



ELEMENTS DE REFLEXION SUR LES PLATEFORMES COMMUNES, LE NUMERO UNIQUE ET LEURS EFFETS SUR LA QUALITE DES SOINS

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), société scientifique au service des acteurs de l'urgence et des patients, a pour mission la promotion de la Médecine d'Urgence, avec notamment la veille des progrès dans la prise en charge des urgences spécialisées, l'élaboration de protocoles coordonnés et de recommandations scientifiques et professionnelles, la formation en soins et en médecine d'urgence, la recherche clinique dont celle ayant pour objectif de promouvoir la prescription des thérapeutiques d'urgence visant à raccourcir et optimiser les délais d'intervention thérapeutique, ainsi que l'initiation et la participation à toute action d'évaluation.

A ces titres, la SFMU souhaite contribuer à la réflexion sur la mise en place potentielle de plateformes communes servant à gérer les appels d'urgence issus d'un numéro unique, à la suite du discours du 6 octobre 2017 du Président de la République¹ appelant de ses vœux une simplification de la gestion des appels d'urgence. Elle souhaite apporter son éclairage à la Mission IGAS-IGA chargée des propositions d'évolutions, sur les effets possibles d'une telle gestion des appels en matière de qualité et de sécurité des soins.

1. UN TRAITEMENT DIFFERENT DES APPELS D'URGENCE PAR CHAQUE METIER

Le traitement des appels d'urgence est légitimement différent entre les services d'incendie et de secours (SIS) et les services d'aide médicale urgente (SAMU)

Les missions premières des services d'incendie et de secours² et celles dévolues aux Samu³ expliquent une approche différente dans la réponse à l'appel d'urgence.

La mission première des pompiers, de lutte contre les incendies, justifie en effet une démarche « réflexe » dans la réponse, qui conduit à l'envoi instantané de moyens pré-calibrés (départs-types) en fonction de la nature de l'appel (incendie de forêt, incendie de domicile, incendie en

¹ Discours à l'Élysée pour le remerciement aux forces mobilisées sur les feux de forêts et ouragans.

² Articles L1424-1 à L1424-8 du Code Général des Collectivités Territoriales

³ Articles L. 6311-1, R. 6311-1 et R. 6311-2 du Code de la Santé Publique

milieu industriel, incendie de véhicule...). La progression très rapide d'un incendie requiert une réaction la plus immédiate possible pour essayer de le circonscire. Les SIS disposent par exemple de moyens de lutte contre les feux de forêts postés dans toutes les zones à risques pendant la période estivale, prêts à être déclenchés dès la moindre alerte d'un guetteur d'incendie.

Appliquée au secours à la personne, cette démarche réflexe est appelée « prompt secours » et s'apparente à l'approche globale anglo-saxonne des secours préhospitaliers, dénommée « *scoop and run* », basée sur la recherche du délai le plus court pour transporter une victime vers un hôpital, dont la proximité, et non son aptitude à traiter, est la caractéristique principale.

En France, la gestion médicale des demandes de soins urgents (l'aide médicale urgente, AMU), confiée aux Samu par le Code de la santé publique, est en revanche organisée depuis un demi-siècle sur une approche différente qui vise à établir un diagnostic préalable à l'envoi de moyens, pour déclencher la réponse la mieux adaptée aux besoins de soins du patient. Cette approche permet « d'assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état »⁴, et se traduit parfois, mais pas systématiquement, par une médicalisation préhospitalière (en amont de l'arrivée à l'hôpital). A chaque appel, le médecin régulateur évalue la meilleure prise en charge possible de la situation du patient, et ne conclut pas toujours à l'engagement d'un moyen : conseil médical, aide aux gestes de premier secours, prescription médicamenteuse, orientation du patient vers une structure de santé... Le diagnostic du médecin régulateur lors du traitement de l'appel reçu au 15 aboutit à la prescription du « juste soin » pour le patient⁵. Cette régulation médicale permet l'insertion précoce des patients dans les filières de soins travaillées au sein des différents réseaux en lien avec le SAMU.

Une méthode différente de traitement des appels d'urgence appliquée par les stationnaires pompiers et les assistants de régulation médicale (ARM)

Le besoin de traitement différent des appels d'urgence, hérité du métier fondamentalement distinct de chacun des services d'urgence, se retrouve naturellement dans la culture des opérateurs de ces services, dans leur process et leur méthode de gestion des appels.

Ainsi, un opérateur pompier, stationnaire d'un Centre de Traitement des Alertes (CTA), aura-t-il comme réflexe la recherche du départ-type à déclencher compte tenu des tous premiers éléments de qualification de l'appel qu'il a décroché. Il appliquera par ailleurs un principe louable de précaution lui conseillant d'envoyer un moyen de secours en cas de doute.

Les « départs réflexe » de moyens pompiers avant régulation médicale, en particulier de véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV), représentent ainsi en France la moitié environ des missions de secours à personne déclenchées par les SIS et ce chiffre atteint même plus de 67% sur le département du Nord (67,4% des départs VSAV hors carences sont déclenchés par le CTA avant régulation médicale)⁶.

A l'inverse, l'ARM aura dans sa culture première la volonté de qualifier au mieux le motif de recours au Samu pour transmettre au plus vite au médecin régulateur tous les éléments utiles à son interrogatoire médical, permettant à ce dernier, spécialiste de la médecine d'urgence, d'établir une hypothèse diagnostique et les pronostics associés. En tant que professionnel immergé en continu dans les problématiques de santé, habitué à travailler en binôme avec un

⁴ Article L. 6311-1 du Code de la santé publique

⁵ Dr François BRAUN et Dr Frédéric BERTHIER, « Les interconnexions de la régulation médicale. », Urgences 2009 (Paris) 83:817-29

⁶ Source : statistiques 2016 et 2017 du Samu-Centre 15 de Lille, communiquées à la SFMU.

médecin régulateur, l'ARM aura aussi la capacité à déclencher un moyen purement médical en « départ réflexe », par exemple un Smur pour une urgence vitale clairement identifiée à son niveau. Cet engagement de Smur sera néanmoins effectué sous la responsabilité du médecin régulateur urgentiste et ne sera réalisé que dans un nombre très faible de cas (l'urgence vitale représente 7% environ des appels reçus au 15). Pour l'ARM, en cas de doute, son principe de précaution consistera, non pas à envoyer un moyen de secours en première intention, mais à passer l'appel au plus vite au médecin régulateur pour qu'il évalue la situation.

Dans tous les cas, il est essentiel que l'appel soit transmis sans délai à la Régulation médicale du Centre 15 afin d'évaluer le niveau de gravité (triage) par les ARM et le médecin régulateur. Les rares travaux existants sur la pertinence et l'efficacité du prompt secours montrent que tous les processus ne se valent pas. Une étude menée au sein du Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) de Nantes⁷, évaluant tous les envois de VSAV à domicile pour prompt secours, avait ainsi démontré que le nombre de départs réflexe était supérieur à ce que la réglementation prévoyait, le CTA ayant envoyé une fois sur trois à domicile un VSAV avant toute régulation médicale alors que le motif de l'appel ne faisait état ni d'une Détresse Vitale Possible (DVP), ni d'une Situation A Risque de Gravité (SARG). Elle avait aussi montré que le Samu n'avait pas été informé de près d'un cinquième des interventions, alors que la régulation médicale apportait une réponse six fois plus adaptée globalement et trois fois plus pour les seules détresses vitales potentielles.

La difficile conciliation des approches au sein d'une plateforme physique commune de gestion des appels d'urgence

On peut imaginer la difficile conciliation de ces approches différentes au sein d'une plateforme physique commune de gestion des appels d'urgence qui regrouperait à la fois des opérateurs pompiers et des ARM et qui traiterait tous les appels d'urgence sans distinction de la logique propre à chaque métier.

La logique de réponse à l'appel d'urgence est différente entre les pompiers et les Samu car leur métier est naturellement différent. L'un fait du secours aux biens et aux personnes, l'autre fait du soin médical. Et cette non-uniformisation possible des réponses à l'appel d'urgence est applicable également à la Police et à la Gendarmerie, dont le métier est là-aussi bien spécifique et nécessite une réponse à l'appel d'urgence qui leur est propre. Cette différence s'observe par exemple dans les travaux interministériels du Groupe CISU⁸ portant sur les référentiels d'interopérabilité : quand les pompiers évoquent des victimes à désincarcérer ou à transporter, les Samu parlent de patients à soigner et à maintenir en vie, et les forces de l'ordre s'intéressent aux auteurs à maîtriser ou à identifier.

Si aujourd'hui 31 millions d'appels sont traités d'une certaine façon par les Samu, avec un départ réflexe de Smur relevant de l'exception dans les seuls cas d'urgences vitales avérées, si 20 millions d'appels sont traités d'une autre façon par les Pompiers avec un « départ réflexe » notamment de VSAV dans plus de la moitié des cas, et si 11 millions d'appels sont encore adressés d'une troisième manière par la Police ou la Gendarmerie, qu'advient-il des 62 millions d'appels au total⁹ traités d'une façon uniforme au sein d'une plateforme ne distinguant pas les particularités de chacun des métiers ?

⁷ Berthier F et coll. Evaluation du prompt secours. Réan Urg 1998. 7,25-30

⁸ Groupe interministériel en charge de l'étude d'un Cadre d'Interopérabilité pour les Services d'Urgences (CISU).

⁹ Chiffres de volume d'appels indiqués dans le rapport IGA/IGAS sur l'évaluation du fonctionnement du Centre National Relais (CNR 114), octobre 2017

Soit ces appels seraient traités par un opérateur relevant de l'un des trois métiers précités (secours, soins ou sécurité) dans le sens correspondant à son métier, obligatoirement inadapté au métier de l'autre, soit ces appels seraient traités par des opérateurs neutres, sans réflexes métier, mais aboutirait de façon certaine à **une inflation des départs « réflexe »**, dès lors que, n'étant pas des professionnels de la santé, ces derniers seraient soumis plus encore à **un principe de précaution** consistant à envoyer un moyen de secours en cas de doute sur la criticité de la situation.

2. UNE « DEMARCHE TYPE » DANS LA REPONSE A L'URGENCE A DES CONSEQUENCES SUR LA QUALITE DES SOINS

L'application d'une « démarche type » dans la gestion des appels d'urgence a des conséquences sur les services d'urgence et déstabilise les filières de soins

Une conséquence directement visible d'une approche « réflexe » dans la gestion des appels d'urgence est l'engorgement tant redouté des services d'urgence des établissements de santé.

La régulation médicale effectuée par les Samu en amont de l'envoi de moyens de secours contribue en effet à limiter le recours inutile ou inadapté aux services d'urgence des hôpitaux.

La médicalisation préhospitalière qui permet une prise en charge des urgences vitales la plus efficace possible à l'extérieur de l'hôpital, et l'orientation du patient vers la structure de santé la plus adaptée à son besoin de soins, sont des fondements de l'aide médicale urgente en France, érigés en principe de Loi par le Code de la santé publique. L'article R. 6311-2 du Code de la Santé Publique expose notamment que la régulation médicale des Samu a pour rôle de s'assurer « de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient et de faire préparer son accueil ». **La régulation médicale contribue ainsi à optimiser les ressources de santé et à diminuer les coûts de prise en charge.**

Envoyer des moyens de secours dans une démarche « réflexe » de gestion des appels d'urgence, sans régulation médicale préalable, fait en revanche courir le risque d'une déstabilisation des services hospitaliers, en particulier des services d'urgence. C'est l'image annoncée de files d'attente d'ambulances n'arrivant pas à accéder aux urgences.

Cette démarche type ne permet pas non plus d'adapter le parcours de soins au patient. Les Samu, par leur connaissance parfaite de l'offre de soins d'un territoire et leur proximité avec les professionnels de santé, peuvent adresser directement un patient dans un service spécialisé. Cette insertion directe des patients dans les filières de soins sera plus difficile à obtenir à chaque fois qu'il y aura eu un départ de moyens de secours non médicalisés sans régulation médicale préalable.

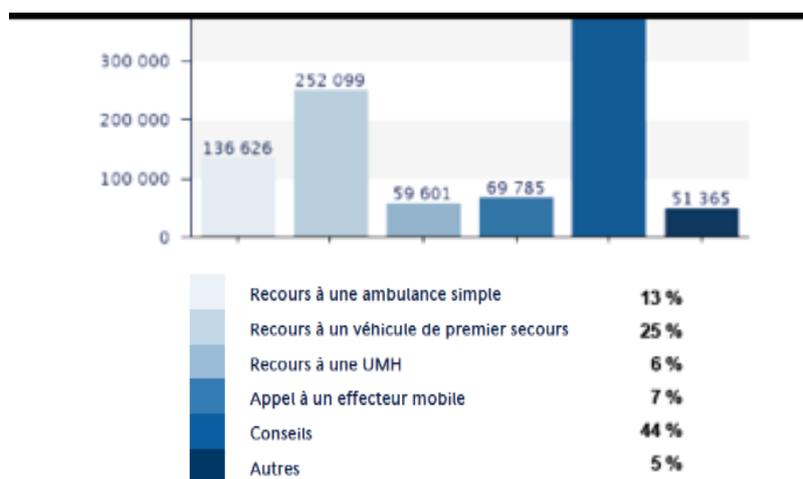
De même qu'un opérateur ne relevant pas de la sphère de la santé pourra plus difficilement orienter vers le bon service ou la bonne structure de santé. Or, bien des appels de patients traités dès le premier niveau par l'ARM ont pour objet ou aboutissent à un renseignement de ce type, sans envoi de moyens de secours. Le Samu, structure de santé hospitalière, dispose d'une fine connaissance des moyens de soins disponibles et adaptés à l'appel.

L'application d'une « démarche type » dans la gestion des appels d'urgence a des conséquences sur le maintien à domicile des patients et la continuité des soins

Une étude de 2016 de la Fédération des Observatoires régionaux des urgences (FEDORU) menée sur 7 régions¹⁰ et 269 services d'urgences, exploitant les données de 6,6 millions de passages aux urgences, montre que le renvoi à domicile d'un patient par les services d'urgence est beaucoup plus élevé quand le patient y a été amené par un VSAV. Le pourcentage de retour à domicile des patients amenés par un VSAV s'élève en effet à 60%, alors qu'il n'est que de 45% quand le patient a été amené au service d'urgence par une ambulance privée régulée par le SAMU.

L'analyse des décisions de régulation médicale sur la région Ile-de-France en 2017 montre ainsi que la réponse aux appels d'urgence passe par un nombre très important de conseils médicaux (44%), qui bien souvent permettent d'éviter à des patients de se rendre inutilement aux services d'urgence.

La régulation médicale permet aussi l'envoi de médecins généralistes sur place favorisant le maintien à domicile des patients. Avec les conseils médicaux, ce sont ainsi plus de 50% des appels traités par la régulation médicale en Ile-de-France qui aboutissent à limiter le recours aux services des urgences en 2017.



Décisions de régulation médicale en Ile-de-France sur 2017

Dans la gestion des appels d'urgence, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) prend une place importante, en permettant à la population d'accéder à un médecin de permanence en dehors des heures ouvrables des cabinets de ville, les nuits, les week-ends et les jours fériés. Cette permanence permet entre autres l'information de santé et le conseil médical qu'une plateforme physique commune unique ne peut traiter avec des démarches types de réponse à l'urgence.

La séparation des flux « santé » (AMU et PDSA notamment) n'est d'ailleurs pas une voie à favoriser dès lors que le patient qui se trompe de numéro risque alors la double peine : se trouver au sein d'un flux identifié non urgent alors qu'il est atteint d'une détresse vitale que lui ou son entourage n'a pas identifiée. Il est maintenant attesté que depuis 2002, date de la mise en place de la régulation médicale préalable à l'envoi d'un médecin généraliste, les syndromes coronariens sont mieux traités avec une prise en charge médicale plus précoce (le Samu est

¹⁰ Bourgogne, Corse, Grand Est, Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, PACA

appelé par le patient et peut tout de suite déceler ces syndromes, plus tôt que par le médecin généraliste qui s'est rendu auprès du patient).

La démarche de régulation médicale des appels d'urgence qui aboutit au traitement de la demande par un médecin urgentiste ou par un médecin généraliste s'inscrit dans le cadre des politiques publiques de santé visant à favoriser la continuité des soins et la recherche du maintien à domicile notamment des personnes âgées. **Toute démarche « type » visant à envoyer des moyens de secours en mode « réflexe » sans régulation préalable va à l'encontre de ces politiques publiques de santé.**

La régulation médicale a posteriori des départs réflexes n'est pas un remède

Face à la problématique de « départs réflexe » potentiellement inadaptés à la situation, en hausse prévisible dans une nouvelle configuration où tous les appels d'urgence seraient décrochés indifféremment par l'un ou l'autre des services SIS, Samu, Police et Gendarmerie, ou par une entité tierce, il n'est pas raisonnable de considérer que la régulation médicale effectuée juste après l'envoi du moyen serait un garde-fou.

D'abord, cette régulation médicale *a posteriori* dont l'objectif serait de confirmer ou d'annuler un départ réflexe de moyens pompiers, ne permettrait pas de réduire le coût d'intervention que ce départ réflexe induit, puisque le véhicule avec ses ressources serait déjà parti. La Santé ne peut d'ailleurs pas financer un excès de prises en charge inefficaces qu'elle n'aurait pas souhaitée.

Ensuite, la population n'accepterait pas la décision d'annulation d'un moyen pompier. Le patient qui présente une détresse ressentie et qui a vu son besoin confirmé par un premier intervenant, ne comprendrait pas qu'il lui ait été dit au début de l'appel qu'un moyen de secours était parti et que finalement ce moyen soit annulé. De surcroît, il est souvent très difficile de préconiser un maintien à domicile, lorsque le patient ressent le besoin d'aller dans une structure de santé et que le moyen de secours est présent auprès du patient. Le maintien à domicile est plus facile à expliquer et à faire admettre aux patients quand aucun moyen de secours n'a été envoyé.

Mieux déclencher le départ d'un moyen de secours, à bon escient et en nombre suffisant, est une voie d'optimisation des ressources et une possibilité d'économie appréciable dans le contexte actuel des budgets contraints, tant des services d'incendie et de secours que des services hospitaliers.

3. UNE RUPTURE DANS LA CHAÎNE DES SOINS D'URGENCE EST PREJUDICIABLE

Les liens entre le Samu et son hôpital sont essentiels pour la qualité de la régulation médicale et la prise en charge efficiente des patients

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), comme la Société européenne de médecine d'urgence (EUSEM)¹¹ et l'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS)¹²

¹¹ L'EUSEM regroupe 35 sociétés savantes nationales de médecine d'urgence en Europe

¹² 54 représentations nationales participent à l'UEMS en Europe

qui viennent d'écrire à ce sujet à Madame la Ministre des solidarités et de la santé¹³, s'inquiètent des réflexions qui sont en cours sur une possible réforme de la gestion des appels d'urgence si elles devaient conduire à ce que le traitement des soins préhospitaliers soient dissociés de la chaîne des soins d'urgence, alors qu'il s'agit d'un élément fondamental de la médecine d'urgence d'aujourd'hui.

Le Samu est en effet l'organe de coordination de cette chaîne des soins urgents, qui va de la prise en charge préhospitalière à l'admission au sein d'un service spécialisé de soins.

Les liens existants entre la régulation médicale des Samu et le reste de l'hôpital sont ainsi très forts, en particulier au moment de la gestion des appels, pour l'identification de l'offre de soins et la maîtrise de ses particularités locales, pour la connaissance en temps réel des disponibilités en lits, pour la demande d'expertise auprès d'un confrère, *in fine* pour l'orientation précoce et précise des patients dans la filière de soins qui correspond à sa pathologie. Ces liens très forts entre le SAMU et l'hôpital sont d'ailleurs essentiels lors des situations sanitaires exceptionnelles avec la nécessaire proximité de la cellule de crise hospitalière et la cellule de crise SAMU.

Ce lien entre le Samu et son hôpital permet également de sécuriser la prise en charge des patients, en facilitant l'évaluation des suites des décisions prises par la régulation médicale et en permettant le cas échéant la prise de nouvelles décisions médicales. Par exemple, une suspicion d'accident vasculaire cérébral (AVC) ayant conduit le Samu à envoyer le patient au service d'urgence de l'hôpital, peut être suivie d'une décision complémentaire d'orientation dans la bonne filière de soins après la lecture en direct par le médecin régulateur du scanner effectué dans le service des urgences qui se trouve à côté de la salle de régulation du Samu.

Enfin, la proximité sur un même plateau des médecins régulateurs urgentistes et des médecins régulateurs généralistes est indispensable pour une prise en charge optimale des appels d'urgence, les deux spécialités étant très souvent complémentaires dans cette prise en charge.

Les liens entre le Samu et son hôpital sont essentiels pour les progrès de la médecine d'urgence

Les liens entre le Samu et son hôpital existent aussi *a posteriori*, en dehors de la régulation médicale : des réunions opérationnelles sont régulièrement organisées entre les acteurs de la régulation médicale et leurs collègues de l'hôpital ; les jeunes médecins en formation mais aussi les seniors, quand ils ne sont pas en Smur ou en activité postée, vont se former à la régulation médicale, pendant une période intermittente, sans devoir être affectés directement au Samu ; l'enseignement et la recherche, par exemple sur le suivi des filières, sont développés grâce à la proximité des acteurs de santé ; etc.

Beaucoup d'établissements de santé organisent également le temps médical des médecins urgentistes en fonction de leur participation à différents services relevant de la médecine d'urgence et il n'est pas rare d'avoir des périodes d'activité de médecins urgentistes découpées en plusieurs séquences de temps passé à la régulation médicale au Samu, puis en intervention Smur, puis à nouveau à la régulation médicale, le cas échéant au service d'urgence de l'hôpital siège du Samu.

Toute organisation visant alors à créer une rupture dans ce lien entre le Samu et son hôpital, par exemple en prévoyant une plateforme physique commune Samu-Pompiers en dehors des murs de l'hôpital, est fortement préjudiciable à la qualité même de la régulation médicale et

¹³ Lettre du 3 avril 2018 de l'EUSEM et de l'UEMS à Madame la Ministre des solidarités et de la santé

obère tous les avantages liés à la proximité entre professionnels de santé. L'attractivité de la régulation médicale sera par ailleurs fortement atteinte et il deviendra difficile non seulement de former de nouveaux médecins à la régulation médicale, compte tenu des contraintes de distance physique, mais encore plus de trouver des candidats, compte tenu de l'éloignement des cultures de la santé et du secours.

Le regroupement de tous les services pose un problème aux urgentistes qui entendent ne pas quitter le milieu hospitalier qui nourrit leur culture et où ils trouvent des ressources pour l'entraide au quotidien. Si bien que le regroupement des services ne pourrait se comprendre qu'au cœur de l'hôpital (ce qui compliquerait les choses pour les autres services).

4. LE CIRCUIT COURT EST LA BONNE EXPRESSION DE LA SIMPLICITE

Les différentes solutions envisageables ont toutes des avantages et des inconvénients

Dans le cadre de la réflexion sur la simplification de la gestion des appels d'urgence, dont la conclusion trop rapide serait la mise en œuvre d'un numéro unique et la mise en place de plateformes physiques communes de traitement des appels, il est utile de se poser la question de ce qu'est la vraie ou la fausse bonne idée : plus simple ou plus court ?

Les différentes solutions envisageables ont toutes des avantages et des inconvénients : un numéro unique pour plusieurs services signifie, soit un service qui prend le pas sur les autres, soit un nouveau service « neutre » (agnostique) qui distribue les appels, soit tous les services regroupés en un point unique.

Les inconvénients sont évidemment différents : un nouveau service chargé du tri initial est un interlocuteur de plus dans la chaîne de réponse, de même qu'un service qui gère la première réponse des appels destinés aux autres est également un interlocuteur de plus dans la chaîne de réponse lorsque l'appel relève d'un autre service, avec, en plus, dans ce cas, un risque accru de confusion des rôles. Mais regrouper tous les services en un point unique emporte de nombreux autres inconvénients dont ceux évoqués précédemment dans la rupture que ce regroupement implique dans la chaîne des soins d'urgence.

Dire que « Plus simple, c'est mieux », est une fausse bonne idée.

Même si, intuitivement, plus simple, c'est mieux, de nombreux exemples montrent qu'il est souvent préférable de respecter la complexité naturelle des choses. L'existence de deux systèmes ayant des vocations assez voisines apparaît souvent comme une sécurité, l'un pouvant pallier la défaillance temporaire de l'autre (panne technique, mouvement social...). Les exemples de doublons souhaités sont nombreux, par exemple dans le domaine des services publics de sécurité avec la Police et la Gendarmerie, avec le RAID et le GIGN...

Le principe libéral de la concurrence porte en lui l'acceptation d'une dose d'irrationnel (ex : de nombreux doublons) ; et pourtant, c'est l'un des fondements de nos sociétés. Avoir un seul fabricant d'avions sur la planète serait-il source de performances et d'économies ou bien d'une stagnation technique accompagnée d'une forte augmentation des coûts ?

Ainsi, doit-on accepter d'être en permanence tiraillés entre des logiques en apparence contraires. Ainsi doit-on refuser de céder aux dogmes forcément réducteurs et donner raison

à Albert Einstein : « *Les choses devraient être faites aussi simples que possible, mais pas simplistes* ».

Les enseignements issus de la « vraie vie » en régulation médicale montrent que, chaque jour, beaucoup d'appelants s'avèrent tout à fait capables d'évaluer leur besoin entre police, pompiers ou Samu et même, plus finement, entre Permanence des soins et Urgence lourde (même si une requalification doit rester possible à tout moment de la prise en charge, ce qui milite pour le mélange des flux et le rapprochement des urgentistes et généralistes au même endroit).

Pourquoi alors leur compliquer le circuit d'appel ?

De nombreux patients, naturellement pusillanimes ou légitimement angoissés, sont vite énervés par la multiplication des interlocuteurs ; ayant peur d'être « baladés » d'un interlocuteur et/ou d'un service à l'autre, ils adoptent assez vite une attitude très agressive du type « je l'ai déjà dit, je ne répondrai plus à aucune question, venez immédiatement ou bien vous entendrez parler de moi ! » ; ce qui rend vaine toute tentative de régulation médicale et entraîne souvent des interventions inutilement lourdes, faute de pouvoir comprendre sereinement la situation.

Les premiers mots spontanés prononcés par les patients en détresse, la première phrase avec l'intonation de la voix sont essentiels dans l'appréciation de la gravité des patients. Lors de la transmission d'un appel, cette analyse de cette spontanéité est parfois occultée ou mal interprétée. Certains patients, au discours posé et parfaitement organisé, ne répèteront jamais ce qu'ils ont dit à leur premier interlocuteur considérant que ce qui est dit a été noté et pris en compte. Or, si d'aventure le premier interlocuteur répercute mal le message initial, l'essentiel de la plainte médicale se trouve occulté. Tous les médecins régulateurs ont en tête de pénibles échecs sur ce registre.

Aujourd'hui, 73% des appels médicaux¹⁴ arrivent directement au Samu, permettant un accès direct au processus de régulation médicale. Faire transiter ces appels par un niveau supplémentaire génère une évidente perte d'information et perte de chance pour le patient.

Le « circuit court » est la vraie bonne idée.

La régulation médicale est apparue en Union soviétique au début du siècle dernier où, dès la mise en œuvre du téléphone, le public a eu accès, par trois numéros, 01, 02 et 03, respectivement à la police, aux pompiers et à l'aide médicale urgente. Cette pratique a été importée en France vers 1970.

Le principe de la régulation médicale repose sur un dialogue direct entre le demandeur (de préférence le patient directement) et un médecin spécialisé pour déterminer la réponse la mieux adaptée parmi un large éventail.

La pratique de la régulation médicale montre que le « circuit court » avec le moins d'intermédiaires possibles entre le patient et le médecin régulateur est le plus sûr et le plus efficace.

¹⁴ 36,1 millions d'appels médicaux au total, constitués de 26,4 millions d'appels arrivant directement au 15 (Samu) et de 9,7 millions d'appels au 18 (Pompiers) qui concernent le secours d'urgence aux personnes (SUAP), devant faire l'objet d'une régulation médicale du Samu et sont donc retransférés aux Samu.

Pour le patient, le « circuit court » est la bonne expression de la simplicité et il est logique de placer le patient au centre du débat.

5. LES PRECONISATIONS DE LA SFMU

La décision européenne de créer le 112 comme numéro commun visait à permettre un accès identique au système de secours d'urgence dans tous les pays, **sans prétendre réorganiser les services autour de ce numéro**. Les solutions européennes sont d'ailleurs très diverses : si toutes utilisent le 112 comme filet de sécurité, elles n'ont généralement pas restructuré leur organisation autour de ce numéro.

Des souhaits du Président de la République, il convient finalement d'en retenir la finalité (encore plus d'efficacité) plus que la forme (numéro unique).

Simplifier la gestion des appels d'urgence en France peut signifier réduire le nombre de numéros et non pas uniquement n'en avoir plus qu'un seul. Passer des 13 numéros d'urgence référencés par l'ARCEP aux seuls 4 numéros 112, 15, 17, 18 est une avancée déjà majeure dans la simplification voulue pour nos concitoyens : le 112 comme numéro identique au niveau européen, identifiable par tous les touristes européens, le 15 pour la réponse aux problématiques médicales, le 17 pour les questions de sécurité, le 18 pour le secours aux biens et l'assistance aux personnes.

La Société Française de Médecine d'Urgence souhaite rappeler que le modèle français des soins d'urgence préhospitaliers et **l'acronyme SAMU sont devenus un symbole de l'excellence dans les soins d'urgence à travers le monde**. Toute réforme visant à faire disparaître ce modèle ou à l'amoindrir aurait des effets immédiats sur la qualité et la sécurité des soins et serait *in fine* préjudiciable à nos concitoyens.

Il convient aussi de conserver à l'esprit que si trois services existent, service d'aide médicale urgente, services de police ou de gendarmerie, service d'incendie et de secours, c'est bien pour gérer des problématiques différentes. La particularité de leur métier rend délicat le traitement uniforme des appels qui leur sont adressés, y compris dès les premières étapes de qualification des appels. La spécificité des métiers existe. Le maintien de cette spécificité est une garantie de l'efficacité même de ces services. La claire distinction des rôles, basée sur le métier premier de ces services, serait d'ailleurs source d'une plus grande lisibilité pour la population, chacun étant capable de comprendre encore plus facilement qui appeler selon son cas d'urgence.

Plus que des réorganisations profondes du système de gestion des appels d'urgence, passant notamment par la systématisation de plateformes physiques communes qui n'ont pas démontré aujourd'hui leur plus grande supériorité dans la qualité et la rapidité de la réponse apportée aux demandes d'urgence exprimées par la population, c'est plus l'amélioration de l'efficacité des systèmes actuels qu'il convient de rechercher.

C'est dans cet objectif que la Société Française de Médecine d'Urgence souhaite apporter sa contribution en faisant les propositions d'améliorations suivantes :

1. Une **réduction drastique du nombre de numéros d'appels d'urgence** pour n'en plus conserver que quatre : 112, 15, 17, 18.
2. **L'identification précise auprès de la population des domaines d'intervention des trois grands services d'urgence existants : la santé et le social pour le 15, la sécurité pour le 17, l'incendie et le secours pour le 18**, avec une campagne de communication adaptée permettant un circuit court de l'appel.

3. **L'adossement de l'ensemble des thématiques sous-jacentes à ces domaines d'intervention au numéro de référence qui les porte** : par exemple le Centre Anti-Poison est accessible *via* le numéro 15, le numéro pour les enfants disparus *via* le 17, etc.
4. **Une obligation réglementaire forte d'interopérabilité informatique entre les services** en remplacement de la faible suggestion actuelle de s'interopérer, sur la base d'un renforcement des travaux interministériels actuellement en cours pour définir un cadre d'interopérabilité des services d'urgence (CISU), facilitée par la mise en place de quatre grands systèmes d'information propre à chaque service. Un calendrier de réalisation de cette interopérabilité pourrait être envisagé avec des jalons à respecter par les différents services. Des mesures d'incitation voire d'imposition pourraient être étudiées pour garantir des résultats tangibles.
5. **Une évaluation de l'annexe 1 du référentiel SAP-AMU** que la mission IGAS-IGA est aussi chargée d'évaluer, pour analyser l'application effective de ce référentiel et la **pertinence de ces départs réflexes**. La révision de cette annexe 1 en vue de diminuer la liste des situations engendrant un départ réflexe de moyens de secours aux personnes sans régulation médicale préalable, compte tenu des conséquences de ces démarches types de réponse à l'urgence sur la qualité des soins.
6. **Le maintien de la décision de départ réflexe, VSAV ou Smur, au niveau des services d'urgence et non à celui d'une éventuelle plateforme 112** de premier niveau si cette voie devait continuer à être étudiée par la mission IGAS-IGA. Cette plateforme, si elle devait exister malgré les avis contraires, devrait être constituée d'opérateurs indépendants, ni professionnels de la santé, ni pompiers, policiers ou gendarmes, et chargée de la simple orientation immédiate des appels 112 vers les services d'urgences compétents, et n'aurait pas la qualité pour décider des départs réflexes, à l'image de ce qui se fait en Espagne, par exemple dans les centres 112 d'Andalousie. Les numéros traditionnels 15, 17 et 18 continueraient par ailleurs à être acheminés directement au niveau des services d'urgence existants comme en Andalousie. Au-delà de ces caractéristiques fonctionnelles, d'éventuelles futures plateformes imposées par nos tutelles ne pourraient s'envisager **qu'au sein même des hôpitaux siège de SAMU** pour permettre le maintien de la cohérence de la Médecine d'Urgence, qui se partage entre l'activité d'urgence intra-hospitalière, la régulation médicale et l'activité d'urgence pré-hospitalière, ainsi que le sens de son évolution tant française qu'européenne.
7. Dans tous les cas, **la clarification des rôles des trois services d'urgence à chaque fois qu'une confusion semble possible**, en particulier sur la problématique des carences ambulancières. Le système français est caractérisé par une organisation du transport sanitaire urgent qui n'est pas du tout celle appliquée dans les autres systèmes internationaux, par exemple en Espagne qui est souvent cité en référence. Dans ces systèmes, les services d'incendie n'ont pas de mission de transport sanitaire et **un service de transport sanitaire public fort existe**, entièrement piloté par la Santé. Une réflexion à ouvrir pourrait considérer la faisabilité de l'intégration des moyens ambulanciers des pompiers comme faisant partie, avec les ambulanciers privés, d'un ensemble de moyens de transport sanitaire à disposition des Samu, dont la mission resterait bien celle de coordonner le transport des victimes et des patients après régulation médicale. Cette reconnaissance d'un « pool » de moyens ambulanciers sollicités en fonction de sa disponibilité et de sa proximité, dûment rémunéré pour son action, doté des compétences de secouristes requises pour l'accomplissement des missions, serait la garantie d'une meilleure réponse à la demande de transports sanitaires et serait source d'apaisement dans les relations entre les Pompiers et les Samu, la confusion des rôles sur le soin et le secours étant désormais levée par cette

reconnaissance encadrée et financée de la participation des pompiers au nouveau service public de transport sanitaire urgent.