

# 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 »<sup>1</sup>. 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 »<sup>2</sup>.

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 protocoles<sup>3</sup>.

### 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 15<sup>4</sup> 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 »<sup>5</sup>. 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 Smur<sup>6</sup>, ou le rapport entre les sorties Smur déclenchées en première intention (dès le premier appel) et en deuxième intention<sup>7</sup>.

### 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 coronarienne<sup>8</sup>. 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 réseau<sup>9</sup>.

### 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 pompiers<sup>10</sup> et à la gratuité<sup>11</sup> 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 gérer<sup>12</sup>.

● *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 informatique<sup>13</sup>.

● *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 pilotes<sup>14</sup>, 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 B<sup>15</sup>. Les effectifs de permanenciers doivent être adaptés, non seulement pour contenir les délais d'accès au 15<sup>16</sup>, 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 instauré<sup>17</sup>. 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 appels<sup>18</sup>.


### 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'appel<sup>19</sup>.

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

**M**ême 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.