

Service d'accès aux soins et SAMU 2.0 : ne pas oublier la régulation médicale pédiatrique !

Care Access Service and SAMU 2.0: Don't forget the Medical Pediatric Regulation!

B. Vivien · G. Jourdain

Reçu le 6 novembre 2022 ; accepté le 7 novembre 2022
© SFMU et Lavoisier SAS 2022

Le premier Samu de France a été créé le 16 Juillet 1968 à l'initiative du Pr Louis Lareng au sein du CHU de Toulouse, avec pour objectif de « sortir l'hôpital de ses murs », ou plus exactement de mettre en place une organisation intrahospitalière pour assurer la gestion des urgences extrahospitalières, et en particulier coordonner l'activité des Smur naissant sur tout le territoire national [1]. Cette activité de régulation médicale a été initialement portée dans les années 1970 par des médecins généralistes, alors que les anesthésistes-réanimateurs assuraient la médicalisation des Smur lors des interventions primaires (accidentés de la route) et des transferts interhospitaliers (patients souffrant de paralysie respiratoire). Après la mise en place du 15 comme numéro gratuit d'appel national pour les urgences médicales en 1978, il a fallu attendre la loi 6 janvier 1986 et le décret du 16 décembre 1987 pour que soit enfin défini le cadre réglementaire de l'aide médicale urgente (AMU) et avec elle les différentes missions des Samu [2]. Si les Samu et Smur se sont depuis imposés sur le territoire national, le profil des médecins a évolué, les anesthésistes-réanimateurs ayant progressivement laissé la place aux urgentistes, avec un cursus de formation de plus en plus construit jusqu'à l'avènement du DES de médecine d'urgence qui assoit la spécialité en 2017 [3]. En parallèle, les Samu se sont organisés en cen-

tres de réception et de régulation des appels (CRRA), en incorporant en leur sein des médecins généralistes en charge des appels ne relevant pas de l'AMU mais de la permanence des soins (PDS). Mais c'est depuis ces 3 dernières années, selon un processus débuté juste avant la crise Covid, que le Samu a initié avec le Pacte pour la refondation des urgences et le Ségur de la santé son nouveau modèle de prise en charge des patients, le Service d'accès aux soins (SAS) [4]. Ce nouveau dispositif, qualifié par certains de « Samu 2.0 », a pour objectif de répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés de la population partout et à toute heure, grâce à un partenariat étroit entre les médecins de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière des Samu. Les enfants de moins de 6 ans représentant près de 7 % de la population en France, nul doute que la mise en place de filières pédiatriques dédiées va devoir représenter un axe prioritaire au sein de ce nouveau modèle.

Dans ce numéro des *Annales françaises de médecine d'urgence*, Balen et al. [5] ont évalué la régulation par les médecins du Samu-Centre 15 de Haute Garonne des appels pour dyspnée chez des enfants âgés de moins de 10 ans. Selon les périodes de journée ou de garde, et la gravité initiale estimée par l'assistant de régulation médicale, les appels étaient régulés soit par un médecin pédiatre, soit par un médecin généraliste, soit par un médecin AMU. À l'issue du processus de régulation médicale, les codes symptômes, les caractéristiques de l'appel, le diagnostic final et la décision médicale étaient colligés dans le logiciel de régulation du Samu. Pour les enfants ayant été adressés au service d'accueil des urgences pédiatriques de secteur (CHU Toulouse), les données cliniques, paracliniques et de suivi étaient également recueillies à partir du logiciel des urgences. Les auteurs ont défini le surtriage comme un enfant orienté vers les urgences, mais pour lequel aucun acte diagnostique paraclinique ni thérapeutique n'était réalisé, et qui ne conduisait pas à une hospitalisation. Sur les 717 appels analysés sur une période de 2 mois du 1er décembre 2018 au 31 janvier 2019, en période épidémique de bronchiolite

B. Vivien (✉)
Régulation régionale pédiatrique d'Île-de-France,
Samu de Paris, hôpital universitaire Necker-Enfants Malades,
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP),
F-75015 Paris, France
e-mail : benoit.vivien@aphp.fr

Université Paris-Cité, F-75015 Paris, France

G. Jourdain
Smur pédiatrique 92, hôpital Antoine Bécclère (APHP),
F-92140 Clamart, France

Fédération Samu-Smur pédiatriques APHP-IDF,
F-92140 Clamart, France

hivernale, les auteurs retrouvent un taux global de surtriage de 24 % (173 enfants), survenant préférentiellement en période nocturne (OR = 1,98 ; IC95% = [1,39-2,84]). Élément intéressant, la décision d'orienter l'enfant vers une structure hospitalière était de 63 % pour les enfants régulés par l'AMU, versus 54 % pour les appels régulés par les pédiatres. Inversement, le taux d'hospitalisation était plus important pour les appels régulés par les pédiatres (17 %) versus les médecins AMU (13 %). Si en première lecture ceci pourrait laisser penser que les médecins pédiatres sont plus « performants » que les médecins AMU pour l'analyse d'une dyspnée chez l'enfant, il faut néanmoins rapporter ces chiffres aux 28 % d'orientation vers les urgences et 4 % d'hospitalisation pour la régulation PDS : si les médecins de la PDS régulent a priori des appels moins graves que les médecins AMU, les médecins pédiatres lorsqu'ils sont présents au CRRA sont de par leur formation amenés à réguler un large panel d'appels pédiatriques, qui relèvent aussi bien de la PDS que de l'AMU, ce qui explique que leur taux d'orientation vers les urgences et d'hospitalisation soient intermédiaires entre ceux des médecins AMU et ceux des médecins PDS. Un autre élément à prendre en compte, mais plus complexe à analyser dans ce travail, tient aux différences de créneaux horaires assurés par les trois catégories de médecins au niveau du CRRA : H 24 pour les médecins AMU, H 24 pour les pédiatres sauf lorsqu'ils sont déclenchés en intervention Smur, uniquement soirée et nuit pour les médecins PDS. L'offre de soins ambulatoire étant plus limitée en nuit profonde, ceci conduit comme l'ont montré Balen et al. à un surtriage sur cette période, qui obère de fait les « performances » des médecins du Samu-Centre 15 exerçant H 24, ce qui est par définition le cas des médecins AMU.

La question que sous-tend ce travail effectué par l'équipe du Samu de Toulouse est la pertinence d'une régulation médicale pédiatrique dédiée au sein d'un CRRA. À ce jour, peu de Samu-Centre 15 en France ont mis en place une telle organisation, et les périmètres existants sont variés : réponse au 15 uniquement et/ou régulation des transferts interhospitaliers, au sein du CRRA ou à distance depuis un service de pédiatrie [6,7]. Enfin, une autre question à laquelle ne répond que partiellement le travail de Balen et al. tient à la qualification du médecin devant être en charge de la régulation médicale pédiatrique : pédiatre formé à la régulation médicale, ou au contraire urgentiste formé à la pédiatrie, au mieux avec une formation spécialisée transversale (FST) d'urgence pédiatrique pour les nouveaux médecins urgentis-

tes maintenant issus du DES de Médecine d'Urgence ? Sans oublier que cette régulation médicale pédiatrique doit désormais trouver sa place dans le cadre de l'instauration du SAS sur tout le territoire national, avec la création de filières dédiées, mais aussi l'utilisation d'outils modernes en régulation comme la visio-consultation et l'aide de l'intelligence artificielle [8-10]. Le Samu 2.0 est en marche, et pour la mise en place de filières pédiatriques dédiées doit capitaliser les expériences existant à ce jour comme celles de l'équipe de Toulouse, mais aussi d'autres régions de France.

Liens d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Lareng L (2005) La Naissance du SAMU. Rev SAMU 27:319-20
- République Française (1986) Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'Aide Médicale Urgente et aux transports sanitaires. Journal Officiel de la République Française du 7 janvier 1986. <https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=qsj8n20-HEJBCpjZHSy23> (Dernier accès le 6 novembre 2022)
- Hausfater P (2017) DES de médecine d'urgence aux ECN 2017 : tous les postes pourvus ! Oui mais... Ann. Fr. Med. Urgence 7:363-4
- Heidet M, Tazarourte K, Mermet E, et al (2022) Accessibilité aux soins en situation d'urgence : des déterminants complexes, un besoin d'outils novateurs. Ann. Fr. Med. Urgence 12:302-12
- Balen F, Dubucs X, Sylvester T, et al (2022) Régulation médicale de la dyspnée de l'enfant : intérêt d'une régulation pédiatrique. Ann. Fr. Med. Urgence 12:349-54
- Stagnara J, Vermont J, Jacquet J, et al (2010) Réduction des consultations non programmées et non justifiées dans le cadre des urgences pédiatriques grâce à une plateforme téléphonique. Presse Med 39:e258-63
- Fédération des SAMU-SMUR pédiatriques AP-HP d'Ile-de-France : Protocole d'organisation. Présentation à la CME de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris le 6 juillet 2021. https://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme6juillet2021_federationsmurpediatriques_protocleorganisation.pdf (Dernier accès le 6 novembre 2022)
- Pineau G, Jenvrin J, Péré M, et al (2021) Videoconferencing in the emergency medical dispatch center: A pilot study. Am J Emerg Med. 41:257-8
- Durchon C, Vanderlan S, Jegard A, et al (2022) An interactive interface for displaying recommendations on emergency phone triage in pediatrics. Stud Health Technol Inform 294:430-4
- Michot E, Woo J, Mouline L, et al (2022) Towards a clinical decision support system for helping medical students in emergency call centers. Stud Health Technol Inform. 294:425-9