appel 18.

Le C.O.D.I.S. est l'organe de coordination de l'activité opérationnelle des services d'incendie et de secours du département. Il est immédiatement informé de toutes les opérations en cours et est, avec régularité, tenu informé de l'évolution d'une situation jusqu'à la fin des opérations.

Au sein du service départemental d'incendie et de secours, le service de santé et de secours médical effectue des interventions dans le cadre des missions opérationnelles des sapeurs-pompiers. Ce service de santé, en application de <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-du-18-septembre-1992-concernant-leurs-relations-entre-le-service-departement-d-incendie-et-de-secours-et-les-etablissements-publics-hospitaliers-dans-les-interventions-relevant-de-la-ges/>

l'article 41 du chapitre IV du décret n° 88-623 du 6 mai 1988 relatif à l'organisation générale des services d'incendie et de secours, dispense des soins d'urgence aux victimes d'accidents et de sinistres de toute nature dans les conditions prévues à l'article 16 de la loi du 22 juillet 1987.

2. Le S.A.M.U., qui comporte un centre de réception et de régulation des appels (centre 15), conformément à la [loi n° 86-11 du 6 janvier 1986](#) et à l'article 3 du [décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987](#):

- assure une écoute médicale permanente;
- 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, compte tenu du respect du libre choix, et fait préparer son accueil;
- organise 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;
- veille à l'admission du patient;
- coordonne les interventions des unités mobiles de secours et de soins hospitaliers dont disposent les services mobiles d'urgence et de réanimation (S.M.U.R.).

B. - Les relations entre les services

Chaque service organise ses propres interventions et assure la maîtrise de ses moyens.

1. L'interconnexion :

L'interconnexion des centres 15 et 18 est la condition indispensable pour que ces centres se tiennent mutuellement informés des appels qui leur parviennent et des opérations en cours. A cet effet, les dispositions techniques appropriées devront être prises par chacun des services.

2. Communication avec les moyens engagés :

Les moyens engagés communiquent exclusivement avec les centres de coordination ou de régulation dont ils dépendent. Ainsi, le C.R.R.A. 15 du S.A.M.U. ne peut avoir de liaisons radiotéléphoniques, ni en réception, ni en émission, avec les moyens engagés par le S.D.I.S. Il en est de même pour le C.O.D.I.S. vis-à-vis de tous les moyens engagés par les services hospitaliers.

La seule exception à ce principe est la procédure des bilans, explicitée ci-dessous.

Les bilans secouristes, établis en cours d'opération par les équipes d'intervention du S.D.I.S., ainsi que les messages médicaux des officiers du S. S.S.M., parviennent simultanément au C.O.D.I.S. et au C.R.R.A. 15 du S.A.M.U.

Un dialogue direct peut ainsi s'établir entre l'intervenant du S.D.I.S. et le médecin régulateur du S.A.M.U. Ce dialogue est facilité par la mise en place du réseau radio commun secours et soins d'urgence dont les dispositions sont prévues par la [circulaire Santé DGS n° 92-52 et NOR/INT/E/92/00265/C du 18 septembre 1992](#).

Cette procédure permet au C.R.R.A. 15 du S.A.M.U. de prendre éventuellement la décision d'engager des moyens médicaux hospitaliers et de prévoir l'orientation des victimes.

3. L'information opérationnelle :

L'information réciproque sur les interventions intéressant les deux services est un facteur très important pour la conduite des secours. Elle ne se limite pas à la simple retransmission initiale des données de l'alerte, mais concerne les opérations de leur déclenchement à leur aboutissement. Chacun des deux services doit communiquer systématiquement à l'autre, au fur et à mesure, tout ce qui peut lui être nécessaire à l'accomplissement de sa tâche. Lorsque l'un des services prend seul en charge une intervention dont l'alerte lui a été retransmise par l'autre, il l'informe en retour de la suite donnée.

4. La régulation médicale :

La régulation médicale relève du C.R.R.A. 15 du S.A.M.U. Cette mission est exercée par le médecin régulateur. La régulation médicale a pour but d'apporter la réponse médicale appropriée à toutes les demandes de soins, de veiller à ce que les soins nécessités par l'état d'un patient lui soient délivrés efficacement dans le souci de la meilleure utilisation possible des ressources disponibles.

La régulation médicale sera effectuée en tenant compte de tous les intervenants possibles, sans exclusive, et, pour ce qui concerne les moyens hospitaliers et ceux du S.D.I.S. et de son S.S.S.M., dans le respect des dispositions du présent document.

Cette action suppose l'information la plus complète du médecin régulateur et l'harmonisation des principes d'action des services publics de secours. Elle tend à une meilleure gestion de tous les intervenants dans l'aide médicale urgente avec notamment pour effet de préserver l'hôpital d'une sollicitation abusive et inadaptée.

II. - Procédures applicables aux interventions relevant de la gestion quotidienne des secours

A. - La retransmission initiale des appels de demandes d'aide d'urgence

Il s'agit de la retransmission initiale entre le C.R.R.A. 15 et le C.O.D.I.S. du S.D.I.S ou de toute autre structure désignée par le S.D.I.S.

1. La transmission des informations :

Deux catégories d'informations doivent être retransmises en priorité : les renseignements obtenus lors de l'appel et la composition des moyens déjà engagés.

La retransmission des appels entre le C.R.R.A. et le C.O.D.I.S est immédiate et réciproque. Elle se poursuit au fur et à mesure de l'arrivée des informations complémentaires. Cette retransmission s'effectue à l'aide des moyens de télécommunication disponibles, dans l'attente de la généralisation de la conférence téléphonique.

2. Pour la voie publique et les lieux fréquentés par le public, la retransmission initiale est systématique entre les deux services.

3. Pour les domiciles et les lieux privés, la retransmission initiale est systématique du C.O.D.I.S. vers le C.R.R.A. 15 du S.A.M.U.

Le C.C.R.A. 15 informe le C.O.D.I.S. lorsque le médecin régulateur requiert les moyens sapeurs-pompiers (moyens secouriste et/ou S.S.S.M.).

Le C.R.R.A. 15 du S.A.M.U. informe le C.O.D.I.S. de l'indisponibilité de l'équipe hospitalière, à toutes fins utiles.

4. En cas de sinistre - qui se définit comme étant un accident ne comportant a priori que des dommages matériels sans notion de victime et dont l'ampleur laisse craindre des risques pour les équipes d'intervention ou les populations environnantes et/ou impliquées -, les services d'incendie et de secours interviennent immédiatement. Lorsque le C.R.R.A. 15 du S.A.M.U. reçoit l'appel, il le retransmet systématiquement vers le C.O.D.I.S.

Le C.O.D.I.S. tient informé le C.R.R.A. du S.A.M.U. des opérations de secours importantes et/ou susceptibles de comporter des victimes Le S.A.M.U. peut alors apprécier la situation et éventuellement anticiper sur son évolution.

B. - Le déclenchement

1. Pour la voie publique, l'intervention du S.D.I.S. est automatique. Le S.A.M. U. déclenche les moyens qu'il juge nécessaires au regard des informations en sa possession notamment celles concernant les moyens déjà engagés par le S.D.I.S. et la participation de son S.S.S.M.

2. Pour les lieux fréquentés par le public, les deux services se concertent préalablement au déclenchement des moyens

pour fixer les modalités de l'intervention.

3. Pour les domiciles et les lieux privés, toutes les demandes font l'objet d'une régulation médicale par le C.R.R.A. 15 du S.A.M.U., préalablement à tout engagement de moyens Le S.D.I.S. n'intervient qu'à la demande expresse du C.R.R.A. 15 du S.A.M.U.

4. Le prompt secours : la seule dérogation aux règles énoncées aux points 2 et 3 se situe dans le cadre du prompt secours. On entend par prompt secours, l'action de secouristes agissant en équipes et qui vise à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer des gestes de secourisme. Il est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe, il ne doit pas conduire à des actions relevant de la compétence des médecins généralistes (médecin traitant ou médecin de garde) et/ ou des ambulanciers privés, voire du simple conseil.

Lorsque le C.T.A. 18 reçoit un appel provenant d'un domicile et qu'il existe un risque vital imminent (détresse vitale avérée ou potentielle), le stationnaire sapeur-pompier peut déclencher d'emblée les moyens des services d'incendie et de secours. Il transmet immédiatement l'information au médecin régulateur du C.R.R.A. 15 du S.A.M.U. qui peut après information et régulation, interrompre l'intervention des moyens du S.D.I.S. qui ont été engagés.

La procédure applicable au prompt secours, qui ne doit en aucun cas transgresser les règles générales relatives à la régulation médicale, peut être précisée localement par le C.O.D.A.M.U. dans le respect des dispositions qui précèdent.

5. Les sinistres :

L'intervention de moyens du S.D.I.S. est automatique, avec notamment son S.S.S. M. pour assurer le soutien sanitaire de ses équipes.

Le S.A.M.U. n'intervient pas systématiquement mais il garde la possibilité d'anticiper sur l'évolution possible en fonction des informations reçues.

Dans l'appréciation des besoins et des ressources d'aide médicale urgente, le médecin régulateur du S.A.M.U. tient compte du S.S.S.M. du S.D.I.S.

6. Décisions itératives :

Le C.R.R.A. 15 du S.A.M.U. et le C.O.D.I.S. conservent après la phase initiale, c'est-à-dire la décision de première intervention, la possibilité de prendre des décisions (ex. : décisions de renfort) en fonction de l'évolution des opérations.

C - Orientation du patient et conduite de l'intervention

1. Orientation du patient :

En fonction notamment des informations transmises et des bilans reçus, le médecin régulateur du C.R.R.A. 15 détermine l'orientation du patient. Lorsqu'un médecin est présent sur les lieux, l'orientation du patient est décidée par le médecin régulateur en concertation avec le médecin qui se trouve auprès du malade.

L'orientation du patient est effectuée, dans le respect de son libre choix, dans les conditions suivantes.

Il peut :

- soit être laissé sur place, aux soins de son médecin traitant ou du médecin généraliste de garde;
- soit être confié à un établissement de soins;
- soit attendre sur place un moyen de renfort;
- soit être pris en charge par une ambulance à la suite d'une jonction avec un autre moyen mobile, selon la technique dite du "rendez-vous".

2. Conduite de l'intervention :

Lorsque les moyens secouristes ou médicaux du S.D.I.S. sont intervenus en premier, la conduite de l'intervention d'aide médicale urgente est transférée au moment où le patient peut être pris en charge médicalement, après régulation, par une unité de soins hospitalière (unité d'hospitalisation, unité de diagnostic, unité d'accueil ou unité mobile).

Dans le cas où une unité mobile hospitalière se présente sur les lieux d'une intervention n'impliquant pas le S.S.S.M., elle prend médicalement en charge le (ou les) patient (s). Le responsable des services d'incendie et de secours lui transmet alors tous les éléments d'information dont il dispose.

Si un médecin du S.S.S.M. est présent sur les lieux, il confie le malade au médecin de l'unité mobile hospitalière dans les conditions prévues par le code de déontologie médicale.

D - Evacuation - Transport

Le médecin régulateur, en fonction de l'orientation du patient qui a été déterminée et des moyens disponibles, organise le transport du ou des blessés ou malades.

1. Voie publique et lieux fréquentés par le public : l'évacuation des patients ou leur transport sanitaire à partir de la voie publique sont effectués, après régulation médicale.

En règle générale, un patient déjà installé dans un V.S.A.B. avant l'arrivée d'une équipe hospitalière ne sera pas changé de véhicule, sauf raison impérieuse. De même, une victime déjà installée dans un véhicule de transport sanitaire privé ne sera pas transférée dans un V.S.A.B. sauf raison impérieuse.

L'équipe de l'unité mobile hospitalière, lorsqu'elle assure elle-même la surveillance d'un patient dont les soins sont effectués à l'intérieur d'un V.S. A.B., bénéficie du concours du personnel du S.D.I.S. Sur le plan matériel, les V.S.A.B. sont aménagés de telle façon que l'équipe hospitalière puisse utiliser son propre équipement médical.

2. Domiciles et lieux privés : le transport d'un patient à partir d'un domicile est réalisé, après régulation médicale, en règle générale par une ambulance privée. Exceptionnellement, il peut être effectué par une ambulance de réanimation hospitalière ou un V.S.A.B., médicalisé ou non.

Pour mettre en oeuvre et adapter les dispositions de la présente circulaire aux spécificités locales, une convention devra être signée, sous votre autorité, entre le centre hospitalier siège du S.A.M.U. et le service départemental d'incendie et de secours.

Je vous demande de veiller à ce que, dans cette convention, figurent des dispositions particulières relatives aux modalités d'évaluation. Cette évaluation devra porter tout particulièrement sur les points suivants:

- exercice du prompt secours;
- relations entre le C.R.R.A. 15 et le C.O.D.I.S. - C.T.A. 18;
- modalités de mise en oeuvre effective de l'interconnexion.

Vous transmettez, sous ce double timbre, deux exemplaires de cette convention, et rendez compte, le cas échéant, de toute difficulté rencontrée dans la mise en oeuvre de cette circulaire.

L'efficacité des secours d'urgence dépend en grande partie de la complémentarité des interventions des différents services compétents, laquelle est fonction de la coopération qui doit s'établir entre eux, préalablement aux interventions et au cours de celles-ci. La mise au point d'une organisation adaptée et efficace dans chaque département est de nature à faciliter ce travail en commun indispensable.

Vous voudrez bien prendre dans les meilleurs délais, et en tout état de cause avant la fin de l'année 1992, toutes les mesures nécessaires pour que les dispositions qui précèdent soient effectivement appliquées, en y associant les services et les personnels concernés.

La présente circulaire sera publiée au Journal officiel de la République française.

ANNEXE

Code des communes, article L. 131-2 (6°)

Loi n° 86- 11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

Loi n° 87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs.

Décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.

Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelés S.A.M.U.

Décret n° 88-623 du 6 mai 1988 relatif à l'organisation générale des services d'incendie et de secours.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION HUMANITAIRE, Direction générale de la santé (circulaire DGS n° 92-53)
MINISTERE DE L'INTERIEUR ET DE LA SECURITE PUBLIQUE, Direction de la sécurité civile

à Mesdames et Messieurs les préfets.

Source : Journal Officiel de la République Française du 6 octobre 1992, page 13856.