



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Module Inter- Professionnel de Santé Publique

Date du Jury : ***7 et 8 novembre 2002 .***

**PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE MÉDICALE EXTRA-HOSPITALIÈRE :
POUR UNE MEILLEURE COORDINATION ENTRE SAMU, POMPIERS ET
MÉDECINS LIBÉRAUX DE GARDE.**

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 11 élèves en formation initiale

Animateur : Bruno COTARD

Sommaire

1. Une prise en charge des urgences extra-hospitalières encore perfectible	4
1.1 Un cadre juridique qui tente de coordonner de nombreux acteurs	4
1.1.1 Des acteurs aux profils variés	4
1.1.2 Une tentative de coordination par la réglementation	7
1.2 Une organisation parfois insatisfaisante sur le terrain	10
1.2.1 Une organisation financière et juridique non optimale	10
1.2.2 Une coordination difficile à mettre en œuvre	12
2. Des expériences innovantes témoins d'une optimisation possible	16
2.1 La plate-forme commune de réception des appels d'Angers: une complémentarité SAMU-pompiers	16
2.1.1 Le développement d'une dynamique partenariale	16
2.1.2 Un bilan largement positif	18
2.2 La structuration et l'organisation de la garde libérale	20
2.2.1 Le Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux d'Arras (CRRAL)	20
2.2.2 Le Centre d'Accueil et de Répartition Libéral de la ville de Rennes (C.A.R.L)	24
Conclusion : Quelques pistes d'amélioration	28

Liste des sigles utilisés

AMUHF :	A ssociation des M édecins U rgentistes H ospitaliers de F rance
ASSUM :	A ssociation des S ervices d' U rgence M édicale
CARL :	C entre d' A ccueil et de R épartition L ibéral de R ennes
CESU :	C entre d' E nseignement des S oins d' U rgence
CODAMU :	C omité D épartemental de l' A ide M édicale U rgente
CODIS :	C entre O opérationnel D épartemental d'Incendie et de S ecours
CRRA :	C entre de R éception et de R égulation médicale des A ppels (centre 15)
CRRAL :	C entre de R éception et de R égulation médicale des A ppels L ibéral ("15 bis").
CS :	C entres de S ecours
CTA :	C entre de T raitement de l' A lerte
DDSC :	D irection de la D éfense et de la S écurité C ivile (ministère de l'Intérieur)
DHOS :	D irection de l' H ospitalisation et de l' O rganisation des S oins
FAQSV :	F onds d' A ide à la Q ualité des S oins de V ille
PARM :	P ermanencier A uxiliaire de R égulation M édicale
SAMU :	S ervice d' A ide M édicale d' U rgence
SDIS :	S ervice D épartemental d'Incendie et de S ecours
SMUR :	S ervice M obile d' U rgence et de R éanimation
SSSM :	S ervice de S anté et de S ecours M édical
SSU :	S ecours et S oins d' U rgence
UHM :	U nité H ospitalière M obile
URCAM :	U nion R égionale des C aisses d' A ssurance M aladie
URMEL :	U nion R égionale des M édecins E xerçant à titre L ibéral
VSAB :	V éhicule de S ecours aux A sphyxiés et aux B lessés
VSR :	V éhicule de S ecours R outier

INTRODUCTION

Les décès survenus à quelques mois d'intervalle dans le département du Cher au cours de l'année 2002 posent plus que jamais la question de l'organisation des urgences pré-hospitalières déjà dénoncée en 1994 par le rapport Barrier¹. Un père de famille est décédé autour de 4 heures dans la nuit du 17 au 18 février après avoir attendu pendant une heure et quart une assistance médicale. Son fils de dix ans avait pourtant appelé dès 2 heures 45 du matin le 18 et aurait été mis en contact avec un médecin régulateur du centre 15 du centre hospitalier de Bourges. Fin août 2002, un autre patient décédait d'une crise cardiaque après que la famille ait attendu plus d'une heure le médecin du SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente). Ces deux événements tragiques, sans jeter le discrédit sur la prise en charge des urgences pré-hospitalières, évoquent néanmoins les difficultés liées à la coordination des différents acteurs. Côté usager, la méconnaissance du dispositif conduit à un consumérisme médical dû à la multiplication des appels qui ne semblent pas toujours présenter un caractère d'urgence.

L'urgence en matière de santé se définit comme " un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète – à tort ou à raison – l'intéressé et/ou son entourage ". Alors que l'urgence est souvent associée à une détresse vitale, cette définition souligne la nécessité de répondre à toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée quelle que soit la gravité du problème. Selon le Colonel David, Médecin-Chef du SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours) d'Ille-et-Vilaine, "l'urgence c'est l'appel de tout citoyen qui la ressent comme telle".

Cependant, au terme de notre campagne d'entretiens, nous avons constaté qu'il n'y avait pas de définition consensuelle de la notion d'urgence pré-hospitalière. Pour certains, il s'agit d'une urgence vraie ou relative pour laquelle il n'y a pas de traitement immédiat à proposer. Pour d'autres, le terme d'urgence extra-hospitalière serait plus adapté car ces urgences se produisent en dehors de l'hôpital et ne conduisent pas forcément à une admission de l'utilisateur en milieu hospitalier. C'est le terme que nous retiendrons dans le cadre de notre étude.

L'organisation de la prise en charge médicale des urgences extra-hospitalières en France repose sur un réseau d'intervenants publics et privés. Dans le secteur public, celle-ci est assurée par les SAMU et les SMUR (Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation), les services d'accueil et de traitement des urgences des hôpitaux publics, les sapeurs-pompiers, les centres anti-poison, la police et la gendarmerie. Dans le secteur privé, il s'agit des

¹ Septembre 1994 – Rapport sur "la prise en charge effective des urgences médicales à tous les échelons de la médecine de ville jusqu'à l'hôpital".

médecins libéraux, des ambulanciers et des associations humanitaires (notamment SAMU social) ou de médecins (SOS Médecins).

Historiquement, après la seconde guerre mondiale, le Ministère de la Santé n'a pas voulu prendre en charge le secours aux personnes qui a été transféré au Ministère de l'Intérieur et à la DSC (Direction de la Sécurité Civile) qui supervise les pompiers. Les accidents se multipliant, les pompiers étaient en première ligne ; c'est pourquoi ils ont créé en leur sein des Services de Santé de Secours Médical (SSSM) qui avaient notamment dans leurs attributions le sauvetage et la médicalisation des secours aux personnes.

Parallèlement, sont instaurées en 1955 les premières équipes mobiles de réanimation. Leurs missions étaient initialement d'assurer les secours mobilisés aux accidentés de la route ainsi que les transferts inter-hospitaliers. Dix ans plus tard un décret interministériel crée officiellement les SMUR attachés aux hôpitaux. Les SAMU naissent en 1968 afin de coordonner l'activité des SMUR.

Dès 1974, les médecins généralistes libéraux participent à l'activité de régulation médicale en complément des praticiens hospitaliers de ces structures.

Une décision interministérielle de 1978 crée le 15, numéro national d'appel gratuit pour les urgences médicales ; ce numéro vient en complément du 17 pour la police et du 18 pour les pompiers. Par la suite, la loi du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente a assis la légitimité des SAMU en leur attribuant la régulation médicale. La circulaire du 18 septembre 1992 a, quant à elle, défini les domaines d'action et les relations entre les SDIS et les acteurs hospitaliers. Une circulaire de 1996 plaide enfin pour que les collectivités locales soient pleinement associées à l'élaboration de conventions opérationnelles entre pompiers et SAMU : "leur association constituera un facteur important du dispositif en même temps qu'un moyen privilégié d'information des populations".

Cette évolution historique montre que la place et les rapports entre les différents acteurs sont complexes. En effet, bien que les textes déterminent précisément les missions de chaque intervenant, ils paraissent inadaptés à la réalité du terrain. La méconnaissance du grand public concernant l'utilisation des numéros d'appel d'urgence entraîne une multiplication d'appels ne relevant pas toujours de "l'urgence vraie". Cet état de fait aggrave d'autant plus les problèmes de coordination entre le 15 et le 18 déjà compromis par des corporatismes persistants et des conflits de personnes au niveau local. Ajouté à cela, l'implication des médecins libéraux diminue, conséquence de l'apparition de différents facteurs : une valorisation économique peu favorable, l'évolution de la démographie médicale (numerus clausus à réformer), le manque de formations sur le traitement des urgences, perte d'une certaine qualité de vie (astreintes).

A partir de ces différents constats une question émerge : **comment les acteurs parviennent-ils à s'organiser pour optimiser la prise en charge des urgences extra-hospitalières ?**

Pour répondre à cette question, nous avons rencontré les différents acteurs concernés afin d'appréhender leur vision du dispositif et quelles solutions innovantes ils pouvaient proposer. Nous avons fait le choix de nous rendre dans trois départements ayant expérimenté de nouveaux dispositifs : Ille et Vilaine, Maine-et-Loire et Pas-de-Calais. Sur chacun de ces sites, nous nous sommes entretenus avec les trois acteurs principaux de la prise en charge des urgences extra-hospitalières que sont les pompiers, le SAMU et les médecins libéraux sur lesquels nous avons décidé de nous concentrer. Nous avons également consulté différents acteurs nationaux : DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) du Ministère de la Santé et AMUHF (Association des Médecins Urgentistes Hospitaliers de France).

Ces différents entretiens ont été complétés par :

- le recensement de la réglementation en vigueur sur la prise en charge des urgences extra-hospitalières,
- un état des lieux du fonctionnement de la prise en charge des urgences extra-hospitalières dans les trois départements visités,
- la formulation de propositions d'organisation de la prise en charge des urgences extra-hospitalières dans une perspective d'amélioration et de restructuration,
- une recherche bibliographique et documentaire ciblée : données statistiques, données générales, rapports d'activités, lecture de documents divers et consultations de sites internet divers et variés.

Ces résultats nous ont permis de nourrir une réflexion collective mais non exhaustive sur une prise en charge des urgences extra-hospitalières encore perfectible tant dans son cadre juridique que dans son organisation (1). Cet état des lieux nous a conduit à analyser quelques expériences innovantes mises en place par des professionnels de terrain (2).

1. UNE PRISE EN CHARGE DES URGENCES EXTRA-HOSPITALIERES ENCORE PERFECTIBLE

Si le cadre juridique de la prise en charge des urgences cherche à coordonner de nombreux acteurs au profils variés, leur organisation sur le terrain n'est pas, pour autant, pleinement satisfaisante.

1.1 UN CADRE JURIDIQUE QUI TENTE DE COORDONNER DE NOMBREUX ACTEURS

La réglementation détermine les compétences de chaque intervenant et tend à élaborer une solide coordination entre eux.

1.1.1 Des acteurs aux profils variés

Chaque profession obéit à des contraintes et des logiques propres encadrées par la réglementation.

a. Le Service d'aide médicale urgente (SAMU): la réponse médicale à une urgence vitale

Selon le **décret du 16 décembre 1987** : les SAMU ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence :

- ✓ Ils doivent assurer une écoute médicale permanente.
- ✓ Ils déterminent et déclenchent dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels.
- ✓ Ils s'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publique ou privée adaptés à l'état du patient et préparent son accueil. Ils sont tenu de respecter le libre choix du patient dans la mesure où celui-ci est en mesure de l'exprimer.
- ✓ Les SAMU sont tenus d'organiser, 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.
- ✓ Enfin, ils veillent à la bonne admission du patient.

Afin d'assurer une écoute médicale permanente, les Centres 15 ou plus officiellement les Centres de réception et de régulation des appels (CRRRA) ont été créés par la circulaire du 6 février 1979. Ce sont des structures chargées de recevoir l'ensemble des appels médicaux urgents par l'intermédiaire d'un numéro unique.

Un premier tri des situations d'urgence est effectué dès la réception de l'appel. Des conseils sont formulés, des orientations sont données et éventuellement, l'équipe médicalisée du SMUR est engagée. Cette gestion des appels est appelée "la régulation". Elle est effectuée

par des médecins régulateurs et par des PARM (permanenciers auxiliaires de régulation médicale). Ensemble, ils coordonnent les moyens publics des SAMU et ceux privés des associations de médecins libéraux participant aux gardes médicales.

Il existe en France 105 SAMU qui reçoivent chaque année près de 11 millions d'appels, le nombre d'appels a triplé en dix ans: 60 % sont sans suite (erreur, malveillance...), 12 % se terminent par un simple conseil médical, 27 % donnent lieu à l'intervention d'un médecin (dont 5% pour le SMUR).²

Les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation assurent quant à eux la délivrance des soins sur place ou le transport médicalisé des patients entre le domicile ou le lieu de l'accident et un établissement de soins. L'équipe est composée de trois personnes au moins : un conducteur, un médecin réanimateur et un externe. Il existe 358 SMUR en France qui effectuent plus de 500 000 sorties par an.

b. Les pompiers, pivots du secours d'urgence

Les sapeurs-pompiers réalisent chaque année plus de 3 500 000 interventions en France soit une toutes les 9 secondes. Les secours d'urgence pris en charge par les pompiers sont gérés, dans chaque département par un établissement public, le SDIS. Ces services sont rattachés au Ministère de l'Intérieur à travers la D.S.C. D'après l'article 2 de la loi du 3 mai 1996, les SDIS "sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies". Elle indique, en outre, qu'ils assurent **les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation.**

Les SDIS sont placés sous l'autorité du maire et/ou du préfet agissant dans le cadre de leur pouvoir de police. Chaque SDIS comporte un corps départemental de sapeurs-pompiers composé de sapeurs-pompiers professionnels (ils sont 30 534 en France), de sapeurs-pompiers volontaires (plus de 190 000 soit 85% de l'ensemble) et de sapeurs-pompiers auxiliaires de sécurité civile. Cependant, à Paris, dans les départements 92, 93 et 94 et à Marseille, ils sont militaires.

Le SDIS est organisé en centres d'incendie et de secours³. Il comprend un service de santé et de secours médical (SSSM). En France, ces services comptent environ 8 900 personnes dont 6 209 médecins. 96% des médecins sont des volontaires exerçant en très grande majorité la profession de médecin généraliste. 20% d'entre eux sont titulaires d'une qualification de médecine d'urgence et 9% d'une qualification de médecine de catastrophe. Le rôle de ces

² Source DREES

³ Ces centres comprennent des centres de secours principaux, des centres de secours (9 700 en France) et des centres de première intervention, comme le rappelle le décret du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours.

services est capital puisque la moitié des sorties des sapeurs-pompiers concerne le secours aux personnes contre 10% pour la lutte contre l'incendie.

Chaque SDIS dispose d'un centre opérationnel départemental d'incendie et de secours (CODIS) chargé de la coordination des centres de traitement de l'alerte (CTA). Ils sont chargés de la réception, du traitement et de la réorientation éventuelle des demandes de secours. Ils sont le point de départ de l'intervention des sapeurs-pompiers. L'officier de permanence du CODIS ne juge pas du bien-fondé de l'intervention médicale et de la forme qu'elle doit prendre. Seul un médecin régulateur peut le faire.

Les véhicules de secours aux asphyxiés et aux blessés (VSAB) appartiennent, sauf exception, aux SDIS. Ils participent au fonctionnement du SMUR par convention conclue entre l'hôpital et les sapeurs-pompiers. L'équipement de ces véhicules permet de dispenser des soins d'urgence et de réanimation. Le territoire national compte 5 415 VSAB, 1 200 véhicules de secours routier (VSR) pour la désincarcération et 371 véhicules de liaison médicalisée, indispensables pour les médecins.

La circulaire du 5 février 2001 relative à la participation des transports sanitaires privés dans la prise en charge des urgences extra-hospitalières rappelle que le SDIS n'a, en principe, pas pour mission d'assurer des transports sanitaires. Cependant, à la demande du centre 15, les pompiers peuvent suppléer les ambulanciers en cas de carence de ces derniers.

c. Les médecins libéraux, partenaires essentiels de la permanence des soins

L'article 77 du Code de déontologie médicale comporte l'obligation de la garde. Il dispose que : "dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit⁴". Une permanence des soins doit être assurée 24 heures sur 24, tant par les généralistes que par les spécialistes. Cette garde s'organise par secteur à l'initiative d'une association, d'un syndicat ou du conseil départemental de l'ordre des médecins en cas de carence. Le médecin ne peut prétendre remplir ses obligations à cet égard par un renvoi systématique des appels sur le Centre 15.

Le médecin généraliste peut être appelé directement par le patient ou sollicité par le médecin du SAMU. Dans les deux cas, une complémentarité avec les autres partenaires de l'urgence et une organisation sectorielle de la garde, s'avèrent nécessaires.

⁴ Les conseils départementaux de l'Ordre "peuvent néanmoins accorder des exemptions compte-tenu de l'âge du médecin, de son état de santé et, éventuellement de ses conditions d'exercice"

Il ne peut y avoir d'organisation efficace de la prise en charge des urgences extra-hospitalières sans un véritable réseau structuré : la place des médecins généralistes libéraux apparaît donc essentielle.

Une circulaire du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins de ville prévoit à cet effet la mise en place d'un dispositif comportant une régulation des appels aux généralistes par un médecin libéral au centre 15, une sectorisation des départements et l'élaboration d'une liste de médecins d'astreinte. Elle indique également les conditions de rémunération de la garde.

d. Les transporteurs privés : entre obligation légale et logique d'entreprise

Les ambulanciers effectuent le transport de malades, blessés, ou parturientes au moyen de véhicules spécialement adaptés à cet effet : ambulance pour le transport en position allongée, véhicules sanitaires légers (VSL) pour le transport en position assise. Ils exercent leur activité principalement dans le secteur privé commercial (entreprise de transport sanitaire) et éventuellement associatif (Croix-Rouge Française). L'exercice de cette activité est soumis à un agrément délivré par l'autorité préfectorale (article 51-6 du code de la santé publique et décret du 30 novembre 1987).

La circulaire du 5 février 2001 rappelle l'obligation légale de garde des transporteurs privés et incite les partenaires de l'urgence à rechercher de nouvelles modalités d'organisation telles la sectorisation, la mutualisation des moyens ou la mise en place d'équipements informatiques.

Les acteurs ont des compétences et des logiques diverses; pour autant, ce sont tous des partenaires de l'urgence. Leur action à besoin d'être coordonnée.

1.1.2 Une tentative de coordination par la réglementation

Les textes cherchent à organiser rationnellement la prise en charge des opérations, de leur déclenchement à leur aboutissement.

a. De l'interconnexion 15-18 à la mise en place du numéro unique.

La loi du 6 janvier 1986 impose que "les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés (...) avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours" (article 4). Trois circulaires⁵ viennent en préciser les modalités et en rappellent le caractère obligatoire.

Un tel dispositif a pour objectif d'optimiser la réponse des secours en fonction du type de l'urgence, quel que soit le numéro composé. Grâce à l'interconnexion 15/18, les

⁵ Circulaires du 18 septembre 1992 et du 12 avril 1996, relatives aux relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours ; circulaire du 12 décembre 1994, relative aux modalités techniques de l'interconnexion 15-18.

différents acteurs se tiennent mutuellement informés des appels qui leur parviennent et des opérations en cours. Elle assure en outre à l'appelant un dialogue téléphonique sans rupture.

La circulaire du 18 septembre 1992 établit les règles en matière de basculement téléphonique d'un centre d'appel à un autre⁶.

La retransmission des appels entre le Centre 15 et le CODIS doit être immédiate et réciproque. Elle doit se poursuivre au fur et à mesure de l'arrivée des informations complémentaires, couvrant ainsi l'opération de son déclenchement à son aboutissement.

Le numéro d'urgence unique impose aux acteurs de se diriger vers une collaboration plus poussée.

La directive du 7 mars 2002 prévoit la mise en place du 112 dans toute la communauté européenne avant le 24 juillet 2003. Le 112 est un numéro unique d'appel d'urgence. Il n'a pas vocation à remplacer les numéros 15, 18 et 17 mais vient s'y ajouter. Son avantage principal est de permettre aux touristes européens de ne pas avoir à chercher quel numéro d'urgence composer en cas de besoin. Dans toute l'Europe, le 112 les conduira vers un permanencier qui ensuite orientera l'appel en fonction de l'urgence : secours médicaux, pompiers ou police. A ce jour et malgré les critiques, le 112 est mis en place en France. Il débouche dans la plupart des cas chez les pompiers (18). Dans quatre ou cinq départements, il conduit au 15. Il ne conduit jamais au 17 du fait des informations couvertes par le secret médical que les appelants peuvent être amenés à dévoiler.

Le 112 devrait favoriser la collaboration entre les différents acteurs, son principal enjeu étant de ne pas conduire à un retard dans le déclenchement des secours.

b. L'implication des médecins libéraux dans la régulation des urgences

Le décret du 16 décembre 1987, de même que les schémas d'organisation sanitaire préconisent la participation des médecins libéraux au fonctionnement des centres de réception et de régulation des appels médicaux.

La circulaire du 28 décembre 1988 définit les conditions du partenariat : lorsque la demande de participation au centre émane des instances ou associations, une convention est indispensable, par contre en cas d'intervention individuelle, il n'y a pas lieu d'en établir une.

La participation à la régulation médicale nécessite une formation préalable. Les médecins libéraux sont considérés comme partenaires occasionnels du service public. Ils sont donc sous la responsabilité du chef de service SAMU.

⁶ Pour la voie publique et les lieux fréquentés par le public, le CODIS et le SAMU doivent mutuellement se tenir informés de tous les appels.

Pour les domiciles et les lieux privés, le basculement est obligatoire du CODIS vers le Centre 15. Ce dernier informe le CODIS lorsque le médecin régulateur requiert les moyens des sapeurs-pompiers.

c. Le déclenchement des secours, une tentative de rationalisation des interventions en fonction des territoires de l'urgence.

L'article 2 de la loi du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours a abandonné la répartition territoriale des compétences. Elle se limite à préciser que "les SDIS concourent aux secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes, ainsi que leur évacuation". Mais, face à l'imprécision de ces termes les acteurs continuent dans la réalité à se référer à la circulaire du 18 septembre 1992 organisant la répartition territoriale de la prise en charge de l'urgence entre pompiers et SAMU.

La circulaire de 1992 répartit les compétences :

- ✓ "Sur la **voie publique**, l'intervention du SDIS est automatique. Le SAMU déclenche ensuite les moyens qu'il juge nécessaire au regard des informations en sa possession.
- ✓ Pour les **lieux fréquentés par le public**, SAMU et pompiers se concertent préalablement au déclenchement des moyens pour fixer les modalités d'intervention.
- ✓ Pour les **domiciles et les lieux privés**, avant tout engagement de moyens, les demandes font l'objet d'une régulation médicale par le CRAA 15 du SAMU. Les pompiers n'interviennent qu'à la demande expresse du SAMU.
- ✓ En cas de **sinistres**, l'intervention du SDIS est automatique. Le SAMU n'intervient pas systématiquement.
- ✓ **Décisions itératives** (en plusieurs temps) : Le centre 15 et le CODIS conservent, après la phase initiale de déclenchement des secours la possibilité de diligenter des renforts en fonction de l'évolution des opérations".

Le prompt secours, dont la procédure est prévue par la circulaire du 18 septembre 1992 **permet de déroger aux principes** qui viennent d'être énoncés (1, 2 et 3). Il est défini comme l'action de "secouristes agissant en équipes et (visant 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 de réflexe, il ne doit pas conduire à des actions relevant de la compétence des médecins généralistes ou des ambulanciers privés, voire du simple conseil."

Concrètement, lorsque le CTA 18 reçoit un appel provenant d'un domicile et qu'il existe un risque vital imminent, 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 Centre 15/SAMU qui peut, après information et régulation, interrompre l'intervention des moyens SDIS qui ont été engagés.

d. L'orientation et le transport du patient

Lorsque le SDIS est intervenu en premier, la conduite de l'intervention est transférée au SAMU, au moment où le patient peut être pris en charge médicalement.

L'orientation du patient - dans le respect de son libre choix - est décidée par le médecin régulateur en concertation avec le médecin qui se trouve auprès de la victime ou du malade.

Concernant les secours portés sur la voie publique et les lieux fréquentés par le public, la circulaire de 1992 précise qu'en règle générale, un blessé déjà installé dans un véhicule de pompiers avant l'arrivée du SAMU ne sera pas changé de véhicule. Lorsque l'équipe du SAMU assure les soins d'un patient dans un véhicule de pompiers, elle bénéficie du concours du personnel du SDIS, mais sur le plan matériel, les VSAB doivent être aménagés de telle façon que le SAMU puisse utiliser son propre équipement médical.

Concernant le transport d'un patient à partir de son domicile, la circulaire précise qu'il est généralement réalisé par une ambulance privée et exceptionnellement par un VSAB ou une unité d'hospitalisation mobile.

1.2 UNE ORGANISATION PARFOIS INSATISFAISANTE SUR LE TERRAIN

Des problèmes juridiques, financiers et logistiques associés à la persistance des corporatismes et à une exigence accrue des usagers engendrent des difficultés organisationnelles.

1.2.1 Une organisation financière et juridique non optimale

Une divergence récurrente et historique oppose les deux ministères (intérieur et santé) responsables de l'organisation de la prise en charge des urgences. Ce conflit s'est amplifié à la fois au plus haut niveau de l'état et s'est prolongé entre les responsables locaux, ce qui a influé sur la prise en compte des textes réglementaires.

a. Des textes inappliqués

Les textes publiés ne sont pas toujours appliqués dans certains départements. Ainsi, la circulaire de 1992 est encore observée dans les deux tiers des départements⁷, alors que la réglementation a évolué depuis 1996.

Une convention locale, signée à Rennes en 1997, énonce que les secours sur la voie publique reviennent aux pompiers et les interventions à domicile au SAMU. Toutefois celle-ci est remise en cause par les principaux intervenants qui estiment qu'un temps précieux peut parfois être perdu de ce fait car le maillage du territoire est beaucoup mieux assuré par les pompiers.

Les directives européennes ont permis la mise place du 112, qui a vocation à améliorer la coordination des appels. En France, l'application sur le terrain diffère selon les lieux.

⁷ La gazette du 16 septembre 1996.

De même, les CODAMU qui ont vocation à réunir les acteurs de l'urgence devraient être davantage sollicités, voire réorganisés, au profit d'une meilleure coordination et harmonisation des pratiques.

b. Un cadre juridique incomplet

Déjà incertain concernant les missions du service public, le cadre juridique est quasi inexistant pour les médecins libéraux. Ceux-ci ne relèvent que d'un engagement moral fondé sur le code de déontologie médicale. Le rapport d'un groupe de travail de la DHOS souligne que "cette obligation résultant du code de déontologie est à la fois imprécise dans sa portée et dépassée dans la pratique".

En outre, les responsabilités dévolues au médecin régulateur, au médecin sapeur-pompier ou libéral successivement sollicités dans la résolution d'une intervention ne sont pas juridiquement définies.

c. Une inégalité de situation

Bien que la prise en charge des urgences soit généralement de qualité, les délais d'intervention qui ne devraient pas excéder 20 à 25 minutes (selon les acteurs rencontrés) ne peuvent pas uniformément être respectés sur l'ensemble du territoire.

Un exemple est fourni par la différence qui existe entre une prise en charge de l'urgence dans Rennes et les conditions présidant à une prise en charge dans des zones rurales éloignées : malgré des projets divers d'amélioration, il demeure actuellement une zone enclavée entre Rennes et Fougères restant problématique.

L'organisation des secours sur le plan national nous conduit à évoquer les problèmes liés à la carte sanitaire et aux schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale.

Ainsi, dans le Cher, il existe 70 centres de secours des sapeurs-pompiers et seulement 3 centres de SMUR.

Force est donc de constater un accès encore inégalitaire de la population aux soins d'urgence en fonction du lieu de vie lié à : la densité médicale, la qualité du réseau routier, la diversité quantitative des équipements sanitaires.

d. Des problèmes financiers et logistiques

Sur un **plan financier**, les acteurs de terrain rencontrés dénoncent un cadre réglementaire qui semble mal défini et insuffisant pour encadrer la réalité médico-économique de la mission de service public relative à la prise en charge des urgences.

Ainsi, la faible majoration de la rémunération des intervenants libéraux, médecins ou ambulanciers, est une des causes majeures de la démobilitation croissante.

Autre difficulté en ce domaine, l'évolution de la réglementation oblige désormais les pompiers à élaborer un budget afin de s'équiper, d'organiser et de se doter de moyens humains

(pharmaciens) pour assurer en continu la gestion, le stockage et la délivrance des produits pharmaceutiques et gaz médicaux.

Les pompiers déplorent également l'absence de prise en charge systématique⁸ de leurs interventions par la Sécurité Sociale ; accordée aux ambulanciers privés, elle ne s'applique pas à leurs propres transports.

Pour une même prestation, il existe deux systèmes de financement distincts : dotation globale pour le SAMU, rémunération à l'acte pour les pompiers. Ceci a pour conséquence d'une part de limiter le nombre de prestations du SMUR et d'autre part de créer une inflation des interventions des pompiers pour accroître leur budget.

Enfin, les maisons médicales qui se sont créées dans plusieurs départements, proposant ainsi une alternative à la prise en charge hospitalière des urgences, voient leur survie fortement liée à la reconduction de leur budget d'une année sur l'autre ; ces financements ne sont en effet pas pérennes dans la plupart des cas (FAQSV, subventions territoriales...).

Sur un **plan logistique**, le matériel des centres de réception unique est encore trop faiblement sécurisé : dans certains centres surviennent encore des interruptions lors des communications. Par ailleurs, la législation actuelle impose aux opérateurs une obligation d'acheminer l'information, mais pas de la faire aboutir. On imagine aujourd'hui les enjeux que cela pose en matière de numéros d'urgence. Les équipements en radio-communication, très coûteux, sont par ailleurs parfois insuffisants pour assurer les retransmissions (exemple du Pas-de-Calais : absence de réseau pour le 18 sur tout le territoire).

Le raccord du 112 avec le 17 ne semble pas possible du fait du secret médical. Cela entraîne des complications pour la gestion des appels et engendre des pertes de temps. De plus, en cas de transfert d'appel il n'est pas toujours possible d'informer les différents partenaires que les interventions ont bien été menées à leur terme.

1.2.2 Une coordination difficile à mettre en œuvre

La persistance des corporatismes locaux et une mauvaise utilisation des numéros d'urgence par les usagers remettent en cause la logique de coordination imposée par les textes.

a. La persistance de corporatismes

Les tensions entre les deux ministères trouvent encore aujourd'hui leur prolongement sur le terrain. Les organisations demeurent cloisonnées, la notion de complémentarité reste à promouvoir, ainsi que les principes de confiance, de reconnaissance, d'estime et de pure connaissance réciproques.

⁸ Seuls les transports assurés pour le compte du SMUR leurs seront remboursés par l'hôpital.

Nées des conflits opposants les principaux acteurs, des conceptions corporatistes de la notion d'urgence se sont constituées:

- ✓ **prompts secours** pour les pompiers,
- ✓ **urgence vitale** pour le SAMU - SMUR,
- ✓ **soins non programmés** pour les médecins libéraux.

Elles imposent aujourd'hui la promotion d'une culture commune à tous les professionnels.

Mais au delà des conceptions de chacun, la notion juridique de l'urgence "ressentie" s'impose à tous, dès réception de l'appel ; une réponse doit être obligatoirement apportée, tant par le secteur public que par le privé.

Les secours aux personnes s'inscrivent aujourd'hui dans une organisation de type hospitalo-centriste qui se trouve renforcée par une demande forte et croissante d'une partie de la population dont les ressources diminuent. La contribution de l'hôpital à secourir la détresse sous toutes ses formes s'accroît, confortant l'importance de son rôle social et économique.

SAMU, pompiers, médecins libéraux, ambulanciers, maisons médicales concourent tous à assurer la prise en charge des urgences, mais selon des logiques et des organisations variables, faute d'une formation interprofessionnelle. L'absence de consensus génère une augmentation du nombre d'interventions non justifiées.

Les praticiens hospitaliers

Les médecins urgentistes mettent l'accent sur la pénibilité de leur condition de travail, en particulier l'impossibilité de bénéficier du repos compensateur de 11 heures à l'issue d'une garde de 24 heures. Malgré l'augmentation constante de l'activité des SAMU / SMUR, les moyens financiers et matériels paraissent suffisants et restent stables ; par contre les moyens humains sont insuffisants. Le recrutement médical est de plus en plus problématique (urgentistes, anesthésistes). Une meilleure rémunération et une reconnaissance de la charge de travail, devraient le rendre plus attractif.

Les médecins libéraux

La réponse libérale à l'urgence connaît de véritables difficultés d'organisation. Comme le souligne la Cour des Comptes⁹, les Conseils de l'Ordre responsables de cette organisation la délèguent souvent à des associations qui ne s'acquittent pas correctement de cette tâche.

La demande de revalorisation des actes médicaux liés à l'urgence se fait de plus en plus pressante.

Dans un contexte de pénurie médicale, de féminisation de la profession et de l'augmentation constante du travail à temps partiel, la démobilisation se fait grandissante pour assurer des

⁹ Cour des Comptes.- Rapport 2002 sur l'exécution des Lois de financement de la Sécurité Sociale.- Chapitre 9.

gardes d'urgence. En outre les médecins refusent de se rendre dans certains quartiers urbains par crainte d'agression ou d'absence de rémunération de la part de certains patients. Le Ministère de la Santé souhaiterait en outre que les médecins libéraux développent des gestes plus techniques dont certains disent qu'ils sont exclusivement destinés à éviter le recours à l'hospitalisation. Or la nature de la réponse à apporter semble être toute autre ; elle résiderait dans l'éducation de la population et une meilleure coordination des appels.

Les ambulanciers

Leur rôle jusqu'à présent discret malgré les obligations réglementaires existantes, semble devoir prendre de plus en plus d'importance. Toutefois, dans le cadre de la permanence des ambulanciers privés pour participer à la prise en charge de l'urgence à titre secondaire, l'absence de consensus intra-professionnel et de montage financier gêne l'harmonisation des pratiques par rapport à l'ensemble des autres intervenants. La nécessité d'une formation spécifique paraît urgente et nécessaire aux yeux des autres professionnels, car leurs compétences et leurs buts ne répondent pas forcément à la réponse à apporter, aux attentes des pompiers et du SAMU dans les situations où ils doivent concourir à la prise en charge de l'urgence.

b. Les usagers, un problème de comportement

Les usagers recourent aux numéros dévolus à l'urgence : 15, 17, 18, 112, sur un mode intuitif. Ils font par exemple intervenir plus aisément les pompiers parce que leur intervention est plus rapide et gratuite. Pour l'utilisateur, cette démarche s'inscrit le plus souvent dans une méconnaissance du système et des ressources.

On constate surtout un fort consumérisme qui se manifeste particulièrement par la facilité avec laquelle la population sollicite les secours d'urgence. Ainsi, au SAMU de Rennes, 52 000 appels ont été dénombrés en 2001 pour seulement 6 000 sorties de SMUR nécessaires (soit environ 1 appel sur 9.)

Cette sollicitation des secours est en constante augmentation, et rend l'organisation du traitement des appels d'urgence de plus en plus complexe en mobilisant différents acteurs.

Paradoxalement, il faut relever que pendant les grèves des médecins libéraux, certains SAMU/SMUR ont vu leur activité rester stable, montrant ainsi la capacité d'auto-régulation spontanée des usagers.

L'importance des faux appels, erreurs et malveillances mérite enfin d'être soulignée car leur nombre est en progression constante ; il est estimé à 90 % des appels pour le 112¹⁰.

Le problème de l'information et de l'éducation des usagers se pose donc.

¹⁰ Ceci s'explique principalement par le fait qu'il est possible d'appeler le 112 (à la différence du 15 ou du 18) à partir d'un téléphone portable *dont on a ôté la puce* (ce qui rend impossible l'identification de l'appelant).

c. Un coordination dans un contexte difficile

La réponse à l'urgence est essentiellement centrée sur l'urgence somatique, parfois vitale. Elle ne parvient pas à satisfaire toutes les demandes, quelquefois mal formulées, émanant d'une population très hétérogène. Ainsi les appels de types psycho-sociaux ne trouvent pas de réponse adaptée. Mais ils sont le reflet des difficultés sociales actuelles à mettre en corrélation avec la montée du chômage, la précarité et ses conséquences. Les centres 15 de Rouen et du Havre reçoivent 7 700 appels sociaux soit 7% de leurs appels.

Nous sommes également amenés à constater la faiblesse de la prise en charge des urgences psychiatriques et l'absence de mise en réseau notamment avec le SAMU social. Sur la ville de Rennes, l'activité de SAMU social ne représente que 1 à 2% des appels et est considérée comme marginale. Elle fait l'objet d'une prise en charge par la Croix-Rouge mais ne fonctionne qu'en hiver....

A titre d'illustration nous citerons un cas concret évoqué par les sapeurs-pompiers de Rennes. Un patient relevant de pathologie psychiatrique, handicapé physique, sortie du centre hospitalier spécialisé qui l'avait pris en charge, se réfugie dans le garage souterrain d'un particulier. Aucune réponse n'a pu être apportée (police, pompiers, SAMU, l'hôpital psychiatrique et le médecin généraliste) car personne ne s'estimait compétent pour répondre efficacement au problème.

Sur le plan déontologique, dans les cas de tentatives de suicide ou de plaies par arme, les professionnels de santé, garants du respect des droits de la personne et tenus au respect du secret médical et professionnel "s'opposent" aux policiers chargés des enquêtes sur les motifs et les responsables de ces actes.

La prise en charge des urgences extra-hospitalières s'avère donc complexe et encore perfectible dans son fonctionnement. Dans un souci d'optimiser la bonne marche du dispositif, des expérimentations ont été menées dans certains départements.

2. DES EXPERIENCES INNOVANTES TEMOINS D'UNE OPTIMISATION POSSIBLE

Pour assurer une meilleure coordination entre les différents acteurs, des expériences innovantes ont été développées par les professionnels de terrain. Aussi, ont été étudiées la mise en place d'une structure commune de traitement et de régulation des appels d'urgence entre le SAMU et les pompiers, ainsi que des tentatives de coordination entre les médecins libéraux.

2.1 LA PLATE-FORME COMMUNE DE RECEPTION DES APPELS D'ANGERS: UNE COMPLEMENTARITE SAMU-POMPIERS

Le développement de plates-formes communes réunissant les services du SAMU et des pompiers dans une même salle opérationnelle, montre la volonté d'apporter une réponse coordonnée et efficace dans la prise en charge des urgences extra-hospitalières.

2.1.1 Le développement d'une dynamique partenariale

En 1990, à Clermont-Ferrand, le centre de régulation du SAMU et le centre d'alerte des pompiers ont, pour la première fois en France, été installés dans une même salle opérationnelle pour gérer les appels d'urgence départementaux reçus sur le 15, le 18 et le 112. Depuis lors, au fil des ans, d'autres plates-formes ont vu le jour notamment à Carcassonne, Annecy, Foix, Agen, Charleville-Mézières et Angers (Maine-et-Loire) où nous nous sommes rendus pour comprendre les objectifs et le fonctionnement d'une telle structure.

En effet, dans le but d'optimiser la bonne coordination que connaissent le SAMU et les pompiers dans le Maine-et-Loire depuis de nombreuses années, la décision de créer une plate-forme commune de réception des appels d'urgence a été prise en septembre 1996. Ce site de régulation a été mis en service dès décembre 1999 dans des locaux appartenant au SDIS, le CHU d'Angers n'ayant pas pu accueillir la structure dans son enceinte.

Aucune base juridique n'existant à ce jour pour la constitution d'une telle plate-forme, une convention tripartite a été signée entre le SAMU, les pompiers et le Préfet. Ce règlement conventionnel établit le fonctionnement interne de la structure, fixe les droits et devoirs des deux entités et les procédures de secours à suivre. Le principe de fonctionnement tient compte du nécessaire respect de l'individualité de chaque service : chacun garde son identité dans l'union, qualifiée " de contrat de mariage " par le Dr CHASSEVANT, chef de service du

SAMU d'Angers, et reste maître de ses décisions. La collaboration n'entraîne que rarement la subordination de l'un par l'autre.

Dans la salle de réception des appels, que nous avons visitée, les stationnaires pompiers reçoivent et traitent les appels en provenance du 18 et du 112. Vingt-deux pompiers assurent à tour de rôle, 24 heures sur 24, la gestion des quatre postes téléphoniques. Certains ont reçu une formation spécifique au secours d'urgence. De leur côté, dix permanenciers du SAMU (répartis également sur quatre postes) traitent les appels sanitaires du 15. Le médecin régulateur du SAMU coordonne, en fonction du degré de gravité, la mise en place des moyens de secours les plus appropriés.

Concrètement, lorsqu'un appel est reçu par un stationnaire pompier ou un Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM), ce dernier constitue, dans un premier temps, un dossier avec le nom, le prénom, l'adresse et le numéro de téléphone de la personne qui appelle ainsi que ceux de la personne en détresse s'il ne s'agit pas de l'appelant. Le professionnel indique également sur l'application informatique commune le motif de l'appel. De plus, par mesure de sécurité, le numéro de téléphone de l'appelant s'affiche dès la première sonnerie avant même que l'on ait décroché.

Ensuite, suivant les cas, le professionnel met en œuvre les moyens de secours de son service si cela le concerne. Il peut également réorienter l'appel en direction de son partenaire plus apte à répondre à la situation. D'autre part, quel que soit l'acheminement de l'appel (15 ou 18-112), dès lors qu'il s'agit d'un prompt secours à victime, l'appel est pris en compte par le médecin régulateur du SAMU qui, après diagnostic, enclenche les moyens de secours appropriés en concertation avec l'officier du Codis. C'est ainsi que certaines personnes ayant appelé les pompiers peuvent être surprises de voir arriver le SAMU.

La collaboration SAMU-Codis permet ainsi une régulation médicale de tous les appels d'urgence, sans aucune rupture dans la chaîne de traitement des appels, avec une mise en œuvre extrêmement rapide des moyens.

En cas d'afflux des appels sur l'une des deux structures, la totalité du personnel peut être affectée à la réception du 15 ou du 18, l'ensemble des opérateurs ayant été formé au traitement de tous les types d'appel.

Enfin, il convient de noter l'implication partielle des médecins libéraux au sein de ce dispositif par leur participation aux astreintes du week-end prévues par la signature d'une convention.

Le fonctionnement de cette entité depuis trois ans, sur l'ensemble du département, permet déjà de mesurer les intérêts et les inconvénients de ce système.

2.1.2 Un bilan largement positif

La plupart des professionnels qui travaillent dans le domaine des urgences extra-hospitalières ont connu des modes de régulation "conventionnels" avec un centre de réception et de traitement des appels au sein de l'hôpital en relation avec les pompiers simplement par l'interconnexion.

Le site de régulation unique du Maine-et-Loire propose bien des **avantages** par rapport aux inconvénients minimes qu'il engendre. Les personnels du SAMU ainsi que les pompiers sont d'une manière générale unanimes pour reconnaître tous les bénéfices de cette plate-forme.

Tout d'abord, le rapprochement géographique dans un même lieu, tout en préservant l'identité et les responsabilités respectives du SAMU et du Codis, facilite dans un temps très bref la récupération, les échanges et la diffusion de l'information entre les différents partenaires. La gestion des secours dans une telle configuration contribue à diminuer les causes d'erreurs, de malentendus et de litiges. La coordination optimise l'engagement des moyens pour offrir la meilleure prise en charge possible du patient ou du blessé. En outre, vis-à-vis de l'utilisateur, la continuité des informations entre partenaires évite aux différents professionnels de poser les mêmes questions à l'appelant ce qui est aussi un facteur de rapidité.

Il ressort également que, dans les situations d'exception et de crise, plus encore que dans le fonctionnement quotidien, la proximité géographique des deux services SAMU-Codis améliore la rapidité de recueil des informations et facilite la coordination de l'ensemble des missions de secours. Selon le chef de service du SAMU d'Angers, le rapprochement physique des deux entités permet un contact humain direct et permanent qui ne serait pas le même par le biais du téléphone. Les différents responsables opérationnels peuvent s'entretenir de vive voix, en échangeant les informations concernant les besoins et les moyens réciproques. Cette façon de travailler aboutit à des décisions concertées.

D'autre part, la plate-forme permet aux différents professionnels d'avoir une possibilité de suivi d'une intervention. Il semble ainsi logique que la complémentarité débute au moment de l'alerte, phase qui constitue l'élément essentiel de toute la chaîne de l'intervention et se prolonge également jusqu'à l'admission du patient dans un établissement d'hospitalisation. Ce suivi renforce la transparence entre les partenaires et développe une dynamique d'équipe. Le fonctionnement de cette plate-forme commune permet une vision permanente réciproque entre les stationnaires pompiers, les PARM et le médecin régulateur.

Comme nous l'avons déjà vu, chaque service garde ses prérogatives mais le rapprochement géographique facilite le respect et la reconnaissance des missions respectives, la prise de conscience des problèmes de chacun. A titre d'exemple, lors des tempêtes de fin décembre 1999, les permanenciers du SAMU ont pu mesurer les difficultés rencontrées par les pompiers dans leur activité. Cela engendre de la part des uns et des autres une certaine tolérance, qui ne pourrait exister dans le cadre d'une simple interconnexion.

Enfin la mise en place d'une structure unique de régulation favorise la mise en commun des moyens humains et logistiques. En effet, cela permet, dans une certaine mesure, de pallier l'insuffisance chronique en personnel, au moins sur le prompt secours grâce à la polyvalence des équipes. La synergie de moyens permet de traiter efficacement le secours aux blessés et d'éviter dans le même temps la gabegie financière. Par exemple, un outil informatique commun a été conçu par les deux services.

Malgré les appréhensions envisagées par les deux corps lors de la naissance de la structure commune, il semble que les **inconvenients** soient minimes.

L'éloignement de la plate-forme du Centre Hospitalier d'Angers semble altérer le fonctionnement de la structure notamment au niveau du renfort immédiat de la régulation médicale (avis d'un autre médecin et/ou d'une infirmière) et de l'isolement des permanenciers du SAMU.

D'autres inconvenients, non inhérents à la plate-forme, ont pu être récemment décelés avec la mise en place des 35 heures chez les transporteurs sanitaires privés et la grève des médecins généralistes. Ces situations conjoncturelles ont porté atteinte au fonctionnement même de la structure. A la demande de celle-ci, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a accepté de créer un poste supplémentaire de PARM.

En ce qui concerne les ambulanciers privés, la mise en place des 35 heures a bouleversé l'exercice de leur métier si bien qu'ils interviennent de moins en moins la nuit, les pompiers prenant alors le relais. Cette situation n'est pas toujours bien comprise par les pompiers, surtout ruraux, estimant qu'ils n'ont pas une mission de transport. Cela a également une incidence au niveau opérationnel : les pompiers sont moins disponibles ce qui peut avoir des conséquences désastreuses en cas d'événements majeurs.

Lors de la grève des médecins, une augmentation de 35 % des appels a été constatée par la plate-forme commune, ceux-ci orientant systématiquement les appels de leurs patients vers le centre 15. Cette pratique a eu des conséquences sur l'activité des PARM et tend hélas à perdurer aujourd'hui. Un partenariat et une collaboration active avec les médecins est

actuellement recherchée. Deux possibilités apparaissent alors : une plus grande participation des médecins à la plate-forme ou la création d'une structure indépendante gérée par eux. C'est cette dernière solution qui a été envisagée par les médecins libéraux d'Arras et de Rennes.

2.2 LA STRUCTURATION ET L'ORGANISATION DE LA GARDE LIBERALE

Afin de remédier à l'absence d'organisation efficace des gardes et pour assurer de manière plus adaptée la permanence des soins, des systèmes originaux ont été conçus.

2.2.1 Le Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux d'Arras (CRRAL)

Le département du Pas-de-Calais, dont le chef-lieu est Arras, comportait près de 1,5 million d'habitants au dernier recensement de population (1999). Sa population est plus jeune que dans le reste de la France et globalement, présente des indicateurs de santé plus défavorables que sur le reste du territoire (en particulier la morbidité et la mortalité liées à l'alcool et au tabac).

Le Pas-de-Calais dispose d'un SAMU situé au Centre Hospitalier d'Arras et de 7 SMUR. Les pompiers sont répartis sur l'ensemble du département dans les Centres de Secours (CS) et 6 Centres de Traitement de l'Alerte (CTA). La coordination de ces deux acteurs, entre eux et avec les transporteurs privés (ambulanciers), a fait l'objet de plusieurs conventions dans les dix dernières années.

Depuis la grève des médecins libéraux débutée en novembre 2001, le système de régulation de la demande de soins de ville non programmés s'est avéré indispensable. Ce système de régulation s'est concrétisé par l'ouverture du CRRAL ou "Centre 15 bis", le 20 juillet 2002 à l'hôpital d'Arras.

a. Une grève déterminante

Depuis près de 10 ans, le Conseil de l'Ordre et les différents acteurs de l'urgence dans le département travaillent sur la permanence des soins et les possibilités d'améliorer le système de garde existant. Cette réflexion a conduit le Conseil de l'Ordre, la DDASS et l'Assurance Maladie à proposer, dans une convention début 2002, un redécoupage des secteurs géographiques de garde dans le Pas-de-Calais. Des réunions ont donc été organisées dans chaque arrondissement du département avec les médecins référents des secteurs et un arrêté préfectoral de juin 2002 fixait le nombre de secteurs à 80 (contre plus de 100 avant redécoupage).

Parallèlement, à ce travail sur la permanence des soins, l'idée de la création d'un CRRAL s'est peu à peu imposée face aux constats suivants :

- ✓ la grève des médecins (novembre 2001 à mai 2002) a été fortement suivie par les libéraux du Pas-de-Calais
- ✓ la régulation de leurs appels a été prise en charge par le SAMU qui a vu son activité multipliée par 6 à 8 durant cette période
- ✓ à l'issue de la grève, les médecins libéraux ne souhaitent pas revenir au système de garde antérieur et en particulier, à l'absence totale de régulation de leurs appels.
- ✓ le SAMU ne pouvait pas poursuivre cette régulation de soins de ville non programmés, qui ne fait pas partie de ses missions.

Désormais, la plupart des médecins généralistes acceptent de participer à la mission de service public de la permanence des soins sous quatre conditions : mode volontaire, indemnisation spécifique, instauration de lieux fixes de consultation lors des astreintes ou des gardes et, surtout, une régulation des demandes de soins non programmés (DSNP).

Ce problème de régulation de la demande de soins a été anticipé, dès le milieu de la grève, par le Dr GRAVE, médecin libéral et régulateur au SAMU. Ce médecin, soutenu par le directeur du Centre Hospitalier d'Arras a monté un dossier pour la création d'un CRRAL, projet porté par l' Association des Services d'Urgence Médicale (ASSUM) dont il est le président. Le projet de CRRAL a été exposé aux responsables de secteur lors des réunions organisées pour le redécoupage géographique du département. Une demande de financement de ce système de régulation a été déposée auprès de l'assurance maladie et un financement FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) a été obtenu permettant l'ouverture du CRRAL le 20 juillet 2002.

b. Le CRRAL, un système unique

Le CRRAL est un système unique en France qui propose aux généralistes volontaires une régulation des appels lors de leurs astreintes les soirs de semaine et le week-end. En retour, ces médecins s'engagent à participer à la permanence des soins, comme "effecteurs"¹¹ (acteurs-relais) sur le terrain.

Le CRRAL, mis en place par l'ASSUM du Pas-de-Calais est accueilli dans les locaux du SAMU 62 au Centre Hospitalier d'Arras. Le matériel de communication utilisé permet une interconnexion simple avec le Centre15/SAMU et les pompiers. Le personnel et une partie du matériel sont financés par le FAQSV et les locaux sont mis à disposition par l'hôpital.

¹¹ Effecteur : vocabulaire abondamment employé par l'ensemble des acteurs rencontrés

Le principe du CRRAL est le suivant : lorsqu'il est de garde (ou d'astreinte opérationnelle), le médecin peut soit réceptionner ses appels lui-même, soit transférer sa ligne de garde sur le CRRAL. Le patient ne compose donc pas directement le numéro du CRRAL, numéro qui n'a pas été médiatisé, mais celui de son médecin traitant ou du médecin de garde.

Au CRRAL, l'appel est d'abord reçu par le Personnel Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM), formé et mis à disposition par le SAMU.

Le PARM du CRAAL :

- ✓ détecte les signes de gravité pour transférer immédiatement sur le Centre 15/SAMU les détresses vitales (1% des appels depuis la mise en place du CRRAL est transféré dans ce cadre)
- ✓ filtre les appels "sociaux" sans caractère médical et les renvoie vers les services sociaux ou la police
- ✓ traite les demandes nécessitant l'intervention d'un médecin d'astreinte ; les patients sont fortement incités à se rendre en consultation chez le médecin - médecins qui ouvrent leur cabinet en dehors des horaires habituels (le soir, quelques heures le dimanche ...) – et les visites à domicile incontournables sont alors confiées au médecin d'astreinte joint par son portable.
- ✓ fait appel au médecin régulateur libéral dans les cas difficiles où il ne peut trancher, ou lorsqu'un simple conseil médical téléphonique suffit en attendant la consultation du médecin traitant le lendemain.

Seuls les médecins s'étant engagés par convention avec le CRRAL à structurer une permanence des soins sur leur secteur peuvent transférer leurs appels sur le CRRAL.

c. Un mode de régulation avantageux

L'identification "d'effecteurs" sur le terrain

Le premier intérêt du CRRAL, relevé par l'ensemble des personnes interrogées, est que ce système a permis de **réimpliquer les médecins dans la permanence des soins** et donc d'avoir des "effecteurs" sur le terrain ; en effet, en juin 2002, une enquête réalisée par l'URMEL, auprès de tous les médecins généralistes de la région révélait que seuls 34% des 700 répondants souhaitaient continuer à prendre des gardes. Ce résultat inquiétant, est en partie expliqué par la féminisation de la profession mais aussi son vieillissement, par l'insécurité qui règne dans certains secteurs de garde, par l'aspiration à une meilleure qualité de vie et la reconnaissance du service rendu.

En proposant de manière **volontaire** et **gratuite** aux médecins, la régulation des appels pendant leurs gardes, le CRRAL offre une **amélioration de la qualité de vie** des médecins et de leurs familles : les médecins sont moins sollicités, et seulement pour des motifs réellement médicaux. La garde devient donc moins fatigante, moins stressante et **organisée sur le**

terrain puisque c'est la seule condition que doivent respecter les médecins pour voir leurs appels régulés par le CRRAL. Le Centre 15/SAMU et les pompiers bénéficient eux aussi de cette organisation qui clarifie et augmente le nombre d'interlocuteurs sur le terrain.

L'amélioration de la réponse aux usagers

Le CRRAL constitue un maillon supplémentaire dans la "chaîne" de traitement de la demande de soins ; cette structure intermédiaire permet de **rationaliser l'offre** en fonction de la demande des patients. Si une détresse vitale est déclarée au CRRAL, grâce au professionnalisme des PARM, habitués à détecter l'urgence, il n'y aura pas de perte de chances (de temps) pour le patient puisque le Centre 15/SAMU sera immédiatement alerté par le CRRAL. Cette **régulation par des professionnels**, qui remplace la "régulation par les conjoints des médecins" présente l'avantage de dédramatiser la plupart des appels en diminuant l'angoisse des patients et donc du médecin d'astreinte. Par ailleurs, la régulation permet de **mobiliser les acteurs de l'urgence à bon escient** : les Véhicules de Secours aux Asphyxiés et aux Brûlés (VSAB) et les Véhicules Légers Médicaux (VLM) des pompiers sont plus disponibles pour effectuer les missions qui leur incombent. Il en est de même pour les véhicules des transporteurs privés.

La diminution des coûts

La plupart des médecins d'astreinte s'engagent à ouvrir leur cabinet durant leur garde et le CRRAL incite fortement les patients qui peuvent se déplacer à s'y rendre ; ceci a permis de **réduire le nombre des consultations à domicile** de 40% (du nombre d'appels reçus au 15 bis) à 30% depuis l'ouverture en juillet 2002. Par ailleurs, la régulation des appels évite un certain nombre **d'actes médicaux injustifiés**. Le gain financier pour la Sécurité Sociale, bien que non encore chiffré, est patent.

Par ailleurs, ce système permettra à terme de désengorger le Centre 15/SAMU et les urgences, optimisant donc l'offre de soins et les moyens financiers utilisés.

d. Perspectives

Le Pas-de-Calais est un département où la coordination des différents acteurs de l'urgence extra-hospitalières est effective depuis plusieurs années et ne souffre pas des problèmes de corporatisme ou d'enjeu de pouvoir que l'on peut observer ailleurs. Ce partenariat s'exprime par exemple par la participation des médecins libéraux et des médecins sapeurs-pompiers à la régulation du Centre 15/SAMU ou par la formation par ce Centre 15/SAMU d'infirmiers sapeurs-pompiers "protocoles" pour assurer, dans certaines conditions, des gestes thérapeutiques d'urgence. Le CRRAL a pu être créé grâce à ce climat de confiance et de reconnaissance mutuelle des compétences de chacun.

Cependant, pour renforcer et optimiser la prise en charge des soins d'urgence et des demandes de soins non programmés, quelques pistes de travail sont encore à l'étude :

✓ tout d'abord, au sein du CRRAL, il est nécessaire d'améliorer les délais de réponse ; en effet, "victime" de son propre succès, l'attente des patients pour avoir un PARM est parfois trop longue et a conduit à augmenter le nombre de PARM et de médecins régulateurs au CRRAL.

✓ par ailleurs, à moyen terme, une décentralisation de la régulation médicale du CRRAL dans les différents SMUR du département est envisagée pour répondre à la demande des médecins du reste du département souhaitant participer à cette régulation et ne désirant pas se déplacer à Arras. A plus long terme, une régulation commune des appels libéraux, pour l'ensemble de la région Nord-Pas-de-Calais, est à l'étude.

✓ un regroupement des secteurs de garde sera probablement effectué suite à la diminution de l'activité des médecins d'astreinte dans ces secteurs, diminution consécutive à la régulation par le CRRAL.

✓ au deuxième trimestre 2003, le numéro d'appel des pompiers (18) sera centralisé, pour tout le département, au sein du Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (CODIS) à Arras. Ceci facilitera les conférences à trois avec le SAMU, jusqu'ici difficiles dans certaines parties du département.

✓ l'ensemble des personnes interrogées soulève le problème de l'éducation des usagers et de leurs connaissances quant à la bonne utilisation des numéros d'urgence (15, 18, 112, médecins de garde). Pour tous, une "communication grand public" sur l'utilisation de ces numéros et sur la notion même d'urgence est incontournable si l'on souhaite déployer les différentes ressources existantes à bon escient.

Enfin, la création d'une maison médicale ou d'un lieu fixe de consultations médicales, proche du plateau technique du Centre Hospitalier d'Arras, est proposée et se justifierait si le nombre d'entrées aux urgences pour "consultations médicales de ville" restait élevé. C'est le moyen qui a été choisi sur le département de l'Ille et Vilaine.

2.2.2 Le Centre d'Accueil et de Répartition Libéral de la ville de Rennes (C.A.R.L)

a. La création et l'organisation du CARL

Compte-tenu de l'évolution des conditions de permanence des soins et des obligations déontologiques des médecins libéraux concernant la garde et les urgences, un certain nombre d'entre eux ont souhaité s'organiser pour répondre à ces missions.

Les conséquences de l'accroissement de la démographie urbaine et la banalisation de la consommation médicale créent des situations difficiles à traiter par un corps médical de plus en plus sollicité et dont les effectifs sont quantitativement insuffisants.

Les évolutions récentes de la pratique médicale tentent de concilier le maintien d'un exercice professionnel difficile (résistance de plus en plus fréquente pour réaliser des visites à domicile, refus de s'investir dans une permanence des soins à la disposition des patients de façon continue 24h/24h) et une meilleure qualité de vie (généralisation des consultations sur rendez-vous).

Partant du constat des partenaires sociaux et de l'Etat que les médecins libéraux se désengagent de la prise en charge des urgences et que l'hôpital se plaint de l'accroissement de l'activité liée à l'urgence, l'URML de Bretagne, en partenariat avec les organismes de Sécurité Sociale, propose alors de travailler selon plusieurs axes :

- ✓ un accès régulé aux soins : répondre aux soins de premier niveau en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux et en cas de gravité ou d'urgence, orienter le patient vers le 15.
- ✓ la compatibilité entre la notion de déontologie et le concept de service public : l'organisation des astreintes et gardes dans le cadre de la prise en charge des urgences impose désormais aux médecins libéraux de contribuer à la mission de service public en dehors de l'application stricto sensu de leur code de déontologie
- ✓ les principes d'égalité de traitement des médecins sont avancés : les généralistes et les spécialistes quel que soit leur mode d'exercice devraient participer à la mission de garde et d'urgence.

Une réponse a été apportée par la mise en place du CARL le 1^{er} juin 2002, regroupant 70 médecins généralistes volontaires. Ce cabinet de consultation permet de répondre à la demande des patients et d'organiser les relais avec les autres partenaires. Sa naissance et son fonctionnement font l'objet d'une large publicité sur son existence et ses missions. Il doit clairement apparaître comme le premier maillon d'une prise en charge ininterrompue des soins, des pathologies les plus simples au plus complexes.

Pour les médecins, il permet de réaliser une permanence de soin et de remplir leur mission de service public au sein d'un cabinet de consultation. Il garantit un haut niveau de sécurité grâce au travail d'équipe et la mise à disposition de moyens nécessaires et suffisants dans un local unique, d'où un exercice professionnel plus attractif.

Afin d'évaluer l'organisation coordonnée de la permanence des soins, l'URMLB s'est engagée à procéder à une analyse de l'activité et à un suivi et une évaluation de la participation des libéraux au service d'urgence dans les grandes villes. Ce projet ayant vocation à servir de modèle de redynamisation de l'organisation libérale des gardes.

Cette expérimentation financée par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) financement non pérenne, sera conduite sur deux années, après évaluation, dans le double objectif de sa pérennisation et de sa répliation.

Une charte définit les droits et les devoirs des intervenants. Les règles inhérentes au secret médical et professionnel s'applique à l'ensemble du personnel¹² du CARL.

b. Le service offert

Le CARL est ouvert les nuits en semaine (de 20h à 7h), le week-end (du samedi 13h au lundi 7h) et les jours fériés. Il s'adresse aux habitants de la ville de Rennes et d'une commune limitrophe : Saint-Jacques-de-La-Lande. Les patients se rendent au CARL, soit directement, soit après contact téléphonique. Aucune visite à domicile n'est effectuée.

Le CARL propose des consultations médicales identiques à celles dispensées dans les cabinets de ville mais n'offre pas la possibilité d'entretiens avec des psychologues ou des assistant(e)s sociales (sociaux), comme dans certaines autres maisons médicales.

Les appels sont régulés par le médecin de garde ou par la standardiste. Si la réponse impose la mise en communication avec un tiers, celle-ci doit être réalisée en faisant usage de la "conversation à trois".

Le CARL veut être un outil de coordination entre les acteurs de permanence des soins mais n'a aucune autorité sur les effecteurs extérieurs.

Le CARL assure la mise en relation d'un patient avec un autre effecteur, lorsque celui-ci présente une pathologie non prise en charge au centre. Cette mission de réorientation est assurée en contactant directement le professionnel de santé en présence du patient (conversation à trois) ou en remettant, au patient, les coordonnées du relais en ville.

Il existe une traçabilité des appels transmis qui figure sur la base de données informatique.

Tout incident survenu dans la gestion d'un appel ou d'une consultation est également consigné sur une main courante avec les explications du standardiste et/ou du médecin concerné.

c. La participation des médecins

Tout médecin conventionné par la Sécurité sociale, installé à Rennes et Saint-Jacques de La Lande a le droit de participer au service CARL. En retour, il est dispensé de gardes sur son secteur. Il s'engage à respecter le planning publié chaque trimestre. Cependant un médecin ne pouvant assurer sa garde peut l'échanger avec un confrère inscrit au CARL.

¹² Voir en annexe les organes de direction et de représentation du CARL

Aucun médecin ne peut effectuer personnellement moins d'une garde par trimestre. Une absence de garde sur 2 trimestres consécutifs entraîne, après application des procédures, la radiation du CARL.

Concernant la rémunération, le patient paie classiquement une consultation majorée ; le médecin de garde conserve pour chaque consultation l'équivalent d'un paiement à l'acte non majoré et rétrocède au CARL les indemnités de nuit, dimanche et jours fériés.

Le CARL assure aux médecins impliqués un revenu minimum : une garantie de ressources de 2.5 C¹³ (50 euros) par heure de garde qui constitue une reconnaissance de la mission de service public assuré et de la pénibilité du travail de nuit.

d. Un premier bilan

Une analyse effectuée dans les trois premiers mois du CARL démontre que celui-ci répond à une demande réelle ainsi qu'en témoignent les chiffres de fréquentation (628 patients sont venus en consultation, dont 70% le week-end et jours fériés). Les motifs de consultations reflètent bien la diversité de la médecine générale. Une collaboration effective s'est instaurée avec le CHU de Rennes et SOS Médecins : le transfert des patients s'effectue dans les deux sens.

Le CARL est un outil attractif et fonctionnel, à la fois pour les patients, en offrant une réponse continue, rapide et de qualité et pour les médecins. Ce cadre satisfait à leurs obligations déontologiques avec un niveau optimal de sécurité médicale pour eux-mêmes et leurs patients. Tous bénéficient du travail d'équipe, de bonne condition d'exercice et pour les praticiens d'un mode de rémunération garanti et adapté.

Cependant, l'avenir de la maison médicale de Rennes est lié aux résultats de la prochaine évaluation effectuée par l'URMLB et aux financements qui pourront être pérennisés et sa capacité à fédérer autour de son organisation les autres médecins libéraux de garde.

¹³ C: lettre clé pour la consultation ; elle est de 20 euros en 2002

CONCLUSION : QUELQUES PISTES D'AMELIORATION

Au terme de notre travail nous souhaitons avant tout rappeler que malgré l'existence de dysfonctionnements, ceux qui conduisent à des accidents dramatiques et qui font la une de l'actualité sont rares. La prise en charge des urgences extra-hospitalières reste bien assurée sur l'ensemble du territoire.

Notre problématique étant de savoir comment les acteurs s'organisaient pour optimiser la prise en charge des urgences extra-hospitalières, nous avons d'abord tenté de cerner le cadre juridique avant d'étudier sur le terrain un certain nombre d'exemples innovants qui nous permettent de donner quelques éclairages utiles pour améliorer la coordination des acteurs en France.

Le cadre juridique actuel manque encore de lisibilité autant pour les acteurs que pour les usagers. La loi de 1996 est ainsi restée dans les faits inappliquée et la circulaire de 1992 demeure la référence pour les professionnels. Afin de clarifier cette situation, une circulaire est en cours de rédaction à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins du Ministère de la Santé. Celle-ci devrait paraître d'ici la fin de l'année 2002. Suite à un entretien réalisé au ministère, il nous est possible d'en indiquer les grandes orientations.

- La mission des pompiers devrait être redéfinie, et dans cette optique, ils n'assureraient plus les transports pour le SAMU.
- Le rôle des ambulanciers privés dans la prise en charge des urgences extra-hospitalières serait renforcé. Ils prendraient en charge les transports à la place des pompiers. Pour ce faire, une convention tripartite devrait être conclue entre le SAMU, les pompiers et les entreprises d'ambulances privées.
- Dans le cadre de la permanence des gardes d'ambulances, un forfait d'astreinte serait instauré et rémunéré par l'enveloppe de soins de villes. Une expérience actuellement menée dans huit départements s'avère encourageante.
- En cas de carence des ambulances privées, les pompiers continueraient à assurer les transports d'urgences pour le SAMU. Toutefois, la loi " Démocratie de proximité " du 27 février 2002, dans son article 124, prévoit que l'hôpital devra les rémunérer.
- Les CODAMU créés en 1986 et aujourd'hui tombés en désuétude dans certains départements pourraient être réactivés et renforcés. Ils devraient permettre une meilleure coordination entre les différents acteurs par le biais d'une évaluation périodique.

Au final, le ministère se refuse à imposer un cadre organisationnel uniforme et privilégie le maintien des diversités locales. A cet égard la DHOS ne s'oppose pas à la mise en place de plates-formes de régulation communes, à l'initiative des acteurs locaux eux-mêmes sur la base du respect des normes de qualité et de sécurité relative à la prise en charge de

l'urgence. Par contre, selon le ministère, l'extension de ce modèle à tout le territoire national ne serait pas forcément efficient du fait de corporatismes locaux persistants entre pompiers et SAMU dans certaines régions.

Concernant la participation des médecins libéraux à la prise en charge de l'urgence extra-hospitalière, le Ministre de la Santé a demandé la mise en place d'un groupe de travail destiné à réfléchir sur une redéfinition de leur rôle. Une réflexion semble être engagée sur la réforme de l'article 77 du code de déontologie relatif aux gardes des médecins. Un rapport devrait sortir durant le mois de décembre 2002.

Au terme de notre étude et au regard des expériences innovantes, le groupe a souhaité proposer quelques pistes d'amélioration concernant la prise en charge des urgences extra-hospitalières.

Nous avons tenté dans un premier temps de décrire ce que pourrait être un dispositif "idéal". Au sein d'une plate-forme de régulation commune, on pourrait imaginer que les PARM orientent vers trois types de médecins régulateurs :

- **Lorsque l'urgence n'est pas vitale**, l'appel serait dirigé vers un médecin régulateur libéral. Celui-ci dispenserait des conseils et pourrait éventuellement faire appel à un médecin de garde pour intervenir. L'ensemble des numéros de garde aboutirait vers ce médecin régulateur libéral, qui filtrerait les demandes, n'engageant le médecin de garde que si nécessaire.
- **Si l'urgence apparaît vitale**, l'appel serait transmis à un médecin régulateur capable d'engager à la fois le SAMU et les pompiers. L'intérêt serait de disposer de médecins régulateurs du SAMU et des Pompiers ayant chacun les mêmes attributions, pouvant l'un et l'autre activer indifféremment l'intervention des pompiers et/ou du SMUR. Un tel mode d'organisation permettrait de parer à la persistance des corporatismes locaux et éviterait les critiques persistantes de la suprématie du SAMU sur les pompiers.

Ce système ne pourrait se passer d'une clarification des responsabilités de chacun, responsabilités qui pourraient être déplacées sur un coordonnateur neutre (ni pompier, ni SAMU) désigné par le préfet.

Nous avons conscience qu'un tel modèle n'est pas applicable en l'état à court terme. Mais nous avons relevé un certain nombre de points pouvant dès à présent faire l'objet d'améliorations sensibles.

- Au vu de la disparité de la prise en charge des urgences entre les départements et des inégalités que cela génère, une clarification minimale du cadre juridique pourrait apporter plus de cohérence au système et renforcerait l'égalité de chacun devant l'accès aux soins.

- L'extension à l'ensemble du territoire des plates-formes de régulation commune 15/18 nous paraît justifiée, même si cela semble difficile du fait de la persistance de corporatismes locaux.
- Il semble nécessaire de développer une formation interprofessionnelle pour engager une connaissance mutuelle, une pratique et un langage communs. Notamment, afin d'harmoniser la prise en charge des appels, une formation commune pourrait être dispensée aux permanenciers des pompiers comme à ceux du SAMU. La formation des pompiers volontaires doit devenir une priorité : elle est pour l'instant insuffisante au regard d'une absence de compétence initiale et d'une rotation rapide des effectifs. La formation à l'urgence doit aussi être renforcée pour les ambulanciers et les médecins libéraux.
- La bonne coordination des différents acteurs nécessite la (ré)activation des CODAMU. Instance d'impulsion de la coordination, ils serviraient à évaluer périodiquement la situation ainsi que les problèmes en cours. Ils permettraient la rencontre d'acteurs partageant des objectifs identiques mais qui trop souvent se côtoient sans se coordonner.
- L'engorgement permanent du SAMU et des urgences dépend en partie du degré d'implication des médecins libéraux. Il importe donc de promouvoir la structuration de leurs gardes (maison médicale, régulation commune des appels...), afin de conserver un tissu libéral de prise en charge des urgences extra-hospitalières.
- Si le Ministère de la Santé souhaite encourager le développement des initiatives locales, il doit veiller à proposer des sources de financement et à les pérenniser.

Voulant éviter l'écueil de propositions artificielles, ces quelques pistes se sont fondées tant sur notre réflexion propre que sur les rencontres d'acteurs locaux et nationaux. Nous sommes donc pleinement conscients de l'importance du contexte local, et d'une approche nécessairement pragmatique pour que toute tentative de coordination soit un succès.

Bibliographie

LES TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Lois

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

Loi n°96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours.

Decrets

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 appelées SAMU.

Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

Décret n°97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services départementaux d'incendie et de secours.

Circulaires

Circulaire DGS/3E/DH9C n°335 du 31 mars 1988 relative à l'intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate d'un établissement de soins public ou privé.

Circulaire n°88-23 du 28 décembre 1988 relative au concours du service public hospitalier et à la participation des médecins d'exercice libéral à l'aide médicale urgente. Conditions d'un partenariat.

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 12 décembre 1994 relative aux modalités techniques de l'interconnexion 15-18.

Circulaire du 21 avril 1995 relative à la mise en place du 112, numéro de téléphone d'urgence unique européen.

Circulaire du 12 avril 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.

Circulaire DHOS/01 n°2001-76 du 5 février 2001 relative à la participation des transports sanitaires privés dans la prise en charge des urgences pré hospitalières.

Circulaire DHOS/SDO n°2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins de ville

REVUES, PERIODIQUES

AMMIRATI (C) & alii.- *Interconnexion SAMU – sapeurs-pompiers. Expérience du département de la Somme*, in La revue des SAMU.-1994, n°6.- pp. 205-211.

AMMIRATI (C) & alii.- *Interconnexion SAMU – services d'incendie et de secours. Bilan national*, in La revue des SAMU.-1994, n°6.- pp. 212-215.

CAZAUGADE (M) & FARINA (M).- *L'alerte aux médecins libéraux sapeurs-pompiers doit-elle échapper à la régulation du SAMU au profit du CODIS ?*, in La revue des SAMU.-1993, n°1.- pp. 31-33.

CHANTELOUP (M).- Les Services d'aide médicale d'urgence et les services mobiles d'urgence et de réanimation en 1998.- Paris : DREES (Direction de la recherche, des Etudes et des Statistiques - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité), 2000.- 81 p.

GBADAMASSI (J).- *Un SMUR départemental : l'exemple de la Charente*, in La revue des SAMU.-1999, n°4.- pp. 38-43.

KIHL (J-P).- *Les sapeurs-pompiers en France*, in Regard sur l'actualité.- 2000, n°259.- pp. 43-54

LARCAN (A) & alii.- *Le SAMU 54 et les SMUR 54 : une collaboration CHRU – SDIS*, in Techniques hospitalières.- mars 1994, n°582.- pp. 40-48.

PIGANEAU (K).- *Les urgences dans la ligne de mire de la Cour des Comptes*, in Le Quotidien du Médecin.- 12 septembre 2002.

RAYNAUD (F) & alii.- *L'aide médicale urgente et les réseaux préhospitaliers et hospitaliers*, in La revue des SAMU.-1998.- pp. 190-198.

ROUCH (R).- *Régulation et situation d'exception. Intérêt et inconvénients d'un site de régulation unique dans l'Aude*, in La revue des SAMU.-Hors série 2000.- pp. 148-149.

TORRES (JP) et alii.- *Les services vocaux au service du 15 ; Expérience du SAMU 38*, in Techniques hospitalières.- novembre 1999, n°641.- pp. 43-47.

Les relations police – hôpital – pompiers, in CH, n°150, octobre 1999 .- pp. 19-20.

Dossier Gardes et urgences : Comment assurer la continuité des soins ?, in Bulletin de l'Ordre des médecins, septembre 2000.- pp. 10-12.

Le traitement des urgences en amont de l'hospitalisation, in DS, n°67, nov. 1994.- pp. 9-11.

Pompiers-SAMU : la nécessaire complémentarité entre les Rouges et les Blancs, in La Gazette, 16 septembre 1996.- pp. 14-17.

Clermont-Ferrand : pompiers et SAMU main dans la main, in La Gazette, 16 septembre 1996.- pp. 18-21.

RAPPORTS

BARRIER.- La prise en charge effective des urgences médicales à tous les échelons de la médecine de ville jusqu'à l'hôpital.- Septembre 1994.

COUR DES COMPTES.- Rapport 2002 sur l'exécution des Lois de financement de la Sécurité Sociale.

SITES INTERNET

www.urgentiste.net

www.SAMU-de-france.com

www.amuhf.com

www.urgence-pratique.com

www.pompiersdefrance.org

Liste des annexes

Personnes rencontrées.

Loi du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours.

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.

Organes de directions et de représentation du CARL à Rennes

REMERCIEMENTS

PERSONNES RENCONTREES.

Ministère de la Santé :

Mesdames Laurence LAVY et Séverine ORIGNY, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins ; Sous-direction de l'Organisation du Système de Soins ; Bureau de l'Organisation Générale de l'Offre Régionale de Soins.

Région Nord-Pas-de-Calais (ordre alphabétique) :

Dr Mohamed ABDELATIF, président de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) du Nord-Pas-de-Calais

Dr Marc BIENCOURT, président du Conseil de l'Ordre du Pas-de-Calais

Dr Pierre GRAVE, président de l'Association des Services d'Urgence Médicale (ASSUM) du Pas-de-Calais

Mr Alain LECHERF, directeur du Centre Hospitalier d'Arras

Dr Denis THUING, médecin responsable de la thématique "urgence" à l'Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral (URMEL)

Dr André VANOOTEGHEM, chef de service du SAMU du Pas-de-Calais

Dr Philippe VASSEUR, médecin-commandant, chef adjoint du Service Départemental d'Incendie et de Secours du Pas-de-Calais

Département du Maine-et-Loire :

Dr CHASSEVANT, chef de service du SAMU d'Angers

Département de l'Ille-et-Vilaine (ordre alphabétique) :

Colonel DAVID, médecin-chef au SDIS d'Ille-et-Vilaine

Dr KERARHO Médecin chef du SAMU

Dr PENCOLÉ, co-fondateur du CARL

Colonel VERDEVOYE, Directeur départemental du SDIS Chef de corps

Associations

Dr Patrick PELLOUX, médecin urgentiste à l'Hôpital Saint Antoine (Paris), président de l'Association des Médecins Hospitaliers Urgentistes de France. (AMHUF).

Les organes de directions et de représentation du CARL à Rennes

L'ASSEMBLEE GENERALE DE L'URML DE BRETAGNE

Organe décisionnel existence et fonctionnement du CARL

Une commission : urgence et permanence de soins (gestion et suivi quotidien)

COMITE DE PILOTAGE

Il est composé de 4 membres et du président de la commission.

Il met en œuvre les décisions de l'assemblée générale, assure la gestion du personnel, informe et coordonne le travail des instances de direction et de représentation (réunion une fois par mois).

COMITE DE SURVEILLANCE

Il est composé des membres du comité de pilotage et 10 membres.

Organe de proposition, d'adaptation et d'évaluation du projet (3 réunions par an).

L' ASSEMBLEE DES MEDECINS EFFECTEURS

Tout médecin inscrit au CARL est membre de droit. Elle nomme les membres des comités de surveillance et techniques, informe et interpelle le comité de pilotage concernant les questions de gestion du CARL (réunion une fois par an au minimum ou à la demande de 25% de ses membres). Elle élabore un procès-verbal soumis à l'assemblée générale de l'URML.

LE COMITE TECHNIQUE

Il est constitué de membres désignés par le comité de pilotage et l'assemblée des médecins. Il instruit toute question confiée par le comité de pilotage (réunion selon le calendrier fixé lors de la commission).

LE PERSONNEL

Il est constitué d'un responsable administratif, de standardistes, d'une employée de service et de médecins. Leurs droits et devoirs sont précisés par un règlement intérieur.

Pendant la garde, la gestion des appels et l'accueil des patients sont réalisés par le standardiste sous la responsabilité du médecin assurant la garde.