

# Penser l'appel de détresse au 15 - Partie 2

## Introduction

### Flora Bastiani

Bonjour et bienvenue dans le podcast *Penser la santé*. Nous nous retrouvons pour la deuxième partie de l'épisode consacré aux questions posées par les appels adressés au quinze. L'appel aux quinze, numéro d'urgence du SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) est un maillon essentiel du système de secours en France. Lorsqu'une personne compose ce numéro, elle entre en contact avec un Assistant de Régulation Médicale, ARM, chargé de collecter les informations nécessaires et d'évaluer la situation. En fonction de cette évaluation, le médecin régulateur, après avoir pris connaissance de l'appel, décide de la prise en charge et envoie si nécessaire les secours appropriés.

L'efficacité et la rapidité de cette chaîne de secours peuvent être déterminantes pour sauver des vies. Ce système, qui repose sur des décisions prises à distance, est cependant soumis à des enjeux humains et professionnels majeurs. La qualité de la formation des Assistants de Régulation Médicale, leur capacité à évaluer une situation d'urgence uniquement sur la base des informations transmises par l'appelant, et la manière dont les décisions sont prises en temps réel, sont autant de facteurs qui influencent la prise en charge.

Comment les intervenants de la régulation médicale peuvent-ils évaluer avec précision la gravité de l'état d'un malade à travers un simple échange téléphonique ? C'est la question centrale de toute consultation en télé-médecine, mais elle se pose de manière encore plus cruciale avec le quinze, qui doit identifier les véritables urgences, tout en traitant un très grand nombre d'appels chaque jour et chaque nuit.

Je reprends donc la discussion commencée dans la première partie avec mes invités, Lolita Bisquerra...

### Lolita Bisquerra

Bonjour, je suis Lolita Bisquerra. Je suis ARM au SAMU de Toulouse depuis dix ans et formatrice au Centre de Formation de Régulation médicale depuis deux ans.

**Flora Bastiani**

Et Vincent Bounes.

**Vincent Bounes**

Bonjour, Vincent Bounes. Je suis médecin, professeur d'université et puis chef de service du SAMU trente-et-un, qui comprend le centre de réception des appels de la Haute-Garonne.

**Flora Bastiani**

Merci à tous les deux.

**Pluralité des interlocuteurs**

**Flora Bastiani**

Dans le rôle d'Assistant de Régulation Médicale, on voit qu'il y a un dialogue constant avec une variété d'interlocuteurs : les médecins, les paramédicaux, les infirmiers, les patients, les proches, voire les proches aidants parfois. Cela signifie qu'il y a aussi des différences de langage et d'attitudes avec chacun de ces interlocuteurs. L'Assistant de Régulation Médicale communique avec chacun d'entre eux. Il doit être en capacité de parler avec le vocabulaire qui correspond aux repères de chacun de ses interlocuteurs différents. J'imagine que ce n'est pas quelque chose d'évident de faire le lien, de faire la traduction entre ces différents mondes.

**Lolita Bisquerra**

Oui, c'est vrai qu'on a des interlocuteurs très différents. D'un côté on peut avoir les médecins, des équipes médicales ou des paramédicaux qui vont utiliser des termes très techniques, et de l'autre côté, on va avoir des patients ou leurs proches qui eux vont avoir un langage plus commun, et c'est un vrai exercice d'adaptation pour nous. On doit réussir à décoder ce que les gens disent, peu importe la manière dont ils le disent. On doit répondre d'une manière qui met les gens à l'aise tout en restant clairs et précis.

**Flora Bastiani**

Vous cherchez un rapport de confiance, j'imagine.

### **Lolita Bisquerra**

C'est cela, il faut être sûr qu'on soit compris par la personne qu'on a au téléphone.

### **Flora Bastiani**

Est-ce que cela demande des actes spécifiques ?

### **Lolita Bisquerra**

Alors, on apprend les techniques de communication, on a des cours, on forme nous-mêmes nos futurs Assistants de Régulation Médicale à des cours sur la communication, justement pour bien réussir à se faire comprendre. C'est très important dans notre métier parce qu'on ne voit pas, tout passe par téléphone. Donc il faut s'assurer que...

### **Flora Bastiani**

Oui, vous ne voyez pas la personne. Il faut bien trouver un moyen de s'assurer qu'elle a bien entendu.

## **Les préjugés dans la prise de décision**

### **Flora Bastiani**

La limite de la télémédecine, c'est qu'il n'y a pas d'examen clinique, donc pas d'autres données que ce qu'exprime la personne qui appelle. J'évoquais tout à l'heure la terrible histoire qui est survenue en deux-mille-dix-sept, où l'opératrice n'a pas du tout écouté la plainte de la personne. Comment lutter contre des biais qui peuvent être des préjugés culturels ? Par exemple, un biais qui est bien décrit par la littérature est le syndrome méditerranéen, c'est-à-dire le préjugé dans lequel on considère que les personnes de type méditerranéen se plaignent de manière exagérée de la douleur. Cette même question peut se poser avec des personnes ayant une difficulté à s'exprimer qui peut être liée au choc produit par la situation, ou une déficience s'il y a une pathologie. Comment, dans le dialogue, dépasser ces préjugés liés à l'expression, liée à une situation particulière ? Est-ce que cela fait partie aussi des questions qu'on se pose dans ces formations ?

### **Vincent Bounes**

Tout le temps. Vous avez vraiment mis le doigt sur un nœud du problème. La

communication, pour nous, c'est réellement ce qui nous permet de prendre une décision, au mieux évidemment de notre conscience, avec des arguments. En médecine, et par définition, on est des humains, donc l'erreur existe. Quelles que soient les procédures qu'on met en place, nous allons faire des erreurs. Dans ce service, on part du principe que l'objectif est évidemment d'en faire le moins possible et de travailler sur ses erreurs pour avoir des enseignements qui me permettent de ne pas les répéter. Ce que je dis à toutes mes équipes, c'est : « Je ne demande pas que vous ne fassiez jamais d'erreurs, c'est impossible. Mais on ne doit pas faire deux fois la même erreur ». C'est important.

On en revient à ce nœud de la communication. Oui, vous avez raison, le patient nous appelle et déverse sur nous son angoisse, sa peur, sa douleur, avec un vécu qui est extrêmement différent. Il y a des personnes malades qui ont des problèmes de l'élocution, par exemple parce que c'est un Accident Vasculaire Cérébral. Il y a des personnes qui ne parlent pas bien le français, il y a des personnes qui culturellement ne se plaignent pas forcément... Cela dépend d'un panel de personnes qui nous appellent et c'est à nous de nous adapter.

On a quand même des recommandations, des choses qui nous permettent de nous adapter. La première, c'est que chaque nouvel appel est un nouvel appel. C'est un tableau blanc, en anglais on parle de « washout ». Entre chaque patient, on remet le cerveau à zéro. Ce n'est pas parce que le patient d'avant a été compliqué, nous a engueulé, a été difficile à gérer, qu'il faut que le nouveau patient reste dans le même moule. Cela passe aussi par une organisation des pauses, du temps de travail qui permet que sur chaque appel, on a un temps où on n'a pas d'appel pour pouvoir vider le cerveau. Très important. On travaille aussi sur le rythme de travail, sur la surcharge de travail, sur les pauses, etc. Pour nous permettre d'avoir toujours cela.

Deuxième chose : on essaie toujours, que ce soit les ARM ou les médecins, de parler aux patients. Pourquoi ? Parce que vous avez le verbal et, même à l'oral, le non-verbal. Vous avez le souffle, le gémissement, le timbre de la voix et on peut savoir au téléphone si un patient est angoissé, si un patient est essoufflé. Voir ce que le patient ressent. On peut, avec un peu d'expérience, le voir. Cela ne s'apprend pas forcément, mais c'est en tout cas ce sur quoi on met l'accent.

Par exemple, on a des petites aides : faire compter un patient jusqu'à dix sans reprendre sa respiration permet de savoir quelle est sa capacité respiratoire. Ces petits tests qu'on pratique nous permettent de savoir cela.

Après on a d'autres grandes règles. On essaie de ne pas s'énerver et de rester neutre, le plus possible. On a ce devoir de neutralité qui n'est pas toujours facile à avoir, je vous l'accorde. Mais on est bien d'accord.

**Flora Bastiani**

Quand on est face à quelqu'un qui souffre, il peut être très énervé.

### **Vincent Bounes**

Parfois, il faut reconnaître que certaines personnes font vraiment tout pour tomber malade. Je vais un peu caricaturer, mais des personnes se mettent délibérément en danger, boivent énormément d'alcool, ne font pas attention à elles et donc se mettent dans une situation de danger qui parfois nous choque un peu. Parfois, on se dit : « Mais enfin comment est-ce qu'il s'est mis dans ces situations-là ? » Quand je vois par exemple des jeunes femmes qui se retrouvent ivres mortes toutes seules dans les rues de Toulouse, c'est quelque chose qui, à titre personnel, me touche. J'ai des filles qui ont le même âge. Donc on évite toujours d'avoir ces a priori. Tout patient est un nouveau patient.

Enfin, je dirai que le doute bénéficie aux patients : c'est une des grandes règles du SAMU. On envoie beaucoup d'ambulances « pour rien », ce n'est jamais pour rien. Vous avez compris qu'ils ne transportent pas les patients. Chez nous, le taux d'envoi est autour de trente pourcents sans transport derrière. Parce qu'on envoie une ambulance pour voir. Parfois, on est quasi intimement convaincu que ce n'est pas grave et qu'il y a pas vraiment de quoi s'inquiéter. Très souvent, on envoie quand même. Il y a le « quasi » persuadé et on envoie quand même, pour le pourcent de chances où cela pourrait être plus embêtant. On a beaucoup d'ambulances comme cela qui font des soins sur place parce que le doute bénéficie aux patients.

Ce sont des règles assez simples : on ne s'énerve pas, chaque nouveau patient doit avoir « le même niveau de considération que tous les autres », le doute bénéficie aux patients. Et puis on essaie au mieux de parler aux patients et d'avoir des questions complètes et claires.

À partir du moment où on essaie de faire bien son travail, même si on fait une erreur, on ne pourra pas se reprocher de l'avoir fait. Vous voyez ce que je veux dire ? On a fait en notre âme et conscience au mieux qu'on pouvait.

Je pense que dans l'affaire que vous avez cité, peut-être un des facteurs, on a peut être le sentiment, mais encore une fois, je ne veux pas porter de jugement là-dessus... Ce que je demande à mes équipes en tout cas, c'est de faire de leur mieux. Toujours. On a le droit de se tromper à partir du moment où on fait cela. Le moins possible, on est d'accord.

### **Flora Bastiani**

Du point de vue de la formation des Assistants de Régulation Médicale, il y a un travail aussi sur ces possibles préjugés qui peuvent intervenir dans l'écoute ?

### **Lolita Bisquerra**

C'est très compliqué d'enseigner cela parce que c'est le jugement et les préjugés sont propres à chacun. C'est un enseignement qui est difficile. Mais oui, on leur explique qu'il faut rester neutre peu importe le public qu'on va avoir au téléphone, on est là pour aider tout le monde. On ne fait pas de différence.

### **Flora Bastiani**

D'accord.

## **Décision d'orientation d'un patient**

### **Flora Bastiani**

Alors, le rôle des Assistants de Régulation Médicale, c'est aussi de recueillir le bilan de chaque intervention pour permettre de décider de l'orientation du patient vers un service de santé. Comment cette orientation est-elle décidée ? Est-ce une concertation avec le médecin ? J'imagine bien que oui, mais en fonction de quoi oriente-t-on le patient vers un établissement plutôt qu'un autre ?

### **Vincent Bounes**

Là encore, beaucoup de questions éthiques. Puisque vous êtes quand même spécialiste de l'éthique et je vais vous dire quelques questions qui nous préoccupent de manière quotidienne : faut-il transporter tous les patients, en particulier ceux qui refusent et en particulier ceux dont on pense qu'il pourrait y avoir un risque à les laisser à la maison ?

Je prends un exemple assez simple, une personne appelle pour son mari, sa sœur, son ami, qui est dépressif et qui dit : « Il va se tuer, elle va se tuer, venez vite », etc. On va voir la personne qui dit : « Mais non, je ne suis pas dépressif, je vais très bien », etc. Vous avez tous les degrés de nuances, vous voyez ce que je veux dire ? Elle vous dit cela, mais cette personne est par exemple très alcoolisée.

### **Flora Bastiani**

Vous devez juger en fonction d'un contexte.

## Vincent Bounes

Exactement. On est tout le temps en train de se poser des questions sur la bonne orientation du patient et les bons choix pour les patients. Ce sont des choses qui sont extrêmement compliquées, sur lesquelles on a aussi toute une sensibilité individuelle qui joue. On a des décisions qui parfois varient selon les différents intervenants. J'aurais tendance à dire qu'on essaie toujours d'avoir le maximum d'informations et de décider en son âme et conscience.

Alors, comment on oriente un patient vers tel ou tel établissement ? Les premiers choix d'abord : est-ce que le patient est suivi dans tel ou tel établissement parce qu'il a déjà fait un infarctus et qu'il refait un infarctus ? La logique médicale veut qu'on l'adresse à l'établissement où il est suivi, où il a son dossier, où il va retrouver son praticien qui le connaît déjà et qui le suit. Beaucoup de patients qu'on hospitalise sont déjà suivis pour une pathologie quelque part.

Ensuite, il y a aussi la capacité technique d'accueillir le patient qui joue. On a parlé de patients qui font un infarctus. Toutes les cliniques sur Toulouse par exemple, même l'hôpital de Purpan, ne sont pas équipées pour prendre en charge un infarctus en phase aiguë, c'est à Rangueil, si vous parlez du C.H.U. (Centre Hospitalier Universitaire). Certaines cliniques n'ont pas le plateau technique capable de prendre en charge un infarctus. Donc nous n'adressons pas dans ces établissements de patients qui ont des douleurs thoraciques parce qu'il y a un risque qu'il fasse un infarctus.

Évidemment, le choix du patient est important, mais on peut être amené, entre guillemets, à lui expliquer pourquoi on ne respectera pas son choix. Tout simplement, il est suspect de faire un Accident Vasculaire Cérébral et il demande l'établissement où il n'y a pas de neurologue. C'est un exemple. Et donc je dirais que cela fait partie des facteurs importants.

Ensuite, il y a aussi un facteur de place disponible. Malheureusement, vous n'êtes pas sans savoir que les services d'urgence sont chroniquement engorgés. Donc on essaie aussi d'orienter le patient vers des endroits où il y a le moins d'attente possible. Il y a très souvent de l'attente bien sûr, mais le moins d'attente possible, où il peut voir un docteur le plus rapidement possible, donc entre guillemets, être pris en charge le plus rapidement possible aussi. On sait très bien que ce qu'on appelle l'*overcrowding*, la surpopulation des urgences, est un facteur indépendant d'erreur médicale dans les services des urgences : trop de patients dans les couloirs exposent les soignants à faire des erreurs.

On a aussi un peu ce rôle de régulation sur le territoire, ce qui fait que c'est un peu une dentelle, individualisée pour chaque patient qui a un mix de tous ces facteurs.

Et parfois il y a zéro place sur l'établissement et c'est deux heures du matin.

Évidemment, on ne peut pas sortir quelqu'un de l'établissement en disant : « Rentrez chez vous ». Donc on peut être amené à adresser un patient vers un autre service, un autre établissement, provisoirement, le temps qu'il soit transféré. Tous ces facteurs jouent. Et là, encore une fois, c'est pour le coup une connaissance fine du tissu.

### **Flora Bastiani**

Parce que vous avez à votre disposition toutes ces informations : connaissance du plateau technique, connaissance des places disponibles...

### **Vincent Bounes**

Tout à fait, le plateau technique, c'est très variable selon les établissements, mais depuis le temps, on les connaît, on travaille avec beaucoup de spécialistes de filières. On a effectivement ce qui s'appelle le ROR, Répertoire Opérationnel des Ressources, et les ARM sont formés à l'utiliser parce qu'ils nous aident à orienter les patients les plus « simples », ceux qui ne posent pas de problème de plateau technique. Le ROR nous permet de voir la saturation de services d'urgence à tel ou tel moment, avec un décalage de quelques minutes.

### **Flora Bastiani**

D'accord. C'est un outil vraiment très précieux pour vous, pour l'orientation.

### **Vincent Bounes**

Tout à fait. Parfois, effectivement, on explique à un patient qu'il faut qu'il fasse dix ou quinze kilomètres de plus, mais qu'il va gagner quatre heures de prise en charge. C'est un argument qui porte énormément quand on explique de manière simple et rationnelle.

### **Flora Bastiani**

C'est convaincant effectivement.

Du point de vue des ARM, recueillir ce bilan d'intervention, en quoi consiste-t-il ? C'est l'équipe qui vous raconte comment s'est passée l'intervention, qu'est-ce qu'elle observe ? Quel est le bilan clinique, finalement ?

### **Lolita Bisquerra**

Oui, c'est cela. Pour expliquer ce qu'est un bilan, lorsqu'on envoie une

ambulance ou un véhicule de pompier sur le lieu d'intervention. Une fois sur place, ils doivent rappeler le SAMU pour faire un bilan, c'est-à-dire un résumé, un compte-rendu détaillé des informations qu'ils vont recueillir sur l'intervention. Dans ce bilan, il va y avoir : le motif de l'appel, le contexte, les circonstances, les paramètres vitaux, les critères de gravité, les antécédents, tout un tas d'informations qui vont nous permettre d'orienter au mieux le patient, avec l'accord du médecin régulateur.

### **Flora Bastiani**

D'accord.

## **Prévention des risques psychologiques**

### **Flora Bastiani**

Alors, les personnes qui interviennent au quinze, que ce soit les Assistants de Régulation Médicale ou les médecins, sont exposés, on l'entend dans vos réponses, à une forte pression, à des situations aiguës de détresse, des situations d'une grande gravité où les appelants sont très angoissés. Sans doute qu'il peut aussi y avoir de l'agressivité de la part de ces personnes qui souffrent, qui ont peur. C'est une charge émotionnelle très intense pour les soignants. On entend désormais beaucoup parler de fatigue de compassion ou de traumatisme secondaire, aussi appelé traumatisme vicariant, c'est-à-dire une forme de stress post-traumatique qui est lié à l'exposition indirecte à une situation traumatique et parfois répétée. Est-ce qu'il y a des actions de prévention de ces risques pour les médecins régulateurs et pour les ARM ?

### **Vincent Bounes**

Oui, vous avez raison, le terme de micro-traumatisme pourrait tout à fait être applicable. Il y a quand même un bémol. D'abord, il faut savoir que les patients les plus graves sont les plus faciles à prendre en charge dans la régulation, largement, parce que cela obéit à des protocoles qui sont extrêmement clairs, extrêmement précis. Une personne qui s'est pendue, par exemple. Pour autant que ce soit extrêmement dramatique pour lui, sa famille, ses proches, pour nous, c'est « simple » du point de vue de la régulation. Les moyens et les procédures sont très standardisés. C'est une urgence vitale qui va faire partir d'emblée les moyens. Donc je dirais que tous ces patients « très graves », sont extrêmement bien cadrés pour nous, donc ce n'est pas ceux qui nous posent « le plus de problèmes ». Là où on va avoir des problèmes, ce sont des patients de type intermédiaire dont l'histoire est vraiment pas nette et on a du mal à savoir

ce qui en est. Parfois, en toute bonne foi, on passe à côté du patient et c'est ceux-là qui peuvent nous exposer en se disant : « Mince, j'aurais dû mieux faire, j'aurais pu mieux faire ». Les histoires dont vous avez parlé, cela reste des patients un petit peu traumatisants. Clairement, on ne travaille pas dans ce service par hasard. Je vous assure que les ARM et les médecins adorent ce métier. Mais le fait de se dire : « Je n'ai pas été optimal sur ce dossier » peut effectivement nous perturber beaucoup plus que « J'ai vu trois morts, trois pendus aujourd'hui ». Ce n'est pas quelque chose qui va nous perturber, c'est cette angoisse de mal faire.

On a effectivement un vrai système d'accompagnement. D'une part, un système qualité qui fait que tous les dossiers sont analysés a posteriori par une espèce d'algorithme qui nous permet de sortir des dossiers qui sortent un peu de la norme et qui permet de les analyser plus tard au calme et éventuellement d'en ajuster en disant : « Ce jour-là, t'étais fatigué, t'as fait cela, fais attention », etc. Sans « erreur » derrière, mais des déviations qui nous permettent de dire « attention ». Ensuite, on a également ce qu'on appelle des réunions de morbi-mortalité qui permettent d'avoir une action collective, un peu comme une catharsis générale sur l'acceptation de faire des erreurs. On accepte d'être un témoin de nos erreurs pour que les autres ne refassent pas d'erreurs. C'est extrêmement important cela, cela sous-entend beaucoup d'humilité. Cela fait maintenant quinze ans qu'on l'a mis en place. Cela dit, on est très en retard par rapport aux Américains où cela fait cinquante ans que c'est mis en place.

### **Flora Bastiani**

Mieux vaut tard que jamais.

### **Vincent Bounes**

Cela fait une quinzaine d'années qu'on a mis en place ce service à peu près. Cela a été dur au début, jamais les gens ne voulaient accepter de dire qu'ils avaient fait une erreur. Maintenant on est contents de dire : « Oui, j'aurais dû le faire pour ce patient a posteriori avec les éléments que j'avais. J'aurais pu faire cela différemment ». C'est très important d'avoir ce moment parce que tout simplement, l'équipe s'aperçoit qu'elle n'est pas infallible et c'est une très belle leçon d'humilité, parce que de l'humilité naît la connaissance, que justement on peut s'améliorer. C'est cela qui est important.

Le troisième élément qui est aussi un élément tout à fait louable, je pense, c'est la présence dans nos locaux des membres de la CUMP, la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique, qui sont prêts à débriefer assez rapidement les personnes qui ont été exposées à un traumatisme. On est confronté en permanence à la

mort. On la côtoie de manière quotidienne : la vie aussi, mais la mort, la souffrance, la douleur. Donc on développe une forme d'échappement qui est assez classique chez les personnes travaillant dans le SAMU, avec un peu de cynisme, un petit peu de second degré. Parfois on est un peu plus touché que ce qu'on voudrait bien montrer. Cette consultation on peut l'avoir assez rapidement et à laquelle, je peux tout à fait l'avouer, j'ai eu à faire une fois parce que je n'étais pas bien après une très grosse série d'interventions. Cela permet de relativiser, de repartir. C'est important aussi de savoir qu'on a des personnes qui peuvent nous écouter sans juger, nous permettent de relativiser toujours.

Je dirais que ce sont plusieurs de ces mesures qu'on a mis en place et qui permettent, je pense en tout cas, d'être mieux. Souvent, le fait de faire des pauses régulières, de blaguer avec les camarades autour d'une pause repas, de relativiser ou de donner des avis, permettent beaucoup de résilience. La notion d'équipe est importante pour nous. On n'est jamais seul, on est tous entassés les uns sur les autres, littéralement. Cette notion d'équipe est importante je pense pour la prise en charge des patients.

### **Flora Bastiani**

Ce qu'on entend dans votre réponse, c'est que chacun est porté par le collectif d'une certaine manière.

### **Vincent Bounes**

Tout à fait. Au SAMU, le fonctionnement du SAMU, c'est une chaîne de la confiance. Chacun a une mission dont l'aboutissement va dépendre entièrement du travail des autres. Aucun ne fait une tâche du début jusqu'à la fin dans le CRRRA (Centre de Réception et de Régulation des Appels), c'est-à-dire que les Assistants de Régulation Médicale vont prendre un appel. C'est une série de missions à faire, par exemple voir la gravité, voir où est l'appelant, très important, se tromper d'adresse c'est s'exposer à des délais importants, donc des conseils préliminaires, en fonction de la gravité, envoi des moyens, le tout passe au médecin qui sait que le travail a été bien fait avant et l'Assistant de Régulation Médicale sait que le médecin va bien faire son travail. Le médecin peut décider de l'envoi d'une ambulance. L'ambulance sera envoyée par une autre personne et on va faire confiance à cette personne pour envoyer l'ambulance dans les moyens. Ensuite, la fin est prise par une autre personne à qui on fait confiance aussi pour finir cette chaîne.

### **Flora Bastiani**

C'est vraiment une chaîne où chacun fait confiance au travail de l'autre.

### **Vincent Bounes**

On est obligé de faire cela parce qu'on a un volume d'appel qui est important. Je ne sais pas si on en parlera, mais le SAMU de Toulouse, c'est sept-cent-cinquante-mille appels par an. Donc on est réellement sur cette confiance. La notion de collectif, de travail en équipe et de solidarité dans le collectif est fondamentale.

### **Flora Bastiani**

Du point de vue des ARM, ils ont eux aussi accès au CUMP, j'imagine ?

### **Lolita Bisquerra**

Comme l'a dit Vincent, on ne fait pas ce métier par hasard, c'est peu un métier vocation, donc on est préparé à recevoir des appels de détresse. On fait face à la mort clairement à chaque garde où on est posté et donc on apprend à gérer cela. Mais on a quand même des appels où on sait que cela va être difficile parce qu'on a tendance à se projeter, parce qu'on a chacun une histoire personnelle différente. On peut se projeter, se dire que cela aurait pu nous arriver, cela aurait pu arriver à notre famille et c'est vrai que ce sont des appels qui peuvent nous toucher. On apprend à débriefer, que ce soit entre nous, même avec le médecin de l'équipe qui est parti sur place, si on a besoin de savoir comment cela s'est passé, comment cela s'est terminé. On peut totalement discuter, on est vraiment une équipe et pour cela c'est bien, cela nous permet de débriefer, de passer à autre chose. On fait une petite pause et puis on reprend l'appel suivant. Tout va bien.

### **Flora Bastiani**

C'est un élément qui peut être abordé au cours de la formation des Assistants de Régulation Médicale, cette question de l'exposition à des situations aiguës ou de stress ?

### **Lolita Bisquerra**

Bien sûr, la CUMP vient faire une intervention pendant la formation, et indique aux futurs ARM quels sont les signes à repérer si jamais cela ne va pas après un appel, justement pour ne pas hésiter à les consulter, à aller voir quelqu'un. On est préparé à cela.

**Flora Bastiani**

Très bien. Je vous remercie beaucoup pour vos réponses à tous les deux. C'était Flora Bastiani pour *Penser la santé*, le podcast du réseau de recherche Penser la santé de l'Université Toulouse Jean-Jaurès.