

URGENCES
□□□□□ 2011



Chapitre 112

Du permanencier auxiliaire de régulation médicale à l'assistant de régulation médicale : historique de la profession et perspectives d'avenir

J.-P. BERTHET

La profession de Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) a pris sa source dans les fondements mêmes du SAMU avec lequel elle a évolué.

Il requiert des qualités à la fois humaines, techniques, une bonne connaissance du terrain et des acteurs de l'urgence.

Le PARM est l'assistant privilégié du Médecin Régulateur à qui incombe la responsabilité de l'ensemble des opérations.

Il prend maintenant l'appellation d'Assistant de Régulation Médicale (ARM).

Le métier de l'ARM ne disposant pas de diplôme d'État reste encore à redéfinir.

La position de cette profession au sein de la fonction publique hospitalière, l'évolution vers la catégorie B administrative, une formation nationale unique reconnue et spécialisée sont autant d'avancées nécessaires pour asseoir définitivement ce métier parmi les acteurs de l'urgence auxquels il appartient pourtant déjà en pratique.

Malgré les progrès technologiques, les qualités d'écoute de l'ARM ne sauraient être remplacées par un programme informatique et il demeure le premier maillon de la chaîne de secours hospitalière.

La gestion d'un appel au Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) incombe pour partie au Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) récemment renommé : Assistant de Régulation Médicale (ARM).

Son travail consiste à réceptionner et à évaluer le degré d'urgence des appels entrant au 15, puis à en assurer le suivi, depuis l'envoi des moyens de secours

Correspondance : Jean-Paul Berthet – SAMU 33 – CHU de Bordeaux – Hôpital Pellegrin, place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex. E-mail : jeanpaulberthet@yahoo.fr

jusqu'à l'admission du patient à l'hôpital. L'ARM est le premier maillon de la chaîne de secours pré hospitalière et l'assistant privilégié du Médecin Régulateur à qui revient la responsabilité de l'ensemble des opérations.

Cette profession est en perpétuelle évolution et se spécialise de plus en plus. Si le PARM d'hier s'efforçait de ne répondre qu'à des situations d'urgence, l'ARM d'aujourd'hui doit prendre en charge de multiples appels qui s'étendent de la simple demande de renseignements à l'urgence absolue, en passant par l'urgence « ressentie ».

L'ARM est un métier spécifique qui ne s'exerce qu'au sein du Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) d'un SAMU ; c'est pourquoi son histoire est intrinsèquement liée à celle du SAMU. En 2008, 101 SAMU, dont 4 dans les Départements d'Outre-Mer (DOM) et 2300 ARM sont répertoriés sur l'ensemble du territoire (1).

Dans une première partie, l'historique du métier de PARM sera abordé puis dans une seconde partie, les perspectives d'avenir seront évoquées.

1. Historique du métier de permanencier auxiliaire de régulation médicale

1.1. L'histoire du métier de Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale se confond avec celle du SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence)

Dès 1536, Ambroise Paré, chirurgien des armées, cherche à évacuer les blessés loin du champ de bataille. Petit à petit, les moyens de transport se développent et deviennent plus élaborés qu'une simple civière. Au départ, cette « aide médicale d'urgence » se réduit bien souvent à une « euthanasie sanglante » (2).

En 1792, lors des campagnes napoléoniennes de Russie, le Docteur Larrey crée les « ambulances volantes » et en 1884, à Paris, apparaissent les premières « ambulances urbaines ». Dans un premier temps, elles permettent d'acheminer auprès des blessés les secours qui leurs dispensent sur place les soins avant de les transporter dans un second temps vers l'hôpital (3). Des structures similaires se mettent en place progressivement dans différentes villes telles que Nancy, Montpellier, Troyes...

En 1945, la notion de « solidarité nationale » s'institutionnalise avec la naissance de la Sécurité Sociale. Il faudra attendre le décret du 2 décembre 1965 pour officialiser l'obligation pour certains centres hospitaliers, de se doter de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence pour « toute personne qui en a besoin ». Ils ne prennent l'appellation officielle de SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) qu'en 1965. Il s'agit d'optimiser la prise en charge des patients dès l'extérieur de l'hôpital pour éviter « de ramasser un blessé, de transporter un agonisant et d'hospitaliser un mourant » (4).

Pour faire face à l'accroissement du nombre d'accidents de la voie publique et de celui des divers intervenants, une coordination apparaît nécessaire pour éviter les gaspillages de moyens, parfois mis en concurrence, et pour organiser l'accueil des victimes au sein des différents hôpitaux. L'idée d'une « régulation » apparaît (5).

Le but est d'améliorer les moyens d'alerte, d'organisation et d'envoi des secours à l'extérieur de l'hôpital pour apporter les soins optimaux au patient et le transporter vers les services d'accueil d'urgence, constituant ainsi les prémices de « l'Aide Médicale Urgente » (AMU), telle qu'elle est conçue aujourd'hui.

En décembre 1964, à Toulouse, le professeur Lareng élabore un premier projet de « Service » d'Aide Médicale Urgente (SAMU) qui sera exposé par René Coirier au ministère de la Santé en juillet 1965, avec l'idée d'un futur numéro d'appel national unique (2, 3).

Dans le même esprit, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit en 1967, « l'urgence » comme : « un ensemble de moyens sanitaires variés mis instantanément en œuvre par un secrétariat alerté par un numéro facile à retenir ; ce secrétariat étant en mesure d'ajuster ces moyens à la nature de l'aide sollicitée ».

Progressivement, chaque centre hospitalier de référence organise son propre SAMU avec des différences liées à l'identité, à l'histoire du service et aux particularités géographiques inhérentes à chaque département et région. Il perdure encore actuellement un certain particularisme, propre à chaque SAMU.

La circulaire du 5 février 1976 confère au SAMU une première assise réglementaire qui instaure la nécessité de matériels et de présence permanente du personnel pour faire face aux appels d'urgence (3).

Le 6 février 1979, la ministre Simone Veil crée les Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) ou « Centres 15 » départementaux. Le numéro d'urgence « 15 » proprement dit n'est activé que le 27 mai 1980.

En 1981, à Toulouse et à Grenoble, le personnel non médical qui gère les appels d'urgence, se voit attribuer un statut qui préfigure celui de Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM). Dans certains SAMU (Grenoble, Rouen, Strasbourg, Créteil...), des médecins généralistes participent également à l'activité de régulation accrue les week-ends et les jours fériés. Désormais, le PARM effectue à chaque appel un tri entre l'activité d'urgence médicale proprement dite (SAMU) et celle de médecine générale qui deviendra la future Permanence Des Soins (PDS).

Le texte de loi (n° 86-11) concernant l'AMU (Aide Médicale d'Urgence) est voté le 6 janvier 1986 et inscrit au Journal Officiel le 7 janvier. Le Décret 87-1005 du 16 décembre 1987 contribue à donner une reconnaissance légale au SAMU et au SMUR dont les missions et l'organisation sont désormais statutairement définies. La coordination par le SAMU des équipes SMUR sera organisée par des conventions dans les décrets n° 97-619 et 620 du 30 mai 1997 modifiant le Code de la santé Publique (6).

En 1993, une régulation est créée à l'échelle internationale pour l'envoi et la gestion d'équipes humanitaires formant le « SAMU Mondial ».

En 1995, un numéro d'urgence européen « le 112 » est mis en place.

Officiellement, il faudra attendre le 21 septembre 1990 pour voir la publication au Journal Officiel du statut de Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale dans le décret n° 90-839 (7).

1.2. Du Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale à l'Assistant de Régulation Médicale

Au début de la mise en place du 15, les appels sont assez peu nombreux et ne concernent que les urgences « vraies ». La formation à la gestion de l'appel est quasi inexistante. Le but est de coordonner les SMUR afin d'en circonscrire l'activité (5, 8). L'« affaire » est simplement notée sur une fiche de papier : il s'agit de relever soigneusement l'adresse du lieu de l'intervention et d'alerter l'équipe SMUR, la plupart du temps par un simple cri dans les couloirs du service.

Le personnel dévolu à la prise d'appel est bien souvent affecté à une autre tâche (conduite d'ambulance, secrétariat,...), variable selon les SAMU qui possèdent chacun leur organisation propre. Ainsi, il arrive que celui qui vient de prendre l'appel soit également celui qui conduira l'équipe SMUR sur les lieux de l'urgence. Cette hétérogénéité « historique » se retrouve encore aujourd'hui dans le recrutement et la composition des effectifs des ARM au sein des SAMU.

De plus, les CRRA sont rapidement contraints de répondre à tous les motifs d'appel : qu'il s'agisse d'urgences « vraies » ou « ressenties » : demandes de consultations médicales, de renseignements, de conseils, ou d'urgences médico-sociales... (5). Le « 15 » devient connu non seulement des personnels de santé mais aussi du grand public. De ce fait, il devient impératif d'organiser l'activité des SAMU avec un personnel véritablement dédié à la gestion des appels.

La création d'un poste de « Permanencier » à l'écoute de façon continue des appels au 15 s'impose et se met en place progressivement. Il devient « l'Assistant de Régulation Médicale » auprès du médecin. Ce binôme « PARM-Médecin Régulateur » constitue le socle de la régulation médicale.

Le PARM décroche l'appel, écoute le besoin exprimé par l'appelant, relève soigneusement la typologie de l'événement, l'adresse précise d'intervention et évalue les signes de gravité. Ainsi, il trie les appels et synthétise le degré d'urgence en appliquant des niveaux de priorité pour les transmettre au médecin régulateur. Celui-ci, expert en médecine d'urgence, répondra après l'analyse du dossier par le choix du moyen de secours le plus adapté que le PARM envoie (8). Ensuite, il recueille les bilans des « effecteurs » présents sur les lieux (ambulances, pompiers, équipes SMUR) et participe à l'organisation de l'accueil hospitalier du patient. Enfin, son rôle est également prépondérant dans le déclenchement et la coordination des moyens de secours médicaux lors des plans d'exception : plan blanc, ORSEC (ORGanisation des SECours)... (9).

Le PARM est ainsi le premier maillon de la chaîne de secours pré hospitalière. (4).

Une étape cruciale marque un tournant dans l'évolution des SAMU en 2002 : les mouvements de grève des médecins généralistes. Ces derniers invitent sur leur répondeur, les patients à contacter le 15 ce qui génère un afflux du nombre d'appels d'une ampleur inattendue (9). Ainsi, dans tout le pays, les CRRA doivent faire face à cet accroissement très important et soudain de l'activité. Les effectifs de personnel deviennent insuffisants et le matériel utilisé est également en inadéquation avec les besoins, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Les CRRA restent débordés...

De ce fait, il a fallu mener une réflexion à la fois pour moderniser les services des CRRA et repenser l'ensemble du système de la régulation.

Des outils technologiques de téléphonie avancée, couplés à des logiciels de régulation et de cartographie informatisée vont être élaborés et adaptés à l'activité des SAMU pour permettre de gérer les flux d'appels importants. En effet, avec les premiers standards téléphoniques, le PARM devait élaborer de véritables stratégies d'attente avant de transmettre l'appel au médecin régulateur. Avec cette modernisation technique, il va pouvoir répartir les demandes, qui seront traitées par ordre d'urgence, dans des « salles d'attente » virtuelles. Cette idée du tri initial va être renforcée afin d'éviter aux urgences vraies toute attente délétère ; la grande majorité des appels ne concernant principalement que des demandes de consultations non urgentes.

C'est également à cette période que la nécessité d'augmenter les effectifs de PARM des SAMU est apparue. Ce recrutement a permis de contribuer à définir davantage la formation et le statut de cette profession.

Comme le souligne le Docteur Gagnayre, la gestion d'appel téléphonique d'urgence nécessite « un savoir-faire de communication avec une véritable prise en charge téléphonique qui requiert la maîtrise d'un contenu médical et d'une technique d'entretien à distance » (10). La formation des ARM est dispensée dans les SAMU et au sein des Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU). Il est nécessaire d'obtenir la réussite à un concours administratif pour exercer la profession de PARM au sein d'un SAMU.

Il existe 2 formations officielles :

- le Certificat d'Exploitant Hospitalier en Télécommunication (CEHT) qui est le seul diplôme exigé (Circulaire 95-93 du 27 octobre 1995 des Ministères de l'Intérieur et de la Santé Publique) ;
- la Formation d'Adaptation à l'Emploi (FAE) des PARM (Circulaire DHOS/P2 n° 2005-32 du 18 janvier 2005) (9).

Sur le plan statutaire, et à la suite des mouvements de grève de 2009, a été signé un protocole d'accord de la fonction publique hospitalière du 2 février 2010, qui prévoit la future intégration des PARM en catégorie B de la filière administrative par le biais de nouveaux concours et d'examens professionnels (11).

Le corps professionnel des PARM comprend actuellement 3 grades (7) :

- le permanencier auxiliaire de régulation médicale ;
- le permanencier auxiliaire de régulation médicale principal ;
- le permanencier auxiliaire de régulation médicale chef.

Enfin, répertorié sous le code des métiers n° 5A502 de la fonction publique hospitalière, le Permanencier « Auxiliaire » de Régulation Médicale prend officiellement l'appellation d'« Assistant » de Régulation Médicale (ARM) (12, 13).

2. Les perspectives du métier d'assistant de régulation médicale

En 2010, être assistant de régulation médicale est un exercice très différent selon les SAMU. En effet, au sein de certains CRRA, la fonction des ARM a évolué pour se décliner en plusieurs postes spécialisés parmi lesquels :

- la prise d'appel avec la définition de trois niveaux de priorité de l'urgence (P0, P1, P2), conformément aux recommandations de SAMU-Urgences de France (14) ;
- l'engagement des moyens avec l'utilisation de logiciels spécifiques de déclenchement d'ambulance qui utilisent des systèmes numériques portables de type PDA (Personal Digital Assistant) ;
- la gestion des bilans des effecteurs de terrain ;
- la gestion des voies radios, terrestres et aéronautiques ;
- le suivi administratif des Dossiers de Régulation Médicale (DRM) ;
- le superviseur de salle ;
- la gestion des flottes ambulancières ;
- la gestion des crises...

Les ARM de ces SAMU exercent de plus en plus au sein de véritables plates-formes de régulation médicale où sont regroupés plusieurs champs de compétence : la régulation de la Permanence des Soins (PDS), la réponse toxicologique à l'urgence d'un Centre Anti-Poison (CAP), la cellule d'orientation et de transferts d'un réseau régional de périnatalité les urgences médico-sociales, une plate-forme info-santé... (15).

L'avenir de l'ARM sera lié au développement et à l'utilisation des outils modernes de communication et des logiciels de régulation présents dans ces plates-formes, qui vont lui apporter de nombreuses aides techniques. L'objectif est de rester rigoureusement concentré à chaque appel pour *in fine*, être plus réactif dans ses décisions. Ces nouvelles avancées techniques lui permettront notamment de :

- géolocaliser en temps réel le lieu de l'intervention même lorsque l'appel émane d'un téléphone portable ;

- géolocaliser en temps réel des effecteurs de secours ;
- visualiser le type d'appel, avant même le « décroché » téléphonique ;
- déterminer, avant la distribution des appels, des niveaux de priorité grâce à des autocommutateurs « intelligents » : les Serveurs Vocaux Interactifs (SVI) ;
- disposer d'accès facilités au réseau Internet ;
- déclencher plus rapidement les moyens de secours d'urgence tout en restant en conversation avec l'appelant par l'envoi instantané d'un message numérique ;
- améliorer sensiblement la gestion des flux d'appels avec l'utilisation de salles d'attente virtuelles et personnalisées ;
- établir des statistiques et afficher des indicateurs à l'aide de tableaux de bord reflétant les performances de l'activité de régulation, en temps réel ou de façon ciblée, sur une période donnée (10) ;
- ajuster les ressources en personnel en fonction des variations d'activité ;
- établir un référentiel commun dans le cadre d'une démarche qualité ;
- sécuriser les données saisies dans les dossiers de régulation ;
- gagner un temps précieux...

La gestion, l'utilisation et la maintenance de ces nouvelles techniques supposeront la mise en place d'une formation spécialisée dans le domaine de la communication et des systèmes d'information. Cet enseignement devrait être dispensé au niveau national par les CESU afin d'harmoniser les pratiques des ARM au sein des différents SAMU. Il aboutirait à un Diplôme d'État national qui permettrait d'asseoir la profession d'ARM parmi celles de la fonction publique hospitalière.

De récents travaux (2008 et 2010) dressent un état des lieux des CRRR et des SAMU. Ils vont servir de base de réflexion pour appréhender l'évolution de ces services et définir les perspectives d'avenir des personnels qui les composent.

En 2008, la Mission d'expertise et d'audit Hospitalier (MEAH) a permis d'évaluer les pratiques au sein des CRRR en vue d'en améliorer la qualité (16).

En juillet 2010, le rapport de la Mission de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) relative à la modernisation des SAMU établit un état des lieux qui confirme la grande diversité des SAMU sur les plans « techniques, des ressources humaines et des structures ». Il réalise à ce jour la plus grande base de données des SAMU en France (1). Ce rapport répertorie l'effectif national des PARM qui est de 2 300 Équivalents Temps Plein (ETP) en 2008. Concernant l'activité, il relève que pour 31 millions d'appels décrochés sur une population de 65 millions d'habitants, 12 millions de dossiers de régulation ont été créés soit un dossier de régulation pour 5 habitants.

Ces chiffres attestent du rôle essentiel de l'ARM au sein de la régulation médicale des SAMU et de la nécessité d'associer de façon optimale les moyens humains et techniques des SAMU afin d'améliorer toujours la qualité et l'efficacité de la réponse à la demande de secours de l'appelant au 15.

3. Conclusion

Le métier de Permanencier Assistant de Régulation Médicale (PARM) a pris sa source dans les fondements mêmes du SAMU avec lequel il a évolué. La prise en charge urgente de l'appelant requiert des qualités à la fois humaines, techniques, une bonne connaissance du terrain et des acteurs de l'urgence.

De plus en plus, une compétence technologique s'impose pour gérer les nouveaux outils de téléphonie avancée, les logiciels de régulation, les cartographies informatisées... Néanmoins, le PARM demeure le premier maillon de la chaîne de secours préhospitalière dont les qualités d'écoute ne sauront être remplacées par un serveur vocal. Récemment, il a pris l'appellation d'Assistant de Régulation Médicale (ARM). Du fait des diversités historiques existant entre les SAMU départementaux et de l'absence de Diplôme d'État national, il s'avère nécessaire de formaliser davantage la formation des ARM pour améliorer la cohésion et l'harmonisation nécessaires au fonctionnement en réseau. Le métier d'ARM reste encore à mieux redéfinir.

La position de cette profession au sein de la fonction publique hospitalière, l'évolution vers la catégorie B administrative, une formation nationale unique reconnue et spécialisée sont autant d'avancées obligatoires pour asseoir définitivement ce métier parmi les acteurs de l'urgence auxquels il appartient pourtant déjà en pratique.

Des échanges et des discussions abordés lors de ce congrès permettront de conforter la volonté de porter ce métier au statut qu'il mérite.

Bibliographie

1. Rapport de la Mission DGOS relative à la modernisation des SAMU ; État des lieux, Objectifs et Recommandations Opérationnelles. Mission relative à la modernisation des SAMU : Juillet 2010.
2. Catala F., Bellan H. Histoire de la médecine d'urgence préhospitalière. In : De La Coussaye J.-E. Les urgences préhospitalières. Organisation et prise en charge. Paris, Masson 2003 : 1-12.
3. Menthonnex P., Menthonnex E. Histoire de la médecine d'urgence de Napoléon à nos jours. In : Urgences 2010. 569-597.
4. Garrigue B. L'histoire des soignants dans l'urgence de Napoléon à nos jours. In : Urgences 2010. 599-617.
5. Petit P. Réussites et échecs du concept des Samu. In : De La Coussaye J.-E. Les urgences préhospitalières. Organisation et prise en charge. Paris, Masson 2003 : 117-125.
6. Bertrand C., Raynal M.-J., Ammirati C., Goldstein P. Organisation de l'urgence préhospitalière en France : les textes réglementaires, le rôle du Samu. In : De La Coussaye J.-E. Les urgences préhospitalières. Organisation et prise en charge. Paris, Masson 2003 : 13-32.

7. Rouillard A. Les Permanencier(e)s Auxiliaires de Régulation Médicale de SAMU (PARM). In : Fontanella J.M., Ammirati C., Ferracci C., Leclerc G., Tartiere S., Fonrouge J.M. et al. Les Samu-Centre 15 : organisation, activités, techniques de régulation médicale, éléments historiques. SFEM Éditions - Collections Médecine d'Urgence SAMU, 1997 : 66-68.
8. Giroud M. Régulation médicale. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-210-D-10, 2007.
9. [http:// www.parm63.free.fr](http://www.parm63.free.fr)
10. Gagnayre R. La formation des permanenciers auxiliaires de régulation médicales (PARM). Le rôle fondamental de l'interaction avec l'appelant. In : Fontanella J.M., Ammirati C., Ferracci C., Leclerc G., Tartiere S., Fonrouge J.M. et al. Les Samu-Centre 15 : organisation, activités, techniques de régulation médicale, éléments historiques. SFEM Éditions - Collections Médecine d'Urgence SAMU, 1997 : 103-107.
11. Instruction n° DGOS/RH4/2010/362 du 24 septembre 2010 relative à la préparation de la mise en œuvre du reclassement des permanenciers auxiliaires de régulation médicale dans la catégorie B de la filière administrative de la fonction publique hospitalière suite à la signature du protocole du 2 février 2010 sur la refonte du nouvel espace statutaire de la catégorie B de la FPH.
12. [http:// www.legifrance.gouv](http://www.legifrance.gouv)
13. [http:// www.cripp-idf.fr](http://www.cripp-idf.fr)
14. Menthonnex P. Guide d'aide à la régulation au Samu-Centre 15. Samu de France. Paris : SFEM ; 2004. 383 pages.
15. Goldstein P., Facon A., Bertrand C. Régulation médicale. Principes et organisation. In : De La Coussaye J.-E. Les urgences préhospitalières. Organisation et prise en charge. Paris, Masson 2003 : 53-63.
16. [http:// www.meah.sante.gouv.fr](http://www.meah.sante.gouv.fr)

