

ANNEXE 9

**L'AIDE MÉDICALE URGENTE EN FRANCE:
BILAN ET PERSPECTIVES EN 1987 - LOIS ET REGLEMENTS - SAMU**

SOURCE: Direction générale de la santé - France - 1989

Historiquement les services d'incendie et de secours, ainsi que la police et la gendarmerie intervenaient dans le cadre des attributions des maires et des préfets, en matière de sécurité des biens et des personnes. De même, les médecins généralistes assuraient les visites d'urgence à leur clientèle et les établissements hospitaliers privés et publics accueillaient les malades et blessés en urgence : la loi hospitalière en fait l'obligation aux hôpitaux publics. Beaucoup plus récente, l'intervention des hôpitaux à l'extérieur de leurs murs, a permis à partir de 1965 la médicalisation des secours sur le terrain et les progrès techniques qui s'en sont suivis.

A - ACTUELLEMENT DU COTE PUBLIC

. en matière d'urgence, le rôle de la police comme celui de la gendarmerie, se limite désormais à leurs missions premières d'alerte, de maintien de l'ordre, de renseignement et de contrôle de la circulation routière, puisque désormais Police-Secours, dans les grandes villes où cette structure existait, laisse progressivement sa place aux autres structures publiques d'urgence.

. les sapeurs pompiers, interviennent pour remplir les obligations fixées aux maires par le code des communes. Ils sont répartis sur tout le territoire, au sein de 3170 centres de secours, dont 580 centres principaux.

Ils comptent à la fois des personnels civils et des personnels militaires. Ces derniers, au nombre de 9000 environ, interviennent au sein de la Brigade de Sapeurs-Pompiers de PARIS, des Marins Pompiers de Marseille et dans certaines unités spécialisées. Les Sapeurs Pompiers civils sont les plus nombreux. Ils regroupent les Sapeurs-Pompiers volontaires, qui constituent la majorité des effectifs et les sapeurs pompiers professionnels recrutés sur concours et présents surtout dans les villes. Les pompiers volontaires, au nombre de 206.000, exercent une autre activité à titre principal. 5 à 6000 médecins de sapeurs pompiers volontaires installés en pratique libérale assurent des soins aux pompiers et à leur famille, pratiquent à leur égard une médecine du travail et participent à la médicalisation des secours.

Le nombre de centres de secours ainsi que l'importance de leurs effectifs assurent aux sapeurs pompiers leurs qualités caractéristiques : la proximité et la rapidité. Les sapeurs pompiers jouent ainsi un rôle important dans le domaine des premiers secours, d'autant que leurs activités traditionnelles de sauvetage - incendie, inondations, pollutions toxiques... - n'ont cessé de se réduire ces dernières années en valeur relative comme en valeur absolue (14 % de leurs 2 millions de sorties).

En 1984, les Services d'Incendie et de Secours ont secouru 801.726 personnes dont 170.566 blessés graves et près de la moitié à la suite d'accidents de la route pour lesquels ils sont seuls à disposer de moyens de désincarcération.

. En outre les moyens publics comportent les services spécialisés d'aide médicale urgente et les services d'accueil des urgences des établissements hospitaliers.

- Il existe ainsi 242 SMUR présents dans pratiquement tous les départements de métropole ou d'outre mer, et 95 SAMU répartis dans 87 départements métropolitains et 2 d'outre mer, (certains départements disposant en effet de 2 SAMU pour des raisons géographiques ou historiques).

Le SAMU joue le rôle de l'état major et le SMUR celui des armées en campagne. Au SAMU revient la mission de diagnostiquer l'état du malade et de décider des moyens thérapeutiques les mieux adaptés. Le SMUR est chargé quant à lui de la prise en charge et du transfert du malade ou du blessé en détresse, quand son état nécessite une médicalisation immédiate de haute technicité.

La création des premiers SMUR remonte à 1965. Celle des SAMU à 1969 (courbe 1). Leur développement a connu un incontestable succès du fait de la qualification et de l'efficacité technique de ces nouveaux services.

Le personnel médical qui travaille dans ces services est difficile à comptabiliser. Il se compose en effet d'une part de praticiens hospitaliers ou hospitalo-universitaires spécialisés qui en constituent le noyau dur, d'autre part d'un personnel plus jeune composé de médecins du contingent, d'anciens C.E.S. et d'internes plus mobiles, auxquels viennent s'adjoindre de nombreux médecins d'origine diverse, qui assurent les gardes, les vacations ou les astreintes. A l'exception des CHR où le personnel est distinct, l'ensemble du personnel se partage le plus souvent entre les services d'accueil des urgences, le bloc opératoire, le service de réanimation polyvalente et le SAMU - SMUR.

Les résultats de l'enquête réalisée en 1986 par la Direction Générale de la Santé montrent un total de 4251 postes équivalents temps plein, (1360 postes de médecins, 978 de paramédicaux, 1913 de personnels non médicaux) mais le nombre de gardes, vacations, astreintes est difficile à comptabiliser. Néanmoins, la réserve en personnel qui pourrait être mobilisée, en cas de catastrophe par exemple, est 4 à 8 fois plus considérable, un grand nombre de médecins qui ne participent qu'aux gardes, étant cependant formés aux techniques d'urgence.

Les moyens sanitaires publics d'urgence ne seraient pas complets si l'on ne mentionnait en outre le formidable potentiel hospitalier public dont les SAMU et les SMUR ne constituent que la tête de pont. Il existe en effet 1074 établissements hospitaliers. Parmi les 458.000 lits recensés en 1986, on dénombre 231.000 lits de court séjour, dont 133.000 lits de médecine, 77.000 lits de chirurgie et 20.000 de gynéco-obstétrique. C'est dans ces lits, ainsi que dans ceux des établissements privés, qu'aboutiront inéluctablement les urgences graves et les détresses. L'organisation des urgences ne peut donc pas ignorer leur fonctionnement en s'occupant uniquement de "l'amont hospitalier" sans risquer de désorganiser gravement ce qui se passera en aval.

B - A côté des Services publics qui concourent à l'aide médicale urgente existent d'importants moyens privés et des groupes professionnels considérables

1 - Avant tout les médecins libéraux et parmi eux les médecins généralistes.

L'article 42 du code de déontologie leur fait obligation de participer aux urgences et à la garde, mais cette règle n'a pas toujours - tant s'en faut - été respectée de façon homogène et organisée, notamment dans les grandes villes.

Aussi cette relative absence a-t-elle favorisé l'éclosion d'une nouvelle catégorie de médecins, organisés pour répondre à ce nouveau type d'activité : il s'agit des urgentistes, jeunes médecins ne possédant pas un cabinet libéral mais qui ont acquis, après un passage dans les SAMU - SMUR une technicité particulière et qui sont payés sur le mode libéral (V,K,C). Ils sont regroupés en association loi 1901.

La plus ancienne et la plus connue est "SOS médecins" qui réunit au sein de son Union Nationale 27 associations, définies par un cahier des charges et un mode d'activité identiques et qui regroupe 400 médecins dans les principales villes de France.

Mais d'autres associations d'urgentistes ont vu le jour en divers endroits, ainsi que des associations de permanence des soins et d'urgence médicales qui regroupent quant à elles des médecins libéraux installés et se distinguent en cela des urgentistes.

2 - A côté des médecins, un autre groupe professionnel joue un rôle de plus en plus important dans l'organisation de l'urgence. Il s'agit des ambulanciers privés regroupés au sein de leurs 5.500 à 6.000 entreprises.

Leur potentiel est considérable. Ils disposent en effet d'environ 40.000 agents si l'on comptabilise les artisans, leurs conjoints actifs et les salariés, et d'un parc automobile constitué de plus de 25.000 véhicules.

3 - Il n'est pas question d'oublier le secteur hospitalier privé qui, selon une enquête récente du SESI, comporte 741 établissements aptes à recevoir les urgences avec 46.000 lits de ce type dont pratiquement les 3/4 sont situés en chirurgie.

4 - Enfin différentes associations humanitaires interviennent dans ce domaine, mais la plus importante d'entre elles est sans conteste la Croix Rouge Française fondée en 1864, qui joue le rôle d'auxiliaire des pouvoirs publics. Elle dispose de 50.000 secouristes qui peuvent venir seconder les professionnels des secours et de l'aide médicale urgente en cas de besoin.

II - SITUATION JURIDIQUE ACTUELLE

Les moyens disponibles sont donc très abondants, tant du point de vue du personnel que l'équipement, et leur répartition dans l'ensemble est à peu près satisfaisante. Aussi le problème essentiel qui se pose est-il celui de la coordination de ces moyens, afin d'améliorer leur fonctionnement et d'en limiter les coûts qu'une concurrence sauvage ne saurait qu'augmenter.

C'est pour assurer la continuité entre médecine libérale et médecine hospitalière, c'est-à-dire entre la permanence des soins en dehors des heures ouvrables et la réponse aux détresses les plus sévères, que fut proposée la création des centres 15 par une circulaire de Simone WEIL signée en février 1979. Leur mise en place cependant n'a pas été aussi rapide qu'on eût pu le souhaiter (il en existait 6 en 1982, 11 en 1984, il y a en a maintenant 20 et 5 autres créations sont prévues).

Aussi la loi du 6 janvier 1986 a-t-elle voulu s'adapter aux réalités du terrain en instaurant les conditions d'une coordination locale.

- la loi a créé les comités départementaux de l'Aide Médicale Urgente et des transports sanitaires, qui seront chargés de veiller à la qualité de l'aide médicale urgente en tenant compte de la diversité des moyens locaux.

- la loi assure les bases juridiques des SAMU et les oblige à ouvrir des centres 15, auxquels les libéraux auront accès dès lors qu'ils le demandent.

- la loi définit enfin les transports sanitaires, modifie leurs règles de prise en charge et supprime le secteur non agréé.

. Les moyens sanitaires publics d'urgence ne seraient pas complets si l'on ne mentionnait en outre le formidable potentiel hospitalier public dont les SAMU et les SMUR ne constituent que la tête de pont. Il existe en effet 1074 établissements hospitaliers. Parmi les 458.000 lits recensés en 1986, on dénombre 231.000 lits de court séjour, dont 133.000 lits de médecine, 77.000 lits de chirurgie et 20.000 de gynéco-obstétrique. C'est dans ces lits, ainsi que dans ceux des établissements privés, qu'aboutiront inéluctablement les urgences graves et les détresses. L'organisation des urgences ne peut donc pas ignorer leur fonctionnement en s'occupant uniquement de "l'amont hospitalier" sans risquer de désorganiser gravement ce qui se passera en aval.

B - A côté des Services publics qui concourent à l'aide médicale urgente existent d'importants moyens privés et des groupes professionnels considérables

1 - Avant tout les médecins libéraux et parmi eux les médecins généralistes.

L'article 42 du code de déontologie leur fait obligation de participer aux urgences et à la garde, mais cette règle n'a pas toujours - tant s'en faut - été respectée de façon homogène et organisée, notamment dans les grandes villes.

Aussi cette relative absence a-t-elle favorisé l'éclosion d'une nouvelle catégorie de médecins, organisés pour répondre à ce nouveau type d'activité : il s'agit des urgentistes, jeunes médecins ne possédant pas un cabinet libéral mais qui ont acquis, après un passage dans les SAMU - SMUR une technicité particulière et qui sont payés sur le mode libéral (V,K,C). Ils sont regroupés en association loi 1901.

La plus ancienne et la plus connue est "SOS médecins" qui réunit au sein de son Union Nationale 27 associations, définies par un cahier des charges et un mode d'activité identiques et qui regroupe 400 médecins dans les principales villes de France.

Mais d'autres associations d'urgentistes ont vu le jour en divers endroits, ainsi que des associations de permanence des soins et d'urgence médicales qui regroupent quant à elles des médecins libéraux installés et se distinguent en cela des urgentistes.

2 - A côté des médecins, un autre groupe professionnel joue un rôle de plus en plus important dans l'organisation de l'urgence. Il s'agit des ambulanciers privés regroupés au sein de leurs 5.500 à 6.000 entreprises.

III - CEPENDANT DE NOMBREUX PROBLEMES DEMEURENT :

A - Chacun des acteurs en présence se trouve confronté à de nouvelles difficultés :

1 - Les SAMU - SMUR connaissent depuis peu une modification préoccupante de leurs effectifs, liée à l'incidence de 3 réformes récentes :

- réforme du 3° cycle des études médicales
- réforme du statut de praticiens hospitaliers
- réforme du service militaire

Ces réformes déterminent en effet à des degrés divers, respectivement :

- le nombre de jeunes médecins en formation (internes et CES)
- celui des praticiens hospitaliers
- et le nombre de médecins du contingent,

tout personnel qui, dans son ensemble, assurait jusqu'ici le fonctionnement de ces services.

2 - Les sapeurs pompiers subissent certains aspects fâcheux de la décentralisation : Partagés entre l'autorité du conseil général et celle du préfet, en pratique ils échappent souvent à l'une ou l'autre. Aux dires même de représentants du Ministère de l'Intérieur, la cohérence de leur formation et de leur avancement s'en ressent, leur équipement et leurs moyens varient d'un département à l'autre suivant la force des revendications exprimées plutôt qu'en fonction des besoins des secours.

3 - Les Médecins libéraux, face à leur démographie croissante et à la baisse consécutive de leurs revenus, s'irritent de la concurrence des urgentistes, au moment où l'urgence apparaît encore dans les régions très médicalisées comme l'un des moyens de se faire une clientèle. En outre ils se voient reprochés leur faible technicité et se font attaquer sur leur compétence.

4 - Les ambulanciers privés rencontrent la concurrence des sapeurs pompiers et des ambulanciers non agréés. Ils se plaignent des délais de paiement et des refus de prise en charge de l'Assurance Maladie. Ils protestent contre les tracasseries administratives des DDASS souvent motivées, à vrai dire, par les innombrables entorses au règlement accomplis par une petite fraction d'entre eux.

B - Loin de diminuer la combativité de ces différents groupes, les difficultés exacerbent les tensions et conduisent les syndicats à surenchérir en revendiquant l'exclusivité chacun dans leur domaine. Cependant une définition commune de ce domaine, une répartition des rôles qui soit acceptable par tous, reste à faire. En outre, si les besoins en matière d'urgence sont importants, ils ne grandiront néanmoins pas. Aussi le partage n'en est-il que plus difficile. Les états majors syndicaux réclament qu'il soit fait au plan national pour mieux marquer leur territoire et afficher leurs résultats vis à vis de l'autre camp. Or le partage ne peut être réalisé qu'au niveau départemental, afin de tenir compte de ressources locales disparates et d'atténuer les susceptibilités de chacun.

C - Bien que la loi ait marqué un progrès, la situation juridique reste encore confuse

- 1 - Le Code des Communes reste inchangé ainsi que les missions des sapeurs pompiers qui en découlent.
- 2 - La loi hospitalière, désormais modifiée par la loi du 6 janvier 1986 fait aux hôpitaux l'obligation, non seulement d'accueillir les urgences mais encore pour certains d'entre eux, d'aller au devant d'elles, soit en créant des SMUR avec leurs propres moyens, soit par convention avec les services d'Incendie et de Secours.
- 3 - Le Code de déontologie oblige les praticiens à répondre aux appels d'urgence.
- 4 - Enfin l'article 63 du Code Pénal crée pour chaque français l'obligation de porter assistance à autrui.

Ces textes créent aussi des devoirs à de nombreux acteurs et favorisent par là même les conflits de compétence. En outre la circulaire de février 1979 créant les centres 15 a, pour des raisons tactiques, mélange 2 concepts fort différents, celui de numéro téléphonique unique nécessaire aux détresses - le 15- d'une part et le concept de permanence des soins et d'union avec la médecine libérale au sein d'un centre commun, d'autre part.

Les décrets d'application n'ont pas été publiés.

Enfin la loi du 6 janvier 1986 n'a nullement réglé la question du financement.

D - LE FINANCEMENT

pose en effet 2 types de problèmes :

- la répartition des charges entre les 3 principaux financeurs : l'Assurance Maladie, les collectivités locales et l'Etat.
- les modalités pratiques du financement ; certaines étant plus inflationniste que d'autres.

1 - la répartition des charges

Aucun partage n'a pu être clairement élaboré par les textes. Aussi chacun des financeurs tente-t-il de faire payer aux autres des charges qui lui reviennent :

- tentation de faire payer à l'Assurance Maladie par le biais de convention entre hôpitaux et services d'incendie et de secours, des personnels et des équipements qui relèvent de collectivités locales.

- tentation de faire payer à l'Etat une partie du fonctionnement de services hospitaliers ayant une activité de diagnostic et de soins (les SAMU - SMUR) qui relèvent à ce titre de l'Assurance Maladie.

- tentation pour l'Assurance Maladie de faire payer des services hospitaliers par les collectivités locales.

Il faut cependant souligner que si le financement des centres 15 ("les centres de réception et de régulation médicale" de la loi du 6 janvier 86) n'est effectivement pas réglé, en revanche celui des SAMU devrait s'éclaircir : En effet les SAMU sont clairement désignés par cette même loi comme des services hospitaliers et la dotation globale de financement des hôpitaux (loi du 19/1/83, décret du 11/8/83) se calcule pour l'Assurance Maladie comme un solde tandis que l'Etat n'est pas contraint de subventionner et que les collectivités locales n'ont pas de responsabilité en matière sanitaire.

- 2 - les modalités de financement devraient être revues, pour certaines d'entre elles tout au moins, qui se révèlent inflationnistes.

Ainsi les sapeurs pompiers volontaires qui relèvent des collectivités locales, sont payés à la vacation c'est-à-dire au nombre et à la durée des sorties, les ambulanciers sont rémunérés par le tarif des transports sanitaires, les médecins libéraux sont, bien entendu, payés à l'acte par l'Assurance Maladie.

Quant aux budgets hospitaliers, on peut espérer que la globalisation du budget des SMUR, qui doit se faire en 1987, limite une possible tendance inflationniste. De même la coordination des sorties du SMUR par le centre 15 se traduit, chaque fois qu'elle s'instaure, par une diminution du nombre de ses sorties. En moyenne dans un centre 15, les affaires traitées aboutissant à une sortie du SMUR ne représentent plus que 17 % des réponses alors que les réponses légères - et partant, moins coûteuses - ne cessent d'augmenter, sans que la qualité ne s'en ressentent - bien au contraire : la création d'un centre 15 permet de déconnecter la décision de son paiement : celui qui décide le moyen thérapeutique nécessaire n'est plus celui qui l'effectue et qui est donc payé pour cela.

Cette règle devrait s'étendre à tous.

IV - LES PERSPECTIVES

Les besoins en matière d'urgence, même s'ils sont très importants, n'augmenteront pas. Il importe donc, dans les 10 prochaines années, d'établir un partage harmonieux entre les différents partenaires, partage qui tienne compte des qualités des divers acteurs et des contraintes financières.

Les difficultés de financement de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des collectivités locales peuvent à terme s'avérer bénéfiques si elles permettent d'éviter des doublons, de modifier les modes de financement et de recentrer chacun des intervenants sur sa principale activité, en l'incitant à faire des choix et à abandonner les activités "couverts" par d'autres.

Ainsi les sapeurs pompiers, qui ont pour eux leur nombre, leur polyvalence et leur répartition, doivent ils rester présents dans les premiers secours et accepter une régulation médicale unique. Parallèlement il ne sera pas question (mis à part dans les départements qui en sont encore dépourvus) de multiplier les implantations de SMUR, si l'on veut conserver à ces derniers leur niveau de compétence et de technicité.

En revanche, il est essentiel - dès lors qu'il y a un malade ou blessé - que la régulation de l'aide médicale urgente soit le fait de médecins et que ces médecins appartiennent à une structure mixte libérale et hospitalière, le centre 15, afin :

- d'une part d'établir les diagnostics et d'accomplir les choix thérapeutiques que seuls des médecins sont capables de faire

- mais aussi d'assurer, à l'entrée des hôpitaux, une fonction TRI indispensable pour éviter des hospitalisations abusives ou inadéquates dans des établissements ou des services hospitaliers saturés ou inadaptés, qu'elles risqueraient de désorganiser
- de rendre enfin aux libéraux la place qui est la leur dans le système de soins.

Cette fonction tri qui a un but à la fois de santé publique et d'économie, ne peut être remplie que par des médecins ayant la meilleure capacité technique en matière de réanimation et d'urgence en collaboration avec des médecins libéraux qui connaissent la pratique du terrain.

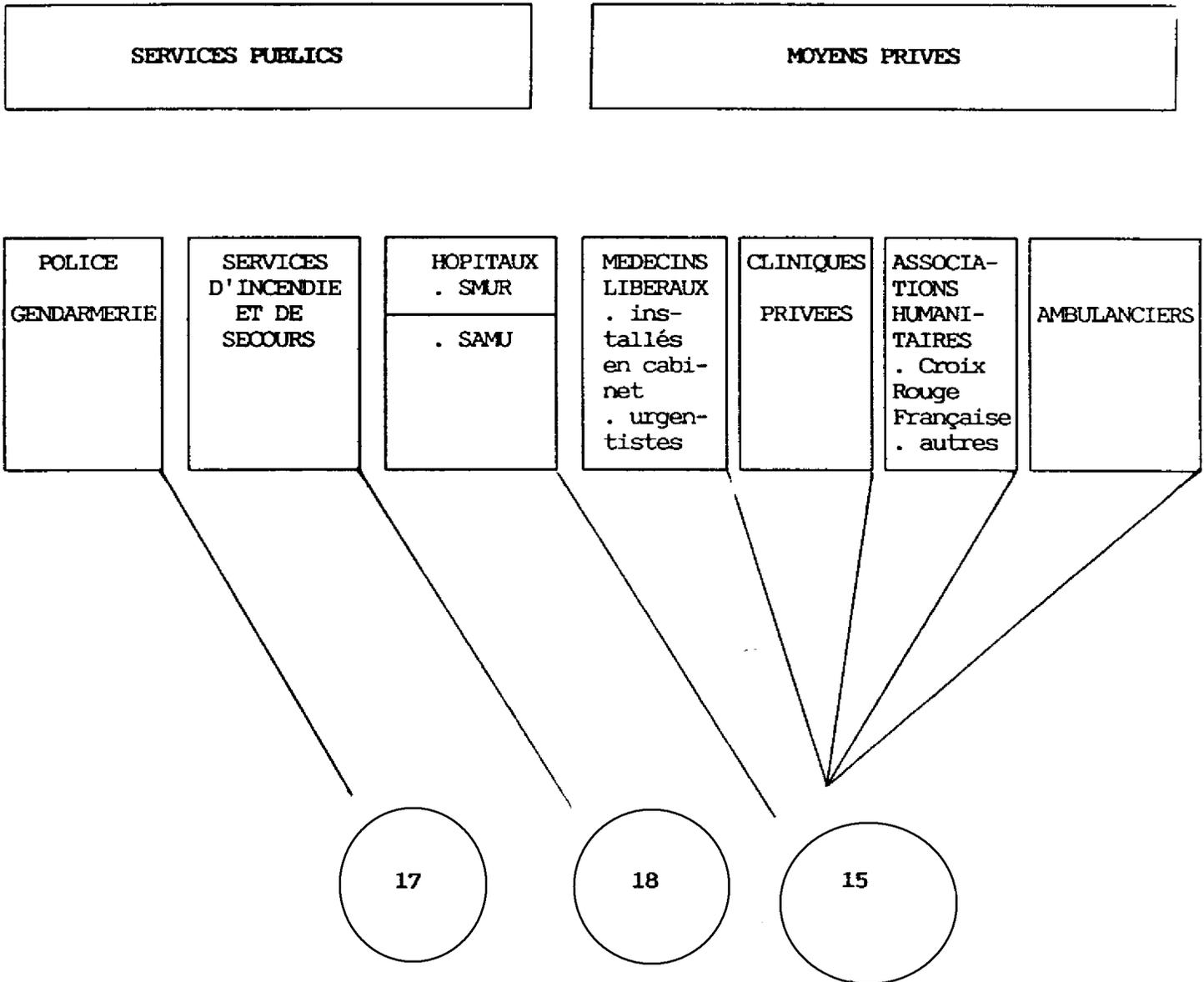
Cependant ces changements ne pourront pas se faire sans une modification importante des comportements, ce qui - étant donné le caractère passionnel de ce sujet et l'extrême sensibilité de ses acteurs et du public - ne se fera pas sans difficultés ni sans éclats.

Un effort d'information et d'évaluation devra être entrepris et un autocontrôle devra être demandé pour limiter ceux-ci. La concertation devra être installée de façon permanente au sein de commissions départementales (CDAMU) ou reprise au niveau national de façon plus régulière.

Bureau des secours d'urgence

L'AIDE MEDICALE URGENTE EN FRANCE

LES PARTENAIRES DE L'AIDE MEDICALE URGENTE



LES MOYENS DE L'AIDE MEDICALE URGENTE EN QUELQUES CHIFFRES

	3.170 centres de secours	
SAPEURS-POMPIERS	236.000 sapeurs-pompiers civils	< 206.000 volontaires 30.000 professionnels
	9.500 sapeurs-pompiers militaires	

ETABLISSEMENTS DE SOINS	1.074 établissements publics	
	741 établissements privés participant à l'urgence	

	97 SAMU	
SAMU - SMUR	255 SMUR	
	4.251 agents au total dont 1360 médecins	

CENTRES 15	33 (dans 30 départements)	
------------	---------------------------	--

MEDECINS LIBERAUX	86.700 médecins actifs (métropole 1.01.86)	
dont URGENTISTES (SOS MEDECINS)	30 associations	
	400 médecins	

AMBULANCIERS	6.000 entreprises	
	40.000 personnes	

CROIX ROUGE FRANCAISE	1.200.000 adhérents	
	50.000 secouristes	

UN NUMERO A L'ECOUTE DE L'URGENCE

