

# Régulation médicale

M. Giroud

*La régulation médicale est un acte médical pratiqué par téléphone après un interrogatoire méthodique et conclu par une décision du médecin régulateur en adéquation avec le besoin de santé du patient : conseil, prescription, envoi de moyens, orientation du patient vers une structure de soins. Cet acte de télé-médecine nécessite un environnement technique adapté au sein d'un SAMU (service d'aide médicale urgente). La bonne gestion du temps est un enjeu majeur. Elle repose sur trois axes : la priorisation de la réponse aux cas les plus graves, l'envoi rapide de moyens nécessaires et l'orientation directe vers l'unité de soins la mieux adaptée. Devant toute situation où l'analyse est incertaine, le doute doit bénéficier au patient. Les moyens lourds doivent être déclenchés d'autant plus volontiers et d'autant plus rapidement que le patient en est éloigné. Un suivi méthodique de l'ensemble des cas renforce la sécurité des réponses et apporte le retour d'information nécessaire à l'évaluation.*

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Médecine d'urgence ; Régulation médicale ; SAMU ; Travail en réseau ; Télé-médecine ; Conseil médical

## Plan

■ Introduction	1
■ Justification	1
■ Finalité	2
■ Présence permanente du médecin régulateur	2
■ Critères de décision	2
■ Suivi des conseils médicaux	2
■ Nouveau réseau des urgences	2
■ Qualité	2
■ Dossier patient	3
■ Évaluation des pratiques et des résultats	3
■ Optimisation de la gestion du temps	3
■ Conclusion	4

## ■ Introduction

La régulation médicale est la prise en charge, par un médecin exerçant dans une organisation dédiée, d'un patient en situation d'urgence et se trouvant à distance. Introduit il y a une trentaine d'années, cet exercice médical est peu à peu devenu une nouvelle composante de l'art de soigner, sa particularité étant d'être un acte médical pratiqué au téléphone ; ce qui en fait une des dimensions de la télé-médecine.

Naturellement inquiet, le patient exprime des symptômes, des besoins et des attentes. Il se confie par téléphone au médecin régulateur 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. Il s'exprime plus ou moins adroitement et efficacement, une des difficultés de l'exercice de régulation médicale étant précisément liée à la très grande variété des profils d'appelants. Certains, de plus en plus nombreux, possèdent une culture médicale relativement solide, d'autres, en revanche, ignorent des informations que l'on croirait unanimement partagées. Certains sont vindicatifs et l'on risque d'en inférer qu'ils exagèrent la gravité des symptômes, tandis que d'autres, au contraire, sont tellement policés et confiants qu'ils s'expriment sans aucune insistance, ce qui peut parfois laisser échapper le caractère pourtant dramatique de la situation.

Le dialogue téléphonique entre le patient et le médecin est un interrogatoire médical qui doit être conduit avec méthode. Le médecin régulateur, dans une logique de contrat de soins, a la responsabilité de conclure cet échange par une décision en adéquation avec les besoins de santé du patient et respectueuse de son libre choix. Cette décision peut être un conseil, une prescription, l'envoi d'un moyen (médecin de garde, ambulance ou service mobile d'urgence et de réanimation [SMUR]), l'orientation du patient vers une structure de soins. Cette pratique professionnelle suppose un environnement technique adapté, généralement dans un SAMU, 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.

L'accès du médecin régulateur au dossier médical personnel (DMP) sera un progrès majeur, particulièrement important dans les pathologies chroniques, notamment chez les personnes âgées.

## ■ Justification

La justification rationnelle de la régulation médicale est la suivante :

- le patient confronté à une urgence a besoin, là où il se trouve, qu'une réponse efficace lui soit apportée rapidement.

Il appelle, ne sachant pas comment mettre en œuvre les moyens appropriés, ni même ce qu'il convient de faire ;

- les ressources accessibles en urgence ne sont pas illimitées et il y a un avantage collectif à les utiliser d'une façon adaptée et coordonnée ;
- l'accès à ces ressources nécessite une bonne connaissance de leur organisation. Leur disponibilité évolue en permanence. Seule une structure dédiée peut donc posséder les informations pertinentes et coordonner leur emploi ;
- un médecin dûment préparé à cette organisation 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.

## ■ Finalité

L'objectif initial de la régulation médicale était, il y a trente ans, de limiter les sorties du SMUR que l'on venait juste de mettre en place. Cet objectif s'est considérablement élargi et la régulation médicale occupe à présent, dans le dispositif des urgences, une place centrale et croissante. En effet, la régulation médicale effectuée à l'hôpital par les SAMU est, peu à peu, devenue le pivot de l'organisation et du fonctionnement, non seulement de l'aide médicale urgente, mais également de la permanence des soins en médecine ambulatoire, ainsi qu'un élément central de la gestion des crises sanitaires.

Le code de déontologie médicale <sup>[1]</sup> prescrit (article 8) : « Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il 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 ». Cette obligation déontologique est à mettre en parallèle avec la mission du SAMU définie par le décret de 1987 <sup>[2]</sup> : « Déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ».

La régulation médicale a, ainsi, deux principales finalités : la première est qu'elle doit apporter une aide à chacun des patients pour lesquels elle est sollicitée (finalité individuelle) ; la seconde est qu'elle doit articuler l'action des intervenants et optimiser l'usage des ressources (finalité communautaire). Le médecin régulateur peut se sentir tiraillé entre l'intérêt communautaire (préservation de la disponibilité des ressources) et l'intérêt du patient qu'il a en charge (dispensation des ressources). Ces deux finalités ne sont cependant pas contradictoires ; elles s'additionnent. Le code pénal prescrit l'obligation de porter secours et la jurisprudence des tribunaux place au premier plan la finalité individuelle de la régulation médicale. Une attitude trop restrictive dans l'emploi des moyens lourds explique, d'ailleurs, une bonne partie des échecs dramatiques de la régulation médicale et peut nourrir au sein du public un certain ressentiment à son endroit. Il convient donc de souligner que la régulation médicale, comme tout acte médical, est un acte à finalité individuelle avec des effets secondaires communautaires.

## ■ Présence permanente du médecin régulateur

Deux catégories de médecins régulateurs œuvrent généralement côte à côte au sein du centre de régulation médicale, les médecins régulateurs SAMU (urgentistes ou anesthésistes-réanimateurs) et les médecins régulateurs généralistes. La complémentarité entre ces médecins garantit une réponse coordonnée, efficace et adaptée à tous les appels urgents dans leur diversité croissante. Toutefois, les deux catégories de médecins régulateurs ne sont pas interchangeables. Au moins un médecin régulateur SAMU doit être en permanence en activité à son poste de travail en salle de régulation, y compris la nuit, par rotation. Ce point est essentiel à la sécurité, nombre d'échecs de la régulation médicale survenant au creux de la nuit, lorsque le médecin régulateur endormi est subitement réveillé pour répondre, dans l'instant, à la demande d'un

patient. Les effets de l'engourdissement au réveil brutal semblent, en effet, aussi sévères que ceux de l'ivresse <sup>[3]</sup>.

## ■ Critères de décision

Le code de déontologie médicale édicte l'indépendance du prescripteur (articles 5, 8, 95), sa neutralité (articles 23, 57), l'information du patient et le respect de son libre choix (articles 6, 35, 36), la confidentialité (articles 4, 72), le fonctionnement en réseau (articles 32, 33, 40, 60, 64), la responsabilité personnelle de chaque médecin (article 69), et la limite à ce qui est nécessaire (article 8). 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, etc.

## ■ Suivi des conseils médicaux

Le conseil est l'une des réponses de la régulation médicale. Cette réponse occupe une place croissante et elle fait de plus en plus souvent suite à une demande explicite de conseil ou d'avis. En effet, les particuliers, soucieux de prendre le minimum de risques, s'adressent à présent au médecin régulateur simplement pour lui poser des questions, notamment à propos de médicaments (erreur dans la prise, effets indésirables, crainte d'interactions, grossesse, etc.). Naturellement, seules les situations urgentes concernent le SAMU, les autres devant être réorientées vers le médecin traitant. Le conseil ou l'avis donné par le médecin régulateur (habituellement le régulateur généraliste), outre son effet généralement apaisant, est un facteur de prévention et de sécurité. Il convient donc de considérer cette évolution comme positive et de la prendre en compte, notamment par l'élaboration de règles de bonne pratique. Parmi ces règles, le suivi systématique des réponses données est à promouvoir. Actuellement, les SAMU n'assurent, en fait, le suivi systématique que des cas les plus lourds. Or, un suivi (par exemple dans un délai d'une heure) des cas n'ayant pas donné lieu à l'envoi d'un moyen permet de rattraper certaines erreurs ou incompréhensions initiales, de prendre en compte une évolution inattendue, de gérer à temps une éventuelle défaillance du dispositif mis en œuvre, etc. Le suivi systématique apporte, en outre, un retour d'information précieux au médecin régulateur et au service. Enfin, un tel suivi s'avère particulièrement bien perçu par le patient.

## ■ Nouveau réseau des urgences

Les décrets urgences <sup>[4, 5]</sup> créent le réseau de l'urgence et le dotent de trois nouveaux outils : la convention constitutive du réseau, le répertoire opérationnel des ressources, la fiche de dysfonctionnement. Le fonctionnement de la régulation médicale est dorénavant directement lié au fonctionnement de ce réseau. Le centre de régulation du SAMU est appelé à s'ouvrir à ses partenaires : associations de permanence des soins, ambulanciers privés, travailleurs sociaux, éventuellement sapeurs-pompier. La salle de régulation doit donc être prévue suffisamment vaste pour permettre son évolution au fil du temps. En outre, les SAMU d'une même région et les SAMU voisins de régions différentes doivent renforcer leurs liens. Certains SAMU disposent de consultants spécialisés (pédiatres, psychiatres, toxicologues, sages-femmes, etc.) dont il convient de mutualiser le recours. Des accords doivent, par ailleurs, régir les questions frontalières et l'entraide que se doivent les SAMU voisins. Ce réseau, dont la structure doit être régionale, ne doit pas faire obstacle à la recherche des solutions les plus appropriées pour le patient, y compris au-delà des frontières administratives. L'interopérabilité nationale du répertoire opérationnel des ressources est, à cet égard, un enjeu essentiel.

## ■ Qualité

La démarche qualité s'impose dans ce domaine comme dans tous les autres, mais elle y est d'autant plus nécessaire que les



actes de régulation médicale sont si nombreux et polymorphes que seule une gestion méthodique peut permettre de les appréhender. Les références du manuel d'accréditation des établissements de santé sont un des fondements de cette démarche. Parmi ces références, certaines méritent un éclairage particulier s'agissant de la régulation médicale. L'identification du patient n'est pas aisée et doit susciter une vigilance qui sera particulièrement sensible lorsque le dossier médical personnel sera accessible du SAMU. Le respect de la volonté du patient suppose une grande qualité de l'échange téléphonique qui va de pair avec la prise en compte du droit du patient à une information complète, notamment en termes de bénéfices-risques. Les situations nécessitant une prise en charge particulière et la douleur doivent faire l'objet d'une sensibilisation des permanenciers. L'éducation du patient a une place importante dans les conseils donnés par le médecin régulateur. Les soins palliatifs et la fin de vie nécessitent une approche spécifique.

Les protocoles de régulation médicale sont destinés à guider la réponse aux demandes. Le guide de régulation médicale est une référence générale [6]. Des règles de bonne pratique plus ponctuelles se dessinent au fur et à mesure. La réponse médicale peut parfois comporter une prescription médicamenteuse téléphonique par le médecin régulateur. Cette pratique devrait croître de façon importante. Elle gagnera à être cadrée par des recommandations spécifiques.

## ■ Dossier patient

Le dossier de régulation médicale est un élément clé de la qualité. Il doit comporter :

- le motif de recours ;
- les antécédents ;
- le résumé de l'interrogatoire médical ;
- les hypothèses sur le diagnostic et le pronostic ;
- le débat bénéfices-risques avec, le cas échéant, l'enregistrement de l'analyse des termes de ce débat et de la réaction du patient à son exposé ;
- l'expression du consentement éclairé du patient ou de son choix ;
- les éléments du suivi de la régulation médicale avec les bilans itératifs des éventuels effecteurs ;
- la procédure de clôture du dossier comportant la validation de la démarche et l'information du médecin traitant.

L'opération de clôture du dossier est un temps fort de la qualité et de la prévention des risques. C'est le moment de vérifier et de valider l'ensemble de la démarche. Au moindre doute, le rappel du patient et/ou des effecteurs permet de sécuriser la prise en charge.

L'information du médecin traitant doit être organisée. La communication au patient suppose l'établissement d'un dossier formalisé. L'enregistrement des communications téléphoniques est habituel, mais il n'est pas obligatoire. La question de savoir s'il fait ou non partie du dossier n'est pas tranchée. Il est utile à l'évaluation et à la formation et s'inscrit à ce titre dans la démarche qualité.

## ■ Évaluation des pratiques et des résultats

La revue des dossiers de régulation médicale est un exercice difficile compte tenu de leur nombre très important. Il convient donc de l'aborder avec méthode, en procédant notamment par tirage au sort. L'évaluation doit porter sur la tenue du dossier et sur la conformité aux procédures des réponses données. La dispersion des pratiques étant une des faiblesses de toute structure d'urgences, l'évaluation des pratiques professionnelles y revêt une importance majeure.

La mesure du service rendu doit, en premier lieu, porter sur la pertinence médicale des réponses données. Mais le retour d'information est aujourd'hui très incomplet. Il ne concerne généralement que les cas les plus graves et seulement aux premiers instants de leur prise en charge. Il convient donc de le compléter.

Il est généralement constaté, par exemple, qu'un infarctus sur deux arrive aux urgences sans avoir bénéficié de l'intervention du SMUR. D'autres patients lourds arrivent également aux urgences sans SMUR. Il s'agit d'échecs imputables soit à l'insuffisance de l'information du public, soit à une imprudence du patient ou de son médecin traitant, soit à une erreur de la régulation médicale. Quoi qu'il en soit, le registre de ces cas représente une source irremplaçable d'informations.

Pour apprécier l'activité du SAMU, il est généralement fait référence au nombre d'affaires traitées. Il serait intéressant de distinguer les « demandes exprimées » et les « réponses apportées ». Ce qui permettrait de mettre en évidence la plus-value majeure de la régulation médicale lorsqu'elle requalifie une demande initialement présentée comme non urgente en un cas véritablement urgent, ou inversement.

Jusqu'à-là, trop peu de travaux scientifiques ont été spécifiquement dédiés à la régulation médicale.

## ■ Optimisation de la gestion du temps

Le temps est l'un des enjeux majeurs de la régulation médicale.

La régulation médicale ne prend, elle-même, que très peu de temps (quelques minutes) et elle est généralement d'autant plus rapide que la situation est critique.

La bonne gestion du temps repose sur trois axes : la priorisation de la prise en charge des cas les plus graves, l'envoi rapide des moyens nécessaires et l'orientation directe vers l'unité de soins la mieux adaptée.

Pour la prise en compte de l'appel initial, il n'existe pas de norme officielle en dehors de la prescription de « répondre dans les délais les plus brefs » figurant dans le décret précisant la mission du SAMU [2]. Il est bien connu que le patient est très attaché à la rapidité de la réponse, rapidité qui conditionne d'ailleurs son acceptation de la régulation médicale. D'autre part, le délai de réponse est un facteur déterminant de la prise en charge des cas les plus urgents. La conférence d'experts propose comme norme que 99 % des appels soient décrochés dans la minute. Encore faut-il qu'il ne s'agisse pas d'une mise en attente, mais que la prise en charge du patient soit aussitôt engagée, au moins par l'écoute et la priorisation de la demande. Une solution efficace est qu'un permanencier ait comme fonction spécifique de réaliser rapidement un premier tri de chaque nouvel appel, de telle façon qu'une détresse vitale (par exemple l'inconscience) soit traitée prioritairement.

La régulation médicale doit aboutir à un déclenchement rapide des moyens adaptés et surtout ne pas être à l'origine d'une perte de temps par un déclenchement inapproprié ou différé de ces moyens. Certaines stratégies de régulation peuvent s'avérer consommatrices de temps, notamment lorsque la décision d'envoi du SMUR n'intervient qu'en deuxième intention, après l'envoi préalable d'un premier intervenant, médecin, infirmier, ambulancier ou pompier pour un premier bilan. Deux situations sont trop souvent à l'origine d'un délai : l'éloignement du patient d'une part, et le doute sur la gravité de son état d'autre part, les deux situations pouvant d'ailleurs être combinées. Le délai supplémentaire supporté par le patient est d'autant plus pénalisant que le trajet pour se rendre auprès de lui est long (milieu rural isolé). Pour cette raison, le SMUR doit être déclenché d'autant plus volontiers et rapidement que le patient en est éloigné, et pas l'inverse, sachant qu'il est possible, quelques minutes plus tard, d'annuler le concours du SMUR en fonction du bilan établi par le premier intervenant. D'une façon générale, devant toute situation où l'analyse est incertaine, le doute doit bénéficier au patient. Les agences régionales d'hospitalisation (ARH) privilégient souvent les indicateurs visant à évaluer la gravité moyenne des patients pris en charge par les SMUR. Ces indicateurs valorisent les équipes SMUR prenant en charge des patients ayant des indices élevés de gravité. Mais ils ne prennent naturellement pas en compte les patients de gravité élevée pour lesquels le SMUR n'a pas été envoyé, ou n'a été envoyé qu'en deuxième intention. L'usage exclusif de ces



indicateurs peut pousser les médecins régulateurs à n'envoyer le SMUR qu'en cas de certitude sur la gravité. Pour lutter contre ce travers dangereux, il convient d'utiliser également les indicateurs suivants : taux de déclenchement du SMUR en deuxième intention et taux de patients graves arrivant aux urgences sans le bénéfice du SMUR.

La régulation médicale doit faire gagner du temps par l'orientation directe du patient vers l'unité de soins la mieux adaptée. Les résultats obtenus dans l'infarctus du myocarde démontrent à cet égard l'intérêt d'une organisation intégrée dans laquelle la régulation médicale joue un grand rôle, en envoyant le SMUR dans tous les cas pouvant faire évoquer un syndrome coronarien aigu, puis en faisant accéder le patient directement à la table de coronarographie, court-circuitant tous les intermédiaires. L'évaluation par les SAMU des différents délais imposés au patient a d'ailleurs fortement impulsé la réorganisation de la cardiologie interventionnelle. Le gain de temps lié à une orientation directe en service spécialisé est de l'ordre d'une à plusieurs heures.

## ■ Conclusion

En trente ans, la régulation médicale est devenue un nouveau service public. Elle est appelée à jouer un rôle de plus en plus important. Elle est un espace de convergence entre les professionnels de l'urgence (pompiers, ambulanciers, généralistes, hospitaliers, etc.). Elle est une pièce importante du dispositif de santé publique qu'elle contribue à structurer. Elle est un poste

d'observation (système de veille et d'alerte) et un atout majeur en situation de crise (épidémies, catastrophes). Mais, avant tout, elle est un service rendu à un moment donné à un patient donné. C'est en ce sens qu'elle est un facteur déterminant de la qualité et de la sécurité du dispositif de soins d'urgence, en même temps qu'un facteur d'égalité et de cohésion sociale permettant à la personne la plus aisée comme la moins favorisée et la moins informée d'accéder si nécessaire aux ressources les plus performantes dans les meilleurs délais.



## ■ Références

- [1] Code de déontologie médicale. In: *Code de la santé publique*. Art R. 4127-1 à R. 4127-112.
- [2] Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au Service d'aide médicale urgente appelées Samu.
- [3] Wertz A, Ronda J, Czeisler C, Wright K. Effects of sleep inertia on cognition. *JAMA* 2006;**295**:163-4.
- [4] Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique. <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANH0620664D>.
- [5] Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique. <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANH0620665D>.
- [6] Menthonnex P. *Guide d'aide à la régulation au Samu-Centre 15. Samu de France*. Paris: SFEM; 2004 (383p).

M. Giroud (marc.giroud@ch-pontoise.fr).

SAMU-SMUR, Centre hospitalier de Pontoise, BP 79 Pontoise, 95303 Cergy-Pontoise, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Giroud M. Régulation médicale. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-210-D-10, 2007.

Disponibles sur [www.emc-consulte.com](http://www.emc-consulte.com)



Arbres  
décisionnels



Iconographies  
supplémentaires



Vidéos /  
Animations



Documents  
légaux



Information  
au patient



Informations  
supplémentaires



Auto-  
évaluations