



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

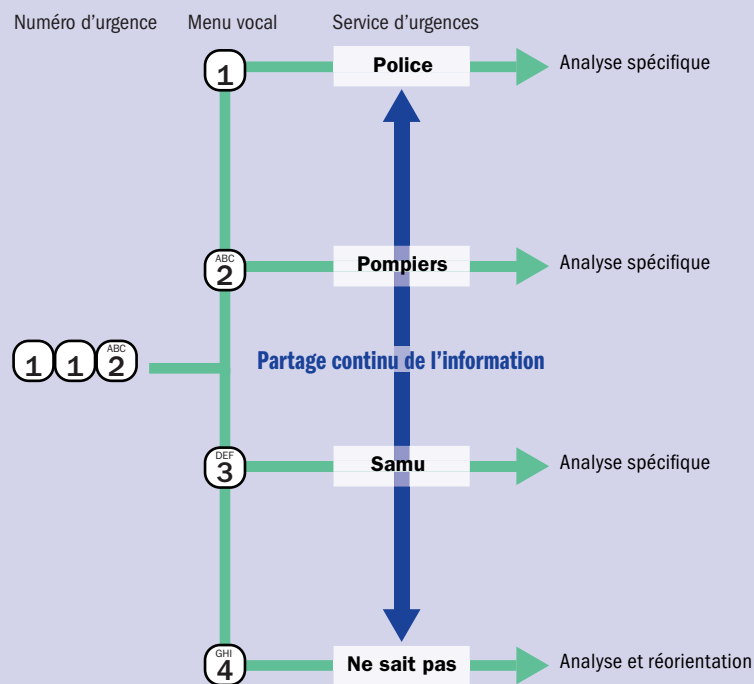
spécialisé. Ainsi après avoir composé le 112, il suffit de taper un chiffre supplémentaire pour être en contact direct avec le service adapté. L'interconnexion entre les différents acteurs permet de rattraper toute mauvaise orientation. Le système peut aussi comprendre une affectation automatique s'il 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

Le 112+, numéro commun géré automatiquement pour redistribuer les appels vers des réponses spécifiques





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.

La régulation médicale

La régulation médicale est la prise en charge, par un médecin exerçant dans une organisation dédiée, d'un patient se trouvant à distance. Ce patient sollicite directement une aide, ou la requiert par l'intermédiaire d'un tiers. Le patient (ou l'appelant) exprime plus ou moins adroitement des symptômes, des besoins et des attentes. Le patient, naturellement inquiet, se confie au médecin dans un « colloque singulier », attendant de lui une plus-value en termes de rapidité, d'efficacité, de sécurité et d'humanité. Il ne sait pas évaluer lui-même la gravité de la situation, mais il entend néanmoins être considéré comme responsable et autonome. Le dialogue téléphonique entre le patient et le médecin est un interrogatoire médical conduit avec méthode.

Un acte médical au téléphone

Le médecin conclut cet échange, dans le respect du libre choix du patient, par une décision (conseil médical, envoi du médecin de garde, d'une ambulance ou du Smur). La régulation médicale est, ainsi, l'une des multiples facettes de l'art de soigner, sa particularité étant d'être « téléphonique ». Cette pratique professionnelle suppose un environnement technique adapté, un sens du travail en réseau, une bonne connaissance des partenaires, un réel savoir-faire, à la fois médical et relationnel, et une éthique rigoureuse.

Une finalité d'abord médicale et humaine et secondairement communautaire

Certains ont surtout voulu voir dans la régulation médicale des appels une façon de préserver les ressources rares de toute éventuelle sur-utilisation (inutilement coûteuse pour la collectivité et éventuellement pénalisante pour d'autres patients plus graves). Mais le caractère prioritairement « communautaire » de cette logique s'accorde mal avec la nature médicale — et donc essentiellement individuelle — de l'acte de régulation. En outre, une attitude trop restrictive dans l'emploi des moyens lourds explique une bonne partie des échecs dramatiques de la régulation médicale. Pour ces raisons, la régulation médicale doit être considérée comme une action dédiée à la personne qui se trouve à l'instant donné au téléphone « en face du médecin », avant d'être un outil au service de la collectivité pour optimiser l'emploi des ressources.

Les fondements : justification, textes, éthique, critères

La justification rationnelle tient en 7 points :

- Le patient ne sait pas ce qu'il convient de faire ;
- Il attend qu'une réponse lui soit donnée rapidement ;

- Les ressources ne sont pas illimitées et il y a un avantage collectif à les utiliser d'une façon adaptée ;
- L'accès à ces ressources nécessite une bonne connaissance de leur organisation ;
- Leur disponibilité évolue en permanence ;
- Seule une structure dédiée peut gérer ces informations ;
- Un médecin dûment préparé à cela est le mieux à même d'assurer le dialogue avec le patient, de maîtriser les règles d'emploi des ressources et de déterminer, au cas par cas, la solution la mieux adaptée.

La loi sur l'aide médicale urgente crée, dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente et, dans certains hôpitaux, un Samu doté d'un « centre de réception et de régulation des appels »¹. La mission de ce centre étant, notamment, de « déterminer et déclencher, dans le délai le plus court, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels »².

Le Code pénal prescrit l'obligation de secours.

Le Code de déontologie médicale édicte l'indépendance du prescripteur (art. 5, 8, 95), sa *neutralité* (art. 23, 57), l'*information* du patient et le respect de son *libre choix* (art. 6, 35, 36), la *confidentialité* (art. 4, 72), le fonctionnement en *réseau* (art. 32, 33, 40, 60, 64), la *responsabilité* de chaque médecin (art. 69) ; il souligne (art. 8) que le médecin « doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins ».

L'éthique du médecin régulateur, pour l'essentiel, découle de ces textes. Des développements particuliers seraient toutefois nécessaires sur la fin de vie, la tentative de suicide, le refus de soins, les soins sous contrainte...

1. La loi du 6 janvier 1986 sur l'aide médicale urgente et les transports sanitaires institue « Les services d'aide médicale urgente », qui « comportent un centre de réception et de régulation des appels. Leur fonctionnement peut être assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours des praticiens non hospitaliers qui en font la demande. Des conventions sont passées à cet effet dans des conditions fixées par décret ».

2. Le décret du 16 décembre 1987 définit les missions du Samu :

- Assurer une écoute médicale permanente.
- Déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels.
- S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et faire préparer son accueil.
- Organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires.
- Veiller à l'admission du patient.

D'autres textes précisent le rôle de la régulation médicale dans la permanence des soins, les urgences, l'action des pompiers et des ambulanciers.

Marc Giroud

Président de Samu de France, centre hospitalier de Cergy-Pontoise



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

Le médecin régulateur fonde sa décision sur :

- l'état et la situation du patient (état actuel et évolution possible, appréciés avec prudence) ;
- le contexte (lieu protégé ou exposé, pression sociale) ;
- la disponibilité actuelle des ressources ;
- le libre choix du patient ;
- le respect des règles officielles, des règles de bonne pratique professionnelle et des protocoles³.

La gestion du temps

Contrairement à l'impression qu'elle peut parfois donner, la régulation médicale ne prend que très peu de temps (moins de cinq minutes). Et elle est d'autant plus rapide que la situation est plus critique. Les quelques minutes investies dans la régulation médicale peuvent faire gagner des quarts d'heure, voire des heures, par une orientation d'emblée appropriée et l'admission directe en service spécialisé.

Une responsabilité de l'ensemble des acteurs de terrain

Des effecteurs opérationnels sont absolument indispensables (généralistes de permanence, dentistes, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers libéraux, ambulanciers, pompiers...). C'est au préfet, aidé du comité de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins, qu'il revient de traduire les règles nationales en une organisation de terrain efficace, avec une règle du jeu lisible. Des solutions appropriées sont, notamment, nécessaires en milieu rural (par exemple : médecins libéraux correspondants du Samu).

Une mission de l'hôpital public

Le Samu-Centre 15⁴ est implanté au sein même d'un établissement public de santé. La salle de régulation permet d'accueillir les permanenciers auxiliaires de régulation médicale et les médecins régulateurs, urgentistes, généralistes ou spécialistes. Une salle adjacente est exclusivement dédiée à la gestion des crises. Les permanenciers et les médecins ont accès à des systèmes téléphoniques, radio et informatiques, et à des bases de données. Ils disposent de protocoles. Ils tiennent un dossier pour chaque « affaire »⁵. Ces dossiers alimentent les bases de données destinées à la mesure d'activité, à l'évaluation et à la veille sanitaire.

L'installation par la loi du centre de régulation en son sein a conféré une nouvelle responsabilité à l'hôpital. Ce qui n'a pas manqué de conduire des praticiens libéraux à s'interroger sur la *neutralité* du Samu-Centre 15 :

3. Samu de France édite un *Guide d'aide à la régulation au Samu-Centre 15*.

4. Doté du numéro téléphonique 15, le centre de régulation du Samu est naturellement devenu le « Samu-Centre 15 ».

5. Une affaire correspond à toute sollicitation du Samu-Centre 15 ayant donné lieu à une prise en charge, quelle que soit la réponse et quel que soit le nombre de personnes concernées par l'affaire (par exemple : 1 accident avec 3 victimes = 1 affaire).

ce dispositif ne favoriserait-il pas l'hôpital au détriment des structures privées ? Ne pourrait-on pas l'implanter ailleurs ?

La réponse à ces questions tient en trois points :

- la neutralité du médecin régulateur lui est imposée par le Code de déontologie ;
- les médecins régulateurs urgentistes entendent ne pas quitter l'hôpital, source de leur culture médicale ;
- les médecins généralistes libéraux participant à la régulation médicale au sein des Samu-Centre 15 contribuent à garantir l'équilibre entre ville et hôpital, et entre secteur privé et secteur public.

Une indispensable démarche qualité

Une démarche qualité s'impose au Samu-Centre 15 qui gère un grand nombre de prises en charge très diverses. Un travail de recherche, qui n'est qu'ébauché, devra proposer des indicateurs pertinents. Pour apprécier l'activité du Samu-Centre 15, il est généralement fait référence au nombre d'affaires traitées. Il serait utile, pour être plus pertinent, de définir des « groupes homogènes de situation de régulation ». Pour apprécier l'efficacité de la régulation médicale, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) mettent en avant les interventions Smur jugées *a posteriori* inutiles. Cet indicateur est valable, mais il doit être associé à d'autres, tels que le nombre de patients graves arrivant aux urgences sans avoir été pris en charge par le Smur⁶, ou le rapport entre les sorties Smur déclenchées en première intention (dès le premier appel) et en deuxième intention⁷.

Une réalité quotidienne

Chaque année, plus d'un Français sur dix a recours à la régulation médicale. En réponse, les Samu-Centre 15 mettent en œuvre une panoplie de moyens :

- envoi du Smur (moins de 10 % des cas),
- envoi du médecin généraliste de permanence (30 %),
- envoi d'une ambulance ou des pompiers (30 %),
- conseil (30 %).

Cela témoigne d'une redistribution remarquable des interventions aux effecteurs non hospitaliers.

... avec quelques échecs, rares mais très douloureux

Dans la mesure où il revient au médecin régulateur de déterminer la réponse la mieux adaptée, des erreurs sont inévitables, avec des conséquences parfois dramatiques. Dès lors, le médecin régulateur est exposé à des poursuites judiciaires. Et la crainte d'une mise en cause commence à éloigner de cette pratique des médecins pourtant qualifiés.

6. On estime, par exemple, qu'un infarctus sur deux arrive aux urgences sans avoir bénéficié de l'intervention du Smur.

7. Pour le patient, la différence d'une trentaine de minutes entre une décision de première intention et une décision de deuxième intention n'est pas indifférente ; pour l'ARH, les sorties de première intention sont naturellement associées à un taux plus élevé de sorties jugées *a posteriori* inutiles.

Une demande croissante du public, sans augmentation des interventions des Smur

Le nombre d'appels au 15 croît régulièrement, du fait d'une meilleure connaissance du Samu par le public. La longue grève des généralistes de l'hiver 2001-2002 y a, du reste, grandement contribué.

L'action de la régulation médicale permet, face à cette demande croissante, de contenir le recours au Smur, dont le nombre d'interventions reste stable. Les Smur sont, du reste, les seules structures d'urgences dont l'activité est entièrement régulée médicalement et demeure stable.

Une efficacité directe démontrée : l'exemple des infarctus

Les résultats obtenus dans la prise en charge des infarctus du myocarde le démontrent : le système français offre l'accès le plus efficace et le plus rapide à la désobstruction coronarienne⁸. La régulation médicale contribue à ce succès sur deux plans : l'envoi du moyen approprié, en l'espèce le Smur dans tous les cas pouvant faire évoquer un syndrome coronarien aigu ; et l'accès direct à la table de coronarographie en court-circuitant tous les intermédiaires (le coronarographe d'astreinte à domicile étant mobilisé avant même l'arrivée du patient à l'hôpital). L'évaluation des différents délais par les Smur a d'ailleurs fortement impulsé la réorganisation de la cardiologie interventionnelle.

Des effets indirects particulièrement bienvenus

Au-delà de son efficacité directe, la régulation médicale est :

- un facteur d'égalité et de cohésion sociale : la personne la moins favorisée et la moins informée accède si nécessaire aux ressources les plus performantes ;
- un espace de convergence entre les professionnels (pompiers, ambulanciers, généralistes, hospitaliers...);
- une pièce importante du dispositif de santé publique, contribuant à l'organisation territoriale (Sros), participant à la maîtrise des visites à domicile, etc. ;
- un poste d'observation (système de veille et d'alerte) ;
- un atout en situation de crise (épidémies, catastrophes).

Dans les pays émergents, la régulation médicale, dont le coût est faible, peut s'avérer très utile pour orienter d'emblée les patients les plus graves vers

les structures appropriées et engager les acteurs à travailler en réseau⁹.

Il reste, toutefois, d'importantes questions à régler

● *Qui décide de quoi ?* Le pilotage de l'urgence présente d'évidentes incohérences. Le ministère de la Santé promeut une prise en charge adaptée au cas par cas et la participation des libéraux au Samu-Centre 15. De son côté, l'assurance maladie, véritable interlocuteur des libéraux, finance à Toulouse une régulation libérale n'ayant aucun lien avec le Samu-Centre 15. Le ministère de l'Intérieur s'accroche à l'autonomie des pompiers¹⁰ et à la gratuité¹¹ de leurs interventions, ce qui a pour effet de multiplier les transports vers l'hôpital, quand la politique de santé publique vise, tout au contraire, à réserver l'hôpital aux patients qui en ont vraiment besoin. L'Union européenne a créé le numéro 112 sans aucune réflexion sur la façon dont il serait possible de le gérer¹².

● *Regrouper Samu et pompiers sur une plate-forme 15-18 ?* Cette solution, souvent présentée comme une panacée, ne se conçoit que lorsque les pompiers acceptent de venir à l'hôpital. Le resserrement des liens avec les pompiers ne saurait, en effet, avoir pour prix le relâchement des liens Samu-hôpital dont on sait l'importance culturelle. D'autant qu'une excellente solution existe : la « plate-forme virtuelle 15-18 » par interconnexion entre les Centre 15 et Centre 18, avec des procédures concertées et un échange de données téléphonique et informatique¹³.

● *Créer des centres d'appels séparés pour l'aide médicale urgente et pour la permanence des soins ?* Cette formule, qui pourrait séduire *a priori*, ne résiste pas à la réflexion. Tout porte, en effet, à penser qu'il est plus efficace et plus sûr de traiter conjointement les cas graves et les plus légers ; on ne saurait, d'ailleurs, demander à l'appelant de faire la distinction entre les cas relevant de l'aide médicale urgente et ceux relevant de la permanence des soins. La difficulté (et l'intérêt) de la régulation médicale

9. Un programme de cette nature est engagé au Maroc.

10. La lettre du 6 avril 2005 du ministre de l'Intérieur aux préfets leur rappelle le rôle des services d'incendie et de secours et souligne « l'autonomie des moyens qu'ils peuvent mobiliser au profit des urgences sanitaires ».

11. Les interventions des pompiers sont gratuites ; mais la loi 2002-276 du 27 février 2002 (art. 124) modifiant l'article L. 1424-42 du CGCT prescrit que le Samu doit payer au Sdis les interventions engagées du fait de la carence des ambulanciers. Ces dispositions, d'application difficile, détériorent le climat entre pompiers et Samu.

12. Une solution pour le 112 pourrait être de développer le 112+ : il serait demandé à l'appelant, par message vocal, de composer un chiffre (1, 2 ou 3) qui l'orienterait sur police, incendie et secours, ou urgences santé.

13. Les pompiers recevant un appel direct sur le 18 peuvent engager d'emblée leurs moyens dans le cadre de la procédure dite de « prompt secours » ; ils informent aussitôt le Samu-Centre 15 de l'appel reçu ; le Samu-Centre 15 déclenche, s'il le juge nécessaire, l'intervention du Smur ; les pompiers, arrivés généralement les premiers, passent rapidement un bilan au Samu, qui peut alors soit confirmer l'intervention du Smur, soit l'annuler.

8. En Île-de-France, le délai entre le début de la douleur à la poitrine et l'appel au 15 est d'environ 1 heure et ne cesse de baisser ; le délai entre l'appel au 15 et l'arrivée du Smur au domicile du patient est d'environ 20 minutes ; pratiquement tous les infarctus ont une désobstruction, par thrombolyse ou par angioplastie ; dans ce dernier cas, le patient est transporté directement sur la table de coronarographie et la ponction initiale est pratiquée par le cardiologue interventionnel environ 80 minutes après l'arrivée du Smur à domicile, soit 100 minutes après l'appel au 15. Ces délais sont suivis dans un registre tenu par les Smu et piloté par l'ARH.



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

étant, précisément, de redresser les éventuelles erreurs d'appréciation des patients et c'est son principe même que de recevoir des appels non filtrés. Il n'en demeure pas moins que le décret du 7 avril sur la permanence des soins prévoit l'existence de « centres d'appels des associations de permanence des soins » si ceux-ci sont « interconnectés avec le Samu ». Il faut donc suivre cette nouvelle piste et en évaluer les effets.

● *Une permanence des soins fermée après minuit ?* Une telle hypothèse, souhaitée par certains généralistes, est redoutée par les médecins régulateurs qui ne comprennent pas comment ils pourraient gérer, après minuit, une jeune maman seule avec ses trois enfants dont un qui l'inquiète, une personne en fin de vie dont il faut peut-être réajuster le traitement, etc.

● *Un monde rural sans médecins ?* Les médecins correspondants Samu sont, dans des départements pilotes¹⁴, apparus comme une remarquable « première ligne », leur rôle étant (après une formation et un équipement assurés par le Samu) de garantir une réponse de proximité dans les trente minutes précédant l'arrivée du Smur déclenché simultanément. Ces innovations vont-elles

14. Meuse, Orne, Haute-Corse.

être généralisées, ou bien disparaître avec la désertification médicale des campagnes ?

... et une construction à parachever

Renforcer les permanenciers (statut, formation effectifs)

Le niveau actuel des permanenciers (catégorie C) est manifestement insuffisant et doit donc être repositionné au niveau B¹⁵. Les effectifs de permanenciers doivent être adaptés, non seulement pour contenir les délais d'accès au 15¹⁶, mais également pour améliorer la sécurité et la qualité des prises en charge, notamment par un suivi systématique des affaires qui n'est pas assuré actuellement, mais qui, à la lumière des échecs constatés, doit impérativement être instauré¹⁷. D'autres

15. Le Plan urgences prévoit de « valoriser le métier de permanencier » et son ouverture aux « professionnels paramédicaux et administratifs de catégorie B ».

16. Samu de France donne comme indicateur : 99 % des appels décrochés dans la minute, le traitement de l'appel étant engagé aussitôt, au moins, par l'écoute de la demande.

17. Le suivi systématique devrait être un progrès majeur en termes de sécurité (rattrapage de certains « loupés ») et de qualité (retour d'information après la décision du médecin régulateur).

Un quart d'heure, un dimanche, en salle de régulation médicale du Samu – Centre 15

15h00

P1 passe à **MU1** un appel pour une jeune fille de 19 ans qui aurait fait plusieurs crises convulsives. L'entourage avait d'abord appelé les pompiers, qui ont aussitôt envoyé un VSAV (véhicule de secours à victime) puis retransmis l'appel au Samu. Le médecin régulateur échange avec le petit ami de la jeune fille. En fait, elle est épileptique connue et traitée ; elle n'a fait qu'une seule crise ; elle présente de discrets signes de réveil. Le médecin décide de l'intervention du Vsav seul.

P2 passe à **MG1** un appel pour piqure d'insecte. Le médecin parle directement avec le patient : celui-ci

a été piqué au bras par un frelon en fin de matinée ; il ressent des vertiges et a l'impression de gonfler au bras et au visage. Le médecin régulateur décide de déclencher le médecin de garde.

P2 informe **MG1** du délai du médecin de garde du secteur, qui est supérieur à une heure. Le médecin régulateur décide de ne pas attendre et d'envoyer une ambulance privée pour transporter le patient aux urgences de l'hôpital A.

15h02

P3 finit, après une longue attente, par avoir au téléphone une personne qui jusque-là ne décrochait pas. L'échange avec cette vieille dame de 86 ans qui, visiblement, ne s'attend pas à être appelée, permet de comprendre qu'en voulant changer de chaîne de télé, elle a déclenché sa téléalarme et entraîné, de ce fait, la sortie des pompiers pour « *personne ne répondant pas aux appels téléphoniques* ».

P4 passe à **MG2** l'appel d'un homme de 65 ans pour douleurs abdominales. Le médecin interroge le patient sur ses douleurs, ses antécédents et ses traitements en cours. Il conclut l'échange, en accord avec le patient, sur le conseil de consulter son médecin traitant le lendemain. En attendant, il lui recommande un ajustement de son traitement en cours.

15h03

MU2 prend le bilan du médecin du Smur E1 : homme de 82 ans qui avait fait un malaise brutal à 14 h 20 ayant entraîné l'appel immédiat au 15 et le déclenchement du Smur ; hémiplegie droite avec aphasie ; antécédents d'hypertension et d'arythmie complète ; traitement anticoagulant arrêté il y a deux mois.

15h04

P1 informe le Codis (centre de coordination départementale du service d'incendie et de secours) que le Vsav sera seul à intervenir.

P2 déclenche l'ambulance de garde du secteur.

MU2 appelle l'unité de soins intensifs neuro-vasculaires la plus proche (hôpital C) : accord pour accueil direct au scanner.

P4 retransmet à **MG2** l'appel d'une personne demandant la visite d'un médecin de garde.

15h05

P4 passe à **MG1** une dame qui appelle pour sa mère âgée de 80 ans : elle vient de prendre, par erreur, le traitement de son mari. Le médecin se fait détailler les deux prescriptions, celle de la vieille dame et celle de son époux. Il conclut en indiquant très précisément à la fille de la dame ce qu'elle devra donner et ce qu'elle ne devra pas donner à sa mère, dès à présent et lors de sa prochaine prise médicamenteuse.

15h06

MG2 refuse de faire intervenir le médecin de garde sur cette demande

Légende

P1, **P2**, **P3** et **P4** sont des permanenciers. **MG1** et **MG2** sont des médecins régulateurs généralistes. **MU1** et **MU2** sont des médecins régulateurs urgentistes.

professionnels devraient également intervenir : documentalistes, statisticiens, techniciens.

Assurer la présence effective d'au moins un médecin régulateur à son poste 24 heures sur 24, y compris la nuit

Cette exigence, qui semble élémentaire, est loin d'être satisfaite. Les médecins hospitaliers ont une chambre de garde pour leurs permanences de nuit et ils ne sont, en principe, appelés qu'en cas de besoin. La solution est d'avoir, au moins, deux médecins de nuit pour assurer, par rotation, une permanence continue en régulation. Cette question est essentielle à la sécurité du fonctionnement du 15; nombre d'échecs de la régulation médicale surviennent, en effet, au creux de la nuit.

Généraliser la participation des généralistes

La complémentarité entre urgentistes et généralistes au sein des Samu-Centre 15 est la meilleure façon de garantir une réponse coordonnée, efficace et adaptée à tous les appels urgents dans leur diversité croissante. Il convient donc d'en généraliser la pratique et de mieux préciser le statut du régulateur généraliste au sein du Samu-Centre 15.

Mettre en place un système d'information performant

Les télécommunications, la cartographie, l'informatique sont actuellement insuffisantes; les interconnexions entre le Samu-Centre 15 et ses principaux partenaires (pompiers, SOS médecins) sont prévues, mais restent à réaliser; les nouvelles technologies n'ont pas encore la place qui doit leur revenir en régulation médicale. La sécurisation en cas de panne du centre de régulation reste à systématiser (avec des « jumelages » entre centres permettant la suppléance immédiate de l'un par l'autre). Un répertoire opérationnel des ressources établi selon une procédure formalisée devra être mis en place.

Informier et éduquer le public

La demande ne cesse de croître, et pourtant le public ne connaît pas le Samu-Centre 15 et n'est pas, non plus, éduqué sur les bonnes façons de l'utiliser. Des campagnes d'information s'imposent donc.

La perspective d'un réseau renforcé

L'architecture départementale des secours a dicté la carte des Samu. Ce schéma n'a pas lieu d'être bouleversé, mais il devrait être amendé. Tout d'abord, l'exigence d'une régulation médicale continue peut

de certificat médical pour autoriser le patient à participer à une compétition sportive une demi-heure plus tard.

15h07

P3 rappelle aussitôt le Codis pour annuler l'intervention des pompiers, qui font donc demi-tour.

MU2 répercute cet accord à **E1**, qui se dirige donc directement au scanner de l'hôpital C.

P1 retransmet à **MU1** le bilan d'une ambulance de garde qu'il avait envoyée 35 minutes plus tôt pour transporter une femme primipare en travail à la maternité où elle est suivie. Le bilan est satisfaisant (contractions toutes les 5 minutes, pas de rupture de la poche des eaux, pas envie de pousser, pression artérielle normale); le médecin confirme le transport en ambulance vers la maternité où la patiente est suivie et qui est à 40 minutes de distance (alors qu'une maternité plus proche aurait pu accueillir la parturiente si l'urgence l'avait nécessité).

15h09

P1 informe la maternité de l'arrivée de la parturiente.

P3 retransmet à **MG2** l'appel d'une dame pour sa mère de 87 ans, souffrant d'un cancer de l'utérus et dont l'état se dégrade depuis plusieurs jours, ce qui finit par inquiéter l'entourage. Le médecin régulateur se fait décrire de façon détaillée la situation; il estime que la prise en charge relève de la réanimation. Le pronostic est considéré par l'entourage comme très réservé, mais il n'a pas été question, jusque-là, de fin de vie; dans ces conditions, après avoir échangé sur ce cas avec **MU1** et en accord avec la famille, le médecin régulateur décide l'envoi du Smur.

15h11

P1 retransmet à **MG1** l'appel d'une jeune femme pour prise excessive d'alcool et de tranquillisants. Le médecin se fait expliquer la situation par la jeune femme: un peu dépri-

mée, elle a pris plusieurs verres de vin, puis un tranquillisant; ce qu'elle dit regretter à présent. Le médecin demande à parler à l'ami présent sur place: en accord avec la patiente et son ami, le médecin décide de laisser la jeune femme à domicile, donne des indications pour sa surveillance, prescrit qu'elle sorte et demande à être rappelé dans deux heures pour faire le point.

P4 retransmet à **MU2** l'appel de l'hôpital B pour le transport vers un centre de réanimation cardiologique d'un patient souffrant d'un angor instable.

15h13

MU2 appelle la réanimation cardio de l'hôpital E, qui accepte le patient.

15h14

P3 déclenche le Smur A2 et **MG2** expose la situation au médecin de cette équipe.

MU1 reçoit l'appel du pompier pour le bilan de l'intervention du Vsav parti sur la jeune fille en crise convulsive: la jeune fille se réveille; elle est très agitée et opposante; elle refuse d'aller à l'hôpital. Le médecin régulateur demande aux pompiers de rester 10 minutes sur place et de le rappeler.

P4 transmet à **MG2** un appel d'une maman pour son enfant fébrile. Le médecin interroge longuement la maman sur l'histoire de la maladie et les antécédents, et il conclut l'échange par des conseils médicaux.

15h15

MU2 retransmet l'intervention au médecin du Smur E2.



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

18. 7 % des appels, selon une étude du Samu de Rouen.

19. Sans doute faudrait-il demander à chaque personne un accord préalable du genre : « Acceptez-vous que, en cas d'urgence, le médecin du Samu puisse accéder à votre dossier ? »

conduire plusieurs centres à se regrouper, notamment la nuit. Ensuite, un réseau interrégional de consultants spécialisés devrait compléter la réponse actuelle des Samu-Centre 15, avec ponctuellement l'intervention de pédiatres, psychiatres, toxicologues, sages-femmes (intégrant la coordination périnatale développée dans certaines régions). L'évolution du Samu-Centre 15 vers une « plate-forme médico-psycho-sociale », avec des travailleurs sociaux, permettrait de bien prendre en compte la dimension sociale des appels¹⁸.


La prescription téléphonique : un acte à reconnaître

L'augmentation des appels au Samu-Centre 15 concerne surtout des cas relevant de la consultation ou de la visite du médecin de garde, voire du simple conseil. Ce conseil intervient soit en réponse à une demande explicite, soit en substitution à une demande d'intervention. Les particuliers, en effet, soucieux de prendre le minimum de risques, s'adressent de plus en plus au 15 à propos de pathologies courantes ou de médicaments (effets indésirables, crainte d'interactions, grossesse, erreur de posologie, médicament vomi...). Certains appellent aussi pour des avis non urgents

(par exemple : deuxième avis après une consultation médicale). Seules, bien entendu, les urgences concernent le Samu-Centre 15. L'avis donné par le médecin régulateur (en règle générale, le généraliste) est un facteur de prévention et de sécurisation. Il s'agit donc d'une évolution positive, qu'il faut prendre en compte. Ce qui suppose une adaptation de la réglementation et l'élaboration de règles de bonne pratique. En effet, ces consultations téléphoniques se soldent souvent par une prescription médicamenteuse, qui n'est, aujourd'hui, ni autorisée, ni codifiée.

L'accès au DMP : une ère nouvelle...

L'accès du Samu-Centre 15 au dossier médical personnel (DMP) sera le progrès déterminant de la prochaine décennie dans la qualité et l'efficacité de la régulation médicale. Le dispositif DMP, en cours de création, devra être adapté, réglementairement et techniquement, pour autoriser l'accès du médecin régulateur du Samu à dossier du patient, au moment même de l'appel¹⁹.

Ce sera là, sans doute, l'ultime étape de la création de cette nouvelle activité médicale qu'est la régulation médicale. 

L'organisation des transports

Michel Decreau
Michel Crozatier
Praticiens hospitaliers,
Service anesthésie-réanimation-chirurgie, Samu 76,
CHU-CH Nicolle,
Rouen

Même si de nombreux problèmes persistent localement, l'organisation des transports sanitaires urgents a connu d'indéniables progrès au cours des dernières années grâce à la volonté de ses différents acteurs d'en fixer les règles de fonctionnement basées avant tout sur la coordination.

Les acteurs des transports sanitaires :

Les principaux acteurs des transports sanitaires dans l'urgence au quotidien sont :

- les ambulanciers privés,
- les sapeurs-pompiers et leurs véhicules de secours aux victimes (VSAV),
- les Smur.

Les ambulanciers privés

Leur agrément par la préfecture est conditionné par l'utilisation de véhicules normalisés (dimensions, matériel) dont l'équipage comporte au moins un titulaire du certificat de capacité d'ambulancier. Cet agrément est délivré dans la limite d'un quota fixé pour chaque département en fonction des besoins sanitaires estimés de la population. Il prévoit la participation obligatoire à la garde en dehors des heures ouvrables. Celle-ci est organisée dans le cadre d'un tableau établi par les services préfectoraux. Les ambulanciers ne peuvent alors intervenir que sur demande du centre de réception et de régulation des appels du Samu. La participation à

la garde a bénéficié de mesures financières incitatives avec la création par les organismes d'assurance maladie d'un forfait d'astreinte destiné à couvrir des charges que ne compensait pas toujours l'activité.

En dehors des heures de garde, il n'existe actuellement aucune disposition réglementaire et les ambulanciers peuvent être sollicités individuellement dans l'urgence aussi bien par le centre de réception et de régulation des appels que par les médecins de ville.

À noter que la réglementation prévoit la possibilité de mise en service d'ambulances « hors quota » exclusivement dédiées à l'urgence et ne pouvant intervenir que sur demande du médecin régulateur du Samu.

Les sapeurs-pompiers

Ils ont une mission de transport sanitaire à l'aide de véhicules de secours aux victimes normalisés dans le prolongement de leurs missions de secours. Cette mission s'exerce avant tout sur la voie publique, mais ils peuvent également intervenir à domicile, soit sur appel direct au 18 dans le cadre de leur obligation de « prompt secours », soit sur demande du centre de réception et de régulation des appels par l'intermédiaire du service départemental d'incendie. Ce dernier type de demande correspond souvent à des situations de carence des ambulanciers privés et donne alors lieu au versement par le centre hospitalier, siège du Samu, d'une indemnité dont le montant est actuellement de 90 euros.

Les Smur

Les équipes médicales des Smur interviennent à la demande du Samu-Centre 15 pour les situations de détresse vitale, le plus souvent grâce à des véhicules

médicaux de liaison qui rejoignent sur place un moyen de transport sanitaire. Certains Smur disposent également d'ambulances de soins et secours d'urgence, dédiées à tous les types de transports, et plus particulièrement

L'hélicoptère dans la prise en charge des urgences

Les conflits armés des cinquante dernières années ont obligé les médecins à prendre en charge sur le champ de bataille des patients graves, à les conditionner et à les évacuer vers des zones de soins à l'arrière de la ligne de feu. Dans ce contexte, les militaires ont tout naturellement fait appel à l'hélicoptère pour effectuer ces missions. La paix revenue, ces techniques pointues de transport sanitaire ont été mises en œuvre au service de tous. L'hélicoptère a alors contribué à sauver des vies sur le bord des routes comme il le faisait à la guerre. Bientôt la maîtrise du transport aérien de patients présentant une pathologie lourde est apparue à certains comme un moyen puissant de structurer l'offre de soins en France en permettant d'amener rapidement chaque patient vers le service spécialisé dont il avait besoin.

En médecine, comme dans bien d'autres domaines, la compétence vient de la pratique quotidienne. Les maladies graves peuvent survenir n'importe où sur le territoire, alors que les différents centres spécialisés sont nécessairement concentrés autour de plateaux techniques de plus en plus onéreux. Il est donc évident que, au nom de l'égalité républicaine de tous devant la maladie, alors que les contraintes économiques et fonctionnelles interdisent la multiplication de centres de soins lourds, il faut promouvoir un système de transport pour faire se rencontrer le malade et les spécialistes dont il a besoin.

Si on prend par ailleurs en compte les problèmes aigus de démographie médicale qui imposent comme limite à toute action de santé le temps médical disponible, il devient évident

que la seule façon d'optimiser l'adéquation entre pathologie et patient est de mettre en œuvre un moyen de transport qui économise le temps médical qu'on y investit. Cela peut être l'hélicoptère.

Ce vecteur ne pourra démontrer son efficacité que dans le cadre d'une politique de mise en œuvre cohérente prenant en compte ses impératifs techniques : aires de poser adéquates supprimant tout relais ambulancier chronophage, utilisation des machines de jour comme de nuit et très bientôt (les techniques existent déjà) vol en conditions météorologiques défavorables.

Dans ces conditions, une politique d'accueil des patients dans des services de proximité maillés avec des centres de référence via un réseau de transports médicalisés par hélicoptère peut être une réponse à cette mission de santé publique.

L'expérience montre que, mises à part l'hémorragie foudroyante ou l'agitation psychiatrique non sédative, quasiment tous les malades peuvent être transportés pourvu que les contraintes d'accélération soient aussi faibles que possible. Pour mémoire, elles sont dix fois moindres à bord d'un hélicoptère que dans une ambulance.

Certes, l'hélicoptère est un moyen de transport coûteux par rapport à l'ambulance. Cependant, si on considère que son budget est constitué de plus de 70 % de frais fixes et que le gain de « temps médical » qu'il permet est considérable, on est conduit à repenser complètement son mode d'utilisation.

La décision d'implantation d'une machine est une décision de politique de santé. Elle induit un coût d'environ 1,4 million d'euros par

an. Son mode d'utilisation au quotidien n'a que peu d'influence sur la dépense induite. La justification de l'utilisation de l'hélicoptère n'est plus la gravité du patient, mais l'économie de temps médical qu'il génère. Sa rapidité permet en outre de justifier la fermeture de petits centres dont l'unique légitimité est l'éloignement, d'autant plus que les techniques modernes de navigation aérienne permettront, dans les quelques années à venir, de lui donner la régularité et la fiabilité de l'aviation de ligne.

Les 36 hélicoptères permanents des Samu français effectuent bon an mal an 15 000 heures de vol au bénéfice d'environ 25 000 patients*. 32 % de ces vols véhiculent des patients vers une place en réanimation, 25 % en cardiologie, 12 % en neurologie. Dans 6 % des cas, ce sont des femmes menacées d'accouchement prématuré qui volent vers le centre où elles pourront mettre au monde leur bébé en toute sécurité. 65 % de l'ensemble des missions sont secondaires : elles consistent à transporter des malades ou blessés d'un établissement d'accueil vers le centre spécialisé dont ils ont besoin.

Les récents progrès de la médecine en matière de désobstruction vasculaire (pour les pathologies coronariennes ou vasculaires cérébrales), dans lesquelles le facteur temps est primordial, rendent encore plus pertinente l'idée de développer le transport médicalisé par hélicoptère dans notre pays. 🚁

* Les hélicoptères de la Sécurité civile effectuent également des transports sanitaires, sans que l'on en connaisse le nombre exact. Une thèse de 2003 (Béatrice Bouvet) chiffre à 37 % la part des missions sanitaires hélicoptérées réalisées par la Sécurité civile.

Nicolas Letellier

Président de l'Association française des médecins utilisateurs d'hélicoptères sanitaires hospitaliers, Samu d'Eure et Loir, CH de Dreux



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

à des transports interhospitaliers, voire spécialisés (néonatalogie).

Les autres vecteurs sanitaires

Parmi les autres vecteurs de transports sanitaires, il faut citer :

- Les ambulances hospitalières, qui interviennent dans le cadre des services de transports hospitaliers des hôpitaux, et rarement dans le contexte de l'urgence.
- Les ambulances des associations de secourisme, type Croix-Rouge et association départementale de protection civile. Ce type de véhicule est mis à disposition lors des grandes manifestations, voire lors des plans de catastrophe, type Plan blanc. Les associations sont conventionnées avec le Samu.
- Les hélicoptères sanitaires, qui participent aux transports sanitaires. Ils peuvent appartenir à la sécurité civile, à la gendarmerie (surtout en montagne). Un certain nombre d'entreprises privées ont des conventions avec des hôpitaux pour une utilisation par les Samu-Smur. C'est le cas pour une trentaine de Samu, qui sont regroupés au sein d'une association d'utilisateurs.
- L'avion. Il reste un moyen de transport sanitaire exceptionnel, le plus souvent utilisé dans le cadre de transports interhospitaliers pour des parcours longues distances ou lorsque sa présence est géographiquement indispensable (exemple : entre Corse et continent).

La coordination des transports sanitaires

La coordination « réglementaire »

La collaboration entre les ambulanciers privés, les sapeurs-pompiers et les Samu s'est nettement améliorée grâce à l'apparition dans la réglementation de la notion de coordination accompagnant une meilleure définition des rôles et missions de chacun des acteurs.

Après une première circulaire datant de 1992, qui a permis la signature de conventions entre les hôpitaux sièges de Samu et les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) pour clarifier le rôle de chacun des services, une circulaire parue en mars 2004 confirme le rôle pivot des centres de régulation et celui des transporteurs au quotidien (sapeurs-pompiers, ambulanciers et Smur). Cette circulaire aboutit à l'établissement de conventions entre les différents organismes sous l'autorité du préfet.

À ce jour, une majorité de conventions a été établie dans les différents départements, mais l'actualité montre que tout n'est pas parfait puisque le consensus n'a pas abouti partout, malgré l'arbitrage du préfet. Quelques points de friction persistent, notamment sur la notion de « prompt secours » et concernant les champs d'intervention.

La coordination opérationnelle

Aux heures de garde, la coordination opérationnelle relève du centre de réception et de régulation des appels du Samu-Centre 15, dont le médecin régulateur est prescripteur des demandes de transport. La gestion

logistique des moyens de transport est effectuée par chacun des services sollicités. À ce titre, la circulaire relative à l'organisation de la garde ambulancière prévoit la présence d'un coordinateur ambulancier au sein du centre de réception et de régulation des appels, gestionnaire de la disponibilité des ambulanciers regroupés au sein d'associations (type Udatsu). Cette présence soulage les personnels du centre de réception et de régulation des appels d'une longue et fastidieuse activité de recherche de véhicule disponible et surtout fiabilise la réponse ambulancière. Le coordinateur est à la charge financière des professionnels du transport ambulancier.

Chaque intervention des transporteurs sanitaires fait l'objet d'un bilan recueilli par le centre de réception et de régulation des appels qui oriente le patient vers l'établissement et le service le plus approprié à sa pathologie. La disponibilité des moyens est suivie par chaque service. Les logiciels informatiques dédiés à cette gestion logistique sont un appui indéniable pour améliorer la qualité de cette gestion. Ce type de logiciel, intégré à celui de la gestion des appels, bénéficie dès maintenant des progrès de la cartographie intégrée et du suivi par GPS de la flotte des véhicules.

Il ne faut pas négliger le choc culturel que constituent pour les ambulanciers privés des contraintes réglementaires tendant vers la mise en place d'organisations structurées, sectorisées, évaluées et financées. S'ensuivent parfois des conflits entre professionnels qui retardent cette mise en place.

L'évaluation

Le dispositif réglementaire a prévu une évaluation de cette organisation des transports sanitaires dans le cadre de l'urgence, sous forme de réunions de bilans périodiques, de productions statistiques. Elles sont visées au sein des commissions d'évaluation sous l'autorité du préfet ; le sous-comité des transports sanitaires en est un exemple.

Conclusion

Les profondes divergences qui agitaient le secteur du transport sanitaire ont tendance à s'atténuer. Même si quelques départements n'ont pas encore résolu toutes les difficultés, une meilleure collaboration s'instaure entre les services au fil du temps. De plus, les ambulanciers privés prennent de plus en plus conscience de la nécessité de leur participation à l'urgence. En témoignent les mises en service de véhicules hors quota et l'organisation spontanée d'astreintes aux heures ouvrables qui devrait, à terme, leur permettre de reprendre à leur compte des transports sanitaires relevant de leur compétence et actuellement confiés aux sapeurs-pompiers par carence, moyennant le paiement par les hôpitaux de 90 euros par transport.

D'autres améliorations sont encore en attente, parmi lesquelles le maillage du territoire pour les transports sanitaires héliportés.

Permanence des soins en médecine ambulatoire

Les mouvements des généralistes de l'hiver 2001-2002 ont conduit le ministre de la Santé à mettre en place, en juillet 2002, un groupe de travail sous la présidence de Charles Descours, sénateur honoraire, sur la permanence des soins des médecins généralistes. Les travaux de ce groupe composé de représentants de l'ensemble des parties concernées (syndicats de médecins libéraux, représentants des médecins urgentistes, Conseil national de l'Ordre des médecins, caisses nationales d'assurance maladie, association d'usagers) ont abouti à rénover le dispositif de la permanence des soins de la médecine de ville. Sur la base du rapport remis au ministre en janvier 2003, deux décrets du 15 septembre 2003 ont organisé le nouveau dispositif de permanence des soins.

L'objectif de ce dispositif était double : le premier était de solliciter les médecins généralistes libéraux dans la prise en charge des demandes de soins non programmés afin qu'ils jouent leur rôle dans la prise en charge de premier recours aux soins et permettent aux services d'urgences de se concentrer davantage sur les urgences. Le second objectif était de mettre en place une véritable coordination de la permanence des soins au plan départemental en renforçant les complémentarités entre régulations libérale et hospitalière. En organisant et en clarifiant le dispositif de permanence des soins dans chaque département, les dispositions prises avaient pour but d'assurer une prise en charge plus adaptée des patients en tout point du territoire et de faciliter l'adhésion des médecins libéraux, et donc leur participation, à l'organisation mise en place.

La modification du corpus juridique relatif à la permanence des soins par l'article 67 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui donne compétence aux missions régionales de santé de faire des propositions d'organisation du dispositif de permanence de soins et la non-approbation du projet d'avenant n° 14 négocié entre les partenaires conventionnels à l'été 2004 ont conduit le ministre de la Santé à missionner le directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins pour rencontrer les acteurs de la permanence des soins et faire des propositions d'aménagement du dispositif.

Le résultat de discussions approfondies avec les représentants des médecins libéraux, des médecins urgentistes, de l'assurance maladie, du Conseil national de l'Ordre des médecins et de l'association SOS médecins a débouché sur un assouplissement des dispositions organisationnelles élaborées en 2003 effectué par le décret n° 2005-328 du 7 avril 2005.

Tout en s'inscrivant dans la logique qui a conduit à l'élaboration des dispositions de 2003, ces nouvelles dispositions modifient les précédentes afin :

- d'améliorer les conditions d'organisation de la permanence des soins, pour favoriser la participation des médecins libéraux, des médecins de centres de santé et des associations de permanence, le recours aux réquisitions devant rester exceptionnel ;
- d'ouvrir la possibilité de moduler l'organisation de la permanence en fonction de l'importance des besoins de la population et des délais d'intervention constatés.

La nouvelle organisation de la permanence des soins s'appuie toujours sur la sectorisation du département arrêtée par le préfet, le tableau de permanence, la régulation des demandes de permanence de soins et le cahier des charges départemental fixant l'organisation du dispositif arrêté par le préfet. La participation des médecins continue de relever du volontariat. Le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (Codamups) reste l'instance de concertation, d'élaboration et d'évaluation pour l'organisation de la permanence des soins et la sectorisation du département.

En outre, les nouvelles dispositions apportent :

- La possibilité de moduler les horaires nocturnes de la permanence (20h-8h) et la taille et le nombre des secteurs afin de mieux adapter l'organisation aux besoins de la population en matière de permanence des soins. La modulation des horaires nécessite la détermination, dans le cadre du cahier des charges départemental, des modalités de réponse pour prendre en charge les demandes pendant les heures non couvertes par les médecins généralistes.
- La reconnaissance des centres d'appels dans la gestion de l'accès au médecin de permanence, sous réserve de leur interconnexion avec le Samu et de la signature entre ces deux structures d'une convention approuvée par le préfet après avis du Codamups.
- La réaffirmation du rôle de médiation du conseil départemental de l'Ordre des médecins dans l'élaboration d'un tableau de permanence complet.
- L'enrichissement du cahier des charges départemental, notamment avec la détermination des conditions de recueil et du suivi des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins, garantissant ainsi la qualité de l'organisation mise en place pour les usagers.
- La fixation des modalités d'élaboration par la mission régionale de santé des propositions en matière d'organisation de permanence des soins.

Laurence Lavy
Sous-direction
de l'Organisation
du système de
soins, direction de
l'Hospitalisation et
de l'Offre de soins




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

Si l'élaboration du dispositif organisationnel relève de la compétence de l'État, la détermination des rémunérations s'inscrit dans le cadre conventionnel. Ainsi, suite à des négociations conventionnelles, l'avenant n° 4 à la convention médicale portant notamment sur la fixation de la rémunération des médecins libéraux régulant les appels relevant de la permanence des soins et de nouvelles astreintes pour les médecins volontaires a été signé le 22 avril dernier par les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux signataires de la convention médicale, puis agréé par le ministre de la Santé.

Cet avenant fixe la rémunération des médecins régulateurs libéraux à 60 euros de l'heure, le montant de l'astreinte à 150 euros pour 12 heures avec une possibilité de découper ce montant sur les tranches horaires nocturnes de 20 à 24 heures et de 24 à 8 heures. L'avenant conventionnel détermine également le montant

de sur majorations appliquées aux visites et consultations effectuées à la demande du médecin régulateur des appels de permanence des soins.

La mise en œuvre de ces nouvelles dispositions a fait l'objet d'un point de situation en novembre 2005. À cette date, 98 départements ont arrêté leur sectorisation après avis du Codamups. Par ailleurs, 84 départements ont élaboré leur cahier des charges fixant l'organisation de la permanence des soins.

La mise en place d'une organisation de permanence des soins efficace constituant un enjeu pour la population en termes d'accès aux soins et pour les professionnels de santé en termes de conditions de travail, l'organisation arrêtée dans chaque département sera soumise à une évaluation annuelle du dispositif et devra en conséquence pouvoir faire l'objet de correctifs dans le cadre du cahier des charges départemental. 

Les maisons médicales de garde

Marie-Christine Keters
Direction des risques
maladie, Cnamts

Les maisons médicales de garde ont été mises en place pour offrir une réponse organisationnelle nouvelle à la demande de soins non programmée, exprimée hors des heures d'ouverture habituelle des cabinets de ville et ne relevant pas de l'aide médicale urgente.

Fonctionnant pour un grand nombre grâce aux subventions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville¹, elles se sont surtout développées depuis 2003 dans un cadre expérimental.

Leur émergence est la résultante de divers facteurs :

- la crise du secteur libéral avec en 2002 le recours des préfets aux réquisitions pour assurer les gardes aux heures de fermeture des cabinets de ville ;
- la recherche d'un meilleur confort d'exercice pour les médecins libéraux : besoin d'un environnement plus sécurisé en milieu urbain, demande d'un allègement des tours de garde dans les zones déficitaires en offre de soins ;
- la volonté des pouvoirs publics de recentrer l'activité, toujours en augmentation, des services d'urgences des hôpitaux sur des pathologies lourdes et de stabiliser, à défaut de réduire, le nombre de leurs entrées.

À ce jour, le décret du 17 avril 2005 permet aux maisons médicales de garde de s'insérer dans l'or-

ganisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire et à leurs acteurs, médecins, de bénéficier des rémunérations plus attractives mises en place par l'avenant n° 4 à la convention médicale. Leur véritable intégration dans le dispositif nécessite toutefois le consensus de l'ensemble des acteurs locaux et leur développement, l'adoption de solutions organisationnelles adaptées à la demande et répondant à la meilleure rationalité économique.

Les maisons médicales de garde : une réponse récente aux problématiques liées à la permanence des soins en médecine ambulatoire

Le développement récent des maisons médicales de garde

Il est difficile de connaître exactement le nombre des maisons médicales de garde actuellement en place, étant donné qu'elles ne bénéficient pas à ce jour d'un cadre juridique clairement établi.

Sont toutefois aisément identifiables les entités ayant obtenu des moyens de l'assurance maladie.

En effet, le Comité national de gestion du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville a accompagné dès 2002 les accords conventionnels sur la permanence des soins par la création d'une sous-enveloppe dédiée spécifiquement au financement, à titre expérimental, de maisons médicales de garde.

L'enquête de la Caisse nationale de l'assurance maladie a recensé, au 1^{er} mars 2004, 68 maisons médicales de garde en fonctionnement financées par ledit fonds, les deux tiers ayant ouvert en 2003.

Actuellement, plus d'une centaine de maisons médicales de garde, subventionnées par le Fonds d'aide à la

1. Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, créé en 1999, et jusqu'au 31 décembre 2007, a vocation à financer des actions concourant à l'amélioration de la qualité et à la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes professionnels et, le cas échéant, d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé.

qualité des soins de ville, sont ouvertes sur le territoire métropolitain.

Une forte implication de l'assurance maladie

Sur 26 structures bénéficiant d'une aide de l'assurance maladie et ayant au moins un an d'ancienneté, recensées en juin 2004, près de la moitié fonctionnaient uniquement grâce au Fonds.

Même lorsqu'ils interviennent dans le financement de la maison médicale de garde, la participation des autres acteurs demeure globalement restreinte et essentiellement ciblée sur les mises à disposition de locaux, de matériel, voire de personnel. Ces partenaires peuvent être des maires, des conseils départementaux ou régionaux, l'État, ou des établissements de santé...

Caractéristiques² des maisons médicales de garde constatées en 2004

● **Implantation et ouverture** : les maisons médicales de garde assurent un accueil du patient aux heures de fermeture des cabinets libéraux. Cet accueil était selon les cas, en 2004, régulé ou libre. Implantées autant en ville qu'en établissement de santé (qu'il s'agisse d'un centre hospitalier, d'un hôpital local ou d'une clinique privée), leur activité de consultation était, pour la moitié d'entre elles, complétée par la possibilité d'effectuer des visites.

La plupart (90 %) étaient ouvertes le samedi après-midi et la totalité, la journée du dimanche.

Rares étaient les structures fermées les nuits de semaine (12 %) ou les nuits de week-end (7 %).

Par contre, plus de la moitié (62 %) de celles qui fonctionnaient la nuit s'arrêtaient aux alentours de minuit.

● **Activité** : les rapports d'activité et les quelques évaluations déjà disponibles, concernant les maisons médicales de garde subventionnées par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, révèlent que globalement les maisons médicales de garde montent en charge et atteignent rapidement une activité stable. Celle-ci se concentre essentiellement sur le week-end, qui représente en moyenne 70 % de l'activité hebdomadaire. Les patients sont très jeunes, d'où une proportion importante d'actes pédiatriques.

● **Coûts de fonctionnement** : ils se sont révélés, dans l'enquête réalisée en 2004, extrêmement hétérogènes. En effet, les dispositifs de garantie de ressources ou de rémunération complémentaire, mis en place dans certains cas pendant la phase de montée en charge, pour les médecins participant au fonctionnement de la maison de garde (possibilité offerte dans le cadre expérimental jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions de l'avenant n° 4 à la convention des médecins libéraux), ont pu peser de façon importante sur les charges d'exploitation. D'autres facteurs de variation existent :

– l'emploi par les maisons médicales de garde de

personnels soignants et/ou non-soignants chargés de l'accueil (téléphonique ou physique) et de l'orientation des patients, du secrétariat, de la gestion administrative et comptable, de la sécurité des locaux, de l'entretien,

– les modalités organisationnelles : lieu d'implantation (une installation au sein d'un établissement favorisant la mutualisation des moyens), durée d'ouverture...

Quelles perspectives pour les maisons médicales de garde dans le nouveau schéma d'organisation de la permanence des soins ?

Depuis la montée en charge des expérimentations financées par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, les maisons médicales de garde ont su prouver qu'elles répondaient à un besoin des patients et des professionnels, et qu'elles avaient une place dans l'organisation de la permanence des soins.

En effet, la maison médicale de garde peut bien désormais être considérée comme une alternative possible et intéressante, dans l'organisation de la permanence des soins en ambulatoire, notamment quand les solutions traditionnelles (tour de garde à domicile) ne fonctionnent pas ou mal. Sa création n'a toutefois pas lieu d'être systématisée, mais doit être étudiée au regard des particularités locales.

Elle ne doit pas non plus être exclusive sur l'ensemble des périodes de permanence des soins, mais se concevoir comme une réponse complémentaire à d'autres : ainsi, le faible niveau d'activité observé (un à deux actes en moyenne en seconde partie de nuit) ne justifie pas le plus souvent, au regard des coûts engagés, un maintien au-delà de minuit de la présence des médecins, et requiert qu'une solution relais soit mise en place pour la nuit « profonde ».

Comme le montrent les études disponibles, elle concourt à impliquer à nouveau les médecins libéraux dans la permanence des soins ambulatoire en leur offrant de meilleures conditions d'exercice : qu'il s'agisse de réduire le nombre de gardes effectuées par les médecins implantés dans les zones à faible densité médicale, ou d'offrir un contexte sécurisé aux praticiens installés dans des zones urbaines dites difficiles.

Par contre, l'impact de la maison médicale sur la baisse des entrées aux urgences reste difficile aujourd'hui à mesurer et aucun des rapports d'évaluation finalisés n'a permis de statuer précisément sur cet aspect.

Ce type de dispositif, qui peut s'avérer dans certains cas relativement coûteux, nécessite la recherche d'un équilibre entre charges engagées et activité constatée.

Par ailleurs, une vigilance particulière est de mise, afin de :

- ne pas susciter une demande supplémentaire ou plus coûteuse pour la collectivité (ce qui constitue le risque des maisons médicales de garde dont l'accueil n'est pas régulé) ;
- ne pas doubler l'offre existante en termes de plateau technique ou de tour de garde ;
- ne pas exclure la participation de médecins volon-

2. Éléments issus du rapport Cnamts de décembre 2004, relatif aux MMG financées par le FAQSV.



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

taires (qui n'auraient pas été à l'initiative de la maison médicale de garde).

C'est pourquoi il est nécessaire que la question de l'existence, du mode de fonctionnement et du choix du lieu d'implantation de la maison médicale de garde s'inscrive dans une réflexion de l'ensemble des acteurs (médecins du secteur de permanence, et éventuellement autres professionnels de santé : pharmaciens, kinés..., collectivités locales, établissements ou centres de santé, caisses d'assurance maladie...) concernés par la mise en place et le financement de la permanence des soins. Cette réflexion doit permettre de définir la place de la maison médicale de garde dans l'organisation de la permanence des soins et de l'inscrire dans le cahier des charges, prévu par le décret du 17 avril 2005, que chaque département se doit d'adopter.

C'est dans cette logique, issue des premiers enseignements, que les gestionnaires nationaux du Fonds ont adopté en juin dernier un cahier des charges relatif au financement de nouvelles maisons médicales de garde, après avoir, fin 2003, demandé aux instances régionales de cesser de financer de nouvelles expériences, pour se donner le temps de l'évaluation.

Une attention particulière sera apportée, pour ces nouveaux financements, aux zones géographiques confrontées à des problèmes de démographie médicale.

Il apparaît en effet qu'au-delà de la solution apportée à la problématique de permanence des soins, au sens des textes cités plus haut, dans ces zones déficitaires ou fragiles, la maison médicale de garde peut se concevoir comme point d'appui, ou comme l'initiation d'une offre de soins de jour, éventuellement pluridisciplinaire (maison de santé pluridisciplinaire).

Le développement de telles « structures », répondant à la fois aux préoccupations de démographie médicale et de permanence des soins, doit d'ailleurs pouvoir être favorisé par diverses dispositions réglementaires et conventionnelles récentes visant les zones déficitaires.

C'est ainsi que l'on peut citer les aides à l'installation prévues par la convention médicale, les avantages fiscaux relatifs à la permanence des soins, les aides de l'assurance maladie et des collectivités locales au regroupement des professionnels de santé, ainsi que la possibilité offerte aux médecins, par le décret du 17 mai 2005 modifiant le Code de déontologie médicale, d'exercer leur activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de leur résidence professionnelle habituelle, en particulier « lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins. »

La maison médicale de garde de Romans

La maison médicale de garde de Romans (Drôme), ouverte en janvier 2005, est née d'une coopération active entre le centre hospitalier et les médecins de ville.

Le constat initial de la permanence des soins révélait un encombrement du service des urgences par des pathologies médicales bénignes ne relevant pas d'une prise en charge hospitalière. Les généralistes, eux, se plaignaient d'une pénibilité accrue des gardes liée aux appels téléphoniques nocturnes souvent injustifiés.

La réponse apportée a été l'ouverture d'une consultation assurée par les médecins de ville dans un local attenant aux services des urgences, de 20 à 24 heures en semaine, 14 à 24 heures le samedi et 8 à 24 heures le dimanche.

Le téléphone y est tenu par le généraliste de garde. Au-delà de 0 h, c'est le médecin senior du service des urgences qui reçoit les appels et effectue

une régulation. Il prend également en charge les patients se présentant à la maison médicale de garde. Il a la possibilité d'appeler le généraliste de garde à son domicile pour effectuer les visites justifiées.

Une campagne de presse a été initiée dès l'ouverture pour expliquer le fonctionnement du système et notamment la nécessaire restriction des visites à domicile.

Au bout de neuf mois d'existence, nous constatons :

- un net désencombrement des urgences, attesté par une baisse des premiers passages aux urgences de 6 % sur les huit premiers mois de 2005 par rapport à la même période en 2004 ;

- une réduction drastique des visites à domicile des généralistes : elles représentent aujourd'hui moins de 3 % de l'activité et concernent essentiellement les visites de garde à vue au commissariat de police ou à la gendarmerie ;

- la très grande rareté des appels au médecin de garde après 0 h (3 à 4 par nuit) ;

- une activité importante (jusqu'à 50 actes le dimanche) ;

- les pathologies rencontrées laissent souvent perplexe quant à leur bénignité qui n'aurait pas dû justifier le recours à une consultation en dehors des horaires ouvrables ;

- l'origine géographique des patients dépasse largement le territoire couvert par le tour de garde des généralistes, pour se rapprocher plutôt de la zone d'attraction du centre hospitalier. Un redécoupage des secteurs de garde semble donc souhaitable.

Au total, si la maison médicale de garde a amélioré la situation, elle n'a pas contribué à ralentir l'inflation de la demande de soins. Cela se conçoit bien puisqu'il s'agit moins d'un problème structurel que d'un véritable problème de société.

Pierre-Henri Juvin

Association des médecins de Bourg de Péage, Romans et environs, chargé de la mise en place et du fonctionnement de la MMG.

Quelle lisibilité de l'offre pour l'utilisateur ?

De tout temps, l'hôtel-Dieu, l'hospice, puis l'hôpital ont constitué, dans la cité, un lieu d'asile naturel pour les individus et les populations en détresse. La proximité était alors le maître mot de l'organisation ; chaque bourg avait son hôpital et chaque hôpital son service d'urgences. Alors que les services d'urgences étaient les parents pauvres de l'hôpital, les années soixante ont vu la création des premières équipes médicales pré-hospitalières, puis les années soixante-dix-quatre-vingt la création suivie de l'officialisation des Samu et de leur numéro d'appel national, le 15.

Les patients consommateurs

En décembre 1992, le magazine *50 millions de consommateurs* [1] jetait un pavé dans la mare en titrant en première page : « Urgences médicales, sauvez votre peau — la liste des urgences à éviter ». Brutalement, le « patient », devenu « client », découvrait que qualité et proximité n'étaient pas synonymes : « *Nous nous imaginons, dans notre infinie candeur, que chaque hôpital, dès lors qu'il affiche une belle enseigne Urgences, est à même d'offrir les soins du plus haut niveau, à toute heure du jour et de la nuit* ». Bien que non analysée, la médecine pré-hospitalière n'était pas épargnée : « *Hélas, tous les Français ne peuvent pas encore faire le 15. Des pressions corporatistes ou des rivalités entre services de secours s'opposent à sa généralisation, pourtant inscrite dans la loi. Encore une inégalité intolérable...* » La lisibilité de l'offre de soins en urgence était-elle alors réduite à la lecture d'un magazine, d'un guide rouge ou bleu ?

Organiser l'offre de soins

Pouvoirs publics et professionnels, préalablement alertés par le Pr Steg [27], s'emparaient du problème, déployant de nombreux efforts financiers et humains pour organiser, normaliser, rationaliser cette offre de soins, l'objectif premier restant la qualité de la prise en charge. La circulaire du 16 avril 2003 [14] relative à la prise en charge des urgences a donné les grands axes de cette restructuration, axes largement repris dans la troisième révision des schémas régionaux d'organisation sanitaires (Sros) : dès lors, les secours pré-hospitaliers s'organisent, à l'échelle d'un département, autour du Samu-Centre 15, les services d'urgences d'une région s'organisant en réseau de services autour de plateaux techniques plus ou moins développés.

Le client face à une situation d'urgence

Lorsque l'on parle d'urgence, le discours est souvent confus du fait de l'extrême ambiguïté de cette notion d'urgence : vue par les patients, toute demande de soins rapide est qualifiée d'« urgence », alors que vue par les

professionnels, une distinction est habituellement faite entre urgences « ressenties » et urgences « vitales » ou « fonctionnelles ». Dans le cadre de la demande de soins en urgence, c'est bien le point de vue du « patient-client » qu'il faut prendre en compte, l'urgence ne pouvant être qualifiée de « ressentie » qu'après prise en charge par un professionnel de santé.

Aujourd'hui, le patient (ou sa famille), devant un besoin de soins vécu comme urgent, a, en France, contrairement à d'autres pays européens, l'initiative de « choisir » dans une certaine mesure la réponse qu'il souhaite :

- appel à son médecin traitant, ou au médecin généraliste assurant la permanence des soins,
- appel au Centre 15,
- appel, là où elle existe, à une structure ou association de médecins généralistes dédiée à l'urgence (type SOS médecins, par exemple),
- venue spontanée dans un service d'urgences.

Ce choix préjuge de la capacité du patient à évaluer avec justesse le niveau de soins nécessaire : afin cependant de garantir la qualité de la prise en charge, les autorités sanitaires incitent fortement les différents partenaires de l'urgence et de la permanence des soins à s'organiser en réseau et à articuler entre eux services d'urgences, pré-hospitaliers et hospitaliers, et permanence des soins (PDS).

La régulation médicale, pilier de l'organisation

L'un des axes de cette articulation, validé à l'échelon départemental au sein des Codamups (comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires), est la mise en place d'une régulation de la permanence des soins : cette démarche, basée sur la complémentarité des régulations « généraliste » et « urgentiste », est une source certaine d'amélioration de la prise en charge de l'appelant, surtout lorsque les régulateurs se côtoient dans une même salle de régulation. Le regroupement en un lieu unique de cette double expertise médicale, « généraliste » et « urgentiste », apporte, là où il existe, en plus d'une réponse nécessairement plus efficiente, une solution simple pour l'appelant en détresse quel que soit le niveau réel ou ressenti de cette détresse : demain, le regroupement de toute l'offre de soins d'urgence au sein d'une plate-forme télé-médico-sociale et sanitaire, développée autour et avec le Samu-Centre 15, en collaboration avec tous ses partenaires, facilitera l'accès à l'offre de soins en urgence.

Le client face à l'offre de soins d'urgence

En 2005, l'offre de soins en urgence apparaît bien structurée : services d'urgences, Samu, permanence

François Braun

Praticien hospitalier, service des urgences, Samu 55, CH Verdun

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 68.



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

des soins... s'organisent en réseaux de soins, au sein desquels le patient dispose de plusieurs portes d'entrée. Mais une question persiste : le patient s'adresse-t-il au bon endroit ?

Les numéros d'urgences

La question du choix du numéro d'urgence peut être rapidement écartée : en effet, l'expérience des Samu montre, dans la très grande majorité des cas, que les usagers appellent, en France, le numéro approprié à la situation d'urgence à laquelle ils sont confrontés : le 15 pour un problème de santé grave et urgent, le 18 pour les incendies, les noyades, les accidents de la route..., le 17 pour tous les problèmes liés à l'ordre public. Même si la confusion peut parfois persister, ces services travaillent en étroite collaboration, se transmettant les appels ou les informations lorsque la situation l'exige, l'interconnexion de leurs centres d'appels étant la règle [3] : le patient, encore inquiet, dans certains cas, de la multiplicité des intervenants téléphoniques, doit être rassuré sur ce point. Une campagne d'information du public, mais aussi des professionnels de santé, sur les rôles respectifs du Samu (les soins médicaux) et des sapeurs-pompiers (le secours) aiderait sûrement à lever cette inquiétude.

Le « 112 », s'appuyant réglementairement sur les numéros d'appels d'urgence existants [18, 22], sans s'y substituer, offre aux étrangers séjournant dans notre pays des fonctionnalités similaires.

Place de la permanence des soins

Le choix entre l'appel au Centre 15 ou à la PDS est plus complexe : dans une publication récente s'intéressant aux patients n'ayant pas recours au 15 pour un infarctus du myocarde [24], Mulazzi *et al.* mettent en évidence une sous-utilisation des procédures de revascularisation et un allongement de la durée d'hospitalisation, dès lors que les patients n'ont pas appelé le Samu mais un médecin généraliste ou un cardiologue. Une mauvaise utilisation de l'offre de soins par le patient, mais également par les médecins traitants, est ici mise en exergue : notons cependant que cette étude est basée sur une analyse de dossiers datant de 2000, donc avant les recommandations sur la régulation de la PDS [12, 20] et la mise en place de plates-formes de régulation communes.

Les services d'urgences

L'utilisation directe, sans contact médical préalable, du service d'urgences par le patient est, pour de nombreux urgentistes, ressentie comme une utilisation abusive de cette offre de soins. Connaître les moyens du service d'urgences importe peu désormais, dès lors que ce service est officiellement reconnu : en effet, l'organisation en réseau des SAU, Upatou et Posu garantit une prise en charge échelonnée et coordonnée des patients. Hormis les usagers adressés au service d'urgences par le Samu ou après un avis médical (42 %), la majorité

choisit de se diriger directement vers ces services : les spécificités d'un service d'urgences (permanence des soins, spécialisation, plateau technique), l'alternative à la médecine de ville, l'échec du parcours de soins précédent ou une convenance personnelle sont les motifs principaux évoqués par les clients [5].

Pour autant, le choix fait par le patient non adressé par un médecin est-il pertinent ?

D'après une étude réalisée en Poitou-Charentes, l'anticipation par le patient du recours au plateau technique (25 % des patients) semble fondée dans près de 80 % des cas (rapport des groupes de travail sur les urgences, rapport Nicolle).

L'utilisation du service d'urgences comme alternative à la médecine de ville (14 % des patients) est, par contre, une mauvaise solution, l'organisation et les pratiques professionnelles n'y étant pas celles de la médecine de ville. La régulation de la permanence des soins et la mise en place progressive de maisons médicales de garde devraient, dans un proche avenir, diminuer ce recours aux « urgences alternatives » clarifiant l'offre de soins.

Entamée il y a une dizaine d'années, la restructuration des urgences permet aujourd'hui une offre de soins cohérente et coordonnée. Le patient, face à une situation ressentie comme urgente, ne se trompe pas et trouve, en tout point du territoire, une réponse adaptée à sa situation. « Urgence » et « permanence des soins » se côtoient et se mêlent, tant dans les Centre 15 que dans les services d'urgences, le patient ayant souvent du mal à faire, seul, la distinction. Cette nécessaire complémentarité, voulue par l'ambiguïté même de la notion d'urgence, est une force de notre système, dès lors que les deux organisations se mélangent, tant dans la fusion des centres de régulation que dans les liens fonctionnels unissant maisons médicales de garde et services d'urgences.

Ce mélange culturel médical, centré sur la préoccupation d'une prise en charge de qualité d'un épisode de soins urgent ou ressenti comme tel, est le challenge qui s'offre actuellement aux professionnels que nous sommes et aux autorités sanitaires. Le réussir, c'est garantir une accessibilité et une lisibilité claire de l'offre de soins d'urgence dans notre pays, qui joue un rôle de précurseur ici, aujourd'hui, comme il l'a été hier avec la médecine pré-hospitalière.

Cette organisation de l'offre de soins d'urgence est nouvelle et témoigne d'un postulat simple : la lisibilité vient de la simplicité, plus que de la multiplication des messages et des explications ; et quoi de plus simple que d'appeler le « 15 » en cas de problème de santé, et de venir vers un service d'urgences « identifié », quel que soit son niveau, dès que l'on a besoin d'une expertise médicale spécialisée et/ou d'un plateau technique performant. Et cela 24 heures sur 24 !

C'est ce message simple et direct que nous, professionnels et pouvoirs publics, devons transmettre et expliquer.