

Groupe de travail « 3 » du Conseil National des Secours Médicaux d'Urgence : la gestion des appels aux secours.

Constatations

1. La gestion médicale des appels médicaux est actuellement intégrée au sein du centre 112, et consiste en une prise d'appel, un interrogatoire sur base d'un manuel de régulation et l'envoi, si nécessaire, d'un des moyens disponibles de l'aide médicale urgente. Cette fonction est assumée par un personnel motivé dont la formation dans le domaine médical est insuffisante. Ce personnel est également en charge de la gestion des appels pompiers.
2. La technologie de gestion des appels est obsolète et disparate : deux systèmes coexistent (Astrid et CityGis), incapables d'interconnexions, ni de prendre en charge des données numériques (images, télé-monitoring...) qui seraient de nature à prendre des décisions d'envoi de secours plus appropriés.
3. La garde de médecine générale se structure autour de poste de garde, d'antennes mobiles et d'un système d'appel sur un numéro d'appel simplifié 1733 dont le succès va grandissant (10 millions d'appels par an attendus en régime de croisière). Un consensus clair existe pour souhaiter que la prise en charge d'un problème médical aigu obtienne la même réponse qu'il passe par le 1733 ou par le 112.
4. Le centre 112/100 n' a pas (en dehors des heures normales de bureau) la possibilité de rediriger les appels non-urgents vers une centrale d'appel médicale.

Recommandations

1. Le numéro unique « 112/100 » doit rester le moyen de traitement des appels urgents multidisciplinaires et la solution simple et rapide pour les appels de nature indéfinie.
2. Une organisation à deux niveaux séparés (calltaking/dispatching) est recommandée :
 - une personne distribuant, après traitement initial de base, les appels vers des dispatchings disciplinaires chargés de l'envoi des moyens et le suivi des missions.
 - une personne en charge du dispatching médical traite les appels médicaux ; elle prodigue des conseils en attendant l'arrivée des secours et aide à l'orientation après bilan initial par les équipes sur place.
3. Le dispatching médical doit être accessible directement aux autres appels de nature médicale (1733, télévigilance, etc...) sans encombrer le calltaking.
4. La gestion des appels par le dispatching médical doté des moyens humains et financiers appropriés doit intégrer et rendre complémentaire les divers acteurs : services d'urgence, postes de garde, équipes mobiles médicales ou infirmières par exemples.

5. Les protocoles médicaux utilisés tant par le niveau calltaking que par le dispatching médical doivent être validés par les sociétés scientifiques impliquées afin que le patient soit orienté vers la solution la plus adaptée quel que soit son appel initial.
6. Une nouvelle technologie de gestion des appels doit être mise en place et doit autoriser éventuellement le regroupement des centres d'appel. Elle doit également être capable de traiter les informations numériques pour améliorer la pertinence des informations permettant l'envoi des secours.
7. Les centrales d'alarme doivent imposer une série de critères au moyen desquels elles peuvent contrôler s'il s'agit véritablement ou non d'une situation d'urgence avant de contacter les centres de secours 112/100. Dans le but de diminuer les appels inutiles : l'installation d'un « filtre » (p.ex. un menu) avant que l'appel ne soit techniquement transféré à l'opérateur d'un centre de secours 112/100. Cette méthode permettrait de supprimer les appels qui font suite à une mauvaise manipulation et de réduire ainsi le nombre d'appels inutiles.