

**Conférence 1**

**Dr Pierre CARNOY (F)**  
21/08/2025

## **Comment vivre aujourd’hui la médecine de la personne ? Médecin régulateur : une médecine relationnelle atypique**

Je suis honoré d’ouvrir avec vous cette nouvelle session médicale, pour la 3<sup>ème</sup> fois depuis 2006. Merci pour la confiance du bureau à mon égard, j’espère pouvoir vous faire partager mon intérêt à cet exercice si particulier puisqu’il s’agit d’une médecine aux mains nues avec un casque et un écran tout simplement.

Mon vécu actuel comme praticien de première ligne a débuté dans les années 90. Profession inconnue en 1980, créée par les SAMU (Service d’Aide Médicale Urgente) qui ont déployé ce service dans chaque département afin de répondre à tout usager (ligne directe le 15).

Je vous propose dans un premier temps un voyage avec moi, tout d’abord en France à Moulins, petite ville de 45.000 habitants. Nous découvrirons les multiples facettes de ce métier, les bonnes pratiques, des techniques de communications et nos difficultés.

Pour cela j’ai retrouvé plusieurs cas cliniques allant d’un bébé de deux mois à un homme de 91 ans.

Puis nous ferons un tour dans quelques pays à l’étranger pour voir la situation médicale en 2025 quand on a besoin d’un conseil médical d’un médecin ou face à une vraie urgence.

Enfin j’évoquerai ma conception de cette profession en plein développement : renforcement de moyens techniques et d’un humanisme assumé allant même jusqu’à un concept de terre de mission.

Vous allez plonger avec moi dans le centre d’un réacteur, pas celui d’une centrale nucléaire, mais d’un central médical téléphonique d’urgence, celui de la vie et de la mort au quotidien, 24 heures sur 24, 365 jours par an.

Un médecin ici présent a bien connu les locaux dans lesquels je travaille toujours. C’était il y a environ 25 ans, Étienne, lui-même d’astreinte en néphrologie, venait me saluer et voir comment j’allais. Plus d’une fois, en guise de soutien il m’apportait quelques biscuits dans une boîte TINTIN, qu’il avait dénichée à Paris ou à Bruxelles !

C'était le bon temps comme on dit souvent, le travail était raisonnable, pas trop d'appels, je prenais le temps d'écouter, de donner des conseils à toutes les demandes, ils étaient contents de ma prestation me semble-t-il, et je pouvais continuer de bavarder avec Étienne.

Cette belle médecine relationnelle me plaisait et me plaît encore. J'aurais pu choisir de vous détailler comment il était assez facile à l'époque de faire ce nouveau métier de médecin déjà à distance du malade.

Mais nous sommes en août 2025, les conditions ne sont plus les mêmes, les volontaires sont moins nombreux et le nombre d'appels a été multiplié par quatre au moins.

## En immersion :

Imaginons que l'on soit un jeudi soir ...

Il est 19 h 55, me voici à l'hôpital de Moulins, je vais prendre ma garde au centre 15 de 20 h à 8 h demain matin (le 112, pour toute l'Europe).

Autour de moi une équipe médicale très soudée et aguerrie à toutes les situations possibles :

Il y a au bout du fil trois permanenciers assistants de régulation (PARM), qui prennent les appels en premier demandant l'identité, l'adresse et le motif avant de transmettre au médecin. À mes côtés un autre médecin urgentiste m'assiste pour les cas les plus graves.

J'ouvre mon logiciel et me prépare psychologiquement aux appels inconnus que je vais recevoir et devoir traiter.

Cela fait près de 30 ans que j'exerce ce métier et, comme un marathonien, je me suis entraîné, j'ai canalisé mes réactions, je me suis formé à l'écoute, j'ai appris à gérer mon sommeil, je sais mieux répondre à la gestion des conflits pour aboutir au fameux « graal » d'une régulation : « signer le contrat » avec MON appelant.

Le MON est important, oui car c'est à chaque fois MON patient, un inconnu que je vais devoir informer, rassurer et parfois convaincre du choix à faire.

Ce colloque singulier va se répéter toute cette nuit, et à chaque fois je sais que j'ai un être humain qui désire soit un conseil, soit une demande de consultation et parfois d'hospitalisation.

Je sais également que je ne connaîtrai pas la suite de ma décision vis-à-vis de cet inconnu : ai-je bien fait ? a-t-il bien compris ? (problème de langues), va-t-il mieux dormir ? Dans de rares cas je tiens à conserver ma fiche avec le téléphone, ainsi je peux rappeler après ma garde.

Il me faut être concentré, disponible à 100 % pour poser les bonnes questions.

De 20 à 22 heures je compare ma mission à de la médecine de guerre : il me faut faire très rapidement un tri, un diagnostic de gravité (ce qui est vraiment urgent et qui a pu passer à travers les mailles de mon permanencier, ce qui sera vu ce soir par un médecin, ce qui peut attendre le

lendemain ou en fait une demande abusive). Entre 20 et 30 appels par heure. C'est énorme, certains médecins n'arrivent pas à tenir cette cadence.

Comme Sherlock Holmes, il me faut envisager très vite tous les diagnostics imaginables et même inimaginables, aussi à ce jour j'ai encore confiance dans mon expérience acquise en de nombreuses années.

**Mais auparavant parlons du dysfonctionnement de la couverture santé** dans toute la France et pas seulement dans mon petit département. Il peut se résumer par une forte diminution de l'offre de soins alors que les besoins explosent. Les causes sont multiples et les effets délétères variés. La situation peut être différente selon que l'on est dans le public ou le privé. On se contente de parler des effets sur la permanence du 15 à Moulins dans le secteur public.

Dès le matin les demandes de toute sorte convergent sur ce numéro unique, le 15. Très fréquemment nous n'avons pas de solution à donner dans les situations suivantes : « plus de médecin traitant, ou il est en vacances, ou il est en maladie, absence d'un SOS médecin chez nous ». Aussi l'entonnoir est très simple : « RAPPELEZ après 20 heures, vous aurez le médecin de garde ... ».

**Dans le cahier des charges de notre poste de travail**, il est écrit que nous devons réguler entre 7 et 8 appels par heure. En vingt ans la situation s'est bien dégradée, mais nous devons faire face à cette avalanche d'appels afin de ne pas mettre en danger la population.

Si nous respections cette limitation, une « salle d'attente téléphonique » s'allongerait et déjà dans certains SAMU l'attente peut être de plus d'une heure, les gens découragés raccrochent et nous pouvons passer à côté d'un appel grave non régulé.

Il faut donc faire vite et du mieux possible, nous savons qu'à cette heure-ci nous n'aurons pas le temps de donner des conseils longs, de calmer l'anxiété d'une maman simplement inquiète par une fièvre d'apparition rapide. Le médecin de garde (l'effecteur) sera souvent mis à rude épreuve, nous devons le solliciter pour un examen médical même si le côté bénin semble évident, il nous faut prendre le moins de risque possible.

Depuis un an chez nous avec les autorités compétentes (ARS, Agence Régionale de Santé) une amélioration sensible est intervenue : d'un médecin généraliste nous sommes passés à deux médecins de 20 h à 23 h : le bilan est plus satisfaisant, toujours autant de boulot mais le temps d'attente a nettement diminué.

**Vous allez vous demander : « Et la qualité de la relation avec notre appelant en si peu de temps ?»**

Ce temps de parole est un échange qui bien que court doit être « aimant » !!! J'ai cherché un synonyme à empathie (très à la mode). Je me suis replongé dans la conférence du Pr Jan Bonhoeffer (2023) : « L'amour comme pouvoir de guérison ». En reprenant quelques passages je suis certain que vous comprendrez la nature de mes échanges : c'est le Heartfulness : le sens du cœur :

- Avoir accès à des soins affectueux,
- Avoir appris à évaluer si les patients se sentent entendus,
- Porter notre attention sur le moment présent, créateur d'un dynamisme qui éveille la vigilance de l'autre,

- Être la version originale de nous-mêmes (être authentique,)
- Donner le ton à une véritable alliance thérapeutique.

**Être omnipraticien régulateur :** un jeune médecin reçoit une solide formation théorique, ses stages d'internat en France se sont diversifiés avec les années, les stages auprès du médecin généraliste dans son propre cabinet sont plus nombreux, ainsi nous espérons susciter des vocations en médecine générale. Mais la multiplicité des cas en régulation demande une solide expérience, selon moi, il faut bien quelques années de pratique pour devenir un bon omni-praticien-régulateur.

**Les bonnes pratiques** sont assez simples et logiques en plusieurs étapes :

- Une étape de l'écoute de l'appelant, en le laissant s'exprimer avec ses propres mots et en prenant en compte son degré d'inquiétude
- Une étape de questionnement de l'appelant, afin de lui faire préciser les motifs de son appel, le contexte et ses attentes ;
- Une étape d'explication à l'appelant sur les hypothèses formulées sur son état de santé, les risques encourus, la prise en charge proposée.
- Une étape de vérification afin de s'assurer que l'appelant a bien compris et accepte la prise en charge proposée (reformulation).

**Notre responsabilité** est entière, quel pouvoir entre nos mains (nos oreilles), mais aussi quel risque prenons-nous ! Cela me rappelle un passage de l'évangile selon St Matthieu (Mt 8, 5-11) dans lequel Jésus prend ses responsabilités de médecin, c'est lui et lui seul qui intervient :

*« En ce temps-là,  
comme Jésus était entré à Capharnaüm,  
un centurion s'approcha de lui et le supplia :  
« Seigneur, mon serviteur est couché, à la maison, paralysé,  
et il souffre terriblement. »  
Jésus lui dit :  
« Je vais aller moi-même le guérir. »*

**Qui nous appelle ?**

Dans 95 % des cas il s'agit du malade lui-même, ou son représentant, comme les parents de mineurs ou les enfants de personnes âgées vulnérables. Notre attention est sollicitée pour les 5% restants par des professionnels de santé, médecins, infirmières de ville ou spécialisées pour les patients en fin de vie, ou simplement une aide-soignante de nuit. Nous parvenons à chaque fois à une décision partagée (notée dans le dossier) selon qu'une hospitalisation ou un maintien dans la structure est choisi.

## Évolution de la demande

En France nous étions fiers, il y a une vingtaine d'années, de notre médecine à la française, qualité des soins à l'hôpital (aux urgences), qualité de la réponse au centre 15, disponibilité des médecins, visites habituelles et quotidiennes à domicile par exemple.

Nous connaissons et avons évoqué plus haut la détérioration des fonctionnements d'un système de santé en France, mais un bon nombre de pays en Europe sont atteints, sauf peut-être en Suisse !!!? En revanche, l'innovation, la créativité sont bien présentes, en voici des exemples :

Travail de pédagogie pour « éduquer » les patients :

- Faire le 15 avant d'aller aux urgences,
- Rappeler les horaires de garde comme 20 h à 24 h ou les week-ends.
- Mise en place dans notre département d'un S A S (Service d'accès aux soins) afin de répondre en journée dans la semaine à tout appel par un médecin régulateur.

## Cas cliniques assez fréquents

### *L'angoisse d'une maman*

Bébé de deux mois qui tombe du lit des parents (inadveriance d'un parent) : après un interrogatoire neurologique poussé je les rassure (hauteur du lit faible), mais je suis avec des parents étrangers qui parlent mal le français, la maman manifeste une anxiété majeure, je dois conclure en lui disant d'aller à l'hôpital en pédiatrie, alors qu'une surveillance sur place aurait suffi.

### *Insupportable*

Il est 21 h, appel d'une personne de 24 ans : sur ma fiche : état grippal. À mes questions, date de début : ce matin, fièvre : 38, principaux signes : mal de gorge, courbatures. Pas d'antécédents, pas de signes de complications. Période d'épidémie, surcharge de travail pour le médecin de garde, aussi je décide de lui donner seulement des conseils et de proposer de consulter demain un médecin. Sa réponse est administrative : « Mais je ne suis pas allé au travail, il me faut un arrêt ! »

### *Désagréable (au début)*

Le même soir, femme enceinte de sept mois, malade seulement depuis le matin, mal de gorge isolé, veut voir le médecin de garde. Je m'oriente à nouveau vers un conseil. Brutalement le ton change : « Heureusement que ce n'est pas une urgence vitale ! ». Tout en restant très calme je lui dis que mon travail est difficile, qu'il me faut faire un tri et que nous apportons toujours une réponse adaptée à la gravité. Dans ce cas, son énervement est de courte durée et nous nous séparons en bon terme.

### *Violent*

Vers 3 heures du matin, la fille d'une femme de 48 ans est en panique : sa mère a fait un malaise avec perte d'urine, elle est actuellement violente, casse des objets. À l'interrogatoire j'apprends qu'elle est en sevrage alcoolique. Décision de moyen de transport qui souvent finit par les pompiers et la police.

### *L'angoissée*

La nuit vers 0 h : L'épouse de M. PIL appelle car ce dernier a une gêne thoracique : Le permanencier aimable l'interroge un peu : elle est très anxieuse, dit avoir 95 ans, son époux 88 ans, antécédent cardiaque : opéré de la valve aortique. Il lui passe le médecin d'emblée face à son angoisse, lequel demande à parler directement au patient. Elle est surprise et obéit : M. PIL « rassure le médecin », selon lui il n'aurait pas appelé. L'interrogatoire néanmoins rigoureux du médecin permet de confirmer l'absence de problème cardiaque aigu, et conclut en lui demandant de contacter son médecin traitant le lendemain.

Pour ce médecin régulateur du 15 : qui croire ? L'épouse hyper anxieuse ou le patient qui peut minimiser les signes cliniques. Ce sont des situations fréquentes et l'expérience du médecin permet

dans certains cas d'envoyer un secours alors qu'un patient peut croire que cela reste tout à fait bénin.

### *Le « disque rayé »*

Un homme alcoolisé m'appelle à 4 h du matin : « je ne me sens pas bien, je veux être hospitalisé pour une cure de désintoxication ». Devant l'impossibilité de lui trouver une place rapidement, je lui explique que ce n'est pas possible. Il ne veut rien entendre et commence à m'injurier. Aussitôt je mets en place cette technique du disque rayé en répétant la même chose le plus calmement possible. Je peux vous dire que cela marche ! Au final la personne s'épuise en devenant moins agressive et j'ai même droit en conclusion à une injure du type : « Je ne n'ai jamais vu un médecin aussi idiot ! ». Dans votre vie privée pensez au disque rayé pour éteindre une dispute sans vous énerver...

## **Des cas plus complexes**

### *Pas assez vigilant*

C'était il y a 25 ans environ, à mes débuts ; cette observation montre que parfois l'empathie ne suffit pas. Il était 3 h du matin, une jeune femme de 25 ans veut un avis gynécologique, elle doit subir un traitement dans quelques jours pour lésion suspecte du col utérin (conisation) : elle est très angoissée et sur ma fiche j'avais ajouté simplement « pas très cohérente ». Je la rassure et lui dis qu'elle peut venir aux urgences au cas où cela ne s'arrangerait pas. Une heure après, j'apprends que les pompiers sont intervenus car elle avait fait une tentative de suicide (en s'ouvrant légèrement les veines). À cette époque déjà les médecins ne se déplaçaient plus en garde ; de mon temps en envoyant le médecin de garde, il aurait pu désamorcer sa situation en tête à tête, je dirais même en cœur à cœur.

Cette histoire m'a marqué et quelques années après j'ai fait une formation poussée sur les suicides. Ceci peut tous vous intéresser, on sait que le passage à l'acte peut être brutal mais souvent il est prémedité. On parle de scénario, ou de projet, qui est très souvent retrouvé si on pose les bonnes questions en face d'un état qui nous paraît anxioléptique. Il faut oser demander : « Avez-vous pensé à vous suicider ? Si oui, « de quelle manière, médicaments, fusil ? », (on sait qu'un fusil dans une maison est un facteur de risque). Quelle décision ? Si le risque est faible, penser à trouver rapidement un « filet de sécurité » : faire venir un ami, un proche pour l'entourer. En cas de projet suicidaire avéré, c'est l'hospitalisation en urgence. (En France nous avons une échelle d'appréciation de 0 à 7 : le R U D – Risque, Urgence, Dangerosité).

### *Un malaise apparemment banal*

Une femme de 60 ans est dans un grand magasin avec une amie, elle fait un malaise sans perte de connaissance avec pâleur et douleur abdominale du côté gauche. Son amie fait le 15 : Le médecin régulateur l'interroge succinctement et par prudence demande si son mari pourra l'emmener un peu plus tard aux urgences. Un ami médecin prévenu juste après par téléphone apprend que le matin elle a fait une chute dans sa baignoire et qu'elle a eu un peu mal aux côtes. Pensant à une possible hémorragie interne elle fut en urgence accompagnée à l'hôpital : c'était bien une fracture de rate avec saignement intra capsulaire, une embolisation en urgence arrêta le saignement.

### *Savoir écouter, prendre son temps :*

C'est un homme qui m'appelle pour son épouse à 6 h du matin : elle revient de Clermont-Ferrand (gros CHU à 90 km de Moulins), pour sa troisième "chimio" (leucémie). Juste deux jours après elle

présente une fièvre à 40°5. Elle est faible sans sueur, je comprends leur inquiétude, car on pense tout de suite à une aplasie et peut-être à une septicémie. Le dialogue est bon, il me pose beaucoup de questions, ayant chez lui un appareil à tension, je lui demande de la prendre afin d'éliminer un choc septique. Je le sens un peu perdu, il me faut attendre quelques minutes, je ne le brusque pas. « Prenez votre temps ». 14/8 finalement, je les rassure et affirme que je ne vois pas de caractère d'extrême urgence. Ne voulant pas qu'elle passe aux urgences de Moulins, je lui conseille d'appeler à 8 h le service du CHU.

C'est une situation relativement fréquente, je suis confronté à une pathologie sévère d'emblée, il est prioritaire malgré les appels en attente : il me faut trouver le juste ton, le juste mot et je sens très vite quand j'obtiens un climat de confiance. Ainsi, en faisant baisser son niveau d'angoisse (côté affectif), j'amène mon interlocuteur à reprendre sa capacité à réfléchir (côté raisonnement). Dans de tels cas, ce temps privilégié d'écoute va entraîner son adhésion à la décision à prendre qui sera de ce fait partagée.

Le lendemain j'ai tenu à le rappeler, il m'a dit que cela s'était bien terminé : à 8 h du matin elle avait encore 40° et il a appelé aussitôt le service : le médecin a demandé son transfert en urgence.

Devant l'indisponibilité des ambulances il a décidé de l'emmener lui-même dans sa voiture ! A l'arrivée prise de sang, milieu stérile, c'était bien une bactérie dans le sang.

#### *Un refus d'hospitalisation, les difficultés dans le grand âge*

M. C., 91 ans, vit avec son épouse à son domicile.

Un samedi à 16 h sa fille appelle (elle habite à 100 km) : « Mon père est confus depuis hier, il est tombé récemment deux fois, et ma mère épuisée est très inquiète pour la nuit qui vient. Il est même parti en voiture à son étang, et il est revenu complètement perdu. Pouvez-vous l'hospitaliser ? »

Je demande s'il est sous tutelle (NON) et s'il sera d'accord. Sa fille me répond que déjà ce matin elle avait fait appel au 15 : une ambulance était venue et il avait refusé catégoriquement de monter dans l'ambulance en signant une décharge.

Nous sommes dans une situation délicate, je pourrais rappeler le patient mais il faut chercher une solution avec sa fille. C'est un cas de psycho-gériatrie non vital a priori, mais je pense également à un hématome sous-dural à éliminer ; malgré l'insistance de sa fille je sais déjà que ce sera quasiment impossible de le ramener ... de force.

Pour deux raisons : il n'est pas sous tutelle et c'est une question de transport : même les pompiers (ils sont 3 par véhicule) refuseront le transport sans un certificat médical sous contrainte (Ce sont les cas de danger imminent pour un sujet violent pour lui-même ou contre les autres).

Ayant demandé à sa fille de se déplacer chez ses parents, je tiens à la rappeler un peu plus tard, et là, surprise, j'apprends que sa sœur (à 100 km également) n'est pas d'accord et ne veut pas que soit hospitalisé leur père. Nous sommes en présence d'un désaccord familial et j'invite cette famille à se rapprocher le lendemain de leur médecin traitant.

Deux jours après, je recontacte la fille qui me dit qu'il est à nouveau tombé entre temps, une ambulance l'a emmené et il n'est resté que quelques heures aux urgences. Je comprends alors que l'épouse veut qu'il entre en maison de retraite, ce qu'il refuse catégoriquement.

Nous recevons de plus en plus d'appels de ce genre, sous un prétexte médical nous voyons bien que depuis des mois la solution n'a pas été trouvée et que faire appel au 15 est une manière de « forcer » la porte des urgences. Dans les cas les plus compliqués comme dans la maladie d'Alzheimer, l'arrivée non programmée aux urgences devient vite une catastrophe pour le service et surtout pour le patient (laissé des heures sur un brancard parfois avec une contention physique ou chimique s'il est agité).

Dans le cas de M. C., son médecin traitant organisa un matin une visio-conférence avec le SAMU et le service de gériatrie. Une entrée directe en gériatrie (sans passer par les urgences) fut la bonne solution.

### *Une prise en charge inédite*

C'était à Dijon, Marie-Claude Vincent, psychiatre, qui a fait une conférence aux Pays-Bas en 2022, m'a raconté cette anecdote : « Je me trouvais chez une amie pour un repas de fin d'année avec une autre amie, médecin de 65 ans, qui venait de bien manger et boire deux ou trois verres de vin alors qu'elle était dans une situation émotionnelle difficile (sa mère en fin de vie). Elle s'est rendue aux toilettes, en sortant s'est sentie mal, nous l'avons assise et elle a perdu connaissance quelques minutes, les yeux révulsés. Le 15 nous a envoyé les pompiers et ceux-ci ont préféré faire venir le SAMU. La jeune médecin du SAMU m'a paru assez impressionnée qu'il y ait un médecin sur place et une autre en cause dans ce malaise. Elle n'a pas voulu prendre le risque de mettre la patiente en position assise dans l'ascenseur et a demandé le camion des pompiers avec la grande échelle. Aussi a-t-elle été transportée en matelas coquille par la fenêtre... A posteriori, j'ai senti que les pompiers étaient très contents de faire un essai d'évacuation par la fenêtre ! »

## **Petit tour à l'étranger**

Nous donnons ici des exemples de prises en charge d'urgences dans d'autres pays, qui nous ont été rapportés par des amis, sans préjuger de la situation réelle pour le pays tout entier ni connaître les fonctionnements des systèmes de santé de ces pays.

### **Aux USA**

Dans l'état du Kansas une amie me raconte un cas assez simple : en fin d'après-midi les cabinets médicaux sont fermés, crise de panique chez un homme à domicile. Devant la situation angoissante, mon amie appelle le 911, proposition de se rendre aux urgences ou envoi facile d'une ambulance (en France nous réservons les ambulances pour les cas plus graves). À l'arrivée, après quelques heures d'attente, évaluation psychologique qui le guide vers un service gratuit (988 Crisis) : Rendez-vous est donné le lendemain auprès d'une psychologue.

### **Au Québec**

911 pour les urgences graves. 811 pour les cas simples. Dans les cliniques et les maisons médicales ce n'est pas payant. En revanche, en ville, si on trouve directement un médecin c'est payant. Au Québec se sont développées les infirmières de premier soin (IPS), elles ont été formées aux petites urgences (« bobologie »), et ne font appel à un médecin que si cela est grave. (*En France aussi, des infirmières se spécialisent dans beaucoup de domaines (IPA) avec un niveau Bac +5 : elles exercent ces compétences soit dans l'exercice libéral en cabinet et en visites à domicile, soit dans des consultations spécialisées d'hôpital*).

## ***En Angleterre***

Kathy a bien voulu me décrire leur organisation :

\*Appels non urgents : le 111. En premier : un.e secrétaire ou un.e infirmier.ère dispose d'un questionnaire type auquel l'appelant doit répondre. Les réponses permettent de diriger soit vers les urgences, soit vers un médecin pour une consultation par téléphone ou de visu.

\*Appels urgents : le 999. Encore des questionnaires du type : « Est-ce que la malade respire ? » Kathy se souvient une fois : « J'avais beau dire que j'étais médecin, ils insistaient avec leurs questions inutiles ... »

## ***Au Burundi***

Petit pays de l'Afrique de l'Est, 13 millions d'habitants, situé entre le Rwanda, la Tanzanie et la République du Congo. J'ai rencontré cette année à Moulins une femme Burundaise mariée avec un Français, nous avons évoqué le système de santé de son pays. Comme dans de nombreux pays sur notre planète, il n'y a aucune couverture sociale, l'appel pour un problème de santé est compliqué. En dehors des hôpitaux, il existe des cabinets médicaux fonctionnant les soirs et les week-ends, très onéreux. La solidarité familiale permet d'éviter des hospitalisations surtout chez les plus âgés.

Trois anecdotes :

Si on fait appel aux pompiers, ils n'ont aucune formation en secourisme et ne gèrent que les incendies.

Pour ceux qui ont des moyens on peut faire appel aux « Flying Doctors » qui transportent médicalement par avion un malade, au Kenya par exemple.

Il n'y a pas de plaintes vis-à-vis de l'hôpital ou des médecins car il existe dans toutes les villes, par quartier, par rue, « un chef des dix maisons », c'est un sage désigné qui est chargé de régler beaucoup de conflits de voisinage comme dans la santé.

## ***En Tchéquie***

Grâce à Petr que j'ai sollicité deux fois, voici la situation actuelle : les appels téléphoniques sont centralisés par le numéro unique 155, une ambulance est souvent envoyée en cas d'urgence. Pour les cas moins graves, les médecins généralistes ne voulant plus faire de garde, les malades viennent directement aux urgences de l'hôpital avec beaucoup d'attente et certains abus. Mais qui répond à ce centre 155 ? Ce sont des infirmières expérimentées, le médecin étant rarement sollicité. Petr m'a avoué qu'il n'avait jamais eu recours au 155 !

## ***En Suisse***

Je termine ces voyages par la Suisse et c'est normal puisque vous nous accueillez. Votre système de régulation est intéressant et j'aimerais que vous en parliez dans vos petits groupes : il est question de délégation de tâches. Un de mes jeunes patients (dans les années 80/90) habite en Suisse depuis 2007 dans le canton de Vaud. Il a créé sa société d'ambulances et c'est lui qui m'a fait découvrir ce qu'est le 144 (équivalent de notre 15). Voici comment cela fonctionne : un grand bâtiment à Lausanne regroupe le 144, un central médical de médecins, le SMUR (véhicules avec médecin urgentiste), les pompiers, la police. Cela recouvre les cantons de Vaud (850.000 h) et de Neuchâtel (190.000 h).

Toutes les demandes médicales arrivent au 144. Répondent soit des ambulanciers soit des infirmiers-ères (tous formés pour être experts en régulation). Ils peuvent envoyer des secours ou passer l'appel au médecin qui donnera des conseils ou enverra un médecin de garde.

La grande différence avec la France est le haut niveau de formation des ambulanciers : 4800 à 5000 heures en 4 ans puisqu'ils peuvent ensuite eux-mêmes poser une perfusion, soigner un OAP avec

du Lasilix, instituer une antalgie ou devenir eux-mêmes experts au 144. Je n'ai pas pu encore rendre une visite à Lausanne (le 144), donc je ne peux pas vous dire si l'humanisme règne dans ces locaux.

Pour finir, connaissez-vous le plus vieux médecin régulateur en Europe ? J'ai repris contact avec lui en début d'année pour lui demander de me parler de ses souvenirs. Très longtemps pendant ses gardes il se déplaçait à domicile et faisait un électrocardiogramme.

À sa retraite dans l'association des médecins cardiologues, il devint comme moi médecin régulateur. Sa plus belle histoire : il avait 95 ans, il expliqua à un patient peu inquiet que ses douleurs dans la poitrine méritaient un examen urgent. Il l'écouta et fut pris en charge pour un infarctus. Avec son humour, il me raconta qu'au téléphone il s'était bien gardé de lui dire son âge.

Il habite à Neuchâtel, et vous aurez deviné que c'est notre ami Jean-Claude Jornod qui vous transmet toutes ses amitiés fraternelles.

## En conclusion

### *Un peu de spiritualité !*

En vous présentant toutes ces situations cliniques si différentes, je tiens à vous faire part de mon ressenti, je pourrais dire de mon moi profond. À chaque fois que je décroche mon téléphone, je sais que je veux vivre l'instant présent. Je suis en prise direct avec une personne. Avec mon recul, je pense que j'arrive mieux à l'aimer, tout simplement, je me suis à la longue dépouillé de mes agacements, de mes jugements négatifs. Il me faudrait arriver à un détachement complet de mes préjugés en offrant ce temps d'écoute que beaucoup attendent, bien que, vous l'avez vu, certains abusent de notre système. Humanisme, empathie, compétence doivent être réunis à chaque appel, du plus banal au plus complexe.

Médiatement parlant, j'ai trouvé une aide dans une prière que j'ai faite mienne depuis deux ans : c'est Sainte Thérèse d'Avila (carmélite espagnole 1515 – 1582) qui a mené une vie extraordinaire pour la réforme des carmels en parlant de l'oraision : toute sa vie fut prière et action. Aussi, elle cita cette prière que je dis quand j'ai terminé une régulation compliquée : « Seigneur, es-tu content de moi ? ». Cette parole qui s'adresse en direct à Dieu est tout à fait différente de : « Est-ce que je suis content de moi ? ».

### *Terre de mission*

L'ampleur de la tâche est immense, longévité de nos aînés, pénurie médicale, aggravation de la précarité, accroissement de la demande, stress à tous les niveaux. Nous manquons cruellement de bras, de médecins volontaires. J'accepte encore quelques années d'être en mission (comme Étienne dans le Jura ou à Dijon).

Je le vis comme un appel de Dieu, je veux rester sur le bateau médical, bien conscient qu'à certaines gardes, on est en plein naufrage médical (épidémies de grippe, de gastro-entérite).

C'est surtout en pleine nuit que j'invoque mon Seigneur quand, au 20<sup>ème</sup> appel, je rouspète et je maudis intérieurement le patient, jugeant qu'il m'appelle presque pour rien. Ma souffrance est bien réelle et je dois l'accepter.

Comme pour la Médecine de la Personne, je lance des appels à des médecins plus jeunes que moi (dont de jeunes retraités), je n'ai pas beaucoup de succès car ils ont souvent de bonnes raisons de décliner et ont trouvé d'autres investissements.

Je laisse le mot de la fin à une aide-soignante de nuit en maison de retraite, qui m'a raconté :

« Il y avait une dame de 98 ans un peu désorientée mais qui arrivait encore à se faire comprendre. À 20 h avant son départ, l'infirmière constatant une gêne respiratoire avait écrit : « Attention à un OAP cette nuit » (Œdème aigu du poumon). À 23 h je la trouvais moins bien et appela le 15. Le médecin de garde arriva et confirma un OAP avec troubles de la conscience, il rappela le 15 et demanda une équipe médicale (SAMU). À son arrivée, le médecin urgentiste constata qu'en fait la respiration était seulement très bruyante. Après quelques stimuli, cette dame sortit de sa torpeur en disant : « JE VEUX RESTER ICI ».