



Avis n°96-A-17 du 5 novembre 1996
relatif à une demande d'avis du Syndicat des Médecins d'Urgence de France
sur la conformité des règles du code de déontologie médicale et de celles adoptées par
le Conseil de l'Ordre des médecins régissant la permanence des soins et la médecine
d'urgence avec les règles du droit de la concurrence

Le Conseil de la concurrence (section III),

Vu la lettre en date du 28 août 1995 et les courriers des 30 janvier, 21 septembre et 24 octobre 1996 par lesquels le Syndicat des médecins d'urgence de France a saisi le Conseil, sur le fondement de l'article 5 de l'ordonnance n°86-1243 du 1er décembre 1986, d'une demande d'avis portant sur la conformité du code de déontologie médicale et des règles adoptées par le Conseil de l'Ordre des médecins et régissant la permanence des soins et la médecine d'urgence et en particulier les restrictions à l'exercice libéral et à la publicité, aux règles du droit de la concurrence ;

Vu la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires ;

Vu le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU ;

Vu les décrets n° 79-506 du 28 juin 1979 et n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale ;

Le rapporteur, le rapporteur général et le commissaire du Gouvernement entendus ;

Est d'avis de répondre à la demande présentée dans le sens des observations qui suivent :

Par lettre en date du 28 août 1995, complétée par des courriers du 30 janvier, du 21 septembre et du 24 octobre 1996, le Syndicat des médecins d'urgence de France a, en application des dispositions de l'article 5 de l'ordonnance du 1er décembre 1986, saisi le Conseil de la concurrence d'une demande d'avis portant sur la conformité des dispositions du code de déontologie médicale et des interprétations adoptées par le Conseil de l'Ordre des médecins sur la permanence des soins et la médecine d'urgence aux règles de la concurrence. Il est plus particulièrement demandé au Conseil de la concurrence d'examiner les restrictions à la publicité en matière médicale, notamment celle apposée sur les véhicules, l'accès des médecins libéraux aux fonctions de médecin régulateur et aux missions confiées aux médecins intervenant dans les "centres 15" et enfin, le régime particulier des honoraires dont

bénéficient certains d'entre eux. Le syndicat saisissant considère les modalités définies par le code de déontologie et les pratiques consacrées par le Conseil de l'Ordre en ces matières comme autant d'obstacles au libre jeu de la concurrence.

Consulté en application de l'article 5 de l'ordonnance du 1er décembre 1986, le Conseil n'a pas à qualifier les pratiques, objet de la demande d'avis, sur le fondement des articles 7 et 8 de ladite ordonnance ou des articles 85 et 86 du traité de Rome, une telle qualification relevant de ses attributions contentieuses.

Il lui appartient, en revanche, d'apporter des réponses aux questions soulevées par la demande d'avis du Syndicat des médecins d'urgence de France, sans préjuger des décisions qu'il pourrait prendre au cas où il serait saisi de pratiques émanant des différents intervenants opérant dans le secteur de la médecine d'urgence et qui seraient susceptibles d'être qualifiées au regard des dispositions du titre III de l'ordonnance.

I- LE SECTEUR DE LA MEDECINE D'URGENCE :

L'objet de l'aide médicale urgente est défini par l'article 2 de la loi du 6 janvier 1986. Organisé le plus souvent sur une base départementale, le service d'aide médicale urgente a pour mission de « faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état ».

Assurant une veille permanente par le biais du numéro d'appel 15, le service d'aide médicale urgente donne suite aux appels en provoquant la mise en oeuvre des moyens de secours et de soins utiles et, si besoin est, leur coordination avec d'autres éléments d'intervention. En fonction des éléments qui lui sont communiqués et du bilan qui est établi, le service d'aide médicale urgente donne les informations nécessaires et recourt aux moyens qui lui semblent les mieux appropriés : médecins libéraux, secouristes, sapeurs pompiers, ambulances privées. Dans les cas d'urgence lourde, il demande l'intervention du service d'urgence et de réanimation (SMUR).

L'offre en matière de médecine d'urgence est assurée par des opérateurs appartenant au secteur public et au secteur privé.

L'intervention du secteur public dans ce domaine repose essentiellement sur le corps des sapeurs pompiers, des agents de police-secours, des forces de gendarmerie et surtout depuis 1972, des moyens des SAMU rattachés aux centres hospitaliers et qui assurent la régulation de l'aide médicale urgente. En 1996, il existe 105 SAMU, dont 99 sont dotés d'un « centre 15 ». Ils emploient 2.524 personnes en équivalent plein temps. Le coût moyen d'une intervention est de 2.400 francs. Les « centres 15 », répondant au numéro téléphonique 15, et implantés de préférence auprès des SAMU, réalisent par convention, notamment avec les associations de permanence des soins et d'urgence médicale (APSUM), une association entre secteur public et secteur privé et assurent la coordination des actions d'aide médicale urgente.

Relèvent du secteur privé, outre tout médecin à titre individuel confronté à l'urgence, les services de garde médicales organisés sous le contrôle de l'Ordre des médecins et des syndicats, les associations de permanence des soins et d'urgence médicale (APSUM), constituées dans les villes de grande ou moyenne importance, et les associations de médecine d'urgence dont la plus connue est SOS Médecins France. Fédération de 54 associations réparties sur tout le territoire, SOS Médecins France est régie par la loi du 1er juillet 1901.

Elle regroupe environ 650 médecins qui répondent à près de 2,5 millions d'appels par an. Ces appels entraînent entre 1,4 et 1,5 million de visites par an. L'activité est répartie entre un tiers d'urgences nécessitant la présence d'un médecin dans les vingt minutes, un tiers d'interventions en pédiatrie et un tiers en médecine générale. Chaque médecin effectue en moyenne 2.300 visites par an. La régulation médicale dans les centres 15 fait rarement intervenir des médecins appartenant aux associations SOS. En revanche, s'agissant des médecins envoyés par les régulateurs des SAMU, il existe une grande disparité selon les régions puisque la participation des médecins appartenant aux associations SOS s'échelonne de 0 à 70%. Dans ce cadre, les médecins intervenants ne demandent aucune majoration supplémentaire de leurs honoraires. Au regard de la sécurité sociale, il y a lieu de relever que 95% des médecins des associations SOS sont conventionnés secteur I.

Les SAMU et les organisations spécialisées dans l'urgence du type de SOS Médecins enregistrent 9 à 10 millions d'appels par an, dont la moitié donne lieu à des interventions. Le nombre total de sorties de SMUR (Service mobile d'urgence et de réanimation) est d'environ 700.000.

II - LES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES ET LEUR INTERPRETATION PAR LES INSTANCES ORDINALES :

1 - Sur l'urgence :

L'article 78 du code de déontologie médicale prévoit que : « Lorsqu'il participe à un service de garde, d'urgences ou d'astreinte, le médecin doit prendre toutes dispositions pour être joint au plus vite. Il est autorisé, pour faciliter sa mission, à apposer sur son véhicule une plaque amovible portant la mention « médecin-urgences » à l'exclusion de toute autre. Il doit la retirer dès que sa participation à l'urgence prend fin. Il doit tenir informé de son intervention le médecin habituel du patient dans les conditions prévues à l'article 59. »

Les commentaires du code de déontologie médicale indiquent à propos de l'apposition d'une plaque amovible « médecin-urgences » que cette disposition "s'applique à tout médecin pour son véhicule personnel et pour les véhicules d'associations de garde" et précisent que "toute autre mention est interdite et serait considérée comme publicitaire" et que "ces mesures ne font pas obstacle aux dispositions prévues pour faire bénéficier d'une facilité de passage certains véhicules :

- véhicule A : police, gendarmerie, pompiers ;
- véhicule B : associations médicales concourant à la permanence des soins, médecins qui participent à un service de garde : ils peuvent, pour faciliter leur progression de façon non prioritaire, bénéficier par autorisation préfectorale de dispositifs spéciaux (feux bleus clignotants et avertisseur sonore trois tons)..."

2 - Sur la publicité :

La publicité fait l'objet de quatre dispositions du code de déontologie.

L'article 13 de ce code dispose que : « Lorsque le médecin participe à une action d'information du public de caractère éducatif et sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il doit ne faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Il doit se garder à cette occasion de

toute attitude publicitaire, soit personnelle, soit en faveur d'une cause qui ne soit pas d'intérêt général. »

Selon l'article 19 du même code : « La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale. »

L'article 20 prévoit que : "Le médecin doit veiller à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité ou de ses déclarations. Il ne doit pas tolérer que les organismes, publics ou privés, où il exerce ou auxquels il prête son concours utilisent à des fins publicitaires son nom ou son activité professionnelle."

Enfin, aux termes de l'article 82 : « Lors de son installation ou d'une modification de son exercice, le médecin peut faire paraître dans la presse une annonce sans caractère publicitaire dont le texte et les modalités de publication doivent être préalablement communiqués au conseil départemental de l'Ordre. »

Les commentaires du code de déontologie médicale sous ces dispositions indiquent que toute "réclame" est interdite, qu'elle émane du médecin lui-même ou des organismes auxquels il est lié directement ou indirectement, ou pour lesquels il travaille (établissements hospitaliers, "centres", "instituts", etc...). Sa participation à l'information du public doit être mesurée et la personnalité du médecin, qui peut valoriser le message éducatif, doit s'effacer au profit de ce message sans s'accompagner de précisions sur son exercice (type, lieu, conditions).

Sont par ailleurs interdits la distribution de tracts publicitaires, les annonces non motivées dans les journaux ainsi que les encarts publicitaires dans les annuaires. Le médecin "doit veiller à l'usage qui est fait de son nom, sa qualité ou ses déclarations" et "se garder de toute attitude publicitaire".

La circulaire n°1028 du 10 novembre 1989 relative à la signalisation spéciale des véhicules d'intervention urgente indiquait, au sujet de l'identification des véhicules des médecins, qu' « Il paraît nécessaire de permettre une bonne identification des véhicules dotés de signalisation spéciale, tout en respectant les règles déontologiques interdisant toute publicité dans l'exercice professionnel. L'apposition sur les véhicules d'un placard portant une mention générique telle que "médecin" permet de concilier ces deux impératifs. En ce qui concerne les véhicules personnels, cette mention devra figurer sur un placard amovible, qui sera apposé sur le véhicule lors des interventions urgentes et permettra alors son identification. »

3 - Sur la participation aux « centres 15 » et à la régulation médicale.

L'article 4 de la loi du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires prévoit que : « Le fonctionnement des centres 15 est assuré avec les praticiens représentés par les instances départementales des organisations représentatives nationales, ou les organisations ou associations représentatives au plan départemental, dans la mesure où elles en font la demande, et conformément à des conventions approuvées par le représentant de l'Etat dans le département. »

Les dispositions des articles 11, 12 et 13 du chapitre II du décret du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU prévoient que :

- " Les centres de réception et de régulation des appels permettent, grâce notamment au numéro d'appel unique dont ils sont dotés, de garantir en permanence l'accès immédiat de la population aux soins d'urgence et à la participation des médecins d'exercice libéral au dispositif d'aide médicale urgente. La participation de ceux-ci, comme celle des autres intervenants, au dispositif d'aide médicale urgente est déterminée par convention."

- "Dans chaque département, la convention est passée entre : l'établissement hospitalier où est situé le SAMU, les instances départementales des organisations nationales représentatives des praticiens qui en ont fait la demande, les associations de médecins ayant pour objet la réponse à l'urgence qui en ont fait la demande, les établissements privés d'hospitalisation, volontaires pour accueillir les urgences, les collectivités territoriales et les autres personnes morales assurant le financement du fonctionnement du centre de réception et de régulation des appels médicaux".

- "La convention détermine notamment :

- (...) les modalités selon lesquelles la réception et la régulation des appels sont organisées conjointement ;
- les modalités de gestion du centre de réception et de régulation des appels médicaux (...)"

La circulaire n° 88-23 du 28 décembre 1988 de la Direction générale de la santé, relative au concours du service public hospitalier et à la participation des médecins d'exercice libéral à l'aide médicale urgente prévoit qu'« en matière d'urgence, le service rendu à la population ne peut qu'être amélioré par une association étroite du secteur hospitalier et du secteur libéral. Aussi les médecins d'exercice libéral doivent-ils être associés au fonctionnement des centres de réception et de régulation des appels, dès lors qu'ils en expriment le souhait ».

La circulaire indique que la participation des médecins libéraux à la régulation peut revêtir des formes différentes : soit une participation collective lorsque la demande de participation au centre émane des instances ou associations visées à l'article 12 du décret susvisé, la convention étant alors indispensable, soit une participation individuelle, sans qu'il y ait lieu, dans ce cas, d'établir une convention.

Cette convention peut être demandée par les instances départementales des organisations nationales représentatives des praticiens (Confédération des syndicats médicaux français et Fédération des médecins de France) ou par les associations de médecins ayant pour objet la réponse à l'urgence.

La circulaire précise que : « Il convient d'éviter toute exclusive et de rechercher une coopération diversifiée des médecins libéraux, en fonction des besoins locaux et des motivations des organisations ou associations présentes dans le département, après s'être assuré de leur représentativité. En tout état de cause, la multiplicité éventuelle des organisations de médecins libéraux souhaitant participer au fonctionnement du centre ne saurait conduire à la conclusion de conventions différentes et un consensus devra être trouvé de façon à établir une convention analogue pour chaque signataire. »

Il revient aux chefs d'établissements hospitaliers d'approuver le projet de convention après avoir consulté le conseil départemental de l'Ordre des médecins, qui s'assure du respect de la déontologie médicale. Ils doivent notamment vérifier que les clauses de la convention garantissent un bon fonctionnement du centre et assurent en particulier le respect des obligations édictées par l'article 16 du décret (continuité de fonctionnement, rapidité et adaptation des réponses aux appels) et le respect de la neutralité.

La convention doit comporter une clause permettant d'adapter l'accord en cas de modification des conditions de fonctionnement du centre. Ainsi, la modification du nombre des organisations ou associations de médecins désirant participer à l'activité du centre peut donner lieu à un avenant à la convention initiale.

La convention a notamment pour but de formaliser les règles d'organisation et de fonctionnement du centre. Elle précise les modalités d'organisation conjointe de la réception et de la régulation des appels qui dépendent notamment de l'importance de la population desservie et de celle de l'établissement siège.

Deux schémas peuvent être retenus, en ce qui concerne la régulation :

a - Régulation simultanée de médecins hospitaliers et de médecins libéraux. Dans cette hypothèse, correspondant à la situation des grands centres, l'appel est dirigé soit sur le médecin hospitalier, soit sur le médecin libéral.

Aux termes de la circulaire précitée : "La convention détermine le type de partage des appels entre les deux secteurs, en fonction de la gravité des cas et des moyens à mettre en oeuvre. En cas de litige, le sous-comité médical du CDAMU (comité départemental de l'aide médicale urgente) peut être saisi. Toutefois, tout appel nécessitant le recours à un SMUR doit être préférentiellement pris en charge par le médecin hospitalier."

b - Régulation partagée dans le temps entre les deux secteurs.

Dans les centres de moindre importance, des médecins libéraux peuvent alterner avec des médecins hospitaliers pour la réponse aux appels. Ce schéma suppose, plus encore que le premier, que tous les médecins régulateurs publics et privés aient acquis ou acquièrent une expérience de la médecine d'urgence, tant à l'hôpital qu'à domicile, puisqu'ils doivent alors répondre à tous les appels.

Aux heures de plus forte activité la présence des médecins hospitaliers et des médecins libéraux peut être simultanée, alors qu'elle peut être alternée aux heures creuses.

La convention fixe, en application de l'article 16 du décret, les obligations à respecter par les différents acteurs, régulateurs, médecins d'astreinte assurant la réponse sur le terrain et établissements d'accueil déterminés en fonction des conditions indiquées à l'article 3-3 du décret du 16 décembre 1987. Les obligations du cahier des charges s'appliquent au secteur public comme aux médecins d'exercice libéral.

Elle précise, s'agissant de la régulation, les horaires d'activité et, pour la réponse apportée, les délais d'intervention acceptables, les équipements requis y compris les moyens de télécommunications, le système d'information mis en place pour suivre à tout moment les interventions, ainsi que les modalités de leur évaluation.

4 - Sur les honoraires :

La circulaire n° 88-23 du 28 décembre 1988 relative au concours du service public hospitalier et à la participation des médecins d'exercice libéral à l'aide médicale urgente a prévu, à la suite de l'accord conventionnel du 16 décembre 1986 entre les caisses d'assurance maladie et

les deux principaux syndicats médicaux, de retenir six sites pour l'expérimentation d'un système de participation des médecins libéraux à l'aide médicale urgente. Cette expérimentation se poursuit à l'heure actuelle. Elle a été menée sans déroger aux dispositions du décret du 16 décembre 1987. Le fait qu'un département soit retenu comme site expérimental ne dispense donc pas d'établir la convention visée par les articles 11 à 15 de ce décret.

En matière d'honoraires, la convention et la lettre interministérielle précitées prévoient de fait une cotation spéciale d'astreinte : CA, VA, KA (consultation, visite, acte d'astreinte) mentionnée par le praticien sur ses feuilles de soins. A titre d'exemple, la visite d'astreinte équivaut à 3 C (tarif conventionnel de base). Cette tarification ne concerne que ce type d'interventions et ne s'applique donc pas aux consultations et visites effectuées par des médecins appartenant à des associations d'urgentistes dans le cadre de leur activité habituelle.

III - ANALYSE AU REGARD DES REGLES DE CONCURRENCE :

A - Sur la publicité :

Si les principes de la libre concurrence peuvent être écartés pour faire prévaloir des impératifs de santé publique dans l'exercice de la médecine, ils s'y appliquent dès lors qu'ils ne font pas obstacle à ces préoccupations d'intérêt général.

A cet égard, s'agissant de la publicité en matière médicale, le principe reste l'interdiction. A titre exceptionnel, une « identification extérieure » est autorisée de manière très restrictive par les textes. Le nouveau code de déontologie médicale en fixe les modalités d'application. Il appartient au Conseil de la concurrence d'apprécier les conséquences des normes ainsi édictées au regard des dispositions de l'ordonnance du 1er décembre 1986, notamment lorsqu'elles peuvent porter atteinte à la libre concurrence.

Les dispositions de l'article 78 du nouveau code de déontologie qui ont pour objet de limiter l'identification extérieure des véhicules des médecins intervenant en urgence à l'apposition de la seule plaque amovible portant la mention « médecin-urgences » s'appuient sur le principe de restriction de tout type de publicité directe ou indirecte par les médecins.

Toute organisation dont la dénomination contient la mention « médecin-urgences » ou simplement « urgence » peut se trouver favorisée par ces dispositions puisque l'apposition de sa dénomination sociale ou d'une partie de celle-ci sur ses véhicules coïncidera en tout ou partie avec ce que permet le code de déontologie.

En effet, d'une manière générale, le fait de permettre l'apposition d'une mention littérale, notamment au-delà de la simple mention « médecin » comme le préconisait la circulaire de 1988, peut conduire, lorsqu'il est conjugué avec d'autres restrictions publicitaires sur les supports d'informations téléphoniques, à des effets anticoncurrentiels dès lors que la mention en question figure, complètement ou partiellement, dans la dénomination d'autres intervenants sur le marché.

Or, d'une part, de telles organisations existent et ont régulièrement déposé des statuts et des marques, à usage exclusif. Cette situation ne saurait certes interdire l'utilisation par d'autres intervenants, non titulaires de ces marques déposées, de la mention réglementaire « médecin-urgences », autorisée par le code de déontologie. Il n'en reste pas moins que, d'une part, ces

dépôts de marques empêcheront dans la plupart des cas tout concurrent de changer sa propre dénomination pour en adopter une qui coïnciderait avec ce que permet le code de déontologie et que, d'autre part, les associations qui regroupent dans de nombreux départements les médecins aux fins d'organiser le service de gardes s'intitulent « APSUM » (Association pour la permanence des soins et l'urgence médicale) et contiennent donc la référence à la mention « urgence ».

Dès lors qu'un patient souhaitera contacter un médecin pour répondre à une urgence, il pourra lors de la consultation des moyens traditionnels d'annonces (annuaire papier ou minitel) se référer non seulement au vocable « médecin » sous lequel il trouvera tous les types d'intervenants, mais aussi au vocable « urgence » sous lequel il n'en trouvera alors que certains : organisations ayant déposé des marques mais surtout associations de garde départementales du type APSUM, dès lors que leur dénomination fait référence au mot urgence. Ces dernières pourraient ainsi bénéficier à cet égard d'un double avantage publicitaire. En effet, les annuaires prévoient en tête de chapitre pour les départements et pour chaque commune une liste de numéros de services d'urgence, parmi lesquels figurent certains services de secours et de médecine d'urgence. En revanche, les autres associations, dont la dénomination ne renvoie pas à la notion d'urgence, n'ont pas vocation à être mentionnées sous la rubrique "urgence" dès lors que leur dénomination ne fait pas référence à cette notion et, en tout état de cause, ne figureraient pas en tête de chapitre départemental, dès lors que leur champ d'intervention ne couvre pas l'ensemble du département, mais seulement telle ou telle commune. L'Ordre des médecins considère que la couverture territoriale de ces associations, à la différence des associations de garde départementales qui couvrent l'intégralité du territoire de chaque département, est réduite aux grandes agglomérations urbaines et qu'à ce titre, elles n'ont pas à figurer parmi les services d'urgence départementaux.

Les dispositions de l'article 78 du code de déontologie médicale ne conduisent donc pas en elles-mêmes à favoriser la publicité, et par voie de conséquence l'accès au marché, de certaines associations regroupant des médecins urgentistes par rapport à d'autres.

En revanche, s'il était avéré que les différentes associations de médecins intervenant en cas d'urgence faisaient l'objet de discriminations en ce qui concerne l'inscription dans les annuaires électroniques ou papier, qui tient compte légitimement des critères de couverture territoriale et de permanence du service, de telles pratiques seraient susceptibles de tomber sous le coup des dispositions de l'ordonnance du 1er décembre 1986.

B - Sur la régulation :

A propos de l'accès à la régulation, le code de déontologie médicale ne fait pas de différence entre les praticiens, dès lors que ceux-ci sont régulièrement inscrits au tableau de l'Ordre pour participer notamment aux services de garde dans leur zone d'activité. En particulier, aucune distinction n'est opérée entre les médecins exerçant en cabinet et les autres. Dans la réalité, les situations varient d'un département à l'autre. Selon les déclarations des directeurs de SAMU recueillies au cours de l'instruction, les recrutements de médecins libéraux en qualité de régulateurs sont opérés sans exclusive, sur des critères objectifs de compétence en matière d'urgence et de disponibilité.

Le conseil national de l'Ordre des médecins a confirmé lors de l'instruction du présent avis que les propositions de la Commission de la permanence des soins, des gardes et des urgences exposées dans le bulletin de l'Ordre et qui préconisaient notamment d'exclure de la régulation

les médecins qui n'auraient pas eu une activité habituelle et majoritaire en consultations et en visites, la consultation s'entendant comme une pratique médicale en cabinet, n'ont jamais été reprises officiellement par l'Ordre lui-même et ne sont plus d'actualité. Au contraire, le représentant du conseil de l'Ordre, spécialement chargé des questions de permanence des soins, des gardes et des urgences déclarait que ne devaient entrer en considération dans le recrutement des médecins régulateurs des centres 15 que leur compétence et leur disponibilité, quelles que soient les modalités selon lesquelles ils exercent la médecine. Cette nouvelle approche n'a cependant pas fait l'objet d'une formalisation particulière.

S'agissant du choix des médecins envoyés par le médecin régulateur auprès des patients, il apparaît là encore que les situations varient considérablement selon les départements. Certains médecins régulateurs ne renvoient les appels qu'aux médecins libéraux traitants ou de garde, d'autres à la fois vers ces praticiens mais aussi des médecins appartenant à des associations, telles que SOS Médecins, et ce, à hauteur de 70% des appels pour certains.

Les chefs de SAMU interrogés au cours de l'instruction ont indiqué que l'appartenance du régulateur à telle ou telle catégorie de médecins n'a pas d'incidence sur le type de médecin choisi pour le renvoi et que le problème ne se pose pas en ces termes. Selon eux, le but premier de la régulation est, après un diagnostic téléphonique rapide, de trouver la réponse la plus adéquate et la plus rapide. Dès lors que le déplacement d'un médecin seul est envisagé (sans recours immédiat à des véhicules d'intervention légers ou lourds), le protocole le plus fréquemment suivi est l'appel du médecin traitant (rang I), à défaut du médecin d'astreinte (par voie conventionnelle) ou de garde (dans le cadre du tour de garde que doivent organiser les médecins pour assurer la permanence des soins sous la surveillance du conseil départemental de l'Ordre) (rang II) et enfin de tout médecin, appartenant ou non à une association et quel que soit son mode d'activité (rang III).

L'appel prioritaire au médecin traitant relève des usages de la profession. En réalité, le plus souvent en raison des heures d'appels et de l'indisponibilité du médecin traitant, le médecin régulateur fera appel à des praticiens relevant des deux dernières catégories. La différence entre les médecins de rang II et ceux de rang III repose, au delà des conventions passées ou non avec l'organe de régulation, à la fois sur l'étendue de la couverture territoriale des associations de médecins susceptibles d'intervenir et sur la disponibilité des praticiens. En effet, les médecins de garde ou d'astreinte sont répartis sur tout le département, notamment en zone rurale, ce qui n'est pas le cas des associations de médecins d'urgence. Par ailleurs, le médecin d'astreinte ou de garde se rend disponible pour cette seule activité ce qui n'est pas le cas des médecins de la troisième catégorie.

Les critères ainsi exposés sur lesquels repose la régulation n'appellent pas d'observations particulières au regard du droit de la concurrence. Encore conviendrait-il de s'assurer qu'ils ne sont pas appliqués de manière discriminatoire.

C - Sur les honoraires :

Les honoraires spéciaux d'astreinte (VA, CA, KA) pratiqués par les médecins lors de ces interventions relèvent de l'application de la convention tripartite précitée pour les seuls sites expérimentaux. Cette convention est ouverte à tout médecin à titre individuel et quel que soit son mode d'exercice. Cette situation n'apparaît pas en elle-même contraire au droit de la concurrence.

Il en est de même du choix par le régulateur de tel ou tel médecin, notamment des praticiens pratiquant les honoraires d'astreinte, et ce malgré l'absence d'information préalable du patient

sur les honoraires pratiqués par le médecin intervenant et le fait que ce choix pourrait conduire à une augmentation des prix des prestations ainsi effectuées.

En effet, les médecins libéraux appartiennent à toutes les catégories de médecins liées ou non par des conventions avec les caisses de sécurité sociale, et pour les médecins conventionnés, autorisés ou non à des dépassements d'honoraires. Cette variété des honoraires des médecins libéraux n'est pas propre à la médecine d'urgence. La participation de ces praticiens au système de permanence des soins ne modifie pas leur qualité de médecin libéral ni, à l'exception des sites expérimentaux, leur comportement tarifaire par rapport à leur pratique habituelle.

Il convient de rappeler que le contexte dans lequel interviennent ces médecins est celui de l'urgence. L'envoi d'un médecin par le régulateur est la conséquence d'un diagnostic d'urgence. Les centres 15 n'ont pas pour vocation de proposer aux appelants un choix de médecins susceptibles d'intervenir en fonction de leurs compétences, de leurs spécialités ou des tarifs qu'ils appliquent.

Les modalités générales ou spécifiques (sites expérimentaux) en matière d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux qui participent au système de régulation de l'aide médicale urgente n'appellent donc pas de remarques particulières au regard des dispositions de l'ordonnance du 1er décembre 1986.

Délibéré sur le rapport de Monsieur Jean-Pierre Bonthoux par MM. Barbeau, président, Cortesse et Jenny, vice-présidents, Robin, Thiolon et Urbain, membres.

Le rapporteur général,
Marie Picard

Le président,
Charles Barbeau