

N° 59

# SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1985-1986

Annexe au procès-verbal de la séance du 30 octobre 1985

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi relatif à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.*

Par M. Arthur MOULIN,

Sénateur.

(1) Cette Commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, président, Bernard Lemarié, Jean-Pierre Cantegnt, Jean Chénoux, Robert Schwint, vice-présidents, Hubert d'Andigné, Roger Lise, Hector Viron, Mme Cécile Goldet, secrétaires, MM. Jean Amelin, José Balarello, Pierre Bastié, Jean-Paul Bataille, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Henri Belcour, Jean Béranger, Guy Besse, André Bohl, Charles Bonifay, Jean-Marie Bouloux, Louis Boyer, Louis Caiveau, Marc Castex, Jean Cauchon, Henri Collard, Georges Dagonia, Marcel Debarge, Charles Descours, André Diligent, Franz Duboscq, Marcel Gargar, Claude Huriet, Roger Husson, André Jouany, Louis Lazuech, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, Anaré Méric, Michel Moreigne, Arthur Moulin, Lucien Neuwirth, Marc Plantegenest, Henri Portier, André Rabineau, Gérard Roujas, Olivier Roux, Edouard Soldani, Paul Souffrin, Louis Souvet, Georges Treille.

Voir le numéro :

Sénat : 307 (1984-1985).

Santé.

## SOMMAIRE

	Pages
TRAVAUX DE LA COMMISSION .....	5
INTRODUCTION .....	7
EXPOSÉ GÉNÉRAL .....	9
PREMIÈRE PARTIE. - LES OBJECTIFS DU GOUVERNEMENT .....	9
A - Un objectif avoué : coordonner les dispositifs participant à l'urgence et harmoniser la législation relative aux transports sanitaires .....	9
I. - <i>Rappel des dispositifs en vigueur</i> .....	9
1. Caractéristiques quant à la réglementation .....	9
1.1. Textes relatifs à l'urgence .....	9
a) Une réglementation souple et pragmatique (principales étapes depuis 1941) .....	10
b) Une réglementation qui souffre d'une absence de coordination .....	11
1.2. Textes relatifs aux transports sanitaires .....	12
a) Ils ont permis la coexistence de deux catégories de transporteurs sanitaires .....	12
b) Le champ d'application de la loi du 10 juillet 1970 reste encore mal défini .....	13
2. Présentation sommaire des structures participant à l'aide médicale urgente .....	14
2.1. Les dispositifs médicaux dans le domaine de l'urgence .....	15
a) Le dispositif hospitalier public .....	15
- S.M.U.R .....	15
- S.A.M.U .....	15
- Centres 15 .....	17
b) Le dispositif médical et paramédical privé .....	19
- le secteur hospitalier privé .....	19
- les gardes et associations de permanence des soins et d'urgence médicale (A.P.S.U.M.) .....	19
- les « urgentistes » .....	20
- le dispositif paramédical : les ambulanciers .....	21
2.2. Les dispositifs non exclusivement médicaux participant à l'urgence .....	22
a) la gendarmerie .....	22
b) police-secours .....	23
c) les sapeurs-pompiers .....	23
- un dispositif hiérarchisé .....	23
- les sapeurs-pompiers civils .....	24
II. - <i>Les principaux objectifs du projet de loi</i> .....	26
1. Coordonner les dispositifs participant à l'urgence .....	26
1.1. Le constat .....	26
1.2. Le dispositif du projet de loi .....	28

	Pages
2. Harmoniser la réglementation relative aux transports sanitaires .....	30
2.1. Extension de la procédure d'agrément .....	30
<i>a)</i> le constat .....	30
<i>b)</i> le dispositif du projet de loi .....	30
2.2. Harmonisation des règles de prise en charge des frais de transport .....	32
<i>a)</i> règles en vigueur .....	32
<i>b)</i> le contenu du projet de loi .....	33
<b>B. - Mais en réalité les choix arrêtés par le projet de loi ne sont pas neutres et des conflits majeurs restent sans réponse .....</b>	<b>34</b>
I. - <i>Les effets pervers du dispositif arrêté par le projet de loi</i> .....	34
1. Une fausse décentralisation .....	34
2. Un monopole de fait pour le secteur public hospitalier .....	37
II. - <i>Les questions majeures qui restent sans réponse</i> .....	38
1. Le rôle des sapeurs-pompiers .....	39
<i>a)</i> Les contradictions du projet de loi .....	39
<i>b)</i> Les compétences des sapeurs-pompiers sont mal définies .....	40
2. Le transfert de charges vers les collectivités locales .....	41
 <b>DEUXIÈME PARTIE : LES PROPOSITIONS DE VOTRE COMMISSION .....</b>	<b>45</b>
I. - Une structure départementale de coordination coprésidée .....	45
II. - Une coordination de l'urgence souple, sans monopole et sans exclusion .....	46
III. - Un financement identique pour toutes les interventions des différents participants à l'urgence .....	47
IV. - 1. Un aménagement des dispositions transitoires en ce qui concerne les transports sanitaires .....	48
2. Des précisions quant aux compétences de chacun des intervenants .....	48
 <b>EXAMEN DES ARTICLES .....</b>	<b>49</b>
<b>Titre premier. - Comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires .....</b>	<b>49</b>
<i>Article additionnel 1 A avant l'article premier</i> .....	49
<i>Article premier. - Composition et rôle du comité départemental</i> .....	50
 <b>Titre II. - Aide médicale urgente .....</b>	<b>52</b>
<i>Article 2. - Définition de l'aide médicale urgente</i> .....	52
<i>Article 3. - Modification de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière</i> .....	53
<i>Article 4. - Base légale des centres de régulation dans le cadre de l'aide médicale urgente</i> .....	54
<i>Article additionnel 4 bis après l'article 4</i> .....	55
<i>Article 5. - Financement des centres de régulation</i> .....	57

	Pages
<b>Titre III. – Transports sanitaires</b> .....	59
<i>Article 6.</i> – Définition et règles de fonctionnement des transports sanitaires .....	59
Article L. 51-1 du Code de la santé publique. – Définition du transport sanitaire ..	59
Article L. 51-2 du Code de la santé publique. – Obligation de l'agrément .....	61
Article L. 51-3 du Code de la santé publique. – Normes à respecter pour obtenir l'agrément .....	62
Article L. 51-4 du Code de la santé publique. – Détermination des tarifs des transports sanitaires .....	63
Article L. 51-5 du Code de la santé publique. – Sanctions pénales .....	64
<i>Article 7.</i> – Dispositions transitoires .....	64
<i>Article additionnel 7bis après l'article 7</i> .....	65
<b>Titre IV. – Prise en charge des frais de transport par l'assurance maladie</b> .....	66
<i>Article 8.</i> – Règles de prise en charge par l'assurance maladie .....	66
<i>Article 9.</i> – Dispositions en cas d'affections de longue durée et de contrôles de caisse ..	68
<i>Article 10.</i> – Dispositions en cas d'accidents du travail .....	68
<i>Article 11.</i> – Prise en charge des frais de transports pour les professions non salariées non agricoles .....	69
<i>Article 12.</i> – Prise en charge des frais de transports sanitaires par le régime de la mutualité sociale agricole .....	69
<i>Article 13.</i> – Frais de transports des enfants et adolescents accueillis dans les établissements d'éducation .....	70
 <b>ANNEXES :</b>	
Annexe I : Auditions et déplacements effectués .....	73
Annexe II : Liste des S.A.M.U. ....	75
Annexe III : Liste des « Centres 15 » .....	79
 <b>TABLEAU COMPARATIF</b> .....	81

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission des Affaires sociales s'est réunie le mercredi 16 octobre 1985 sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, pour examiner le projet de loi relatif à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, dont le rapporteur est M. Arthur Moulin.

Après avoir exposé brièvement les auditions et déplacements auxquels il a procédé, M. Arthur Moulin a rappelé les objectifs avoués du projet de loi : d'une part, coordonner les dispositifs existants en matière d'urgence médicale et d'autre part, harmoniser la législation relative aux transports sanitaires. Il a ensuite dénoncé les graves conséquences qui résulteraient en réalité de l'application des dispositions du projet de loi. En effet, le préfet se verrait confié un rôle prépondérant puisqu'il présiderait le comité d'aide médicale urgente, alors même que, pour incertain qu'il soit, le financement des structures d'intervention d'urgence devrait reposer principalement sur les collectivités locales. De plus, le texte institue un monopole d'intervention au bénéfice du secteur public hospitalier, par modification de la loi du 31 décembre 1970, au détriment de l'hospitalisation privée et des médecins libéraux qui sont totalement intégrés dans les structures d'urgence hospitalière. Enfin, ce texte indirectement favorise un transfert de charges vers les collectivités locales. Il ne prend pas de dispositions quant au financement des interventions des sapeurs-pompiers qui restent donc à la charge des collectivités locales. Il y a là rupture des conditions de concurrence avec les autres intervenants de l'urgence : médecins, ambulanciers...

Au cours de la discussion générale qui a suivi et à laquelle ont participé MM. Pierre Louvot, Louis Souvet, Jean Chérioux, Jean Madelain, Jean Béranger, André Rabineau, Georges Besse, le Président Jean-Pierre Fourcade, ainsi que Mme Marie-Claude Beaudou, les commissaires ont approuvé les orientations définies par le rapporteur, en particulier celles relatives à la composition du comité d'aide médicale urgente et à sa présidence, ainsi qu'au principe affirmé du paiement de tout acte médical, y compris d'un acte effectué par les sapeurs-pompiers. Ils ont évoqué les incidences financières que cela aurait sur le budget des

organismes de sécurité sociale. M. Jean Béranger s'exprimant au nom de l'Association des maires de France a rappelé que les structures définies en matière d'urgence devraient être extrêmement souples et que le comité départemental d'aide médicale urgente devait organiser les dispositifs de réponse à l'urgence et non pas seulement veiller à leur fonctionnement.

M. Jean-Pierre Fourcade a résumé les propositions de modifications du rapporteur, acceptées par la commission : prévoir une présidence du comité départemental d'aide médicale urgente par l'exécutif départemental et le commissaire de la République, prévoir des structures souples où tous les professionnels concernés puissent participer sans exclusion, prévoir des règles de financement des interventions des sapeurs-pompiers dans le cadre de l'urgence, identiques à celles retenues pour les interventions des autres professions concernées.

Réunie le mercredi 30 octobre 1985, la commission des Affaires sociales, dans le respect des dispositions arrêtées précédemment, a notamment adopté les amendements suivants :

- dans un article additionnel, elle a donné une définition plus synthétique de l'objet même de l'aide médicale urgente ;
- à l'article premier elle a précisé notamment que le comité départemental serait coprésidé ;
- dans un article additionnel, elle a défini un dispositif de réponse à l'urgence coordonnée : soit un service départemental d'aide médicale urgente coordonnant les interventions des services locaux d'intervention médicale urgente ;
- enfin, à l'article 5 elle a précisé le mode de financement de ce dispositif qui fait appel à trois critères distincts :
  - la prise en charge par les régimes d'assurance maladie de l'acte de régulation et des actes d'intervention de tout service local d'intervention quel qu'il soit,
  - une capacité d'autofinancement du dispositif,
  - les contributions de l'Etat et des collectivités territoriales.

MESDAMES, MESSIEURS,

Le projet de loi n° 307 (1984-1985) relatif à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires a été déposé en première lecture sur le Bureau du Sénat le 23 mai 1985.

Devant l'importance de ce sujet et les multiples débats qu'ils suscitent, il m'est apparu primordial d'entendre longuement toutes les parties concernées et d'apprécier sur place, dans la mesure du possible, les réalisations concrètes faites dans le domaine de l'urgence. Je me suis également appuyé sur de nombreux rapports publiés sur ce sujet, notamment celui de M. Steg devant le Conseil économique et social en juin 1984.

Aujourd'hui je suis en mesure de vous exposer les conclusions auxquelles je suis parvenu. Elles constitueront l'exposé général de mon rapport et permettront de décider d'un certain nombre d'amendements si vous en êtes d'accord.

Ce texte, je l'ai déjà évoqué, soulève beaucoup de difficultés et les orientations arrêtées par le Gouvernement, d'une part ne sont pas neutres, d'autre part ne résolvent pas un certain nombre de conflits majeurs que je voudrais exposer. Il importe donc que nous arrêtions des dispositions souples qui permettent au contraire de résoudre ces conflits. C'est de cela qu'il faudra débattre à l'issue de l'exposé général, lors de l'examen des articles.

## PREMIERE PARTIE

### LES OBJECTIFS DU GOUVERNEMENT

L'étude de ce projet de loi fait apparaître un certain nombre d'incohérences. Ceci se traduit dans les objectifs poursuivis par le Gouvernement repris dans l'exposé des motifs et qui sont en complète contradiction avec les graves conséquences induites par les dispositions mêmes du projet de loi.

#### A. - UN OBJECTIF AVOUÉ : COORDONNER LES DISPOSITIFS PARTICIPANT A L'URGENCE ET HARMONISER LA LÉGISLATION RELATIVE AUX TRANSPORTS SANITAIRES

##### I. - Rappel des dispositions en vigueur.

##### *1. Caractéristiques quant à la réglementation.*

*1.1. Textes relatifs à l'urgence :  
une réglementation souple et pragmatique  
qui souffre d'une absence de coordination.*

Historiquement, on peut dater l'apparition de la notion d'aide médicale urgente au XVI<sup>e</sup> siècle. A cette époque, François 1<sup>er</sup> créait le grand Bureau des pauvres pour secourir à domicile les malades trop faibles pour se rendre à l'Hôtel Dieu. Tout au long des siècles, plusieurs organisations furent tour à tour mises en place et abandonnées. Jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l'hôpital est resté à l'écart de ces organisations, auxquelles participaient police, gendarmerie, sapeurs-pompiers, associations humanitaires et médecins de ville.

C'est après la seconde guerre mondiale, et surtout à partir de 1960 que va se développer l'aide médicale urgente, bénéficiant pour cela des progrès de la médecine et du développement des moyens de communication. Dans ce cadre, les structures hospitalières vont jouer un rôle primordial. Mais bien plus que les textes ce sont bien souvent les événements qui vont favoriser le développement de l'aide médicale urgente. C'est à partir de ces expériences, que des textes furent pris favorisant les structures hospitalières d'aide médicale urgente. Cette réglementation est souple, pragmatique et abondante (une soixantaine de textes) puisqu'elle résulte pour une large part de circulaires ou de décrets. Il n'y a pas à proprement parler de textes de lois consacrés à l'urgence comme l'indique ce bref rappel chronologique.

*a) Une réglementation souple et pragmatique (principales étapes depuis 1941).*

- **Loi du 21 décembre 1941** : première loi hospitalière.

- **Décret du 17 avril 1943** : Pris en application, fait référence aux malades admis en urgence et envisage l'organisation de secours extra-hospitaliers.

- **Circulaire du 5 février 1949** : Création dans chaque département d'un comité de secours d'urgence.

- **Circulaire du 13 août 1965** : Relative à l'organisation des secours médicaux d'urgence. Le rôle primordial de l'hôpital y est réaffirmé au travers des services d'urgence et de réanimation.

- **Décret du 2 décembre 1965** : Fixe la liste des C.H.R. (centres hospitaliers régionaux) centres hospitaliers et hôpitaux qui doivent organiser les moyens de secours et de soins d'urgence. Ce seront les S.M.U.R. (services mobiles d'urgence et de réanimation).

- **Loi du 31 décembre 1970** : Sur l'organisation hospitalière. Reprend le principe de l'obligation d'accueillir des malades en urgence.

- **Circulaire du 4 septembre 1973** : Relative au Service d'aide médicale urgente (S.A.M.U.). Prise par M. Poniatowski, alors ministre de la Santé, elle s'inscrit dans la continuité de la circulaire de Mme. Veil (19 juillet 1972) qui incitait à la création des S.A.M.U. La circulaire du 4 septembre 1973 définit avec précision les caractéristiques de ces services, tant au niveau des personnels qui devaient l'animer, que des normes techniques desdits services.

- **Circulaire du 6 février 1979** : Relative à l'aide médicale urgente et à la mise en place des centres 15. Cette structure caractérisée par un numéro d'appel unifié doit permettre une coopération entre la médecine praticienne et le secteur hospitalier. Le Centre 15 est organisé en vue de la réception d'appels à caractère médical et pour répondre soit à tout appel de détresse nécessitant l'intervention des S.M.U.R., soit à tout appel relevant de la compétence d'un praticien, soit enfin à toute demande de praticiens recherchant des moyens disponibles immédiatement (lits d'hospitalisation, ambulances...). La circulaire instituait également le comité départemental d'aide médicale urgente, présidé par le préfet comprenant des représentants du conseil général ainsi que de toutes les professions concernées par l'urgence. C'est de ce texte que s'inspire le présent projet de loi pour ce qui est du comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires créé à l'article premier.

b) *Une réglementation qui souffre d'une absence de coordination.*

Cette réglementation, on le voit, concerne pour une large part les seules structures hospitalières ; elle émane du seul ministère de la Santé.

Il s'agit là encore d'une caractéristique importante de la réglementation relative à l'aide médicale urgente. Elle a des conséquences importantes au niveau de l'organisation.

Il existe plusieurs structures qui participent à l'aide médicale, mais les textes qui les concernent ont été pris le plus souvent sous l'égide de chacune des parties intéressées. Très peu de textes paraissent sous un visa interministériel. Ceci s'est traduit par l'absence de toute coordination entre les différentes organisations d'urgence.

On peut brièvement évoquer les textes qui régissent les autres structures participant à l'urgence médicale.

- Le secourisme :

- **Décret du 4 janvier 1977** : Relatif à l'enseignement et à la pratique du secourisme.

Arrêtés d'application : Certains portent la signature du ministre de l'Intérieur et de la Santé ; mais ce dernier n'est concerné que par les dispositions techniques relatives à la réanimation. Il n'est responsable ni de l'enseignement, ni de la délivrance du brevet.

- Les sapeurs-pompiers : ils dépendent exclusivement de la Direction de la sécurité civile au ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation.

Leurs compétences sont définies par des textes qui relèvent de la compétence du seul ministère de l'Intérieur.

**L'article L.131-2 alinéa 6 du Code des communes** précise le rôle de la police municipale.. : « faire cesser par la distribution des secours nécessaires les accidents... de pouvoir d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours... »

**L'article R 352-1 du Code des communes** précise quant à lui les compétences des sapeurs-pompiers. Ces derniers sont spécialement chargés des secours et de la protection contre tout péril ou accident de toute nature menaçant la sécurité publique ».

**Le décret du 20 mars 1955** institue le service départemental d'incendie et de secours (S.D.I.S.). Cette structure permet une coopération intercommunale, tout en maintenant la responsabilité fondamentale des maires en matière de secours. Le S.D.I.S. est placé sous l'autorité du président du conseil général pour ce qui est de sa gestion et de son financement.

- **Circulaire du ministère de l'Intérieur du 29 novembre 1979** qui précise les missions des sapeurs-pompiers.

Cette réglementation fragmentée et disparate va entraîner, on le verra lors de la présentation des dispositifs, une absence totale de coordination dont souffre l'aide médicale urgente.

## 1.2. *Textes relatifs aux transports sanitaires.*

a) *Ils ont permis la coexistence de deux catégories de transporteurs sanitaires.*

- **Loi du 10 juillet 1970** : Elle institue une procédure d'agrément que devaient obtenir les entreprises qui souhaitaient faire du transport sanitaire. Mais cet agrément est facultatif. Ceux qui ne le sollicitaient pas ou ne pouvaient l'obtenir pouvaient continuer à effectuer des transports sanitaires. Leurs droits, leurs obligations, les tarifs qu'ils pratiquent, les conditions de prise en charge étaient différents de ceux des entreprises de transports sanitaires agréées.

- **Décret du 27 mars 1973** : Il fixe les conditions d'application de cet agrément :

- conditions quant à la formation des personnels : l'une des personnes présentes dans l'ambulance doit être titulaire du certificat de capacité d'ambulancier (C.C.A.) (créé par l'arrêté du 6 avril 1973).

- conditions quant à la composition des équipages. Un équipage de deux personnes titulaires du permis de conduire dont une titulaire du C.C.A. doit se trouver dans les ambulances ;

- conditions quant aux véhicules. Ceux-ci doivent respecter des normes techniques très précises.

- **Décret du 25 janvier 1979** : il autorise les entreprises agréées à mettre en service des véhicules équipés plus sommairement appelés véhicules sanitaires légers (V.S.L.), avec un équipage réduit à une personne, non obligatoirement titulaire du C.C.A. Ces véhicules peuvent effectuer des transports assis.

Les entreprises de transports sanitaires agréées sont tenues d'assurer une garde afin d'offrir un service permanent. Les entreprises de transports sanitaires non agréées ne sont soumises à aucune obligation ni en ce qui concerne les véhicules et les équipages ni en ce qui concerne les gardes.

En contrepartie des obligations qui sont liées à l'agrément des entreprises de transports sanitaires, ces dernières bénéficient d'un système de tarification plus favorable et peuvent passer des conventions de tiers-payant. Elles peuvent passer des conventions de transports avec les hôpitaux et autres services publics, bénéficiant ainsi d'une priorité d'appel.

*b) Le champ d'application de la loi du 10 juillet 1970 reste encore mal défini.*

En effet, l'article L.51-3 du Code de la santé publique et qui résulte d'un amendement parlementaire stipulait que les droits et obligations définis par le règlement d'administration publique en application de la loi s'appliquaient aux services publics assurant des transports sanitaires.

Des débats qui ont eu lieu à l'Assemblée nationale lors de l'examen de cet amendement on peut supposer qu'il s'agissait non pas de soumettre ces services publics à l'ensemble des droits et obligations définis par le décret du 27 mars 1973, mais seulement de s'assurer qu'ils respectaient des conditions d'exploitation satisfaisantes. (cf. rapport de M. Pierre Jean, octobre 1982. Problèmes posés par l'application de la loi du 10 juillet 1970.)

Cette disposition vise à l'évidence les services municipaux exploités en régie et les hôpitaux publics. Mais la question reste posée de savoir si les unités de sapeurs-pompiers qui, dans le

cadre de leurs missions de secours, effectueraient des transports sanitaires sont soumises à ces mêmes dispositions. La controverse dure depuis des années. Au-delà même du problème de l'application de la loi du 10 juillet 1970, tout repose sur une interprétation plus ou moins extensive des compétences des sapeurs-pompiers en matière d'urgence. Ceci a également des implications financières importantes et l'on aura l'occasion de reposer ce problème au cours des débats.

Pour ce qui est du champ d'application de la loi du 10 juillet 1970, dans lequel entreraient ou non les unités de sapeurs-pompiers, il ressort d'un arrêt du Conseil d'Etat en date du 19 septembre 1980 que lorsque ces unités effectuent occasionnellement des transports sanitaires (en dehors de toute urgence) elles devraient respecter des conditions d'exploitations satisfaisantes. Pour ce qui est de la qualification des personnels un arrêté du 29 janvier 1979 permet de délivrer une habilitation à effectuer des transports sanitaires. Est ainsi reconnue équivalente au C.C.A. la formation dispensée pour obtenir le Brevet national de secourisme (B.N.S.) complété par les spécialisations réanimation et secours routier. Cette formation doit être complétée par un stage de cinq jours dans un centre hospitalier. Mais aucun texte, en dehors de la loi du 10 juillet 1970 ne précise les conditions relatives aux véhicules. On peut donc encore à l'heure actuelle douter de sa réelle application.

## **2. *Présentation sommaire des différents intervenants en matière urgente.***

*Remarque préliminaire* : lorsque l'on veut se procurer des statistiques précises permettant de connaître le nombre de personnes participant à l'aide médicale urgente et leurs caractéristiques, on s'aperçoit qu'il n'y a jamais eu de bilan exhaustif réellement établi en ce domaine et encore moins de séries statistiques actualisées. C'est une grave lacune lorsque l'on veut coordonner tous les dispositifs et il appartiendra dans un premier temps aux comités départementaux d'aide médicale urgente d'établir ce bilan.

On peut, en effet, rappeler que malgré l'absence d'une législation cohérente et coordonnée en matière d'urgence, les dispositifs effectivement mis en place couvrent largement les besoins. Notre pays dispose de structure dans l'ensemble très satisfaisantes. Une fois encore, il importe de redire que le présent projet de loi n'a pas pour objet de gérer voire de pallier une pénurie, mais bien plutôt d'éviter des gaspillages ou des sur-équipements, d'organiser une réelle coordination.

Il y a lieu de distinguer plusieurs catégories d'intervenants. Ceci est d'autant plus nécessaire qu'il n'existe pas de réelle coordination entre eux, comme il a déjà été rappelé au cours de cet exposé. Une première classification permettra de présenter les intervenants médicaux puis les systèmes de secours non exclusivement médicaux.

## 2.1. *Les dispositifs médicaux dans le domaine de l'urgence.*

### a) *Le dispositif hospitalier public.*

#### **\*Le S.M.U.R. (Service mobile d'urgence et de réanimation).**

- **Composition** : créés par le décret du 2 décembre 1965, ils sont constitués d'une ou plusieurs ambulances médicalisées, dans lesquelles doivent se trouver un médecin ou un étudiant. Ces ambulances sont dotées de moyens de réanimation et de traitement des situations de détresse.

Les effectifs employés par un S.M.U.R. sont variables. On peut l'estimer à environ vingt cinq personnes dont un médecin, cinq internes et en sus deux médecins de garde en permanence dont un pédiatre.

- **Rôle** : Ils assurent selon la mission reçue du S.A.M.U. du département la responsabilité médicale et la prise en charge des secours médicaux et des soins d'urgence.

- **Implantation** : Il existe en France environ 240 S.M.U.R. Les trois quart sont organisés par convention avec les sapeurs-pompiers.

- **Financement** : Un décret du 31 décembre 1965 fixe un tarif kilométrique basé sur le tarif ambulancier, auquel on ajoute le coût de la médicalisation. Ce tarif sera plus élevé si le transport est suivi d'une hospitalisation. Le S.M.U.R. dispose d'un budget spécial dont les recettes proviennent en partie de la tarification du transport.

- **Coût d'un transport S.M.U.R. (1984)** : de 900 à 1.800 F selon l'établissement.

#### **\*Le S.A.M.U. (Service d'aide médicale urgente).**

Textes :

- **Circulaires** des 13 février 1965, 4 septembre 1973 et 5 février 1976.

- **Composition** : Il s'agit d'un service public rattaché à un centre hospitalier et doté d'un statut particulier. Son ressort est le plus souvent départemental (mais il existe, à titre exceptionnel, 2 S.A.M.U. dans le même département). Le S.A.M.U. est placé sous la tutelle administrative du préfet, commissaire de la République de département et du ministre chargé de la Santé publique. Sa gestion relève de l'autorité du directeur de l'hôpital d'implantation.

Il est dirigé par un médecin à temps plein exerçant dans un service ou un département qui participe à l'urgence médicale (ex : anesthésie-réanimation). Dans cet établissement d'implantation, le même médecin assume généralement la responsabilité médicale du S.A.M.U. et celle du S.M.U.R. voire d'autres services. Le S.A.M.U. dispose de moyens propres : un secrétariat opérationnel placé sous le contrôle permanent d'un médecin-régulateur, télécommunications, fichier et inventaire des moyens disponibles : liste des permanences médicales (médecine de ville, ambulanciers privés...), lits disponibles dans les divers services et établissements hospitaliers. L'activité d'un S.A.M.U. nécessite au moins cinq personnes en permanence soit 30 personnes en effectif complet.

- **Mission** : Elle consiste en une mission d'écoute médicale permanente, de régulation, de mise en oeuvre et de coordination des moyens de l'aide médicale d'urgence, soit à centraliser les demandes de soins médicaux d'urgence, analyser ces demandes, décider de la mise en oeuvre des moyens les plus adaptés à chaque appel (dont les S.M.U.R.), coordonner les moyens pour les premiers soins et les transports, suivre le déroulement des interventions ainsi demandées, répartir les victimes selon les lits disponibles adaptés à leur état, préparer leur accueil.

Le S.A.M.U. participe également aux tâches de formation à l'urgence des médecins, infirmiers et secouristes.

- **Financement** : Il n'est pas prévu explicitement par les circulaires et la seule réglementation existant prévoit l'affectation de ses recettes et dépenses. Le S.A.M.U. fait, en effet, l'objet d'un budget annexe qui doit être distinct de celui du S.M.U.R. (ce qui n'est pas toujours respecté dans la pratique) (art. 11 du décret n° 83-744 du 11 août 1983 et arrêté du 22 septembre 1983).

Le financement est assuré par l'Etat (subvention forfaitaire-S.A.M.U.), les conseils généraux et l'établissement d'implantation. Les parts respectives de ces trois intervenants varient. La moyenne nationale est de :

- Etat	17,5 %	} 32,3 %
Il s'agit d'une dotation forfaitaire,		
- conseils généraux	14,8 %	

- recettes propres à l'établissement  
(issues en général de l'assurance maladie) 66,1 %
- divers 1,6 %

- **Implantation** : Le VI<sup>e</sup> Plan puis le VIII<sup>e</sup> Plan ont inscrit dans des programmes d'actions prioritaires en matière de sécurité routière la création d'un S.A.M.U. par département pour 1980. L'objectif est quasiment réalisé à l'heure actuelle. On recense 88 S.A.M.U. pour toute la France en 1984. Une quinzaine de départements n'ont pas de S.A.M.U. ; dans quatre départements, il en existe même deux, ce qui était justifié par la configuration géographique du département.

#### \*Le Centre 15.

- **Composition** : Prévues par la circulaire du 6 février 1979, la création de ces centres est soumise à deux principes :

- une organisation bien définie des appels et des réponses à y apporter ;
- une mise en relation réelle avec la totalité des intervenants, publics ou privés, dans l'aide médicale urgente.

La création d'un Centre 15 s'accompagne de la mise en place de deux comités de liaison et de coordination, à savoir le comité départemental de l'aide médicale d'urgence, présidé par le préfet, et comprenant des représentants, du conseil général, de la profession médicale, des établissements d'hospitalisation publics et privés, des ambulanciers privés, des sapeurs-pompiers, des autres services publics participant à l'urgence : le médecin-chef du S.A.M.U. et le directeur de l'hôpital siège du S.A.M.U. ; est également créé le comité technique médical du Centre 15 présidé par le médecin inspecteur départemental de la santé. Il est composé de médecins (président départemental de l'ordre, présidents départementaux des syndicats médicaux, médecin-chef du S.A.M.U.) et contrôle l'activité du Centre 15.

Il est recommandé que le Centre 15 soit implanté de préférence auprès du secrétariat du S.A.M.U. qui pré-existe, avec éventuellement deux salles de régulation, l'une pour le secteur public, l'autre pour le secteur privé. Le Centre 15 offre un service plus large que le S.A.M.U. et comporte donc un personnel supplémentaire. Son organisation est très diversifiée.

- **Mission** : le Centre 15 recueille et utilise, à l'échelle départementale, tous les appels formés sur le n° 15. Il doit être en mesure de répondre aux appels de détresse, aux appels relevant de la garde des médecins privés, aux demandes d'assistance émanant des praticiens.

- **Financement** : la mise en place d'un Centre 15 lorsqu'elle s'effectue dans un établissement déjà doté d'un S.A.M.U. entraîne un surcoût d'environ 10 à 20 % par rapport au budget de fonctionnement du S.A.M.U. Mais dans la réalité ce coût est très variable, et aucun bilan financier n'a encore jamais été réalisé. Le budget de fonctionnement recouvre le budget S.A.M.U. et celui de l'association de permanence de soins.

Le financement est généralement assuré par :

- une subvention de l'Etat, pouvant couvrir de 20 à 40 % du budget de fonctionnement (ligne 47-13, art. 50) ;

- une subvention du conseil général couvrant de 20 à 70 % du budget selon les cas ;

- une participation des caisses d'assurances maladie soit directement sous forme de subventions, soit par l'intermédiaire des budgets hospitaliers.

Le tableau ci-après présente les participations financières de l'Etat, du département et des organismes de sécurité sociale qui sont effectivement très variables d'un département à l'autre.

#### FINANCEMENT DES CENTRES 15

	En pourcentage			
	Etat	Conseil général	Subvention directe des C.A.M.	Budget de l'hôpital siège du S.M.U.R. ou autres C.H.
Troves	50	50	»	»
Caen	24,5	45,5	19,5	10,5
Garches	16,5	83,5	»	»
Bobigny	30	20	»	»
Versailles	11	44,5	»	44,5
Niort (1)	31	31	»	35
Angoulême (1)	8,5	23	»	68,5
Lons-le-Saunier	51	»	»	49
Evreux	40	40	20	»
Postiers	»	»	»	100

(1) Budgets S.A.M.U. et Centres 15 confondus

- **Implantation** : A la fin de 1984 il existait onze Centres 15, dont on trouvera la liste en annexe.

Six devaient ouvrir durant l'année 1985 à Toulouse, Mulhouse, Strasbourg, Tours, Grenoble et Lille.

a) *Le dispositif médical et para-médical privé.*

**\*Le secteur hospitalier privé :**

La réception des appels d'urgence est également assurée par les structures hospitalières privées. Jusqu'à présent aucun texte de loi n'interdit à ces structures de participer à l'aide médicale urgente.

Le tableau ci-après résume les capacités d'accueil des urgences par l'hospitalisation privée. Seuls ont été retenus les établissements ayant des services spécialisés d'une capacité d'au moins soixante lits.

**CAPACITÉ D'ACCUEIL DES URGENCES PAR L'HOSPITALISATION PRIVÉE**

Disciplines concernées par les urgences	Situation d'ensemble		Situation des établissements aptés à accueillir l'urgence	
	Nombre d'établissements	Nombre de lits	Nombre d'établissements	Nombre de lits
Médecine et spécialités mé- dicales .....	478	15.670	149	8.642
Chirurgie et spécialités chi- rurgicales .....	960	51.770	429	31.973
Maternité avec possibilités chirurgicales .....	466	10.439	163	6.259
Total .....	1.904	77.879	741	46.674

Source : ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale

**\*Les gardes et Associations de permanence des soins et d'urgence médicale (A.P.S.U.M.)**

Les médecins libéraux se sont progressivement organisés pour répondre aux appels d'urgence.

● *Les gardes médicales* ont d'abord été organisées par les médecins en exercice et ce sous le contrôle de l'Ordre et des syndicats médicaux. On peut rappeler que ce système de garde traduit une obligation déontologique, énoncée à l'article 41 du Code de déontologie médicale.

Ce type d'organisation est relativement informel et l'on dispose de très peu de renseignements voire de statistiques sur les modalités de ce service. Bien souvent, dans les petites villes et les campagnes, les gardes sont assurées individuellement par chaque

médecin. Le système reste très parcellaire, sans numéro d'appel unique; il n'est pas non plus coordonné avec d'autres intervenants en matière d'urgence.

L'efficacité de ce mode de garde serait très certainement améliorée si une coordination effective était mise en place.

• *Les associations de permanence des soins et d'urgence médicale (A.P.S.U.M.)*

Cette structure a vu le jour dans les villes moyennes et plus encore dans les grandes villes. Elle pallie les insuffisances des modes de gardes traditionnels, face aux nécessités et exigences actuelles dans le domaine de l'urgence.

Cette association assure une réponse rapide, en l'absence du médecin de famille, soit vingt-quatre heures sur vingt-quatre, soit seulement les nuits ou les week-ends. Elle fonctionne le plus souvent avec un numéro d'appel téléphonique; le secrétariat qui répond à ce numéro d'appel retransmet sur les médecins de garde. Elles se sont constituées soit sur initiatives syndicales soit en toute indépendance des autres structures professionnelles. Le conseil de l'Ordre veille également au bon fonctionnement de cette structure et peut même avoir participé financièrement à son lancement.

Le financement des A.P.S.U.M. est à l'heure actuelle assuré principalement par un autofinancement dégagé par les médecins eux-mêmes (cotisation annuelle, reversement d'honoraires...), et également par des sources extérieures: subvention des collectivités locales, caisses primaires d'assurance maladie.

C'est avec ce type d'association que les S.A.M.U. se sont associés afin de constituer les Centres 15.

A l'heure actuelle, il existe des A.P.S.U.M. sur tout le territoire. Constituées, on l'a vu dans les villes moyennes ou les grandes villes, elles couvrent soit tout ou partie d'un département.

**\*Les « urgentistes ».**

On regroupe sous ce vocable des associations constituées uniquement en vue de répondre aux urgences.

- **Constitution** : Il s'agit d'une structure fermée, qui recrute un nombre déterminé de médecins diplômés. Ces médecins constituent un cabinet de groupe consacré exclusivement à l'urgence.

- **Financement** : C'est un système a priori économique ou tout du moins peu coûteux pour la collectivité puisqu'il n'est en

principe fait appel à aucune subvention. Le dispositif est auto-financé par les médecins eux-mêmes qui reversent une partie de leurs honoraires.

Le déplacement du médecin est remboursé par les organismes de sécurité sociale sur la base du tarif conventionné (équivalent à la visite d'un généraliste de nuit ou de jour).

- **Effectifs** : Parmi ce type d'associations, la plus connue est certainement S.O.S. médecins qui regroupe un type d'associations - loi de 1901. La première a été créée en 1966. L'Union nationale S.O.S. médecins regroupe en 1985 vingt et une associations représentant quatre cent cinquante médecins qui ont traité plus d'un million d'appels en un an. Selon les cas cette activité représentait environ 80 % du total des demandes de soins d'urgence à domicile. L'implantation de ce type de structures requiert le tissu urbain. Ces associations s'installent dans des grandes villes ou des villes moyennes.

#### **\*Les dispositifs para-médicaux : les ambulanciers.**

Il y a lieu de présenter ici brièvement les caractéristiques de cette profession, car elle doit faire partie intégrante de la réponse à l'urgence. Comme il a déjà été exposé, le développement des structures d'urgence repose en partie sur la médicalisation du transport. C'est une condition impérative de succès. C'est pourquoi les ambulanciers occupent une place si importante dans le dispositif d'urgence et qu'ils doivent participer à sa coordination. Ceci leur impose des contraintes supplémentaires tant au niveau de la formation, des véhicules que des astreintes en matière de garde. Mais ce sont là des contraintes inévitables.

Ainsi qu'on l'a évoqué plus haut la loi n° 70-615 du 10 juillet 1970 laisse subsister deux secteurs au sein de la profession des ambulanciers.

#### ● Le secteur des ambulanciers agréés.

Le rapport de M. Pierre Jean sur l'application de la loi du 10 juillet 1970 fait état des statistiques suivantes :

EN 1981				
Nombre d'entreprises agréées	Nombre de véhicules	Nombre de salariés	Nombre de salariés par entreprise	Nombre de véhicules par entreprise
3 234	10 974	12 475	3,86	3,39

Ces statistiques dissimulent des disparités considérables d'une entreprise à l'autre.

- Le secteur des ambulanciers non agréés.

Le rapport de M. Pierre Jean établit les statistiques suivantes en ce qui concerne ce secteur.

EN 1981

Nombre d'entreprises non agréées	Nombre de véhicules	Nombre de salariés par entreprises	Nombre de véhicules par entreprises
2.206	2.584	0,46	1,17

Même si les entreprises d'ambulances non agréées ont un caractère familial et restreint encore plus marqué que les entreprises agréées on peut remarquer qu'elles occupent une place encore importante dans la profession.

Pourcentages des entreprises agréées .....	59,4
Pourcentages des entreprises non agréées .....	40,6
Total .....	100

Plusieurs remarques s'imposent :

Le nombre des entreprises d'ambulances non agréées ne cesse de diminuer. En 1984, on n'en compterait plus que mille cinq cents de par la démographie naturelle de ce secteur là de la profession. De plus, les entreprises qui souhaitent s'installer solliciteront a priori un agrément. En réalité, peu choisissent de s'installer en tant que non agréées.

Si l'on examine en réalité les caractéristiques des entreprises d'ambulances non agréées, on s'aperçoit qu'elles ont, tant au niveau de l'équipement qu'en ce qui concerne la formation des personnels, consenti des efforts financiers non négligeables.

## 2.2. Les dispositifs non exclusivement médicaux participant à l'urgence.

On se bornera ici à présenter brièvement les structures suivantes : gendarmerie, police-secours et sapeurs-pompiers.

### a) La gendarmerie.

- La gendarmerie, structurée au niveau départemental, a des effectifs répartis sur l'ensemble du territoire, excepté les zones urbaines.

- **Rôle** : Sa mission inclut l'aide et le secours aux personnes en détresse. Les gendarmes sont donc formés à l'appel et aptes à prévenir, en cas de besoin, ambulanciers et hôpitaux. Ils sont en mesure de prendre les premières mesures de sauvegarde, étant tous titulaires du brevet national de secourisme, mais ils alertent immédiatement S.A.M.U., sapeurs-pompiers, ambulanciers. Sauf carence manifeste, ils n'assureront aucune évacuation sanitaire. Dans certaines régions cependant (montagne), ils ont le matériel d'évacuation spécialisé.

- **Evolution** : Depuis quelques années, le nombre de leurs interventions diminue d'une part en raison de la diminution du nombre d'accidents constatés ; d'autre part, il apparaît de plus en plus que les appels s'adressent aux sapeurs-pompiers.

b) *Police-secours.*

Elle existe à Paris et dans quelques zones urbaines (Bordeaux, Lyon).

- **Mission** : Historiquement, elle a toujours inclus des compétences en matière d'urgence puisque la loi des 16 et 24 août 1790, reprise dans le Code des communes chargeait la police municipale de répondre par tous moyens aux « accidents et fléaux calamiteux ».

- **Organisation** : A Paris, les activités de police-secours en matière d'urgence se concrétisent à deux niveaux :

- les cars de police, équipés d'un matériel de premier secours peuvent intervenir sur appel reçu par le 17. Mais il n'y a aucune médicalisation des véhicules, si bien qu'en cas de besoin police-secours avertit le S.A.M.U., le médecin de garde ou les sapeurs-pompiers ;

- les S.M.U.R. police-secours : aux termes d'une convention signée en 1974, six S.M.U.R. police-secours, implantés en différents points de la capitale, assurent le quadrillage. Dans ce S.M.U.R., se trouvent deux membres du personnel hospitalier médical et deux policiers, qui sont secouristes et ont bien souvent reçu une formation à l'urgence dispensée par le S.A.M.U. A partir de 1985, une coopération identique s'est établie avec les sapeurs-pompiers.

c) *Les sapeurs-pompiers.*

\***Un dispositif hiérarchisé** : Ils relèvent de la tutelle de la Direction de la sécurité au ministère de l'Intérieur. Cette tutelle s'exerce dans le cadre général de sa mission de prévention des risques de toute nature.

Pour cela, au niveau territorial, elle dispose des services départementaux d'incendie et de secours (S.D.I.S.) créés par le décret du 20 mai 1955, chargés du contrôle et de l'emploi des corps de sapeurs-pompiers. Ce service est, désormais, placé en vertu des nouvelles règles de compétences sous l'autorité, d'une part, du commissaire de la République sur le plan opérationnel, d'autre part, sous l'autorité du président du conseil général pour ce qui est de sa gestion et de son financement. Le préfet, commissaire de la République aux termes de l'article 34 de la loi du 2 mars 1982, est responsable de l'organisation des secours, dès lors que le champ d'application de cette compétence excède le territoire d'une commune.

Mais la responsabilité fondamentale en matière de secours incombe toujours aux maires. Ils agissent là au titre de leur pouvoir de police administrative, conformément à l'article L. 132-1 du Code des communes. Ce sont eux qui sont responsables des centres de secours où sont regroupés les sapeurs-pompiers. Le territoire d'un département est divisé en secteurs d'incendie dotés chacun d'un centre de secours. Ce centre est implanté dans une commune d'importance suffisante pour pouvoir recruter des sapeurs-pompiers (environ trente par centre qui doit toujours disposer d'au moins un médecin). Chaque commune du département est rattachée à deux centres de secours. Le second peut ainsi être appelé lorsque le premier est indisponible. Le rayon d'action d'un centre de secours est d'environ dix kilomètres.

Il y a en France 3.170 centres de secours, dont 580 principaux. Ces derniers dotés de moyens plus importants ou spécifiques peuvent assister les autres centres en cas de besoin.

Une mention à part doit être faite pour les brigades de sapeurs-pompiers militaires créées à Paris et à Marseille. Au nombre d'environ neuf mille (dont sept mille cinq cents à Paris), elles sont à la disposition du préfet de police pour assurer la protection des personnes et des biens.

### **Les sapeurs-pompiers civils.**

*Effectifs* : il y a lieu de distinguer les sapeurs-pompiers volontaires qui constituent la grande majorité des effectifs, des sapeurs-pompiers professionnels :

En effet, sur un total de 223.000 sapeurs-pompiers civils :

- 17.000 sont des sapeurs-pompiers professionnels (pour l'essentiel des fonctionnaires communaux) ;

- 206.000 sont volontaires, c'est-à-dire ayant une autre activité salariée ou étant des agents communaux ayant d'autres fonctions.

**Les sapeurs-pompiers professionnels** : ils sont environ dix-sept mille répartis dans les grandes villes. On compte là un sapeur-pompier professionnel pour mille habitants. Ce coefficient va en diminuant dans les petites villes. Les sapeurs-pompiers professionnels sont recrutés sur concours. Ils doivent ensuite obtenir le permis de conduire poids-lourds, le brevet de moniteur de secourisme, assorti des deux spécialités réanimation et secours-routiers. Parmi les sapeurs-pompiers professionnels on trouve huit médecins.

**Les sapeurs-pompiers volontaires** : au nombre d'environ 206.000 ils sont recrutés sur un engagement de cinq ans renouvelable. Ils reçoivent alors un enseignement de secourisme complété par les deux spécialisations mentionnées ci-dessus. Mais tous ne sont pas titulaires du diplôme. Leurs interventions sont rémunérées à la vacation. Parmi eux environ quatre mille sept cents médecins-volontaires assurent les fonctions de médecins de corps. Ils sont à la fois les médecins du travail et les médecins traitants des pompiers, et parfois de leurs familles. Ce sont en général des praticiens qui continuent d'exercer par ailleurs, mais on peut remarquer qu'environ 300 médecins sapeurs-pompiers sont également médecins hospitaliers. Parmi eux quelques-uns dirigent un S.A.M.U. ou un S.M.U.R.

**Matériel** : Trois types de véhicules sont utilisés par les sapeurs-pompiers :

- Les véhicules de secours aux asphyxiés et blessés (V.S.A.B.). Ils devraient, selon l'instruction du 21 janvier 1983 du ministère de l'Intérieur, respecter les normes imposées aux véhicules faisant des transports sanitaires, lorsque eux-mêmes sont amenés à en faire. Les sapeurs-pompiers disposent de 4.500 V.S.A.B., ce qui constitue un potentiel d'intervention très important et très utile dans le domaine de l'urgence.

- Véhicules radiomédicalisés (V.R.M.), qui comportent un équipement radio.

- Equipements radiomédicalisés (E.R.M.) : outre l'équipement radio, les véhicules disposent d'un minimum d'équipement médical.

**Activité** : elle est très importante, mais elle a beaucoup évolué ces dernières années, quant à la nature des sorties. Ainsi, en 1982, les sapeurs-pompiers ont effectué plus de deux millions d'interventions, dont seulement dix pour cent pour l'incendie. Les

sapeurs-pompiers interviennent essentiellement pour des accidents de la circulation et des secours à victimes. Ils sont donc directement concernés par l'organisation de la réponse à l'urgence, d'autant plus que leurs missions plus traditionnelles sont en déclin (incendies...).

\*  
\* \*

La présentation, qui vient d'être faite des différents intervenants en matière d'urgence n'a aucun caractère exhaustif. Elle permet simplement de prendre conscience des multiples dispositifs existants, qui tous fonctionnent avec efficacité. Devant ce tableau sommaire, on ne peut que redire, une fois encore, que la France dispose de moyens en nombre suffisants pour répondre à l'urgence. Le présent projet de loi ne doit donc pas créer d'autres structures, et encore moins détruire des dispositifs existants qui ont apporté la preuve quotidienne de leur efficacité. Mais le seul examen de cette mosaïque montre à l'évidence qu'une coordination s'impose. Tel est l'un des objectifs du présent projet de loi, auquel votre Commission ne peut que souscrire. Il traduit de plus le souhait de l'ensemble des professions concernées.

Mais force est de constater à l'étude de ce texte que, d'une part, l'objectif de coordination n'est pas réellement atteint, et que, d'autre part, il laisse sans réponse un certain nombre de conflits majeurs. A terme ceci risque de mettre définitivement fin à toute politique de coordination.

## II. – Les deux principaux objectifs du projet de loi.

### 1. *Coordonner les dispositifs participant à l'urgence.*

#### 1.1. *Le constat de départ.*

Les auteurs du projet de loi considèrent que les besoins du territoire sont globalement couverts en ce qui concerne la réponse à l'urgence. Il est rappelé que cette réponse a connu un développement considérable ces dernières années et ce pour deux raisons :

– Un accroissement de la demande « brute » :

• On ne fera ici qu'évoquer la fréquence des accidents de la route, mais également la multiplication des agressions et actes de violence.

- L'allongement de la durée de vie entraîne une augmentation des affections graves, en particulier les accidents cardiovasculaires. Pour ce type d'affections la rapidité d'intervention et la médicalisation des premiers secours sont des facteurs essentiels dans les chances de guérison.

Ces deux phénomènes ont une incidence directe sur les besoins en matière de médecine d'urgence.

- Les progrès considérables de la médecine : ils ont en quelque sorte eu deux effets sur le développement de la médecine d'urgence.

- d'une part, le progrès technique a permis la médicalisation des secours. La mise en place, dans les hôpitaux des unités de soins intensifs et des services de réanimation ont accru l'efficacité des soins dispensés aux malades reçus en urgence.

- d'autre part, on peut parler d'un effet psychologique lié aux progrès de la médecine. L'opinion publique, informée par les médias ou la presse, des progrès réalisés a le sentiment que la médecine détient maintenant des capacités de sauvetage sans limite. On peut tout tenter, même sur des cas désespérés. Ce sentiment favorise la demande du public en matière d'urgence.

Les statistiques publiées témoignent de cet accroissement des interventions médicales d'urgence.

*Statistiques sur les nombres d'appels reçus par des organisations de secours d'urgence.*

- Il n'existe, a priori, pas de statistiques globales, au niveau du territoire sur les interventions d'urgence.

Chaque intervenant collationne des statistiques sur sa propre activité. Là encore, une coordination départementale sera très utile.

*En ce qui concerne les S.A.M.U.*

On pourrait estimer qu'en 1982, l'ensemble des S.A.M.U. a reçu environ un million d'appels.

- A titre d'exemple, le tableau ci-joint montre la forte progression d'activité du S.A.M.U. 94 (Créteil-Henri Mondor).

**ACTIVITÉ DU S.A.M.U. 94**  
(Département du Val-de-Marne)

Année	Appels	Accroissement d'activité (en pourcentage)
1972		Ouverture réelle du S.A.M.U. décembre 1972
1973	750	Ouverture officielle du S.A.M.U. octobre 1973
1974	3 983	"
1975	5 198	+ 30,50
1976	6.665	+ 28,22
1977	8.228	+ 23,45
1978	12.264	+ 49,05
1979	18 708	+ 52,54
1980	20.276	+ 8,40
1981	20.959	+ 3,37
1982	22 075	+ 5,32
1983	24 929	+ 11,45
1984	26 631	+ 6,83

- Pour ce qui est des « urgentistes », les vingt et une associations de S.O.S.-médecins ont reçu en 1984 un million d'appels.

- Activité des sapeurs-pompiers : en 1982, ils avaient effectué 250.000 opérations médicalisées de secours. Là également les chiffres ne cessent de progresser.

### 1.2. Le dispositif du projet de loi

Cette coordination se fera selon trois axes.

- Au niveau départemental est créé un comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.

• Ce comité était prévu par la circulaire du 6 février 1979 ; il reçoit donc ici une base légale.

• Sa composition sera déterminée par un décret en Conseil d'Etat, mais le projet de loi précise qu'il devra comprendre des représentants des collectivités territoriales.

La présidence de ce comité sera exercée par le préfet, commissaire de la République.

• Le comité aura pour mission de veiller à la distribution de l'aide médicale urgente, et à l'adéquation du système retenu par rapport aux besoins de la population.

Pour assurer cette mission, le comité devra être certain de la coopération des personnes participant à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. Les personnes compétentes seront donc incitées à participer au contrôle du dispositif mis en place dans le département.

Pour son fonctionnement, il y aura en réalité deux sous-comités :

- l'un composé uniquement de médecins qui aura à connaître, en matière d'aide médicale urgente, des problèmes ne concernant que le monde médical,

- le deuxième sous-comité sera chargé de donner des avis au commissaire de la République sur les demandes d'agrément en matière de transports sanitaires. Ce sous-comité exercera les fonctions dévolues jusqu'à présent à la commission départementale d'équipement.

- L'article 4 du projet de loi donne une base légale au Centre 5, créé par la circulaire du 6 février 1979.

- Ce centre de réception et de régulation des appels fonctionne, avec la participation conjointe des médecins hospitaliers et des praticiens libéraux. Ces derniers seront représentés soit par les instances départementales des organisations représentatives nationales ou les organisations ou associations représentatives au niveau départemental.

- Les règles d'organisation et de fonctionnement de ces centres seront déterminées par voie de conventions approuvées par le commissaire de la République.

- Enfin, il est prévu que ces centres de régulation seront interconnectés avec les dispositifs de réception des appels des services d'incendie et de secours et des services de police.

- Quant au financement de ces centres de régulation, il pourra être assuré par des contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie de l'Etat ou des collectivités territoriales.

- L'article 3 du projet de loi confère une base légale aux S.A.M.U. (Services d'aide médicale urgente), dont les fondements n'avaient été définis que par voie de circulaires.

- La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière est ainsi complétée dans ses articles 2 et 4. Elle reconnaît désormais au service public hospitalier une mission en matière d'aide médicale. Cette mission s'exercera dans les centres hospitaliers qui pourront à cet effet créer des unités spécialisées.

- Il est précisé que cette mission reconnue au service public hospitalier s'exerce conjointement avec les autres personnes et services compétents en matière d'aide médicale urgente.

## *2. Harmoniser la réglementation relative aux transports sanitaires.*

Cette harmonisation concerne d'une part la réglementation applicable aux entreprises de transports elles-mêmes, et d'autre part les règles relatives à la prise en charge des frais de transport par l'assurance maladie.

### *2.1. L'extension de la procédure d'agrément à l'ensemble des entreprises effectuant des transports sanitaires.*

#### *a) Le constat.*

- Comme il a été exposé au début de ce rapport, la loi du 10 juillet 1970 relative aux transports sanitaires laissait coexister deux secteurs parmi les entreprises de transport, ce qui, sur le plan des principes, était convenable.

- En 1985, on peut constater :

- d'une part que le nombre d'entreprises non agréées ne cesse de diminuer ;

- d'autre part que les entreprises non agréées ont en réalité fourni un effort financier considérable pour acquérir un matériel de qualité, et s'assurer d'un personnel suffisamment qualifié.

- L'extension de la procédure d'agrément ne devrait pas entraîner de bouleversement dans la profession. Les entreprises non agréées souhaitent même voir cette procédure devenir obligatoire. Ceci mettrait fin à des inégalités tarifaires et à des conditions d'exercice de la profession différentes pour les uns et les autres, et qui, on l'a vu, ne sont plus justifiées par une qualité de services rendus moindre.

#### *b) Le dispositif du projet de loi.*

- Il est d'abord donné à tous une sorte de dénominateur commun, à savoir une définition des transports sanitaires. On entend ainsi par transport sanitaire tout transport d'une personne, malade, blessée ou parturiente effectué à l'aide de moyens de transports de toute nature, mais spécialement adaptés à cet effet.

Ce transport devra avoir lieu pour des raisons de diagnostic ou de soins, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale.

- Toute personne effectuant un transport sanitaire, dont la définition a été donnée ci-dessus, devra avoir été agréée par l'autorité administrative.

Une seule exception est prévue par la loi : elle concerne les transports des personnels de défense par des moyens propres aux armées. Ils ne sont pas soumis à la procédure de l'agrément, et à la réglementation qui en découle.

- L'octroi de l'agrément entraîne un certain nombre d'obligations pour les entreprises - relatives aux moyens de transports, aux personnels et à leur qualification, aux gardes qu'ils doivent effectuer, notamment leur participation aux centres de réception et de régulation des appels. Ces dispositions sont arrêtées par un décret en Conseil d'Etat. Elles sont quasiment identiques à celles arrêtées en 1970.

- Ce même décret fixera les modalités de délivrance et de retrait de cet agrément. C'est le commissaire de la République qui est compétent. Il est également précisé que le refus d'agrément doit être motivé.

- La fixation des tarifs des transports sanitaires résulte d'un arrêté conjoint du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé du Budget. Ils sont soumis à la législation en vigueur sur les prix.

- Le projet de loi prévoit enfin des peines d'amende, et leur aggravation en cas de récidive à l'encontre des personnes qui effectueront des transports sanitaires sans autorisation, ou malgré un retrait d'autorisation. Ceci n'était pas prévu par la loi du 10 juillet 1970, ce qui nuisait à son respect.

- Enfin l'article 7 du projet de loi donne un délai de trois ans à compter de la publication du décret d'application prévu par l'article L. 51-3 du Code de la santé publique, pour que les personnes assurant des transports sanitaires à la date de promulgation de la loi se mettent en conformité avec les dispositions arrêtées. Bien entendu, ce délai ne concerne pas les entreprises qui se créeront après la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

## 2.2. Harmonisation des règles relatives à la prise en charge des frais de transport par l'assurance maladie.

### a) Les règles en vigueur.

La prise en charge des frais de transports (sanitaires au sens de la santé publique ou ordinaires) résulte des articles :

- L. 283 du Code de la sécurité sociale : l'assurance maladie comporte la couverture... des frais de transport ;

- L. 295 du Code de la sécurité sociale : les frais de déplacement de l'assuré ou de ses ayants-droit qui doivent quitter la commune où ils résident pour se rendre à la convocation du médecin-conseil ou se soumettre soit à un contrôle, soit à un traitement prescrit dans les conditions prévues à l'article L. 293, sont à la charge de la caisse primaire. Le taux de ces frais et les modalités de remboursement sont déterminés par un arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité sociale.

Le texte d'application est l'arrêté du 2 septembre 1955 relatif au remboursement des frais de transport exposés par les assurés sociaux.

Il permet la prise en charge des frais de transport suivants :

- transport effectué en vue d'une hospitalisation prise en charge par la Sécurité sociale (primaire ou secondaire soit transfert) ;

- transport effectué pour convocation à un centre d'appareillage ou chez un fournisseur d'appareillage ;

- transport effectué par un bénéficiaire d'une pension d'invalidité pour se rendre, comme interne, dans un établissement de rééducation ;

- transport effectué pour se rendre à une convocation du contrôle médical ou pour un examen demandé par celui-ci ;

- transport effectué pour répondre à une convocation de l'expert médical pour juger de l'invalidité ou de l'inaptitude de l'intéressé.

Ces transports peuvent être pris en charge qu'ils soient effectués par véhicule sanitaire (ambulances, V.S.L.) taxi, transport en commun ou véhicule personnel dans la limite du transport le plus économique compatible avec l'état du malade. Sauf utilisation de transports en communs, ou cas d'urgence, l'assuré doit présenter une prescription médicale justifiant le recours à un

moyen de transport adapté à son état. En l'absence de prescription médicale le remboursement se fait sur la base du moyen de transport le plus économique.

b) *Le contenu du projet de loi.*

- Un regroupement des dispositions.

• L'objet du projet de loi est de regrouper les articles L. 283 et L. 295, de préciser par la loi et non dans un texte réglementaire les principes de la prise en charge. Il supprime la règle du changement de commune et étend la prise en charge aux transports pour soins ambulatoires hors des affections de longue durée, dans des conditions et limites fixées par décret en Conseil d'Etat, tenant compte de l'état du malade et du coût du transport.

On peut, à cet égard, rappeler que le Conseil d'Etat avait, dans un avis en date du 23 octobre 1969, estimé que certaines des règles fixées par l'arrêté du 2 septembre 1955 étaient illégales, en tant que ces dispositions excédaient les limites fixées par la loi. Il est donc conforme à la Constitution que ces dispositions figurent désormais dans un texte de loi.

- Une harmonisation entre les différents régimes sociaux.

• Le projet de loi prévoit l'application de cet article L. 283-a du Code de la sécurité sociale, en tant qu'article de référence pour le remboursement des frais de transport des catégories de personnes suivantes :

- les accidentés du travail (art. L. 435 du Code de la sécurité sociale) ;

- les personnes relevant du régime des non-salariés non-agricoles (loi n° 66-509 du 12 juillet 1966) ;

- les ressortissants du régime agricole (art. 1038 du Code rural) ;

- les ressortissants des régimes spéciaux.

## **B. - EN RÉALITÉ, LES CHOIX ARRÊTÉS PAR LE PROJET DE LOI NE SONT PAS NEUTRES ET DES CONFLITS MAJEURS RESTENT SANS RÉPONSE**

### **I. - Les effets pervers du dispositif arrêté par le projet de loi.**

#### **1. *Une fausse décentralisation.***

La structure départementale créée par le projet de loi relève de l'autorité de l'Etat. En effet, le comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires est présidé par le commissaire de la République.

Or, les missions exercées par ce comité mettent en cause des compétences qui relèvent désormais des collectivités territoriales.

- Ce sont les maires qui sont présidents des conseils d'administration des établissements hospitaliers publics. A ce titre, ils ont à connaître du fonctionnement de ces établissements. Ils auront donc à connaître de l'organisation et du fonctionnement des unités participant à l'urgence.

- Le rôle des collectivités locales est, on l'a vu, fondamental en matière d'organisation des secours.

- D'une part, le maire assume en cette matière une responsabilité pleine et entière. A ce titre, il est le président du centre de secours implanté dans sa municipalité et responsable des sapeurs-pompiers qui y travaillent.

- D'autre part, les règles nouvelles arrêtées en matière de décentralisation ont placé sous l'autorité du président de conseil général les services départementaux d'incendie et de secours pour ce qui est de leur gestion et de leur financement.

Il est vrai, que sur le plan opérationnel, l'autorité est exercée par le préfet, commissaire de la République. Il est compétent pour l'organisation de secours, dont le champ d'application exède le territoire d'une commune.

On peut donc s'interroger sur le choix fait par le projet de loi en ce qui concerne la présidence de ce comité. Devait-elle relever de la compétence du représentant de l'Etat, au lieu de celle du président du Conseil général qui est désormais l'exécutif du département.

b) *Une décentralisation financière.*

Cette interrogation est d'autant plus importante qu'en ce qui concerne le financement de ces centres de régulation des appels, on peut se demander si la volonté du Gouvernement n'est pas d'en imposer à terme un financement décentralisé ?

On l'a vu, l'article 5 du projet de loi reste très flou. Il indique seulement que ce centre de réception et de régulation des appels pourra être financé par des contributions des collectivités territoriales, de l'Etat, ou des organismes d'assurance maladie. Rien n'est dit sur le caractère obligatoire de ces contributions, ni sur leurs montants respectifs.

Comme il vous a été exposé dans la première partie de ce rapport, le financement actuel des centres 15 varie d'un département à l'autre. On dispose, de plus, de peu d'études sur le coût de fonctionnement d'un tel dispositif.

Une hypothèse de calcul théorique permet d'avancer les chiffres suivants :

- dans un département de moins de 1 million d'habitants (il y en a 85 au total)

*Coût en personnel du Centre 15 : 1.600.000 F.*

- pour 8 permanenciers ;
- une régulation médicale ;
- par vacation et 1 médecin plein-temps ;
- un médecin chef à temps partiel.

Les dépenses de personnel représentent environ 70 % des dépenses totales.

*Coût total du Centre 15 : 2.320.000 F.*

Dans un département de plus de 1 million d'habitants (il y en a 14 au total).

*Coût en personnel : 3.080.000 F.*

- pour 15 permanenciers ;
- une régulation médicale ;
- par vacation et 2 médecins plein-temps ;

- un médecin-chef à mi-temps  
(la taille du département nécessite un personnel plus important).

Coût total du Centre 15 : 4.466.000 F.

Dans cette hypothèse de calcul, on obtiendrait un coût de fonctionnement de tous les centres 15 sur l'ensemble du territoire qui se décomposerait ainsi :

2.320.000 F x 85 départements (cat. 1) :	197,2 millions francs
4.466.000 F x 14 départements (cat. 2) :	62,5 millions francs
<b>Total</b>	<b>259,7 millions francs</b>

Ce coût de fonctionnement englobe les dépenses de fonctionnement des S.A.M.U.

Elle repose sur l'hypothèse de l'implantation d'un Centre 15 par département, ce qui ne sera peut-être pas nécessaire partout.

Pour être théorique, cette analyse ne permet pas moins d'apprécier le coût d'une telle structure. Notre propos n'est pas d'en remettre en cause le bien-fondé. La commission des Affaires sociales est convaincue de l'utilité d'un tel dispositif. Il permet, notamment, à très court terme de réaliser d'importantes économies en évitant des sorties inutiles aux équipements lourds des S.M.U.R. Chacun sait qu'environ 70 % des appels de détresse peuvent être résolus par l'intervention du médecin généraliste. Il importe donc qu'il soit associé à la régulation de l'urgence.

Mais cette approche en termes de coût de fonctionnement est nécessaire lorsqu'on s'interroge sur le mode de financement de ce centre de régulation.

La contribution de l'Etat, à l'heure actuelle, varie selon les cas, sans jamais couvrir plus de 40 % des dépenses.

Le projet de loi de finances pour 1986 enregistre une diminution préoccupante des crédits consacrés par l'Etat aux secours d'urgence.

(En millions de francs)

	1985	1986
Chapitre 47-13, Article 50-01	35,69	34,694

### *Secours d'urgence (S.A.M.U. Centre 15).*

Cela permettra-t-il de maintenir le principe d'une participation de l'Etat au financement des structures d'urgence.

De plus, on note un désengagement général de l'Etat en ce qui concerne les dépenses liées au secteur hospitalier. C'est désormais l'assurance maladie qui sera chargée du financement de la sectorisation psychiatrique.

On peut donc craindre que dans les années à venir les collectivités territoriales n'aient à supporter une part croissante des dépenses de fonctionnement des centres de réception et de régulation des appels. Or, on ne peut que rappeler le contenu des lois de décentralisation qui mettent à la charge de l'Etat les dépenses relatives à la santé.

Pour beaucoup de départements se posera, dans un avenir relativement proche, la question de leur participation au financement de ces centres de régulation des appels. La question sera d'autant plus difficile à régler qu'ils n'exerceront pas une réelle autorité sur le comité départemental de l'aide médicale urgente. La contradiction résultant d'un dispositif dirigé par le commissaire de la République, mais financé en majeure partie par le conseil général, à terme peut remettre en cause le bon fonctionnement de ce dispositif.

## ***2. Le projet de loi confère un monopole de fait au secteur public hospitalier.***

Ceci concerne les structures locales de réponse à l'urgence. L'option retenue confère un monopole au secteur public hospitalier qu'il convient de dénoncer. Ce monopole se traduit principalement à deux niveaux.

### ***a) Le secteur hospitalier privé est exclu du dispositif de réponse à l'urgence.***

En effet, les dispositions relatives aux unités hospitalières participant à l'urgence sont insérées dans la loi du 31 décembre 1970, dans la partie relative au secteur public hospitalier. A contrario on peut donc considérer que l'hospitalisation privée ne sera pas autorisée à créer des lits pour ouvrir un service d'urgence.

De plus on peut considérer que cela remet en cause le principe du libre choix par le patient de son établissement d'hospitalisation.

Or, les établissements d'hospitalisation privée, pour certains, ont la capacité requise pour accueillir des urgences. Ceci a été rappelé dans la première partie de l'exposé général.

Ce monopole est d'autant plus dangereux qu'il concerne le centre de réception et de régulation des appels. En complétant l'article 4 de la loi du 31 décembre 1970, on lui donne un caractère exclusivement hospitalier, ce qui n'est pas sans conséquence.

*b) La structure unique du centre de réception et de régulation des appels.*

En effet, le caractère hospitalier public du centre de régulation aura plusieurs conséquences.

- Il ne pourra y avoir partage de responsabilité et d'autorité. Le centre de régulation sera sous l'autorité d'un chef d'unité fonctionnelle intégré dans un département. Les médecins généralistes qui y feront des vacations pour la régulation des appels seront sous l'autorité hiérarchique de ce chef d'unité fonctionnelle, voire même du chef de département, puisque le projet de loi n'envisage pas de structure particulières.

On peut se demander ce qu'il adviendra si la responsabilité médicale de l'un de ces médecins est mise en cause.

De plus, dans cette structure hospitalière comment seront intégrés les ambulanciers privés. Pourront-ils disposer d'une certaine autonomie ?

- Quant au financement de ce centre de régulation, fera-t-il l'objet d'un budget annexe, ou sera-t-il intégré à la dotation globale ? Dans quelle mesure sera-t-il possible de prévoir des budgets distincts, reposant sur des financements spécifiques ? Une telle solution prévaut dans un certain nombre de centres 15. C'est le cas du Centre 15 des Hauts-de-Seine qui repose sur deux entités distinctes tant du point de vue responsabilité, autorité hiérarchique, qu'en ce qui concerne son financement. Ceci est un élément fondamental pour assurer le bon fonctionnement d'une telle structure. Le projet de loi risque de le remettre en cause, en ayant retenu une option purement hospitalière.

**II. - Le projet de loi laisse sans réponse un certain nombre de questions majeures.**

Au cours de cet exposé général, il a souvent été rappelé l'impérieuse nécessité de coordonner l'ensemble des moyens existants dans le domaine de l'urgence. L'exposé des motifs du présent projet de loi le rappelle également et ce sont des principes

auxquels votre commission ne peut que souscrire. Mais force est de constater que le texte même du projet de loi ne permet pas la réalisation effective de cette coordination. D'une part, en raison de la situation de monopole qu'il crée, et qui vous a été exposée ci-dessus, d'autre part à cause d'un certain nombre d'oublis majeurs, dont nous voudrions souligner l'importance. Ces oublis concernent pour l'essentiel des dispositifs dont l'organisation relève du ministère de l'Intérieur. En effet, rien n'est dit, ou trop peu, sur la participation des sapeurs-pompiers en matière d'urgence. Or cette participation est indispensable, et nous l'avons à plusieurs reprises, réaffirmé. Chacun sait le rôle fondamental joué par les centres de secours en cas d'accident ou de catastrophe. Il n'est nullement question de les éliminer du dispositif de réponse à l'urgence.

Mais à l'inverse ne peut-on craindre qu'en associant les sapeurs-pompiers de manière si indirecte et imprécise au mécanisme proposé par le projet de loi, ils ne participent pas, en réalité, à cette coordination départementale, mettant en échec un principe pourtant fondamental. Le risque existe de voir coexister, ou même se développer deux systèmes de réponse à l'urgence, parfaitement autonomes, indépendants et imperméables l'un à l'autre. Ceci serait source de gaspillage pour la collectivité. A terme, il y aurait peut-être nécessité d'arbitrer entre ces deux dispositifs, et l'on peut craindre alors un transfert de charges vers les collectivités locales.

### **1. *Le rôle exact des sapeurs-pompiers n'est pas défini.***

- En remarque préliminaire, on peut s'interroger sur la non-signature par le ministre de l'Intérieur et de la Décentralisation d'un texte qui a pour objectif la coordination des dispositifs de réponse à l'urgence existants. Est-ce à dire que les sapeurs-pompiers ne sont pas impliqués dans le dispositif du projet de loi. La réponse n'est pas aussi claire.

#### *a) Les contradictions du projet de loi.*

- Les sapeurs pompiers sont indirectement cités à plusieurs reprises.

• Article premier : le comité doit s'assurer de la *coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente.*

- Article 2 : l'aide médicale urgente a pour objet d'organiser des secours, *en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux.*

- Article 4 : les centres de régulation sont interconnectés avec *les dispositifs de réception des appels des services d'incendie et de secours.*

Mais les dispositions du projet de loi ne permettent pas de les associer au dispositif de coordination, sur un pied d'égalité avec les autres intervenants à l'urgence.

En effet, on ne parle que de coopération à la mission dévolue au comité, et non pas de participation à l'élaboration d'un schéma global de réponse à l'urgence. Bien plus, l'article 2 semble dessaisir les maires de leur rôle fondamental en ce qui concerne l'organisation des secours. Cette fonction serait désormais dévolue au comité médical, en relation seulement avec les dispositifs communaux.

- On peut également regretter que le projet de loi relatif à l'aide médicale urgente ne définisse pas avec plus de précisions le rôle de chacun.

*b) Les compétences des sapeurs-pompiers sont mal définies.*

Ce projet de loi ne permet pas de mettre un terme à un conflit, dont tous les élus locaux sont conscients et qui oppose les sapeurs-pompiers non seulement aux autres intervenants en matière d'urgence, mais également aux personnes effectuant des transports sanitaires...

Les dispositions du Code des communes donnent compétence aux maires pour organiser les secours. C'est dans le cadre de leurs missions de secours que les sapeurs-pompiers interviennent en cas d'accidents ou de catastrophes.

La notion « porter secours » recouvre une action immédiate, ayant pour objet de faire cesser le danger pesant sur la personne secourue. Traditionnellement, ce sont donc les sapeurs-pompiers qui pratiquent, s'il est besoin, des opérations de désincarcération.

Cette mission d'assistance immédiate a connu une extension progressive et continue depuis plusieurs années. Les sapeurs-pompiers, dans le prolongement de leurs missions de secours, ont été amenés à effectuer des transports de blessés. Dans le cadre de l'urgence, ils se sont équipés de matériel permettant le transport des personnes accidentées. Ce transport s'est également médicalisé. Souvent des conventions ont été signées entre les établissements hospitaliers et les sapeurs-pompiers. Ces derniers

fournissent véhicules et conducteurs à l'hôpital, ce dernier assurant la médicalisation du transport grâce à la présence d'un interne dans le véhicule.

Il est donc bien établi que les sapeurs-pompiers participent aux opérations de transport dans le cadre de l'urgence. Il est donc indispensable qu'ils soient partie prenante à toute structure de coordination en matière d'urgence.

Mais le projet de loi ne fixe pas de limites à cette compétence en matière de transports. Il accentue au contraire l'ambiguïté des textes en vigueur.

A l'heure actuelle il n'est pas rare que les sapeurs-pompiers effectuent des transports sanitaires en dehors du cadre de l'urgence. Il s'agit là d'une interprétation quelque peu extensive du contenu de leurs missions de secours.

Quelques textes cependant ont essayé de clarifier cette situation. Il en est ainsi d'une circulaire du ministère de l'Intérieur en date du 29 novembre 1979 qui rappelait que le transport des malades et blessés ne relevait pas de la compétence des sapeurs-pompiers exception faite en cas d'urgence et de personnes en danger. Mais une note, émanant de ce même ministère en date du 3 août 1977, indiquait qu'en cas de carence des ambulanciers privés, les sapeurs-pompiers pourraient pallier cette insuffisance.

Mais la valeur réglementaire et normative de ces deux textes, en particulier la note du 3 août 1977, est bien incertaine. Il eût été plus clair que le projet de loi qui vous est soumis pose quelques principes quant au domaine de compétence de chacun.

Ceci aurait été d'autant plus souhaitable que les imprécisions de la situation actuelle, et les contradictions du projet de loi, favorisent un transfert de charges au détriment des collectivités locales.

## ***2. Le transfert de charges vers les collectivités locales.***

*a) Le principe de la gratuité des opérations de secours des sapeurs-pompiers.*

Ce principe est très ancien puisqu'il était déjà inscrit dans l'ordonnance royale du 11 mars 1733, en ce qui concerne la lutte contre l'incendie. La gratuité s'applique également aux secours aux personnes subissant un risque collectif dont personne n'est responsable, mais contre lequel la collectivité doit se prémunir.

Par extension, il a été considéré que toutes les interventions des sapeurs-pompiers étaient gratuites et ne pouvaient donner lieu

à remboursement pour les communes. Celles-ci ont donc vu ces dernières années s'accroître considérablement le coût financier de leurs centres de secours. L'arrêt du Conseil d'Etat Lemarquand du 3 octobre 1980 a réaffirmé avec force ce principe; Les sapeurs-pompiers n'effectuant pas de transport sanitaire, au sens défini par la loi du 10 juillet 1970, ils n'ont pas à être soumis aux obligations définies par ladite loi. De plus leurs interventions ne peuvent donner lieu à une quelconque prise en charge par la Sécurité sociale.

Cette prise de position affirmée avec force par les pouvoirs publics est très coûteuse pour les collectivités locales. Elle permet également une concurrence déloyale vis à vis des ambulanciers. Ceux-ci sont soumis à des obligations très strictes quant à leur matériel et à la formation de leur personnel. Les sapeurs-pompiers n'y sont pas tenus. Et surtout l'assurance maladie prend en charge les transports effectués par les ambulanciers et non ceux effectués par les sapeurs-pompiers. Pour être exact, il faut préciser que des conventions signées entre les hôpitaux et les sapeurs-pompiers, qui ont été évoquées plus haut, permettent cette prise en charge, mais il ne s'agit que de cas d'espèce, alors qu'à l'évidence, ce devrait être un principe d'ordre général.

*b) L'hypothèse d'un transfert de charges vers les collectivités locales.*

- Le projet de loi qui vous est soumis ne donne aucune précision, quant au financement de ces structures de coordination en matière d'urgence. Le risque a été évoqué plus haut, de voir l'Etat se désengager progressivement.

- Le projet de loi ne règle pas la prise en charge des interventions de secours des sapeurs-pompiers par l'assurance-maladie. La tentation peut être grande d'inciter à la multiplication de ces interventions qui sont d'un effet nul sur l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie.

- Notre inquiétude est d'autant plus grande que des projets de décret sont à l'étude sur la constitution d'un corps de médecins sapeurs-pompiers.

Ce corps de médecins serait à la charge des collectivités locales, puisque travaillant dans les centres de secours. Leur formation et leurs missions concerneraient notamment les opérations d'urgence. Leur recrutement permettrait la mise en place d'un dispositif médical et para-médical autonome, indépendant d'une structure hospitalière, des médecins généralistes exerçant dans le département et des ambulanciers. Ce

dispositif serait à la charge financière des collectivités locales si l'on fait application du principe de la gratuité des interventions de sapeurs-pompiers.

Il ne s'agit que d'hypothèses, mais on peut s'interroger sur la nécessité de constituer un tel dispositif. Les moyens existants, centrés autour de l'hôpital, en association étroite avec les médecins libéraux sont suffisants. Il n'est nul besoin d'en créer d'autres. Si tel était le cas, ne sera-t-on pas amené dans les années à venir à faire des choix financiers. Quel système retiendra-t-on alors, d'un dispositif médical-hospitalier et libéral financé par les régimes de sécurité sociale ou d'un dispositif entièrement supporté financièrement par les collectivités locales ?

\*  
\* \*

Le présent projet de loi doit permettre de clarifier la situation afin d'éviter un gaspillage de moyens et ne pas avoir dans les années à venir à pratiquer des choix douloureux. C'est en tout cas dans cette optique que votre Commission a travaillé. Elle va donc à présent vous présenter brièvement les grandes options retenues et qui devraient permettre une réelle coordination en matière d'urgence.

## **DEUXIEME PARTIE**

### **LES PROPOSITIONS DE VOTRE COMMISSION**

Il ne s'agit ici que d'en faire une brève présentation. Leur contenu sera plus largement présenté dans l'examen des articles et des amendements.

#### **I. - UNE STRUCTURE DÉPARTEMENTALE DE COORDINATION COPRÉSIDIÉE**

##### **1. Une définition de l'aide médicale urgente.**

Cette définition ne doit viser que l'objet même de l'aide médicale urgente. On peut ici rappeler qu'il y a lieu de distinguer cinq phases :

- 1° - la réception et la régulation de l'appel de détresse ;
- 2° - la définition et l'envoi des secours adaptés sur place ;
- 3° - l'intervention médicale sur place s'il y a lieu ;
- 4° - le transport du ou des malades (ou blessés ou parturientes...) vers le lieu d'intervention adapté ;
- 5° - l'accueil éventuel en service d'urgence hospitalier.

Autour de cette définition, il est alors possible de prévoir les différents intervenants et de les regrouper dans une structure de coordination.

##### **2. Le comité départemental d'aide médicale urgente.**

Ses caractéristiques définies par la loi doivent lui permettre d'être une instance réellement coordinatrice.

- Coprésidence du président de conseil général et du préfet, commissaire de la République.

Ce principe a déjà été retenu pour certaines instances départementales, dès lors que ces dernières avaient à connaître des missions relevant et de la compétence de l'Etat et de celle du département.

Tel est le cas en matière d'urgence. Les intervenants publics en particulier relèvent, soit de l'Etat, soit du département. Il importe donc que cette coprésidence concrétise la volonté de coordonner les différents dispositifs participant à l'urgence.

- Respecter le principe d'une composition équilibrée :

- collectivités territoriales/Etat ;
- hospitalisation publique/privée ;
- hospitalisation/médecine libérale.

- définir les missions de ce comité.

Il aura pour tâche préalable de faire le bilan des moyens existants dans le département.

Il lui faudra proposer la mise en place d'une structure médicale de coordination (centre de régulation des appels). Il aura à connaître des conventions signées par les différents partenaires pour la mise en place de ces structures.

Il sera compétent pour contrôler la mise en application de ce dispositif et son bon fonctionnement.

## **II. - UNE COORDINATION DE L'URGENCE SOUPLE, SANS MONOPOLE ET SANS EXCLUSION**

L'organisation repose sur l'existence :

- d'une structure médicale de régulation :
  - lieu d'implantation à définir par convention,
  - assurant une présence médicale au lieu de réception des appels de détresse,
  - fonctionnant sur le principe d'une gestion autonome et paritaire (public/privé) ;
- de structures locales d'intervention :
  - ce terme recouvre des moyens d'action variés, prenant en compte tous les équipements existants publics ou privés.

- ces structures doivent intervenir de façon coordonnée, et sous contrôle de la structure médicale d'intervention.

- La loi fixe le cadre général. Les critères techniques figureront dans des textes réglementaires. Des conventions ouvertes à tous arrêteront les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces structures.

- Le financement de la structure départementale de régulation repose sur trois sources distinctes :

- l'acte de régulation est un acte médical ; à ce titre, il est pris en charge et remboursé par la Sécurité sociale,

- le dispositif dégage une capacité d'auto-financement. C'est-à-dire que les structures locales d'intervention participent au financement de la structure de régulation. Le montant de ces participations est fixé par voie conventionnelle,

- les conventions pourront également fixer le montant de la participation de l'Etat et des collectivités territoriales au frais de fonctionnement de la structure de régulation.

### **III. - UN FINANCEMENT IDENTIQUE POUR TOUTES LES INTERVENTIONS DES DIFFÉRENTS PARTICIPANTS À L'URGENCE.**

- L'acte de régulation médicale constitue un acte médical. Il sera donc coté et donnera lieu à sa prise en charge par le régime d'assurance maladie du bénéficiaire.

- Tous les autres actes pratiqués par les divers intervenants à l'urgence, notamment en ce qui concerne les transports, donneront lieu également à l'établissement d'un tarif, et à leur prise en charge par le régime d'assurance maladie. Ceci concerne donc les transports effectués par les sapeurs-pompiers dans le cadre de l'aide médicale urgente, dès lors qu'ils interviennent sous le contrôle de la structure médicale de régulation.

- Les règles de subrogation édictées en faveur des régimes d'assurance maladie restent valables sur ce point particulier.

#### **IV. - 1. UN AMÉNAGEMENT DES DISPOSITIONS TRANSITOIRES EN CE QUI CONCERNE LES TRANSPORTS SANITAIRES**

La suppression du secteur des ambulanciers non agréés doit se faire dans un délai de trois ans à compter de la date de publication du décret d'application. Durant ce laps de temps, il serait souhaitable qu'un décret aménage les conditions d'obtention des diplômes requis pour les personnes concernées. En particulier, il devrait prévoir des conditions particulières pour les personnes exerçant la profession d'ambulancier depuis un certain nombre d'années, à la date d'entrée en vigueur du présent projet de loi.

#### **2. PRÉCISER LES COMPÉTENCES DES DIFFÉRENTS IN- TERVENANTS EN MATIÈRE DE TRANSPORTS SANI- TAIRES**

- Inscrire dans le texte de loi, un principe énoncé jusqu'à présent, seulement par voie de circulaire : à savoir que les sapeurs-pompiers n'effectueront de transports sanitaires que dans le seul cadre de l'aide médicale urgente.

\*  
\* \*

Telles sont les grandes lignes du dispositif que votre Commission souhaite voir adopter dans le domaine de l'aide médicale urgente. Il lui paraît permettre une réelle coordination des différents dispositifs existants. En privilégiant la signature de conventions, il devrait favoriser des solutions adaptées à la réalité de chaque département. En harmonisant les règles de financement des différents intervenants, il permet de recréer des conditions de concurrence égale pour tous et évite des transferts de charges indues au détriment des collectivités locales.

\*  
\* \*

## EXAMEN DES ARTICLES

### TITRE PREMIER

#### COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE ET DES TRANSPORTS SANITAIRES

Le projet de loi distingue quatre séries de dispositions : l'une relative au comité de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, qui est commune en quelque sorte aux deux autres parties, dont l'une traite de l'aide médicale urgente et l'autre des transports sanitaires. La dernière partie est relative à la prise en charge des frais de transport par l'assurance maladie.

Votre Commission souhaite faire mieux apparaître la distinction entre transports sanitaires et aide médicale urgente. Elle vous propose de regrouper l'ensemble des dispositions du projet de loi en trois parties : l'une relative à l'aide médicale urgente, et qui pose entre autres le principe d'un comité départemental; l'autre est relative aux transports sanitaires et prévoit également la mise en place d'un comité départemental. Enfin, la troisième série de dispositions, de la même manière que le projet de loi, regroupe les dispositions relatives à la prise en charge des frais de transport.

**Tel est l'objet de l'amendement que votre Commission vous propose d'adopter.**

#### *Article additionnel I A avant l'article premier.*

Votre Commission vous propose par cet article additionnel de donner une définition synthétique de l'aide médicale urgente.

En toute logique, il lui paraît souhaitable que cette définition soit en tête des dispositions du projet de loi relatives à l'aide médicale urgente, en particulier avant les dispositions relatives au comité départemental, dont les missions découlent de cette définition même.

De plus, la proposition de votre Commission élimine tout malentendu quant aux intervenants potentiels en matière d'aide médicale urgente. Cet article additionnel ne fait que définir l'objet même de l'aide médicale urgente, à savoir organiser les moyens d'intervention permettant de soigner et éventuellement transporter une personne dans les meilleurs délais et quel que soit le temps ou le lieu.

Les dispositions relatives aux intervenants seront reprises dans les articles suivants, en particulier celui relatif au comité départemental.

**Tel est l'objet de l'amendement que votre Commission vous propose d'adopter.**

#### *Article premier.*

#### **Composition et rôle du comité départemental.**

Cet article fixe trois règles importantes dont deux sont relatives à la mission de ce comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports.

Le premier alinéa de cet article pose le principe d'un comité départemental présidé par le préfet, commissaire de la République et qui comprendrait entre autres des représentants des collectivités territoriales. Sa composition exacte est renvoyée à un décret en Conseil d'Etat. Il est prévu que l'ensemble des professions et personnes concernées par l'aide médicale urgente et les transports sanitaires soient représentées à ce comité.

Votre Commission entend voir préciser dans cet alinéa que participeront à ce comité des représentants des différents services intéressés et des différents organismes professionnels concernés par l'aide médicale urgente. Cette disposition vise, d'une part, les services publics relevant de la compétence de l'Etat, ou des différentes collectivités territoriales, à savoir la Direction de l'action sanitaire et sociale, les services départementaux d'incendie et de secours, les forces de police... Pour ce qui est des professionnels concernés, on peut entendre des représentants de l'hospitalisation publique ou privée, les syndicats de médecins, des associations de généralistes qui assurent des gardes d'urgence. L'organisation de ce comité repose sur le principe d'une libre participation, qui doit être la plus large possible, afin de parvenir à une réelle coordination. Il importe également que soit respecté un nécessaire équilibre entre les différentes composantes.

De plus, et ce pour affirmer une fois encore le rôle coordonnateur de ce comité, votre Rapporteur vous propose d'envisager

une coprésidence du président du conseil général et du commissaire de la République, puisque tous deux exercent des compétences en ce qui concerne l'aide médicale urgente. Cette solution a déjà été retenue par d'autres textes pris en matière de décentralisation. Il en est ainsi du comité départemental d'orientation du parc, créé par le décret n° 85-812 du 31 juillet 1985 relatif à la partition des Services extérieurs du ministère de l'Urbanisme, du Logement et des Transports. Ce comité est présidé et réuni conjointement par le préfet, commissaire de la République et le président du conseil général. Il tient auprès d'eux un rôle consultatif en matière d'équipements et d'entretien.

Une solution identique pourrait être retenue pour le comité départemental d'aide médicale urgente. Il en renforcerait le rôle coordinateur.

**Tel est l'objet de l'amendement que vous soumet votre Rapporteur.**

Ce comité départemental aura pour mission de veiller à l'organisation de l'aide médicale urgente et à s'assurer de l'adéquation du système retenu aux besoins de la population. Pour cela il devra s'assurer de la coopération de l'ensemble des personnes participant à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. Etant donné que dans le premier alinéa de cet article il a été précisé que toutes les parties intéressées font partie de ce comité, il est inutile de préciser à nouveau que dans l'exercice de ces missions, le comité doit s'assurer de la coopération de tous.

De plus, votre Commission entend voir préciser la mission de ce comité. Il devra d'une part jouer un rôle incitatif pour que soient mises en place les structures d'intervention en matière d'urgence. Il aura pour tâche, notamment, d'établir le bilan des moyens existants. Cette première démarche est indispensable puisqu'aucun dispositif existant ne doit être détruit. Dans un deuxième temps, il lui appartiendra de contrôler les dispositifs mis en place, et leur conformité avec les dispositions du présent projet de loi. A ce titre, le comité aura à connaître des différentes conventions signées par les professionnels concernés.

**Tel est l'objet de l'amendement que votre Commission vous propose d'adopter.**

**Votre Commission vous propose d'adopter l'article premier ainsi modifié.**

## TITRE II

### AIDE MÉDICALE URGENTE

Votre Commission vous propose la suppression de cette division et de son intitulé, puisque l'ensemble des dispositions relatives à l'aide médicale urgente ont été regroupées dans une unique partie.

**Tel est l'objet de l'amendement que votre Commission vous propose d'adopter.**

#### *Article 2.*

#### **Définition de l'aide médicale urgente.**

Cet article essaie de donner une définition la plus large possible de la notion d'aide médicale. Plusieurs rédactions successives ont été envisagées qui entretiennent la confusion.

En effet, l'actuelle rédaction de l'article 2 confère en quelque sorte un double objet à l'aide médicale urgente, ce qui ne manque pas de soulever des polémiques. L'aide médicale urgente a pour mission générale d'organiser les secours. Cette mission générale doit se faire en relation avec les dispositifs communaux et départementaux ; c'est-à-dire, les sapeurs pompiers. Les rédactions successives de cet alinéa ont provoqué de nombreuses polémiques. L'actuelle rédaction semble en effet dessaisir les maires de certaines de leurs tâches, en particulier celle d'assurer la sécurité sur le territoire de la commune, et partant l'organisation des secours en cas d'accident. La mission générale d'organisation des secours sera du ressort de l'aide médicale urgente. Cette structure en prendra donc la responsabilité, en coopération cependant avec les dispositifs communaux et départementaux. Mais l'actuelle rédaction semble indiquer qu'ils ne joueront plus qu'un rôle secondaire en matière d'organisation des secours. Enfin, cet article précise que l'organisation des secours doit permettre que toute personne, en quelque endroit où elle se trouve, et ce dans les plus brefs délais, reçoive les soins appropriés à son état.

Votre Commission vous propose la suppression de cet article, qui ne fait qu'entretenir une confusion préjudiciable à

l'organisation d'une réponse à l'urgence. Elle vous a proposé, dans un article introductif, de définir l'objet strict de l'aide médicale urgente. L'article suivant précise la composition du comité départemental d'aide médicale urgente et pose le principe de la participation de toutes les parties intéressées, dans le respect d'un équilibre entre les différentes composantes du comité. C'est ce comité qui incitera à la mise en place d'une réponse à l'urgence adaptée à la situation constatée. Etant donné sa composition, nul ne pourra être exclu de cette réponse.

Votre Commission vous propose en conséquence de supprimer cet article qui ne fait qu'entretenir la confusion sur le rôle exact joué par les différents professionnels concernés.

**Tel est l'objet de l'amendement que votre Commission vous propose d'adopter.**

### *Article 3.*

#### **Modification de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.**

Les dispositions de cet article, ainsi que de l'article 4 confèrent une base légale aux dispositifs hospitaliers d'aide médicale urgente.

Le présent article modifie l'article 2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, et complète les dispositions générales relatives au service public hospitalier.

En effet, le premier alinéa de cet article précise que le service public hospitalier assure le diagnostic et le traitement des malades, blessés ou femmes enceintes qui lui sont confiés. Cette mission englobe notamment les soins d'urgence qui devront être en conséquence dispensés à l'intérieur de l'hôpital.

L'article 3 du présent projet de loi prévoit expressément que le service public hospitalier concourt à l'aide médicale urgente. Il donne ainsi une base légale aux structures hospitalières qui, à l'extérieur de l'hôpital participeront à l'aide médicale urgente. Il s'agit en particulier des actuels S.A.M.U. (Services d'aide médicale urgente) et S.M.U.R. (Service mobile d'urgence et de réanimation) qui ont été créés par circulaires (celle du 4 septembre 1973 pour les S.A.M.U.) ou décret (celui du 2 décembre 1965 pour les S.M.U.R.).

Votre Commission entend préciser que cette reconnaissance légale des services hospitaliers publics participant à l'urgence ne confère aucune exclusivité aux hôpitaux publics ou privés

participant au service public. Les structures hospitalières privées pourront également participer à l'aide médicale urgente si elles en font la demande, et participer au comité départemental d'aide médicale urgente.

**Sous réserve de cette observation votre Commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

#### *Article 4.*

##### **Base légale des centres de régulation dans le cadre de l'aide médicale urgente.**

Le présent article complète l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée qui établit une classification des différents établissements du secteur public hospitalier.

Par cette adjonction, les centres hospitaliers sont habilités désormais, et ce, en cas de besoin, à créer des unités participant à l'aide médicale urgente. Cette disposition confère notamment aux actuels S.A.M.U. (Service d'aide médicale urgente), une base légale, ainsi qu'aux S.M.U.R. (Services mobiles d'urgence et de réanimation) de la même manière que l'article 3 du présent projet de loi.

Par analogie avec la rédaction de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1970, qui énumère les différentes unités de soins des centres hospitaliers, votre Commission vous propose de supprimer le renvoi à un décret en Conseil d'Etat pour déterminer l'organisation et la mission de ces unités participant au service d'aide médicale urgente. D'autant plus qu'il lui apparaît plus souhaitable qu'éventuellement cette mission soit définie par voie de convention signée au niveau du département.

**Tel est l'objet de l'amendement que votre Commission vous propose d'adopter.**

Ces unités participant à l'aide médicale urgente pourront également comporter un centre de réception et de régulation des appels. Il s'agit là de la structure appelée aujourd'hui « Centre 15 ». Aux termes du présent article, ces centres 15 sont donc des structures hospitalières à part entière. Ils devront s'intégrer éventuellement dans la nouvelle organisation hospitalière, à savoir le département regroupant plusieurs unités fonctionnelles.

Ce choix ne va pas sans soulever plusieurs difficultés. Sur le plan financier, le caractère hospitalier du centre de régulation et des différentes unités participant à l'urgence implique-t-il son financement par le biais du budget global ? Dans quelle mesure d'autres modes de financement pourront-ils intervenir ?

Sur le plan autorité hiérarchique et responsabilité tant administrative que médicale, l'option hospitalière retenue emporte de graves conséquences.

L'article 4 du présent projet de loi précise dans son troisième alinéa que les praticiens libéraux du département participeront au fonctionnement de ce centre de régulation. Cette association sera définie par la voie de conventions. Mais le projet de loi faisant de ce centre de régulation une structure hospitalière publique, ceci implique pour les médecins libéraux leur soumission tant administrative que médicale au centre hospitalier, pour les actes qu'ils seront amenés à faire dans ce centre de régulation. Ce montage juridique peut remettre en cause les principes de fonctionnement de la médecine libérale.

Enfin le dernier alinéa du présent article 4 prévoit que ces centres de régulation des appels seront interconnectés avec les dispositifs de réception des appels des services de police, ainsi que des services d'incendie et de secours. Ceci afin de permettre une réelle coopération entre les différents systèmes existants. Il est précisé que cette interconnection devra se faire dans le respect du secret médical.

Votre Commission s'élève contre ce monopole donné aux structures hospitalières publiques en matière de régulation. Elle vous propose donc de supprimer les deux derniers alinéas de l'article 4. Les dispositions relatives à ce centre de régulation feront l'objet d'un article ultérieur qui ne devra pas être rattaché à la loi hospitalière du 31 décembre 1970. Il fera, à l'inverse, partie intégrante du présent projet de loi qui organise la réponse à l'urgence.

**Tel est l'objet de l'amendement que vous propose d'adopter votre Commission.**

**Votre Commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.**

#### *Article additionnel 4 bis après l'article 4.*

I. - Par cet article additionnel, votre Commission vous propose de préciser le rôle et le fonctionnement d'un centre de régulation médicale. Cet article n'étant pas intégré dans les dispositions de la loi du 31 décembre 1970 relatives au secteur public hospitalier, son lieu d'implantation possible, est multiple. Il sera déterminé au niveau départemental, par voie de convention et selon les possibilités existantes. Il pourra s'agir du centre de secours, d'une clinique ou encore du centre hospitalier. En effet,

les articles 3 et 4 du présent projet de loi n'empêchent pas les unités hospitalières participant au service d'aide médicale urgente de comporter, si besoin est, un centre de régulation. Mais ce n'est pas la seule solution possible.

Le présent article précise que la régulation médicale est assurée conjointement par les médecins hospitaliers et libéraux. De plus, les dispositions relatives à l'interconnexion des dispositions de réception des appels dans le respect du secret médical, qui avaient été supprimées à l'article précédent, sont intégrées à cet article additionnel.

**Tel est l'objet de l'amendement que votre Commission vous propose d'adopter.**

II.- Dans la deuxième partie de cet article additionnel 4 *his*, votre Commission vous propose de donner une définition générale qui convienne à l'ensemble des moyens locaux qui participeront à la réponse à l'urgence. Ces moyens pourront être mis en oeuvre par de multiples intervenants : à savoir des services publics, notamment les services d'incendie et de secours, par l'intermédiaire des centres de secours, les forces de gendarmerie, ou encore les centres hospitaliers avec les S.M.U.R. (Services mobiles d'urgence et de réanimation); ces services locaux d'intervention pourront être également mis en oeuvre par des intervenants privés, en particulier les ambulanciers.

Le présent article leur donne un critère de définition qui leur est commun : ils devront agir sur instruction du service départemental d'aide médicale urgente, prévu à l'article précédent.

**Tel est l'objet de l'amendement que votre Commission vous propose d'adopter.**

III. - Dans la troisième partie de cet article additionnel 4 *his*, votre Commission vous propose de préciser que des conventions fixeront les modalités de fonctionnement, tant du service départemental d'aide médicale urgente que des services locaux d'intervention, et notamment les conditions de participation des différents intervenants.

Il est indispensable que l'organisation de ces structures soit arrêtée au niveau départemental et par voie conventionnelle. Ceci est le garant d'une structure réellement coordonnée et adaptée à la réalité. Ces conventions doivent être transmises au comité départemental d'aide médicale urgente. Dans le cadre de sa mission de contrôle, définie à l'article premier du projet de loi, le comité s'assurera de la conformité des conventions avec la loi, et en cas de contestation pourra les déférer au tribunal administratif.

Enfin, cet article précise que lorsque ces conventions impliqueront des intervenants privés, elles devront être signées par des organisations représentatives au niveau départemental. Ces dernières seront donc responsables du bon fonctionnement du dispositif mais il est bien précisé que pour l'application de ces conventions nul ne pourra être exclu s'il en fait la demande, et se soumet aux dispositions de ces conventions. En particulier, aucune organisation syndicale ou association représentative au niveau départemental ne pourra pratiquer d'exclusion à priori.

**Tel est l'objet de l'amendement que votre Commission vous propose d'adopter.**

**Tel est, dans son ensemble, l'article additionnel que vous propose d'adopter votre Commission.**

#### *Article 5.*

#### **Financement des centres de régulation.**

Le présent article complète l'article 53 de la loi hospitalière du 31 décembre 1970 modifiée, qui fixe le principe d'une participation de l'Etat aux dépenses de formation des médecins et des personnels paramédicaux, supportées par le service public hospitalier. Cette participation est fixée dans la limite des crédits arrêtés par la loi de finances.

Le nouvel alinéa inséré par le présent article pose les principes d'une participation financière de l'Etat, des collectivités territoriales et des régimes obligatoires d'assurance maladie. Mais cette participation ne revêt aucune force obligatoire. Elle n'a aucun caractère normatif étant donné la formulation retenue : « Les dépenses des centres de réception... peuvent être financées par des contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'Etat et des collectivités locales. » Peut-on en conclure que cette participation sera laissée à la libre appréciation de chacun « Qu'advient-il d'un centre de régulation : si l'un des participants interrompt son effort financier ?

Etant donné que votre Commission a retenu le principe d'une libre implantation du centre de régulation des appels, il importe que les dispositions relatives à son financement ne soient pas insérées dans la loi hospitalière du 31 décembre 1970, mais conservent un caractère général qui convienne à toutes les solutions envisagées. De plus, ces dispositions concernent également les services locaux d'intervention médicale urgente.

De plus, votre Commission vous propose un modèle de financement qui intègre trois modes de contributions.

- D'une part, il est précisé que l'acte de régulation médicale, ainsi que les actes d'intervention pratiqués par les services locaux d'intervention médicale urgente sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des bénéficiaires de ces actes. C'est-à-dire que l'acte de régulation du médecin de garde au Centre 15, l'intervention d'un centre de secours ou d'ambulancier pour assurer le transport de la personne donneront lieu à un acte médical coté, remboursé par les régimes d'assurance maladie. Cette disposition est commune à tous les services locaux d'intervention quels qu'ils soient, lorsqu'ils interviennent dans leur champ de compétences défini par voie de conventions. Toute intervention doit donner lieu à un paiement et à sa prise en charge. Les règles générales de subrogation dont bénéficient les régimes d'assurance maladie restent bien entendu valables dans le cadre de l'urgence. Ces dispositions financières concernant les régimes obligatoires d'assurance maladie ne pourront se voir opposer des dispositions contraires quelles qu'elles soient. En particulier, il ne saurait être question de faire état d'une interprétation abusive du Code des communes pour refuser la prise en charge par l'assurance maladie des interventions des sapeurs-pompier: dans le cadre de l'aide médicale urgente.

- D'autre part, les structures d'aide médicale urgente peuvent dégager une sorte d'autofinancement. C'est-à-dire que les structures locales d'intervention médicale urgente participeront aux frais de fonctionnement du centre de régulation ; il s'agit de la contrepartie de l'activité qui résultera pour eux du fonctionnement de ce centre de régulation. C'est par voie conventionnelle que sera déterminé le montant de ce prélèvement.

- Enfin, étant donné la mission de service public assurée par le dispositif de réponse à l'urgence, l'Etat et les collectivités territoriales participeront également au financement du centre de régulation médicale. Une convention signée au niveau départemental déterminera le montant de ces participations.

**Tel est le dispositif financier qui vous est soumis par cet amendement et que votre Commission vous propose d'adopter.**

**Ainsi modifié, votre Commission vous propose d'adopter l'article 5.**

### TITRE III

## TRANSPORTS SANITAIRES

#### *Article 6.*

#### **Définition et règles de fonctionnement des transports sanitaires.**

Le présent article abroge les dispositions de la loi n° 70-615 du 1<sup>er</sup> juillet 1970 relative à l'agrément des entreprises des transports sanitaires. Il lui substitue de nouvelles dispositions qui, notamment, étendent à l'ensemble des professionnels des transports sanitaires le principe d'un agrément délivré par l'administration.

#### *Article L. 51-1 du Code de la santé publique.*

#### **Définition du transport sanitaire.**

Cet article du Code de la santé publique donne une définition du transport sanitaire, ce qui n'avait pas été fait par la loi du 10 juillet 1970. Cette définition doit permettre de fonder une réglementation plus homogène de l'ensemble des professions concernées.

Est considéré comme transport sanitaire tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, dès lors que ce transport est effectué sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale. De plus, ce transport devra être effectué par des moyens terrestres, aériens, ou maritimes spécialement adaptés à cet effet. Ce dernier élément justifie en particulier les normes techniques auxquelles devront répondre les véhicules utilisés par les entreprises de transports sanitaires.

Enfin, le deuxième alinéa du nouvel article L. 51-1 exclut expressément les transports effectués par des moyens propres aux armées et ce en ce qui concerne les personnels de défense. Ces transports ne constitueront pas des transports sanitaires proprement dits, ce qui veut dire, en particulier, que les véhicules employés ne seront pas soumis aux normes techniques arrêtées en application du présent article.

La définition arrêtée par le présent article ne permet cependant pas de résoudre toutes les difficultés. Elle semble de

plus en contradiction avec l'exposé des motifs du présent projet de loi. En effet, ce dernier précise expressément que les évacuations d'urgence effectuées par les sapeurs pompiers dans le prolongement de leurs missions de secours ne constitueront pas des transports sanitaires. C'est dire que les sapeurs-pompiers ne seront pas tenus de respecter les normes techniques définies tant pour le personnel que pour les véhicules.

Or, la rédaction de l'article L. 51-1 tel qu'elle est proposée par le présent projet de loi reste très ambiguë. Si elle exclut expressément du champ d'application de la loi les transports effectués par les armées de leurs personnels de défense, elle ne précise rien quant aux sapeurs-pompiers.

De plus, il est précisé que constitue un transport sanitaire, tout transport d'un malade ou blessé, que ce soit sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale. Cette dernière hypothèse n'englobe-t-elle pas le cas particulier d'une évacuation d'urgence faite par les sapeurs pompiers dans le prolongement de leurs missions de secours dès lors que le projet de loi ne prévoit pas expressément le contraire ?

Votre Commission vous propose de préciser que les transports sanitaires regroupent deux catégories de transports : d'une part ceux effectués sur prescription médicale, d'autre part, ceux effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente. Ce dernier terme renvoie expressément au dispositif défini par le titre I du présent projet de loi. Tout intervenant, qu'il se trouve dans l'un ou l'autre cas exposé ci-dessus, sera, en particulier, soumis aux règles financières et aux dispositions relatives à la prise en charge par l'assurance maladie définies par le projet de loi.

**Tel est l'objet de l'amendement que votre Commission vous propose d'adopter.**

De plus, votre Commission vous propose d'inscrire dans ce texte de loi un principe affirmé à plusieurs reprises, notamment par voie de circulaires (circulaire du ministère de l'Intérieur du 29 novembre 1979). Il est ainsi rappelé, dans un nouvel alinéa inséré à l'article L. 51-1 du Code de la santé publique que les services départementaux d'incendie et de secours, ne pourront effectuer de transports sanitaires que dans le cadre de l'aide médicale urgente. Ils n'ont pas compétence générale à effectuer des transports de malades. Cette mission ne leur incombe que dans le cadre de l'urgence, et lorsqu'elle se situe dans le prolongement de leur mission de secours.

**Tel est l'objet de l'amendement que votre Commission vous propose d'adopter.**

**Ainsi modifié, votre Commission vous propose d'adopter cet article.**

*Article L. 51-2 du Code de la santé publique.*

**Obligation de l'agrément.**

Cet article généralise la procédure de l'agrément institué par la loi du 10 juillet 1970. Désormais toute personne effectuant un transport sanitaire, dont la définition a été précisée par l'article L. 51-1 du Code de la santé publique, devra avoir été préalablement agréée par l'autorité administrative. Les conditions de délivrance de cet agrément seront précisées par un décret en Conseil d'Etat.

On peut rappeler que la loi du 10 juillet 1970 habilitait le préfet à délivrer cet agrément après l'avis de la commission départementale de l'équipement. Cette procédure très lourde imposait de longs délais pour la délivrance de cet agrément. Il est probable que le comité départemental créé par le présent projet de loi auprès du préfet, commissaire de la République, aura à connaître de ces demandes d'agrément.

Enfin le présent projet de loi précise que le refus d'agrément devra être motivé. Cette disposition n'était pas prévue par la loi du 10 juillet 1970.

Cet article L. 51-2 du Code de la santé publique met donc fin à l'existence de ce double secteur : ambulanciers agréés et non agréés. Le présent article ne reprend pas une disposition votée en 1970, et qui résultait d'un amendement parlementaire, mais il ne lève cependant pas toute ambigüité quant au champ d'application de la législation relative aux transports sanitaires.

En 1970, un article additionnel d'origine parlementaire avait expressément prévu que les droits et obligations résultant de la loi et de ses textes d'application seraient applicables aux services publics assurant des transports sanitaires. Mais faute de définition précise il était difficile d'affirmer que tel ou tel service effectuait des transports sanitaires. De plus, il a été considéré que l'administration ne pouvait se délivrer d'agrément à elle-même.

Le projet de loi qui vous est soumis aujourd'hui procède d'une démarche différente mais qui ne lève pas toute ambigüité. La définition proposée par l'article L. 51-1 est *à priori* très large puisqu'elle inclut les transports effectués sur prescription médicale et dans le cadre de l'aide médicale urgente. L'application de l'article L. 51-2 soumet toute personne, entrant dans l'une ou l'autre catégorie de transports, à la réglementation définie par le projet de loi. Ceci concerne notamment les services publics et plus particulièrement les sapeurs-pompiers. Or, l'exposé des motifs fait un raisonnement exactement inverse, ce qui peut être source de confusion pour l'avenir.

Votre Commission reconnaît qu'il est malaisé de soumettre un service public à une procédure d'autoagrément. De plus les mêmes droits et obligations ne peuvent être imposés à des intervenants ne participant qu'à une catégorie de transports sanitaires, ceux effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente. Tel est le cas des sapeurs-pompiers prévu à l'article L. 51-1 du Code de la santé publique.

C'est pourquoi votre Commission vous propose de préciser que la réglementation sur les transports sanitaires résultant du présent projet de loi s'appliquera à toute personne effectuant un transport sanitaire sur prescription médicale. A contrario, elle ne s'appliquera pas à ceux n'effectuant des transports que dans le seul cadre de l'aide médicale urgente. Il s'agit, en réalité, essentiellement des sapeurs-pompiers qui ont leur réglementation spécifique, ou des S.M.U.R. (Services mobiles d'urgence et de réanimation) régis par un décret du 2 décembre 1965.

**Tel est l'objet de l'amendement que votre Commission vous propose d'adopter.**

**Votre Commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.**

*Article L. 51-3 du Code de la santé publique.*

**Normes à respecter pour obtenir l'agrément.**

La loi du 10 juillet 1970 renvoyait à un règlement d'administration publique pour définir les conditions d'exploitation des entreprises de transports sanitaires, ainsi que les droits et obligations que l'octroi de l'agrément entraînait.

Le présent projet de loi est plus précis puisqu'il renvoie à un décret en Conseil d'Etat, qui fixera quatre séries de mesures conditionnant l'octroi de l'agrément :

- d'une part les catégories de moyens de transport pouvant effectuer des transports sanitaires ;

- d'autre part les conditions quant aux personnels effectuant ces transports. Ceci vise la composition des équipages, leur qualification, ainsi que leurs missions respectives ;

- Un décret en Conseil d'Etat devra également préciser les modalités d'octroi de l'agrément par le représentant de l'Etat dans le département. On peut remarquer que cette disposition reprend en des termes quasiment identiques les termes de l'article L. 51-2 du Code de la santé publique présenté ci-dessus. La seule

précision supplémentaire apportée par l'article 51-3 concerne le retrait de l'agrément. Les modalités de ce retrait devront être également fixées par ce décret en Conseil d'Etat.

La loi du 10 juillet 1970 avait soumis le retrait d'agrément à la même procédure que celle prévue pour son octroi et qui était très lourde. Le préfet devait recueillir au préalable l'avis de la commission départementale d'équipement. En cas d'urgence, le préfet pouvait prendre une mesure de retrait provisoire à charge pour lui de réunir la commission dans le délai d'un mois.

- Enfin, le décret en Conseil d'Etat arrêtera les obligations des personnes effectuant des transports sanitaires, vis-à-vis du service de garde départemental prévu par le présent projet de loi, et plus particulièrement vis-à-vis des centres de régulation des appels.

Cette disposition traduit l'impérieuse nécessité qu'il y a à voir collaborer l'ensemble des professionnels concernés au système d'aide médicale urgente.

**Sous réserve d'un amendement de forme n° 16, votre Commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*Article L. 51-4 du Code de la santé publique.*

**Détermination des tarifs des transports sanitaires.**

Le présent article reprend, en leur donnant ainsi valeur législative, des dispositions contenues principalement à l'article 8 du décret n° 73-384 du 27 mars 1973 pris en application de la loi du 10 juillet 1970 relative aux transports sanitaires.

Il est rappelé que les tarifs des transports sanitaires seront fixés dans le cadre de la législation sur les prix telle qu'elle est actuellement définie. Ces tarifs seront fixés par accord conjoint du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé du Budget.

De plus, la sanction de l'inobservation des tarifs pourra entraîner, comme le prévoyait le décret du 27 mars 1973, le retrait de l'agrément.

**Votre Commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*Article 1. 51-5 du Code de la santé publique.*

**Sanctions pénales.**

La loi du 10 juillet 1970 relative aux transports sanitaires ne prévoyait pas de sanctions pénales. La seule sanction prévue se traduisait par le retrait définitif ou provisoire de l'agrément. L'article 14 du décret du 27 mars 1973 punissait d'une amende de six cents à mille francs toute personne qui tentait de faire croire qu'elle était titulaire de l'agrément.

Le présent article, s'il reprend le principe d'une amende, n'introduit cependant pas de sanctions pénales évitant le retrait de l'agrément.

Il est prévu une amende de deux mille à vingt mille francs pour toute personne ayant effectué un transport sanitaire sans agrément ou malgré un retrait d'agrément. Dans le cas de récidive dans un délai de cinq ans à dater de la première condamnation, l'amende est portée au double. De plus, le tribunal peut interdire d'effectuer des transports sanitaires pendant au plus un an. *A priori* donc, l'amende ne pourra sanctionner directement le non-respect de dispositions relatives à la composition des équipages, à leur qualification ou encore aux caractéristiques des véhicules. Toute faute constatée sur ces conditions entraînera le retrait de l'agrément. La condamnation à une amende ne sanctionnera que le non-respect de cette première sanction administrative.

**Votre Commission vous propose d'adopter cet article sans modification..**

*Article 7.*

**Dispositions transitoires.**

Le présent article fixe les grands principes des dispositions transitoires, permettant aux personnes effectuant actuellement des transports sanitaires et n'ayant pas sollicité ou obtenu l'agrément prévu par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1970 relatif aux transports sanitaires de se mettre en règle avec les dispositions arrêtées par le présent projet de loi.

Aux termes du présent article, ces personnes bénéficieront d'une période de trois ans à compter de la date de publication du

décret en Conseil d'Etat, prévu à l'article L. 51-3 du Code de la santé pour se mettre en conformité avec la législation relative aux transports sanitaires. On peut rappeler que ce décret en Conseil d'Etat fixe les catégories de personnes et de moyens de transports habilités à faire du transport sanitaire, ainsi que les modalités d'octroi et de retrait de l'agrément. Dans ce délai de trois années, ces personnes devront donc solliciter et obtenir l'agrément, faute de quoi elles ne pourront plus exercer cette profession à l'expiration de ce délai.

Votre Commission s'inquiète des conditions imposées ainsi à certaines catégories de personnes. On peut se demander si, pour des personnes exerçant cette profession depuis plusieurs années, il ne pourrait pas être tenu compte de cette expérience professionnelle, assortie d'une obligation de formation continue par voie de recyclage, au lieu de leur imposer une scolarité et l'obtention de l'examen du certificat de capacité d'ambulancier. Ceci paraît d'autant plus nécessaire que les écoles de formation à ce certificat ne peuvent satisfaire à la demande actuelle, faute de capacités suffisantes. Elles auront beaucoup de difficultés à accueillir ces élèves supplémentaires. A l'inverse, une formation continue par voie de recyclage peut être organisée de façon plus souple et dans des structures plus variées. Elle aurait de plus l'avantage de ne pas désorganiser le fonctionnement d'une petite entreprise, contrainte d'envoyer l'un de ses salariés en formation, à moins qu'il ne s'agisse du dirigeant lui-même dans le cas d'une entreprise familiale.

C'est pourquoi votre Commission vous propose d'inscrire dans le texte de loi qu'un décret en Conseil d'Etat arrêtera les dispositions transitoires, notamment celles applicables aux personnes âgées de plus de cinquante ans et exerçant leur profession depuis plus de dix ans.

**Votre Commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.**

*Article additionnel 7 bis après l'article 7.*

Il vous est proposé par cet article de prévoir la création d'un comité départemental des transports sanitaires, présidé par le préfet, commissaire de la République.

Ce comité est évoqué dans l'exposé des motifs du projet de loi, mais il nous paraît plus clair d'y faire référence dans le texte législatif.

Ce comité placé auprès du représentant de l'Etat dans le département aurait notamment à connaître des demandes

d'agrément en matière de transports sanitaires. Ceci relevait jusqu'à présent de la commission départementale de l'équipement. Enfin, c'est un décret en Conseil d'Etat qui précisera la composition et les modalités de fonctionnement de ce comité. On peut espérer que la consultation de ce comité permette une accélération de la procédure d'agrément. Jusqu'à présent la consultation de la commission départementale de l'équipement était une procédure très lourde qui entraînait beaucoup de retard.

**Tel est l'objet de cet amendement que votre Commission vous propose d'adopter.**

#### TITRE IV

### PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE TRANSPORT PAR L'ASSURANCE MALADIE

#### *Article 8.*

#### **Règles de prise en charge par l'assurance maladie.**

(Article L. 283-a du Code de la sécurité sociale.)

Comme cela avait été rappelé dans l'exposé général, l'objectif de cet article est double :

- d'un point de vue formel, ce alinéa nouveau regroupe les dispositions des articles L. 283 et L. 295 du Code de la sécurité sociale, ainsi que certaines des dispositions de l'arrêté du 2 septembre 1955 :

- sur le fond, la nouvelle rédaction de l'article L. 283-a du Code de la sécurité sociale insérant un paragraphe III supprime la règle du changement de commune posée par l'arrêté du 2 septembre 1955. Désormais pourront être remboursés les déplacements ordonnés sur prescription médicale à l'intérieur d'une même commune. On peut rappeler qu'une circulaire de décembre 1984 avait d'ores et déjà supprimé cette exigence, dans le cas des affections de longue durée.

De plus, la prise en charge des transports pour soins ambulatoires est étendue hors des affections de longue durée. Jusqu'à présent, l'arrêté du 2 septembre 1955 limitait à quelques cas particuliers les remboursements des transports pour soins ambulatoires. Il s'agissait tout d'abord :

- d'un transport effectué en vue d'une hospitalisation prise en charge par la Sécurité sociale, que ce soit un transport primaire ou secondaire ou un transfert ;

- d'un transport dans le cas d'un traitement pour une affection de longue durée ;

- d'un transport en raison d'une convocation à un centre d'appareillage ;

- d'un transport d'un titulaire d'une carte d'invalidité se rendant dans un établissement de rééducation ;

- d'un transport en vue d'un contrôle demandé par le médecin conseil ou l'expert médical de la Caisse d'assurance maladie.

Désormais les transports sanitaires pourront être pris en charge dans le cadre de tout traitement par soins ambulatoires, mais les conditions et limites de cette prise en charge seront fixées par un décret en Conseil d'Etat. Ces conditions tiendront compte de l'état du malade et du coût du transport. Ce décret pourra en particulier définir un tarif minimum en dessous duquel il n'y aura pas remboursement du transport effectué.

L'alinéa suivant donne valeur législative au principe énoncé par l'arrêté du 2 septembre 1955 à savoir que la prise en charge des frais de transport sera fonction du trajet et du moyen de transport le moins onéreux, tout en restant compatible avec l'état du bénéficiaire.

Etant donné que pour être remboursé, un transport, sauf urgence, doit être prescrit, c'est au médecin qu'il appartient de respecter cette règle d'économie, dans le respect de l'état du malade.

A l'alinéa suivant il est prévu que les tarifs de responsabilité sont fixés par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé du Budget. Jusqu'à présent il était prévu que les tarifs de responsabilité étaient fixés selon la législation sur les prix en vigueur, c'est-à-dire que les tarifs de prise en charge étaient alignés sur les tarifs arrêtés pour les transports eux-mêmes. Désormais, l'alignement ne sera plus automatique. Les tarifs de responsabilité pourront donc être distincts des tarifs des transports eux-mêmes. De plus, la règle d'un ticket modérateur de 30 % sera toujours appliquée sur la base du tarif de responsabilité des caisses.

Enfin, le dernier alinéa de ce paragraphe III reprend des dispositions relatives au tiers payant. Les assurés pourront être dispensés de l'avance des frais, dans des conditions fixées par voies de conventions signées entre les organismes d'assurance

maladie et les entreprises de transports sanitaires. Un arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale fixera une convention type. Il est bien précisé que ces conventions de tiers payant ne pourront être signées que par des entreprises de transports sanitaires. Il ne nous paraît en effet pas souhaitable que des entreprises d'un autre type puissent signer des conventions de tiers payant. Cette faculté constitue en quelque sorte la contrepartie des obligations qui incombent aux entreprises de transport sanitaires.

**Votre Commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*Article 9.*

**Dispositions en cas d'affections de longue durée  
et de contrôles de caisse.**

(Article L. 295 du Code de la sécurité sociale.)

Cet article est un article de conséquence. L'article L. 295 prévoyait le remboursement des frais de transports sanitaires, dans le cas d'un contrôle demandé par le médecin conseil de la Caisse d'assurance maladie, ou en cas d'affection de longue durée prévue à l'article L. 293 du Code de la sécurité sociale.

L'ensemble des dispositions relatives à la prise en charge des transports sanitaires est désormais regroupé à l'article L. 283-a, paragraphe III, du Code de la sécurité sociale. En conséquence, l'article L. 295 du même Code doit être abrogé.

**Votre Commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*Article 10.*

**Dispositions en cas d'accidents du travail**

(Article L. 435 du Code de la Sécurité sociale.)

Il s'agit d'un article de coordination et d'harmonisation. L'article L. 435 prévoyait de façon générale, qu'en cas d'accident du travail un certain nombre de prestations dues au bénéficiaire et déterminées à l'article L. 434 du Code de la sécurité sociale étaient prises en charge par la Caisse primaire d'assurance maladie. Au nombre de ces prestations figuraient les frais de transport qui pouvaient donner lieu à un remboursement direct à la victime.

L'article 10 précise que cette prise en charge sera déterminée selon les critères retenus par l'article L. 283-a, paragraphe III nouveau du Code de la sécurité sociale.

**Votre Commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*Article 11.*

**Prise en charge des frais de transports pour les professions non salariées non agricoles.**

(Article 8-1-4e alinéa de la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966.)

Il s'agit également d'un article d'harmonisation puisque les règles de prises en charge des frais de transports des professions non salariées non agricoles sont alignées sur celles définies par le paragraphe III de l'article L. 283-a du Code de la sécurité sociale.

**Votre Commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*Article 12.*

**Prise en charge des frais de transports sanitaires par le régime de la mutualité sociale agricole.**

(Article 1038 du Code rural.)

Les dispositions d'harmonisation arrêtées par le présent article concernent cette fois-ci les affiliés du régime de la mutualité sociale agricole. Les règles de prise en charge par la Caisse de mutualité sociale agricole des frais de transports sanitaires sont alignées sur celles définies pour le régime général d'assurance maladie. A l'article 1038 du Code rural, il est donc fait référence aux remboursements des frais de transports dans les conditions fixées par le paragraphe III de l'article L. 283-a du Code de la sécurité sociale.

**Votre Commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

*Article 13.*

**Frais de transports des enfants et adolescents  
accueillis dans les établissements d'éducation.**

(Article 8 de la loi n° 75-354 du 30 juin 1975.)

Les règles de prise en charge des frais de transports des enfants et adolescents accueillis dans des établissements médico-éducatifs sont les suivantes :

Il y a lieu de distinguer les frais de transports collectifs et les frais de transports individuels :

- En ce qui concerne les frais de transports collectifs organisés par les établissements fonctionnant en externat ou semi-externat, le coût de ces transports est inclu dans le prix de journées desdits établissements ou à défauts dans leurs dépenses d'exploitations. Il s'agit entre autres des maisons de réadaptation fonctionnelle, des établissements pour enfants inadaptés. Cette prise en charge implique l'accord préalable du préfet, commissaire de la République, sur les conditions d'exécution de ces transports ;

- Les frais de transports individuels ont des modalités de prise en charge différentes selon qu'il s'agit d'établissements médico-éducatifs fonctionnant en internat ou en externat - semi-externat.

• Dans les établissements fonctionnant en externat ou semi-externat, les frais de transports individuels sont pris en charge par l'assurance maladie selon les règles définies par l'article L. 293 du Code de la sécurité sociale.

• Dans les internats, les transports individuels de fins de semaine ou de vacances sont pris en charge au titre des prestations légales, si ce transport répond à deux séries de critères :

- le retour dans la famille constitue un élément de traitement,

- lorsque l'établissement d'accueil est le plus proche du domicile de la famille, ou qu'alors son éloignement soit justifié par des raisons médicales impératives ou une impossibilité matérielle évidente.

L'article 13 propose une harmonisation de ces différentes règles de prise en charge. Désormais, et ce, quelque soit la nature de l'établissement ou du transport considéré, le coût de celui-ci sera intégré dans le prix de journée ou les dépenses d'exploitations des établissements.

Les modifications proposées par cet article ne modifient en rien les règles de financement de ces transports. Ce sont les organismes d'assurance maladie qui assureront toujours cette prise en charge financière.

Ces nouvelles règles vont cependant modifier les modalités d'organisation de ces transports. Organisés par les établissements, ils prendront inévitablement un caractère collectif perdant ainsi de leur souplesse actuelle. Les familles risquent de perdre, sur ce point précis, un peu de la liberté d'organisation dont elles disposaient jusqu'à présent. A l'inverse on peut penser que les établissements seront plus aptes à négocier des transports plus intéressants d'un point de vue financier. De plus ceci éviterait aux familles des démarches pour obtenir la prise en charge de ces transports individuels par la Sécurité sociale.

Mais votre Commission s'inquiète des répercussions que cela aura sur le fonctionnement des établissements. Il s'agit d'une charge nouvelle, très lourde à gérer. D'un point de vue financier, il semble difficile d'apprécier *a priori* le coût annuel que cela représentera. On peut donc craindre en réalité, que cette charge ne soit pas effectivement prise en compte lors de l'établissement des prix de journée.

**C'est pourquoi votre Commission vous propose la suppression de cet article.**

\*

\* \*

## ANNEXE I

### AUDITIONS ET DÉPLACEMENTS EFFECTUÉS PAR LE RAPPORTEUR

#### A - Liste des auditions.

- A propos des dispositions relatives aux secours d'urgence
  - Conseil de l'Ordre - Dr J. Moulin (secrétaire général)
  - C.S.M.F. (Confédération des syndicats médicaux français)
    - Dr Daubinet.
    - Dr Doque.
    - Dr Bruvere.
    - Mme Mignon
  - F.M.F. (Fédération des médecins de France).
    - Dr Giras (secrétaire général).
  - M. Lévy, collaborateur de Pr. Steg, auteur du rapport sur les secours d'urgence devant le Conseil économique et social.
  - Association médicale nationale des centres 15.
    - Dr Tchekoff (président)
  - F.N.A.P.S.U.M. (Fédération nationale des associations de permanence des soins et de l'urgence médicale).
    - Dr Picard (président)
  - Syndicat national de l'aide médicale urgente.
    - Dr Giroud.
  - Pr. Huguénard, Directeur du S.A.M.U. 94 (Créteil)
  - Pr. Barrier, Directeur du S.A.M.U. 75 (Paris).
  - S.O.S. médecins, Dr Lacroix (président).
  - Colonel Loisel, inspecteur général Direction sécurité civile.
- A propos des dispositions relatives aux transports sanitaires
  - Conseil national des entreprises de transports sanitaires agréés.  
  
Le Conseil regroupe :
    - Chambre syndicale nationale des services d'ambulances.  
M. Christian Corcket (délégué général).
    - Fédération nationale des syndicats départementaux d'ambulanciers agréés (F.N.S.D.A.A.).  
M. Francis Cleize (président).
  - Association nationale des sauveteurs ambulanciers (A.N.S.A.).  
M. Gérard Drouard (vice-président).
  - Fédération nationale des ambulanciers de France
  - Union nationale syndicale des ambulanciers privés

**B – Déplacements effectués**

SAMU 94 (Département du Val de Marne)

SAMU 92 (Département des Hauts de Seine)

Beziers – Hôpital

Permanence des ambulanciers

**– Documentation complète fournie sur :**

SAMU 75 (Paris)

Communauté urbaine de Lille – Convention avec le centre hospitalier

## ANNEXE II

### LISTE DES SAMUS DE FRANCE (1984)

Regions	Departements	S.A.M.U
Alsace	Bas-Rhin (67)	- <i>Strasbourg</i>
	Haut-Rhin (68)	- <i>Mulhouse</i>
Aquitaine	Dordogne (24)	- Périgueux
	Gironde (33)	- <i>Bordeaux</i>
	Landes (40)	- <i>Mont-de-Marsan</i>
	Lot-et-Garonne (47)	- <i>Agen</i>
	Pyrenées-Atlantiques (64)	- <i>Bayonne</i> - <i>Pau</i>
Auvergne	Cantal (15)	- <i>Aurillac</i>
	Haute-Loire (43)	- <i>Le Puy</i>
	Puy-de-Dôme (63)	- <i>Cherbourg-Ferrand</i>
Bourgogne	Côte-d'Or (21)	- <i>Dijon</i>
	Nievre (58)	- <i>Nevers</i>
	Saône-et-Loire (71)	- <i>Châlon-sur-Saône</i>
	Yonne (89)	- <i>Auxerre</i>
Bretagne	Côtes-du-Nord (22)	- <i>Saint-Brieuc</i>
	Finistère (29)	- <i>Brest</i>
	Ile-et-Vilaine (35)	- <i>Rennes</i>
	Morbihan (56)	- <i>Vannes</i>
Centre	Cher (18)	- <i>Bourges</i>
	Indre (36)	- <i>Chateauroux</i>
	Indre-et-Loire (37)	- <i>Tours</i>
	Loir-et-Cher (41)	- <i>Blois</i>
Loiret (45)	- <i>Orléans</i>	
Champagne-Ardenne	Ardennes (08)	- <i>Charleville-Mézières</i>
	Aube (10)	- <i>Troyes</i>
	Marne (51)	- <i>Reims</i>
Corse	Corse-du-Sud (20)	- <i>Ajaccio</i>
Franche-Comté	Doubs (75)	- <i>Besançon</i>
	Jura (39)	- <i>Dôle</i> - <i>Long-le-Saunier</i>
	Haute-Saône (70)	- <i>Vesoul</i>
	Territoire-de-Belfort (90)	- <i>Belfort</i>
Ile-de-France	Paris (Ville) (75)	- <i>Hopital Necker</i>
	Seine-et-Marne (77)	- <i>Melun</i>

Régions	Departements	S.A.M.U.
	Yvelines (78)	- Versailles
	Essonne (91)	- Corbeil-Essonne
	Hauts-de-Seine (92)	- Garches
	Seine-Saint-Denis (93)	- Bobigny
	Val-de-Marne (94)	- Créteil
	Val-d'Oise (95)	- Pontoise
Languedoc-Roussillon	Aude (11)	- Carcassonne
	Gard (30)	- Nîmes
	Hérault (34)	- Montpellier
	Lozère (48)	- Mende
	Pyrénées-Orientales (66)	- Perpignan
Limousin	Corrèze (19)	- Tulle
	Creuse (23)	- Guéret
	Haute-Vienne (87)	- Limoges
Lorraine	Meurthe-et-Moselle (54)	- Nancy
	Moselle (57)	- Metz
	Vosges (88)	- Epinal
Midi-Pyrénées	Haute-Garonne (31)	- Toulouse
	Gers (32)	- Auch
	Hautes-Pyrénées (65)	- Tarbes
	Tarn (81)	- Albi
Nord - Pas-de-Calais	Nord (59)	- Lille
	Pas-de-Calais (60)	- Arras
Normandie (Basse-)	Calvados (14)	- Caen
	Orne (61)	- Alençon
Normandie (Haute-)	Eure (27)	- Evreux
	Seine-Maritime (76)	- Le Havre - Rouen
Pays de la Loire	Loire-Atlantique (44)	- Nantes
	Maine-et-Loire (49)	- Angers
	Sarthe (72)	- Le Mans
	Vendée (85)	- La Roche-sur-Yon
Picardie	Oise (60)	- Beauvais
	Somme (80)	- Amiens
Poitou-Charentes	Charente (16)	- Angoulême
	Charente-Maritime (17)	- La Rochelle
	Sèvres (Deux) (79)	- Niort
	Vienne (86)	- Poitiers
Provence - Côte d'Azur	Hautes-Alpes (05)	- Gap
	Alpes-Maritimes (06)	- Nice
	Bouches-du-Rhône (13)	- Marseille
	Var (83)	- Toulon
	Vaucluse (84)	- Avignon

Regions	Departements	S.A.M.U.
Rhône-Alpes	Ain (01)	- Bourg-en Bresse
	Drôme (26)	- Valence
	Isère (38)	- <i>Grenoble</i>
	Loire (42)	- Roanne
		- <i>Saint-Etienne</i>
	Rhône (69)	- <i>Lyon</i>
	Savoie (73)	- Chambéry
Haute-Savoie (74)	- Annecy	
France outre-mer	Réunion 974	- Saint-Denis

### ANNEXE III

#### Liste des centres 15 avec leurs dates d'ouverture.

- Centre hospitalier de Troyes (10) : 27 mai 1980.
- Centre hospitalier de Rouen (76) : 1<sup>er</sup> août 1981.
- Centre hospitalier de Caen (14) : 1<sup>er</sup> octobre 1981.
- Hôpital Raymond Poincaré à Garches (92) : 1<sup>er</sup> juin 1981.
- Hôpital à Bobigny (93) : 1<sup>er</sup> juin 1982.
- Centre hospitalier de Versailles (78) : 16 novembre 1982.
- Centre hospitalier d'Evreux (27) : 16 juin 1983.
- Centre hospitalier de Niort (79) : 1<sup>er</sup> janvier 1984.
- Centre hospitalier de Poitiers (86) : 26 janvier 1984.
- Centre hospitalier de Lons-le-Saunier (39) : 12 mars 1984.
- Centre hospitalier d'Angoulême (16) : 1<sup>er</sup> juin 1984.

## TABLEAU COMPARATIF

### Texte en vigueur

### Texte du projet de loi

### Propositions de la Commission

#### TITRE PREMIER

Comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.

#### TITRE PREMIER

Aide médicale urgente.

Article additionnel premier A.

*L'aide médicale urgente a pour objet d'organiser ou de coordonner les moyens d'intervention permettant aux malades, blessés et parturientes de recevoir, dans les meilleurs délais, et quel que soit l'endroit où ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état, et, éventuellement, d'être transportés dans le service spécialisé correspondant à cet état.*

Circulaire du 6 février 1979 relative à l'aide médicale urgente. Coopération entre le service public hospitalier et la médecine privée. Mise en place des centres 15.

#### IV. - Institution d'organes de concertation, de coopération et de contrôle.

##### A - Comité départemental de l'aide médicale urgente

Dans chaque département est mis en place un comité de l'aide médicale urgente, comprenant

les représentants du conseil général,

— les représentants de l'Ordre des Médecins, des syndicats médicaux, et éventuellement, de l'Association qui était créée par les médecins en vue d'assurer la garde des chirurgiens, dentistes, des sages-femmes, des infirmiers et infirmières, des pharmaciens,

— le médecin chef du S.A.M.U. et le directeur du centre hospitalier, siège du S.A.M.U.,

— les représentants des établissements hos-

#### Article premier.

Il est créé dans chaque département un comité de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, présidé par le représentant de l'Etat dans le département et comprenant notamment des représentants des collectivités territoriales; la composition et le fonctionnement de ce comité sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.

#### Article premier

*Il est créé dans chaque département un Comité départemental d'aide médicale urgente (C.D.A.M.U.) présidé et réuni conjointement par le commissaire de la République et le président du conseil général. Il comprend des représentants des collectivités territoriales, des différents services intéressés et des différents organismes professionnels.*

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>pitaliers publics disposant d'unités mobiles hospitalières, de l'hospitalisation privée à but lucratif et à but non lucratif ;</p>		<p><i>concernés. Sa composition qui doit respecter un nécessaire équilibre entre les différentes composantes, et son fonctionnement sont déterminés par décret en Conseil d'Etat</i></p>
<p>- les représentants des services de transports sanitaires, y compris les sapeurs-pompiers et les entreprises de transports sanitaires ;</p>		
<p>- les représentants de la police, de la gendarmerie, de la sécurité civile, des télécommunications, de l'administration sanitaire.</p>		
<p>Le comité est présidé par le préfet. En cas d'empêchement, il peut se faire représenter par le secrétaire général de la préfecture, et en l'absence de ce dernier, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.</p>		
<p>Ce comité :</p>	<p>Ce comité a pour mission de veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente et à son ajustement aux besoins de la population.</p>	<p><i>Il a pour mission de préparer les conditions de mise en place et de contrôler l'application des dispositions relatives au service départemental d'aide médicale urgente (S.D.A.M.U.), et aux services locaux d'intervention médicale urgente (S.L.I.M.U.)</i></p>
<p><i>En permanence</i></p>	<p>Il doit s'assurer en conséquence de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.</p>	<p><b>Aligné supprimé.</b></p>
<p>- veille à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, et à ce que celle-ci soit toujours ajustée aux besoins réels ;</p>		
<p>- veille à ce que les personnes physiques et morales qui participent à l'aide médicale urgente coopèrent entre elles dans des conditions d'efficacité optimales ;</p>		
<p>- prend chaque année connaissance du bilan établi par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales au sujet de l'aide médicale urgente assurée dans le département, ce bilan devant comporter obligatoirement des informations sur l'activité des transports sanitaires, notamment des unités hospitalières ;</p>		
<p>- informe la population des circonstances dans lesquelles elle peut et doit faire appel aux médecins et aux services de secours et de soins, et sur la manière de le faire.</p>		
<p><i>Dans l'immédiat, et dans la perspective de l'implantation du « 15 » :</i></p>		
<p>- propose, le moment venu, aux autorités et personnes compétentes, la création d'un Centre 15, et facilite sa mise en place :</p>		
<p>- établit la liste des établissements hospitaliers publics et privés, des services et entreprises de transports sanitaires auxquels le Centre 15 visé ci-dessus pourra faire appel, dans des conditions qui doivent être définies, notamment par l'établissement d'un tour de garde regroupant tous les établissements, services et entreprises ;</p>		
<p>- prend connaissance du tableau des secteurs de garde et de leur organisation.</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
—	—	—
	<b>TITRE II</b>	<b>Division et</b>
	<b>Aide médicale urgente.</b>	<b>intitulé supprimés.</b>
	<b>Art. 2.</b>	<b>Art. 2.</b>
	L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux, d'organiser des secours, de veiller à ce que les malades, les blessés et parturientes reçoivent, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.	<b>Supprimé.</b>
Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière.	<b>Art. 3.</b>	<b>Art. 3.</b>
<b>CHAPITRE PREMIER</b>	L'alinéa 2 de l'article 2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée, portant réforme hospitalière, est complété comme suit :	<b>Sans modification.</b>
<i>Du service public hospitalier</i>	« Concourt conjointement avec les professionnels de santé et les autres personnes et services concernés à l'aide médicale urgente. »	
Section I. - Dispositions générales.		
<i>Art. 2</i> - Le service public hospitalier assure les examens de diagnostic, le traitement - notamment les soins d'urgence - des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel.		
De plus le service public hospitalier :		
- concourt à l'enseignement universitaire et postuniversitaire médical et pharmaceutique et à la formation du personnel paramédical ;		
- concourt aux actions de médecine préventive dont la coordination peut lui être confiée ;		
- participe à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire		
Les praticiens non hospitaliers peuvent recourir à son aide technique.		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. 4 - Les établissements mentionnés à l'article 3 (1° et 2°) sont dits</p>		
<p>1° Centres hospitaliers s'ils ont pour mission principale : les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, les accouchements et les traitements ambulatoires.</p>		
<p>Les centres hospitaliers comportent :</p>		
<p>a) des unités d'hospitalisation pour pratique médicale, chirurgicale ou obstétricale courante ;</p>		
<p>b) éventuellement des unités d'hospitalisation pour soins hautement spécialisés ;</p>		
<p>c) éventuellement, des unités d'hospitalisation de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation ou traitement des maladies mentales ;</p>		
<p>d) éventuellement, des unités de long séjour assurant l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.</p>		
<p>Chaque centre hospitalier peut comporter une ou plusieurs de ces unités selon leur classement</p>		
<p>..... Circularité du 6 février 1979 relative à l'aide médicale urgente. Coopération entre le service public hospitalier et la médecine privée. Mise en place des centres 15</p>	<p>Art. 4.</p>	<p>Art. 4.</p>
<p>..... VIII. - Régulation.</p>	<p>Le 1° de l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée, portant réforme hospitalière, est complété comme suit :</p>	<p>Alinéa sans modification.</p>
<p>Le Centre 15 est dans tous les cas placé sous responsabilité médicale. La régulation doit associer les médecins du S.A.M.U. et des médecins représentant les autres praticiens concernés. Les modalités de cette association doivent être définies par convention, après avis favorable du comité technique médical du Centre 15</p>	<p>« c) éventuellement, des unités participant au service d'aide médicale urgente dont les missions et l'organisation sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>« c) éventuellement... ... urgente.</p>
<p>Plusieurs schémas ont été envisagés :</p>	<p>« Ces unités comportent un centre de réception et de régulation des appels dont le fonctionnement est assuré avec les praticiens représentés par les instances départementales des organisations représentatives nationales ou les organisations ou associations représentatives au plan départemental et conformément à des conventions approuvées par le représentant de l'Etat dans le département.</p>	<p>« Alinéa supprimé.</p>
<p>a) Ecoute simultanée par les deux médecins en permanence.</p>	<p>« Les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés dans le respect du secret médical avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours. »</p>	<p>« Alinéa supprimé.</p>
<p>Dans les grands centres, le Centre 15 est matériellement constitué par la juxtaposition des deux régulations, la publique et la privée.</p>		

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

dans un même local et dans deux locaux attenants. L'appel est écouté simultanément, en parallèle, par les deux régulateurs, chacun se saisissant de l'information qui le concerne, avec l'accord de l'autre. Dans ce schéma, le régulateur du S.A.M.U. engage par son action ou son abstention, la responsabilité du service public hospitalier (la sienne propre en cas de faute lourde), le régulateur privé la sienne propre, et seulement, ou celle de l'organisme qui l'a délégué, par son action ou son abstention.

b) Ecoute partagée dans le temps entre les deux secteurs

Dans les installations de moindre importance, et dans un souci d'économie, les parties intéressées pourront convenir que les médecins régulateurs du S.A.M.U. comprendront, selon un schéma à déterminer, un certain nombre de médecins privés, en vertu d'une convention à établir. Il y aura ainsi un partage dans le temps de la régulation du secrétariat du S.A.M.U./Centre 15, formant une seule entité fonctionnelle, entre les deux secteurs. Le schéma suppose que les médecins privés régulateurs aient l'expérience de la médecine d'urgence. La responsabilité du service public hospitalier est engagée aussi bien par le régulateur public que par le régulateur privé. La qualité de celui-ci garantit la neutralité absolue du système.

c) Unité de l'écoute.

Une autre formule a été proposée : les médecins libéraux, volontaires pour ce travail, obtiennent la qualité « d'attachés de régulation », ce qui simplifie les problèmes de responsabilité tout en offrant les mêmes garanties de neutralité que les deux autres schémas.

En outre, composé uniquement de personnes liées par le secret médical, sa mission essentielle, de caractère permanent, est de contrôler l'activité du Centre 15, en portant un jugement de valeur sur celle-ci. Les recueils notant les interventions effectuées, les transporteurs sanitaires utilisés et les établissements d'accueil seront tenus à sa disposition, de même que les bandes enregistreuses. Le comité technique médicale devra avoir accès à tous autres documents lui permettant de remplir sa mission.

Art. additionnel 4 bis.

I. - Le Service départemental d'aide médicale urgente (S.D.A.M.U.) comporte essentiellement un centre de réception et de régulation médicale des appels de détresse

La régulation médicale est assurée conjointement par les médecins des services hospitaliers publics ou privés et les praticiens.

Les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés dans le respect du secret médical avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours.

II. - Les Services locaux d'intervention médicale urgente (S.L.I.M.U.) sont chargés d'apporter sur place les soins prévus par l'article additionnel premier A de la présente loi et d'assurer le transport éventuel prévu au même article sur instruction donnée par le Service départemental d'aide médicale urgente (S.D.A.M.U.)

III. - Des conventions fixent les modalités de fonctionnement du Service départemental d'aide médicale urgente (S.D.A.M.U.) et des Services locaux d'intervention médicale urgente (S.L.I.M.U.), et notamment les conditions d'intervention des différents organismes, publics ou privés. Pour ces derniers, les conventions sont signées par les organisations représentatives au niveau départemental.

Ces conventions doivent être notifiées au Comité départemental d'aide médicale urgente (C.D.A.M.U.) qui en vérifie la conformité avec la loi, et peut les déférer au tribunal administratif.

Aucun groupement professionnel, aucun service public ne peut être exclu de l'application de ces conventions, s'il en fait la demande et en accepte les dispositions.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière.	Art. 5	Art. 5.
Art. 53 - L'Etat participe aux dépenses exposées par les établissements qui assurent le service public hospitalier pour la formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.	Il est ajouté à l'article 53 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée l'alinéa suivant : « Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels peuvent être financées par des contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'Etat, et des collectivités territoriales. »	<i>L'acte de régulation médicale et les actes d'intervention médicale urgente, quels qu'ils soient les intervenants, dans le cadre de leurs compétences, seront pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie auquel est affilié le bénéficiaire de l'acte ou de l'intervention</i> <i>Les frais de fonctionnement du Service départemental d'aide médicale urgente (SDAMU) sont couverts par un prélèvement sur les recettes des Services locaux d'intervention médicale urgente (SLIMU). Une convention arrête les conditions de ce prélèvement ainsi que les éventuelles participations de l'Etat et des collectivités territoriales</i> <i>Ces dispositions annulent toutes dispositions contraires, notamment les dispositions prises en application du Code des communes</i>
Code de la santé publique.	TITRE III	TITRE III
	Transports sanitaires.	Transports sanitaires.
	Art. 6.	Art. 6
	Le titre premier bis du Livre I <sup>er</sup> du Code de la santé publique est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes	Alinéa sans modification
TITRE PREMIER bis	« TITRE PREMIER bis	« TITRE PREMIER bis
Transports sanitaires	« Transports sanitaires.	« Transports sanitaires.
	Art. 51 - 1 - Constitue un transport sanitaire, au sens du présent code, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour les raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.	« Art. 1. 51-1 - Constitue sur prescription médicale ou dans le cadre de l'aide médicale urgente effectué... à cet effet

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

*Art. L. 51-1.* - Un agrément est délivré par le préfet, après avis de la commission départementale d'équipement, section sanitaire et sociale, aux personnes physiques ou morales qui exploitent une entreprise privée de transports sanitaires, que le transport soit terrestre, aérien ou maritime, dès lors qu'elles se conforment aux conditions d'exploitation déterminées par un règlement d'administration publique, qui précise les droits qu'il leur confère et les obligations qui en découlent.

*Art. L. 51-2.* - L'agrément prévu à l'article précédent est retiré par le préfet, après avis de la commission départementale d'équipement, section sanitaire et sociale, dès lors que les conditions prévues au règlement d'administration publique ne sont plus remplies.

En cas d'urgence, le préfet peut prononcer une mesure de retrait provisoire d'agrément, à charge pour lui d'en saisir, pour avis, la commission visée au premier alinéa de cet article, dans le délai d'un mois.

*Art. L. 51-3.* - Les droits et obligations définis par le règlement d'administration publique prévu à l'article L. 51-1 ci-dessus sont applicables aux services publics assurant des transports sanitaires.

« Les transports des personnels de défense effectués à l'aide des moyens propres aux armées ne constituent pas des transports sanitaires au sens du présent code.

*Art. L. 51-2.* - Toute personne effectuant un transport sanitaire doit avoir été préalablement agréée par l'autorité administrative dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Le refus d'agrément doit être motivé.

*Art. L. 51-3.* - Un décret en Conseil d'Etat détermine :

« - les catégories de moyens de transport affectés aux transports sanitaires ;

« - les catégories de personnes habilitées à effectuer des transports sanitaires ; leurs missions respectives, ainsi que la qualification et la composition des équipages ;

« - les modalités de délivrance par le représentant de l'Etat dans le département aux personnes visées à l'article précédent de l'agrément pour effectuer des transports sanitaires, ainsi que des modalités de son retrait ;

« - les obligations de ces personnes à l'égard du service de garde organisé par le représentant de l'Etat dans le département, et à l'égard des centres de réception et de régulation des appels visés à l'article 4.

« Les services départementaux d'incendie et de secours ne peuvent effectuer de transports sanitaires que dans le cadre de l'aide médicale urgente et dans le prolongement de leurs interventions de secours ».

« Alinéa sans modification.

*Art. L. 51-2.* - Toute personne...  
... sanitaire sur prescription médicale doit...

... motivé.

*Art. L. 51-3.* - Alinéa sans modification.

« Alinéa sans modification.

« Alinéa sans modification.

« Alinéa sans modification.

« - les obligations...

... visés à l'article 4 bis de la loi n° du relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>Décret n° 73-384 du 27 mars 1973 portant application des articles L. 51-1 à L. 51-3 du Code de la santé publique relatifs aux transports sanitaires privés.</p>	<p>« Art. L. 51-4 - La législation en vigueur sur les prix s'applique aux tarifs des transports sanitaires. Ceux-ci sont établis par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du Budget, de la Concurrence et de la Consommation.</p>	<p>« Art. L. 51-4 - Sans modification.</p>
<p>II. - L'inobservation des tarifs fixés en application de la législation constitue un manquement aux conditions d'exploitation, de nature à entraîner le retrait de l'agrément.</p>	<p>« L'inobservation de ces tarifs peut entraîner le retrait de l'agrément.</p>	
<p>III. - Sans préjudice de l'application des dispositions de l'article 10 ci-dessus, les modalités de prise en charge par les caisses et les modalités et tarifs de remboursement afférents aux transports sanitaires exécutés respectivement par les entreprises agréées en application des articles L. 51-1 à L. 51-3 du Code de la santé publique et par les autres entreprises sont fixés, après consultation de la Caisse nationale de l'assurance maladie, par un arrêté conjoint du ministre chargé de la Sécurité sociale, du ministre de la Santé publique, du ministre de l'Agriculture et du ministre de l'Economie et des Finances.</p>		
<p>IV. - « Les modalités de prises en charge par les caisses de mutualité sociale agricole et les modalités et tarifs de remboursement afférents aux transports sanitaires exécutés respectivement par les entreprises agréées en application des articles L. 51-1 à L. 51-3 du Code de la Santé publique et par les autres entreprises sont fixés par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre de la Santé publique, du ministre de l'Agriculture et du ministre de l'Economie et des Finances. »</p>		
<p>Art. 14. - Toute personne qui, par dénomination, emblèmes ou tout autre moyen, tend à faire croire faussement qu'elle est titulaire de l'agrément prévu à l'article premier et à l'article 5 ci-dessus sera punie d'une amende de 1.200 F à 3.000 F. En cas de récidive, l'amende sera portée à 6.000 F.</p>	<p>« Art. L. 51-1 - Toute personne qui aura effectué un transport sanitaire sans autorisation, ou malgré le retrait d'autorisation, sera punie d'une amende de 2.000 F à 20.000 F.</p> <p>« En cas de condamnation par application de l'alinéa précédent et de commission du même délit dans un délai de cinq ans après l'expiration ou la prescription de la peine, l'amende encourue sera portée au double. En outre, le tribunal pourra interdire au condamné d'effectuer des transports sanitaires pendant un an au plus. »</p>	<p>« Art. L. 51-5 - Sans modification</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. 7.

Les personnes assurant des transports sanitaires à la date de promulgation de la présente loi doivent, à l'expiration d'une période de trois ans à compter de la date de publication du décret prévu à l'article L. 51-3 du titre premier *bis* du livre I<sup>er</sup> du Code de la santé publique, se conformer aux dispositions du titre III de la présente loi.

Art 7

Alinéa sans modification.

*Un décret en Conseil d'Etat détermine les dispositions transitoires en vigueur pendant cette période de trois ans, notamment celles applicables aux personnes âgées de plus de cinquante ans, effectuant des transports sanitaires depuis plus de dix ans, à la date de promulgation de la présente loi*

Art. additionnel 7 *bis*

*Il est créé dans chaque département un comité départemental des transports sanitaires présidé par le représentant de l'Etat dans le département et comprenant notamment des représentants des collectivités territoriales, des services et des organismes professionnels concernés. La composition, le rôle et le fonctionnement de ce comité sont déterminés par un décret en Conseil d'Etat*

Code la sécurité sociale

TITRE IV

Prise en charge des frais de transport par l'assurance maladie.

Art 8

A l'article L. 283 *a* du Code de la sécurité sociale :

TITRE IV

Prise en charge des frais de transport par l'assurance maladie.

Art. 8

Sans modification.

LIVRE III

ASSURANCES SOCIALES

TITRE II

Prestations.

CHAPITRE II

Assurance maladie

Art. L. 283 - L'assurance maladie comporte :

a) La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de

Texte en vigueur	Texte du projet de loi
<p>prothèse dentaire, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyses et d'examens de laboratoire, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de cure, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle et des frais de transport, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 285 y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives.</p>	<p>1° Les mots : « et des frais de transport » sont abrogés ;</p>
<p>a-I) La couverture, sur décision de la commission d'éducation spéciale créée par l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, ainsi que celle des frais de traitement concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application de l'article 5 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975.</p>	<p>2° Il est ajouté au même article un paragraphe III ainsi rédigé :</p>
<p>a-II) La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectués dans les conditions prévues à la section I du chapitre III <i>his</i> du titre I<sup>er</sup> du livre II du Code de la santé publique.</p>	<p>« III. - La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, dans des conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
	<p>« Les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire.</p>
	<p>« Les tarifs de responsabilité des caisses pour la prise en charge des frais de transport sont fixés par arrêté des ministres chargés de la Sécurité sociale et du Budget.</p>
	<p>« Les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais sont</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

*Art. L. 295* - Les frais de déplacement de l'assuré ou de ses ayants droit qui doivent quitter la commune où ils résident pour se rendre à la convocation du médecin conseil ou se soumettre, soit à un contrôle, soit un traitement prescrit dans les conditions prévues à l'article L. 293 sont à la charge de la caisse primaire. Le taux de ces frais et les modalités de remboursement sont déterminés par un arrêté du ministre des Affaires sociales.

déterminés par des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires, conformément à une convention type fixée par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale. »

Art. 9.

Art. 9.

L'article L. 295 du Code de la sécurité sociale est abrogé.

Sans modification.

LIVRE IV

ACCIDENTS DU TRAVAIL  
ET MALADIES PROFESSIONNELLES

TITRE

Prestations.

*Art. L. 435* (deux premiers alinéas). - La charge des prestations et indemnités prévues par le présent Livre incombe aux caisses d'assurance maladie.

Art. 10.

Art. 10.

Les prestations visées aux 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> de l'article précédent sont supportées, conformément aux dispositions du présent titre, par la caisse primaire de sécurité sociale à laquelle la victime est affiliée. Ladite caisse verse directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs, ainsi qu'aux établissements le montant des prestations fixées au 1<sup>er</sup> et au 3<sup>e</sup> de l'article L. 434. Toutefois, les frais de transport peuvent donner lieu à remboursement par la caisse à la victime.

Le deuxième alinéa de l'article L. 435 du Code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ... dans les conditions prévues par l'article L. 283 a III ».

Sans modification.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>nté des travailleurs non salariés des professions non agricoles.</p>		
<p><i>Art. 8 - I. -</i> Les prestations de base comportent la couverture, dans les cas de maladie, d'accident et de maternité, des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils d'orthopédie et de prothèse, y compris les frais d'optique, des frais d'analyses et d'examen de laboratoire, des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins et de cure, publics ou privés, des frais d'intervention chirurgicale, des frais de cure thermale ainsi que, pour les enfants de moins de seize ans ou ayant atteint cet âge pendant l'année scolaire en cours et les enfants de moins de vingt ans qui, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, sont dans l'impossibilité permanente d'exercer une activité rémunératrice, des frais de vaccination obligatoire.</p>	Art. 11.	Art. 11.
<p>Les prestations de base comportent également la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs, ainsi que les frais d'analyses et d'examen de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives.</p>	<p>Le quatrième alinéa de l'article 8-I de la loi n° 66-509 du 12 juillet non salariés des professions non agricoles est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	Sans modification.
<p>En ce qui concerne les prothèses dentaires, l'assuré et les membres de sa famille ont droit à la prestation d'appareils fonctionnels et thérapeutiques ou nécessaires à l'exercice d'une profession.</p>		
<p>Les prestations de base comportent en outre la couverture des frais de transport exposés dans les cas suivants :</p>	<p>« Les prestations de base comportent en outre la couverture des frais de transport dans les conditions prévues à l'article L. 283 a III du Code de la sécurité sociale. »</p>	
<p>- en vue d'une hospitalisation dont le caractère d'urgence est reconnu après avis du contrôle médical ;</p>		
<p>- lorsque le bénéficiaire doit, sur avis médical, rejoindre son domicile par ambulance après avoir reçu des soins hospitaliers ;</p>		
<p>- lorsque le bénéficiaire reconnu atteint d'une affectation visée au I (3° et 4°) de l'article L. 286-1 du Code de la sécurité sociale, suit un traitement ambulatoire dont le contrôle médical estime qu'il est de nature à éviter son hospitalisation ;</p>		
<p>- lorsque le bénéficiaire doit quitter la commune où il réside pour reprendre à une</p>		

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

convocation du contrôle médical,

- lorsque le bénéficiaire doit se rendre soit au centre d'appareillage, soit chez son fournisseur, en vue de la fourniture, de la réparation ou du renouvellement d'un appareil de prothèse ou d'orthopédie.

Dans ces deux derniers cas les tarifs de responsabilité sont fixés par arrêté interministériel.

Code rural

TITRE II

Mutualité sociale agricole.

CHAPITRE II

Assurances sociales

Section III Prestations

Art 1038 - Les caisses de mutualité sociale agricole servent à leurs adhérents, en cas de maladie, d'accident, de maternité et de décès, les prestations prévues par leurs statuts.

L'assurance maladie comporte

1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèse dentaire, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyses et d'examen de laboratoire, des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de cure de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle et des frais de transport ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille déterminés par règlement d'administration publique y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examen de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives.

1°-1. - La couverture, sur décision de la commission d'éducation spéciale créée par

Art 12

Art 12

Au 1° de l'article 1038 du Code rural, les mots « et des frais de transport » sont abrogés.

Sans modification

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
<p>L'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, ainsi que celle des frais de traitement concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application de l'article 5 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975.</p>		
<p>I° - II - La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre premier du livre II du Code de la santé publique.</p>	<p>Il est ajouté au même article un paragraphe III ainsi rédigé :</p> <p>« III - La couverture des frais de transport dans les conditions prévues à l'article L. 283 a III du Code de la sécurité sociale »</p>	
<p>Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.</p>		
<p>Art. 8 - Les frais de transport individuel des élèves et étudiants handicapés vers les établissements scolaires et universitaires rendus nécessaires du fait de leur handicap sont supportés par l'Etat.</p>	<p>Art. 13</p> <p>Le deuxième alinéa de l'article 8 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>Art. 13</p> <p>Supprime.</p>
<p>Les frais de transport collectif des enfants et adolescents handicapés vers les établissements médico-éducatifs fonctionnant en externat ou semi-internat seront supportés par les organismes de prise en charge.</p>	<p>« Les frais de transport des enfants et adolescents handicapés accueillis dans les établissements d'éducation visés à l'article L. 283 a I du Code de la sécurité sociale sont inclus dans les dépenses d'exploitation desdits établissements »</p>	
<p>Un décret détermine les conditions d'application du présent article et notamment les catégories d'établissements médico-éducatifs intéressés.</p>		