



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 de 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.