



En amont de l'hôpital

La régulation médicale est essentielle dans la prise en charge des urgences vitales comme des demandes de soins en urgence relevant de la médecine libérale. Elle permet une prise en charge optimale, l'envoi du bon effecteur si nécessaire et, le cas échéant, l'organisation de l'arrivée en milieu hospitalier. L'alerte et les premiers secours sont un maillon de la chaîne de l'urgence à renforcer.

Alerte et premiers secours

Pierre Carli
Chef de service
Samu,
service anesthésie
réanimation,
hôpital Necker

L'alerte et les premiers secours constituent les premières actions qui conduisent à une prise en charge efficace des urgences. En effet, une défaillance de l'alerte ou un retard aux premiers gestes, dans le contexte d'une urgence vitale, assombrissent rapidement le pronostic et, pour des urgences moins graves, compliquent la prise en charge et conduisent parfois à des parcours de soins inadaptés.

Pour illustrer l'importance de ces premières actions nous prendrons deux exemples particulièrement fréquents et faisant l'objet d'une littérature médicale abondante.

Le premier est constitué par l'arrêt cardiaque [8], prototype de l'urgence vitale imposant une réaction immédiate concrétisée par la stratégie de la « chaîne de survie ». Elle décrit l'interrelation des quatre actions nécessaires à la prise en charge d'un patient dont le cœur et la respiration se sont arrêtés. Les actions à entreprendre sont l'alerte rapide, la réanimation cardio-pulmonaire par les témoins, la défibrillation la plus précoce possible, la réanimation par une équipe médicale spécialisée (type Samu-Smur). Le concept de la « chaîne » indique que c'est le maillon le plus faible qui

régit la performance de l'ensemble des autres actions. Le deuxième exemple concerne l'appel pour douleur thoracique, urgence très fréquente, qui peut être due à une cause banale ou à un redoutable syndrome coronarien aigu nécessitant une prise en charge spécialisée. Dans le cas d'un infarctus du myocarde, le pronostic dépend directement de la rapidité avec laquelle le traitement de reperfusion coronaire est institué.

L'alerte

Malgré les efforts très importants faits dans le domaine des urgences en France, l'alerte est probablement celui où il reste le plus de progrès à accomplir. Il est assez facile de constater que le public ne sait pas toujours appeler les secours et ainsi bénéficier des moyens que le service public met à sa disposition en cas d'urgence.

Le 15 et le 112

Les numéros d'urgence en France comprennent le 17 pour la police, le 18 pour les pompiers, le 15 pour le Samu et les urgences médicales. Ils sont obligatoirement interconnectés. Pour des raisons diverses, tous ces numéros ne jouissent pas de la même publicité et de la

même connaissance par le public. L'introduction récente du 112 n'a pas clarifié cette situation. Le 112, dans le contexte réglementaire français actuel, ne se substitue pas aux numéros précédents mais au contraire leur est complémentaire, notamment pour les Européens présents sur le territoire. Dans l'esprit de beaucoup de dirigeants, pour faciliter l'alerte, le 112 utilisé comme numéro unique serait la meilleure solution. Il doterait notre pays d'un dispositif comparable au « 911 » américain ou au « 999 » anglais. Ces numéros uniques répondent à tous les appels, quelle que soit la nature de l'urgence qui les motive.

Il est clair qu'un tel dispositif peut paraître simple et permettre un accès facile à toute forme de secours et d'assistance. Cependant une telle facilité d'accès a une contrepartie négative : les appels concernant les urgences médicales n'étant pas les plus fréquents, ils risquent de se diluer dans le flux des autres appels d'urgence. L'existence d'un numéro unique, aboutissant dans un standard téléphonique commun aux services de police, de secours et de soins, conduit à une réponse assez peu spécifique à l'appel et décidée par des personnels non spécialisés. Dans le domaine de l'urgence médicale, cette perte de la spécificité peut conduire facilement à une réponse excédentaire ou inadaptée. Ainsi, l'envoi de secouristes ou de la police en cas de douleur thoracique n'est pas la réponse adaptée si une équipe médicale est disponible et peut être envoyée de première intention sur place.

La spécificité du numéro 15 pour les urgences médicales garde donc de nombreux avantages ; elle permet une assistance médicale sélective, après l'analyse de l'appel par un médecin régulateur et une adaptation de l'offre et de la demande de soins pré-hospitalières. L'appel pour douleur thoracique, reçu et régulé par le 15, peut conduire, après une analyse téléphonique, à l'envoi d'une équipe Smur et à l'hospitalisation directe en unité de soins intensifs de cardiologie (USIC) ou, au contraire, à la simple visite d'un médecin généraliste qui laissera le patient à domicile devant une douleur manifestement sans rapport avec un syndrome coronarien aigu. Le 15 permet donc une réponse beaucoup plus adaptée à l'appel pour douleur thoracique que le transport systématique au service d'accueil des urgences de l'hôpital de tous les patients présentant un tel symptôme, qui serait la solution proposée par un système d'alerte de type numéro unique « 911 ».

Le « 112+ »

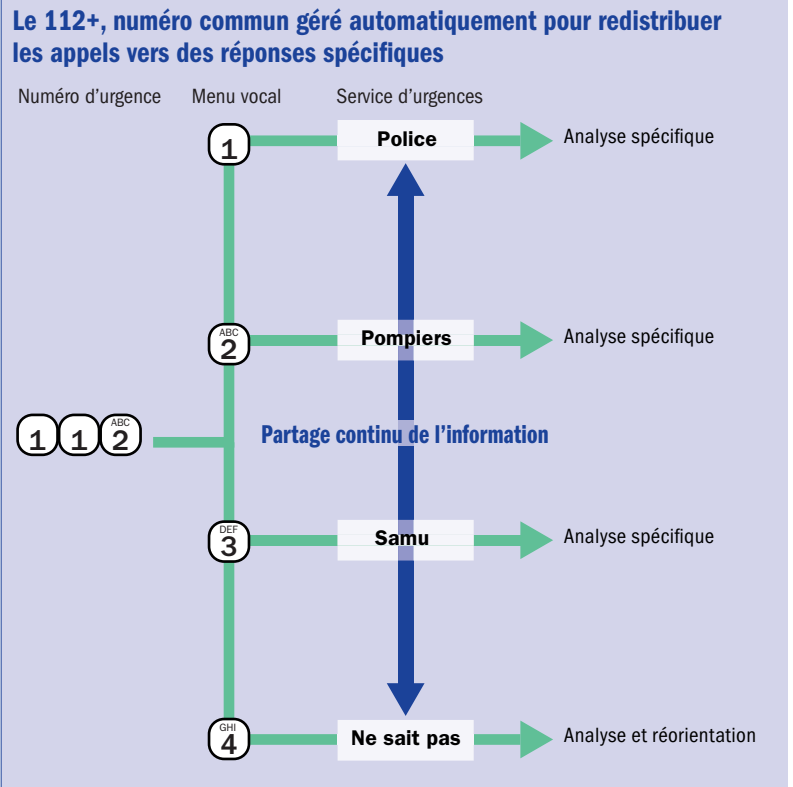
Est-il possible de concilier la facilité d'accès et la spécificité de traitement des appels ? Des moyens modernes de communication, l'interconnexion entre les centres d'appels, et des dossiers partagés informatiques offrent cette possibilité. On peut ainsi envisager le schéma du 112+ (figure 1). Un tel système est basé sur un serveur vocal particulièrement simple qui propose à l'appelant du numéro unique une orientation à partir des touches de téléphone pour la prise en charge par un service

spécialisé. Ainsi après avoir composé le 112, il suffit de taper un chiffre supplémentaire pour être en contact direct avec le service adapté. L'interconnexion entre les différents acteurs permet de rattraper toute mauvaise orientation. Le système peut aussi comprendre une affectation automatique s'il n'y a pas de sélection ou si l'appelant ne sait pas à quel service s'adresser, et intègre aussi un service en langues étrangères. Ce système a aussi l'avantage de laisser les centres d'appels sur les sites de leurs corps de métier, c'est-à-dire l'hôpital pour le 15. Cette organisation est beaucoup plus simple et plus pérenne que la création de standards communs recevant des flux d'appels quantitativement très importants et qualitativement très différents, tout en rassemblant dans un même lieu des services publics dont les cultures et les objectifs ne sont pas les mêmes.

Les facteurs d'amélioration de l'alerte

Le problème de l'alerte par le public ne se résume pas à l'existence ou non d'un numéro unique. Davantage que faire un numéro à deux ou à trois chiffres et d'autant que les interconnexions sont efficaces, c'est « quand appeler ? » et « que dire au téléphone ? » qui sont les principaux facteurs limitant l'appel d'urgence par le public. Il s'agit donc d'un défaut d'information, voire de formation du public. Ce déficit est particulièrement net pour le 15, où la pertinence de l'alerte et le contenu de l'interrogatoire jouent un rôle majeur dans la régulation

figure 1





Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ?

médicale. Il faut noter qu'en France il n'y a jamais eu de grande campagne nationale pour promouvoir le 15 et expliquer son rôle et son mode d'emploi. Des initiatives régionales, ou thématiques portant sur une pathologie, ont eu des résultats très positifs et elles méritent d'être amplifiées. Ainsi, des campagnes d'information ont été réalisées pour la douleur thoracique ou l'arrêt cardiaque, expliquant au public les signes devant motiver un appel d'urgence. Malheureusement, la concurrence entre les services, notamment entre le 15 et le 18, n'a pas facilité l'éducation du public et elle reste un frein à sa compréhension du système. L'information des enfants dans les écoles est en cours, mais elle mettra plusieurs années avant de donner des résultats concrets. Informer et former le public reste donc un objectif essentiel pour faciliter une alerte rapide et efficace. Simultanément, il faut veiller à ce que les exemples à la portée du public véhiculent des messages adaptés. Il est ainsi navrant de constater que, dans les programmes de télévision de grande audience, jouissant d'une traduction approximative à partir d'un scénario original anglo-saxon, les acteurs clament en cas d'urgence qu'il faut « appeler une ambulance » alors qu'une traduction adaptée serait de « faire le 15 » ou d'« appeler le Samu » lorsqu'il s'agit de prendre en charge des malades ou des blessés graves.

Les premiers secours

L'intervention de secouristes

L'intervention de secouristes est la forme la plus commune de premier secours. Dans ce domaine, la France dispose d'un maillage du territoire principalement par les sapeurs-pompiers (professionnels ou volontaires), qui est globalement très efficace. L'intervention d'une équipe de secouristes permet de réaliser les premiers gestes, d'évaluer la situation et de se faire assister, lorsque cela est nécessaire, par une équipe médicalisée. Particulièrement appréciée par le public, l'intervention des premiers secours a l'avantage de la facilité et de la rapidité d'action. Malgré ce constat positif, elle appelle plusieurs commentaires. Ainsi, elle est souvent victime de son propre succès conduisant à l'envoi de secours alors qu'ils ne sont pas nécessaires. Cet abus peut entraîner des transports et des admissions hospitalières injustifiés, qui ont un coût propre et qui participent à l'encombrement des services d'accueil des urgences.

Le rôle du public

L'intervention de secouristes ne résout pas tous les problèmes notamment parce que, dans certaines circonstances, quelle que soit la célérité d'intervention, une réaction du public, témoin de l'événement, est indispensable. C'est précisément le cas pour l'arrêt cardiaque : la réalisation de la réanimation cardio-pulmonaire (massage cardiaque externe, ventilation par le bouche-à-bouche) par le public est nécessaire avant l'arrivée des secours

organisés. Le retard pour effectuer ces gestes à un effet particulièrement négatif sur le pronostic, comme l'explique le concept de la « chaîne de survie » cité plus haut. Le retard ou l'absence de premiers gestes par les témoins grèvent considérablement les chances de survie, même si les autres maillons sont intrinsèquement très performants.

Il faut noter que paradoxalement l'efficacité des secouristes professionnels français joue un rôle pervers : elle ne favorise pas l'investissement du public dans la réalisation de gestes, justement parce que celui-ci est particulièrement confiant dans l'efficacité du système de secours. En France, par comparaison à de nombreux pays anglo-saxons, le public n'est que peu ou pas formé à réaliser les gestes de premiers secours, et la volonté d'apprendre ou de réaliser de tels gestes est moindre. Cette formation n'est pas couramment intégrée dans les études ou les formations professionnelles, comme c'est le cas dans de nombreux pays. Ce retard est d'autant plus patent qu'en plus des gestes de base, il est possible de faire réaliser par le public des actions plus spécialisées.

Ainsi, toujours dans le domaine de l'arrêt cardiaque, la défibrillation par le public doit être envisagée. Le défibrillateur automatique (ou semi-automatique) est piloté par un ordinateur qui rend son utilisation très simple et très sûre. Ce matériel est couramment utilisé par les secouristes pour réanimer les arrêts cardiaques en fibrillation ventriculaire (trouble du rythme rapidement mortel) et cette défibrillation constitue le troisième maillon de la « chaîne de survie ». Le public, après une formation minimale, peut réaliser très efficacement ce geste. De nombreuses expériences dans les pays anglo-saxons et chez nos voisins européens ont montré que la défibrillation par le public permet, en plus de la réalisation des gestes de premiers secours, de sauver la vie de nombreuses victimes d'arrêt cardiaque. Ces résultats ont conduit à la mise en place de défibrillateurs à la disposition du public dans des lieux très fréquentés tels que les aéroports ou les gares. En France, seules quelques expériences pilotes sont en cours. Il s'agit donc là, dans un futur proche, d'un domaine très important d'amélioration.

Conclusion

Malgré le développement de notre système de secours et de soins, orienté vers la prise en charge des urgences les plus graves, l'alerte et les premiers secours restent un maillon relativement faible notamment parce que le public n'est pas assez formé ni assez impliqué dans leur réalisation. Il est nécessaire dans le futur qu'une politique claire de l'alerte soit définie et que le public soit non seulement informé, mais aussi formé à se servir du système à sa disposition. De la même façon, en cas d'urgence vitale, le public doit avoir reçu une formation soit à l'école, soit dans la vie professionnelle, pour lui permettre d'agir efficacement en attendant que les secours organisés interviennent. 