

UNIVERSITE TOULOUSE III-Paul SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

2013 TOU3 1005

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
QUALIFICATION MEDECINE GENERALE**

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 JANVIER 2013

Par

Grégory SUSMAN

**INFLUENCE DU NOMBRE DE DOSSIERS HORAIRES
SUR LA DECISION DU MEDECIN REGULATEUR
DE LA PERMANENCE DES SOINS
EN HAUTE-GARONNE**

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Philippe POINOT

JURY

Monsieur le Professeur Philippe ARLET	PRESIDENT
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	ASSESEUR
Monsieur le Professeur Marc VIDAL	ASSESEUR
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH	ASSESEUR
Monsieur le Docteur Philippe POINOT	ASSESEUR
Monsieur le Docteur Nicolas LONGEAUX	MEMBRE INVITE

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2011

Professeurs honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES G.	Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur Honoraire	M. CARTON
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. GAYRAL	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. GAY	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. DOUSTE-BLAZY L.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MIGUERES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. FEDOU	Professeur Honoraire	M. CONTÉ
Professeur Honoraire	M. LARENG	Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. LOUVET
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. LARROUY	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. JUSKIEWENSKI	Professeur Honoraire	M. BOCCALON
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PAGES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA	Professeur Honoraire	Mme ARLET

Professeurs émérites

Professeur GHISOLFI	Professeur CARATERO
Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur LARROUY	Professeur COSTAGLIOLA
Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur J. CORBERAND
Professeur SOLEILHAVOUP	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. BUGAT R.(C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DABERNAT H.	Bactériologie-Virologie
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie
M. DEGUINE O.	O.R.L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAUD B.	Urologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASEHMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. POURRAT J.	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P.	Urologie
M. RIVIERE D.	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SIMON J.	Biophysique
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. VOIGT J.J. (C.E.)	Anatomie Pathologique

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch.	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonc
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PAOLI J.R.	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E.)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E.)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (CE)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E.)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E.)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E.)	Biochimie
M. SAMII E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHABANON G.	Bactériologie Virologie
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologie
M. MARQUE Ph	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREUEUW J	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Ph	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A.	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS. Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HAMD I. S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
Mme LAPEYRE MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
Mme SOLER V.	Ophthalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BROUCHET-GOMEZ A.	Anatomie Pathologique
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
Mme LAPRIE A.	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
M. MARQUES B.	Histologie - Embryologie
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme M'RINI C.	Physiologie
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique
	M.C.U.
M. BISMUTH S.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.
Dr STILLMUNKES A.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.

Octobre 2011

A NOTRE PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Philippe ARLET

Professeur des Universités
Praticien Hospitalier
Médecine Interne

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites de présider ce jury.
Nous vous remercions de votre disponibilité, de votre écoute et de l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Nous vous remercions également pour votre enseignement à la faculté.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Philippe POINOT

Médecine Générale

Tu es à l'origine de ce travail et il est en grande partie le tien.
Merci infiniment de ta patience, de ta disponibilité et de ton enthousiasme.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Professeur Associé de Médecine Générale

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de juger notre travail.
Veuillez accepter nos sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Marc VIDAL

Professeur Associé de Médecine Générale

Nous sommes sensibles à l'intérêt que vous avez porté à notre travail.
Nous vous remercions de figurer parmi nos juges.

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Maître de Conférence Associé de Médecine Générale

Vous nous avez encouragés à entreprendre ce travail.
Nous vous remercions de participer à ce jury.

Monsieur le Docteur Nicolas LONGEAUX

Praticien Hospitalier
Médecine d'Urgence

Président de l'Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées (ORU-MiP)

Tu as participé à la réalisation de ce travail.
Nous sommes très heureux de pouvoir te compter parmi les membres de notre jury.

Nous remercions enfin l'équipe de l'ORU-MiP :

Madame Laure POURCEL
Madame le Docteur Fanny PELISSIER
Monsieur le Docteur Olivier AZEMA

Votre aide a été essentielle à la réalisation de ce travail. Merci de votre écoute, de votre disponibilité et de votre compétence. Veuillez recevoir toute notre gratitude.

A Sandra, mon épouse

A Axel, Salomé et Faustine, nos enfants

A mes parents

A Benjamin, Déborah et petit Gabriel

A toute ma famille

A Eric et Yann

A Stéphane et Charlotte

Au Professeur Bernard BROS

Aux Docteurs Philippe HILARY et Jacques ROISAN

Au Docteur Yves REBEYRAT

*Aux Docteurs Barbara COMBES, Françoise DERAMOND
et Marie-Dominique VINCENT*

A toute l'équipe des secteurs 1 et 2 du CHS G. MARCHANT

A toute l'équipe du secteur Saint Gaudens / Lannemezan des Hôpitaux de Lannemezan

Au Père Marcel et au Père Bogdan

A tous mes amis

A tous ceux qui m'ont accompagné avec patience tout le long de mon parcours...

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	p. 3
I – HISTORIQUE DE LA PERMANENCE DES SOINS	p. 4
A / La naissance du Service d’Aide Médicale Urgente (SAMU)	p. 4
B / L’éclosion de la Permanence des Soins Ambulatoire (PDSA)	p. 5
1 / Le décret du 13 septembre 2003	p. 6
2 / La définition de la PDSA	p. 6
3 / Le cadre spatio-temporel de la PDSA	
4 / La triade « volontariat – rémunération – régulation »	p. 7
a / Le principe du volontariat	
b / La rémunération forfaitaire	
c / La régulation médicale	
C / L’évaluation et l’évolution de la PDSA	p. 9
1 / Un constat d’échec de l’efficience du dispositif	p. 9
a / Le rapport IGAS de 2006	
b / Le rapport Grall de 2007	
c / Le rapport Boënnec de 2008	
2 / Un dispositif pertinent et efficient : la régulation libérale	p. 11
3 / Un pilotage unifié sous l’égide de l’ARS, la loi HPST	p. 12
a / Les décrets du 13 juillet 2010	
b / Le cadre d’effectif actuel de la PDSA	
c / Le financement de la PDSA	
d / La régulation médicale depuis 2011	
II – DECLINAISON DE LA PDSA EN HAUTE-GARONNE	p. 15
A / Les acteurs de la PDSA	p. 15
1 / L’effectif	p. 15
2 / La régulation médicale	p. 16
a / Le CRRA-SAMU 31	
b / L’ARMEL	
c / SOS Médecins (SOS 31)	
d / Régu’l 31	
B / L’appareil de régulation médicale	
1 / Priorisation des appels et classification des urgences	p. 17
2 / L’acte de régulation médicale	p. 19
3 / Les modalités de réponses	p. 19
a / Réponses avec mise en œuvre de moyens	
b / Le conseil médical (sans engagement de moyens)	
C / La notion de seuil d’efficience de la régulation libérale	p. 21

III – ETUDE	p. 23
A / Objectif	p. 23
B / Méthodologie	p. 23
C / Analyse	p. 24
1 / Distribution des DRM selon les périodes de la PDSA	p. 24
2 / Charge (cadence) horaire de régulation	p. 25
3 / Les profils décisionnels de régulation	p. 27
4 / Analyse des plages horaires nocturnes	p. 28
a / Horaire de soirée	
b / Horaire de nuit profonde	
5 / Analyse des plages horaires de journée	p. 32
IV – DISCUSSION	p. 34
A / Sur les limites de l'étude	p. 34
B / Sur les résultats de l'étude	p. 35
1 / Sur l'existence du seuil d'efficience	p. 35
2 / Sur la valeur du seuil d'efficience	p. 35
C / Propositions	p. 36
CONCLUSION	p. 37
BIBLIOGRAPHIE	p. 38
ANNEXE	

INTRODUCTION

La permanence des soins ambulatoire (PDSA) est actuellement identifiée comme un enjeu majeur, voire prioritaire, de la politique de santé publique en France. Spontanément mise en place par les médecins libéraux au décours de la « grève des gardes » de 2001, et s'inscrivant dans un cadre légal depuis septembre 2003, son organisation a depuis connu une série de réformes qui a conduit à une mutualisation des moyens libéraux et hospitaliers afin d'en assurer la mission de service public.

La régulation médicale a été rapidement reconnue comme le pivot du dispositif, seule à même d'allouer en temps réel les ressources humaines et matérielles ainsi mutualisées en fonction de la priorité donnée aux demandes du patient.

Avec l'adoption, en 2009, de la loi dite HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires), la responsabilité de l'organisation de la PDSA est dévolue aux Agences Régionales de Santé, garantes de l'efficacité tant du dispositif d'effectif que de sa régulation.

Cette même année, l'association de médecins libéraux Régu'131, exerçant au sein du centre 15 de Haute-Garonne et forte alors d'une expérience de 5 ans en matière de régulation, a émis l'hypothèse de l'existence d'un seuil dit d'efficience de la régulation.

Ce seuil se définirait comme la charge de régulation (soit le nombre de dossiers de régulation médicale traités par heure et par médecin régulateur) au-delà de laquelle le taux de réponses de type conseil médical se dégrade significativement au profit d'un déploiement, inapproprié et coûteux, de moyens (intervention d'un effecteur médical sur place ou orientation vers une structure de soins notamment via un transport sanitaire) du seul fait de la pression de la file d'attente des appels.

Par ce travail, nous nous proposons, avec le concours de l'Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées (ORU-MiP), de rechercher l'existence d'un tel seuil et d'en déterminer la valeur afin de pouvoir apporter aux gestionnaires de la permanence de soins ambulatoire une modélisation du nombre idéal de régulateurs à affecter à un centre de régulation.

I – HISTORIQUE DE LA PERMANENCE DES SOINS

A – NAISSANCE DU SERVICE D'AIDE MEDICALE URGENTE (SAMU)

Le décret du 3 août 1959 [1] stipule que les C.H.R. doivent disposer de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence ; complété en 1965 par le décret du 2 décembre 1965 [2] précisant les moyens à mettre en œuvre et les acteurs concernés, il donne naissance aux Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

En 1968, à l'initiative du Pr Lareng, est créé le premier Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) chargé de coordonner la prise en charge pré-hospitalière (SMUR) et le service d'accueil des urgences hospitalier. Il faudra attendre la circulaire du 5 février 1976 [3] pour offrir au SAMU un statut légal le définissant comme service hospitalier à part entière.

La circulaire du 6 février 1979 [4] ordonne la création des Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA), futurs centres 15.

La loi du 6 janvier 1986 [5] structure l'organisation des SAMU en en étendant les principes à l'ensemble des départements français et en proposant un numéro d'appel unique : le 15. Par son article 1, elle impose la création dans chaque département d'un Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires (CODAMU-TS) dont la mission est « *de veiller à la qualité de la distribution de l'AMU et à son ajustement aux besoins de la population* ». En son article 2, elle définit l'AMU qui « *a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état* ».

Le décret du 16 décembre 1987 [6] précise les missions du SAMU-CRRA, définissant sans le nommer le principe de la régulation médicale: « *assurer une écoute médicale permanente ; déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ; s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et faire préparer son accueil ; d'organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ; de veiller à l'admission du patient* ».

La circulaire du 28 décembre 1988 [7] pose le cadre conventionnel de participation des médecins libéraux à la régulation. Elle définit le mode de partage des appels dans le contexte d'une régulation simultanée des médecins libéraux et hospitaliers. Elle précise que la responsabilité civile des régulateurs libéraux peut être engagée, ce qui les oblige à souscrire une assurance privée.

La circulaire du 12 décembre 1994 [8] définit les modalités d'interconnexion entre le 15, le 17 et le 18 ; elle sera complétée par la circulaire de 1995 [9] mettant en place le 112, numéro européen. L'article L6112-5 du code de santé publique (CSP) [10] rend obligatoire l'interconnexion du 15 et du 18.

B/ L'ECLOSION DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE (PDSA)

Au cours de la « grève des gardes » nationale des omnipraticiens, de novembre 2001 à juin 2002, les appels d'urgence relevant de la médecine « de ville » étaient massivement détournés vers les Centres 15 qui en assuraient alors la régulation et la prise en charge au prix d'une rapide saturation des services d'urgences. Face à cette situation, la PDSA, encore dépourvue de cadre juridique, s'était organisée spontanément et consensuellement, en application de l'obligation déontologique stipulée dans l'ancien article 77 du code de déontologie médicale (CDM) : « *dans le cadre de la permanence de soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux service de garde de jour et de nuit* ».

1/ Le décret du 15 septembre 2003

Le décret du 15 septembre 2003 [11] constitue l'acte de naissance de la PDSA. Ce texte, « toiletté » par le décret du 7 avril 2005 [12] et complété de l'avenant n°4 à la convention nationale du 12 janvier 2005 [13,14], se veut la traduction législative fidèle des préconisations du rapport de la commission Descours de janvier 2003 [15]. Il semble que ce groupe de travail se soit avant tout attaché à reconnaître, à clarifier et à entériner les fondements de la PDSA déjà spontanément mis en œuvre sur le territoire. Ces principes avaient d'ailleurs été récemment légitimés et encadrés par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) via la circulaire du 15 juillet 2002 [16]. Afin de permettre à ce nouveau dispositif de « faire ses preuves » et d'en financer décemment la mise en place, cette commission obtiendra au préalable la reconnaissance du caractère de mission d'intérêt général (MIG) du dispositif (article L6325-1 du CSP).

2/ La définition de la PDSA

Dans le respect de la définition réglementaire proposée par le rapport : « *la permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, à la demande de soins non programmés exprimée par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence de médecin traitant. La permanence des soins n'est pas la continuité des soins, obligation déontologique imposée par l'article 47 du code de déontologie médicale, au praticien envers sa patientèle.* », le décret fonde le cadre légal inaugural de la PDSA, cadre dont l'application sera rapidement explicitée par la circulaire du 12 décembre 2003 [17].

3/ Le cadre spatio-temporel de la PDSA

Le décret fixe, en premier lieu, le cadre spatio-temporel de la PDSA. Il organise le dispositif à l'échelon départemental, sa responsabilité est naturellement dévolue au Préfet.

Il ordonne l'intégration du volet PDSA au CODAMU qui, ainsi rénové et renommé en CODAMUPS, devient l'organe de concertation, de surveillance et d'élaboration de tout le dispositif. Cette instance, au travers d'un cahier des charges départemental renseigné par son sous-comité médical, valide chaque semestre la déclinaison locale de l'organisation de la PDSA dans toutes ses articulations notamment avec l'AMU. Cet outil est mentionné à l'art. R735 et sa composition est précisée par l'arrêté du 12 décembre 2003 [18], il fait l'objet d'un arrêté préfectoral après l'avis du comité.

Il prévoit dans la foulée que la PDSA soit « *organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics ou privés et en fonction des besoins évalués par le comité départemental* ». Il ouvre ainsi la voie à une collaboration entre médecins libéraux et services d'urgences permettant d'envisager l'arrêt de la garde effectrice libérale à minuit, les services d'urgences assurant ensuite les actes relevant de la PDSA en nuit profonde.

Il renforce la démarche de sectorisation, déjà amorcée par la circulaire du 15 juillet 2002 [16]. Ce processus définit la cartographie des secteurs de permanence dont le nombre et les limites sont fixés en fonction des contraintes géographiques et démographiques ainsi que

de l'offre de soins existante. Cette division doit être simple, lisible et sécuritaire en permettant une réponse rapide et adaptée du médecin d'astreinte et un exercice « normal » de celui-ci. Ce découpage est arrêté par le Préfet (après avis du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) et du CODAMUPS) et est matière à un réexamen annuel.

Le texte établit ensuite les plages horaires réglementaires de la PDSA, d'abord « *assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés* », elle est étendue, par le décret du 22 décembre 2006 [19], aux samedis après-midi et jours de pont en fonction des besoins de la population, pour tout ou partie des secteurs du département.

4/ La triade « volontariat – rémunération – régulation »

Le texte établit ensuite les principes et les modalités de participation à la PDSA, que l'on peut résumer par la triade « volontariat – rémunération – régulation », toujours en vigueur.

a/ Le principe du volontariat

Il affirme le principe du volontariat sur lequel reposera dorénavant la participation à la PDSA (art. R733). Cette disposition a nécessité une modification de la définition déontologique de la PDSA par la reformulation de l'article 77 du CDM datant de 1995 [20] qui maintenant énonce qu' « *il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* ». L'ancien article se révélait en effet incompatible avec ce principe. A l'obligation déontologique individuelle se substitue donc le volontariat individuel assujéti à un devoir collectif d'assurer le tableau de permanence (une obligation morale et non plus une obligation légale).

Un tableau départemental de garde, nominatif et rempli sur la base d'un effecteur par territoire et par astreinte, est établi pour une durée minimale de trois mois. Il est communiqué, au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre, au CDOM, garant de sa complétude et de sa validité, qui le transmet dix jours avant sa mise en œuvre au Préfet et au SAMU. En cas d'insuffisance, le Préfet peut procéder aux réquisitions nécessaires. L'inscription au tableau oblige à répondre dans les délais aux sollicitations de la régulation médicale du CRRA pour tous les acteurs de l'effectif.

b/ La rémunération forfaitaire

En application de ces règlements et en sa qualité de mission d'intérêt général, par l'avenant n°4 à la convention nationale du 12 janvier 2005 [13], véritable « tournant », la PDSA se dote d'un dispositif de financement pérenne et spécifique par l'Assurance Maladie. Ce dispositif visait à la valorisation de la PDSA en fixant une rémunération forfaitaire des astreintes régulées en fonction des plages horaires (soir (20H-0H) 50^E, nuit profonde (0H-8H) 100^E, journée (8H-20H) dimanches et jours fériés 150^E), de la régulation médicale (à hauteur de 3C de l'heure) et de sur-majorations spécifiques aux actes régulés. La signature de cet avenant était subordonnée à la sur-sectorisation en nuit profonde, c'est à dire à la « mutualisation des secteurs après minuit d'environ un secteur sur deux en moyenne nationale », comme le paiement des astreintes du samedi après-midi l'était au progrès de la re-sectorisation (selon un objectif de réduction à 2000 du nombre de secteurs de garde [33]).

c/ La régulation médicale

La régulation médicale est reconnue comme principe de la PDSA ; l'article R732 précise que *« l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable organisée par le SAMU. Lorsque la régulation ne peut être organisée dans ce cadre, elle doit être interconnectée avec ce service »*.

Dans un souci de sécurisation et de lisibilité du dispositif par la population, l'orientation de tout appel vers le centre 15 doit être assurée, si nécessaire et par défaut. Cette exigence impose a minima une interconnexion de toute association de PDSA avec le CRRA afin de permettre le basculement réciproque des appels selon leur nature. Dans l'idéal, elle prône la centralisation des appels par l'installation de la régulation libérale au sein même du centre 15 en épousant l'organisation.

Cette incitation à une régulation dite mixte a amené à clarifier le rôle de la PDSA dans son rapport à l'AMU. Cet éclaircissement fait notamment l'objet de la circulaire du 16 avril 2003 [21] élaborée par la DHOS concomitamment aux travaux du groupe Descours. L'AMU (définie en 1986 [5]) et la PDS y sont essentiellement distinguées par la typologie des besoins de soins exprimés en urgence. Relèvent de l'AMU *« les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital ou fonctionnel, qui exigent quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et la mobilisation immédiate de moyens médicalisés lourds type*

SMUR » et « *les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir* ». A contrario, relèvent de la PDSA assurée par les médecins libéraux « *le besoin de consultation exprimé en urgence qui appelle dans un délai relativement rapide mais non immédiat, la présence d'un médecin* » et le conseil médical. SAMU de France s'appuiera sur ce texte pour élaborer la classification des degrés d'urgence proposée dans son guide d'aide à la régulation [22] et reprise dans ce travail.

Avec la loi du 21 décembre 2006 [23], la PDSA revêt en sus le caractère d'une mission de service public et, à ce titre, les médecins participants bénéficient de la protection de l'Etat, pour les dommages subis et causés, quel que soit leur statut.

C/ L'EVALUATION ET L'EVOLUTION DE LA PERMANENCE DES SOINS

Le déploiement du dispositif de PDSA devait aboutir au 31 janvier 2004 et une évaluation nationale annuelle, par les services de l'Etat, était alors planifiée. Cette expertise d'évaluation fit l'objet des rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de mars 2006 [24], Grall d'août 2007 [25] et Boënnec d'octobre 2008 [26].

1/ Un constat d'échec de l'efficience du dispositif : vers une PDS mutualisée

a / Le rapport IGAS de 2006

Le rapport IGAS [24] décrit une PDSA rapidement déployée sur le territoire métropolitain au prix d'une grande immaturité des cahiers des charges départementaux, d'élaboration lente car empirique. La multiplicité des acteurs à chaque échelon (national, régional et départemental), dérivant notamment du bicéphalisme du dispositif entre un Etat organisateur sans levier financier, et un financeur, l'Assurance Maladie, sans responsabilité organisationnelle, est de plus à l'origine d'appréciations divergentes des priorités. Il déplore une sectorisation très inachevée (avec un surnombre de secteurs entraînant un coût de maintenance au-delà des estimations) et un manque de fiabilité de l'effectif du fait d'une tendance de la médecine libérale au désengagement en nuit profonde voire aux autres horaires de couverture. L'accentuation objective du recours aux structures d'urgence et aux moyens hospitaliers dans le même temps, censé être endigué par la PDSA, reste un marqueur indiscutable du manque de fiabilité globale de celle-ci quoiqu'il en soit de sa santé théorique « sur le papier ». Il rappelle que la PDSA doit rester du ressort de la

médecine libérale mais admet ce recours hospitalier afin de suppléer aux carences du système. Il préconise déjà un transfert de la PDSA vers l'hôpital en nuit profonde, justifié par le faible nombre d'actes enregistrés et du coût moyen élevé de ses actes rapporté au coût des astreintes correspondantes.

b/ Le rapport Grall de 2007

Ce rapport [25] décrit l'usure progressive du volontariat et la croissance inexorable des dépenses, sans contrepartie d'efficacité. Il pose que la distinction entre PDSA et AMU n'a de réalité que par les cloisonnements artificiels, historiques et contingents, de financement, d'effecteur ou de structure qu'elles impliquent. Il invoque donc un changement de paradigme par l'abolition de cette dichotomie que n'est pas supposée percevoir la population. Souhaitant remettre le patient au coeur du système, il propose de bâtir une nouvelle organisation assurant un accès permanent à un médecin tout en restant économe en temps médical et sans redondances. Il préconise donc le décroisement des offres de soins libérale et hospitalière en créant une articulation visible entre elles par la création de points fixes de garde, idéalement placés à proximité des services d'urgence, et de régulations mixtes, libérales et hospitalières conjointes. Il souhaite encore maintenir, sur la base d'une régulation exclusive et concernant les rares visites dites « incompressibles », la présence d'effecteurs mobiles sur des secteurs de permanence élargis.

c/ Le rapport Boënnec de 2008

Le rapport Boënnec [26] reprend la ligne directrice du rapport Grall à l'horizon de la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Il confirme la nécessité d'une mise en commun des moyens libéraux et hospitaliers. Au regard des coûts maintenant démesurés engagés en seconde partie de nuit, il affirme le bien-fondé d'une dissociation des périodes de la PDSA avec un basculement systématique de celle-ci vers les établissements de santé en nuit profonde voire la réalisation de sorties incompressibles par des effecteurs hospitaliers (« médecins mobiles »). La modification de la gouvernance du système de santé par la création des ARS est l'opportunité de remettre à plat l'organisation de la PDS en mettant fin à la double dichotomie organisateur/financeur et médecine libérale/hospitalière qui a présidé à sa matérialisation. Il propose d'unifier le pilotage de la PDS sous l'égide de l'ARS en fondant les multiples sources de financement de la PDS et l'AMU en une unique enveloppe et en mutualisant les ressources humaines et matérielles de la PDS et de l'AMU en fonction d'un unique schéma régional.

2 / Un dispositif pertinent et efficient : la régulation libérale

Ces rapports reconnaissent toutefois unanimement la pertinence de l'appareil de régulation libérale, « *point fort* » [24], « *socle du dispositif* » [25], « *clé de voûte du système* » [26] et sa remarquable efficacité contrastant avec le faible rendement du dispositif d'effecteur. La régulation permet en effet « *d'éviter une mobilisation intempestive des effecteurs* » [24]. Elle constitue une « *prestation nécessaire avec des conseils téléphoniques adaptés* » [25] qui ont « *l'heureuse incidence, vérifiée par la pratique, de réduire les coûts du dispositif car la part des appels aboutissant à une simple délivrance de conseil représente approximativement deux tiers du total des communications* ». Cette forte proportion de conseils n'affecte en rien la qualité des soins car « *le diagnostic téléphonique génère très peu d'erreurs* » et « *les descriptions effectuées par le patient révélaient presque infailliblement la nature de son état* ». Les envois d'effecteurs ne font alors office que de « *visites de levée de doute* », « *pour ne laisser subsister aucun risque* », et celles « *qui infirment le ressenti du régulateur appartiennent au domaine de l'extraordinaire* » [26].

Ils considèrent son renforcement comme un impératif et, ayant établi la nécessité d'une synergie des ressources entre médecine libérale et hospitalière, ils recommandent la mise en place d'une régulation mixte centralisée autour d'un numéro unique, seule à même d'allouer en temps réel les ressources humaines et matérielles ainsi mutualisées en fonction de la priorité donnée aux demandes du patient. Le rappel systématique des patients (dans la demi-journée) est par ailleurs recommandé [26].

A contrario, ils découragent explicitement la mise en place ou le maintien d'une régulation libérale autonome car source de conflits et de difficultés, a fortiori lorsqu'elle est multiple. Celle-ci souffre en effet d'une insuffisante coordination entre ville et hôpital et génère des pratiques « qui posent question » en l'absence de protocoles communs à l'ensemble de la régulation libérale (à la différence du réseau des SAMU de France), à savoir : divergences entre régulations (ou « contre-régulation » dans le jargon du SAMU), régulation « à la carte » selon le vœu de l'effecteur, non transmission au SAMU des coordonnées des effecteurs ou à l'inverse simple transmission du numéro du médecin supposé être d'astreinte, et réticence voire refus d'assurer des visites après minuit.

3 / Un pilotage unifié sous l'égide de l'ARS, la loi HPST

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST » [27], a pour objet de placer l'accessibilité des soins au premier rang des priorités dans la modernisation du système de santé. Dans cette optique, elle ordonne la création des ARS et leur confie l'élaboration et la mise en œuvre d'un Projet Régional de Santé (PRS). L'ARS, qui représente maintenant l'autorité sanitaire régionale unique en remplacement des institutions précédentes (ARH, DRASS, DDASS, URCAM,...), est chargée du pilotage de la politique de santé publique en région et de la régulation territoriale de l'offre de soins. Son PRS vise à fédérer les établissements de santé autour d'un établissement de référence et à organiser les filières de prise en charge au sein de territoires de santé. Il reprend à son compte le Schéma Régional de l'Organisation des Soins préexistant (devenu SROS-PRS) et au travers de ses deux volets, ambulatoire et hospitalier, établit un parcours de soins suivant une gradation en niveaux de recours afin de promouvoir la notion du « bon soin au bon endroit avec le bon professionnel » en privilégiant la prise en charge de proximité. Cette gradation se décline en soins de premier recours à l'échelle d'un bassin de santé (organisé de règle autour d'un établissement de santé disposant d'un service d'accueil des urgences), de deuxième recours à celle d'un territoire de santé (qui se confond avec le département), et de troisième recours à l'échelon régional.

a / Les décrets du 13 juillet 2010

Par les décrets du 13 juillet 2010 [28,29], la PDSA mentionnée au sein du volet ambulatoire du SROS-PRS au titre des soins de premier recours [30], est invitée à se fondre dans ce nouveau canevas. Ces textes rénovent son organisation en réécrivant l'ensemble des articles correspondants du CSP. Ils n'en modifient ni la définition réglementaire ni les bornes horaires mais en réforment sa gouvernance et son agencement spatial, cadre de l'effectif. Ils en respectent par ailleurs la triade fondatrice.

L'organisation de la PDSA est dorénavant placée sous la responsabilité du directeur général de l'ARS (DG-ARS) et s'inscrit à travers un cahier des charges régional (CCR) respectueux du PRS. Ce CCR, validé le 13 novembre 2012 par l'ARS Midi-Pyrénées [31], constitue un cadre opposable et fait l'objet d'une déclinaison départementale opérationnelle. Le CODAMUPS est désormais co-présidé par le DG-ARS et le Préfet.

b / Le cadre d'effectif actuel de la PDSA

Les nouveaux territoires de permanence de la PDSA ou « sous-bassins », dont le nombre et les limites sont fixés par l'ARS, s'articulent au sein des mailles de base que constituent les bassins (ou zones) de santé. Cette subdivision doit être en cohérence avec les principes du volet ambulatoire du SROS-PRS et correspond à un regroupement de secteurs (ou fractions de secteur) en fonction des facteurs géographiques et démographiques, du temps d'accès à une ressource médicale (devant être limité à 30 voire 45 minutes sur nombre de CCR) et d'une correspondance de gardes entre médecins et pharmaciens. La France regroupait, au 1^{er} janvier 2012, 2267 secteurs de PDSA et, malgré une diminution constante depuis 2004 (3238 secteurs) [32], ce nombre restait supérieur à l'objectif de 2000 imposé par la circulaire ministérielle du 8 février 2008 [33].

Le champ des professionnels susceptibles de participer à la PDSA est désormais ouvert à tout médecin ayant conservé une pratique clinique, sous réserve d'une attestation du CDOM de la capacité de celui-ci à y participer. La PDS peut être assurée par les établissements de santé (PDS-ES) lorsque l'offre médicale et la demande de soins la justifie, dans les conditions fixées par l'ARS.

La tableau départemental de permanence est transmis dix jours avant sa mise en œuvre au DG-ARS. En cas d'incomplétude, et après avis de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), il peut solliciter le Préfet aux fins de procéder aux réquisitions nécessaires. Rappelons qu'un médecin réquisitionné cherchant à se soustraire à une réquisition administrative s'expose à 3750^E d'amende et à d'éventuelles poursuites pénales (art. L4163 du CSP) ; la Cour de Cassation estime en effet qu' « *un médecin généraliste réquisitionné par le Préfet pour assurer une garde de nuit qui ne prend pas les dispositions nécessaires pour être joint, commet une faute caractérisée exposant autrui à un risque d'une particulière gravité.* » [Cour de Cassation du 13 février 2007 – bulletin d'information de la Cour de Cassation n°662 du 1^{er} juin 2007].

c / Le financement de la PDSA

La rémunération forfaitaire des astreintes et de la régulation médicale s'inscrit maintenant dans le cadre d'une enveloppe budgétaire annuelle fermée déléguée aux ARS via le fonds d'intervention régional (FIR). Ce fonds, créé par la loi du 27 février 2012 [34], finance par ailleurs les actions ou structures qui concourent à l'amélioration de la PDSA (notamment les maisons médicales de garde) et la PDS des établissements de santé (PDS-ES). La rémunération forfaitaire unitaire peut varier selon la sujétion et les contraintes géographiques. Cette indemnité ne peut être toutefois inférieure à 70^E par heure de régulation et à 150^E pour une garde de 12 heures [35]. Le paiement des actes et majorations d'actes reste toujours dans le champ de la convention médicale [36].

d / La régulation médicale depuis 2011

Elle reste le principe intangible de la PDSA. Elle est par défaut organisée au niveau départemental. Son cadre fait maintenant matière de loi [27] : *« La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et de l'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plateformes assurent une régulation médicale des appels »*.

Le décret d'application [28] réécrit ainsi l'article R. 6315-3 : *« L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation médicale préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national par le numéro d'appel 15 et organisée par le service d'aide médicale urgente. Les médecins libéraux volontaires y participent dans les conditions définies par le [présent] cahier des charges. Lorsque le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile, il signe une convention avec établissement siège du service d'aide médicale urgente. »*.

La régulation médicale se doit d'être conforme aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2011 [37] et est soumise à une obligation de traçabilité des appels (dont les enregistrements seront conservés pendant une durée de 5 ans) [38].

Du reste, le conseil médical et la télé-prescription sont reconnus réglementairement [39].

II – DECLINAISON DE LA PDSA EN HAUTE-GARONNE

A / LES ACTEURS DE LA PDSA

La participation à la PDSA peut, à ce jour, se décliner selon 3 modalités [31] :

- Effectation Postée Exclusive (EPE), sans réalisation de visites à domicile (VAD), au sein d'un point fixe de consultation répertorié ;
- Effectation Mixte (EM), anciennement « effectation mobile », le médecin effecteur consultant en point fixe sur une plage horaire déterminée et assurant les VAD « inévitables » en dehors de ce temps ;
- Régulation libérale, au sein d'une association de PDSA ; la fonction de médecin régulateur étant, pendant la période où elle est assurée, exclusive de toute autre fonction.

1/ L'effectation

Les médecins effecteurs de garde interviennent aux horaires de PDSA, après régulation préalable par le centre 15 ou l'un des centres interconnectés avec lui. Le territoire de Haute-Garonne est divisé en 7 bassins [31] et était, au 1^{er} janvier 2012, encore découpé en 51 secteurs [32]. La subdivision en sous-bassins est ici encore en cours de validation, à l'exemple du bassin de Muret qui regrouperait 18 anciens secteurs en 6 sous-bassins en 2013. En Haute-Garonne, a été décidée la cessation de la garde effectrice en nuit profonde sur tout le territoire au 2 janvier 2013 ; néanmoins, une effectation postée ou non (EPE ou EM) sera assurée en première partie de nuit (de 20 heures à minuit) sur chaque sous-bassin. L'association SOS Médecins pourrait conserver une activité en nuit profonde.

La maison médicale de garde (MMG) se définit comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la PDSA et assurant une activité de consultation non programmée. On en compte actuellement trois sur le département, les MMG de La Grave (2003), de la Faourette (2004) et du Volvestre (2013). Toutefois, leur implantation ne semblent pas à ce jour être une priorité de l'ARS.

Les Services d'accueil des Urgences (SU) sont au nombre de 10 en Haute-Garonne dont 4 situés au sein d'un établissement hospitalier [40].

2 / La régulation médicale

a/ Le CRRA – SAMU 31

Pilier de l'édifice, il est composé de médecins régulateurs, hospitaliers et libéraux, et d'assistants de régulation médicale ou ARM (5 à 6 en poste selon les périodes). Il est interconnecté avec les centres de régulation autonomes, le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS), la police et la gendarmerie nationales, et est en charge de la gestion des transports sanitaires sur l'ensemble du département aux heures de la PDSA.

b/ L'ARMEL

L'Association Régionale des Médecins Libéraux est une association fondée en 2004 et implantée sur l'ensemble de la région ainsi que dans le Cantal depuis 2009. Elle est financée par le FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité des Soins de Ville) et les cotisations des médecins adhérents. Ceux-ci transfèrent leur ligne téléphonique sur le standard de l'association qui dispose d'une régulation propre. Les données de régulation de cette association ne semblent pas exploitables du fait d'une indistinction des durées d'appel ARM/médecins et d'une pratique régulière de la télé-prescription (>1000 prescriptions annuelles) consommatrice de temps [41, 42].

c/ SOS Médecins (SOS 31)

SOS Médecins est une association, fondée en 1966, largement représentée sur l'ensemble du territoire français. Elle intervient en milieu urbain (Toulouse intra-muros) et péri-urbain (antenne sur la ville de Muret). Elle dispose d'une régulation propre (n° d'appel 3624) et d'un effectif de médecins majoritairement urgentistes et sans activité libérale, qui répondent aux demandes du patient ou aux sollicitations du centre 15 par une VAD ou une consultation sur RDV dans leurs points de consultation de l'agglomération toulousaine.

d/ Régu'l 31

Implantée au sein même du CRRA 31 depuis 2004, Régu'l 31 est une association comptant près de 90 médecins régulateurs libéraux régulièrement inscrits. Après une formation initiale au sein de l'association, l'ensemble des médecins suit en moyenne 2 « FMC » annuelles dans le cadre de leur formation continue. Ils disposent de 5 postes de régulation simultanée (avec terminal informatique et postes téléphoniques dédiés) s'appuyant sur le logiciel AppliSAMU, commun avec l'AMU, et partageant en temps réel la même base de données AppliGOS. Cette logistique permet une interconnexion directe et totale avec les acteurs de l'AMU et un accès sans délai à ses moyens si nécessaire.

Pierre angulaire de la PDS, la régulation a vocation à filtrer les demandes de soins non programmés (SNP) et à en moduler les réponses selon le caractère d'urgence. Elle permet *« d'apporter aux urgences les plus lourdes une réponse adaptée dans les meilleurs délais et de réorienter les demandes dont les réponses peuvent être différées et apportées par le médecin traitant dans le cadre d'une consultation programmée »* [17].

1/ Priorisation des appels et classification des urgences

Nous emploierons à partir d'ici la terminologie de régulation médicale employée au sein du CRRA 31, conforme au référentiel Eramups [43] et aux définitions du groupe de travail interface Samu de France - Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) proposées en mars 2009 [44, annexe].

Le décrochage des appels téléphoniques présentés (appels entrants non rejetés) est assuré par les assistants de régulation médicale ou ARM (anciennement permanenciers auxiliaires de régulation médicale ou PARM) qui en prennent la première mesure. Premiers écoutants, ils ont pour mission d'attacher à tout appel décroché un dossier de régulation (à l'exception des appels ou situations qui ne sont pas en rapport avec un problème médical, médico-social ou sanitaire) et un niveau de priorité de transmission au régulateur au moyen d'une fiche protocolaire.

Le dossier de régulation (DR) regroupe l'ensemble des informations collectées, des mesures prises et du suivi assuré, suite à une information à caractère médical, médico-social ou sanitaire portée à la connaissance du CRRA. Ce dossier est soumis aux mêmes règles qu'un dossier médical classique et est associé à l'enregistrement sonore des conversations. Il peut se résumer à un appel unique mais génère souvent une multiplicité d'appels entrants et sortants. Tout nouvel appel reçu moins de 24 heures après la création d'un DR est considéré dans la continuité de celui-ci si son motif est en lien avec l'événement en ayant justifié l'ouverture. Au delà de cette période, un nouveau DR est créé.

La « priorisation » de l'appel se décline selon les 3 niveaux de Priorité, de P0 à P2, de la classification des SAMU de France [22] :

P0 : appel présentant d'emblée un caractère d'extrême urgence et autorisant un départ réflexe « flash » (SMUR, VSAB médicalisé) sans régulation médicale préalable (selon un protocole préétabli), suivi d'une régulation prioritaire ;

P1 : appel nécessitant une régulation médicale prioritaire, immédiate, par un urgentiste ;

P2 : appel relevant de la PDSA ou de transferts de patients vers une structure médicale, pouvant être temporisé.

L'HAS dans ses recommandations [37] reconnaît comme pertinente la classification des degrés d'urgence proposée par SAMU de France dans son guide d'aide à la régulation [22]. L'urgence régulée est ici classée sur une échelle à 4 niveaux de régulation (de R1 à R4) déterminant les moyens à mettre en œuvre.

Relèvent de l'AMU, et de son arsenal spécifique, les niveaux R1 et R2. Le niveau R1 est celui de l'urgence absolue (vitale patente ou latente) imposant l'envoi d'une équipe SMUR (moyen de réanimation); le niveau R2 celui d'une urgence vraie, sans détresse vitale, exigeant une intervention médicale dans un court délai (de règle 30 minutes) via un transport sanitaire rapide ou l'envoi d'un médecin proche et qualifié au domicile.

Les médecins libéraux prennent en charge, tant en matière de régulation que de délivrance des soins, les urgences de niveau R3 et R4. Le niveau R3 est dit « de permanence de soins » et répond d'un avis médical dans les 12 voire 24 heures (le délai ne constituant pas un facteur de risque en soi) mais sans attendre un rendez-vous différé avec le médecin traitant. Le niveau R4 correspond à la dispensation d'un conseil médical, avec ou sans télé-prescription, qui peut être conditionné par un RDV programmé avec le médecin traitant.

Les ARM sont en mesure d'identifier les appels relevant de l'AMU (urgences de niveaux R1 et R2) de ceux relevant de la PDSA (degrés R3 et R4) et de les acheminer en conséquence vers un médecin régulateur hospitalier ou libéral. Ils peuvent satisfaire de plus aux requêtes administratives distinctes du conseil médical.

2/ L'acte de régulation médicale

Un DR sera qualifié de dossier de régulation médicale (DRM) dès lors qu'il aura bénéficié d'un acte de régulation médicale. L'acte de régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin régulateur. Cet acte nécessite l'intervention d'un médecin régulateur (ou au moins son information et sa validation) et aboutit à une décision médicale impliquant sa responsabilité individuelle.

Suivant les recommandations de bonne pratique de l'HAS [37], le médecin régulateur:

- se présente personnellement à l'appelant ;
- reformule, complète l'interrogatoire et valide avec l'appelant l'ensemble des informations médicales et contextuelles justifiant l'appel, même celles déjà transmises par l'ARM ;
- recherche des éléments d'information complémentaires ;
- demande si des mesures thérapeutiques complémentaires ont été mises en œuvre avant l'appel et quel en a été le résultat ;
- dialogue avec l'appelant avec des mots simples et adaptés :
 - l'informe sur les hypothèses diagnostiques et les risques liés,
 - lui explique la réponse qu'il propose, les conditions de sa prise en charge et lui précise si possible le délai de mise en œuvre,
 - vérifie la compréhension de l'appelant et s'assure de son adhésion à la décision médicale. En cas de refus, le médecin régulateur prend en compte la décision du patient, ou de son représentant légal ou de la personne de confiance désignée par le patient. En cas de désaccord ou de dialogue conflictuel entre l'appelant et le régulateur, ou en cas d'incompréhension de la part de l'appelant entraînant des appels réitérés pour le même motif, l'appel est réorienté vers un autre médecin régulateur, dans la mesure du possible.

3/ Les modalités de réponse

La notion de régulation suppose que, face à un appel, un médecin régulateur puisse disposer d'un éventail de réponses susceptibles d'engager ou non des moyens. Le choix de la réponse à un appel s'appuie en premier lieu sur les critères médicaux identifiés au cours de l'échange avec le patient. Lorsque l'analyse est incertaine ou incomplète, ou en cas de doute sur le niveau de gravité du cas, le médecin régulateur choisira la réponse adaptée au niveau potentiellement le plus grave [37].

Nous distinguons les réponses avec mise en œuvre de moyens (mobiles ou fixes) qu'impliquent les degrés d'urgence R1 à R3, et le conseil médical (R4).

a/ Les réponses avec mise en oeuvre de moyens

- En réponse à une urgence classée niveau R1 ou R2, régulée par un médecin de l'AMU :
 - R1 : envoi d'une unité mobile hospitalière (VSAB médicalisé ou SMUR) ;
 - R2 : recours au transport sanitaire le plus rapide disponible, privé ou public, pour orientation secondaire vers un service d'urgences (rarement un effecteur mobile).

- En réponse à une urgence considérée de niveau R3 (recours à la PDS dans les 12-24h) :
 - Envoi d'un médecin effecteur mobile (EM), si possible :
 - si nécessité d'une « expertise » médicale sur place pour la prise de décision ;
 - si visite dite « incompressible » ou « inévitable », à la discrétion du régulateur, concernant un sujet fragile, peu ou non mobilisable (en EHPAD, en HAD, bas-âge) ;
 - en nuit profonde et afin d'éviter la mobilisation induite des moyens de l'AMU ;
 - dans le cas particulier d'une visite à caractère médico-légal.
 - Orientation du patient :
 - vers un centre de consultation médicale non programmée (point fixe de garde / MMG), si existant, par ses propres moyens (transport non sanitaire), si aucun bilan complémentaire n'est a priori nécessaire ;
 - vers un service d'urgences, en dernier recours ou si le tableau décrit nécessite a priori des examens complémentaires ; via un transport sanitaire si le sujet n'est pas en mesure de se déplacer du fait de critères médicaux (après concertation avec l'AMU).

b/ Le conseil médical (sans engagement de moyens)

Le conseil médical constitue une prescription médicale et en tant que telle est consignée dans le DRM. Il peut être complété d'une prescription médicamenteuse téléphonique, de durée limitée et non renouvelable, conforme aux recommandations HAS de février 2009 [45] (à l'exception de la télé-prescription de médicaments stupéfiants ou assimilés). Le conseil médical représente la majeure partie des décisions prises au terme de la régulation médicale libérale [46].

On peut distinguer deux sous-ensembles de conseils : les conseils isolés, se suffisant à eux-mêmes, et les conseils conditionnés par une consultation différée auprès du médecin traitant. Notre analyse ne considère pas séparément ces deux sous-ensembles mais une autre étude devra être menée sur l'aspect qualitatif contenu derrière le terme « conseil médical ».

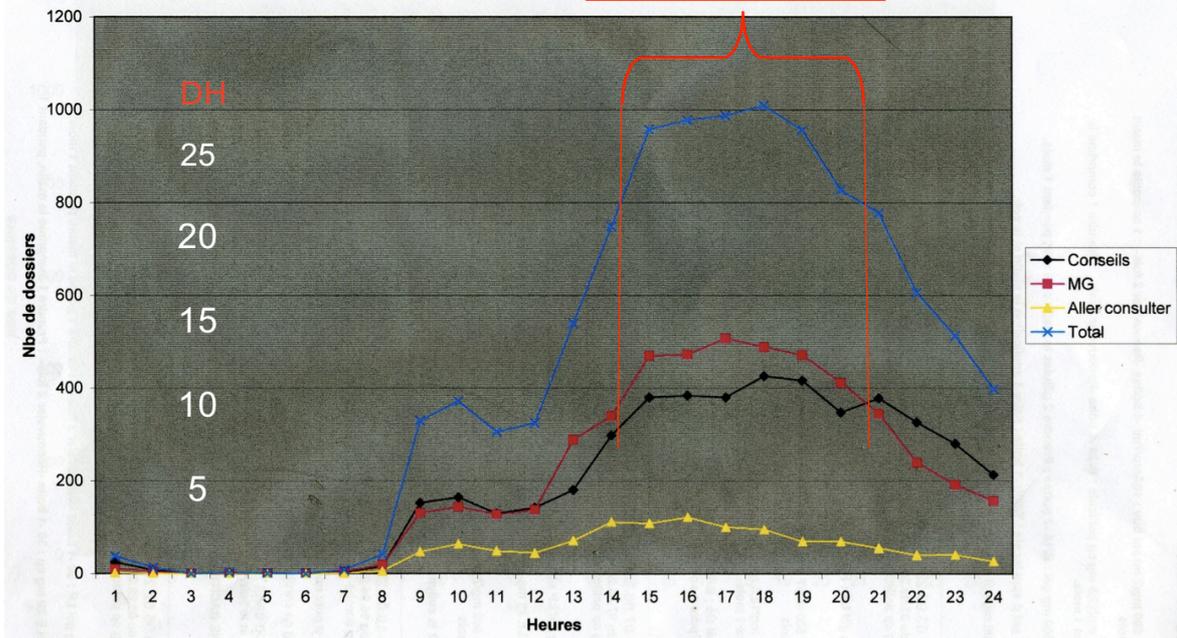
C / LA NOTION DE SEUIL D'EFFICIENCE DE LA REGULATION LIBERALE

Pour se montrer efficiente la régulation requiert une durée minimale de conversation téléphonique à consacrer à chaque dossier. En effet, le conseil médical exige un temps de communication accru, nécessaire non seulement à la justesse diagnostique qui le sous-tend (un défaut de temps pouvant amener à considérer, a priori, une urgence de niveau R4 comme de niveau R3), mais aussi à la pleine compréhension et à l'adhésion de l'appelant à cette décision.

Le rapport d'activité 2004-2009 de l'association « Régu'l 31 » [46] dégage la notion d'un seuil hypothétique d'efficacité de la régulation libérale. Il relève que lorsque la charge ponctuelle de régulation (soit le nombre de dossiers en attente de régulation par médecin régulateur) s'élève au-delà d'un seuil critique, la régulation semble perdre en finesse décisionnelle. Cette baisse d'efficacité se traduirait alors par une accentuation sensible du recours au dispositif de PDS, notamment à l'envoi d'un effecteur mobile, au détriment d'une réponse de type conseil.

samedi

Zone de suractivité :
majoration de l'envoi
d'effecteurs



1. Suivi horaire de la charge de régulation libérale du CRRA 31 entre le 02/04/05 et le 30/03/06

Ce seuil théorique avait été jusqu'ici estimé à 9 dossiers par heure et par régulateur et ce à partir de l'évaluation réalisée sur une durée d'un an, du 2 avril 2005 au 30 mars 2006 (cf. tableau 1) [47]. Ce chiffre était extrapolé à partir de la confrontation à posteriori du nombre de médecins régulateurs déduits du tableau de garde prévisionnel, et des éventuels ajustements secondaires réalisés, avec le nombre total de dossiers régulés par jour et tranche horaire.

Grâce à cet indicateur, l'association « Régu'l31 » a pu justifier, auprès de l'URCAM Midi-Pyrénées, du financement d'un nombre de régulateurs suffisants pour rester en-deçà de ce seuil critique. A ce jour, c'est encore la seule règle consensuelle qui dimensionne la régulation libérale.

III – ETUDE

A / Objectif

L'objectif de cette analyse est de vérifier l'existence de ce seuil qualifié d'efficience (calculé à partir du nombre de dossiers traités par heure et par médecin régulateur) au-delà duquel la conclusion de l'acte de régulation pourrait s'avérer être plus fréquemment de type « envoi d'un médecin effecteur » que limité à de simples conseils éventuellement associés à une réorientation secondaire vers une maison médicale de garde (MMG) ou un service d'urgences (SU).

B / Méthodologie

Pour répondre à cet objectif, nous disposons des données des 64227 dossiers de régulation médicale (DRM) de l'association « Régu'131 » sur toute l'année 2011, extraites de la base de données AppliGOS. Dans un tableau Excel récapitulatif, les appels ont été classés par jour et par heure avec pour chacun la décision médicale. Nous avons pu ainsi déterminer le nombre de dossiers traités par heure. L'association « Régu'131 » nous ayant également communiqué le planning annuel par tranche horaire des médecins régulateurs libéraux, nous avons intégré au tableau initial le nombre de régulateurs présents pour chaque heure de l'année ce qui nous a permis de calculer le nombre de dossiers traités par heure et par régulateur.

Les réponses des médecins régulateurs ont été catégorisées en trois modalités : envoi d'un médecin effecteur, orientation vers un SU ou une MMG et dispensation de conseil médical. Pour chaque heure de permanence des soins, nous définissons la moyenne horaire de dossiers traités par régulateur à partir du nombre total de dossiers géré par 'Régu'131' divisé par le nombre de régulateurs présents sur chaque tranche horaire. Nous calculons également le pourcentage d'envoi d'un médecin effecteur, le pourcentage de conseil ainsi que le pourcentage d'orientation vers un SU ou une MMG réalisé chaque heure. En faisant varier le seuil de dossiers par heure et par régulateur, nous comparerons les moyennes des différents pourcentages cités avec le test non paramétrique de Wilcoxon.

C / Analyse

Les données ont été analysées par Me Laure POURCEL, statisticienne de l'ORUMiP, et le Dr Olivier AZEMA, directeur adjoint de l'observatoire en charge de la méthodologie.

En 2011, l'association « Régu'l31 » a traité 64 227 DRM avec une moyenne de $177,0 \pm 127,0$ dossiers par jour (de 62 à 626 dossiers par jour) correspondant à $10,6 \pm 8,3$ dossiers par heure en moyenne (soit $4,4 \pm 2,3$ dossiers par heure et par régulateur en moyenne).

1 / Distribution des DRM selon les périodes de la PDSA

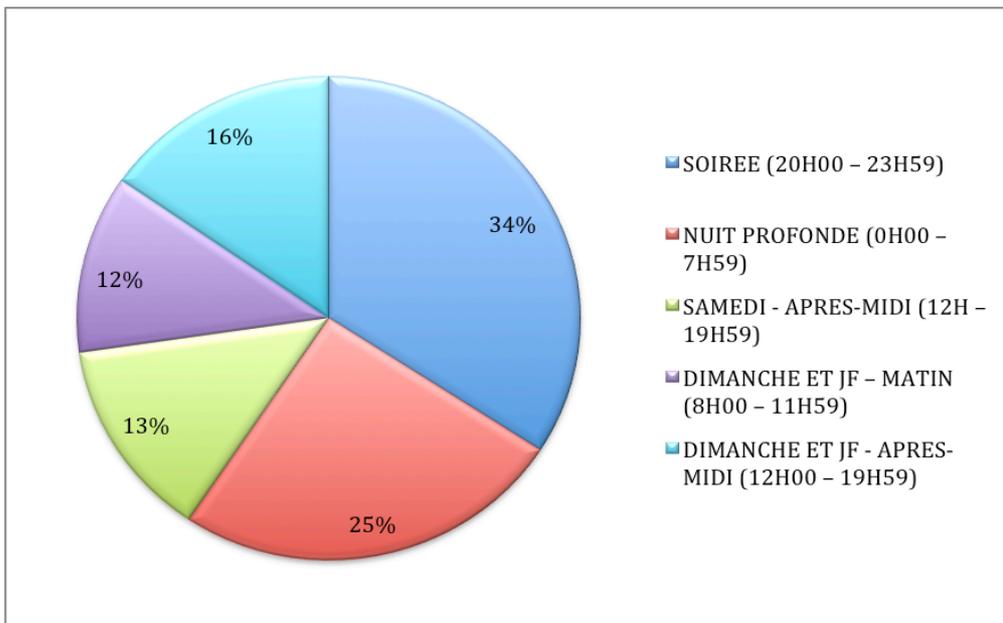
Ces dossiers sont distribués sur cinq périodes couvrant les horaires légaux de la PDSA; 3559 d'entre eux, traités en périphérie de ces horaires, ne seront pas considérés dans cette analyse. Nous observons déjà que l'essentiel de la masse des régulations, soit 59% des dossiers traités, concerne les première et seconde parties de nuit (soirée et nuit profonde).

Période de la PDSA	Nombre de DRM traités
SOIREE (20H00 – 23H59)	20727 (34%)
NUIT PROFONDE (0H00 – 7H59)	15294 (25%)
SAMEDI - APRES-MIDI (12H – 19H59)	8088 (13%)
DIMANCHE ET JF* – MATIN (8H00 – 11H59)	7246 (12%)
DIMANCHE ET JF* - APRES-MIDI (12H00 – 19H59)	9313 (16%)
TOTAL HORAIRES PDSA	60668 (100%)

TOTAL NUIT (SOIREE + NUIT PROFONDE)	36021 (59%)
TOTAL JOUR	24647 (41%)
HORS HORAIRES PDSA	3559

2. Distribution des DRM traités sur les cinq plages horaires de la PDSA, en valeur absolue

* JF : Jour(s) Férié(s)

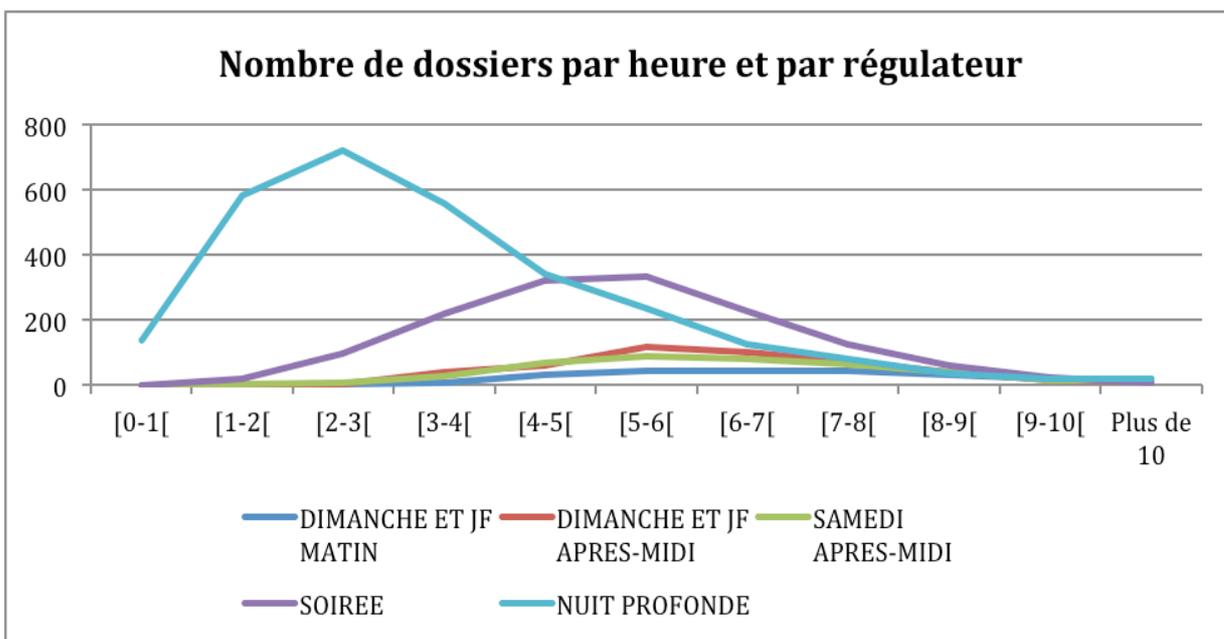


3. Taux de répartition des DRM selon les plages horaires de la PDSA

2 / Charge (ou cadence) horaire de régulation

La charge horaire de régulation, ou cadence horaire, soit le nombre de DRM traités par heure et par régulateur, ainsi que leur moyenne, sont calculés sur chaque plage horaire.

Le tableau 4 révèle, période par période, le volume (aire sous la courbe ou AUC « area under curve ») de DRM traités sur l'année 2011 (en valeur absolue et par échelon de 200) suivant une répartition par niveau de cadence horaire de régulation (en abscisse).

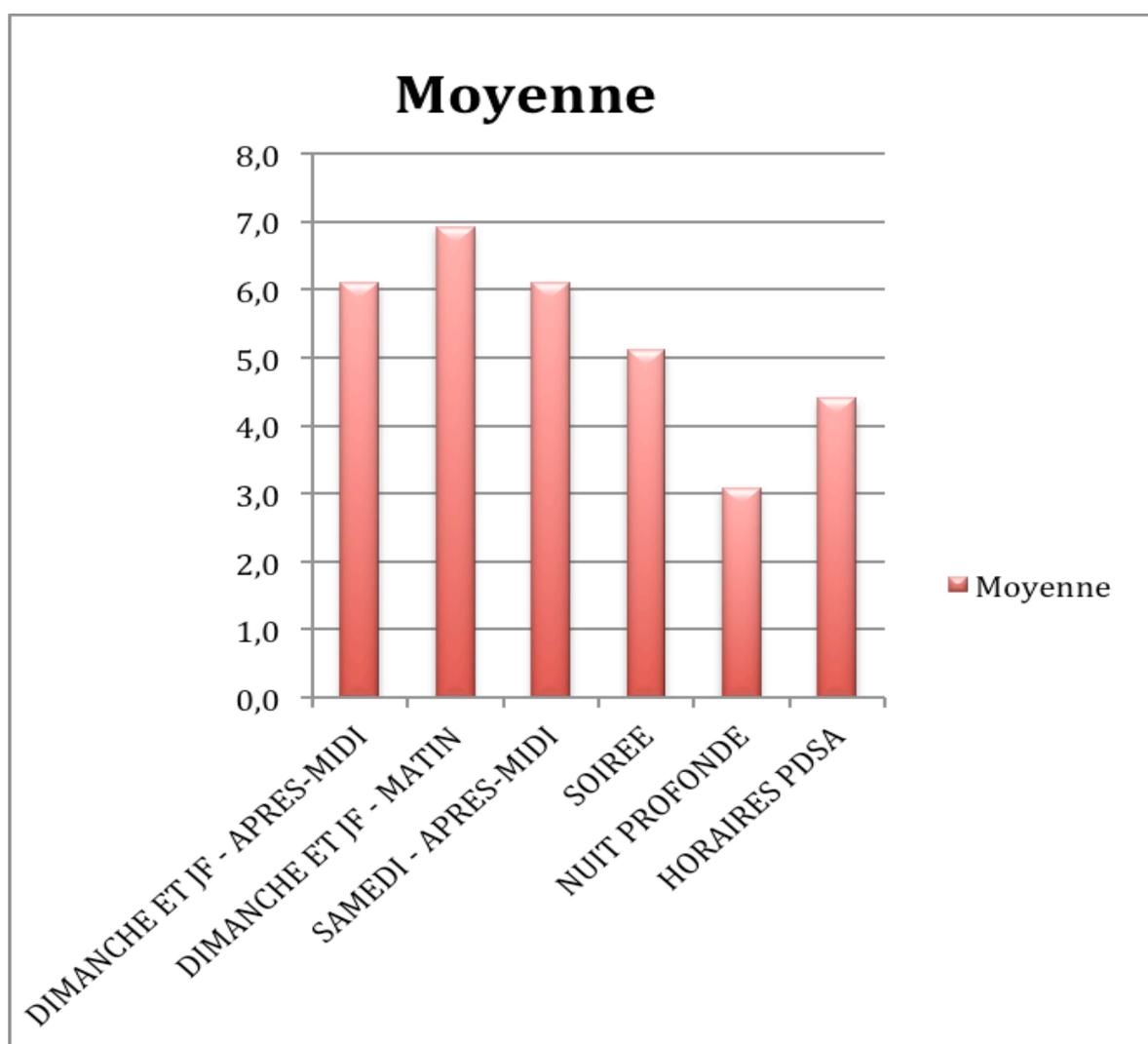


4. Nombre total de DRM traités (aire sous la courbe) à chaque niveau de cadence sur l'année 2011

Nombre de DRM par heure et par régulateur	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
DIMANCHE ET JF - APRES-MIDI	6,1	1,8	1,7	12,7
DIMANCHE ET JF - MATIN	6,9	2,1	2,3	16,0
SAMEDI - APRES-MIDI	6,1	1,8	1,3	11,7
SOIREE	5,1	1,7	1,0	14,0
NUIT PROFONDE	3,1	1,9	0,5	14,0

TOTAL HORAIRE PDSA	4,4	2,3
--------------------	-----	-----

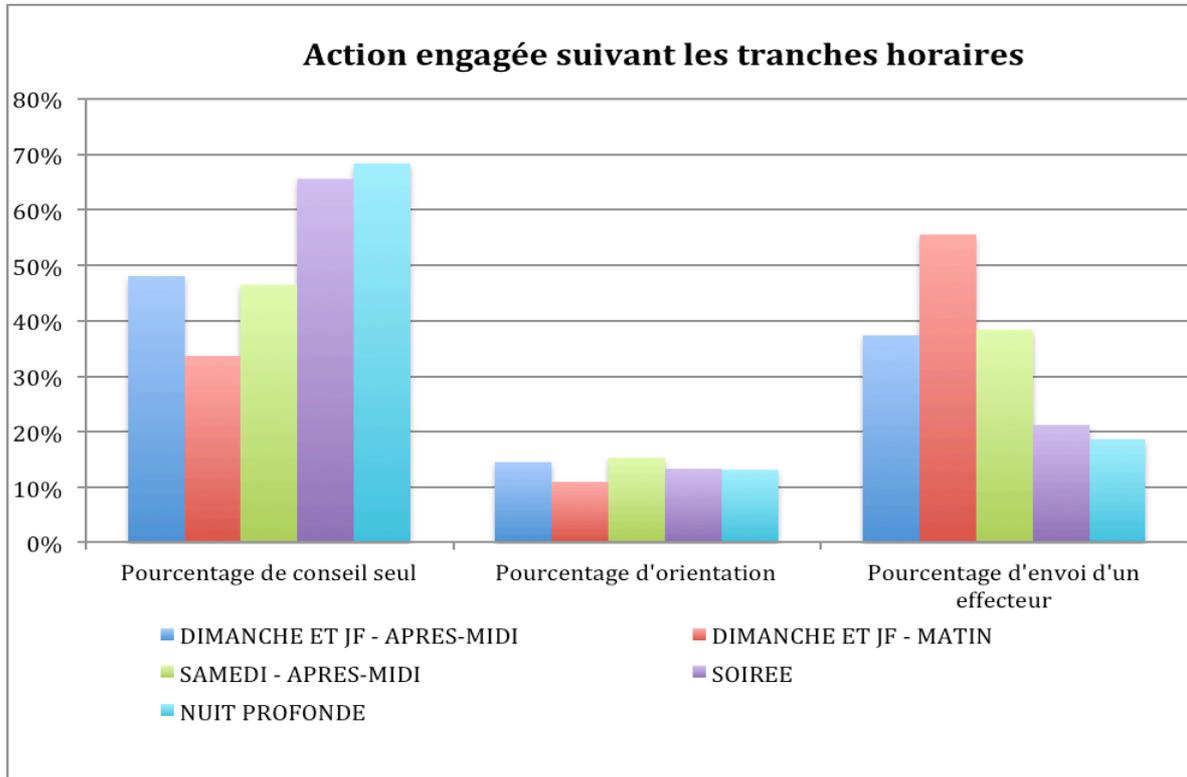
5. Calcul des cadences horaires de régulation suivant les périodes de la PDSA



**6. Nombre moyen de DRM traités par heure et par régulateur par plage horaire sur l'année 2011
(ou cadence horaire moyenne de régulation)**

3 / Les profils de régulation

Un profil de régulation, ou profil décisionnel, suivant les tranches horaires peut être établi selon les actions engagées par les régulateurs.



7. Profils globaux des actions engagées selon les plages horaires de la PDSA

La notion d'efficacité de la régulation suppose, par définition, que l'acte de régulation médical tende au seul recours nécessaire et minimal au dispositif de permanence des soins au profit d'une réponse de type conseil.

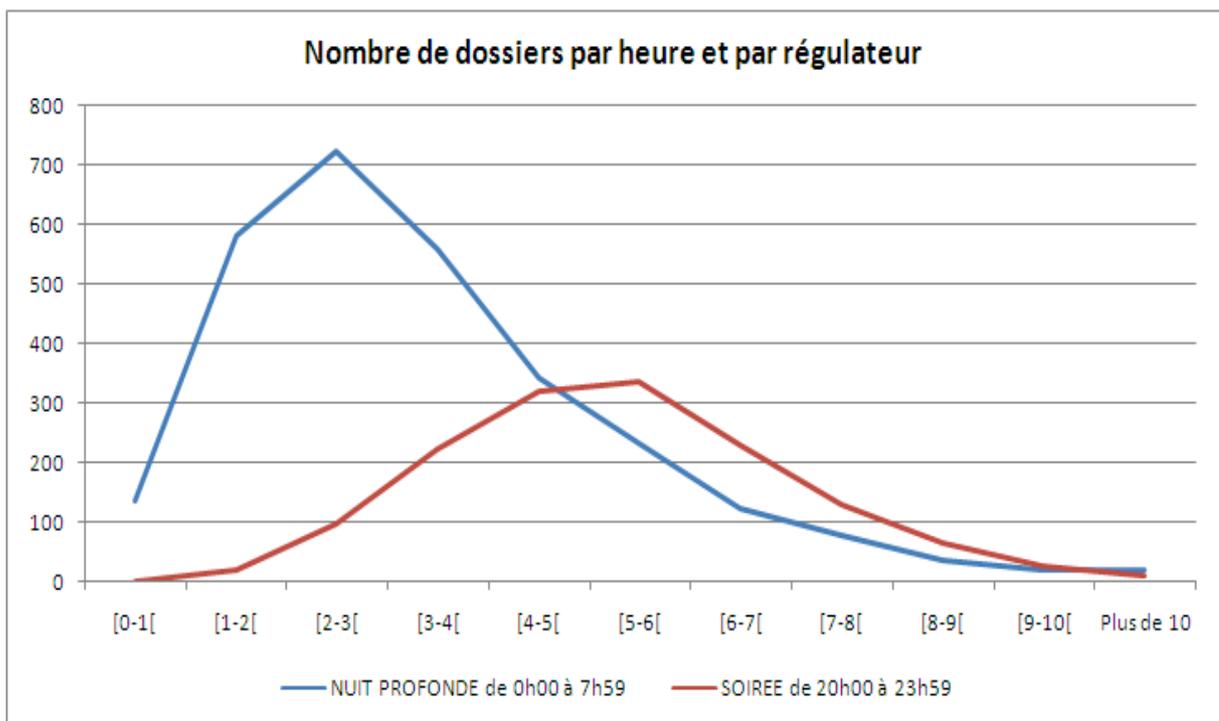
Nous pouvons observer, sur le tableau 7, que les profils décisionnels dressés en soirée et en nuit profonde, priorisant le recours au conseil médical, s'accordent au mieux avec ce principe d'efficacité. Nous étudierons, en premier lieu, ces plages horaires nocturnes dont les profils tendent à l'idéal et en particulier à l'horaire de soirée qui associe en outre un grand nombre de dossiers traités (34% du total) et une activité horaire significative.

Secondairement, nous analyserons les périodes diurnes qui présentent des profils inverses, semblant favoriser la sollicitation du dispositif de permanence des soins principalement via l'envoi d'effecteurs mobiles, et qui ne paraissent pas satisfaire au principe d'efficacité.

4 / Analyse des plages horaires nocturnes, soirée et nuit profonde

En horaire de soirée (de 20h00 à 23h59), le nombre moyen de dossiers reçus par heure monte à $14,2 \pm 5,3$ avec en moyenne $5,1 \pm 1,7$ dossiers par heure et par régulateur.

Au contraire, en nuit profonde (de minuit à 7h59), l'activité est plus réduite avec une moyenne de $5,3 \pm 3,0$ dossiers traités par heure correspondant à $3,1 \pm 1,9$ dossiers par heure et par régulateur.

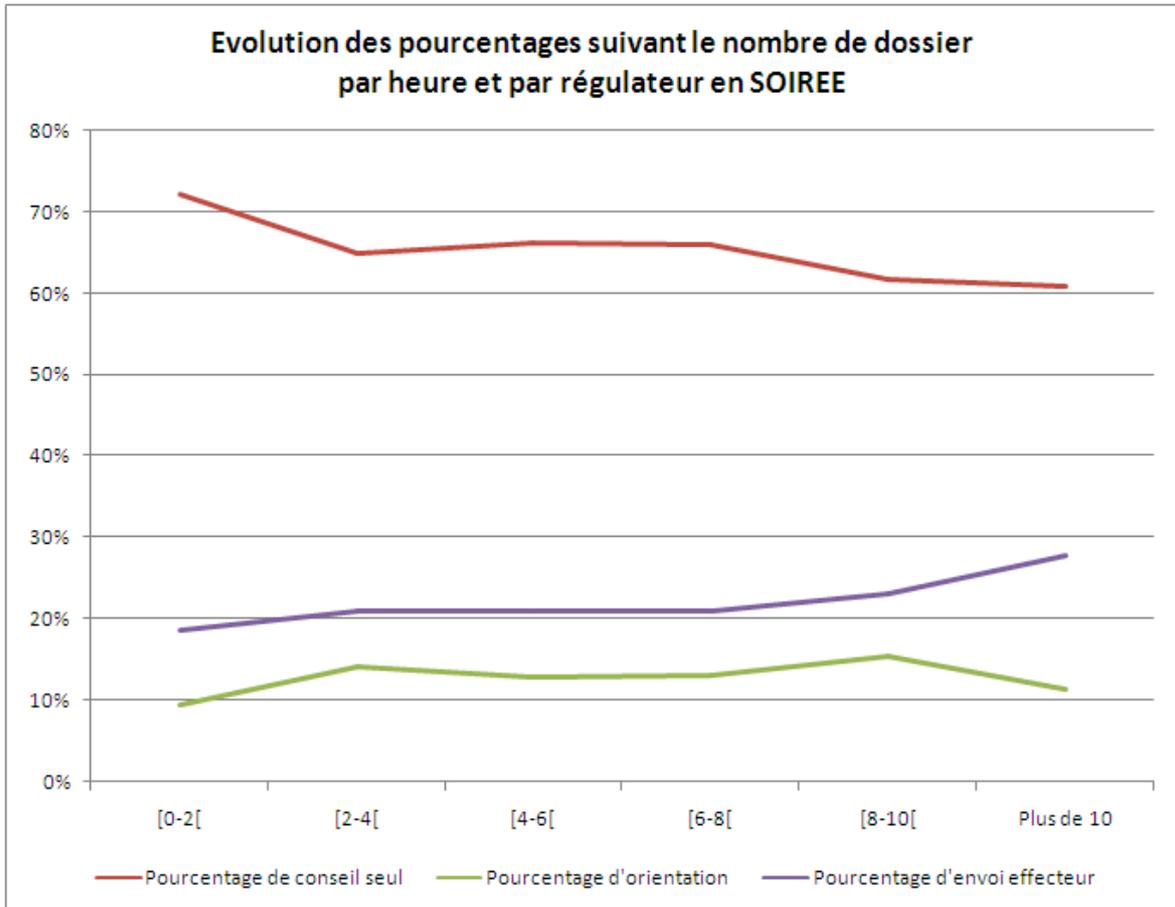


8. Volume de DRM traités (AUC) par niveau de cadence horaire en soirée et nuit profonde

Lors des horaires de PDSA soirée, en moyenne par heure, il y a 65,6 % de conseils, 21,1 % d'envoi d'effecteur et seulement 13,3 % d'orientation vers un SU ou une MMG.

En horaire de PDSA nuit profonde, on retrouve plus de conseil 68,3 % au détriment de l'envoi d'un effecteur 18,6 %. Quand au pourcentage d'orientation vers un SU ou une MMG, il reste dans le même ordre de grandeur autour des 13,1 %.

a / Horaire de soirée



9. Evolution des pourcentages suivant la cadence horaire de régulation en SOIREE

En horaire de soirée [20h-00h[, si le pourcentage d'orientation vers une MMG ou un SU varie peu suivant le nombre de dossiers par heure et par régulateur (autour des 15 %), des tendances peuvent se remarquer sur le pourcentage d'envoi d'un effecteur et sur le pourcentage de conseil. En effet, plus le nombre de dossiers par heure et par régulateur augmente, plus le pourcentage de conseil diminue, passant de 72,1 % en moyenne pour moins de 2 dossiers à 60,8 % en moyenne pour plus de 10 dossiers. Si le pourcentage d'envoi d'un effecteur est assez stable autour des 20 % en moyenne, on peut noter une augmentation de ce pourcentage à partir de 8 dossiers par heure et par régulateur atteignant même les 27,8 % lorsque ce nombre de dossiers dépasse 10.

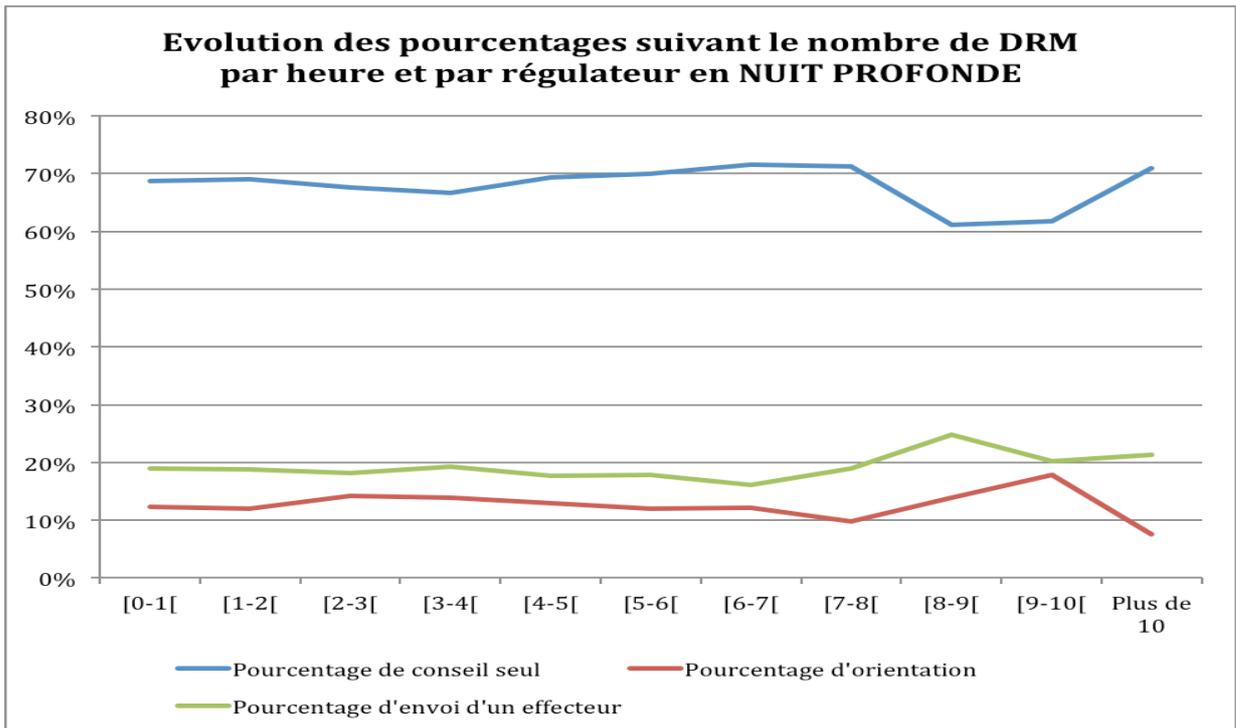
SOIREE de 20h00 - 23h59		Nombre de dossier par heure et par régulateur		
% moyen (IC à 95%)	Moins de 9	9 et plus	p	
Pourcentage de conseil seul	65,7% (64,9% - 66,5%)	59,8% (56,2% - 63,5%)	0,0126	
Pourcentage d'orientation	13,3% (12,8% - 13,9%)	14,7% (12,5% - 16,9%)	0,1289	
Pourcentage d'envoi d'un effecteur	21,0% (20,3% - 21,7%)	25,4% (21,7% - 29,2%)	0,0283	
	Moins de 8	8 et plus	p	
Pourcentage de conseil seul	65,9% (65,0% - 66,7%)	61,5% (59,0% - 64,0%)	0,0041	
Pourcentage d'orientation	13,2% (12,7% - 13,8%)	14,9% (13,4% - 16,5%)	0,0136	
Pourcentage d'envoi d'un effecteur	20,9% (20,3% - 21,6%)	23,6% (21,5% - 25,6%)	0,0214	
	Moins de 7	7 et plus	p	
Pourcentage de conseil seul	65,8% (64,9% - 66,7%)	64,1% (62,4% - 65,8%)	0,0936	
Pourcentage d'orientation	13,3% (12,7% - 13,9%)	13,5% (12,4% - 14,7%)	0,2410	
Pourcentage d'envoi d'un effecteur	20,9% (20,2% - 21,6%)	22,3% (21,0% - 23,7%)	0,0513	

En comparant les moyennes des différents pourcentages en discrétisant à 7 dossiers par heure et par régulateur, aucune différence n'est significative, c'est à partir de 8 dossiers que ces différences le deviennent. En effet, la moyenne des pourcentages d'envoi d'un effecteur est plus forte lorsqu'il y a 8 dossiers et plus par heure et par régulateur avec en moyenne 23,6 % contre seulement 20,9 % quand il y a moins de 8 dossiers ($p = 0,0214$). Par opposition, la moyenne des pourcentages de conseil seul est plus basse (61,5 %) lorsqu'il y a moins de 8 dossiers par heure et par régulateur contre 65,9 % quand le nombre de dossier est inférieur à 8 ($p = 0,0041$).

Il apparaît donc que l'action engagée bascule d'une modalité (conseil seul) à l'autre (envoi d'effecteur) en fonction du seul facteur de la charge horaire de régulation et ce à partir de 8 DRM par heure et par régulateur.

Un seuil d'efficience est donc bien mis en évidence en soirée, témoin de l'épuisement de la capacité de régulation selon le profil décisionnel propre à cette période qui priorise le conseil médical.

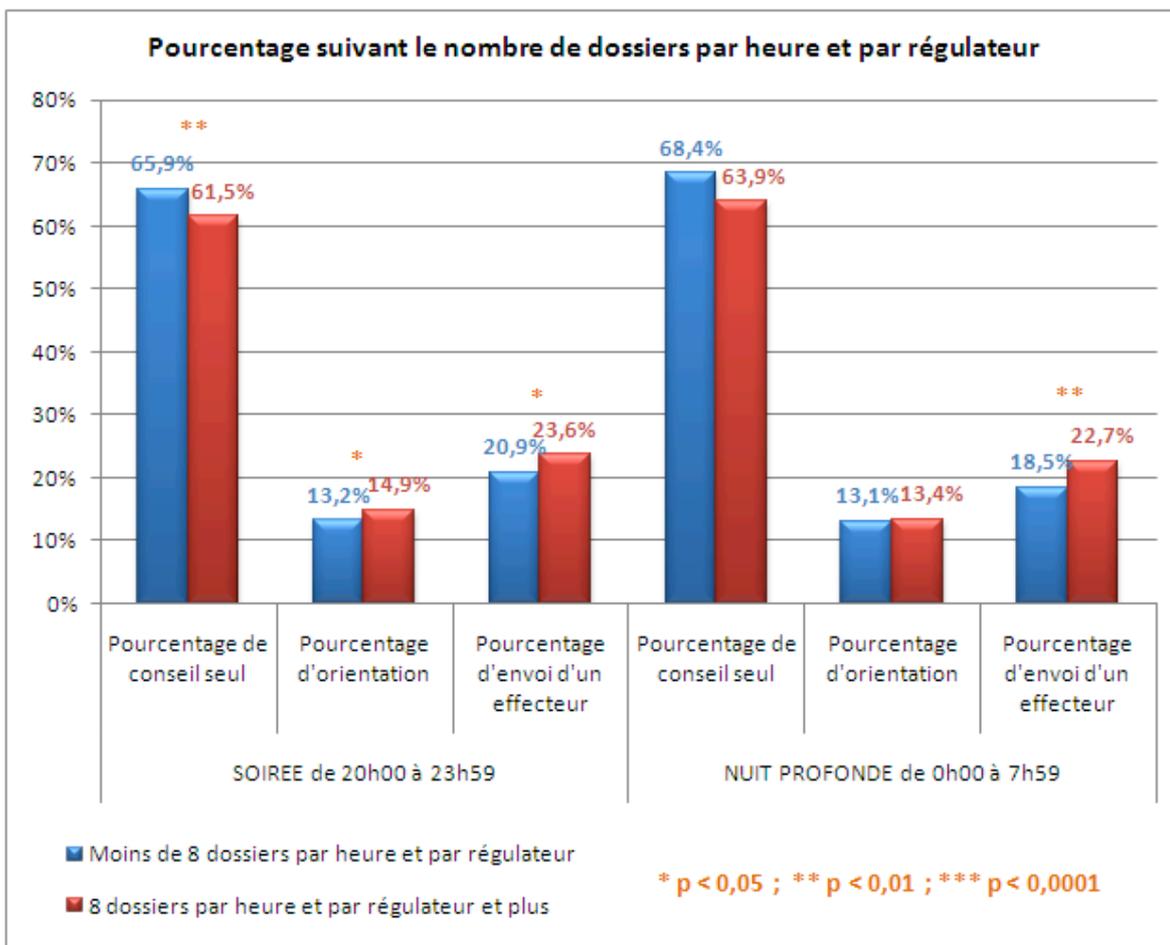
c / Horaire de nuit profonde



10. Evolution des pourcentages suivant la cadence horaire de régulation en NUIT PROFONDE

Cette analyse ne laisse pas apparaître de résultats aussi significatifs et concordants en horaire de nuit profonde.

NUIT PROFONDE de 0h00 - 23h59 % moyen (IC à 95%)	Nombre de dossier par heure et par régulateur		
	Moins de 9	9 et plus	p
Pourcentage de conseil seul	68,3% (67,3% - 69,3%)	66,3% (58,6% - 74,1%)	0,5206
Pourcentage d'orientation	13,1% (12,4% - 13,8%)	12,8% (8,6% - 17,1%)	0,2576
Pourcentage d'envoi d'un effecteur	18,6% (17,7% - 19,4%)	20,8% (14,6% - 27,1%)	0,1980
	Moins de 8	8 et plus	p
Pourcentage de conseil seul	68,4% (67,4% - 69,4%)	63,9% (58,7% - 69,0%)	0,0589
Pourcentage d'orientation	13,1% (12,4% - 13,8%)	13,4% (10,5% - 16,3%)	0,0562
Pourcentage d'envoi d'un effecteur	18,5% (17,6% - 19,3%)	22,7% (18,3% - 27,1%)	0,0052
	Moins de 7	7 et plus	p
Pourcentage de conseil seul	68,4% (67,3% - 69,4%)	67,6% (63,8% - 71,3%)	0,4778
Pourcentage d'orientation	13,2% (12,5% - 13,9%)	11,6% (9,7% - 13,6%)	0,3089
Pourcentage d'envoi d'un effecteur	18,5% (17,6% - 19,3%)	20,8% (17,6% - 24,0%)	0,0185



11. Tableau récapitulatif de l'analyse des périodes SOIREE et NUIT PROFONDE

5 / Analyse des plages horaires de journée

Les périodes de journée présentent une activité de régulation accrue avec un profil décisionnel témoignant d'un recours prépondérant à la permanence des soins.

Lors des horaires de PDSA après-midi de samedi (de 12h00 à 19h59), le nombre moyen de dossiers traités par heure et par régulateur est de $6,1 \pm 1,8$; en moyenne par heure, il y a 38,3 % d'envoi d'effecteur, 15,4 % d'orientation vers un SU ou une MMG (pourcentage le plus élevé) et seulement 46,4 % de conseils.

En horaire de PDSA matin de dimanche et jour férié (de 8h00 à 11h59), période marquée par la plus haute activité avec en moyenne $7,1 \pm 1,8$ DRM par heure et par régulateur, on constate en moyenne, un recours massif à l'envoi d'effecteur mobile à hauteur de 55,4 % au prix d'un effondrement du taux de conseils à 33,6 % et au détriment même de l'orientation vers un SU ou une MMG 10,9%.

On retrouve en horaire de PDSA après-midi de dimanche et jour férié, une activité équivalente à celle du samedi après-midi avec une moyenne de $6,1 \pm 1,8$ dossiers par heure et par régulateur et un profil de réponses similaire, bien que tendant à se corriger, avec en moyenne par heure un pourcentage de conseil de 48,1%, d'orientation de 14,5% et d'envoi d'effecteur de 37,4%.

L'analyse statistique de ces périodes a permis de déterminer un seuil au-delà duquel le profil décisionnel est modifié : au cours de l'horaire après-midi de dimanche et jour férié, le pourcentage moyen d'envoi d'effecteur fléchit significativement (de 38 % à 34,3 %) au bénéfice de la réponse de type conseil (dont le pourcentage passe de 47,4 % à 51,5 %) à partir de 8 dossiers par heure et par régulateur. Sur les autres plages, le mode de régulation privilégié n'est pas significativement mis en défaut quelle que soit la charge de régulation horaire.

APRES-MIDI Di & JF de 12h00 – 19h59 % moyen (IC à 95%)	Nombre de dossier par heure et par régulateur		
	Moins de 9	9 et plus	p
Pourcentage de conseil seul	47,6% (46,3% - 49,0%)	54,1% (48,3% - 59,8%)	0,0430
Pourcentage d'orientation	14,5% (13,7% - 15,4%)	14,2% (11,5% - 16,9%)	0,9927
Pourcentage d'envoi d'un effecteur	37,9% (36,6% - 39,1%)	31,8% (27,3% - 36,2%)	0,0224
	Moins de 8	8 et plus	p
Pourcentage de conseil seul	47,4% (46,0% - 48,9%)	51,5% (48,1% - 55,0%)	0,0402
Pourcentage d'orientation	14,6% (13,7% - 15,5%)	14,1% (12,5% - 15,8%)	0,9924
Pourcentage d'envoi d'un effecteur	38,0% (36,7% - 39,3%)	34,3% (31,3% - 37,4%)	0,0279
	Moins de 7	7 et plus	p
Pourcentage de conseil seul	46,8% (45,2% - 48,4%)	50,9% (48,7% - 53,2%)	0,0043
Pourcentage d'orientation	14,7% (13,7% - 15,8%)	14,0% (12,8% - 15,2%)	0,7881
Pourcentage d'envoi d'un effecteur	38,5% (37,0% - 40,0%)	35,1% (33,0% - 37,2%)	0,0164

IV – DISCUSSION

A / SUR LES LIMITES DE L'ETUDE

La principale limite de cette étude est son caractère mono-centrique, ne portant que sur l'activité de régulation de l'association libérale toulousaine « Régu'l 31 » au cours de la seule année 2011. L'exercice de la régulation au sein de cette association implique une conduite de l'entretien téléphonique et une décision finale entièrement régulateur-dépendantes, car non « protocolisées ». Il n'existe par ailleurs, à notre connaissance, aucune étude similaire menée sur d'autres régulations.

La prise en compte du critère géographique et des ressources locales de la PDSA, secteur par secteur, n'a pas été retenue, notamment du fait de la relative immaturité du dispositif sur le territoire de Haute-Garonne en 2011. La disponibilité particulière de l'association SOS médecins au sein de l'agglomération toulousaine, se substituant à la permanence des médecins généralistes, était de plus susceptible d'influencer grandement la décision finale du régulateur.

Les motifs et la typologie des appels, ainsi que les données diagnostiques associées, n'interviennent pas non plus dans cette analyse. Empiriquement, ces éléments semblent varier significativement selon les périodes de la PDSA, notamment en soirée et nuit profonde, du fait notamment de l'appropriation par la population du rôle de conseil de la régulation hors cadre d'urgence.

L'objectif de ce travail étant de démontrer l'influence déterminante de la cadence de régulation, et donc de la durée de l'entretien, dans la décision finale de l'acte de régulation, il aurait pu être idéalement complété par la mesure et l'analyse comparative des durées moyennes de conversations se concluant par un conseil ou par une mise en œuvre de moyens. Ceci n'a pu être possible par défaut d'un logiciel de téléphonie dédié. Cet outil est toutefois disponible et en cours d'évaluation sur le CRRA 31 depuis le 4^e trimestre 2012. Il a déjà permis de mesurer les durées moyennes de conversation selon les différents acteurs de la régulation: 1 minute 50 pour l'ARM, 2 minutes 50 pour le régulateur AMU et 4 minutes 50 pour le régulateur de la PDSA [42] ; ces chiffres laissent préjuger du caractère « chronophage » du conseil médical.

B / SUR LES RESULTATS DE L'ETUDE

1 / Sur l'existence du seuil d'efficience

L'existence d'un seuil d'efficience de la régulation au-delà duquel, en raison d'une durée de conversation insuffisante, le dispositif de permanence des soins est sollicité au détriment du simple conseil, est donc vérifiée.

Toutefois, cette valeur n'a pu être mise en exergue qu'en horaire de soirée. Le profil décisionnel dégagé sur cette période semble traduire une volonté d'économie des ressources de la PDS et d'incitation à la dispensation de conseil. Cet objectif semble être une condition de l'émergence d'un seuil corrélatif qui serait alors le témoin de l'efficience de la régulation en même temps que l'indicateur de son dépassement. Malgré un profil décisionnel similaire observé en nuit profonde, le faible niveau d'activité enregistré au cours de cette période ne pourrait conduire à l'épuisement de la capacité de régulation et à la révélation de ce seuil.

Le fait de ne pouvoir mettre en évidence un tel chiffre au cours des périodes de journée pourrait être interprété comme le signe d'un échec de la régulation du point de vue de son efficience. Elle ne viserait plus à remplir sa fonction d'épargne des moyens de la PDSA du fait d'une disponibilité accrue de ceux-ci et/ou de la distance de l'ouverture des cabinets médicaux. Le recours au conseil médical, à partir d'une cadence de 8 DRM horaires par régulateur, en période d'après-midi de dimanche et jour férié, pourrait être mis en lien avec l'épuisement du dispositif d'effection résultant d'une sur-sollicitation au cours de la matinée.

2 / Sur la valeur du seuil d'efficience

Le seuil d'efficience de l'association « Régu'l31 » au cours de l'année 2011 a donc été établi à 8 dossiers par heure et par régulateur, chiffre à partir duquel la capacité de régulation est dépassée quand l'efficience est recherchée. Sa mise en évidence démontre par ailleurs que la durée de conversation constitue un facteur décisif dans l'acte de régulation médicale.

Ce constat doit amener à la mise en oeuvre de moyens nouveaux permettant d'une part de maintenir la charge horaire de régulation en-deçà du seuil d'efficience afin d'optimiser le taux de conseils et d'autre part à accélérer la résolution de situations cliniques simples afin de réduire la durée moyenne de conversation et d'accroître la valeur de ce seuil.

C / PROPOSITIONS

Une première mesure évidente consisterait à maintenir la cadence de régulation en-deçà de son seuil d'efficience en adaptant l'effectif prévisionnel de régulateurs libéraux en fonction de la « volumétrie » moyenne des appels et en mobilisant des renforts en temps réel dès que le seuil se voit dépassé (pics épidémiques). Une telle règle pourrait faciliter notamment le déploiement et le « dimensionnement » d'une régulation à l'échelle régionale.

Une seconde mesure viserait à réduire significativement la durée moyenne des conversations en développant des protocoles propres à la régulation libérale voire d'outils informatiques dédiés. En effet, à ce jour, la conduite de l'entretien, le diagnostic de gravité, la prise de décision et la dispensation de conseil restent entièrement régulateur-dépendants au sein de l'association « Régu'131 ».

Ces protocoles rempliraient un rôle :

- d'assistance à la détermination objective et rapide du degré de gravité clinique (distinction entre niveaux R3 et R4) qui conditionne la mise en oeuvre de moyens. Ce support tendrait à minimiser le recours aux ressources limitées de la PDS.

- d'aide à la dispensation de conseil, réponse qui apparaît comme particulièrement consommatrice de temps. Cette dernière mesure permettrait ainsi de libérer un temps nécessaire à la gestion de tableaux complexes.

Enfin, une étude ultérieure portant sur l'analyse des plaintes et incidents de régulation en lien avec une suractivité (dépassement du seuil d'efficience), voire une sous-activité [48, 49], serait envisageable afin d'éprouver la pertinence de notre analyse sur un plan médico-légal.

CONCLUSION

Cette étude mono-centrique vérifie l'existence d'un seuil d'efficacité de la régulation, établi à 8 dossiers par heure et par régulateur dans le cadre de l'association libérale « Régu'131 » au cours de l'année 2011.

Ce chiffre n'est toutefois mis en évidence qu'en horaire de soirée, cette période associant d'une part une activité de régulation conséquente (au-delà de 5 dossiers horaires en moyenne par régulateur) et d'autre part un profil décisionnel témoignant d'une volonté de sollicitation minimale du dispositif de permanence des soins.

En nuit profonde, la faible charge horaire moyenne de régulation ne permettrait pas de mettre à l'épreuve l'efficacité de la régulation et donc l'apparition d'un tel seuil.

En journée, le profil décisionnel semble traduire un recours privilégié à la permanence des soins et donc un certain dysfonctionnement de la régulation libérale qui ne viserait plus alors à optimiser le taux de conseils. L'efficacité de la régulation n'étant pas non plus éprouvée, son seuil ne pourrait émerger.

Il serait souhaitable de vérifier la validité de ce seuil sur d'autres centres de régulation.

Sa mise en exergue révèle toutefois l'influence décisive de la durée de conversation dans l'acte de régulation et le caractère particulièrement « chronophage » du conseil médical. Ceci peut conduire à un déploiement inapproprié de moyens faute de temps.

Ce constat invite à la mise en place de mesures visant à maintenir la cadence horaire de régulation en-deçà du seuil d'efficacité par un dimensionnement ad hoc de l'appareil de régulation libérale selon l'activité prévisionnelle, et par une réduction du temps d'entretien téléphonique. En ce sens, l'établissement de protocoles de régulation accélérant la résolution de problématiques simples et la dispensation de conseil ainsi que la détermination du degré de gravité clinique des appels doit être encouragé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Décret n°59-957 du 3 août 1959
2. Décret n°65-1045 du 2 décembre 1965
3. Circulaire DGS/DH du 5 février 1976
4. Circulaire DGS/103/AS du 6 février 1979
5. Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.
6. Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987
7. Circulaire n°88-23 du 28 décembre 1988
8. Circulaire n° SPS 94-03 825 C du 12 décembre 1994 relative à l'interconnexion des numéros d'appel d'urgence 15, 17 et 18
9. Circulaire NOR/PRMX9500778C du 21 avril 1995 relative à la mise en place du 112, numéro d'appel urgence unique européen
10. Article L6112-5 du code de santé publique
11. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique
12. Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (JO du 8 avril 2005 p.6345)
13. Avenant n°4 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 12 janvier 2005

14. Arrêté ministériel du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n°1, n°3 et n°4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes (JO du 1^{er} juin 2005, p.9765)
15. C. Descours. *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003, 20p.
16. Circulaire DHOS/SDO n° 2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville.
17. Circulaire DHOS/01 n°587-2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire (BO du ministère chargé de la santé n°2003-50)
18. Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire
19. Décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence de soins et modifiant le code de la santé publique.
20. Article 77 du code de déontologie médicale – Permanence des soins – obligations.
21. Circulaire ministérielle DHOS/O1 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences ; annexe à la circulaire : principes d'organisation des urgences et de la permanence des soins.
22. Bagou G. Classification des degrés d'urgence en régulation. In. Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15. 2^e édition. 2009.
23. Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 (JO du 22 décembre 2006 p.19315)
24. P. Blanchard, M. Dupont, R. Ollivier, C. Ferrier, X. Pretot. *Evaluation du nouveau dispositif de permanence de soins en médecine ambulatoire*, Rapport conjoint IGAS n°2006 029 et IGA n°06-007-02, mars 2006.
25. P. Boënnec. *Rapport d'information fait au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins*. Octobre 2008.

26. J.-Y. Grall. *Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins*. Août 2007.
27. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : article 49
28. Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif à l'organisation de la permanence de soins
29. Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
30. SROS Midi-Pyrénées – Offre de soins ambulatoires. Soins du premier recours. 2012
31. Arrêté du 13 novembre 2012 fixant le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoire en Midi-Pyrénées
32. CNOM. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la Permanence des Soins en médecine générale en janvier 2012 (9^e année).
33. Circulaire ministérielle du 8 février 2008
34. Loi de financement de la sécurité sociale n°2012-271 du 27 février 2012, article 65.
35. Arrêté ministériel du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence de soins en médecine ambulatoire
36. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins du 26 juillet 2011
37. Rapport de la Haute Autorité de Santé. *Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Recommandations de Bonne Pratique et Argumentaire*. Mars 2011.
38. Arrêté du 20 octobre 2011 fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire
39. Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé-médecine (art. R6316-1 du CSP)
40. ORUMIP. Rapport annuel d'activité 2011.

41. **Rapports d'activité ARMEL 2009, 2010 et 2011.**
42. **C. Sagnes-Raffy. Compte rendu de la réunion régulation libérale du 28 novembre 2012. ARS Midi-Pyrénées. 3 p.**
43. **L. Gout, M. Dartigues, F. Catala, C. Sagnes-Raffy, J.L. Ducassé. Evaluation de la régulation de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins (ERAMUPS). Elaboration du premier thésaurus régional. Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 56, numéro S1, page 13. Avril 2008.**
44. **Appels, dossiers de régulation médicale (DRM) : définitions et standardisation des données. In. Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15. 2^e édition. 2009.**
45. **Rapport de la Haute Autorité de Santé. Prescription médicamenteuse par téléphone (ou télé-prescription) dans le cadre de la régulation médicale. Février 2009.**
46. **ORUMiP. Rapport d'évaluation. Activité de Régu'l 31 au Centre de Réception et de Régulation des Appels du SAMU 31, 2004-2009.**
47. **ORUMiP. Activité de Régu'l 31 au Centre de Réception et de Régulation des Appels du SAMU 31. Rapport d'évaluation du 2 avril 2005 au 30 mars 2006.**
48. **M. Giroud. La qualité en régulation médicale. SFMU. In : Congrès Urgences 2007, p. 659-671**
49. **Wertz A, Ronda J, Czeisler C, Wright K. Effects of Sleep Inertia on Cognition. JAMA, January 11, 2006 ; 295 :163-164**

Activité des Samu-Centre 15

Définitions & standardisation des données

Version finale du 24/03/2009

Groupe Interface
Samu de France (commission évaluation-audit)
et Société Française de Médecine d'Urgence (commission évaluation – qualité)

Jean Louis Ducassé (Toulouse, co-président), Pierre Mardegan (Montauban, co-président), Agnès Ricard-Hibon (Clichy), Philippe Dreyfus (Dijon, secrétaire), Nathalie Assez (Lille), Stéphane Bare (Chambéry), Frédéric Berthier (Nantes), Erick Chanzy (Bobigny), Oliver Capel (Lyon), Guillaume Debaty (Grenoble), Laurent Gout (Toulouse), Valérie Hamel (Nantes), Remy Loyant (Angoulême), François Templier (Garches)

Coordination: Philippe Dreyfus (Dijon)

1.	PREAMBULE	3
2.	PRINCIPES GENERAUX	3
3.	APPELS	4
3.1.	GENERALITES	4
	DEFINITIONS	4
	PRECISIONS & REMARQUES	4
3.2.	APPELS ENTRANTS	5
	APPELS REJETES	5
	APPELS PRESENTES	5
	APPELS DECROCHES	5
	APPELS REPONDUS	5
	APPELS PERDUS	5
	APPELS TRAITES AUTOMATIQUEMENT	6
3.3.	APPELS SORTANTS	6
	APPELS ETABLIS	6
3.4.	DELAIS DES APPELS ENTRANTS	6
	TEMPS DE REPONSE = $t1 - ti$	6
	TEMPS D'ATTENTE = $t2 - ti$	6
	TEMPS DE SONNERIE = $t2 - t1$	6
	DUREE DE L'APPEL = $tf - ti$	6
	DUREE DE COMMUNICATION = $tf - t2$	6
	DELAJ d'ACCES MEDECIN	6
4.	DOSSIERS DE REGULATION (DR)	8
4.1.	DEFINITIONS	8
	DOSSIERS DE REGULATION (DR)	8
	DOSSIER DE REGULATION MEDICALE (DRM)	8
	ACTE DE REGULATION MEDICALE	8
4.2.	PRECISIONS & REMARQUES	8
	DOSSIERS DE REGULATION (DR)	8
	DOSSIER DE REGULATION MEDICALE (DRM)	9
4.3.	CODIFICATION	9
	IDENTIFICATION	10
	PROVENANCE	10
	TYPE APPELANT	10
	TYPE LIEU EVENEMENT	11

	<i>MOTIF</i>	11
	<i>CIRCONSTANCES</i>	11
	<i>TYPE REGULATEUR</i>	12
	<i>DIAGNOSTIC DE REGULATION MEDICALE = DDR</i>	12
	<i>TYPE de DRM</i>	12
4.4.	<i>AUTRES DEFINITIONS</i>	13
	<i>DECISIONS</i>	13
	<i>ETATS d'un DRM</i>	13
	<i>VICTIME</i>	13
	<i>PATIENT</i>	14
	<i>EVENEMENT</i>	14
	<i>PARCOURS DE SOINS D'URGENCES=PSU</i>	14
	<i>DOSSIER PATIENT URGENCES=DPU</i>	14

1. PREAMBULE

L'outil informatique permet aux Samu-Centre 15 de recueillir et de traiter de plus en plus d'informations. D'un site à l'autre on constate une très grande disparité dans la signification des termes employés, dans la collecte des données et leur présentation.

L'objectif de ce travail est de proposer :

- Des définitions précises pour chaque terme utilisé,
- Des listes de réponses commentées pour chaque item permettant de caractériser, selon un même modèle, un appel et un dossier de régulation.
- Des principes généraux de présentation des données.

L'intérêt est multiple :

- Recueil de données plus précis, plus fiable et plus homogène,
- Echange et coopération entre Samu facilité par l'utilisation d'un référentiel commun,
- Analyse plus précise de l'activité selon un schéma standardisé,
- Meilleures possibilités d'évaluation et de comparaison,
- Recommandations en termes d'effectif et de moyens plus pertinents,
- Amélioration de la qualité des remontées d'information,
- Références sur des bases reconnues évitant de nombreux débats,
- Meilleure crédibilité du réseau des Samu-Smur.

2. PRINCIPES GENERAUX

Par convention, le « Samu-Centre 15 » désigne le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) et tous les acteurs qui lui sont rattachés en un même lieu : régulation de médecine d'urgence, régulation de médecine générale, régulation spécialisée (réseau de périnatalité, ...), coordination ambulancière,

L'information est recueillie dès la réception de l'appel et pendant le traitement des dossiers de régulation. Les outils technologiques et les systèmes d'information dont le logiciel de régulation médicale doivent être choisis et paramétrés pour faciliter la collecte des données en ligne.

Les termes et les choix proposés réalisent un minimum requis. Chaque Samu est libre, en fonction de ses particularités locales, d'enrichir son recueil de données. Par contre, il doit être en mesure de restituer facilement les informations préconisées.

Les définitions s'inspirent de règles déjà en vigueur, pas toujours équivalentes selon la nature des documents statistiques ou d'information réclamés par les tutelles.

Pour fiabiliser la collecte de l'information codifiée, notamment sous forme de liste, les logiciels de régulation médicale doivent :

- Eviter le texte libre pour les données nécessitant une analyse régulière,
- Eviter les choix pré-désignés par défaut,
- Alerter ou interdire les données incompatibles ou discordantes par des contrôles sur champs automatisés,
- Pouvoir rendre obligatoire une réponse,
- Favoriser l'automatisation du recueil des données en s'assurant de la fiabilité du dispositif,
- Offrir toujours une réponse afin de s'assurer qu'il a eu une réflexion et un choix volontaire,
- Avoir une zone de texte libre à renseignement obligatoire lorsque les choix « *autres* » ou « *indéterminés* » sont sélectionnés. Cette zone d'une ligne servira à préciser, en quelques mots, les cas particuliers non prévus dans la liste de choix.
- Une zone de texte libre servira à expliquer les difficultés rencontrées ou préciser certaines informations médicales particulières.

3. APPELS

3.1. GENERALITES

Le nombre d'appels traités par le Samu-Centre 15 a considérablement augmenté ces dix dernières années. Selon les Samu-Centre 15, ce nombre varie actuellement de quelques dizaines de milliers à plusieurs millions. Faute de définition précise, ces nombres importants reflètent rarement la même réalité. Ils peuvent paraître parfois incohérents lorsqu'ils sont rapportés à la population ou au nombre de dossiers de régulation. Un défaut de normalisation de cette description ne permet pas de procéder à une analyse fine de l'activité téléphonique et peut conduire à sous estimer la charge de travail induite.

Généralement, les appelants jugent la qualité d'un centre de contact d'urgence sur la rapidité de réponse entre la composition du numéro et la prise en charge effective de leur appel par une personne physique.

Dans la chaîne des secours, le maillon « appel » doit être l'objet d'une attention particulière. Il paraît indispensable que les appels d'urgence à caractère médical soient traités rapidement. Cela est particulièrement vrai pour les détresses vitales.

La grande majorité des appels utilisent comme support technique le téléphone. Seuls les appels téléphoniques peuvent être évalués de façon fiable. Un Samu-Centre 15 doit pouvoir disposer du décompte automatisé de l'intégralité des appels téléphoniques. En l'absence d'un outil informatique permettant de répertorier ces appels, il paraît illusoire de procéder à une comptabilisation généralisée et fiable.

L'analyse du trafic téléphonique permet :

- D'évaluer l'activité téléphonique (charge de travail) des personnels (Parm, médecins régulateurs, coordinateurs).
- De connaître les périodes à forte ou à faible activité.
- De prendre des mesures d'amélioration en ayant recours à un traitement automatisé de certains types d'appels.
- D'avoir un indicateur précoce d'une situation exceptionnelle ou anormale.

A l'aide d'une connaissance détaillée de leur trafic téléphonique, les Samu-Centre 15 pourront se faire aider par des professionnels des centres d'appel pour améliorer délai et qualité de réponse. Les Samu-Centre 15 sont globalement très en retard dans l'analyse du trafic par rapport à d'autres secteurs notamment les sociétés d'assistance médicale rapatriement.

Les divers indicateurs définis constituent des outils d'évaluation qui ne sont pas hiérarchisés dans ce document.

Un schéma de synthèse est en annexe (fin du document)

DEFINITIONS

Un *appel* est une communication avec le Samu-Centre 15, aboutie ou non, utilisant un support technique de transmission.

PRECISIONS & REMARQUES

- Les supports techniques de transmission suivants seront différenciés :
 - Téléphone (fixe, mobile, internet)
 - Radiocommunication (analogique ou numérique)
 - Autres : Dispositif informatique de téléalarme, téléphone satellitaire, interphonie, courrier électronique, SMS/MMS, formulaire web, télécopie, minitel
- Le terme « APPEL » utilisé dans ce chapitre désigne exclusivement les appels téléphoniques,
- Les appels téléphoniques devront dorénavant être utilisés avec un qualificatif,
- Les appels téléphoniques pris en compte seront ceux, reçus ou émis, sur toutes les lignes et les postes dédiés à l'activité, habituelle ou exceptionnelle, du secteur ou de l'unité de réception et de régulation des appels (salle de régulation médicale, bureau du médecin régulateur, régulation de médecine générale, coordination ambulancière, salle de crise, ...).
- Les appels utilisant un autre support technique que le téléphone ne pourront pas être comptabilisés dans l'état actuel d'équipement de la majorité des Samu-Centre 15,
- Le décompte des appels est totalement indépendant de celui des dossiers de régulation.

- Les appels initiés sont les appels téléphoniques vers tous les numéros dédiés à l'activité habituelle ou exceptionnelle du Samu-Centre 15 quel qu'en soit l'initiateur (particuliers, central d'appel d'urgence, hôpital, ...).
 - Ces appels sont acheminés vers le Samu-Centre 15 par un opérateur téléphonique et aboutissent à un autocommutateur propre au Samu-Centre 15 ou partagé avec l'établissement de soins siège du Samu-Centre 15.
 - Selon le numéro composé ou l'opérateur, ils peuvent être soumis ou non à un message vocal à visée filtrante de l'opérateur,
 - Les appels interrompus sont les appels initiés qui seront interrompus avant de parvenir à l'autocommutateur utilisé par le Samu-Centre 15 :
 - Sauf problème technique, c'est généralement l'initiateur de l'appel qui raccroche avant ou pendant un éventuel message vocal de l'opérateur,
 - Le Samu-Centre 15 n'a pas connaissance et n'a donc pas la possibilité de traiter ou de rappeler les personnes qui ont raccroché,
 - Il est nécessaire d'interroger l'opérateur téléphonique pour apprécier l'importance des appels interrompus lorsqu'il fournit un répondeur avec un message filtrant en amont de l'autocommutateur du Samu-Centre 15,
 - L'heure d'un appel initié est « ti ». Par convention il sera défini comme égal à t0 (voir schéma) moins la durée du message de l'opérateur téléphonique. En l'absence de message ou de traitement particulier des appels par l'opérateur téléphonique $ti=t0$.

3.2. APPELS ENTRANTS

Appels initiés par un correspondant extérieur vers le Samu-Centre 15 aboutissant à son autocommutateur.

L'heure d'arrivée d'un appel entrant est celle du premier signalement au Samu-Centre 15 au travers de son autocommutateur (= t0).

APPELS REJETES

Appels entrants qui ont subi un traitement automatisé de telle sorte qu'ils ne puissent être ni décrochés, ni traités automatiquement : numéros bloqués volontairement par le Samu-Centre 15 (liste noire), appels raccrochés automatiquement au-delà d'un délai fixé, Ces appels ne seront donc pas présentés.

APPELS PRESENTES

Ce sont les *appels entrants* en mesure d'être pris en charge par le Samu-Centre 15. Ils peuvent être décrochés par un Parm ou traités automatiquement par un serveur vocal interactif. L'heure d'un appel présenté est l'heure à laquelle il devient décrochable (= t1).

APPELS DECROCHES

Appels présentés qui ont été pris en charge par une personne physique (essentiellement Parm ...). L'heure d'un appel décroché est l'heure à laquelle il est décroché par une personne physique (= t2). Il est précisé qu'un appel décroché peut générer un ou plusieurs « mouvements » qui correspondent à des périodes de communication sur des postes téléphoniques distincts (transfert, conférence). L'analyse de ces mouvements est fonction du degré de sophistication des autocommutateurs et de l'organisation fonctionnelle du service.

APPELS REpondus

Appels présentés pris en charge par une personne physique (Parm) ou traité automatiquement par un serveur vocal interactif.

Appels répondus = appels décrochés + appels traités automatiquement

APPELS PERDUS

Appels entrants qui ne sont ni décrochés, ni traités automatiquement. Il est précisé qu'un appel raccroché par erreur par un personnel du Samu-Centre 15 ne peut pas être comptabilisé automatiquement dans cette catégorie.

Appels perdus = Appels entrants – Appels décrochés – Appels traités automatiquement

APPELS TRAITES AUTOMATIQUEMENT

Appels entrants transférés, avant de pouvoir être décrochés, vers un serveur vocal interactif. Ce transfert est soit automatique soit réalisé suite à une action volontaire de l'appelant.

Ces appels seront comptabilisés et évalués de manière particulière.

3.3. APPELS SORTANTS

Appels téléphoniques initiés à partir de tous les postes du Samu-Centre 15 quelle que soit la ligne téléphonique utilisée.

APPELS ETABLIS

Appels sortants aboutissant à l'établissement d'une communication avec une personne physique ou un système automatisé.

3.4. DELAIS DES APPELS ENTRANTS

TEMPS DE REPONSE = $t1 - ti$

Il concerne tous les appels initiés. C'est le délai fixe et incompressible durant lequel l'appel ne peut pas être présenté. Il est fonction des durées du message vocal de l'opérateur téléphonique et/ou du message vocal Samu-Centre 15 si le décroché n'est pas possible durant son déroulement.

TEMPS D'ATTENTE = $t2 - ti$

Il concerne les appels répondus. C'est le délai entre l'heure de l'*appel initié* et l'heure de l'*appel répondu* (prise en charge effective par une Parm ou un serveur vocal interactif). Il reflète la rapidité de prise en charge de l'ensemble des appels répondus.

TEMPS DE SONNERIE = $t2 - t1$

Il concerne les appels décrochés. C'est le délai entre l'heure de présentation de l'appel et l'heure de son décroché effectif par une personne physique. Il reflète la rapidité de prise en charge des appels par le Samu-Centre 15.

DUREE DE L'APPEL = $tf - ti$

Il concerne tous les appels décrochés. C'est le délai entre l'heure de l'*appel initié* et l'heure de fin de la communication (tf), quel qu'en soit le motif. Un appelant dont l'appel a été transféré ou mis en conférence n'a pas sa communication considérée comme interrompue.

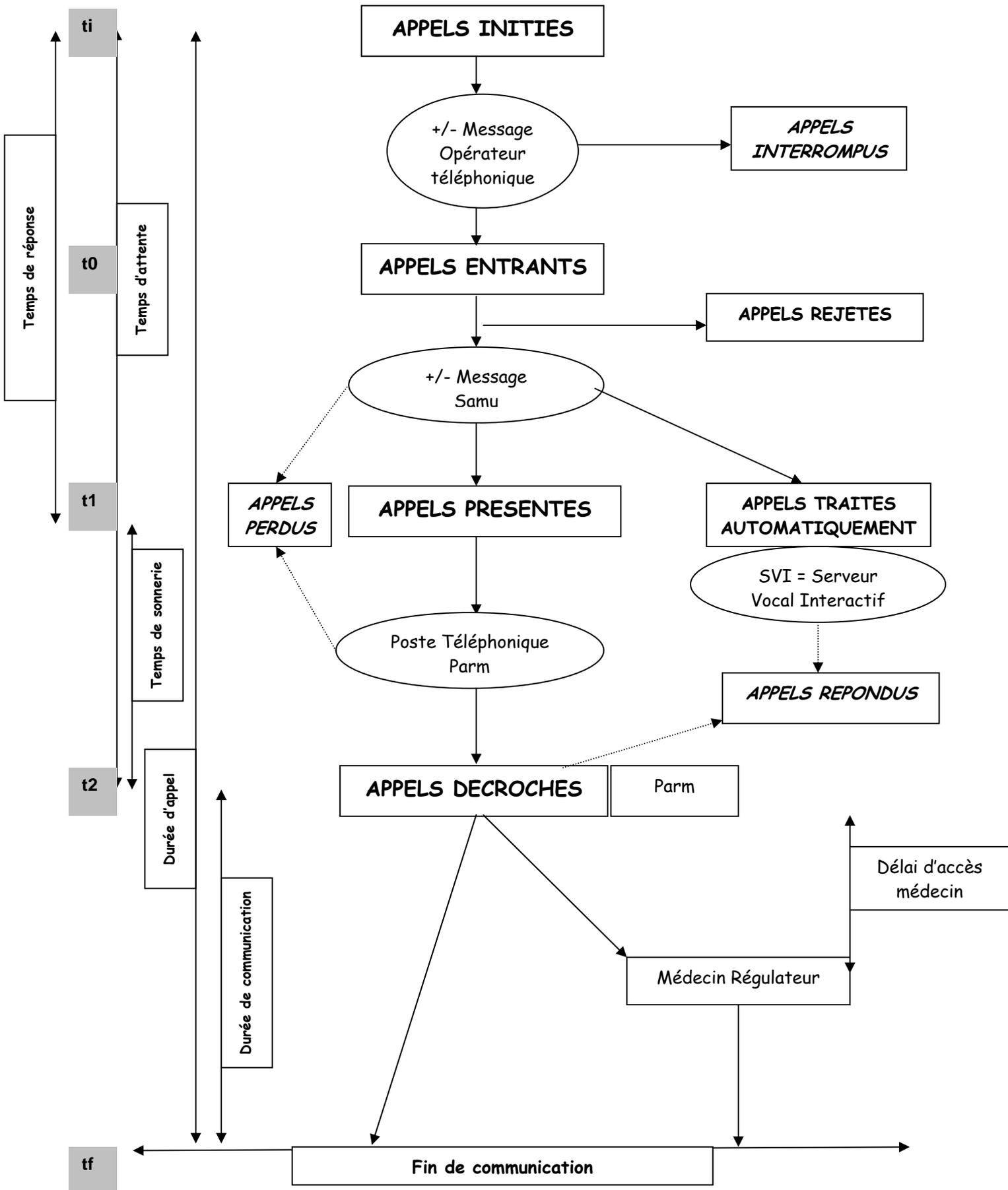
DUREE DE COMMUNICATION = $tf - t2$

Il concerne tous les appels décrochés. C'est le délai entre l'heure du premier décroché et l'heure de fin de communication, quel qu'en soit le motif. Un appelant dont l'appel a été transféré ou mis en conférence n'a pas sa communication considérée comme interrompue.

DELAI d'ACCES MEDECIN

Lorsque les postes des Parm et des Médecins Régulateurs sont spécifiquement identifiés, le délai d'accès au médecin régulateur peut être mesuré (durée entre le décroché Parm et le décroché Médecin Régulateur). La distinction entre les postes dédiés médecin régulateur urgentiste / médecin régulateur généraliste permet une analyse séparée de ce délai.

LES APPELS : schéma récapitulatif



4. DOSSIERS DE REGULATION (DR)

4.1. DEFINITIONS

DOSSIERS DE REGULATION (DR)

Un dossier de régulation (DR) regroupe l'ensemble des informations collectées, des mesures prises et du suivi assuré, suite à une information à caractère médical, médico-social ou sanitaire portée à la connaissance du Samu – Centre 15.

DOSSIER DE REGULATION MEDICALE (DRM)

Un Dossier de Régulation (DR) sera qualifié en tant que Dossier de Régulation Médicale (DRM) dès lors qu'il a bénéficié d'un acte de régulation médicale par application des règles spécifiées dans le règlement intérieur du Samu-Centre 15.

ACTE DE REGULATION MEDICALE

Un acte de régulation médicale s'effectue au sein du Centre de Réception et de Régulation des Appels du Samu – Centre 15 sous la responsabilité d'un docteur en médecine. Il comprend sinon tous, au moins un des éléments suivants selon les modalités précisées par le règlement intérieur du Samu – Centre 15:

- Une transmission d'informations par le Parm à un médecin régulateur,
- Un interrogatoire médical effectué par un médecin régulateur,
- Au moins une décision prise ou validée par un médecin régulateur,
- Le suivi du déroulement des interventions et l'analyse des bilans médicaux ou non médicaux des différents effecteurs,
- L'orientation et de la préparation de l'accueil du ou des patients.

4.2. PRECISIONS & REMARQUES

DOSSIERS DE REGULATION (DR)

- Les dossiers de régulation (DR) se substituent au terme « affaire » jusque là classiquement employé.
- L'intégralité du contenu d'un DR est soumise aux mêmes règles qu'un dossier médical classique.
- Le nombre de dossier de régulation constitue, avec le nombre d'appels, le deuxième élément essentiel caractérisant quantitativement l'activité d'un Samu-Centre 15.
- Exception faite des appels et situations qui ne sont pas en rapport avec un problème médical, médico-social ou sanitaire, tout appel décroché doit faire l'objet de l'ouverture d'un dossier de régulation.
- Un dossier de régulation peut se limiter à la réception d'un appel unique (demande de renseignement de base) mais génère le plus souvent un nombre d'appels téléphoniques ou radios multiples en réception comme en émission (appels lors de la création, la régulation, la décision et le suivi du dossier).
- Tout nouvel appel reçu moins de 24 heures après l'heure de création d'un DR est considéré comme la continuité du même DR si son motif est en rapport avec l'évènement ayant justifié l'ouverture du DR primitif. Au delà de cette période, un nouveau DR est créé. Cette règle n'est pas applicable dans le cas des dossiers pour transferts inter-hospitaliers, intra-hospitaliers, évacuations sanitaires, évènements catastrophiques et évènements sanitaires.
- Si le Samu-Centre 15 possède un serveur vocal interactif (SVI), les appels pris en charge de façon automatisée par le SVI sans intervention humaine et ayant réellement abouti ne sont pas considérés comme des dossiers de régulation. Ces appels seront comptabilisés séparément. Un relevé des appels

abandonnés est également nécessaire pour vérifier le cas échéant l'efficacité du paramétrage du serveur vocal interactif.

- Les bases de données constituées par les dossiers de régulation doivent respecter la réglementation traitant de l'informatisation notamment leur déclaration à la CNIL.

DOSSIER DE REGULATION MEDICALE (DRM)

- Tout DR n'ayant pas été porté à la connaissance du médecin régulateur ne pourra pas être classé comme DRM. Par conséquent, tout dossier pour lequel le médecin régulateur a été informé à un moment de son traitement est considéré comme ayant bénéficié d'un acte de régulation médicale. Il est classé comme DRM.
- C'est le règlement intérieur du Samu-Centre 15 qui doit détailler les circonstances qui nécessitent un acte de régulation médicale ou non.
- Qu'il soit informatique ou papier, le DRM doit être l'objet d'une attention particulière. La collecte de toutes les informations nécessaires, notamment les motivations des décisions de régulation médicale, doivent faire l'objet d'un recueil minutieux.
- Un DRM peut concerner un ou plusieurs patients ou aucun patient en particulier (renseignement médical d'ordre général, AVP sans victime, ...).
- Un DRM peut faire l'objet d'une ou plusieurs décisions, immédiates ou successives, entraînent l'engagement d'un ou plusieurs moyens. Un DRM peut également ne faire l'objet d'aucun engagement de moyen (conseil médical, refus du patient, ...).
- Un DRM peut être classé « sans suite » s'il ne donne lieu à aucune décision pratique (ex : information sur une situation médico-sociale ou sanitaire préoccupante).
- Toute demande de transfert inter-hospitalier, intra-hospitalier ou évacuation sanitaire (qu'il soit médicalisé ou non) constitue un nouveau DRM, même si l'heure de création du DRM correspondant à l'événement initial ayant conduit à la prise en charge dans un établissement de santé est survenu moins de 24 heures avant la demande.
 - Tous les appels en rapport avec cette mission, quel qu'en soit le délai, seront considérés comme la continuité du même DRM jusqu'à ce que la mission soit achevée ou annulée.
 - Il ne peut y avoir qu'un seul patient par DRM de ce type sauf dans le cas d'un transport de nouveaux nés ensemble ou avec leur mère. Par contre il peut y avoir plusieurs moyens de transport pour le même DRM.
 - Pendant ce transfert ou en cas d'aller et retour, l'interruption de la prise en charge du patient par les différents moyens engagés par un même Samu-Centre 15 nécessite l'ouverture d'un nouveau DRM.
- Un DRM doit contenir, de préférence sur un support informatique :
 - Une fiche administrative
 - La liste horodatée de l'ensemble des communications liées à ce DRM. L'appel initial ayant été à l'origine du DRM doit être clairement identifiable. Les informations suivantes doivent être disponibles : date, heure, sens de l'appel (entrant/sortant), type de support technique, nom/numéro de l'appelant, nom/numéro de l'appelé, objet (liste), lien ou N° d'identification de l'enregistrement
 - Une fiche de régulation médicale avec l'ensemble horodaté des conseils, prescriptions, observations et bilans motivant les décisions prises ou un classement sans suite. Chacune de ces données doit pouvoir être tracée de manière nominative.
 - La liste des patients avec le lien éventuel à leur dossier patient. Lorsqu'il y a eu un transport, il faut pouvoir connaître : le lieu de prise en charge, les étapes de transit, le lieu de destination et en cas d'hospitalisation le service d'admission.
 - La liste des décisions (et le nom de la personne qui a pris chacune d'entre elle) et leur suivi.

4.3. CODIFICATION

Les DR qui ne sont pas des DRM peuvent être codifiés selon des modalités conformes au règlement intérieur.

Sauf indication contraire,

- un seul choix détermine chaque caractéristique d'un dossier de régulation ;
- c'est le choix qui offre la plus grande précision qui est retenu. Dans le doute c'est le choix le plus haut de la liste (l'ordre de présentation doit être conservé).

Les codifications minima préconisées pour un DR sont:

- IDENTIFICATION
- PROVENANCE
- TYPE APPELANT
- TYPE LIEU EVENEMENT
- MOTIF
- CIRCONSTANCES & CAUSES EXTERIEURES
- DECISIONS

Les codifications supplémentaires préconisées pour un DRM sont:

- TYPE REGULATEUR
- DIAGNOSTIC DE REGULATION
- TYPE DRM

IDENTIFICATION

Tout dossier de régulation pris en charge par un Samu-Centre 15 doit avoir un numéro d'indexation et d'identification unique généré automatiquement par le logiciel de régulation médicale. du type : DRFR15DDXAAJJ00000

- DR = dossier de régulation
- FR : désigne le pays (FR = France)
- 15 : désigne le fait que le DR a été pris en charge par un Samu-Centre 15,
- DD : désigne le département ou est situé le Centre 15 qui a traité le DR,
- X: lettre désignant le Samu – Centre 15 en cas de pluralité de Samu-Centre 15 sur le même département (
- AA : année durant laquelle l'appel a été crée
- JJJ: désigne le jour de l'année
- 00000 : numéro d'ordre chronologique du DR dans la journée de référence ci-dessus.

PROVENANCE

Définition

C'est le mode d'arrivée de l'appel: soit direct au Samu-Centre 15 soit via le centre d'appel d'urgence, public ou privé qui contacte le Samu-Centre 15

Précisions & remarques

- En cas d'appels multiples à plusieurs centres d'appel d'urgence et s'il est difficile de déterminer qui a reçu l'appel en premier, la provenance sera:
 - Le « Samu – Centre 15 local » s'il a reçu au moins un appel directement d'un appelant,
 - Le service qui l'a informé en premier dans les autres cas.
- La provenance est distincte de l'origine. C'est le premier centre d'appel d'urgence, public ou privé, qui a eu connaissance de l'événement à l'origine du DR, quel que soit le cheminement ultérieur de l'appel ou de l'alerte

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Codage réalisé, le plus précocement possible, de préférence par le Parm qui a réceptionné l'appel initial.
- Présentation : liste à choix unique et obligatoire
- Doit être renseigné de manière automatique en utilisant les numéros de téléphones des centraux d'appels d'urgence.
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : Provenance
- Nom informatique du champ non visualisé par les utilisateurs : DRPROVE
- La liste figure en document annexe

TYPE APPELANT

Définition

C'est la personne, témoin direct ou indirect, qui a appelé, le premier, un central d'appel d'urgence pour l'informer de l'événement ayant abouti à la création du DR. Il ne s'agit pas de la personne appartenant à un central d'appel d'urgence et qui transfère l'appel au Samu-Centre 15.

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Codage réalisé, le plus précocement possible, de préférence par le Parm qui a réceptionné l'appel initial.
- Présentation : liste à choix unique et obligatoire
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : Type appelant
- Nom informatique du champ non visualisé par les utilisateurs : DRAPLT
- La liste figure en document annexe

TYPE LIEU EVENEMENT

Définition

C'est la nature du lieu où est survenu l'événement.

Précisions & remarques

Cela caractérise le lieu de survenu de l'événement et pas le lieu *d'intervention* (le patient a pu être déplacé par rapport au lieu de l'événement). Cela ne présage pas de l'activité du ou des patients.

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Codage réalisé, le plus précocement possible, de préférence par le Parm qui a réceptionné l'appel initial.
- Présentation : liste à choix unique et obligatoire
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : Type lieu
- Nom informatique du champ non visualisé par les utilisateurs : DRLIEU
- La liste figure en document annexe

MOTIF

Définition

C'est le codage non médical du motif principal de sollicitation du Samu-Centre 15 initialement porté à sa connaissance, exprimé par l'appelant et analysé par la personne qui réceptionne l'appel initial, en général un Parm.

Précisions & remarques

- Cet item permet de codifier le motif initial de recours au Samu-Centre 15. Il doit donc être en concordance avec le motif qui peut être renseigné en texte libre au décours de la prise d'appel initial à l'origine de la création du DR. C'est un codage réalisé par le Parm, ce n'est pas un diagnostic médical.
- Ce codage doit permettre de synthétiser le motif du DR
- Il doit aussi permettre d'établir des procédures réflexes, écrites ou automatisées, liées à ce codage et éventuellement à « circonstances ».

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Codage réalisé, le plus précocement possible, de préférence par le Parm qui a réceptionné l'appel initial.
- Présentation : liste à choix unique et obligatoire
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : Motif DR
- Nom informatique du champ non visualisé par les utilisateurs : DRMOTIF
- La liste figure en document annexe

CIRCONSTANCES

Définition

Lorsqu'elle existe, c'est la caractéristique de survenue d'une lésion traumatique ou une situation circonstancielle particulière.

Précisions & remarques

- Lorsqu'il y en a plusieurs, c'est l'élément ayant contribué de manière prépondérante à l'événement ou ayant eu le plus d'effet ou de conséquence sur le ou les victimes qui doit être choisi.
- Il doit permettre aussi d'établir des procédures réflexes, écrites ou automatisées, liées à ce codage et éventuellement à « Motif DR ».

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Codage réalisé, le plus précocement possible, de préférence par le Parm qui a réceptionné l'appel initial.
- Présentation : liste à choix unique et obligatoire
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : Circonstance
- Nom informatique du champ non visualisé par les utilisateurs : DRCIRCO

- La liste figure en document annexe

TYPE REGULATEUR

Définition

Le « type régulateur » d'un DRM est la discipline que le régulateur exerce dans le cadre de ses fonctions de régulation au sein du Samu-Centre 15.

S'il y a plusieurs décisions successives prises lors du traitement du DRM, c'est la discipline du médecin ayant pris la dernière décision qui détermine le « type ».

Précisions & remarques

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Codage réalisé, le plus précocement possible, de préférence par le Parm qui a réceptionné l'appel initial.
- Présentation : liste à choix unique et obligatoire
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : Type Régul
- Nom informatique du champ non visualisé par les utilisateurs : DRREGUL
- La liste figure en document annexe

DIAGNOSTIC DE REGULATION MEDICALE = DDR

Définition

C'est le codage médical du diagnostic ayant motivé la première série de décision prise ou validée par le médecin régulateur. A défaut de suffisamment de certitude, c'est le codage du signe ou du symptôme ressenti par le patient. C'est la résultante d'une démarche élaborée à distance essentiellement au moyen de l'interrogatoire.

Précisions & remarques

- La codification des pathologies est réalisée d'après le thésaurus de médecine d'urgence issu de la CIM 10,

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Codage réalisé par le médecin ayant des fonctions de régulation médicale à qui le DRM a été confié initialement. Il est réalisé le plus précocement possible,
- Codage lié à au patient, obligatoire pour tous les patients
- Ergonomie : La recherche doit pouvoir se faire à partir d'une zone de saisie unique sur le mode des moteurs de recherche web. La recherche doit se faire indifféremment sur l'intégralité ou une partie du code (avec ou sans point), du libellé spécifique, du libellé officiel, de la ou des catégories, de la ou des rubriques, des mots clés et de tout autre élément de la table. La résultante de la recherche doit se présenter sous forme d'une liste, par ordre de pertinence, avec 2 colonnes le code et le libellé spécifique. Même si le résultat est unique, il ne doit pas être validé automatiquement, c'est l'utilisateur qui sélectionne le code qui lui semble le plus adapté ou qui procède à une nouvelle recherche. Une autre possibilité de recherche doit être disponible utilisant une arborescence par rubrique. Un même code peut être sous plusieurs rubriques.
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : Diagnostic de régulation médicale
- Nom informatique du champ non visualisé par les utilisateurs : PATDIRM
- La liste figure en document annexe

TYPE de DRM

Il n'existe pas à ce jour de méthode d'identification suffisamment fiable et reproductible permettant la distinction entre DRM de Médecine d'Urgence (DRM MU) et DRM de Médecine Générale (DRM MG). Malgré l'absence de méthode validée, la différenciation entre DRM MU et DRM MG est souhaitable et quatre indicateurs semblent intéressants en ce sens, utilisés seuls ou croisés :

- Priorisation par le Parm de l'urgence à réguler l'appel indépendamment du type de médecins présent:
 - Régulation de médecine d'urgence destinée idéalement à un médecin urgentiste
 - Régulation de médecine générale non urgente destinée idéalement à un médecin généraliste
- Type de régulateur : La fragilité de cet indicateur réside dans la non disponibilité H24 des différents types de médecins régulateurs.
- Diagnostic De Régulation (DDR) : Cela nécessiterait d'affecter à chaque code diagnostic une classification MU/MG.

- Type de décision: La limite de cet indicateur repose sur l'impossibilité d'attribuer de façon systématique et unique à un type de décision le seul caractère MU ou MG.

En l'état actuel, la répartition des DRM MU et des DRM MG ne peut pas être un outil fiable de comparaison entre les Samu.

4.4. AUTRES DEFINITIONS

DECISIONS

Définition

Ce sont la ou les mesures prises par le Samu-Centre 15 en réponse à la demande exprimée en fonction de l'événement et de la situation du ou des patients.

Elles sont caractérisées par la nature du ou des moyens mis en œuvre et leur chronologie.

Précisions & remarques

- Les décisions peuvent être simples ou multiples, avec ou sans engagement de moyen.
- Les moyens déjà engagés par d'autres centres d'appels d'urgences, par le patient ou des tiers doivent pouvoir être identifiés. Ils sont alors qualifiés comme « décision de validation » dès lors que la régulation médicale les prend en compte, ne les annule pas et n'ajoute pas de décision complémentaire.
- Elles sont distinguées selon leur chronologie :
 - Elles seront qualifiées de décision de **première intention** si elles sont décidées en fonction des informations connues lors de la création du dossier.
 - Elles seront qualifiées de décision de **deuxième intention** si elles sont décidées ultérieurement, en complément ou en substitution, d'une première décision après transmission d'une nouvelle information : nouvel appel décroché d'un appelant, bilan d'un effecteur déclenché lors d'une décision de première intention. Cette information doit être parvenue au moins 10 minutes après l'appel initial.
- L'absence volontaire de décision est considérée comme une décision « sans suite ».
- La liste des décisions et des moyens est définie par des nomenclatures,

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Présentation : liste à choix multiple
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : Décision
- Statuts d'exécution et de suivi de mission : horodatage obligatoire d'un nombre choisi de statut

ETATS d'un DRM

Définition

Permet de qualifier chaque étape du déroulement d'un DRM.

Précisions & remarques

- Ce qualificatif évolue au fur et à mesure du déroulement du DRM,

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Le passage entre les états « actif », « achevé » et « validé » doit pouvoir se faire automatiquement par le logiciel de régulation médicale,
- Le passage à l'état « clôturé » et « archivé » doit faire intervenir une action humaine volontaire,
- Etat lié au DRM, obligatoire pour tous les DRM,
- Présentation : liste à choix unique et obligatoire
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : Etat
- Nom informatique du champ non visualisé par les utilisateurs : DRETAT
- La liste figure en document annexe

VICTIME

Définition

Personne concernée par un problème ou une situation d'ordre médical, sociale ou sanitaire qui n'a pas bénéficié d'une prise en charge médicale.

PATIENT

Définition

Victime ayant bénéficié d'une prise en charge médicale sur place ou à distance.

Précisions & remarques

La régulation médicale, le conseil médical, la prescription médicale téléphonique sont considérée comme des prises en charges médicales à distance

EVENEMENT

Définition

Une même évènement peut concerner un, plusieurs ou aucun patient et la création d'un ou plusieurs DR.

PARCOURS DE SOINS D'URGENCES=PSU

Définition

Ensemble des DR et des "passages aux urgences" d'un même patient pour un même "évènement".

Précisions & remarques

Le cheminement exact des patients et la notion de filière de soins doivent pouvoir se retrouver dans les DRM.

DOSSIER PATIENT URGENCES=DPU

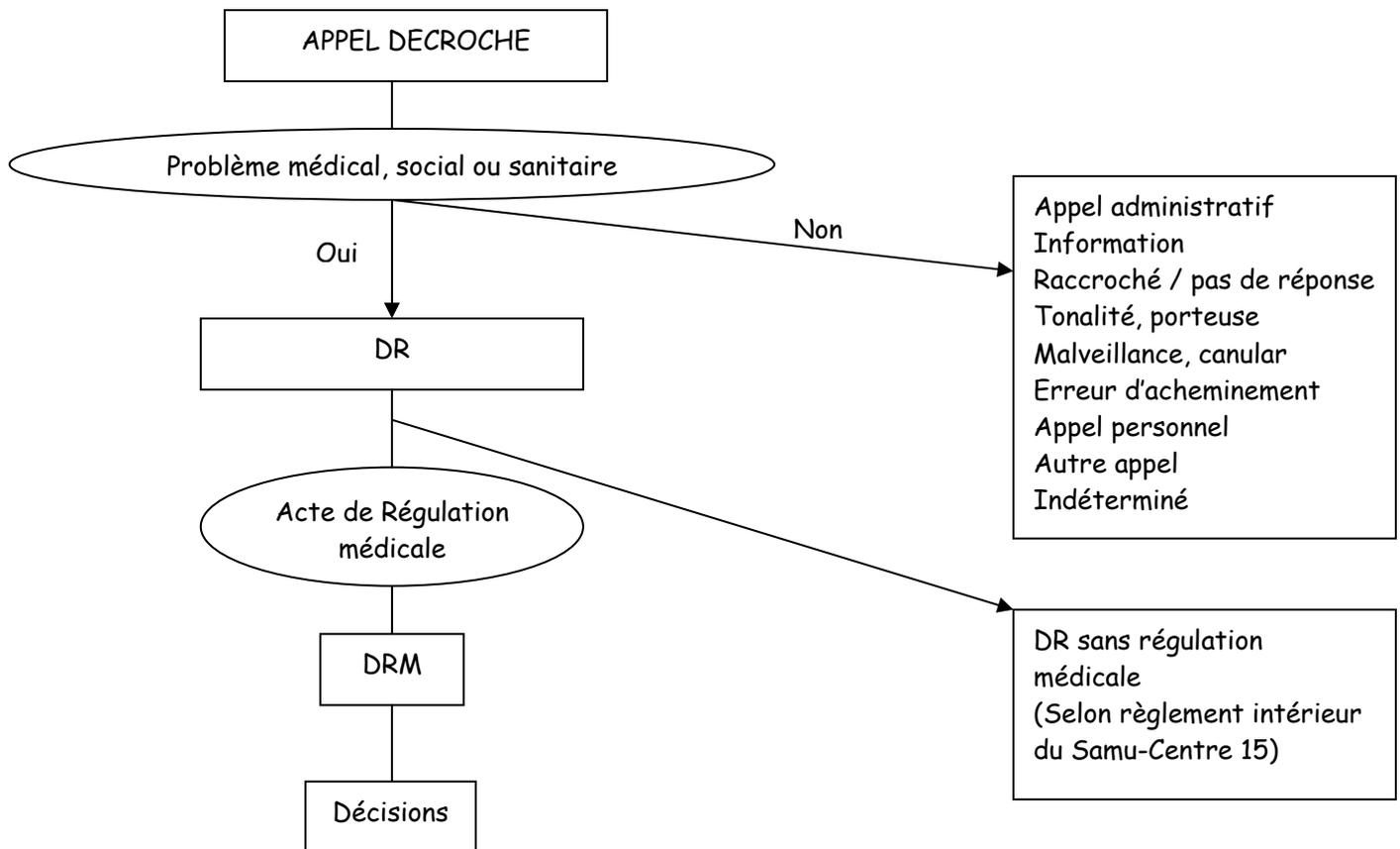
Définition

Il rassemble l'ensemble des parcours de soins d'urgences d'un même patient.

Précisions & remarques

Il est constitué de l'ensemble des DRM et des passages aux urgences consécutifs à l'ensemble des évènements d'ordre médical, médico-social ou sanitaire pour lequel il est concerné dans le cadre d'une prise en charge en urgence.

Catégorisation générale des DR & DRM



Catégorisation des décisions au niveau d'un DRM

Décisions avec envoi de moyens

- Primaire
 - Médecin
 - Généraliste
 - Pompier
 - MCS
 - Association de médecins (SOS, ...)
 - Transports non médicalisés
 - Ambulance privée
 - VSAV
 - Autres
 - SMUR
 - Autres moyens (infirmière, kinésithérapeute, force de l'ordre, ...)
- Secondaire
 - Transfert intra hospitalier
 - TIH médicalisé
 - Infirmier (TIH)
 - TIH non médicalisé
 - Transfert inter hospitalier
 - TIH médicalisé
 - Infirmier (TIH)
 - TIH non médicalisé
 - Evasan, rapatriement, retour domicile
 - médicalisé
 - infirmier
 - non médicalisé

Décisions sans envoi de moyens

- Conseil simple
- Conseil thérapeutique, PMT
- Aller consulter (SU, MMG, ...)
- Sans suite

**INFLUENCE DU NOMBRE DE DOSSIERS HORAIRES SUR LA DECISION DU
MEDECIN REGULATEUR DE LA PERMANENCE DES SOINS EN HAUTE-GARONNE**

Toulouse, le 24 janvier 2013

En 2009, l'association de régulation libérale « Régu'l 31 » a émis l'hypothèse d'un seuil dit « d'efficience » de la régulation. Ce seuil est défini comme la cadence de régulation (soit le nombre de dossiers traités par heure et par médecin) au-delà de laquelle le taux de conseil médical se dégrade significativement au profit d'un déploiement, inapproprié et coûteux, de moyens du seul fait de la pression de la file d'attente des appels. Cette étude monocentrique vérifie l'existence de ce seuil, établi à 8 dossiers par heure et par régulateur, dans le cadre de cette association au cours de l'année 2011. Ce chiffre n'est toutefois mis en évidence qu'en horaire de soirée (de 20H à minuit), cette période associant d'une part une activité de régulation conséquente et d'autre part un profil décisionnel témoignant d'une volonté de sollicitation minimale du dispositif de permanence des soins.

Il convient de vérifier la validité de ce seuil sur d'autres centres de régulation.

**INFLUENCE OF THE NUMBER OF HOURLY CASES ON THE DECISION OF THE
REGULATING DOCTOR OF THE CONTINUITY OF CARE IN HAUTE-GARONNE**

In 2009, the association of liberal regulation " Régu ' l 31 " has hypothesized a said threshold of « efficiency » of the regulation. This threshold is defined as the processing rate (number of cases handled per hour and per physician) beyond which the rate of medical advice deteriorates significantly in favor of a deployment of means, inappropriate and expensive, due to the pressure of the line of the calls. This monocentric study verifies the existence of this threshold, established at 8 cases per hour and per regulator, within the framework of this association during year 2011. This figure, however, is highlighted only in evening schedule (8 pm to midnight), this time associating on one hand a substantial regulatory activity and on the other hand a decision-making profile showing a willingness of minimal request of the device of continuity of care.

It is advisable to verify the validity of this threshold on other centers of regulation.

Mots-clés : Permanence des soins ambulatoire – Régulation – Seuil d'efficience

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine RANGUEIL – 133, route de Narbonne – 31062 TOULOUSE CEDEX 04 – France

Directeur de thèse : Docteur POINOT Philippe