



Circulaire DGS/650/MS 4 du 19 juillet 1972 relative aux directives générales en ce qui concerne les secours médicaux d'urgence (aide de l'Etat). -- Programme finalisé de sécurité routière (sous-programme «secours routier»).

19/07/1972

1. Rappel des textes en vigueur.

L'organisation des secours médicaux d'urgence, les soins aux victimes d'accidents, et notamment, aux victimes d'accidents de la route, les transports sanitaires, restent toujours sous l'emprise des textes publiés dans le Bulletin officiel de mon ministère, fascicule spécial n° 68-20 bis, intitulé: « Instructions relatives à l'organisation des secours médicaux d'urgence».

Les plus importants de ces textes sont:

- la circulaire du 1er juillet 1959, relative à l'organisation des secours aux blessés de la route;
- la circulaire du 13 août 1965, relative à l'instruction sur l'organisation des services d'urgence et de réanimation dans les hôpitaux;
- le décret du 2 décembre 1965, instituant l'obligation pour certains établissements hospitaliers de se doter de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence;
- le décret du 31 décembre 1965, relatif au régime financier applicable aux moyens mobiles de secours et de soins d'urgence;
- la circulaire du 22 juillet 1966, relative à l'organisation hospitalière des secours médicaux d'urgence;
- la circulaire du 27 juillet 1967, relative aux évacuations sanitaires secondaires.

2. Analyse succincte de la situation.

Les efforts importants consentis depuis une dizaine d'années, à tous les niveaux de l'organisation, ont eu des résultats certains, mais très variables selon les régions considérées.

D'une manière générale, toutefois, une idée maîtresse a fini par s'imposer à tous les esprits, qui est à la base de l'action de mon département ministériel depuis une dizaine d'années: celle du rôle prépondérant qui doit revenir au médecin dans l'organisation des secours, non seulement, bien entendu, en tant que soignant, mais aussi en tant que concepteur, qu'instructeur des secouristes et des ambulanciers, que responsable de services de secours médicaux.

L'évolution ainsi enregistrée est inéluctable, parce qu'elle correspond à des besoins profonds, d'ordre éthique, technique et économique. Dans le monde entier, la médecine d'urgence tend à s'affirmer comme une branche particulière de l'organisation médicale.

Je rappelle ici que les travaux de la Table Ronde sur la sécurité routière ont, dans leurs conclusions, confirmé les points de vue de mon département ministériel au sujet de ce qu'il est convenu d'appeler la «médicalisation» des secours.

Cela dit, je crois utile d'examiner brièvement la situation telle qu'elle se présente à chacun des niveaux de l'organisation.

a) Secours immédiats. -- Transports primaires.

Le découpage de chaque département en secteurs ambulanciers, en application de la circulaire du 1er juillet 1959, constitue la base des plans départementaux d'assistance aux victimes d'accidents de la route. La notion de secteurs ambulanciers, rejoignant d'ailleurs la notion de sectorisation générale des actions de santé, s'impose de plus en plus pour l'organisation de l'ensemble des secours médicaux, et non pas seulement pour les secours aux accidentés de la route.

Les progrès à attendre consistent tout d'abord dans l'amélioration de la qualité des personnels secouristes et de la qualité des matériels. De grands efforts ont été effectués à cet égard par le service national de la protection civile, les centres de secours des sapeurs-pompiers, et par nombre d'ambulanciers privés. Ces efforts doivent être poursuivis, et j'attends beaucoup de la réglementation prévue par la loi du 10 juillet 1970 relative aux transports sanitaires, parce qu'elle donnera aux pouvoirs publics les moyens de compléter la formation des ambulanciers,



L'application du décret du 2 décembre 1965, relatif aux moyens mobiles de secours et de soins d'urgence, constitue évidemment la mesure la plus efficace qui puisse être prise: le secteur pourvu d'une unité mobile hospitalière bénéficie ainsi d'une protection remarquable, ainsi que le montrent désormais maints exemples. Les unités mobiles hospitalières restent malheureusement trop peu nombreuses. A ma circulaire du 19 juillet 1971, était jointe la liste des unités mobiles qui devaient fonctionner pendant l'été, au nombre de 70, dont 30 dirigées par des médecins du contingent. L'objectif à poursuivre est d'augmenter chaque année le nombre des unités en liaison et en accord avec les centres de secours, et de les rendre permanentes. Cette action est très importante. J'ai constaté, en effet, que lorsque les centres de secours et les hôpitaux savaient conjuguer leurs efforts, l'organisation revêtait un haut degré d'efficacité.

b) Hôpitaux.

La circulaire du 1er juillet 1959 déterminait les conditions auxquelles devaient répondre les hôpitaux pour être habilités à recevoir les accidentés. D'autres textes se sont efforcés d'adapter l'ensemble des hôpitaux, qu'ils soient de premier ou de second accueil, à l'évolution des besoins, et à la progression des techniques. Je pense notamment à la circulaire du 13 août 1965 relative à la réanimation.

La question de la qualité de l'hôpital de premier accueil (l'hôpital d'urgence) est très importante, et la réponse qui lui est apportée aujourd'hui est insuffisante: à l'évidence, certains des hôpitaux figurant dans les plans de secours départementaux ne sont en mesure de soigner correctement les blessés graves, qu'au prix de grandes difficultés. J'ai demandé à deux commissions, l'une présidée par M. le professeur Judet, l'autre, par M. le professeur Sadoul, de m'éclairer sur les mesures à prendre. L'impossibilité de hausser l'ensemble des hôpitaux au niveau souhaité par les spécialistes, est évidente. Seuls, les établissements d'une certaine importance (à partir de 250 lits) sont en mesure d'assurer la continuité du service avec des moyens suffisants, et c'est en leur sein que doivent s'organiser les services chargés de recevoir les accidentés. Ils doivent être aidés en priorité.

De grands progrès ont été accomplis dans plusieurs centres hospitaliers régionaux et universitaires, tant dans le domaine de l'organisation des services de réanimation ou de traumatologie, que dans celui des transports. Mais à ce dernier titre, je constate que certains grands centres hospitaliers et universitaires n'ont pas encore été en mesure d'appliquer le décret du 2 décembre 1965, ce que, pour ma part, je ne saurais admettre davantage.

c) Transports secondaires.

Cette carence entraîne, dans la région où se trouve l'établissement, une impossibilité totale d'organiser les évacuations sanitaires secondaires, selon les directives de ma circulaire du 27 juillet 1967, dont le but est d'assurer dans les meilleures conditions le transport des malades et des blessés.

En revanche, je me réjouis de constater que dans plusieurs régions de véritables services de transports sanitaires ont été institués, en application des directives ministérielles, à l'aide d'ambulances terrestres ou d'hélicoptères provenant de la protection civile, de la gendarmerie nationale, et, à la belle saison, des armées.

d) Coordination opérationnelle.

SERVICE D'AIDE MEDICALE URGENTE.

Plusieurs centres hospitaliers et universitaires, en s'appuyant sur les décrets des 2 et 31 décembre 1965 la circulaire du 22 juillet 1966, ont pu, avec le soutien de mes services, mettre sur pied des systèmes capables d'effectuer, sous contrôle médical, des actions d'assistance au domicile des particuliers ou sur les lieux d'un accident, des transports secondaires par ambulances terrestres ou aériennes, conformément à la circulaire du 27 juillet 1967. Le champ d'action médicale de ces services est vaste, puisqu'ils s'intéressent non seulement à la traumatologie, mais aussi à la pathologie d'urgence (asphyxie, intoxications, urgences cardiologiques, notamment). Certains d'entre eux ont également pris en charge l'enseignement des secouristes.

Il est évident que toutes ces activités qui, juridiquement, incombent à l'hôpital, ne peuvent se développer, et ne peuvent être assurées en toute sécurité, si l'établissement ne prend pas des mesures particulières:

- création d'un secrétariat placé constamment sous la surveillance d'un médecin;
- installations de moyens de transmissions permettant de communiquer aisément avec les services qui sont souvent engagés dans des actions d'urgence;
- disposition d'ambulances médicales bien équipées;



-- disposition de lits d'urgence et de lits de réanimation.

Ces services d'un type nouveau sont appelés à un grand avenir, parce qu'ils seront les seuls à pouvoir résoudre correctement certains problèmes de santé qui n'entrent pas dans la mission première d'autres services existants.

Ces services portent, en l'état actuel des choses, des noms différents: S.O.S. à Nancy; groupe mobile d'urgence à Grenoble; service mobile d'urgence à Montpellier. Dans leur forme la plus achevée, à Toulouse et à Dijon, ils portent le nom de service d'aide médicale urgente (S.A.M.U.). Tous les centres hospitaliers et universitaires n'en sont pas encore pourvus, même sous leur forme la plus simple: le but poursuivi par mon département ministériel est que chaque centre hospitalier et universitaire le soit, de même qu'un certain nombre d'hôpitaux importants. Les textes en vigueur permettent de prendre certaines mesures, ainsi que l'expérience le montre.

3. Action ministérielle pour les années 1972-1975.

L'action de mon ministère s'insère désormais dans le cadre plus vaste d'un programme finalisé de sécurité routière, dont l'un des sous-programmes est intitulé: «secours routier». Son exécution relève en très grande partie de mes services.

Certaines mesures constituent le prolongement ou l'extension de mesures déjà prises; d'autres sont entièrement nouvelles. Elles s'inspirent toutes des conclusions auxquelles a abouti la table ronde sur la sécurité routière.

a) Mesures anciennes étendues.

BUDGET D'EQUIPEMENT

Chapitre 66-11.

Subventions à 50 % aux établissements hospitaliers pour les réalisations concernant l'accueil des urgences, la modernisation des blocs opératoires, les lits et services de réanimation; subventions à 70 % pour les réalisations concernant les secrétariats d'aide médicale urgente, les hélistations.

BUDGET DE FONCTIONNEMENT

Chapitre 47-15 (art. 10, § 10).

Subventions à 40 % aux établissements hospitaliers pour l'acquisition d'ambulances, de matériels d'équipement d'ambulances, d'appareils de réanimation isolés, non compris dans une opération d'ensemble.

Chapitre 47-13 (art. 70, § 20).

Subventions aux établissements hospitaliers pour la médicalisation des secours, par attribution d'une somme forfaitaire aux hôpitaux appliquant le décret du 2 décembre 1965. Calculée sur la base d'un coût de 70 F par 24 heures, elle représente la prise en charge, par l'Etat de la moitié de cette somme, soit, pour un mois: $70 \times 30 / 2 = 1.050$ F et pour un an: $1.050 \times 12 = 12.600$ F.

En ce qui concerne les postes de secours médicaux établis temporairement par certains hôpitaux pendant l'été, et pour lesquels le complément de l'autre moitié ne pourrait être trouvé, le montant de la subvention sera porté à 70 F par 24 heures.

b) Mesures nouvelles.

Chapitre 47-13 (art. 70, § 10).

Subventions aux centres hospitaliers régionaux disposant de services d'aide d'urgence (ou assimilés) pour le <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgs650ms-4-du-19-juillet-1972-relative-aux-directives-generales-en-ce-qui-concerne-les-secours-medicaux-durgence-aide-de-letat-programme-finalise-de-securite-routiere-sous-prog/>



fonctionnement des secrétariats. Une somme forfaitaire de 50.000 F est attribuée à chacun des établissements intéressés. Elle représente la moitié de la dépense évaluée à 100.000 F par an (secrétaires médicales et surveillance médicale).

Chapitre 43-11 (art. 60, § 10).

Subventions aux centres hospitaliers et universitaires pour l'organisation de l'enseignement de la formation des ambulanciers, et d'une manière plus générale, des personnels participant aux secours d'urgence. Ces subventions servent à payer les moniteurs et le matériel d'enseignement. Elles feront l'objet d'instructions ultérieures.

Au reçu des présentes instructions, je serais obligé à MM. les préfets de région (médecins inspecteurs régionaux de la santé; chefs de services régionaux de l'action sanitaire et sociale) de prendre l'attache des préfets des départements composant leur région (médecins inspecteurs départementaux de la santé; directeurs départementaux de l'action sanitaire et sociale) pour étudier l'élaboration d'un programme régional «secours médicaux d'urgence», dont les grandes lignes correspondraient à celles du sous-programme «secours routier» défini à l'échelon national.

Ce programme serait constitué par la liste des objectifs définis par les instructions ministérielles, et prévoirait un échéancier des actions à conduire pour les années 1972, 1973, 1974 et 1975.

Ces actions ont, à mes yeux, un certain ordre de priorité, qui entrera en ligne de compte pour la répartition des crédits attribués par l'Etat.

La priorité numéro un est celles des services d'aide médicale urgente à installer dans les centres hospitaliers régionaux qui en sont dépourvus, puis, dans certains grands centres hospitaliers, étant entendu que les installations existantes pourront elles aussi faire l'objet de subventions de l'Etat dans la mesure où elles ont besoin d'être améliorées. Les installations de télécommunications, les ambulances, les pistes pour hélicoptères, bénéficient du même degré de priorité. Dans les centres hospitaliers et universitaires, les moyens d'enseignement (salles aménagées, matériels, etc.) sont également à ranger en priorité numéro un.

La priorité numéro deux qui est, à vrai dire, presque égale à la première quant à son importance, est la création, ou l'amélioration des services d'anesthésie-réanimation. J'ai constaté, en plusieurs occasions, que certains départements des plus grands de nos centres hospitaliers et universitaires ne disposaient pas du matériel nécessaire à leurs missions (notamment du matériel léger) pourtant essentielles, d'enseignement et de soins.

La priorité numéro trois est celle des mesures destinées à perfectionner l'accueil lui-même: lits d'urgence, pièces de dégagement; celle des lits de réanimation à créer et des services de chirurgie à perfectionner dans certains établissements hospitaliers ayant une importance suffisante pour que des services de traumatologie puissent y être installés (au moins deux chirurgiens et deux anesthésistes).

L'ordre des priorités ainsi établi n'a pas un caractère absolu. Cependant, il établit le calendrier des travaux à conduire, tout au moins en ce qui concerne l'établissement de leur programme.

Je vous serais obligé de me faire parvenir, avant le 1er octobre 1972, l'esquisse de plan régional, sous la forme du tableau dont le modèle est ci-joint. Vous pouvez me présenter immédiatement toute demande de crédits correspondant à des opérations s'insérant dans le schéma général décrit par la présente circulaire.

Mais, désormais, toutes les demandes de subventions, quelles qu'elles soient, y compris pour les ambulances et le petit matériel, devront me parvenir sous le couvert et avec l'avis favorable du préfet de région (médecin inspecteur régional de la santé). J'entends, en effet, ne pas éparpiller les crédits publics dans des opérations trop peu significatives, au regard des objectifs que je poursuis.

Je verrais un grand intérêt à ce que soit constitué, auprès de chaque préfet de région, un groupe de travail permanent, qui, sous son autorité, comprendrait, outre le médecin inspecteur régional de la santé, qui en serait l'animateur, le chef du service régional de l'action sanitaire et sociale, le directeur général du centre hospitalier régional, un chirurgien traumatologue, chef de service du centre hospitalier et universitaire, un anesthésiologiste, chef de département, un médecin réanimateur. Il y aurait des avantages à ce que soient associés aux travaux de ce groupe les personnalités qui seraient en mesure de lui apporter un avis éclairé. Je pense, notamment, aux médecins de sapeurs-pompiers.



4. Instructions en préparation.

Vous recevrez prochainement d'autres instructions qui expliciteront certains des points abordés dans cette circulaire générale.

Il s'agit notamment:

- d'une instruction sur les hôpitaux constituant des «points noirs» hospitaliers, suivie d'une instruction sur les modifications à apporter à la circulaire du 1er juillet 1959 en ce qui concerne les hôpitaux habilités à recevoir les accidentés;
- d'une instruction (intérieur, santé publique) sur les télécommunications (organisation, financement);
- d'une instruction sur les hélistations;
- d'une instruction sur la formation des personnels participant aux secours d'urgence, et notamment les ambulanciers;
- d'une instruction générale interministérielle (intérieur, santé publique) dont l'objet sera de préciser les conditions dans lesquelles les services relevant des deux ministères sont appelés à coopérer.

Ont été publiés sous la rubrique 6.5.1.0 à l'ancien bulletin médico-social:

- n° 24-1965, le décret n° 65-1045 du 2 décembre 1965;
- n° 1-1966, la circulaire du 13 août 1965;
- n° 2-1966, le décret n° 65-1178 du 31 décembre 1965;
- n° 18-1966, la circulaire du 22 juillet 1966;
- n° 17-1967, la circulaire du 27 juillet 1967.

La loi n° 70-165 du 10 juillet 1970 a été publiée à l'ancien bulletin médico-social n° 14-1970, sous la rubrique 5.3.6.

ANNEXE

Secours médicaux et soins d'urgence

Programme régional

(Esquisse).

3026.

Ministère de la santé publique. Direction générale de la santé. Division de la conception hospitalière. Sous-direction de la protection sanitaire (DGS/650/ MS 4). Direction des hôpitaux (Secrétariat).

(Adressée aux préfets de région: [Cabinet; Inspection régionale de la santé; Service régional de l'action sanitaire et sociale] et aux préfets; [Cabinet; Inspection départementale de la santé; Direction départementale de l'action sanitaire et sociale].)

Source : Bulletin Officiel de la santé et de la sécurité sociale n° 36 du 3 Septembre 1972.