

# Gestion des urgences sociales par les SAMU Centre15

Montluçon 20 et 21 juin 1997

<b>Président</b> Pr. B. Nemitz (SAMU 80)	<b>Animateurs</b> Dr S. Bleuez (Tourcoing)
<b>Modérateurs</b> Dr M. Decreau (SAMU 76 A) Dr S. Tartiere (SAMU 75)	Dr D. Janniere (SAMU 75) Dr L. Jehel (SAMU 94)
<b>Rapporteur</b> Dr M. Giroud (SAMU 95)	Dr N. Lasne (MSF)
<b>Secrétaires</b> Dr M-S. Viillard (SAMU 03 Montluçon)	Mme B. Mottet (DDASS de l'Allier) Mme M. Obry (SAMU social, Paris)
Dr E. Ducher (SAMU 03 Montluçon)	Mme Perrie (Direction des Hôpitaux de Bordeaux) Dr M-J. Raynal (SAU Perpignan)

## Introduction

Un nombre croissant d'appels à caractère social est pris en charge par les SAMU Centre 15. Tous les SAMU sont concernés. Certains ont plus particulièrement travaillé à l'identification de cette activité sociale des SAMU et à l'amélioration de la gestion de ces appels.

Face à la charge de travail que représentent ces appels, et compte tenu de la spécificité de leur gestion, il convient aujourd'hui de faire le point et de définir des orientations.

## I : La réalité de la Gestion des Urgences Sociales dans les SAMU

### 1.1 Le cas de Paris

Le SAMU Social de Paris est une structure autonome recevant directement ses appels et gérant ses interventions.

Le SAMU de Paris et le SAMU Social sont situés dans des lieux assez éloignés.

Les patients réorientés par l'une de ces deux structures vers l'autre sont, sauf exception, invités à l'appeler directement.

## 1.2 Le cas de Rouen /Le Havre

Le Conseil Général ayant diminué les subventions allouées aux deux SAMU de Seine Maritime, les responsables de ces services ont entrepris de démontrer la réalité de leur activité sociale.

Une enquête a été réalisée pendant un mois. Elle s'est appuyée sur une fiche d'évaluation des appels (fiche élaborée par des médecins régulateurs, des permanenciers, des psychiatres, des psychologues...).

Les appels à caractère social représentent 6% de la totalité des appels. Il faut en moyenne 20 minutes pour gérer un appel social contre 3 minutes pour un problème médical.

Les appels à caractère social arrivent aux heures de pointe (17-22 heures), au moment du pic des autres appels.

Cette étude a permis la reconnaissance du rôle social du SAMU et une subvention du Conseil Général a été accordée pour budgétiser deux postes de permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM) et un poste d'assistante sociale pour l'identification du problème, son traitement le lendemain etc. Ce travailleur social n'est pas spécifiquement en poste au SAMU, mais il est intégré dans l'équipe des travailleurs sociaux du Centre Hospitalier. Il est présent en régulation de 17h à 22h.

Pour l'instant, cette démarche est encore au stade expérimental et elle devra naturellement être complétée (ne serait ce que pour couvrir les jours de repos de ce travailleur social).

Mais d'ores et déjà une "culture sociale " est entrée au SAMU.

## 1.3 Autres SAMU (revue non exhaustive)

Le SAMU de Versailles a réalisé une enquête montrant que 5 à 6% de la totalité des appels parvenant au SAMU sont à caractère social.

Le SAMU de Valence possède un cahier social qui répertorie toutes les réponses sociales possibles du département. Un poste d'assistante sociale à temps plein a été créé. Un budget de 50 000 F permet de régler certains impayés sociaux (aux ambulanciers, médecins, SMUR...).

Le SAMU de Niort reçoit les appels au SAMU Social en dehors des heures ouvrables, en relais des structures sociales de jour. Il bénéficie, en contrepartie d'un renfort en personnel social.

## II : L'Epidémiologie des Appels à caractère Social

### 2.1 Types d'appelants

#### Globalement, on recense deux catégories d'appelants

- avec domicile
- sans domicile (appel souvent d'un tiers qui a vu une personne couchée dans la rue)

#### Inventaire des situations les plus fréquentes :

- femmes isolées avec enfants
- personnes âgées isolées : dispositif de télé alarme, relevage, chute
- problèmes financiers identifiés, avec demande de conseil ou d'intervention gratuite ;
- le motif est souvent : "je ne peux pas appeler le médecin, car je ne peux pas le payer ",
- ou bien il s'agit d'une demande d'admission à l'hôpital, qui est supposé gratuit, avec demande de transport gratuit
- l'appel aux numéros d'urgence, comme le 15, reste parfois la seule possibilité de recours à un médecin après la suppression progressive des autres fonctions téléphoniques par France Télécom (usage restreint) : le patient n'a plus la possibilité d'appeler directement son médecin.
- problèmes purement familiaux :
- femmes battues
- rixes
- problèmes de toxicomanie souvent associés à une précarité sociale
- problèmes posés par l'alcoolique : c'est un tiers qui appelle pour se débarrasser du trouble
- signalement par les établissements scolaires d'enfants avec privation de soins (appels du matin) ou d'enfants que l'on n'est pas venu chercher (le soir)
- violences sur les enfants : l'appel téléphonique est un moyen de parler, sans avoir à se présenter, sans appeler la police
- appels des foyers pour SDF : gardien désemparé devant une situation qui lui paraît médicale
- détresse psychologique : motif fréquent d'appel pour les personnes en difficultés sociales, d'autant que parmi la population en situation de grande précarité on évalue dans une ville comme Paris, à 16 % les personnes atteintes de troubles psychotiques et à 24 % celles atteintes de troubles dépressifs (rapport Kovess V. et Mangin-Lazarus C., 1997 - "La santé mentale des sans abris dans la ville de Paris")
  - Ces appels souvent réitérés par les mêmes personnes nécessitent le plus souvent une écoute attentive et une orientation. Ces détresses sont parfois exprimées par une tentative de suicide ne nécessitant pas de prise en charge en réanimation mais nécessitant une hospitalisation, en raison du risque potentiel de récurrence.

- appels d'enfants le mercredi : ces appels catégorisés " malveillants" traduisent parfois la pénible réalité sociale de ces enfants seuls, sans aucune distraction. Depuis l'identification du numéro de l'appelant, un dialogue peut parfois être établi avec ces enfants et leurs parents ; ce dialogue peut permettre une évaluation de la situation voire une orientation vers une autre structure. Il est intéressant de souligner que ces appels -qui sont réellement malveillants- sont à prendre en compte non seulement sous l'angle répressif ou dissuasif, mais également sous l'angle humanitaire et social.

## 2.2 Statistiques

Les appels à caractère social représentent 6 % de la totalité des appels reçus aux SAMU (Rouen, Versailles)

La thèse de I. Astier et S. Desjardin (SAMU de Rouen) rapporte pour ce type d'appel la répartition suivante :

- 35% alcoolisme
- 27% tentative de suicide
- 21% dépression, angoisse
- 19% SDF
- 17% problèmes familiaux
- 13% problèmes de santé mentale
- 11% problèmes conjugaux

## 2.3 Les Outils Actuels de Recueil des Informations

Le Havre a intégré un item social dans la fiche de régulation du logiciel APLIGOS®

- Rouen a établi une fiche de recueil, mais si cette fiche s'est révélée utile pour l'analyse fine durant un mois, elle est jugée inadaptée en pratique courante.
- Le SAMU Social de PARIS a établi une grille avec trois grands axes :
  - le nom, l'âge, le temps d'errance, la demande
  - le problème exposé, le diagnostic social
  - la suite donnée et l'orientation
- Médecins Sans Frontières (MSF) établit des dossiers informatisés médico-sociaux mais signale qu'au moins trois mois d'entretiens sociaux et de consultations sont nécessaires pour avoir un diagnostic précis.

## 2.4 Réflexion sur les Outils qui seraient utiles

Des réalisations présentées ci-dessus il apparaît que de tels outils doivent répondre à trois objectifs :

- décrire le type d'appel
- éclairer les financeurs et les décideurs
- permettre le suivi des personnes à l'occasion de chaque appel (fichier actualisé des cas sociaux, avec les précautions nécessaires à la protection des informations personnelles).

Le SAMU est un excellent observatoire de l'urgence sociale, comme de l'urgence médicale. Toutefois, afin d'avoir une vue globale du problème, les outils d'étude épidémiologique sur les urgences sociales doivent se situer dans un ensemble de trois cercles concentriques, aux limites d'ailleurs évolutives :

- au centre de ces cercles, le SAMU (statistiques sur les appels et leur orientation)
- autour du SAMU, les différents services impliqués dans la prise en charge des cas sociaux : SAMU Social, Service d'Accueil des Urgences, médecins généralistes, organisations non gouvernementales (MSF etc...), téléalarme pour personnes âgées, SOS amitié...
- en périphérie, les informations générales sur l'état des problèmes sociaux dans le département (DDASS : RMI; Caisse d'Allocations Familiales : familles monoparentales, bénéficiaires de l'Aide Personnalisée au Logement ; ASSEDIC : chômage).

## III : L'Organisation de la Réponse aux Appels Sociaux

### 3.1 La formation des personnels de régulation

Les PARM et les médecins régulateurs du SAMU doivent être préparés et formés à l'urgence sociale.

La mise en place d'une cellule médico-psychologique au sein du SAMU pourrait contribuer à répondre aux appels à caractère social.

Certains personnels qui ne font pas partie de l'effectif ordinaire des Centres 15 peuvent s'avérer précieux pour la prise en charge des appels sociaux :

- PARM ayant bénéficié de formations complémentaires orientées sur les problèmes sociaux
- travailleurs sociaux, (assistantes sociales essentiellement)
- conseillers en économie sociale et familiale
- psychologues
- infirmiers psychiatriques
- éducateurs spécialisés

La présence d'un psychiatre au sein du SAMU pourrait contribuer à une meilleure évaluation et prise en charge des troubles psychiatriques parmi les appelants en situation de détresse sociale.

### 3.2 Une plate-forme de Réception des Appels Sanitaires et Sociaux Urgents

Reprenant les conclusions du récent séminaire de SAMU de France sur les perspectives de la régulation médicale (en cours de publication), les participants de la table ronde considèrent comme très souhaitable la création de "plates-formes départementales de réception des appels d'urgence sanitaires et sociales".

Le principe de telles plates-formes est celui de l'unité de lieu (ou du moins, de l'unité de conception) de l'ensemble du dispositif de réception des appels urgents médicaux et sociaux.

Actuellement ces appels sont reçus dans des centres généralement dispersés : le SAMU, le SAMU Social, les centres antipoison, les centres de téléalarme, les standards de SOS médecins, SOS amitié, bientôt les centres 115, etc...

#### **Le regroupement de ces centres apporterait**

- une meilleure entraide, notamment pour les cas relevant de plusieurs équipes,
- une interpénétration des différentes cultures,
- une économie d'échelle (notamment la nuit).

L'application de ce principe pourrait, bien entendu, être modulée en fonction des ressources propres à chaque département. Le SAMU pourrait y avoir un rôle plus ou moins important.

Mais, en toute hypothèse, le regroupement de l'ensemble des services de réception des appels sanitaires et sociaux devrait préserver la spécificité du rôle historique du SAMU dans la prise en charge des urgences médicales.

L'extension éventuelle de son champ d'action ne doit pas, en effet, faire perdre au SAMU ses compétences spécifiques.

Au sein de ces plates-formes, les numéros spécifiques de chaque service devront être conservés : ils présentent, en effet, l'avantage de permettre la préorientation des appels.

### 3.3 Le Répertoire des Moyens d'Interventions

Un répertoire d'aide à la régulation avec relevé des structures départementales d'hébergement et d'aide sociale est un outil considéré comme indispensable.

### 3.4 Le réseau des Correspondants

Des réunions multidisciplinaires permettront d'établir et de renforcer un réseau personnalisé de partenaires impliqués dans la prise en charge des urgences

sociales, incluant l'hôpital, les médecins libéraux (RESO), les représentants de la DDASS, diverses associations, les centres d'hébergement, le CCAS...

La multiplication des numéros d'appels et d'associations autonomes (par exemple "écoute jeunes"), doit inciter à la prudence compte tenu de l'absence fréquente d'infrastructure, d'expérience et de formation des répondants.

### 3.5 L'accueil Hospitalier des Urgences Sociales

- Au CHU de Bordeaux l'un des deux services d'accueil des urgences est doublé d'un centre accueillant spécifiquement les urgences sociales et médico-sociales. L'objectif de ce centre est de délivrer des soins de la meilleure qualité possible dans un environnement permettant aussi la prise en charge du problème social, avec le temps et les intervenants nécessaires.
- A Bobigny, le principe d'organisation est différent : les patients relevant d'une aide sociale sont pris en charge dans la structure commune, mais avec un circuit spécifique.
- A Rouen, le CHU a passé convention avec une association pour assurer les transports nécessaires à la prise en charge des cas sociaux. Le CHU a, par ailleurs, organisé un lieu d'hébergement de jour (la Chaloupe).

D'une manière générale, il est souligné que les hôpitaux ont un rôle traditionnel d'accueil.

Dans certains cas ce rôle entraîne un risque important (incendie au CHU de Rouen provoqué par des SDF). Dans tous les cas, il y a également lieu de s'interroger sur les effets à long terme de l'hébergement dans les hôpitaux des cas sociaux, alors même qu'il convient d'essayer d'orienter ces personnes vers des structures mieux adaptées.

Enfin, la discussion est largement ouverte sur les inconvénients et les avantages respectifs d'un accueil social différencié (séparé) et d'un accueil commun incluant des travailleurs sociaux.

## **BIBLIOGRAPHIE :**

### **1 Aycaguer I., Gaffory N., Perrié N.**

Urgences et service social. Réalités et perspectives. Congrès.  
Les problèmes médico-sociaux aux urgences. Février 1997 Bordeaux.

### **2 Balazs G.**

Les indicateurs de pauvreté.  
Actualités sociales hebdomadaires 1996 ; 1960 : 35.

### **3 Bleuez S.**

Régulation des appels pour urgence sociale. Dans : Les SAMU - Centres 15.  
Organisation, activités, techniques de régulation médicale, éléments  
historiques.  
à paraître. Paris, SFEM éditions 1997.

### **4 Calame P.**

Loi de cohésion sociale une formidable occasion manquée.  
Le journal de l'action sociale 1996 ; 40-41.

### **5 Chabrun-Robert C.**

Les risques sociaux et médicaux de l'exclusion.  
Le Concours médical.1997 ; 119 : 637-638.

### **6 Dabadie Ph.**

Y a-t-il des réponses institutionnelles. Congrès.  
Les problèmes médico-sociaux aux urgences. Février 1997 Bordeaux.

### **7 Debionne F-P.**

Quart monde et hôpital.  
Gestions hospitalières 1994 ; 341 : 771-775.

### **8 Dodier N., Camus A.**

Les urgences de l'hôpital.  
Informations sociales. 52 : 18-24.

### **9 Dubrulle N., Tranquard M., Fleury-Guillet I.**

Réflexions du service infirmier. Congrès.  
Les problèmes médico-sociaux aux urgences. Février 1997 Bordeaux.

### **10 Feroni I.**

Les usagers de l'hôpital démunis et marginaux : de mauvais clients ?  
Gestions hospitalières 1994 ; 341 : 768.

### **11 Girard J-F.**

Renouer la prise en charge sanitaire et la préoccupation sociale.  
Gestions hospitalières.1994 ; 341 : 776-778.

**12 Gregor D.**

10 francs la nuit.

Le Généraliste 1996 ; 1762 : 28.

**13 Keusch P.**

Un accueil spécialisé pour les plus démunis.

Le journal de l'action sociale 1996 ; 21.

**14 Kovess V. Mangin-Lazarus C.**

La santé mentale des sans abris dans la ville de Paris

Association l'élan retrouvé 1997 Paris.

**15 Jannièrè D.**

SAMU et urgences sociales. Congrès.

Les problèmes médico-sociaux aux urgences. Février 1997 Bordeaux.

**16 Lamarque G.**

L'exclusion.

Paris : Presses Universitaires de France 1996 : 127.

**17 Le Sire F., Lepade D.,**

Guignery-Debris H., et coll.

Incidence des problèmes sociaux dans l'activité d'un Centre 15.

Communication congrès des SAMU Saint-Etienne 1996.

**18 Le Sire F., Guignery-Debris H., Jan F., Briquet E., Toutain M., Drieu C.**

Problèmes sociaux et Centres 15. A propos d'une expérience havraise.

La revue des SAMU. 1997 ; 2 : 98-102.

**19 Orssaud C., Dubuisson R., Cabazan M.**

Les urgences sociales dans un service d'accueil des urgences.

La revue du praticien. 1995 ; 301 : 30-35.

**20 Pitois-El Aziz C.**

Patients démunis : Une expérience de proximité.

Le Généraliste. 1996 ; 1735 : 22.

**21 Roy P.**

Grande exclusion : bientôt des réseaux psychiatres travailleurs sociaux.

Le quotidien du médecin. 1997.

**22 Vachon J.**

Les visages pluriels de la pauvreté.

Actualités sociales hebdomadaires 1995 ; 1935 : 9-10.

**23 Circulaire DGS/SP 2 n° 664 du 25 /10/1996 relative à l'accès aux soins des plus démunis.**

**24 Monographie : Pathologie de la précarité et de la misère.**  
La revue du praticien 1996 : 1821-1868.