



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommandations de bonne pratique

Prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale

Note de cadrage

Dr Christine REVEL
Chef de projet
Service des bonnes pratiques professionnelles

Sommaire

I. Présentation de la saisine et de son contexte	3
I.1 Saisine	3
I.2 Objectifs du demandeur	3
I.3 Définition de la permanence des soins	4
I.4 Synthèse des données d'activité	4
I.5 Développement actuel de la permanence des soins.....	4
I.6 Synthèse des rapports institutionnels : constatations, conséquences en termes d'organisation et d'améliorations attendues.....	5
I.7 Cadre Législatif	7
I.8 Documents de recommandations disponibles	7
II. Délimitation du thème de travail et des questions à couvrir	8
II.1 Consultation des professionnels : réunion d'un comité d'organisation	8
II.2 Délimitation du thème.....	9
II.4 Enjeux pour les patients ou les usagers du système de santé.....	9
II.5 Professionnels concernés par les recommandations	10
II.6 Méthode de travail envisagée pour élaborer ces recommandations professionnelles et calendrier.....	10
II.7 Composition des groupes de travail et de lecture	10
II.8 Plan de diffusion envisagé.....	11
II.9 Outils de mise en œuvre.....	11
III. Avis du Comité de validation des recommandations	11
IV. Délibération du Collège de la HAS le 3 février 2010	14
V. Relevé de décisions de la réunion de travail avec la DGOS le 11 mars 2010.....	14
VI. Nouvelle liste de questions à traiter	15

Abréviations

AMU	Aide Médicale d'Urgence
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier
PARM	Permanencier auxiliaire de régulation médicale
PDS	Permanence des soins
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SFAR	Société française d'anesthésie et de réanimation
SFMU	Société française de médecine d'urgence
SMUR	Services mobiles d'urgence et de réanimation

I. Présentation de la saisine et de son contexte

I.1 Saisine

La HAS a été saisie par la DHOS en 2007, pour élaborer des recommandations de bonne pratique (RBP) sur deux thématiques très proches :

- « Élaboration de recommandations de bonnes pratiques en matière de régulation médicale des appels de permanence des soins (PDS), et plus particulièrement concernant le conseil médical et la prescription téléphonique médicamenteuse » ;
- « Elaboration de recommandations de bonnes pratiques en matière de prescription téléphonique médicamenteuse »

Cette demande couvrant 2 champs jugés trop vastes pour être traités dans le même projet, il a été décidé, en concertation avec la DHOS, de débiter par l'élaboration de RBP sur le thème de la prescription téléphonique médicamenteuse. Ce premier travail a donné lieu à la production des RPB « Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale », finalisée en février 2009. La DHOS ayant maintenu sa demande de RBP sur la régulation médicale de la PDS, et ces nouvelles RBP ont été débutées dans le cadre du programme de travail 2009 de la HAS.

L'élaboration de ces RBP s'inscrit dans l'évolution du dispositif de PDS et de la pratique de la régulation médicale. Selon la circulaire DHOS/01 n° 2006-470 du 10 octobre 2006, l'organisation de la PDS en médecine ambulatoire repose sur l'instauration d'une régulation préalable à l'accès au médecin de permanence. Cette régulation des appels peut être assurée soit par des centres hospitaliers de régulation (Samu-Centre 15), soit par des centres libéraux de régulation interconnectés avec le Samu-Centre 15.

Depuis 2003, plusieurs rapports institutionnels ont mis en lumière un fonctionnement hétérogène des différents centres de régulation, et en particulier entre les centres hospitaliers et les centres libéraux. Ces rapports recommandent l'élaboration de règles de bonne pratique pour cette activité.

Ainsi dans un rapport de l'IGAS/IGA publié en 2006 sur le thème « Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire », il est constaté des réponses téléphoniques « extrêmement hétérogènes et non contrôlées », dont le contenu varie selon « les propres compétences ou convictions de chaque régulateur, ou bien selon l'abondance du flux d'appels à traiter et du nombre de régulateurs disponibles ». On peut craindre qu'une telle hétérogénéité n'aille pas dans le sens de l'éducation sanitaire de la population. Le rapport estime donc que des « règles homogènes de fonctionnement de la régulation devraient être précisées », notamment par des « protocoles professionnels ». Selon les renseignements fournis à la mission, la HAS était chargée par la DHOS d'élaborer des RBP en 2007 à l'intention, notamment, des régulateurs libéraux.

Les préoccupations exprimées vont au-delà du seul cadre de la permanence des soins. Plusieurs affaires ont ces dernières années été portées devant les tribunaux pour des cas relevant d'une prise en charge considérée comme insuffisante. En décembre 2008, le décès d'un homme originaire de Massy a suscité beaucoup d'émotion. La régulation médicale a été mise en cause et l'IGAS saisie par la Ministre. Le rapport de l'IGAS (RM 2009-029P) pointe des dysfonctionnements et propose des pistes de travail.

I.2 Objectifs du demandeur

L'élaboration de ces RBP s'inscrit dans l'évolution du dispositif de PDS et de la pratique de la régulation médicale. Ces recommandations ont pour objectifs :

- de favoriser l'homogénéité de cette pratique entre professionnels et sur tout le territoire ;
- d'améliorer ainsi la qualité de la réponse apportée aux patients : permettre de mieux orienter la demande du patient, la réponse pouvant aller de la simple délivrance d'un conseil médical à l'envoi d'un SMUR (service mobile d'urgences et de réanimation) ;

- de constituer un support pour la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles.

En revanche, ces recommandations ne porteront pas :

- sur l'organisation en tant que telle de la régulation médicale (répartition des centres et rôles des différents intervenants sur le territoire) ;
- sur les bonnes pratiques de prise en charge en fonction des différentes situations cliniques.

I.3 Définition de la permanence des soins

Historiquement, la PDS ambulatoire a été définie en 2003, au décours des grèves de garde des médecins généralistes libéraux de 2001-2002, à partir des travaux de la commission confiée au sénateur Descours. La PDS ambulatoire revêt le caractère d'une mission de service public assurée par des médecins libéraux sur la base du volontariat, durant les heures de fermeture des cabinets médicaux, soit de 20 h à 8 h en semaine et du samedi 12 h au lundi 8 h pour les week-ends. Cette PDS est organisée au niveau départemental sous l'autorité du préfet, après avis du Comité départemental d'aide médicale urgente et de permanence des soins (CODAMUPS).

Son accès est régulé préalablement par le Centre 15 ou une plate-forme de régulation ayant passé convention et interconnectée avec le Centre 15. Le texte du 15 septembre 2003 est le suivant (art R 732) : « *L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le Samu. Lorsque la régulation ne peut être organisée dans ce cadre elle doit être interconnectée avec ce service.* » L'orientation des patients est un des éléments essentiels au bon fonctionnement du dispositif des urgences et de la PDS. La régulation médicale téléphonique a un rôle déterminant : elle permet de définir dès l'appel du patient la nature de la réponse à lui apporter, la responsabilité de la décision incombant à un médecin régulateur formé et expérimenté.

I.4 Synthèse des données d'activité

Les Samu-Centres 15 prennent en charge annuellement 12 millions de dossiers de régulation médicale (contre 4 millions en 1997, soit une multiplication par 3 en 10 ans). Près de 13,4 millions de patients par an consultent aux urgences hospitalières (le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a augmenté de 64 % entre 1990 et 2001, soit une progression annuelle de 4,6 %),

Il est à noter que dans plus de 30 % des cas, la réponse apportée par les Samu-Centres 15 consiste en une information et/ou un conseil médical : la régulation a permis que l'augmentation du nombre des appels au Samu-Centres 15 n'entraîne pas une augmentation des interventions des SMUR, dont le volume (environ 600 000 patients pris en charge par an) reste stable.

Cette augmentation du recours aux Samu-Centres 15 et aux urgences hospitalières traduit une définition de l'urgence devenue toute relative et l'apparition de nouveaux comportements des usagers du système de santé, qui recherchent un service et la sécurité d'une réponse médicale téléphonique et/ou d'une consultation non programmée pour des situations qui ne revêtent pas toujours un caractère de gravité immédiate. Une enquête menée par la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) a montré que :

- seuls 20 % des passages aux urgences sont suivis d'une hospitalisation ;
- les trois-quarts des usagers se présentant aux urgences viennent directement, sans contact médical préalable.

I.5 Développement actuel de la permanence des soins

Depuis 2004, le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) publie chaque année en janvier un rapport d'enquête sur l'« Etat des lieux de la Permanence des soins », effectuée au moyen d'un questionnaire envoyé aux 100 conseils départementaux.

Ces enquêtes montrent l'évolution de l'organisation du système de « régulation médicale des appels au cours de la PDS » dans le cadre de la médecine générale. Ainsi en 2007, 98 départements sur 100 étaient couverts par un système de régulation médicale ajoutant une

composante « généraliste » (libérale) à la réponse « urgentiste » (hospitalière), présente dans tous les départements. Quand la régulation médicale « généraliste » était en place, elle couvrait tout le département dans 93 % des cas (contre 82 % en 2006).

Organisée au sein des Samu-Centres 15, la régulation médicale est l'occasion d'un travail en commun entre médecins hospitaliers et médecins libéraux. Si la participation des médecins libéraux est déjà ancienne dans de nombreux départements (la plus ancienne remonte à 1974), elle n'a démarré qu'en 2006 pour certains (Loir-et-Cher, Ain, etc.). Dans 2 régions, des associations de médecins libéraux ont mis en place une régulation de la PDS autonome du Samu-Centre 15 avec lequel elle est interconnectée (Midi-Pyrénées et Franche-Comté). En 2008, dans 34 départements, les patients pouvaient appeler un numéro dédié à la PDS distinct du 15, qui les mettait directement en contact avec des médecins libéraux régulateurs, assistés de permanenciers et agissant au sein du Centre 15 (Rhône, Seine-Maritime, Vendée, Eure, Meurthe-et-Moselle, etc.) ; de nouveaux départements ont récemment mis en place un numéro dédié (Charente-Maritime, Landes, Maine-et-Loire, Vosges, etc.). Dans certains départements, le centre de régulation libérale peut fonctionner sans numéro dédié, mais grâce à un renvoi d'appel mis en place par les médecins participant à la PDS (régulation dite « déportée »). Cependant cette pratique de régulation « déportée » reste très marginale et nécessite d'être encadrée.

En conclusion, le rapport du CNOM insiste sur :

- l'absolue nécessité d'une médicalisation de la régulation qui seule permet de déclencher à bon escient le déplacement d'un patient vers un lieu de consultation ou l'intervention d'un médecin à son domicile ;
- l'importance d'une formation adaptée à l'activité de régulation médicale ;
- le respect des principes de la déontologie médicale et celui de bonnes pratiques professionnelles car l'activité de régulation est une activité médicale à part entière.

I.6 Synthèse des rapports institutionnels : constatations, conséquences en termes d'organisation et d'améliorations attendues

Depuis 2003, de nombreux rapports institutionnels ont été consacrés à la PDS, à son organisation et à la place de la régulation médicale dans ce schéma.

Le rapport Descours, en 2003, un des premiers rapports publiés sur « La permanence des soins », a permis de définir la notion de PDS et d'en dégager les principes pour construire un nouveau modèle d'organisation des gardes basé sur le volontariat : « 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, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. »

Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant. La permanence des soins n'est pas la continuité des soins, obligation déontologique imposée au praticien envers ses patients par l'article 47 du Code de déontologie médicale. L'organisation de la PDS et celle de la prise en charge des urgences sont complémentaires. La délimitation entre ces deux domaines étant difficile à établir, ces deux organisations doivent être coordonnées et médicalement régulées. La PDS doit être conçue comme un système en réseau.

Suite au rapport Descours, la PDS en médecine ambulatoire a été réorganisée par les dispositions des articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du Code de la santé publique (CSP) complétés par les décrets n°2003-880 du 15 septembre 2003 et n°2005-328 du 7 avril 2005 relatifs aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence. Ainsi, l'article R. 6315-3 du CSP dispose que « L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le service d'aide médicale urgente (SAMU), ou par des centres d'appel interconnectés avec le SAMU ». Selon l'article R. 6315-5, « à la demande du médecin chargé de la régulation (...), le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou par une visite ».

En cas d'urgence ou en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, l'accès au médecin de permanence (24h/24, 7j/7) fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par

le service d'aide médicale urgente (SAMU-Centre 15) ou par des centres d'appel interconnectés avec le SAMU (centres libéraux de régulation). Dans ce contexte et en réponse à une demande lui parvenant par téléphone, la régulation médicale a pour mission de déterminer et déclencher :

- la réponse la plus adaptée ;
- dans le meilleur délai.

Les rapports édités ces dernières années sur la PDS ont fait un premier bilan du modèle d'organisation proposée initialement et ont permis d'identifier les points qui nécessitent des travaux d'amélioration.

Dans un **rapport publié en 2006 par la Cour des Comptes** (« Les urgences médicales : constat et évolution récente »), il est rapporté que les services d'urgence sont devenus, pour une part très importante, des services de consultations non programmées. Ce constat est conforté par le fait que 70 % des usagers se présentent directement aux urgences, sans contact médical préalable, même par téléphone. Cette situation reflète une réelle difficulté : si on peut schématiquement distinguer les urgences vitales, les cas nécessitant une intervention rapide (fracture, blessure profonde, brûlures) et les autres, qui peuvent aller du simple conseil à une consultation non programmée, il est difficile de faire *a priori* la distinction entre l'urgence ressentie par un patient et l'urgence clinique. Seul un diagnostic porté par des professionnels peut permettre la bonne orientation du patient. Selon la Cour des comptes, pour éviter un afflux non justifié des patients aux urgences, il faut que le système de régulation de la demande soit bien organisé en amont des établissements de santé et que son fonctionnement soit connu de la population, ce qui n'est pas le cas.

Le **rapport Grall publié en 2007**¹, dont l'objectif était d'apprécier le fonctionnement réel de la PDS et de formuler des propositions pour améliorer le dispositif, a révélé que la régulation médicale, qui constitue le socle du dispositif de la PDS, s'avérait instable et menacée. Il décrit « une tendance générale sur le pays à la baisse du nombre de volontaires et aux risques permanents de suppression même de cette régulation à composante libérale. » Or non seulement la prestation libérale est nécessaire avec des conseils téléphoniques adaptés, mais encore l'activité est partout en hausse. Cette désaffectation progressive, outre la question du volontariat, semble liée à la difficulté même et à la tension liées à l'activité de régulation, souvent réalisée après une journée de travail ordinaire, ainsi qu'au risque médico-légal permanent. La disparition ou seulement la diminution des plages horaires effectuées par les médecins libéraux volontaires pèse sur la régulation effectuée par les médecins hospitaliers.

Par ailleurs la fiabilité d'accès à la régulation est inconstante par encombrement du 15. Cette difficulté d'accéder au 15 n'existe pas seulement aux heures de PDS, mais également dans la journée, et ceci peut avoir de graves conséquences en cas d'appel pour des urgences réelles. Enfin le nonaccès téléphonique peut aboutir à un recours spontané aux structures d'urgence. Par exemple le Samu-Centre 15 de Nantes (Colloque Ethique et accès aux soins, 13 janvier 2007) note des taux d'abandon élevés (une moyenne de 5 %) faute de réponse téléphonique suffisamment rapide.

Enfin ce rapport insiste sur la nécessité d'instaurer pour les différents intervenants, une filière de formation spécifique et adaptée, que ce soit par la formation initiale ou dans le cadre de la formation continue. Il est proposé d'intégrer l'activité de régulation dans le cursus des études médicales afin d'avoir une formation des jeunes médecins adaptée à la réalité de la pratique, permettant ainsi de préparer l'avenir.

L'IGAS a publié un rapport en 2008, dans lequel elle émet plusieurs propositions, formulées à l'issue des séances d'audition de 32 départements, pour améliorer l'organisation de la PDS. Ainsi, selon ce rapport, « La régulation libérale, coordonnée avec les SAMU-centre 15 est désormais organisée dans beaucoup de départements. Cependant dans quelques départements elle n'est pas encore mise en place ou bien elle est insuffisamment opérationnelle. » Il apparaît donc nécessaire de définir « les conditions d'une régulation de qualité qui peuvent être remplies par l'harmonisation de règles de fonctionnement qui en garantissent la fiabilité. » Il est aussi

¹ Rapport du Dr Jean-Yves Grall, Conseiller général des établissements de santé. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Juillet 2007

nécessaire de rappeler ou de préciser des règles de fonctionnement garantissant la qualité de la régulation.

Enfin, **un rapport publié par le Ministère de la santé en 2009** sur le thème « Améliorer la continuité des soins et la qualité de la prise en charge des patients » montre que les organisateurs et les intervenants de l'urgence manquent de visibilité quant à la répartition de l'offre de soins sur le territoire au niveau régional, voire interrégional. Ce rapport insiste sur le fait que « le fonctionnement de la régulation doit encore progresser, notamment avec une information codifiée et harmonisée des différents intervenants. » Ainsi, selon ce rapport, le 15 est le numéro unique servant à la régulation médicale. Concentrant tous les appels d'urgences, les centres 15 connaissent une forte activité ne relevant pas toujours de l'urgence ou de la régulation médicale. Il est précisé dans ce document, que « ces appels réduisent d'autant le temps médical utile pour les professionnels du 15. Or ces appels pourraient - devraient - être réorientés rapidement, grâce aux données collectés par les systèmes d'information, libérant ainsi du temps médical. Ces données permettraient aussi au médecin régulateur de pouvoir décider rapidement et efficacement de la meilleure orientation du patient. »

Un des axes d'intervention proposé dans ce rapport concerne donc le désengorgement des centres 15. Pour ce faire, les actions proposées sont :

- « • une orientation rapide des appels reçus au centre 15 vers le médecin ou un pôle d'information, selon la nature de cet appel ;
- une organisation rigoureuse garantissant que, dans tous les cas, l'urgence vitale soit toujours traitée, avec le meilleur diagnostic médical.

Aucun appel ne doit être mal orienté ou, pire, non traité, ce qui implique la mise en place de protocoles stricts et la formation des personnels. Ainsi, un appel d'information qui se révélerait une urgence vitale serait immédiatement transféré à la régulation médicale. »

I.7 Cadre Législatif

Circulaire DHOS/01 n°2006-470 du 10 octobre 2006 relative au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire : « L'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire, mise en place en septembre 2003 et modifiée en avril 2005, repose sur l'instauration d'une régulation préalable à l'accès au médecin de permanence, qui est organisée par le SAMU. Cette régulation doit permettre de limiter à la situation des patients dont l'état le justifie l'intervention des médecins de garde et d'adapter le type d'intervention nécessaire... »

La loi HPST votée le 21 juillet 2009 définit en son article 49², le cadre législatif applicable à la régulation médicale. Le décret du 7 avril 2005 en déterminait en son article 732 le cadre réglementaire repris au niveau de la loi HPST.

I.8 Documents de recommandations disponibles

I.8.1 En France

Le thème étant très dépendant de l'organisation du système de soins, la recherche documentaire s'est concentrée en premier lieu sur des travaux français (rapports, enquêtes, missions d'expertise, thèses, études des pratiques, etc.) et des premiers documents ont été identifiés ; ils seront détaillés dans le futur argumentaire des RBP.

Un rapport de la MEAH publié en 2008 porte sur l'organisation des Centres 15. L'objectif était de répondre à la question suivante : « Quelles pratiques organisationnelles permettent d'améliorer la

² Article 49 « La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'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 plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels. »

qualité et l'efficacité de l'aide médicale urgente et de la régulation au sein des Centres 15 ? » La mise en pratique expérimentale des propositions émises dans ce rapport a permis d'obtenir des résultats significatifs tant en termes de mise en œuvre d'actions d'amélioration (pilotage par la mise en place d'un tableau de bord, adaptation ressources-activité, homogénéisation des pratiques de prise en charge, etc.) qu'en termes de qualité mesurable de prise en charge (réduction du délai de réponse téléphonique, de régulation, de départ du SMUR, etc.).

De même, SAMU de France travaille depuis plusieurs années sur l'organisation de la régulation médicale. Un « Guide de la Régulation médicale » a été édité (1^{re} édition en 2004 et réédition en 2009) à l'usage des opérateurs de la régulation (permanencier auxiliaire de régulation médicale [PARM], médecin régulateur). Dans ce guide conçu comme un outil pratique, sont détaillées les modalités de régulation en fonction des principaux symptômes ou situations cliniques. En revanche, il donne peu de détail concernant les procédures de régulation en général. Seul un chapitre développe les modalités plus organisationnelles de la régulation en fonction de situations particulières (appel non francophone, appel d'une personne âgée, appel d'un enfant, appel pour soins palliatifs, etc.).

En complément de ces données, en mars 2009, un groupe d'experts émanant de SAMU de France et de la SFMU, a élaboré un rapport s'intitulant « Activité des Samu-Centre 15 - Définitions & standardisation des données » dont l'objectif était de palier à la grande disparité dans la signification des termes employés lors de la collecte des données et leur présentation au cours de l'activité de régulation. Ce rapport, propose donc 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 et des principes généraux de présentation des données.

Par ailleurs en 2006, SAMU de France et la SFAR ont conduit une conférence d'experts sur le thème « Réception et régulation des appels pour les urgences médicales en dehors de l'hôpital » dans laquelle les questions relatives aux critères de choix d'un effecteur, les missions du régulateur, l'organisation entre les différents intervenants de l'urgence ou le mode d'organisation d'un centre d'appel ont été abordées.

I.8.2 Au niveau international

Au Royaume Uni, plusieurs *guidelines* ont été publiés depuis 2000 concernant les modalités de « triage » des appels par des infirmières formées à cette activité.

Au Canada, plusieurs études technologiques publiés en 2003 et 2004 présentent et évaluent l'effet du « télétriage » sur l'utilisation des services de santé, la sécurité de l'appelant, la satisfaction de la clientèle et la qualité de vie appliquée à la santé.

Un Collège d'experts australien a émis des recommandations relatives au « Telephone triage » en 2005.

Une revue Cochrane a été publiée en 2004 sur le thème « Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction (Review) ».

II. Délimitation du thème de travail et des questions à couvrir

II.1 Consultation des professionnels : réunion d'un comité d'organisation

Participants :

Dr GIROUD Marc (Médecin-Urgentiste-SAMU de France)

M. ABEL Arnaud (DHOS)

Dr BASSETTI Jean-Yves (Médecin pompiers- Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France)

Dr BERTHIER Frédéric (Médecin Urgentiste- SFMU)

Dr BLANC Jean-Louis (Anesthésiste Réanimateur-CNOM)

Dr DE COURCY Arnaud (Anesthésiste Réanimateur-EUROP ASSISTANCE)

Dr DUCASSE Jean-Louis (Anesthésiste Réanimateur-CFMU)

Dr GONZAGUE-BONNET Eymard (Médecin Urgentiste)
M. HANED Jean-François (Infirmier/Conseiller national de l'Ordre des infirmiers)
Dr HERTGEN Patrick (Médecin pompier- DSC)
Mme LEHEUZEY Virginie (DHOS)
Dr RUETSCH Marcel (Médecin généraliste- SFMG)
Dr SMADJA Serge (Médecin Urgentiste-SOS médecins)

Membres de la HAS :

Dr Christine REVEL (chef de projet)
Mme FRIGERE Laurence (aide documentaliste)
M. CANET Philippe (documentaliste)

Personne sollicitée et excusée :

Dr GRALL Jean Yves (Cardiologue-représentant d'ARH)

Personnes sollicitées, non présentes et non représentées :

Dr BOUTIN Philippe (URML)
Dr De BECO Isabelle (SFTG)
Dr FILIPPI Simon (FNMMG)
Dr Le NOC Yves (SFDRMG)
Dr MOREL Gilles (CNGE)
Dr REGI Jean Claude (URML)
M. SAOUT Christian (CISS)

II.2 Délimitation du thème

Il est essentiel de définir le contexte de régulation médicale des appels dans lequel ces recommandations devraient s'appliquer. La terminologie de « régulation médicale des appels » n'est pas juridiquement définie et peut donc aussi concerner la prise en charge et l'orientation d'un appel par un médecin hors contexte d'urgence, ce qui dans ce cas sort du champ de compétence des centres de régulation. Le champ des futures recommandations est donc défini par le comité d'organisation (CO) comme étant :

- la prise en charge des appels pour des demandes de soins non programmés ;
- dans le cadre d'une organisation dédiée à la prise en charge de ces appels.

Les points suivants sont exclus par le CO du champ des futures recommandations, en accord avec les objectifs de la saisine initiale:

- définir des procédures de « conduite à tenir » en fonction des situations cliniques précises, car ce type d'outil existe déjà, comme par exemple le « Guide d'aide à la régulation » édité annuellement par SAMU de France ;
- les principes d'organisation des dispositifs d'aide médicale urgente et de permanence des soins, ainsi que leurs déclinaisons locales par les pouvoirs publics, car cela concerne le ministère de la santé ;
- les procédures de régulation médicale pour la prise en charge des situations de crise (par exemple : pandémie).

II.4 Enjeux pour les patients ou les usagers du système de santé

La prise en charge des urgences médicales repose, en première ligne, sur une réponse téléphonique efficace et sûre aux appels d'urgence, permettant, dans le flux des appels, de repérer les cas les plus graves ou porteurs de risques potentiels pour leur assurer une prise en charge adaptée. Les progrès réalisés ces dernières décennies dans la prise en charge des insuffisances coronariennes sont en grande partie dus à la chaîne ininterrompue existant depuis l'appel pour une douleur à la poitrine jusqu'à la coronarographie. De même, les accidents vasculaires cérébraux aujourd'hui et d'autres pathologies demain devront bénéficier d'une gestion intégrée et performante des appels d'urgence.

L'accès aux soins médicaux en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, sans diminution de la qualité des soins et de façon équitable sur tout le territoire est un réel enjeu de santé publique. La régulation médicale des appels est le pivot de la permanence des soins. La

diminution de la démographie médicale de premier recours, l'augmentation constante de soins non programmés rendent nécessaire de développer et faciliter l'activité de régulation médicale en homogénéisant et en encadrant ces pratiques, avec des recommandations diffusées à tous les centres d'appel. La nécessité d'optimiser l'emploi des ressources de santé rend souhaitable la coordination des prises en charge dans des filières de soins que la régulation médicale peut largement contribuer à promouvoir. La perspective de crises sanitaires (telles que la pandémie grippale) rend souhaitable la coordination des organisations dès la réponse téléphonique à l'appel des patients.

II.5 Professionnels concernés par les recommandations

Les professionnels de santé directement concernés par ces recommandations sont :

- les médecins régulateurs ;
- les assistants de régulation médicale et les autres acteurs participant à l'activité de la régulation.

Les autres professionnels concernés à titre d'information sont :

- les professionnels de santé intervenants en lien direct avec la régulation médicale : ambulanciers, pompiers, infirmiers, médecins urgentistes, généralistes, spécialistes hospitaliers, etc. ;
- autres professionnels : directeurs d'établissement, cadres de santé.

II.6 Méthode de travail envisagée pour élaborer ces recommandations professionnelles et calendrier

Ce projet sera conduit par la HAS (SBPP). Le déroulé de ce travail se fera selon la méthode des recommandations pour la pratique clinique sur une période de un an environ.

II.7 Composition des groupes de travail et de lecture

Groupe de travail :

- médecins régulateurs hospitaliers et libéraux
- médecin urgentiste hospitalier
- assistant de régulation médicale
- infirmier
- médecins généralistes participant de permanence de soins
- médecins d'une association de permanence des soins
- médecin coordonnateur de soins en EPHAD
- médecin pompiers
- représentant du CNOM
- sage femme
- représentant des patients

La présidence du groupe de travail est proposée au Dr marc GIROUD (médecin urgentiste, membre de Samu de France). Après examen de sa DPI, le CVR a validé sa participation comme président.

Groupe de lecture :

Composition identique à celle du groupe de travail en y ajoutant :

- pharmaciens
- anesthésistes réanimateurs
- pédiatres
- gériatres
- gynécologues obstétriciens
- psychiatres
- directeurs d'établissement
- présidents de Commission médicale d'établissement

II.8 Plan de diffusion envisagé

- Communiqué de presse et diffusion sur le site internet HAS
- Présentation et distribution de la synthèse des recommandations dans des congrès autant que possible (SFMU)
- Publications si possibles dans des revues (de médecine générale, d'urgentistes, etc.)

II.9 Outils de mise en œuvre

L'élaboration d'outils destinés à favoriser la mise en œuvre des recommandations seront envisagés en fin de projet (critères d'évaluation des pratiques, document patient, etc.).

III. Avis du Comité de validation des recommandations

III.1 Premier avis (novembre 2009)

Avis CVR 2009-11 n°5 : Cadrage de RBPP « Bonnes pratiques de régulation médicale des appels dans le cadre de la permanence des soins » - Travail interne de la HAS (SBPP).

Le CVR donne un **avis favorable** au cadrage de RBPP « **Bonnes pratiques de régulation médicale des appels dans le cadre de la permanence des soins** ». Cette note de cadrage peut être soumise à la délibération du Collège de la HAS.

Rapporteurs au sein du CVR : Dr Hervé Berche, Dr Sylvie Gillier-Poirier, Dr Anne Bataillard, Mlle Annette Salczynski

Résultat du vote en séance : Nombre de votants = 10

7 voix pour « Avis favorable avec demandes de modifications mineures sans nouveau passage devant le CVR »

3 voix pour « Avis défavorable avec demandes de modifications ou d'informations complémentaires avec nouveau passage devant le CVR »

0 voix pour « Avis défavorable définitif (pas de nouvel examen par le CVR) au cadrage actuel »

0 abstention

1) Analyse de la demande initiale

Ce cadrage répond à la deuxième partie de la demande initiale de la DHOS « Élaboration de recommandations de bonnes pratiques en matière de régulation médicale des appels de permanence des soins, et plus particulièrement concernant le conseil médical et la prescription téléphonique médicamenteuse ». Il fait suite à la RPC « Recommandations de bonnes pratiques en matière de prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale » publiée en mai 2009.

Problème de définitions : elles sont à revoir, probablement sous forme d'un glossaire compte tenu du nombre élevé de termes et expressions recouvrant des domaines plus ou moins flous :

- permanence des soins, continuité des soins, urgences, organisation médicalement régulée
- régulation, régulation médicale, plate-forme de régulation
- régulateur, régulateur médical, médecin régulateur
- médecin de garde, médecin de permanence, effecteur
- il manque le mot "permanencier" jamais utilisé dans le texte mais toujours dans la pratique (au moins dans les Centres 15)

Seule la « permanence des soins » apparaît bien définie, reprise du rapport Descours de 2003 : « 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, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. »

L'organisation des centres de régulation sur le territoire national est hors champ.

2) Objectifs

Quatre sont proposés, dont les deux premiers paraissent prioritaires :

- favoriser l'homogénéité de la pratique de la régulation médicale entre professionnels et sur tout le territoire ;
- améliorer ainsi la qualité de réponse apportée aux patients : en pratique, il s'agit de permettre de mieux orienter la demande du patient pour permettre une réponse adaptée, qui peut aller de la simple délivrance d'un conseil médical à l'envoi d'un SMUR ;
- constituer un support pour la formation continue ;
- constituer une référence pour organiser les structures.

Le périmètre est défini par l'exclusion de l'organisation territoriale d'une part et des situations cliniques d'autre part. Mais il est écrit que « L'activité de régulation est une activité médicale à part entière », ce qui pourrait impliquer d'aborder l'obligation d'harmoniser les prises en charges selon les situations cliniques et le mode d'organisation des réponses à ses situations. En pratique, les recommandations concerneront les bonnes pratiques médicales au cours de l'activité de régulation médicale, elles s'intéresseront donc à la prise en charge médicale. La prise en charge spécifique des situations cliniques sort du champ de ces recommandations, un outil est déjà disponible pour cette question « Le guide de régulation » de SAMU de France, qui est réactualisé tous les ans.

Ajouter un point « écoute, savoir faire des médecins, gestion de l'angoisse et des savoirs ».

3) Synthèse des données épidémiologiques disponibles

Ce chapitre montre bien l'importance du problème.

4) Délimitations du thème et des questions

Les questions sont pertinentes, mais nombreuses (7 thèmes). L'ordre dans lequel elles sont présentées est discutable. Il convient de les réorganiser.³

Il y a beaucoup de questions organisationnelles et structurelles, qui ne semblent pas relever de la production de recommandations de bonne pratique. Cependant, la problématique sous-jacente à la saisine est comment harmoniser la gestion des appels « en urgence » dans les plates formes de régulation libérale. Ceci sous entend les bonnes pratiques de prise en charge de l'appel par le médecin régulateur, mais aussi les moyens organisationnels mis à disposition du médecin régulateur et de son équipe pour gérer ces appels. Les recommandations ne seraient être optimales ou même réalisables si l'on ne définit pas les moyens minimaux requis pour les mettre en pratique.

Il faudrait préciser dans le cadrage le nombre de publications disponibles en première analyse pour réaliser le travail.

5) Implication des structures professionnelles ou parties prenantes concernées

Préciser dans le comité d'organisation s'il y a des médecins régulateurs es-qualité et des associations de médecins régulateurs.

Dans sa constitution nominative, il sera important de tenir compte de la disparité territoriale.

La présence dans le groupe de travail ou de lecture de patients et d'usagers, et de généralistes non régulateurs serait pertinente. Le CISS a été contacté pour le comité d'organisation mais n'a pas donné suite, et sera recontacté pour les groupes de travail et de lecture.

Concernant la formation des professionnels, la régulation ne peut être réalisée que par des personnes expérimentées : le CVR suggère de retirer les internes de la liste des professionnels concernés. Il faut cependant noter que la régulation est une activité qui est amenée à se

³ Ce point a été revu après l'avis du CVR. Certaines questions très proches ont été réunies dans une seule. Le nombre de questions est donc passé de 7 à 5 questions. Certains intitulés ont été revus pour plus de clarté.

développer et il manque des régulateurs : les jeunes médecins peuvent être une cible des recommandations afin de les sensibiliser à cette nouvelle activité.

6) Adéquation de la méthode de travail choisie

La méthode retenue (RPC) est celle des recommandations pour la pratique clinique.

7) Prévision et pertinence des produits d'évaluation et d'amélioration des pratiques envisagées

Pas de commentaires en réunion

8) Plan de diffusion et de communication envisagé

Le grand public n'est pas prévu dans ce plan : cette organisation le vise pourtant indirectement. La communication sur des messages clés (quand appeler ? qui appeler ? quelles informations donner quand on appelle ?) pourrait favorablement accompagner la mise en œuvre de cette recommandation.

Si un document patient est élaboré dans la suite des recommandations, des outils de type check-list précisant par exemple les informations dont le patient doit disposer quand il appelle en urgence sont à envisager.

9) Modalités de réalisation et calendrier prévisionnel

Pas de commentaires en réunion

III.1 Deuxième avis (Décembre 2009)

Avis CVR 2009-12 n°5 : Validation de la candidature du président et du chargé de projet pressentis des RBPP « Bonnes pratiques de régulation médicale des appels dans le cadre de la permanence des soins » -Travail de la HAS (SBPP)

Les déclarations d'intérêts du président et du chargé de projet pressentis pour le GT des RBPP « Bonnes pratiques de régulation médicale des appels dans le cadre de la permanence des soins » n'ont pas été examinées par le CVR avec la note de cadrage le 18 novembre 2009, et pas lors de la séance du 15 décembre 2009. L'urgence à nommer ou non ces deux personnes pressenties a conduit à un vote a posteriori par mail entre le 15 décembre 2009 et le 3 janvier 2010, à partir des DPI envoyées par mail.

Après examen de sa DPI, le CVR donne un **avis favorable** à la candidature du président pressenti du groupe de travail (Dr Marc GIROUD).

Résultat du vote en séance :

Nombre de votants = 7 votants (membres titulaires ou suppléants du CVR)

7 voix pour « Avis favorable »

0 voix pour « Avis défavorable »

0 abstentions.

Après examen de sa DPI, le CVR donne un **avis favorable** à la candidature de la chargée de projet pressentie (Dr Gonzague BONNET-EYMARD).

Résultat du vote en séance :

Nombre de votants = 7 votants (membres titulaires ou suppléants du CVR)

7 voix pour « Avis favorable »

0 voix pour « Avis défavorable »

0 abstentions

IV. Délibération du Collège de la HAS le 3 février 2010

La HAS a été saisie par la DHOS, en mai 2006, pour l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques (RBP) en matière de régulation médicale des appels de permanence de soins, et plus particulièrement concernant le conseil médical et la prescription téléphonique médicamenteuse. Ce travail fait suite aux RBP « Recommandations de bonnes pratiques en matière de prescription médicamenteuse par téléphone (ou télétranscription) dans le cadre de la régulation médicale » finalisées en février 2009.

L'élaboration des recommandations s'inscrit dans l'évolution du dispositif de permanence des soins et de la pratique de la régulation médicale. En effet, selon la circulaire DHOS/O1 n°2006-470 du 10 octobre 2006, l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire repose sur l'instauration d'une régulation préalable à l'accès au médecin de permanence. Cette régulation des appels peut être assurée soit par des centres hospitaliers de régulation (SAMU-Centre 15), soit par des centres libéraux de régulation interconnectés avec le SAMU-Centre 15.

Les objectifs des recommandations sont :

- favoriser l'homogénéité de la pratique de la régulation médicale entre professionnels et sur tout le territoire ;
- améliorer ainsi la qualité de réponse apportée aux patients ;
- constituer une référence pour organiser les structures ;
- constituer un support pour la formation continue.

L'organisation des centres de régulation sur le territoire national et les situations cliniques sont hors champ.

La discussion porte au débat les questions suivantes :

- la définition du périmètre et les enjeux de santé publique ;
- le sujet renvoie à plusieurs questions organisationnelles et structurelles qui ne relèvent pas de la production de recommandations de bonne pratique ;
- la méthodologie de travail, et notamment la composition des groupes de travail et de lecture et l'analyse de la littérature internationale ;
- l'articulation avec les travaux actuellement menés par la HAS sur le recours à l'hôpital.

Sur la base du contre-rapport du Professeur Lise Rochaix, le Collège considère que la demande nécessite d'être clarifiée au regard de ce qui relève d'une dimension organisationnelle et d'une dimension de bonne pratique. En l'état, le questionnement apparaît trop vaste et imprécis.

Le dossier sera présenté au Collège en fonction des échanges avec la DHOS.

V. Relevé de décisions de la réunion de travail avec la DGOS le 11 mars 2010

Le thème est toujours d'actualité pour la DGOS. Les recommandations sont attendues en perspective d'autres travaux conduits par la DGOS sur le thème des urgences.

Le titre des recommandations est discuté : « Bonnes pratiques de régulation médicale » semble couvrir tous le champ de la régulation alors qu'il est souhaité que le thème soit recadré sur la prise en charge d'un appel. La dimension organisationnelle de la permanence des soins est hors sujet. La question de l'interconnexion des appels entre les centres 15 et 18 n'est pas à traiter. Le titre

des futures RBP est précisé comme suit : « Bonnes pratiques de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale ».

Les questions sont revues et une nouvelle liste est établie et validée par la DGOS.

La DGOS valide le calendrier de travail prévu (finalisation des recommandations en décembre 2010).

VI. Nouvelle liste de questions à traiter

1) Quelles sont les modalités de réception et d'analyse de l'appel ?

1. Quelles sont les différentes étapes de la prise en charge d'un appel ?
2. Comment est assurée la réception initiale de l'appel ?
 1. Qui peut recevoir l'appel dans un centre de régulation ?
 2. Quelles informations initiales recueillir dans tous les cas ?
3. Comment analyser la demande ?
 1. Qui fait cette analyse ? (rôle du premier répondeur, des assistants de régulation médicale, du médecin régulateur, d'autres intervenants à définir ?
 2. Comment hiérarchiser les demandes (identification des urgences vitales par exemple) ?
 3. Quel(s) outil(s) utiliser pour aider à analyser la demande ?
4. Cas particulier :
 1. Appel concernant un tiers (enfant, personne âgée)
 2. Appel par un professionnel de santé dans l'exercice de ses fonctions
 3. Appel en langue étrangère
 4. Autres cas particuliers à préciser ?

2) Quelles sont les modalités de réponse ?

1. Quelles sont les réponses possibles ?
 - * conseil sans déplacement d'une équipe ni déplacement du demandeur
 - * téléprescription
 - * intervention d'un médecin ou d'une équipe
 - * organisation d'une consultation en urgence dans un service d'accueil des urgences ou dans un point fixe de garde (de type maison médicale de garde) sans déplacement d'un médecin ou d'une équipe
 - * proposition de renouvellement de l'appel
 - * autres ?
2. Quels sont les critères permettant d'orienter la réponse ?
3. Qui assure cette orientation ?
4. Quels échanges d'information avoir avec les effecteurs ?
5. Quel suivi recommander afin de sécuriser la prise en charge ?
6. Quel retour d'information peut être mis en place au niveau du centre de régulation, au niveau du médecin traitant ?

3) Comment est assurée la traçabilité de l'appel et de la réponse ?

1. Que doit comporter le dossier médical de régulation ?
2. Les échanges doivent-ils faire l'objet d'un enregistrement phonique et pour quelles finalités ? Celui-ci doit-il être versé au dossier médical ?
3. Quels échanges avec le médecin traitant ? avec l'équipe qui reçoit le patient s'il est orienté vers un établissement hospitalier ?
4. Comment est assuré l'accès ultérieur au dossier de régulation médicale du patient (DMP) ? Par une autre équipe de régulation ? Par les effecteurs prenant en charge le patient ? Par le médecin traitant ?
5. Comment garantir le secret médical ?
6. Quelles sont les modalités d'archivage ?

4) Comment évaluer l'activité de régulation médicale (évaluation des pratiques, gestion des risques, etc.) ?

1. Quelles méthodes d'évaluation des pratiques utiliser ? Révision de dossier ? Revue de morbi-mortalité ? Autres méthodes ? Comment gérer les événements indésirables et dysfonctionnements survenant au cours de l'activité de régulation ?
2. Quels indicateurs recommander pour évaluer les pratiques et interpréter les résultats de cette évaluation ?