

**Pierre-Henri BRÉCHAT**, membre de l'Institut Droit et Santé (IDS), Inserm UMR S 1145, université Paris 5 (Paris Descartes); membre du Centre d'Études et de Recherches de Sciences administratives et politiques (Cersa), UMR CNRS 7106, université Paris 2 (Panthéon-Assas); chargé d'enseignements au Centre européen d'Études et de Recherche Droit et Santé (CEERDS), UMR 5815, université de Montpellier; membre du comité exécutif de la Chaire santé de Sciences Po; praticien hospitalier spécialiste en santé publique et médecine sociale et urgentiste à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu de l'AP-HP

## Pour une régulation des urgences par le service d'aide médicale urgente (Samu) adaptée à notre temps

For emergency regulation by the emergency medical help service (Samu) adapted to our time

Pendant ces dernières décennies, des efforts considérables ont été déployés pour développer des services spécialement dédiés à la prise en charge *in situ* des personnes requérant des mesures de sauvetage, de soins et d'évacuation vers l'établissement le plus proche offrant des moyens disponibles adaptés à leur état, sous réserve du respect du libre choix (Prétot [X.], « Secours à victime et aide médicale urgente: doctrine d'emploi et évolution du droit », dossier « Organisation des secours et territoire », *Revue de droit sanitaire et social*, mars-avril 2018, p. 197-206). Des dispositifs participant directement au service public hospitalier ont ainsi été déployés pour assurer, notamment aux termes de l'article L. 6311-1 du Code de la santé publique, une mission d'aide médicale urgente qui « a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état ». Ce dispositif est complété par une mission de permanence des soins aux termes de l'article R. 6315-1 du même code, ainsi que par un dispositif de secours à la victime aux termes de l'article R. 1424-2 du Code général des collectivités territoriales (Borgetto [M.], « Organisation des secours et territoire », dossier « Organisation des secours et territoire », *Revue de droit sanitaire et social*, mars-avril 2018, p. 195-196).

Aux termes de l'article L. 6311-2 du Code de la santé publique, un centre de réception et de régulation des appels est installé dans les services d'aide médicale urgente (Samu) souvent appelés « les urgences » (Laude [A.], Mathieu [B.], Tabuteau [D.], *Droit de la santé*, 2<sup>e</sup> éd., Paris, PUF, 2012, p. 52, 98, 229, 314, 326, 337, 455). Ce centre a la charge importante de la phase initiale de l'intervention, à savoir la réception et le traitement de l'appel téléphonique ainsi que la régulation de l'intervention de manière à adapter la réponse du service à l'appel qui lui est adressé. Il établit pour cela des procédures de réception et de traitements des appels ainsi que de suivi des opérations initiées et de rapprochement avec les autres services nécessaires. Dans un souci de qualité et d'efficacité des soins, des référentiels ainsi que des normes sont élaborés et des formations du personnel instaurées. Un référentiel commun d'organisation du secours à la personne et à l'aide médicale urgente publié par voie d'arrêté en 2008 a

été évalué en 2014 pour être modifié par l'arrêté du 5 juin 2015. Le schéma régional d'organisation des soins du projet régional de santé de l'agence régionale de santé prévoit et suscite les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique (Prétot [X.], *op. cit.*).

Malgré cette dynamique importante, des erreurs sont commises par les centres de réception et de traitement des appels (Dugne [J.], « Urgence et responsabilité du médecin régulateur », in Vialla [F.], Reynier [M.], Martinet [E.], *Les grandes décisions du droit médical*, 2<sup>e</sup> éd., Issy-les-Moulineaux, LGDJ Lextenso éditions, 2014, p. 733-746). L'actualité nationale de ce mois de mai 2018 a été particulièrement chargée concernant des mises en cause de services d'urgence avec l'« affaire du Samu du Bas-Rhin » (*APMnews*, « Affaire du Samu du Bas-Rhin: Agnès Buzyn saisit l'Igas, le parquet ouvre une enquête préliminaire », le 9 mai 2018), celles des Samu de la Loire et du Lot (*APMnews*, « Deux nouvelles plaintes contre les Samu de la Loire et du Lot », le 18 mai 2018) et d'une dizaine d'autres semblables (*APMnews*, « Décès de Naomi Musenga: Agnès Buzyn dit avoir connaissance d'une dizaine d'affaires semblables », le 24 mai 2018). Cela survient dans un contexte sensible concernant la qualité des prises en charge par le système de santé et d'assurance maladie, mais aussi son organisation. Pour les usagers, les services des urgences sont mal organisés (Bréchat [P.-H.], Magnien-Feysot [C.], Jeunet [O.] *et al.*, « Ce que demandent les représentants d'associations d'usagers de l'Arucah aux candidats à la présidentielle de 2017 », *RDS*, n° 71, 2016, p. 354-361). Les usagers, les médecins, les infirmiers et les directeurs d'hôpitaux estiment que la qualité des soins doit être améliorée (selon le Baromètre Santé 360 réalisé par Odoxa et présenté le 26 mars 2018, les indicateurs de notre système de santé et d'assurance maladie sont en nette dégradation: l'évolution de l'indicateur comme quoi nous aurions les meilleurs soins hospitaliers voit une chute de l'évolution du pourcentage de citation de - 15 points depuis juin 2016 pour arriver à 59 % de bonne perception; la satisfaction à l'égard du déroulement du parcours de soins chute de - 14 points depuis mai 2015 pour les médecins pour arriver à 65 % de mauvaise opinion, - 9 points depuis 2017 pour les directeurs d'hôpitaux pour arriver à 90 % de mauvaise opinion et n'est que de 49 % pour les usagers; *APMnews*, « Médecins et infirmiers estiment que la qualité des soins s'est fortement dégradée (sondage) », le 24 mai 2018). Les urgences sont le reflet de l'ensemble des dysfonctionnements de notre système, comme le peu de prévention ou le désengagement de la continuité et de la permanence des soins par la médecine de ville. Le système des urgences est victime par ricochet des carences de l'organisation globale des soins et est également victime de son succès (Montet [L.], « Les services d'urgence hospitaliers: victimes de leur place dans l'organisation des soins », *RDS*, n° 80, 2017, p. 866-869). De plus, les réformes du système de santé et d'assurance maladie interrogent les valeurs et les repères éthiques et déontologiques (Caillol [M.], Le Coz [P.], Aubry [R.], Bréchat [P.-H.], « Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques », *Santé publique*, 2010; 22 (6), p. 625-636), ainsi que les principes d'égalité, de solidarité et de fraternité (Bréchat [P.-H.], *Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2016, p. 68-71). Ces diagnostics rejoignent par exemple ceux du *Panorama de la santé 2015* de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE): le système français présente des risques qui le menacent comme la lenteur de l'amélioration de la qualité des soins, l'absence de prévention, l'accroissement du renoncement aux soins.

Des systèmes de santé et d'assurance maladie arrivent pourtant à améliorer en continue la qualité des prises en charge tout en améliorant la santé de la population et en maîtrisant les coûts, soit l'atteinte des trois objectifs du « *Triple Aim* » (Berwick [D. M.], Nolan [T. W.], Whittington [J.], "The triple aim: care, health, and cost", *Health Affairs*, 2008, 27 (3), 759-769), fondement absolument nécessaire de la transformation du système de santé et d'assurance maladie. Ces trois objectifs sont ceux de la *High Value Healthcare Collaborative* (HVHC) américaine (Foury [C.], « La High Value Healthcare Collaborative américaine: un modèle pour l'Europe et pour la France », *RHF*, novembre-décembre 2017, p. 49-53) et notamment *Intermountain Healthcare*, système de santé et d'assurance maladie laïc privé à but non lucratif, considéré comme l'un des meilleurs du monde (cité par J.-A. Muir Gray, directeur du service national des connaissances du National Health Service (NHS) du Royaume-Uni [GRAY (J. A. M.)], *La création de valeur dans le système de santé, réflexions de Sir Muir Gray pour le système de santé du XXI<sup>e</sup> siècle*, communication orale, séminaire « Prospective Santé 2020 », Paris, 16 novembre 2011] ou le professeur Chris Ham, chief executive of the Kings fund du Royaume-Uni [HAM (C.), "Doctors must lead efforts to reduce waste and variation in practice", *British Medical Journal* 2013; 6 (346): f3668]). Les usagers et les professionnels de santé en sont satisfaits. Nous pourrions nous en inspirer comme le font les responsables des systèmes de santé et d'assurance maladie du Royaume-Uni, de la Suède, de l'Espagne ou de la Suisse. Les professionnels de santé des urgences pourraient s'inscrire dans cette dynamique d'amélioration continue de la qualité des prises en charge pour toute la population partout sur le territoire. Ces équipes pluridisciplinaires peuvent évaluer leurs innovations de réception et de traitement des appels, cliniques ou organisationnelles avec des analyses statistiques. Ces innovations sont issues des expériences de terrain, des savoir-faire, des articles scientifiques dont la veille est permanente et des données venant d'un système informatique national du système de santé et d'assurance maladie, ultra-sécurisé regroupant les données cliniques – garantissant le secret professionnel –, administratives, financières et sociales. Si les résultats sont positifs, ces innovations sont diffusées au niveau national par l'intermédiaire des référentiels de bonnes pratiques qui s'inscriront dans la formation continue. Les niveaux national et régional viennent en soutien des programmes national et régionaux de santé « Urgences », intégrés aux autres programmes nationaux et régionaux de santé pour répondre aux besoins de santé de la population et proposer des parcours de santé comprenant des actions de prévention et d'information (Bréchat [P.-H.], *Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie*, *op. cit.*, p. 129-139, 141-154, 161-172).

Les réformes actuelles vont dans ce sens. Une feuille de route pour améliorer la qualité du traitement des appels au Samu est annoncée (*APMnews*, « Agnès Buzyn annonce une feuille de route pour améliorer la qualité du traitement des appels au Samu avant le 1<sup>er</sup> juillet », le 11 mai 2018), de même que la création d'une fonction d'animation territoriale des urgences en Île-de-France (*APMnews*, « Île-de-France: création d'une fonction d'animation territoriale des urgences (directeur général de l'ARS) », le 25 mai 2018). Il faudra sans doute aussi arriver à un éclaircissement concernant les numéros de téléphone donnant accès à la régulation (15, 18, 112, 115, 116, 117, 119) (Montet [L.], « Les services d'urgence hospitaliers: victimes de leur place dans l'organisation des soins », *RDS*, *op. cit.*), ce que demandent des organisations professionnelles (*APMnews*, « Affaire du Samu du Bas-Rhin: des organisations professionnelles demandent une mutualisation des plateformes d'appel d'urgence », le 11 mai 2018). Il faudra donc aller plus loin d'autant plus que pour la population et les professionnels

de santé, la préservation du système de santé et d'assurance maladie est la troisième priorité absolue dont devrait s'occuper le président de la République (selon le Baromètre Santé 360 « La place de la santé dans le débat public et électoral » réalisé par Odoxa présenté le 14 novembre 2016). De plus, l'observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint – article 12 du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels – élaborée par le comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies, précise par le paragraphe 54 que les États parties, comme la France sont obligés de mettre en œuvre une stratégie et un plan d'action nationale en matière de santé. L'État doit « garantir le droit d'avoir accès aux équipements, produits et services en matière de santé qui doivent être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité », tout en veillant à leur répartition équitable (Bréchat [P.-H.], Guillod [O.], « Simulation d'un "test de résistance" ou d'un "crash test" des systèmes de santé et d'assurance maladie français et suisse par la Cour européenne des droits de l'Homme », dossier thématique: « Droit international et tendances internationales des réformes des systèmes de santé et d'assurance maladie », *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, n° 1, 2014, p. 9-18).