



SAMU CENTRES 15

REFERENTIEL ET GUIDE D'ÉVALUATION

Samu-Urgences de France (SUdF)
Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

mars 2015

Référentiel Samu Centres 15

Description et évaluation des Samu

1.Sommaire

1.	Sommaire	2
2.	Préambule	3
3.	Définitions	4
3.1.	Généralités	4
3.2.	Appels	5
3.3.	Dossiers	8
3.4.	Codifications.....	10
3.5.	De la « victime » au « Dossier Patient »	21
3.6.	Indicateurs	24
4.	Référentiel	31
4.1.	Locaux	31
4.2.	Ressources humaines	32
4.3.	Organisations et activités	35
4.4.	Coût.....	44
5.	Evaluation.....	46
5.1.	Indicateurs « incontournables »	46
5.2.	Ressources humaines	47
5.3.	Performances [34, 46]	48
5.4.	Activité	49
6.	Références	52
7.	Annexes	56
7.1.	Annexe 1 : Contributeurs	56
7.2.	Annexe 2 : Lexique des termes pouvant être rencontrés	57
7.3.	Annexe 3 : Appels, schéma récapitulatif	62
7.4.	Annexe 4 : Codification du dossier de régulation	63

2. Préambule

Les centres de régulation médicale des Samu Centres 15 ont pour mission de recevoir et traiter dans des conditions optimales les appels d'urgences médicales [1-3]. Ils exercent les missions suivantes :

- 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,
- 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,
- assurer le suivi du patient, le suivi des décisions et des effecteurs engagés par la régulation médicale,
- veiller à l'admission du patient.

Le cadre réglementaire précise leur fonctionnement [2, 4-8], leur organisation sur l'ensemble du territoire. Les missions des Samu sont définies par le code de santé publique (CSP) [3] et les conditions d'autorisation d'exercice de l'activité de médecine d'urgence dans les établissements de santé publics et privés [5, 6].

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 (Centres Antipoison et de Toxicovigilance¹ ; réseau de périnatalité ...), coordination ambulancière

La réglementation précise en outre que le Samu participe :

- à la mise en œuvre des plans d'organisation des secours,
- aux tâches d'éducation sanitaire, de prévention et de recherche,
- à l'enseignement et à la formation continue des professions médicales et paramédicales, des professionnels de transports sanitaires et des secouristes,
- à la couverture médicale des grands rassemblements suivant les modalités arrêtées par les autorités concernées.

De plus, certains Samu ont des missions spécifiques telles que la régulation médicale des secours maritimes, secours en montagne, secours aéronautiques, secours NRBC ...

¹ <http://www.centres-antipoison.net>

L'organisation des services d'aide médicale urgente repose sur le respect du CSP [3] qui précise notamment :

- Pour l'exercice de leurs missions, les services d'aide médicale urgente disposent des moyens en matériel et en personnel médical et non médical chargé de la réception et de la régulation des appels, adaptés aux besoins de la population qu'ils desservent.
- Les centres de réception et de régulation des appels permettent, grâce notamment au numéro d'appel unique dont ils sont dotés, de garantir en permanence l'accès immédiat de la population aux soins d'urgence.
- La participation des médecins d'exercice libéral au dispositif d'aide médicale urgente.

Les Samu Centres 15 doivent donc faire preuve d'une organisation médicale et logistique rigoureuse, bénéficier de la mise en œuvre des technologies les plus modernes et évaluer leurs pratiques [9, 10].

Pour se faire, des recommandations professionnelles préconisent de les doter en ressources humaines et technologiques adaptées et performantes [11-13] pour répondre à la demande de soins urgents et non programmés et de contribuer à mettre en œuvre le principe du « juste soin » [14].

Ce document élaboré par Samu-Urgences de France (SUdF) et la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) s'inscrit dans cette démarche et a pour objectifs :

- de définir la terminologie, les indicateurs et les codifications utilisées pour les Samu ;
- d'établir un référentiel de ressources et d'organisation en définissant un cahier des charges de base, quel que soit le volume d'activité du Samu ;
- d'évaluer les Samu avec des indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

3. Définitions

3.1. Généralités

Actuellement, les systèmes d'information des Samu et leurs paramétrages sont disparates [15, 16] et ne permettent pas une description univoque. Afin d'améliorer l'exhaustivité, la pertinence et l'homogénéité des données renseignées par les établissements dans différentes enquêtes, dont la SAE² :

- les définitions des termes utilisés doivent être explicitées ;
- des indicateurs fiables et reproductibles, traduisant au mieux l'activité des Samu Centres 15 doivent être identifiés.

² Statistique annuelle des établissements de santé <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>

L'intérêt est multiple :

- recueil de données plus précis, plus fiable et plus homogène,
- échanges et coopérations entre Samu facilités par l'utilisation d'un référentiel commun,
- analyse plus précise de l'activité selon un schéma standardisé,
- meilleures possibilités d'évaluation,
- pour des activités comparables, faire des recommandations en termes d'effectifs et de moyens,
- amélioration de la qualité de l'information,
- références basées sur des données validées et partagées,
- meilleure lisibilité de l'activité des Samu-Smur.

Un premier référentiel a été proposé par Samu Urgences de France (SUdF) en 2009 [12] : il liste une première série de définitions et de codifications qui permettent de caractériser, selon un même modèle, un appel et un dossier. Ce nouveau document le complète et l'actualise.

3.2.Appels

Un Samu Centre 15 doit pouvoir disposer du décompte automatisé de l'intégralité des appels téléphoniques. Des définitions précises ont été élaborées pour caractériser les appels téléphoniques entrants et sortants.

Le terme « appel » utilisé dans ce référentiel désigne exclusivement les appels téléphoniques. Les appels utilisant un autre support que le téléphone (radiocommunication, vidéocommunication, ...) doivent être comptabilisés séparément.

Les appels dénombrés doivent être qualifiés, tel que défini ci-après en :

- appels entrants : rejetés, présentés, décrochés, répondus, perdus, ...
- appels sortants : établis ou non.

Les appels téléphoniques pris en compte concernent toutes les lignes et tous les postes du CRRA, utilisés dans le cadre de l'activité opérationnelle, habituelle ou exceptionnelle. Les appels en rapport avec la « téléphonie administratives » doivent être exclus.

Le décompte des appels est indépendant de celui des dossiers.

3.2.1. Appels entrants

Appel entrant

Appel initié 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).

Appel rejeté

Appel entrant ayant subi un traitement automatisé de telle sorte qu'il ne puisse être ni décroché, ni traité automatiquement : numéro d'appelant bloqué volontairement par le Samu Centre 15, appel raccroché automatiquement au-delà d'un délai fixé, en raison de la composition d'un code DTMF³ non autorisées, ...

Cet appel n'est donc pas présenté.

Appel présenté

Appel entrant en mesure d'être pris en charge par le Samu Centre 15. Il peut être décroché par un agent du CRRRA ou perdu.

L'heure d'un appel présenté est l'heure à laquelle il devient décrochable (= t1).

Appel traité automatiquement

Appel entrant transféré, avant décroché, vers un serveur vocal interactif. Ce transfert est soit automatique soit réalisé suite à une action volontaire de l'appelant.

Ce type d'appel sera comptabilisé et évalué de manière particulière.

Appel décroché

Appel présenté pris en charge par un agent du CRRRA (assistant de régulation médicale (ARM), médecin régulateur). L'heure d'un appel décroché est l'heure à laquelle il est décroché par cette personne (= t2). Un appel décroché peut générer un ou plusieurs « mouvements » qui correspondent à des périodes de communication sur des postes téléphoniques distincts (transfert, conférence, mise en attente, ...). L'analyse de ces mouvements est fonction de la qualité technique des autocommutateurs et de l'organisation fonctionnelle du CRRRA.

Appel répondu

Appel présenté pris en charge par un agent du CRRRA ou traité automatiquement par un serveur vocal interactif.

Appels répondus = appels décrochés + appels traités automatiquement.

Appel perdu

Appel entrant qui n'est ni décroché, ni traité automatiquement, ni rejeté. Un appel raccroché par erreur par un agent du CRRRA ne peut pas être comptabilisé dans cette catégorie.

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

³ un code DTMF (dual-tone multi-frequency) est une combinaison de fréquences utilisée réalisé par appui sur une ou plusieurs touches d'un téléphone

3.2.2. Appels sortants

Appel sortant

Appel téléphonique initié à partir d'un poste téléphonique ou informatique du Samu Centre 15 quelle que soit la ligne téléphonique utilisée, que la communication soit établie ou non.

Appel établi

Appel sortant aboutissant à l'établissement d'une communication avec une personne physique ou un système automatisé (serveur vocal interactif, routage intelligent, ...).

3.2.3. Délais de traitement des appels entrants

Les délais de traitement des appels entrants sont définis par : le temps de réponse, le temps d'attente, le temps de sonnerie, la durée de l'appel, la durée de communication, le délai d'accès au médecin régulateur.

Temps de réponse

Délai fixe et incompressible durant lequel l'appel ne peut pas être présenté au CRRA.

Ce délai est fonction de la durée du message vocal de l'opérateur téléphonique, du message vocal d'accueil au Samu Centre 15, si le décroché n'est pas possible durant son déroulement. Ce temps peut varier selon la configuration de la téléphonie avancée et selon la mise en place d'un serveur vocal interactif, dynamique ou non (gérant ou non l'attente téléphonique en l'absence de la disponibilité d'un agent).

Temps de sonnerie

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

Temps d'attente

Ce délai concerne les appels décrochés. C'est le délai entre l'heure de présentation de l'appel à un agent du CRRA et l'heure de décroché. Il reflète la rapidité de prise en charge des appels par le Samu Centre 15. Il tient compte lors de sa description des appels perdus et des appels raccrochés.

Durée de l'appel

Cette durée concerne tous les appels décrochés. C'est le délai entre l'heure d'initialisation de l'appel (t0) et l'heure de fin de la communication (tf), quel qu'en soit le motif. Un appel transféré ou mis en conférence n'est pas considéré comme interrompu.

Durée de communication

Cette durée 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 appel transféré ou mis en conférence n'est pas considéré comme interrompu.

Délai d'accès médecin

Ce délai mesure la durée entre le décroché de l'ARM et le décroché du premier médecin régulateur. Une possible distinction entre flux vers les urgentistes et généralistes permet une analyse différenciée de ces délais.

Un schéma de synthèse est présenté en annexe 3.

3.3.Dossiers

Le nombre de dossiers constitue, avec le nombre d'appels, le deuxième élément essentiel caractérisant l'activité d'un Samu Centre 15.

Le terme « affaire » ne doit plus être utilisé. Il est remplacé par le mot « dossier » (D) qui est éventuellement qualifié de « Dossier de Régulation » (DR) ou « Dossier de Régulation Médicale » (DRM).

Pour chaque problème soumis à l'analyse du Samu Centre 15, un Dossier (D) est créé sur le système d'information (SI) de l'établissement de santé.

Un Dossier est qualifié de **Dossier de Régulation (DR)** lorsqu'il 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 (exemples : recherche d'une pharmacie de garde suite à une prescription médicale ; trouble du sommeil ; problème social réorienté vers le 115 ; recherche du dentiste de garde ; information du CTA/Codis sans problème de santé ; ...).

Un Dossier de Régulation est qualifié de **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.

Un **acte de régulation médicale** s'effectue, dans le Centre de Réception et de Régulation des Appels du Samu Centre 15, sous la responsabilité d'un docteur en médecine et comprend, selon les modalités du règlement intérieur, une transmission d'informations par l'ARM au médecin régulateur, un éventuel interrogatoire médical de l'appelant par le médecin régulateur, au moins une décision prise ou validée par le médecin régulateur, le suivi du déroulement des interventions et l'analyse des bilans médicaux ou non médicaux des différents effecteurs, l'orientation et la préparation d'un éventuel accueil du ou des patients.

Un DRM peut contenir des données de santé concernant 0 à n patients. Pour chacun de ces patients, il s'agit d'un Épisode de Régulation Médicale (ERM). Ces épisodes ont en commun une situation géographique à un moment donné (Figure 1).

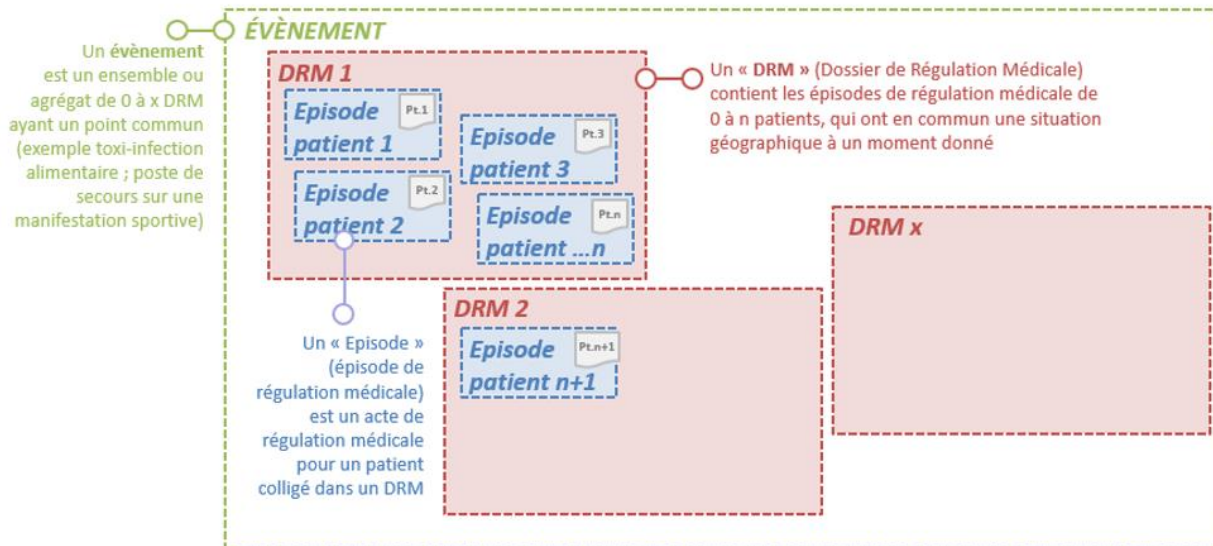


Figure 1 : Définitions des termes DRM, ERM et évènement

Pour chaque appel soumis à l'analyse du Samu Centre 15, un Dossier (D) est créé sur le système d'information (SI) de l'établissement de santé.

Un dossier (D) est qualifié de Dossier de Régulation (DR) lorsqu'il regroupe l'ensemble des informations collectées, des mesures prises et du suivi assuré, suite à une information à caractère médical, médico-social ou social, portée à la connaissance du Samu Centre 15 (exemples de DR : recherche d'une pharmacie de garde suite à une prescription médicale ; trouble du sommeil ; problème social réorienté vers le 115 ; recherche du dentiste de garde ; information du CTA/Codis sans problème de santé ; ...).

Un DR est qualifié de Dossier de Régulation Médicale (DRM) dès lors que le(s) patient(s) a(ont) bénéficié d'un acte de régulation médicale.

Les autres dossiers (D) ouverts ne sont ni des DR ni des DRM : ils ne sont pas en rapport avec un problème médical, social ou sanitaire (exemples : appel administratif ; appel raccroché sans réponse ; tonalité de fax ; malveillance ; canular ; erreur de numéro ; erreur d'acheminement ; appel personnel ; ...).

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 ou la situation ayant justifié l'ouverture du DR primitif.

Des exemples de types de dossiers (D, DR et DRM) sont présentés en annexe 4 au chapitre 7.4.1.

3.4.Codifications

L'usage d'une codification univoque et nationale permettant de décrire les dossiers de régulation est préconisé. Les codifications suivantes sont détaillées en annexe 4 :

3.4.1. Types de dossier ; type de médecin régulateur

La codification des dossiers a été décrite au chapitre 3.3. Des exemples de types de dossiers (D, DR et DRM) sont présentés en annexe 4 au chapitre 7.4.1.

Distinction entre DRM de médecine d'urgence et de médecine générale

Il n'existe pas à ce jour de méthode d'identification suffisamment fiable et reproductible permettant la distinction entre DRM de Médecine d'Urgence et DRM de Médecine Générale. Malgré l'absence de méthode validée, cette différenciation est souhaitable et quatre axes sont intéressants à étudier, utilisés seuls ou croisés :

- la priorisation par l'ARM 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 ;Cette priorisation est caractérisée par le type de devenir de régulation (cf. chapitre 7.4.1) et les niveaux de priorité de régulation médicale [17] ;
- le type de médecin régulateur (cf. chapitre 7.4.1) : médecin urgentiste, généraliste, pédiatre, psychiatre ou autre. La fiabilité de cet indicateur est conditionnée par la disponibilité du type de médecin régulateur approprié ;
- le diagnostic de régulation (DDR) : cela nécessiterait d'affecter à chaque code diagnostic une classification MU/MG ;
- le 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.

Définition

Le « type de médecin régulateur » pour un DRM est la discipline exercée par le médecin régulateur exerce dans le cadre de ses fonctions de régulation médicale 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 ».

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Codage réalisé, le plus précocement possible, de préférence par l'ARM 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 annexe 4 au chapitre 7.4.1.

3.4.2. Identification, numéro du dossier

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 où est situé le Samu 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 ou le troisième chiffre des DOM
- AA : année durant laquelle l'appel a été créé
- JJJ: désigne le jour de l'année
- 00000 : numéro d'ordre chronologique du DR dans la journée de référence ci-dessus

3.4.3. Etats d'un dossier

Définition

Permet de qualifier chaque étape du déroulement d'un dossier, que cela soit un D, DR ou DRM.

Précisions et remarques

- Ce qualificatif évolue au fur et à mesure du déroulement du dossier.

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Le passage entre les états « actif », « achevé » et « validé » doit pouvoir se faire automatiquement par le LRM.
- 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 : action automatique ou liste à choix unique ; obligatoire.
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : Etat.
- Nom informatique du champ non visualisé par les utilisateurs : DRETAT.
- La liste figure en annexe 4 au chapitre 7.4.2.

3.4.4. Provenance de l'appel

Définition

C'est le mode d'arrivée de l'appel : directement au Samu Centre 15 ; via un autre centre d'appel d'urgence, public ou privé, qui contacte le Samu Centre 15.

Précisions et 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 l'ARM qui a réceptionné l'appel initial.
- Présentation : liste à choix unique et obligatoire.
- Peut être renseigné de manière automatique (par exemple en utilisant les numéros de téléphones des centres 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 annexe 4 au chapitre 7.4.3.

3.4.5. **Types d'appelant**

Définition

C'est la personne, témoin direct ou indirect, qui a appelé, le premier, un centre 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 centre 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 l'ARM 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 annexe 4 au chapitre 7.4.4.

3.4.6. **Lieu d'intervention**

Définition

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

Précisions et remarques

Cela caractérise le lieu de survenue de l'événement et non pas le lieu d'intervention (le patient a pu être déplacé par rapport au lieu de l'événement).

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Codage réalisé, le plus précocement possible, de préférence par l'ARM 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 annexe 4 au chapitre 7.4.5.

3.4.7. **Circonstance**

Définition

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

Précisions et 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 (par exemple, COUTEAU sera prépondérant sur AGRESSION).
- 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 l'ARM 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 annexe 4 au chapitre 7.4.6.

3.4.8. **Motif de recours au Samu Centre 15**

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 ARM.

Précisions et 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 l'ARM, 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 l'ARM 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 annexe 4 au chapitre 7.4.7.

3.4.9. **Autre codification complémentaire de la prise d'appel**

Définition

C'est le codage non médical d'une autre codification statistique, mise en œuvre à des fins descriptives complémentaires, analysé par la personne qui réceptionne l'appel initial, en général un ARM.

Précisions et remarques

- Une ou plusieurs zones de saisie complémentaire peuvent être utilisées. C'est un codage réalisé par l'ARM, ce n'est pas un diagnostic médical. Ce codage peut aussi permettre d'établir des procédures réflexes, écrites ou automatisées, liées à ce codage.

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Codage réalisé, le plus précocement possible, de préférence par l'ARM qui a réceptionné l'appel initial.
- Présentation : liste à choix unique et obligatoire.
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : Autre codification du DR.
- Nom informatique du champ non visualisé par les utilisateurs : DRAUTR.
- Il est donné en annexe pour exemple la codification utilisée en région Pays de la Loire (projet ARéSa) accompagnée de ses règles de personnalisation locale (annexe 4 au chapitre 7.4.8).

3.4.10. **Devenir du patient**

Définition

C'est le type de devenir du patient entre l'appel et la fin de l'épisode de soins caractérisé par le DRM.

Précisions et remarques

- Chaque patient du DRM a un devenir qui lui est propre.

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Codage réalisé par l'ARM ou le médecin régulateur. En cas de modification, c'est le dernier devenir qui est indiqué. Si le LRM gère le parcours du patient au travers des étapes qu'il franchit, chaque étape a un devenir qui lui est propre ou qui est similaire à l'étape précédente.
- Présentation : liste à choix unique et obligatoire.
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : Devenir du patient.
- Nom informatique du champ non visualisé par les utilisateurs : DRDEV.
- La liste figure en annexe 4 au chapitre 7.4.9.

3.4.11. Types de décisions

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, du ou des véhicules, du ou des personnels mis en œuvre et de leur chronologie.

Précisions et remarques

- Les décisions peuvent être simples ou multiples, avec ou sans engagement de moyen.
- Les décisions déjà prises par d'autres centres d'appels d'urgences, par le patient ou des tiers doivent pouvoir être identifiés. Elles sont alors qualifiées 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 types de décisions est définie par des nomenclatures.

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Présentation : liste à choix multiple.
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : DRDEC.
- Suivi de mission : horodatage obligatoire.
- La liste figure en annexe 4 au chapitre 7.4.10.

3.4.12. **Types d'exécution des décisions**

Définition

C'est la caractérisation du mode d'exécution de la décision.

Précisions et remarques

Cela caractérise la façon dont est ou n'est pas exécutée une décision : délai de réalisation demandé en cas de succès de la demande ; raison de la non réalisation.

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Codage réalisé automatiquement par le SI-Samu ou au moment de la prise de décision par l'agent qui prend cette décision.
- Présentation : liste à choix unique et obligatoire.
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : Exécution décision.
- Nom informatique du champ non visualisé par les utilisateurs : DREXEDEC.
- La liste figure en annexe 4 au chapitre 7.4.11.

3.4.13. **Types de moyens**

Définition

C'est la nature du ou des moyens engagés par le Samu Centre 15 en réponse à la demande exprimée, en fonction de l'événement et de la situation du ou des patients.

Ils caractérisent la décision prise.

Précisions et remarques

- Les moyens peuvent être uniques ou multiples, avec ou sans engagement de véhicule(s).
- La liste des types de moyens est définie par des nomenclatures.

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Présentation : liste à choix multiple.
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : DRMOY.
- Suivi de mission : horodatage obligatoire.
- La liste figure en annexe 4 au chapitre 7.4.12.

3.4.14. **Types d'exécution lors de l'engagement des moyens**

Définition

C'est la caractérisation du mode d'exécution de l'engagement d'un moyen.

Précisions et remarques

Cela caractérise la façon dont est ou n'est pas engagé le moyen: délai de réalisation contractualisé en cas de succès de la demande ; raison du non engagement.

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Codage réalisé automatiquement par le SI-Samu ou au moment de l'engagement du moyen par l'agent qui prend cette décision en rapport avec cet engagement.
- Présentation : liste à choix unique et obligatoire.
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : Exécution moyen.
- Nom informatique du champ non visualisé par les utilisateurs : DREXEMOY.
- La liste figure en annexe 4 au chapitre 7.4.13.

3.4.15. **Types de véhicules**

Définition

C'est la catégorie du ou des véhicules engagés par le Samu Centre 15 en réponse à la demande exprimée en fonction de l'événement et de la situation du ou des patients.

Ils caractérisent la décision prise et les moyens engagés.

Précisions et remarques

- Les véhicules peuvent être uniques ou multiples.
- La liste des types de véhicules est définie par des nomenclatures.

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Présentation : liste à choix multiple.
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : DRVEH.
- Suivi de mission : horodatage obligatoire.
- La liste figure en annexe 4 au chapitre 7.4.14.

3.4.16. **Types d'exécution lors de l'engagement des véhicules**

Définition

C'est la caractérisation du mode d'exécution de l'engagement d'un véhicule.

Précisions et remarques

Cela caractérise la façon dont est ou n'est pas engagé le véhicule : engagement seul ou en convoi en cas de succès de la demande ; raison du non engagement.

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Codage réalisé automatiquement par le SI-Samu ou au moment de l'engagement du véhicule par l'agent qui prend cette décision.
- Présentation : liste à choix unique et obligatoire.
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : Exécution véhicule.
- Nom informatique du champ non visualisé par les utilisateurs : DREXEVEH.
- La liste figure en annexe 4 au chapitre 7.4.15.

3.4.17. **Types de personnels**

Définition

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

Ils caractérisent la décision prise, les moyens et véhicules engagés.

Précisions et remarques

- Les personnels peuvent être uniques ou multiples.
- La liste des types de personnels est définie par des nomenclatures.

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Présentation : liste à choix multiple.
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : DRPER.
- Suivi de mission : horodatage obligatoire.
- La liste figure en annexe 4 au chapitre 7.4.16.

3.4.18. **Types d'équipes**

Définition

C'est la catégorie d'équipe engagée par le Samu Centre 15 en réponse à la demande exprimée en fonction de l'événement et de la situation du ou des patients.

Précisions et remarques

- La liste des types des équipes est définie par une nomenclature.
- Le type de l'équipe ajoute une caractéristique au regroupement de personnel qu'il opère : par qualification, par rang d'engagement, par type de mission, ...

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Présentation : liste à choix multiple.
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : DREQU.
- Une liste générique figure en annexe 4 au chapitre 7.4.17.

3.4.19. **Types de services**

Définition

Ce sont les différents types de services vers lesquels peuvent être orientés les patients par le Samu Centre 15 en réponse à la demande exprimée en fonction de l'événement et de la situation du ou des patients.

Ils sont caractérisés par la nature du service ou lieu de destination (que cela soit un ES ou non).

Précisions et remarques

- Les lieux de destination peuvent être uniques ou multiples, avec ou sans admission du patient.
- La liste des types de service est définie par des nomenclatures.

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Présentation : liste à choix multiple.
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : DRSERV.
- Suivi de mission : horodatage obligatoire.
- La liste figure en annexe 4 au chapitre 7.4.18.

3.4.20. Types d'exécution lors de la recherche d'un service de destination

Définition

C'est la caractérisation du mode d'exécution entrepris pour la destination du patient.

Précisions et remarques

Cela caractérise la façon dont doit être ou ne pas être exécutée l'admission du patient vers un lieu de soin : accord ou refus d'orientation ; raison de la réorientation vers une autre destination. C'est la dernière modalité d'orientation qui est renseignée si une modification intervient avant admission.

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

- Codage réalisé par l'agent qui réalise cette action d'orientation.
- Présentation : liste à choix unique et obligatoire.
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : Exécution destination.
- Nom informatique du champ non visualisé par les utilisateurs : DREXEDEST.
- La liste figure en annexe 4 au chapitre 7.4.19.

3.4.21. Hypothèses diagnostiques de régulation (HDR) et diagnostics portés par les effecteurs

Définition

La même codification est utilisée pour la saisie de l'hypothèse diagnostique de régulation médicale (HDR) et des diagnostics posés ou rapportés par les effecteurs (par le dernier effecteur médical s'il y en a eu plusieurs). Ces deux codages se succèdent.

Pour l'HDR, il est renseigné la maladie supposée ayant motivé la première série de décision(s) prise(s) ou validée(s) 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 et du dossier médical du patient.

Précisions et remarques

- La codification des pathologies est réalisée d'après le thésaurus de médecine d'urgence issu de la CIM 10. Le constat fait est fait que ce n'est pas la CIM 10 qui est inadaptée pour codifier les DRM : ce sont les fonctionnalités des LRM qui doivent être adaptées pour rendre simple l'usage de cette codification internationale.

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 pour l'HDR et avant la clôture pour les diagnostics,
- Codage de l'HDR : lié à au patient, obligatoire pour tous les patients

- Codage du diagnostic : lié à au patient, obligatoire pour tous les patients si un moyen a été engagé
- Nom du champ visualisé par les utilisateurs : Hypothèse Diagnostique de régulation médicale ; Diagnostic
- Nom informatique du champ non visualisé par les utilisateurs : PATHDR ; PATDIAG
- Cette table de codification sera publiée dans un document spécifique, versionné et entretenu. Une version préliminaire a été formalisée en 2014 en région Pays de la Loire (projet ARéSa). Elle sera formalisée dans le cadre des travaux du programme SI-Samu [18, 19].

Eléments d'ergonomie :

- par convention, s'appelle « entrée » une valeur de la codification (son libellé). Certaines entrées ne sont pas sélectionnables (les titres de chapitres par exemple) et ne sont pas affichées lors d'une recherche ;
- la couleur du libellé de l'entrée peut être personnalisée ;
- l'affichage des entrées peut être filtrée selon le profil de l'agent (par exemple, certaines entrées ne s'affichent pas pour les MRG, pour les MR pédiatres ...) ;
- l'affichage des entrées peut être filtrée selon le Samu Centre 15 utilisateur (version full / version ciblée) ;
- la codification est versionnée et historisée (un code peut être désactivé pour tous) ;
- pour chaque entrée, un ou plusieurs synonymes ou mots clés peuvent être déclarés ;
- la codification peut être affichée par auto complétion ;
- la codification peut être affichée automatiquement à partir de l'analyse textuelle du DRM ;
- 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 deux 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.

3.5. De la « victime » au « Dossier Patient »

Le SI-Samu, système de régulation médicale, est un outil « centré sur le patient » (Figure 2). Il permet de :

- renseigner un Dossier Patient Informatisé (DPI) et d'éviter le doublonnage des dossiers patient ;
- inscrire pour chaque épisode de soin les informations patient nécessaires, dans un Dossier de Régulation Médicale (DRM) ;
- alimenter une base de Dossiers Patients (DP) qui elle-même alimentera et s'alimentera du DMP.

Le dossier du patient [20, 21] est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées. Il assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins

et avec les patients. Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Le rôle et la responsabilité de chacun des différents acteurs pour sa tenue doivent être définis et connus.

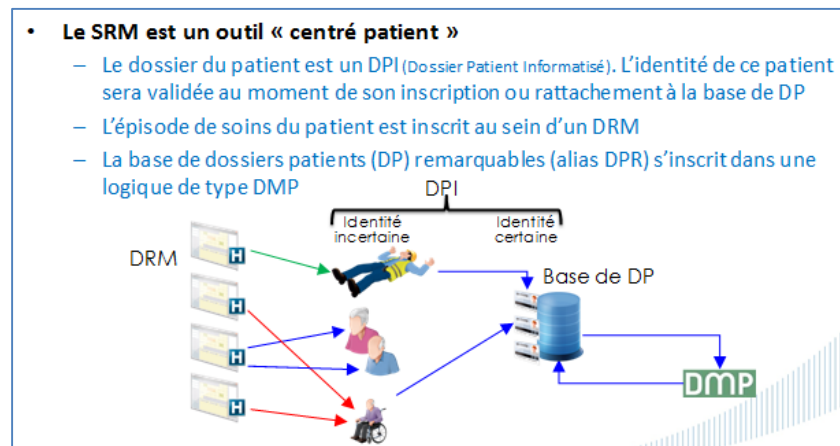


Figure 2 : Le SRM est un outil « centré patient »

Une définition est donnée aux termes « victime », « patient », « événement », « dossier patient urgence », « parcours de soins d'urgence ».

3.5.1. Victime

Définition

Une victime est une personne n'ayant pas reçu de soins médicaux suite à un accident ou une maladie.

3.5.2. Patient

Définition

Un patient est une personne qui reçoit ou doit recevoir des soins médicaux, qui a bénéficié d'une prise en charge médicale.

Précisions et remarques

La régulation médicale, le conseil médical, la prescription médicale téléphonique sont des actes de télémédecine [22].

Pour certains patients ayant été ou allant probablement être pris en charge par un Samu Centre 15, un Dossier Patient (DP) est spécialement formalisé pour que ce dernier soit plus facilement consulté en cas de besoin. Les éléments de ce DP ont vocation à intégrer et/ou être interfacés avec le DMP du patient, s'il

existe. Il s'agit de permettre au médecin régulateur de tenir compte de ces informations lors d'un appel urgent, et de les transmettre au médecin de garde qui interviendra éventuellement au domicile : il peut s'agir de l'état du patient (par exemple : fin de vie, pour lequel des actes intensifs de réanimation ne sont pas souhaités) ou de dispositions particulières demandées par le patient et/ou son entourage (éviter ou non une hospitalisation). Le signalement permet de maintenir une cohérence dans le projet d'un patient et de son entourage, en évitant des décisions en urgence ne tenant pas compte du contexte et des choix exprimés. Il nécessite bien entendu un accord du patient et peut être révoqué à tout moment.

Ce Dossier Patient (DP) contient (Figure 3) :

- des données sociales et administratives sur le patient,
- un résumé de ses principaux antécédents,
- un lien (ou des données issues) d'un ou plusieurs épisodes de régulation médicale (ERM) et les documents qui lui sont liés (courriers, ECG réalisés, ...).

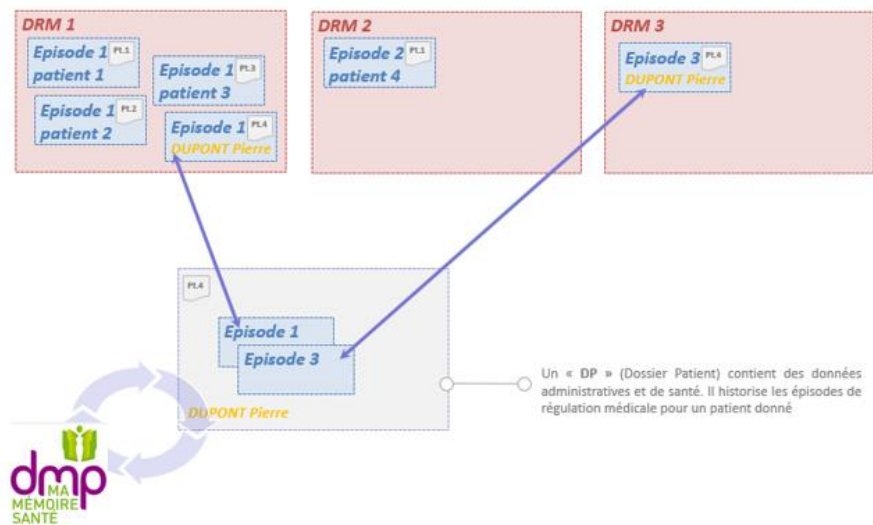


Figure 3 : Dossier patient du SI-Samu

Au travers de ces définitions, il a été décidé d'abandonner le terme de « victime » au profit du terme de « patient », dont les statuts d'identitovigilance permettent de mieux définir la typologie (identifié ; non identifié ; d'identité incertaine).

3.5.3. Evènement

Définition

Un même évènement peut concerner un, plusieurs ou aucuns patients et la création d'un ou plusieurs DR.

3.5.4. Parcours de soins d'urgence (PSU)

Définition

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

Précisions et remarques

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

3.5.5. Dossier patient urgence (DPU)

Définition

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

Précisions et remarques

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

3.6. Indicateurs

Dès maintenant, et à terme au travers du « SI-Samu » [15, 16, 18], les Samu Centres 15 doivent donc disposer d'outils leur permettant de produire des tableaux de bord d'activité, rapportant et analysant des indicateurs d'activité et de performances. En effet, cette production s'inscrit dans le champ d'une démarche IFAQ⁴ (Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité) dans laquelle les Samu Centres 15 gagneront à s'inscrire. Cette démarche IFAQ doit prévoir de mettre en œuvre :

- une sécurisation technique et humaine interne et externe (sécurisation réciproque entre Samu) ;
- des organisations supra-territoriales (maintien des structures existantes avec articulation supra territoriale garantissant la sécurité) ;
- la production et l'analyse des indicateurs d'activité et de performance dans une démarche de gestion des risques ;
- une organisation de type « haute fiabilité » (OHF ou High Reliability Organisation), associant accord sur les buts au sein de l'organisation, redondance des canaux de décision, redondance du contrôle entre les acteurs, centralisation et décentralisation des décisions lorsque les circonstances l'exigent, entraînement et recyclage permanent. La combinaison de ces cinq processus permet de produire un état de « vigilance collective » (mindfulness), une sorte d'état d'alerte permanent, grâce à la qualité des interactions au sein de l'organisation ;
- un modèle d'organisation trivalent basé sur un pilotage de l'activité, un système d'information performant, et une gestion raisonnée des effectifs. Cette organisation permet de définir et d'adapter le temps de travail posté des assistants de régulation médicale (ARM) et des médecins régulateurs (MR) en fonction de l'activité (périodes de suractivité / faible activité nocturne) [23-25] ;

⁴ <http://www.sante.gouv.fr/incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq,11754.html>

- une organisation du centre de régulation médicale intégrant la présence d'un superviseur dès que huit à dix personnes sont présentes en salle [26]. Cette fonction doit être aussi prévue en cas d'organisation supra territoriale (huit à dix personnes présentes sur l'ensemble des sites).

Afin d'améliorer l'exhaustivité, la pertinence et l'homogénéité des données renseignées par les établissements lors des enquêtes et pour les rapports d'activité (SAE notamment), des indicateurs fiables et reproductibles, traduisant au mieux l'activité des Samu Centres 15, doivent être identifiés.

3.6.1. Indicateurs d'activité

La réalisation de l'acte de régulation médicale au sein du Samu Centres 15 repose essentiellement sur deux catégories professionnelles aux compétences complémentaires : les assistants de régulation médicale (ARM) et les médecins régulateurs. Ce processus (Figure 4) réalise une interaction interprofessionnelle proche du concept de chemin clinique. L'accès à l'offre de soins du Samu est subordonné à un premier niveau de tri (par un ARM) puis à un second niveau réalisant l'acte de régulation médicale à proprement parler, puis son suivi. Un ARM reçoit l'appel initial, localise et identifie le patient, circonscrit la demande, en détermine le degré d'urgence et engage si besoin des moyens avant d'informer le médecin régulateur et d'éventuellement lui transférer l'appel. Ces ARM constituent le niveau 1 du « front office » du traitement de l'appel du Samu Centre 15, les médecins régulateurs le niveau 2.

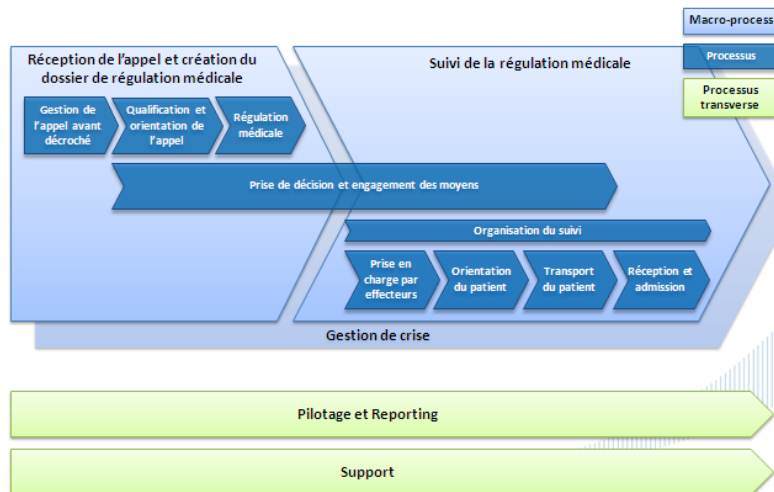


Figure 4 : Schéma des processus métier au sein du centre de régulation médicale des Samu Centres 15

Les Assistants de Régulation Médicale

Le calibrage des ressources en ARM des Samu Centres 15 réalisé en 2014 [27, 28] s'appuie sur le nombre de dossiers de régulation (DR).

Tout appel reçu par le Samu Centre 15 fait l'objet de l'ouverture d'un dossier de régulation (DR) dès lors qu'il est en rapport avec un problème médical, médico-social ou sanitaire et qu'il n'a pas déjà été créé durant les 24 dernières heures.

Le calibrage de l'effectif des ARM par ce seul nombre de DR traités n'est pas satisfaisant car il ignore l'activité qui n'a pas pu être traitée. Le risque de sous-dimensionnement des effectifs et d'une réponse de non qualité est réel.

Les données d'activité issues de la téléphonie traduisent plus précisément l'activité des ARM et apparaissent plus pertinentes pour adapter les effectifs à la charge de travail, pour obtenir une meilleure adéquation charge ressource. Ces données peuvent en outre identifier « l'activité que l'on n'a pas pu assurer », tels que par exemple les appels non répondus (illustré par le taux d'abandon).

Par ailleurs, les activités non téléphoniques ne sont pas ou sont mal quantifiées et prises en compte par ces indicateurs : réception de flux multicanaux (mails, fax, sms, flux vidéo, ...), activité d'échange par moyens radiophoniques et informatiques avec les partenaires du Samu Centre 15 (pompiers, ambulanciers privés, médecins libéraux, autres centres d'appels, activités de secours en montagne et en mer, ...). La charge de travail liée à ces activités reste à quantifier.

Les indicateurs d'activité quantitatifs suivants sont proposés (5.1) pour calibrer les ressources humaines du front office de niveau 1 (ARM) :

- Nombre appels entrants présentés par rapport au bassin de population
- Nombre de DR et DRM
- Nombre de lignes de permanence médicale de médecin régulateur
- Nombre moyen de DRM par MR et répartition entre médecins urgentistes et médecins de PDSA
- Taux d'accueil du CRRRA
- Qualité de service (QS)
- Taux de charge des ARM, des MR

Les médecins régulateurs

D'une manière générale, la charge de travail du médecin régulateur est dépendante de la nature des régulations médicales à effectuer, de l'orientation en filière spécialisée et de l'offre de soins territoriale disponible pour y répondre.

Le nombre de DRM est devenu l'indicateur principal d'évaluation de l'activité des médecins régulateurs [13, 16]. Il est recommandé que le nombre moyen de DRM soit en moyenne de six par heure (ce qui ne laisse que 10 minutes pour traiter intégralement la régulation médicale d'un patient), sans excéder un maximum ponctuel de 10 par heure.

Un DR est qualifié de DRM à partir du moment où un acte de régulation médicale a été réalisé. Au minimum, le médecin régulateur en a été informé à un moment de son traitement.

Cet indicateur doit être complété pour améliorer la pertinence de la répartition des ressources. Le **taux de charge** du médecin régulateur est un élément utile à étudier (sa production est une cible à atteindre).

Taux de charge : temps passé en communication divisé par le temps logué sur le système téléphonique (soustraction faite des temps de retrait).

Sur la base des travaux de la MeaH [29], le taux de charge cible pour le MR pourrait être fixé à **25%**.

3.6.2. Indicateurs de performance quantitative

La mission d'expertise et d'audit hospitalier menée auprès de dix Samu Centres 15 en 2008 a contribué à mettre en œuvre les bases d'un management opérationnel organisé autour du pilotage des flux d'appels 15 et de la planification [29]. L'amélioration de la performance est illustrée par l'amélioration des indicateurs vérifiables (nombre d'appels traités, durée moyenne de traitement de l'appel, temps d'attente, pourcentage d'appels décrochés dans la minute ou par unité de temps, pourcentage d'appels perdus ...). La progression des indicateurs de performance s'inscrit dans une logique d'amélioration de la qualité de service (QS) dans le souci constant de l'intérêt du patient [29, 30]. Ainsi, l'analyse de l'activité grâce à l'utilisation d'indicateurs pertinents [31] permettent d'améliorer la planification, d'optimiser le niveau de disponibilité du Samu Centre 15 pour répondre de manière adaptée à la demande de soins urgents non programmés [32].

Ces indicateurs de performance clé (KPI) sont utiles pour le pilotage de la performance des Samu Centres 15 : ils permettent d'évaluer en partie la performance globale de l'organisation du Samu Centre 15, de calibrer les effectifs selon leur activité en vérifiant que la performance est correcte collectivement, puis en vérifiant si la performance individuelle (et par conséquent de son organisation interne) correspond à celle qui est attendue.

Les indicateurs d'activité suivants sont adaptés à la description de l'activité des Samu Centres 15 :

- **indicateurs de qualité de service : taux d'accueil ; qualité de service ;**
- **indicateurs organisationnels : taux de charge ; durée moyenne en communication ; productivité.**

*Le **Taux d'accueil (TA)** traduit la capacité du centre d'appel à traiter les appels qui lui sont destinés. Le TA est calculé grâce au rapport entre le nombre d'appels répondus et le nombre d'appels distribués réduit du nombre d'appels perdus avant 15 secondes.*

*La **Qualité de service (QS)** correspond à la proportion d'appels décrochés en un temps donné. La QS_{20s} est la proportion d'appels décrochés dans les 20 secondes rapportée à l'ensemble des appels décrochés⁵.*

*Le **Taux de charge (TC)** illustre l'occupation téléphonique des agents en salle de régulation médicale. Il correspond au rapport entre le temps passé en communication et le temps logué au système de téléphonie (soustraction faite des temps de retrait).*

*La **Durée Moyenne de communication (DMC)**, exprimée en secondes, est le rapport entre le temps en communication et le nombre d'appels.*

*La **productivité** est le nombre d'appels entrants et sortants traités par heure par un agent.*

P (productivité agent heure) = $(3600/DMC^6) \times$ taux de charge cible.

⁵ Les QS_{10s} ou QS_{20s} sont utilisées et décrites dans la littérature internationale. La QS_{60s} n'y figure pas. Elle est à considérer comme un premier objectif à atteindre, utilisé en 2009, dans la perspective des recommandations internationales.

⁶ exprimé en secondes

Les normes suivantes sont conseillées :

- **Taux d'accueil : plus de 99% des appels** parvenant au Samu Centre 15 doivent être décrochés. Cela correspond à un taux de blocage (« Blockage rate ») maximum de un pour cent ;
- **Taux de charge : 20 à 40%**. Le taux de charge cible des ARM est de 23% avec une productivité cible de 7,2 appels/heure en moyenne pour les ARM [33, 34] et six DRM/heure pour les médecins régulateurs [12] ;
- **Qualité de service** : elle mesure le taux de décroché en x secondes (QS_{xs}) :
 - Dès 2004, une QS_{60s} supérieure à 99% pour les appels entrants est recommandée [11, 29, 35]. Le seuil de cette QS doit évoluer vers une QS_{20s} pour adopter les recommandations internationales concernant le front office de niveau 1 (ARM). La QS du front office de niveau 2 (MR) reste à définir, en tenant compte du niveau de priorité de régulation médicale de l'appel.
 - Aux USA, le NENA⁷ (National Emergency Number Association) est chargé d'établir les normes de temps de réponse du 911. En 2011, il recommande que [36] :
 - globalement, 95% des appels reçus au 911 aient une réponse dans les 20 secondes ($QS_{20s} > 95\%$) ;
 - et que durant les heures de pointe (horaires pendant lesquels le plus grand volume d'appels est enregistré, « busy hour »), 90 % des appels reçoivent une réponse en moins de 10 secondes ($QS_{10s} > 90\%$).
- **Durée Moyenne de communication**
 - pour les appels entrants : les recommandations [37, 38] ou observations [34, 39] ciblent la DMC des appels entrants entre 80 et 120 secondes, souvent à 95 secondes. Les données observationnelles françaises actuellement disponibles sont concordantes [40]. Notre cible est donc fixée à 100 secondes pour assurer la réception de l'appel, la caractérisation (où et pourquoi), la priorisation et la gestion de moyens ;
 - pour les appels sortants : aucune recommandation internationale n'a été identifiée à ce jour. Notre cible peut être fixée dans un premier temps à 200 secondes pour assurer la recherche d'effecteurs. La recherche de place d'hospitalisation et la mise en œuvre du suivi des patients et des effecteurs ont probablement des cibles différentes qui pourraient être l'objet de travaux de recherche.

L'analyse de l'activité des Samu Centres 15 à l'aide d'indicateurs pertinents [31] tels que le nombre d'appels entrants et sortants, le taux d'accueil (TA), la qualité de service (QS), le taux de charge (TC) et la durée moyenne de communication (DMC) permettront d'améliorer la planification et l'adéquation charge ressource, d'optimiser le niveau de disponibilité des ressources humaines des Samu Centres 15.

⁷ <http://www.nena.org/>

3.6.3. Indicateurs de qualité

Les indicateurs de « qualité » mesurent le service rendu au patient [41]. Ils explorent plusieurs axes qualitatifs :

- la pertinence médicale de l'acte de régulation ;
- le service rendu aux patients : rapidité de la réponse, gestion du temps, satisfaction, échecs ;
- le service rendu aux partenaires ;
- le service rendu à la collectivité.

En 2007, 40 indicateurs « qualité » ont ainsi été listés [41] :

- C1 Le Samu dispose d'un document général précisant la mission de la régulation médicale, les règles d'éthique et de déontologie, les principes d'action, la politique, les orientations stratégiques et le projet médical du service.
- C2 La salle de régulation, équipée et suffisamment vaste, est située à proximité immédiate du Smur et du service des urgences.
- C3 Le Samu dispose d'une équipe d'assistant(e)s de régulation médicale bien dimensionnée et encadrée.
- C4 Le rôle des assistant(e)s de régulation médicale est précisé dans un document.
- C5 Le Samu dispose de médecins régulateurs généralistes, au moins aux heures de forte activité dans le domaine de la PDSA.
- C6 Un médecin régulateur urgentiste est en permanence éveillé à son poste en salle de régulation, y compris la nuit
- C7 Le Samu dispose, pour le cas d'une panne, d'une procédure de fonctionnement dégradé et de suppléance par un autre Samu.
- C8 Le partenariat du Samu avec l'ensemble des acteurs de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins est formalisé.
- C9 Des visites des autres structures du réseau d'urgence sont régulièrement organisées pour les professionnels du Samu et, inversement, les autres professionnels du réseau sont invités à visiter le Samu.
- C10 L'implication du Samu au sein du réseau de l'urgence est organisée, notamment par la désignation d'un médecin référent.
- C11 Les liens avec les Samu voisins et les Samu de la région sont formalisés.
- C12 Les références de la certification sont déclinées à l'échelle de la structure.
- C13 Les règles de gestion des documents qualité sont écrites.
- C14 Les documents généraux de la démarche qualité sont écrits.
- C15 Des référents, médecins et assistant(e)s de régulation médicale, sont désignés et leur rôle est formalisé.
- C16 La veille scientifique et la diffusion en interne des recommandations externes sont organisées.
- C17 Le service élabore des protocoles internes.
- C18 Les règles de la tenue du dossier patient sont formalisées.

- C19 Le suivi par la régulation médicale de l'ensemble des réponses données est organisé.
- C20 La remontée vers l'encadrement des informations sur les événements remarquables, les difficultés et les réclamations est organisée et les responsabilités de chacun sont précisées.
- C21 Un dossier formalisé est établi dans les cas susceptibles de faire l'objet d'une demande de transmission du dossier médical.
- C22 Le recrutement et l'intégration des nouveaux membres de l'équipe sont formalisés.
- C23 Les différentes formes de travail au sein de l'ensemble des structures concourant à l'urgence sont favorisées (postes partagés, entraide, réunions communes...).
- C24 Il existe un plan de formation des médecins et des assistant(e)s de régulation médicale.
- C25 Le dossier de régulation médicale est l'objet d'un programme d'évaluation portant sur la tenue du dossier et sur le respect des procédures.
- C26 L'Evaluation des Pratiques Professionnelles est organisée.
- C27 Une évaluation de la pertinence médicale des actes de régulation (réponse donnée) est réalisée à partir de la demande (motif de recours) et des informations obtenues ultérieurement (retours d'information).
- C28 L'autocommutateur du Samu dispose d'une fonction d'analyse automatique du trafic téléphonique et des tableaux de bord du délai de décrocher sont établis à partir de ces analyses.
- C29 Des études ciblées du temps de régulation, entre l'appel et la décision, sont réalisées ; ces études prennent en compte la gravité des cas.
- C30 Des études ciblées de l'orientation des patients sont réalisées ; ces études mettent en évidence le taux d'orientation directe en service spécialisé.
- C31 Une mesure du taux de Smur de première intention est réalisée à périodicité régulière ; chaque médecin régulateur est informé de son taux personnel et du taux moyen de l'équipe.
- C32 Des enquêtes de satisfaction sont réalisées par téléphone auprès d'échantillons de patients.
- C33 Les réclamations et les plaintes sont systématiquement analysées et exploitées.
- C34 En lien avec les services des urgences du département, il est tenu un registre par établissement des patients arrivés aux urgences sans Smur alors que leur état l'aurait justifié.
- C35 Les échecs sont analysés et les conclusions de cette analyse sont exploitées.
- C36 L'orientation des patients fait l'objet de tableaux de bord qui sont communiqués aux partenaires.
- C37 L'activité du Samu est décrite en faisant apparaître les demandes et les réponses qui sont apportées à ces demandes.
- C38 Le taux de gravité des patients pris en charge par les Smur est mesuré, de même que le nombre de patients de gravité équivalente qui n'ont pas été pris en charge par un Smur.
- C39 Le taux de requalification des demandes est mesuré.
- C40 La démarche qualité fait l'objet d'un rapport annuel précisant les actions réalisées et une estimation du temps qui leur a été consacré.

4. Référentiel

Chaque fois que cela est pertinent, il sera précisé si le critère d'évaluation ou si l'indicateur est :

- Essentiel (E)
- Souhaitable (S)
- Optionnel (O)

4.1. Locaux

Localisation au sein d'un Établissement de Santé public (ES)	E
Localisation à proximité d'une autre structure d'urgence de l'établissement	E
SECTEUR OPERATIONNEL	
Salle de régulation médicale dédiée à l'activité quotidienne d'une surface d'au moins 10 m ² par poste de travail	E
Salle dédiée pour la gestion des évènements exceptionnels	E
Acoustique et insonorisation soignée	E
Les postes de travail de la salle de régulation et de la salle catastrophe seront en configuration identique et/ou typé par profil d'agent, et multi-écrans	E
Thermorégulation avec dispositif de climatisation	E
Accès sécurisé	E
Présence d'un éclairage naturel	E
L'alimentation électrique générale des postes de travail et de tous les équipements techniques est sécurisée avec un dispositif de secours indépendant de celui de l'établissement	E
Prises de courant électrique des équipements opérationnels ondulées et sécurisées	E
Le réseau informatique et de téléphonie du secteur opérationnel doit fonctionner indépendamment du réseau de l'établissement et vice versa	E
Salle pour évènements catastrophiques à effets limités est contigüe ou à proximité directe de la salle de régulation médicale	E
Local technique dédié contigüe à la salle de régulation médicale et sécurisé (alarme, sauvegardes et serveurs de secours à distance hors du bâtiment du Samu Centre15)	E

SECTEUR MEDICO-ADMINISTRATIF	
Espace de bureaux dédié aux équipes médico-soignantes (*)	E
Secrétariat situé à proximité du secteur opérationnel avec un secteur d'archivage (*)	E
Au moins une salle de réunion et une bibliothèque (*)	E
Chambre de repos pour chaque médecin de garde : insonorisées et équipées en sanitaire. Leur nombre est équivalent au nombre de lignes de permanence médicale et d'astreinte	E
Salle de repos et de détente au même niveau et proche de la salle de régulation (*)	E
Salle de repas (*)	E
Vestiaire (*)	E
Accessibilité des locaux administratifs aux Personnes à Mobilité Réduite (PMR)	E
Parking dédié aux personnels du Samu Centre 15	S

(*) ces locaux sont partagés avec ceux du Smur.

Le secteur opérationnel se définit comme l'ensemble des locaux nécessaires pour assurer, en situation ordinaire et exceptionnelle, la réception des appels, la régulation médicale et le suivi des dossiers de régulation jusqu'à leur clôture.

Le CRRA du Samu Centre 15 doit pouvoir accueillir toutes les autres structures d'une plateforme télé-médico-sociale : coordination ambulancière, régulation périnatale, autres régulations médicales spécialisées ou non, associations de permanence des soins ambulatoires, téléalarme, centre de télé-médecine, Samu social, secouristes, ... L'unité de lieu pour les structures de la plateforme télé-médico-sociale est à considérer comme un moyen d'assurer une meilleure qualité, sécurité et une meilleure efficacité de l'ensemble.

Lors des projets de construction ou d'aménagement, la taille des locaux doit être calculée, non seulement en fonction des besoins actuels, mais aussi des besoins des trente années suivantes. Il est fondamental d'anticiper et de prévoir les réserves foncières appropriées aux perspectives d'évolution des besoins sanitaires, sociétaux, ... Le respect des normes architecturales et sonores édictées pour les centres d'appels téléphoniques [42] contribue à faciliter le travail des professionnels des Samu Centres 15, dans une démarche de gestion des risques et d'amélioration de la qualité de la réponse apportée aux appelants (contribution au juste soin [14]).

4.2. Ressources humaines

4.2.1. Compétences et aptitudes professionnelles

Médecin régulateur de l'Aide Médicale Urgente

Le médecin régulateur est un médecin titulaire du doctorat en médecine [5, 6]. Il doit pouvoir justifier d'une expérience de médecine d'urgence validée ainsi que des qualités comportementales et

relationnelles adaptées à la fonction de régulation médicale, validées par le responsable médical de la structure interne.

Par ailleurs, il doit avoir bénéficié d'une formation aux systèmes d'information et de communication. Il doit connaître ou savoir identifier au travers du système d'information mis à sa disposition l'offre de soins, la localisation et les différents niveaux des plateaux techniques du territoire régulé ainsi que l'organisation des différentes filières de soins. Il doit maîtriser les procédures de fonctionnement entre les différents partenaires de l'Aide Médicale Urgente. Il doit se conformer au règlement intérieur du Samu Centre 15 et à ses annexes.

Assistant de Régulation Médicale

L'Assistant de Régulation Médicale doit pouvoir justifier d'une formation d'adaptation à l'emploi et, par ailleurs, devrait pouvoir bénéficier d'une formation initiale diplômante. Dans ce cadre, il doit avoir acquis en particulier la pratique des systèmes d'information et de communication mis à sa disposition. Il doit maîtriser les procédures de fonctionnement entre les différents partenaires de l'Aide Médicale Urgente. Il doit posséder des qualités comportementales et relationnelles adaptées à sa fonction. Il est souhaitable que ces critères de compétence soient validés par le responsable médical de la structure interne.

4.2.2. **Effectifs**

Le calcul de l'effectif minimum nécessaire repose sur les recommandations du référentiel de SUdF de novembre 2011 [13]. Les principes suivants ont été retenus :

- Le temps médical consacré à l'organisation du service, aux instances de l'établissement et aux partenaires institutionnels doit être de 20% du temps de travail total. Un temps dédié à la responsabilité de la structure s'y ajoute.
- Une ligne de garde médicale H24 nécessite 6 Equivalents Temps Plein (ETP).
- Il appartient aux responsables de la structure interne d'adapter la présence des personnels en fonction des variations observées des flux d'activité, dans un souci d'homogénéisation de la charge de travail.
- L'activité moyenne d'un médecin régulateur ne doit pas dépasser 6 dossiers de régulation médicale par heure.
- Un assistant de régulation médicale réceptionne 7,2 appels par heure en moyenne.

Effectifs médicaux

Le tableau ci-dessous indique le nombre de médecins seniors nécessaires au fonctionnement du Centre de régulation médicale d'un Samu en fonction du nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) ouverts (rythme moyen de 6 DRM par heure et par médecin). L'effectif comprend la régulation médicale de la PDSA effectuée au sein des locaux du Samu Centre 15.

Samu (Nbre de DRM/an)	Nbre de médecins seniors H24	Nbre d'ETP
<50 000	1	6
50 - 75 000	1,5	9
75 - 100 000	2	12
100 - 125 000	2,5	15
125 - 150 000	3	18
150 - 175 000	3,5	21
175 - 200 000	4	24
200 - 225 000	4,5	27
225 - 250 000	5	30
250 - 275 000	5,5	33
275 - 300 000	6	36
300 - 325 000	6,5	39

Tableau 1 : Nombre de médecins seniors nécessaires au fonctionnement du Centre de régulation médicale d'un Samu [13]

Effectifs non médicaux

Assistant de Régulation Médicale	E
Secrétaire médicale	E
Superviseur	S
Encadrement ARM	E
Assistante sociale	S
Coordonnateur Ambulancier	S
Technicien et informaticien	E
Agent de Service Hospitalier	E

L'effectif d'Assistants de Régulation Médicale (ARM) est en premier lieu calibré par le taux de charge, c'est-à-dire le temps passé au téléphone en ligne, exprimé sous forme d'un taux d'occupation (sous réserve du respect de la DMC préconisée). Le taux cible est compris entre 20 et 40% du temps logué en téléphonie (TOL : Taux d'Occupation en Ligne).

Le nombre et les fonctions des superviseurs des Samu Centre 15 sont précisés dans le référentiel SUDF sur les effectifs [13].

4.3. Organisations et activités

4.3.1. Organisations opérationnelles

Filières et réseaux de soins

La prise en charge des urgences repose sur une organisation qui associe la proximité, la qualité et la sécurité.

L'offre de soins en médecine d'urgence doit reposer sur une organisation en réseau définie par les recommandations professionnelles, scientifiques et réglementaires

L'évaluation du réseau comprend trois volets :

- l'impact clinique lié à l'application des référentiels et l'harmonisation des pratiques cliniques.
- les pratiques professionnelles telles que recommandées par la HAS. Les médecins investis dans le réseau doivent être destinataires des résultats d'évaluation. On en attend un ajustement des pratiques.
- L'analyse qualitative et médico-économique portant sur l'efficacité de la coordination entre les acteurs de la médecine d'urgence et ceux des spécialités.

Existence d'un réseau des urgences	E
Adhésion de l'établissement siège du Samu Centre 15 au réseau des urgences	E
Existence d'un ROR	E
Signalement des dysfonctionnements	E
Participation aux registres	S

Procédures et protocoles

Les procédures, les protocoles et la documentation doivent être facilement accessibles 24/24h pour l'ensemble des personnels et sur l'ensemble des postes du CRRR, depuis le LRM. Ces documents ont pour objectifs d'optimiser la régulation et d'aider à la décision.

Il est par ailleurs essentiel que des bases de données (médicaments, intoxication...) ainsi que le guide de régulation soient accessibles.

Ci-dessous une liste non exhaustive des pathologies ou motifs pour lesquels une procédure ou un protocole de régulation semble utile.

PROTOCOLES DE REGULATION	
Accident vasculaire cérébral	E
Douleur thoracique	E
Arrêt cardiaque	E
Traumatisé grave	E
PROCEDURES	
Procédure P0 de déclenchement des moyens	E
Transfert des appels au sein du CRRA, entre front office niveau 1 et 2, selon le type de régulation médicale, la priorisation des appels, la disponibilité du médecin régulateur et le niveau d'activité du CRRA	E
Procédure de suivi des appels, des patients et des effecteurs (délai du rappel par rapport à l'heure d'appel, motif de recours justifiant un suivi d'appel, ...)	E
Organisation des avis demandés à un spécialiste extérieur ; pédiatre, cardio...	E
Régulation de secours spécifiques (milieu périlleux, montagne, spéléologie...)	E
Transfusion sanguine pré-hospitalière (commande à l'EFS, procédure d'acheminement...)	E
Rappel des personnels en situation exceptionnelle	E
Activation de la salle de gestion de crise	E
Déclaration de dysfonctionnements, évènements indésirables ...	E

Gestion conjoncturelle des effectifs

Adaptation de l'effectif aux contraintes saisonnières	
▪ Concernant les médecins régulateurs	S
▪ Concernant les ARM	S
Adaptation de l'effectif aux flux prévisionnels horaires	
▪ Concernant les médecins régulateurs	S
▪ Concernant les ARM	S

4.3.2. Relations avec les partenaires

Le système de santé français place le Samu Centre 15 au cœur du dispositif de médecine d'urgence pré-hospitalière. Afin d'assurer cette mission, le médecin régulateur du Samu Centre 15 doit être en mesure de disposer de moyens lui permettant d'apporter la réponse la plus adaptée aux besoins de chaque patient. Il devrait, entre autres, pouvoir bénéficier en temps réel de la disponibilité, des caractéristiques et la géolocalisation des vecteurs de ses partenaires avant toute prise de décision.

Les Samu Centres 15 doivent bénéficier d'un réseau de partenaires opérationnels, liés par des textes règlementaires et des conventions.

Afin d'assurer sa mission de suivi, le médecin régulateur doit pouvoir bénéficier d'un retour d'information de la part du partenaire sollicité, sous la forme d'un bilan, d'un compte rendu, ou de tout autre moyen convenu par avance.

Samu Centres 15 limitrophes

L'établissement siège du Samu Centre 15 doit disposer d'une convention de coopération avec chaque Samu Centre 15 limitrophe notamment en cas de panne, de crise, de débordement d'appels ou de collaboration interdépartementale.

Smur

L'établissement siège du Samu Centre 15 doit disposer d'une convention de fonctionnement avec chaque établissement siège d'une base Smur de son territoire de régulation médicale. Cette convention doit préciser les modalités de l'engagement du Smur, en privilégiant la rapidité de mise en œuvre, y compris lorsque que le Smur n'est pas situé dans le même département.

Médecins Correspondant de Samu (MCS)

L'établissement siège du Samu Centre 15 doit disposer d'une convention avec les MCS présent sur son territoire. Cette convention doit préciser les modalités de son engagement, son matériel, ses protocoles et sa formation.

Le Samu Centre 15 doit disposer des listes de garde et d'astreinte des MCS. Tout envoi d'un MCS doit être associé à un départ de Smur.

SIS

La collaboration avec les SIS doit s'appuyer sur le référentiel national [43] décliné en fonction des spécificités territoriales. Dans tous les cas, et au minimum, les points particuliers suivants doivent être respectés :

- Le système d'information des deux structures doit permettre l'échange d'informations sécurisées sans nécessité de ressaisie (lien 15/18).
- Tout envoi de moyen à l'initiative du SIS, pour un motif médical, doit faire l'objet d'une information immédiate au Samu territorialement compétent.
- Chaque intervention d'un moyen du SIS doit faire l'objet d'un bilan secouriste au Samu demandeur.

- La régulation médicale est systématique quel que soit le lieu où se trouve l'évènement et quel que soit l'acheminement de l'appel. Elle se fait dans les meilleurs délais en cas de départ réflexe des moyens SIS.

Permanence De Soins Ambulatoires (PDSA)

Le Samu Centre 15 doit disposer des listes de garde des médecins participant à la PDSA, des localisations et des horaires d'ouverture des maisons médicales. Il participe en collaboration avec le conseil départemental de l'ordre des médecins, les syndicats et associations de médecins, le CODAMUPS-TS à l'élaboration de solution pour la pérennité de la PDSA départementale.

Le Samu Centre 15 dispose de la liste de garde des pharmacies et chirurgiens-dentistes, et lorsqu'elles existent des listes de garde des praticiens paramédicaux (infirmiers(es), kinésithérapeutes).

Sociétés de transport sanitaire agréées

Il est souhaitable que les sociétés de transport sanitaire se regroupent au sein d'une Association de Transports Sanitaires Urgents (ATSU) afin d'établir une convention avec le Samu Centre 15 et une liste de garde comportant un nombre d'ambulances et des horaires de garde en adéquation avec l'activité du département. Cette liste de garde doit être mise à disposition du Samu Centre 15. En dehors des situations définies dans le cadre de conventions spécifiques, le Samu Centre 15 doit privilégier le transport des patients par les ambulances agréées.

Le système d'information du Samu et de l'ATSU doit permettre des échanges d'informations sécurisées sans nécessité de ressaisie. Cet interfaçage a pour objectif de faciliter la recherche et l'engagement des ambulances privées, de connaître la disponibilité et la géolocalisation en temps réel des ambulances privées, de permettre l'échange d'informations (status horaire, bilans, ...).

Chaque intervention d'un moyen de l'ATSU doit faire l'objet d'un bilan secouriste au Samu Centre 15 demandeur.

Il est souhaitable qu'une coordination ambulancière opérationnelle soit localisée au Samu Centre 15 ou que la plateforme de coordination ambulancière soit interfacée avec le Samu.

Secours en montagne - service des pistes

Les interventions de secours sur le domaine skiable des stations de ski sont menées sous la responsabilité du maire (DOS) ou du directeur du service de pistes qu'il a agréé par arrêté. Il est, à ce titre, responsable de l'organisation et de la coordination des interventions de secours sur le domaine skiable de la station. Le Samu Centre 15 doit disposer des quadrillages et des coordonnées de l'ensemble des services des pistes lorsqu'il est sollicité et/ou amené à intervenir en cas de détresse vital sur le domaine. Une convention spécifique décrit cette organisation (pisteurs secouristes, ambulances de bas de pistes...)

Associations de secouristes

Dans le cadre de conventions spécifiques, Il est souhaitable d'associer les associations de secouristes à l'activité de prise en charge des patients régulés par le Samu Centre 15.

Partenaires institutionnels

Dans ses rapports avec les tutelles (Agence Régionale de Santé, Préfecture...) et les autres partenaires institutionnels (Police, Gendarmerie...), le Samu Centre 15 doit avoir pré-identifié des interlocuteurs et/ou des filières de communication spécifiques pour chaque type de situation (Tiac, évènement impliquant de nombreuses victimes, etc.) afin qu'en cas de nécessité, les interlocuteurs intéressés puissent être facilement joints, y compris en dehors des heures ouvrables.

4.3.3. **Système d'information**

Le Système d'Information (SI) des Samu doit avoir une architecture modulaire, évolutive, communicante, sécurisée et innovante dans le respect des normes (établies ou à établir), des textes réglementaires, des règles de confidentialité (respect CNIL, hébergement de données de santé) et de l'interopérabilité des systèmes en tout lieu et en toute circonstance [16].

Ce SI doit mettre à disposition des professionnels une solution globale et intégrée. Cet outil doit être constitué d'un Logiciel de Régulation Médicale (LRM), d'un dispositif de téléphonie avancée et d'une solution de géolocalisation et de cartographie afin d'apporter une aide à la décision.

Les efforts doivent être portés sur la mise en œuvre d'interconnexions ou de partage d'outils entre Samu dans l'objectif d'amélioration opérationnelle et de maîtrise des coûts.

L'informatisation cohérente des Samu passe par la mise en place d'une normalisation de l'ensemble des codifications générales (référentiel national) et des échanges en termes de données échangées et des protocoles associés.

Le SI du Samu doit être au cœur des interconnexions avec l'ensemble des partenaires de l'Aide Médicale Urgente.

Le SI doit permettre la gestion de nombreuses victimes en situation de crise ou lors de grands rassemblements.

Le SI doit, non seulement permettre l'activité opérationnelle, mais également disposer de fonctionnalités de gestion administrative et d'exploitation de statistiques.

4.3.4. **La performance**

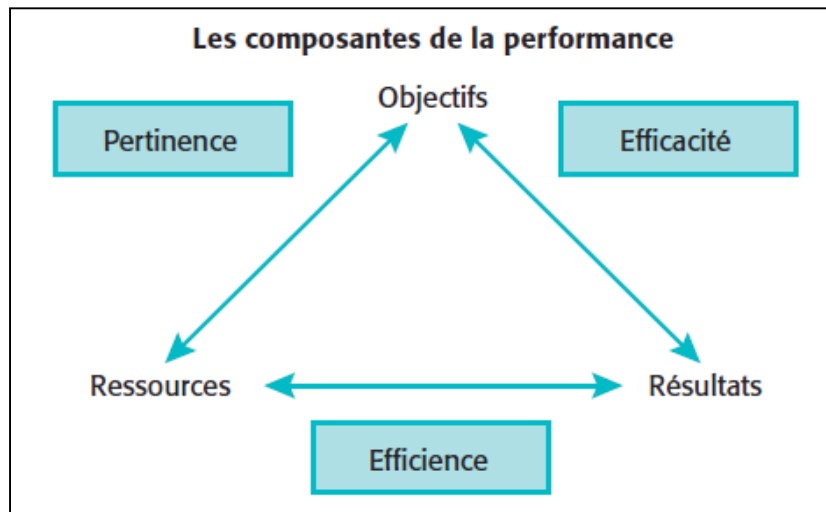
En 2010, le rapport MARDEGAN [16] réalisé à la demande de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) relatif à la modernisation des Samu recommande « d'atteindre des objectifs de performance ».

La « performance » s'articule autour des résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés (jugés pertinents) et des moyens mis en œuvre pour y arriver.

La notion d'« efficacité » renvoie à la notion de résultats obtenus rapportés aux objectifs fixés.

La notion d'« efficience » se rapporte aux moyens financiers mobilisés.

La performance globale intègre ces différents aspects. En effet, la performance du point de vue de l'appelant (patient) peut être différente de la performance du point de vue de la direction hospitalière et de la performance du point de vue des professionnels du centre de régulation médicale.



Le suivi précis et la description de l'activité sont essentiels pour connaître de manière objective les résultats et évaluer l'efficacité. La « qualité de service » (QS) et le « taux d'accueil » (TA) sont les indicateurs particulièrement étudiés et font référence dans les Centres de Réception Client (CRC) [16, 31, 34, 44-46].

Le « TA » correspond à la proportion d'appels décrochés par rapport à l'ensemble des appels destinés au centre d'appels. Il illustre la capacité de décrochés. La « QS » traduit la proportion d'appels décrochés en un temps donné. Par exemple la QS_{xx} correspond à la proportion d'appels décrochés dans les xx secondes ramenée à l'ensemble des appels décrochés (cf. chapitre 3.6.2).

Pour le Samu Centre 15, il n'existe aucune recommandation professionnelle concernant l'objectif du TA. Cependant, dans une logique d'accès aux soins urgents, ce taux devrait atteindre 100%. L'objectif minimal souhaité est une QS à 60s de 99%. Cela correspond à une proportion d'appels décrochés par les ARM supérieure ou égale à 99% dans les 60 secondes.

Si l'on veut atteindre de bons résultats de délai de décroché, il est normal que les ARM qui assurent le décroché initial de l'appel ne soient pas occupés à traiter des appels téléphoniques pendant une certaine partie de leur temps. Le Taux de charge (TC) correspond au rapport entre le temps passé en communication et le temps connecté au système de téléphonie, il traduit la principale partie du niveau d'occupation des agents.

La Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MeaH) sur les Samu Centres 15 a déterminé [29] un TC cible pour les ARM situé entre 20 et 40%. Des données plus récentes suggèrent un TC cible autour de 23% [34], il doit être associé à l'analyse de la durée moyenne de communication (DMC) et pris en compte dans le processus de planification.

INDICATEUR	MODE DE CALCUL OU MESURE	OBJECTIF
Taux de Charge (TC)	Temps en communication / Temps logué	23%
Taux d'accueil (TA)	Nombre d'appels répondus / (nb d'appels distribués – nb d'appels perdus avant 15 secondes)	99%
Qualité de service (QS)	QS ₆₀ : nombre d'appels répondus avant 60 secondes / Nombre d'appels répondus total	99%
Durée Moyenne de Communication (DMC)	Temps en communication / nb appels entrants et sortants	100 s

La « productivité » ARM/heure peut être approchée selon la formule suivante :

$$P \text{ (productivité ARM Heure)} = (3600/DMC^*) \times T\% \text{ de charge cible}$$

*DMC : exprimée en secondes

Par exemple, un centre de régulation recevant 60 appels par heure dont les ARM ont une DMC moyenne de 95 secondes a les besoins minimum suivants :

$$(60 \times 95 / 3600 \times 0,23) = 6,8 \text{ personnels soit } 7 \text{ ARM}$$

Une planification de qualité permet de faire face au flux d'appels et optimise le TC.

Les indicateurs de performance sont indispensables au pilotage de l'activité et au processus de planification, au « WorkForce Management » du centre d'appels. Ces indicateurs sont au service d'une stratégie opérationnelle visant à assurer un accueil de qualité aux usagers du Samu Centre 15 et à optimiser l'emploi des personnels hospitaliers [29].

Le « workforce management » [47] est un outil qui associe des fonctions avancées de prévision, de planification, d'adhérence [48] (respect des activités planifiées) et de reporting.

- La prévision a pour objet d'attribuer les diverses activités aux agents disponibles en fonction du calendrier, de la charge prévisible (selon des données historiques ou prévisibles), des absences, etc.
- La planification (réalisation du planning des agents) est basée sur le calendrier, les prévisions par activités et les priorités établies.

Cet outil doit être en mesure de prendre en compte les ressources des différents plateaux physiques (en intégrant la notion d'entraide) et des différents niveaux du front office (FO1 = ARM ; FO2a = MRU ; FO2b = MRG).

4.3.5. **Activités Non Cliniques (ANC)**

Médecins

L'Activité Non-Clinique (ANC) est représentée notamment par :

- l'élaboration du projet médical,
- la participation aux staffs quotidiens, mensuels, et aux Enseignements Post Universitaires (EPU),
- la mise en place et le suivi du Développement Professionnel Continu (DPC) (Simulophone, ateliers de simulation...),
- les revues de morbi-mortalité, EPP,
- les réunions d'interface Samu - Smur - Urgences et services d'hospitalisation d'aval,
- les enseignements, recherches cliniques, publications,
- les réunions institutionnelles de l'établissement,
- les réunions avec les tutelles : ARS, préfecture, sous-préfecture...,
- les interfaces avec les partenaires extérieurs : Service d'Incendie et de Secours, transporteurs sanitaires privés, médecins libéraux...,
- l'élaboration, la participation et l'évaluation des plans de secours,
- les activités liées aux réseaux, filières de soins, territoires de santé
- la gestion du service : études statistiques, réponses aux courriers et aux réclamations, gestion des ressources humaines, réunions techniques...
- ... (cette liste n'est pas exhaustive)

Le référentiel SUDF [13] recommande une ANC globale de 20% du temps d'activité médicale pour un service. Cette ANC est répartie au sein de l'équipe médicale en fonction des axes du projet médical. Dans ce cadre, tout responsable de structure interne doit disposer d'au moins 20% d'ANC. Les temps dédiés à la responsabilité de la structure, la chefferie de service et chefferie de pôle s'y ajoutent.

Personnel non médical

Ils ont un rôle essentiel au sein des organisations des Samu Centres 15. Ils doivent participer aux activités non postées du service : formation, mise à jour des bases de données, tableaux de garde, exercices, vérification et maintenance du matériel, accompagnement et formation des nouveaux ARM, projets de services, Staff-EPP, projets qualité, plans de secours...

Le système d'information du Samu nécessite l'implication de plusieurs ressources techniques du service informatique (ou de la Direction des Services Numériques) et l'identification d'un référent informatique parmi eux.

4.3.6. **Gestion des plaintes, réclamations et dysfonctionnements**

Généralités

La gestion des plaintes et réclamations est guidée par la loi du 04 mars 2002 (Loi Kouchner) relative aux droits des malades [49-52].

Les dysfonctionnements doivent être analysés et l’objet d’un retour d’expérience accompagné de mesures correctives. Les plaintes et réclamations des patients, usagers et partenaires regroupent toutes les formulations d’insatisfaction, d’incompréhension, suggestions ou avis émis spontanément ou non (lettres de doléance, appels téléphoniques, visites, courriers électroniques, enquêtes de satisfaction ou questionnaires de sortie).

Le respect des droits des patients fait partie intégrante de la démarche qualité des établissements (manuel de certification V2010). Les plaintes ou réclamations seront prises en compte selon une procédure préétablie et examinées par les commissions de représentants des usagers.

Deux types de commissions ont été institués par la loi de 2002 :

- la Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la prise en charge présente dans chaque établissement de santé (CRUQ) (article L. 1112-3 du CSP) ;
- la Commission Régionale de Conciliation et d’Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI).

Démarche de gestion des plaintes et réclamations

La gestion des plaintes et réclamations (Figure 5) repose sur l’analyse des fiches d’évènements indésirables et des courriers.

La réponse doit reposer sur quelques principes :

- reformulation de la plainte,
- analyse des faits,
- identification des éventuelles difficultés rencontrées,
- mesures correctives éventuelles,
- entretien pouvant être proposé au plaignant pour l’écouter et pour compléter la réponse.

Les modalités de gestion des plaintes et des réclamations doivent faire l’objet d’une procédure écrite intégrée au règlement intérieur du service.

Par ailleurs, les lettres de satisfaction et de remerciement sont à prendre en considération dans le but d’identifier les points positifs ressentis par les usagers et de les valoriser par la suite.

Existence d’une procédure interne écrite de gestion des plaintes et réclamations	E
Fiche d’évènements indésirables	E
Enregistrement et traçabilité écrite des plaintes	E
Archivage, classement des dossiers des plaintes et réclamations	E
Accusé de réception au plaignant	E
Réponse systématique et rapide au courrier du plaignant, avec copie à la CRUQ	E
Analyse quantitative et qualitative des réclamations avec dispositif de suivi	S

4.4.Coût

4.4.1. Aspect médico-économique

Tout Samu doit être en mesure d'évaluer l'ensemble de ses coûts :

- ressources humaines,
- locaux,
- système d'information,
- coûts annexes,
- consommables divers.

Il apparaît indispensable de bien différencier économiquement les unités fonctionnelles du Samu Centre 15 de celles du CESU et de la CUMP, dont les modalités de financements diffèrent.

Coût du personnel médical	E
Coût du personnel non médical	E
Charges afférentes logistiques et gestion générale	E
Actifs bruts ou tableau d'amortissement des charges du parc de véhicules du Samu (véhicule logistique, VPC, VLM autorité, remorques...)	S
Charge de téléphonie (au mieux amortissement et maintenance séparé)	E
Charge de radiophonie (au mieux amortissement et maintenance séparé), dans la mesure du possible, les coûts de location des points hauts devraient être identifiables. Pour les Samu ayant plusieurs réseaux radiophoniques, chaque réseau doit être analysable séparément (capacité de comparaison inter-Samu).	E
Charge de SI (au mieux amortissement et maintenance séparé), les coûts des liens avec les partenaires devraient être identifiables : interconnexion CTA-CODIS, passerelles SU et ES, lien CPAM, liens Smur, entreprises de transports sanitaires, réseau télémédecine...	E
Charge spécifique annexe : télésurveillance, vidéoconférence inter établissement...	O

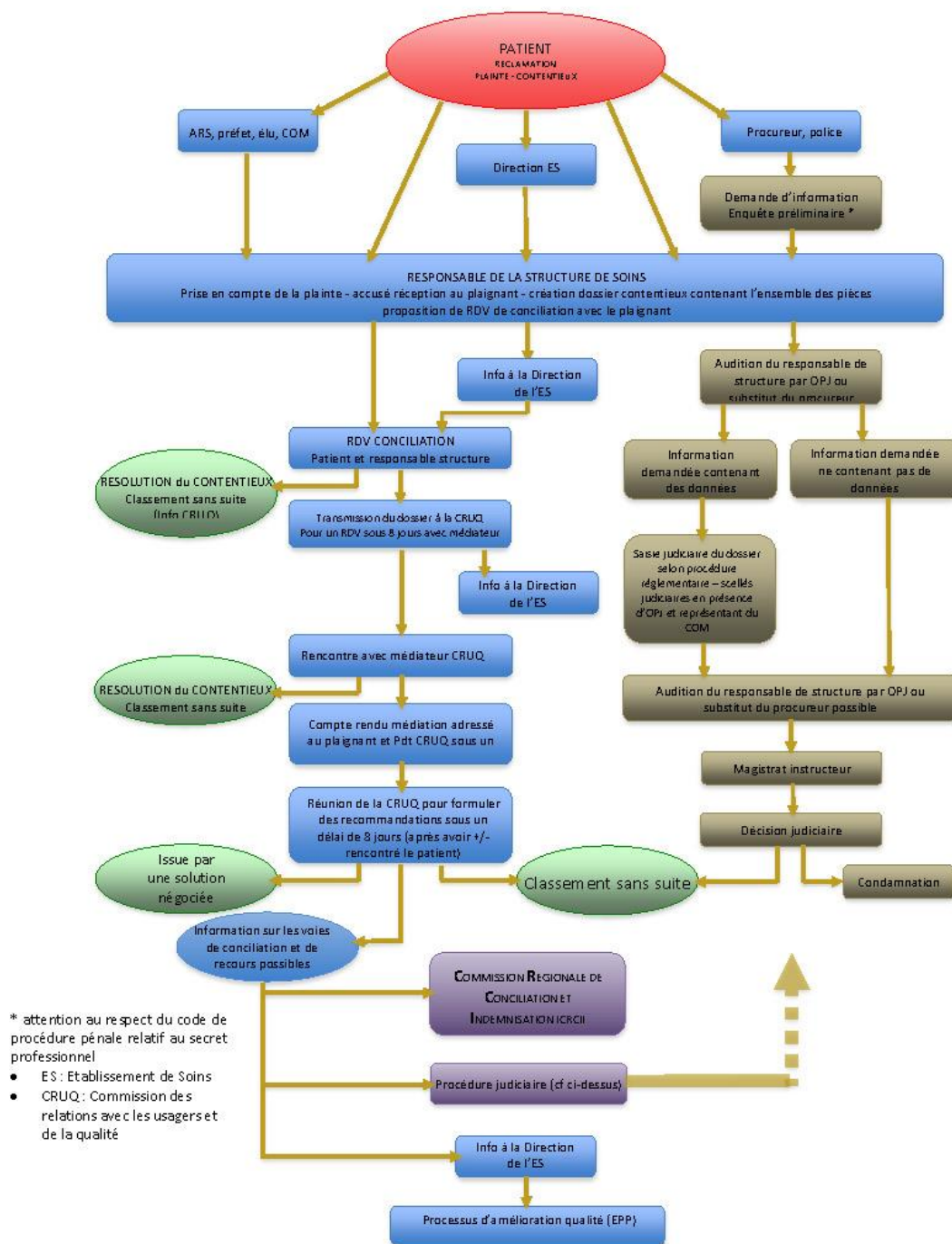


Figure 5 : gestion des plaintes, réclamations et contentieux

4.4.2. **Financement**

Un Samu Centre 15 doit être en mesure de connaître ses différentes sources de financement.

Les missions d'aide médicale urgente sont financées actuellement dans le cadre des Missions d'Intérêt Général (MIG),

Les Samu Centre 15 peuvent bénéficier d'autres sources de financement :

- les Fonds Intervention Régionale (FIR),
- les Missions d'Enseignement, de Recherche et d'Innovation (MERI),
- les financements de la PDSA,
- les subventions par les collectivités territoriales,
- ...

La répartition budgétaire des financements nationaux entre les différentes ARS repose actuellement sur les données d'activités renseignées, selon les référentiels nationaux dans des documents formalisés : ICARE (Outil informatique de l'ARS, SAE Q13).

5. Evaluation

5.1. Indicateurs « incontournables »

5.1.1. **Quantitatifs [34, 46]**

- Nombre appels entrants présentés par rapport au bassin de population
- Nombre de DR et DRM
- Nombre de lignes de permanence médicale de médecin régulateur et temps médical global annuel consacré à la régulation médicale
- Nombre moyen de DRM par MR et répartition entre médecins urgentistes et médecins de PDSA
- Taux d'accueil du CRR
- Qualité de service (QS)
- Taux de charge des ARM, des MR

5.1.2. Qualitatifs [41]

- Nombre d'indicateurs qualité (chapitre 3.6.3) mis en œuvre

5.2.Ressources humaines

5.2.1. Effectifs

Nombre d'heures cumulées annuelles de régulation assurées par les médecins hospitaliers	E
Nombre de médecins hospitaliers participant à la régulation médicale	S
Nombre d'heures cumulées annuelles de régulation assurées par les médecins régulateurs de la PDSA	E
Nombre d'heures cumulées annuelles postées assurées par les ARM	E
Nombre d'ETP d'ARM affectés au Samu Centre 15	E
<u>Pyramide des âges</u>	
▪ % de médecins de plus de 55 ans	S
▪ % d'ARM de plus de 55 ans	S
▪ % de médecins dans le service depuis moins de 5 ans	S
▪ % d'ARM dans le service depuis moins de 5 ans	S
▪ % de médecins dans le service depuis plus de 15 ans	S
▪ % d'ARM dans le service depuis plus de 15 ans	S
▪ % de médecins à statut non précaire (PUPH, MCUPH, PH, PHTP)	S
▪ % de médecins à activité partagée avec une structure d'accueil des urgences	S
Taux d'activité non clinique moyen en %	E
<u>Taux moyen d'absentéisme pour maladie et accident</u>	
• Taux moyen d'absentéisme pour maladie et accident des médecins	S
• Taux moyen d'absentéisme pour maladie et accident des ARM	S

5.2.2. Formation / Recherche / enseignements

Nombre de publications scientifiques par an	S
Nombre de communications courtes par an lors d'un congrès	S
Nombre d'études, de protocoles de recherche clinique en cours dans le service	S
% des médecins ayant participé au moins à 1 congrès de médecine d'urgence par an	S
Nombre moyen de jours de DPC par médecin par an	S
Nombre d'exercices de secours auxquels a participé le Samu dans l'année	S

5.2.3. Démarche qualité et évaluation des pratiques

Nombre de staffs médicaux intra services par mois	E
Nombre de staffs médicaux inter services par mois	S
Nombre de revues de morbi-mortalité par an	E

5.3. Performances [34, 46]

Taux de Charge (TC)	E
Taux d'accueil (TA)	E
Qualité de service (QS60)	E
P (productivité ARM Heure)	S

5.4. Activité

5.4.1. Indicateurs quantitatifs

Nombre d'habitants du bassin de population couverte par le Samu Centre 15	E
Nombre d'appels entrants	E
<i>Selon la provenance</i>	
▪ Directement au CRRRA par le 15	S
▪ Directement au CRRRA par un numéro dédié à la PDSA	S
▪ Directement au CRRRA par le 112	S
▪ Par le CTA-CODIS des Pompiers	S
▪ Par le CIC ou le CORG des forces de l'ordre	S
▪ Selon les tranches horaires	E
▪ Selon les jours de la semaine	E
▪ Nombre d'appels présentés / nombre d'habitants	E
Nombre d'appels sortants	E
Nombre de DR	E
Nombre de DRM	E
▪ Nombre de DRM réglés par un médecin régulateur de l'AMU	E
▪ Nombre de DRM réglés par un médecin régulateur de le PDSA	E
Nombre de décisions	
▪ Nombre d'interventions Smur primaires	E
▪ Nombre de transferts Smur	E
▪ Nombre d'interventions Smur pédiatriques	E
▪ Nombre de Transports Infirmiers Inter-Hospitaliers (TIH)	E
▪ Nombre d'interventions VSAV globales	E
▪ Nombre d'interventions VSAV à la demande du Samu	S
▪ Nombre d'interventions d'ambulances privées	E
▪ Nombre de recours aux Médecins généralistes	E
▪ Nombre de recours aux Médecins généralistes en visite	S
▪ Nombre de Conseils Médicaux (avec ou sans PMT)	E
▪ Prescription Médicale Téléphonique (PMT)	S

▪ Autres décisions	S
▪ Nombre d'interventions hélicoptées primaires	E
▪ Nombre d'interventions hélicoptées primaires par HéliSmur	S
▪ Nombre de transferts inter-hospitaliers hélicoptés	E
▪ Nombre de transferts inter-hospitaliers par HéliSmur	S
Nombre de « Suivi d'appels » réalisés	S
Devenir des patients (prise en charge pré-hospitalière)	
▪ Transport médicalisé	E
▪ Transport non médicalisé	E
▪ Laisse sur place	E
▪ Décédé	E
Orientation des patients transportés	
▪ Filière accueil des urgences	S
▪ Filière soins critiques (Réa, USC, USI, Imagerie interventionnelle, bloc opératoire)	S
▪ Filière spécialisée MCO	S
Hospitalisation des patients transportés	
▪ Patients non hospitalisés	O
▪ Patients décédés avant admission en hospitalisation	O
▪ Patients hospitalisé en soins critiques (Réa, USC, USI, Imagerie interventionnelle, bloc opératoire)	O
▪ Patients hospitalisés en MCO	O
▪ Nombre de patient transféré hors d'un établissement de la structure juridique dans les 24 heures	O

5.4.2. Indicateurs qualitatifs

Pathologies traceuses

Arrêt Cardiaque (AC)	
▪ Nombre d'AC régulés	E
▪ Nombre d'AC régulés avec appel direct au 15	S
▪ Nombre de MCE assistés par téléphone	S
▪ Délai moyen entre la réception de l'appel initial (t0) et le déclenchement du Smur	E
▪ Délai de départ moyen du Smur	E
Douleur thoracique	
▪ Nombre de douleurs thoraciques régulées	E
▪ % d'envoi du Smur après régulation d'une douleur thoracique	S
▪ % de patients SCA ST+ orientés directement vers un centre de cardiologie interventionnelle	S
Traumatisés graves	
▪ % de décisions Smur de 1 ^{ère} intention pour traumatisme grave	E
▪ % de TG par niveau de gravité : stables, stabilisés, instables	E
▪ % de TG orientés vers la SAUV, vers le bloc opératoire	E
AVC	
▪ Nombre de suspicions d'AVC régulées	S
▪ % d'AVC régulés orientés vers une filière neuro-vasculaire	E

Ce tableau caractérise quatre pathologies traceuses majeures. D'autres pathologies peuvent être tracées (obstétricales, psychiatriques, ...).

Indicateurs de détection d'évènements indésirables

Il s'agit de définir des indicateurs permettant de détecter des évènements indésirables grâce à une analyse du DR et du dossier des urgences.

% de rappels dans les 24 heures nécessitant un engagement d'un moyen après un conseil médical	S
% de départs Smur (mission primaire) en plus de 6 mn (délai entre la décision médicale et départ du Smur)	S
Nombre de transports non médicalisés et patients hospitalisés en REA ou en SI ou décédés dans les 6 heures	S
Nombre de patients réorientés dans les 6 heures vers un autre plateau technique	S

6. Références

1. Circulaire DGS/103/AS 3 du 6 février 1979 relative à l'aide médicale urgente - Coopération entre le service public hospitalier et la médecine privée - Mise en place des Centres 15. In: Bulletin officiel du ministère chargé de la santé. 1979; texte 16555.
2. Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU. Journal Officiel de la République Française 1987.
3. Code de santé publique Art L6311-1, L6311-2, R6311-1 à R6311-5. <http://www.legifrance.gouv.fr>. In.
4. Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. Journal Officiel de la République Française 1986.
5. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [NOR: SANH0620664D]. Journal officiel de la République Française 2006.
6. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [NOR: SANH0620665D]. Journal officiel de la République Française 2006.
7. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [NOR: SASX0822640L]. Journal officiel de la République Française 2009.
8. Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [NOR: SASX0930688R]. Journal Officiel de la République Française 2010.
9. Giroud M. La régulation Médicale en médecine d'urgence. Réanimation 2009: 737-741.
10. Giroud M. Régulation médicale en médecine d'urgence. In Elsevier (ed): Médecine d'urgence Paris: Encycl Méd Chir 2015; Article 24-400-D-415.
11. 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. In. Paris: HAS 2011.

12. Samu-Urgences de France. Définitions & standardisation des données : Activité des Samu Centre 15. 2009: http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/155/559/definitions_apl_drm_2009.pdf ; http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/2155/2559/thesaurus_apl_drm_2009.xls
13. Samu-Urgences de France. Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD). Référentiel. 2011: http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/155/654/sudf_effectifs_medicaux-et-nonmedicaux.pdf.
14. Braun F, Berthier F. Les interconnexions de la Régulation Médicale. In: Conférence Congrès Urgences. Paris: 2009; 817-829 http://www.sfm.org/urgences2009/donnees/pdf/2081_braun.pdf
15. Asip Santé. Modernisation SI et télécoms des Samu centre 15. Etude d'opportunité. 2012: http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP_SISAMU_Livrable_final_vf.pdf.
16. Mardegan P. Rapport de la mission DGOS relative a la modernisation des Samu : état des lieux, objectifs & recommandations opérationnelles. In.: 2010; <http://www.dgos.sante.gouv.fr>.
17. Bagou G, Berthier F, Bertrand C. Guide d'aide à la régulation au Samu Centre 15. Paris: 2009.
18. Asip Santé. Modernisation des SI et Télécom des Samu Centres 15. Note de synthèse de l'étude de faisabilité. 2014: http://esante.gouv.fr/sites/default/files/asip_si_samu_etude_de_faisabilite_0.pdf
http://esante.gouv.fr/sites/default/files/asip_si_samu_etude_de_faibilite_annexes_0.pdf.
19. Asip Santé. SI-Samu : Lancement de la phase de réalisation du programme de modernisation SI-Samu. In.: 2015; <http://esante.gouv.fr/actus/politique-publique/lancement-de-la-phase-de-realisation-du-programme-de-modernisation-si-samu>.
20. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient : amélioration de la qualité et de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations. 2003: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-2008/dossier_du_patient_amelioration_de_la_qualite_de_la_tenue_et_du_contenu_-_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf.
21. Giroud M. L'accès au Dossier Médical Personnel par le médecin régulateur du Samu. In: Urgences. Paris: SFMU 2009; 807-816 http://www.sfm.org/urgences2012/urgences2009/donnees/pdf/2080_giroud.pdf.
22. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé médecine (article R6316-1). Journal Officiel de la République Française 2010: NOR: SASH1011044D. <http://legifrance.gouv.fr/eli/decret/1012010/1011010/1011019/SASH1011044D/jo/texte>
23. Weick KE. Organizing for transient reliability: the production of dynamic nonevents. Journal of Contingencies and Crisis Management 2011; 19: 21-27.
24. Penverne Y, Lalande J, Labady J, Dagoret E, Martinage A, Berthier F, Jenvrin J. Quelle organisation mettre en place au Samu Centre 15 pour répondre aux critères d'une organisation de haute fiabilité ? Annales Françaises de Médecine d'Urgence 2013; 4: 6-10. DOI 10.1007/s13341-13013-10385-z.
25. Desmettre T. Le modèle HFO (haute fiabilité organisationnelle) : un équilibre entre les hommes, l'organisation, les outils et les situations. Ann. Fr. Med. Urgence 2014; 4: DOI 10.1007/s13341-13013-10398-13347.
26. Arrêté du 27 avril 2007 portant création du titre professionnel de superviseur en relation client à distance. Journal Officiel de la République Française 2007.
27. Circulaire n° DGOS/R1/2014/99 du 31 mars 2014 relative à la campagne tarifaire 2014 des établissements de santé. NOR : AFSH1408038C. Journal Officiel de la République Française 2014.
28. Groupe technique Financement des structures de médecine d'urgence (7/05/2014). In.: DGOS 2014; http://www.samu-de-france.fr/fr/ressources_pro/exercice_pro/exercice_pro_actu/front/afficher/?id_actu=787.

29. Mission d'Audit d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MeaH). Organisation des Centres 15 : « chaque appel compte, chaque seconde compte ». In.: 2008; <http://www.meah.sante.gouv.fr>.
30. Penverne Y, Jenvrin J, Danet N, Pineau Carié S, Potel G, Loué B, Vallée J, Lagarde S, Berthier F. De nouveaux métiers et nouvelles pratiques. In SFMU (ed): Congrès Urgences. Paris: 2009; 793-806
http://www.sfmou.org/urgences2013/urgences2009/donnees/pdf/2079_penverne.pdf.
31. Pouponnot J. Les mesures de performances passées au crible. In: relationclientmag.fr [Internet]. 2005;
<http://www.relationclientmag.fr/Relation-Client-Magazine/Article/Les-mesures-de-performances-passees-au-crible-17441-17441.htm?Print=17441>.
32. Penverne Y, Jenvrin J, Labastire L, Tassou N, Felix A, Potel G, Berthier F. Management et coaching : perspective d'avenir dans les Samu centre 15 ? J eur urgences 2009; 12: doi:10.1016/j.jeur.2009.1012.1001.
33. Penverne Y, Berthier F, Labady J, Fradin P, Courjault Y, Potel G, Jenvrin J. Interconnexion des systèmes de téléphonie des Samu : un réel objectif stratégique. In SFMU (ed): Congrès Urgences. Paris: 2014;
http://www.sfmou.org/Urgences/urgences2014/donnees/communications/resume/resume_2195.htm.
34. Penverne Y, Montassier E, Labady J, Batard E, Martinage A, Andre A, Berthier F, Jenvrin J. What are the indicators and targets to manage the performance in the French emergency medical call centers "Samu Centre 15" ? submit 2015.
35. Conférence d'experts sur la régulation médicale : Réception et régulation des appels pour les urgences médicales en dehors de l'hôpital (Samu de France). In.: 2004.
36. FY 2011 Performance Plan. Office of United Communications. In Office of Unified Communications. Government of the District of Columbia (ed). 2010;
<http://oca.dc.gov/sites/default/files/dc/sites/oca/publication/attachments/OUC11.pdf>.
37. L. Robert Kimball & Associates Inc, 9-1-1 SME Consulting. PSAP Staffing Guidelines report as commissioned by NENA Swat Operations Team. In.: 2003.
38. NENA. National Emergency Number Association (NENA) Standard Operating Procedures Committee, Calltaking Working Group. Document 56-005. In: NENA Call Answering Standard/Model Recommendation. 2006.
39. Holub J, Beerends JG, Smíd R. Dependence between Average Call Duration and Voice Transmission Quality: Measurement and Applications. In: Wireless Telecommunications Symposium. IEEE 2004; 75-81.
40. Montassier E, Labady J, Andre A, Potel G, Berthier F, Jenvrin J, Penverne Y. The Effect of Work Shift Configurations on Emergency Medical Dispatch Center Response. Prehosp Emerg Care 2014: doi:10.3109/10903127.10902014.10959217
<http://informahealthcare.com/doi/abs/10903110.10903109/10903127.10902014.10959217>.
41. Giroud M. La qualité en régulation médicale. In: Conférence Congrès Urgences. Paris 2007; 659-671.
http://www.sfmou.org/Urgences/urgences2007/donnees/pdf/2067_giroud.pdf.
42. Les centres d'appels téléphoniques. Fiche pratique de sécurité. In INRS (ed): ED 108. 2003;
<http://www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/ED/TI-ED-108/ed108.pdf>.
43. Arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente [NOR: IOCE0907984A]. Journal Officiel de la République Française 2009.
44. Association Française de la Relation Client (AFRC). Référentiel du Processus de Planification. 2007.
45. Association Française de NORmalisation (AFNOR). Norme Européenne Centre de contact clients, Centres de contact clients - Exigences relatives à la délivrance du service, NF EN 15838-200912 (indice de classement : X50-798). 2009: 28p.
46. Penverne Y. Samu Centre 15 et performance, les enseignements d'une organisation. In: ESCP. Paris: 2013.

47. DMG Consulting. Contact Center Workforce Management Market Report. In.: 2014-2015;
<http://www.dmgconsult.com/services/ccwm/abstract.asp>.
48. AFRC. Livre Blanc de la Planification. In Livres blancs de l'Association Française de la Relation Client (ed). 2007;
http://www.afrc.org/livres_blancs_AFRC.aspx.
49. Gerson C, Bons Letouzey C, Sicot C. La responsabilité médico-légale des médecins des Samu et des Smur. Réanimation Urgences 2000; 11: 545-549.
50. DHOS. Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers. <http://www.sante.gouv.fr/plaintes-et-reclamations-dans-les-etablissements-de-sante-un-levier-pour-ameliorer-la-prise-en-charge-des-usagers,4056.html>. In: La collection éditoriale. 2009.
51. Morel F, Janvier M, Bagou G. Réclamations et plaintes reçues au Samu. In: Congrès Urgences 2010. Paris: 2010; 947-953.
52. Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM). La synthèse du Panorama du risque médical. http://it4.interactiv-doc.fr/Frmviewer.aspx?a&c_code=Panorama_Sham_synthese_2013_pdf_330&numpage=0. In.: 2013.
53. Infocert (GT399). Code capacité R36. In.: 2012.

7. Annexes

7.1. Annexe 1 : Contributeurs

Groupe de travail

Coordination : Guillaume DEBATY (Grenoble), Pierre MARDEGAN (Montauban) et Philippe DREYFUS (Dijon)
Stéphane BARE (Saint Jean de Maurienne), Oliver CAPEL (Lyon), Erick CHANZY (Bobigny), Carlos EL-KHOURY (Vienne), Sibille GODDET (Chalon), Laurent GOIX (Melun), Mohamed HACHELAF (Besançon), Jean-Yves LARDEUR (Poitiers), Yann PENVERNE (Nantes), Alain PERCODANI (Ajaccio), Philippe PES (Nantes), Véronique VIG (Marseille), Gilles VIUDES (ORU Paca).

Groupe de relecture

Coordination : Frédéric BERTHIER

Frédéric ADNET, Charlotte CHOLLET XEMARD, Philippe DREYFUS, Carlos EL KHOURY, Pierre MARDEGAN, Tarak MOKNI, Yann PENVERNE, Agnès RICARD-HIBON, Dominique SAVARY, Louis SOULAT.

Les membres des **Conseils d'administration** de la SFMU et de Samu-Urgences de France

Société Française de Médecine d'Urgence

Pr Pierre Yves GUEUGNIAUD
Pr Jeannot SCHMIDT
Dr Agnès RICARD HIBON
Pr Françoise CARPENTIER
Dr Dominique SAVARY
Dr Maurice RAPHAEL
Dr Pierre TABOULET
Pr Frédéric ADNET
Dr Frédéric BERTHIER
Dr Jacques CHOUKROUN
Dr Nicolas DELVAU
Pr Jacques LEVRAUT
Pr Pierre Marie ROY
Dr Louis SOULAT

Samu-Urgences de France

Dr François BRAUN
Dr Marc GIROUD
Pr Paul PETIT
Pr Pierre CARLI
Pr Dominique PATERON
Dr Agnès RICARD HIBON
Pr Pierre Marie ROY
Dr Muriel VERGNE
Dr Jean François CIBIEN
Pr Jean Emmanuel DE LA COUSSAYE
Dr Frédéric BERTHIER
Dr Louis SOULAT
Dr Catherine BERTRAND
Dr Karim BOUDENIA
Dr Charlotte CHOLLET-XEMARD
Pr Marc FREYSZ
Dr Jean Marc LABOUREY
Dr Rémy LOYANT
Dr Tarak MOKNI
Dr Emgan QUERELLOU
Pr Bruno RIOU
Dr Karim TAZAROURTE

7.2. Annexe 2 : Lexique des termes pouvant être rencontrés

ACR	Arrêt Cardio reSpiratoire Advanced Call Routing
ADOPS	Association Départementale de la Permanence des Soins
AIS	Automatic Identification System (alias SIA)
ANC	Activité Non Clinique
ANSDIS	Association Nationale des Directeurs et directeurs adjoints des Services d'Incendie et de Secours
ANTARES	Adaptation Nationale des Transmissions Aux Risques Et aux Secours
AP	Ambulance Privée
AR	Ambulance de Réanimation
ARéSa	Articulation Régionale des Samu
ARHGOS	Outil de Gestion des autOrisations de Soins de (l'ARH) l'ARS
ARM	Assistant de Régulation Médicale
ARS	Agence Régionale de Santé
ATSU	Association des Transports Sanitaires Urgents
BDD	Base De Données
BDSP	Base de Données de Sécurité Publique – Public Security Database
BMPM	Bataillon de Marins Pompiers de Marseille
BNCI	Base Nationale des Cas d'Intoxication et demande d'information toxicologique
BNPC	Base Nationale des Produits et Compositions
BSPP	Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris
CAPTV	Centre Antipoison et de ToxicoVigilance
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CCMM	Centre de Consultations Médicales Maritimes
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CERN	Conseil Européen pour la Recherche nUcléaire
CERVEAU	Centre Régional de Veille Et d'Action sur les Urgences d'Ile-de-France
CESU	Centre d'Enseignements de Soins d'Urgence
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIC	Centre d'Information Civique
CIGUE	Centrale d'Information et de Gestion en Urgence des Empoisonnements (ancien SI de Lille)
CIM10	Classification Internationale des Maladies
CMS	Comité Métier Samu
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNR 114	Centre National de Relais 114 (sourds et malentendants)
CO	Monoxyde de carbone
CODAMUPS-TS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires
CODIS	Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours

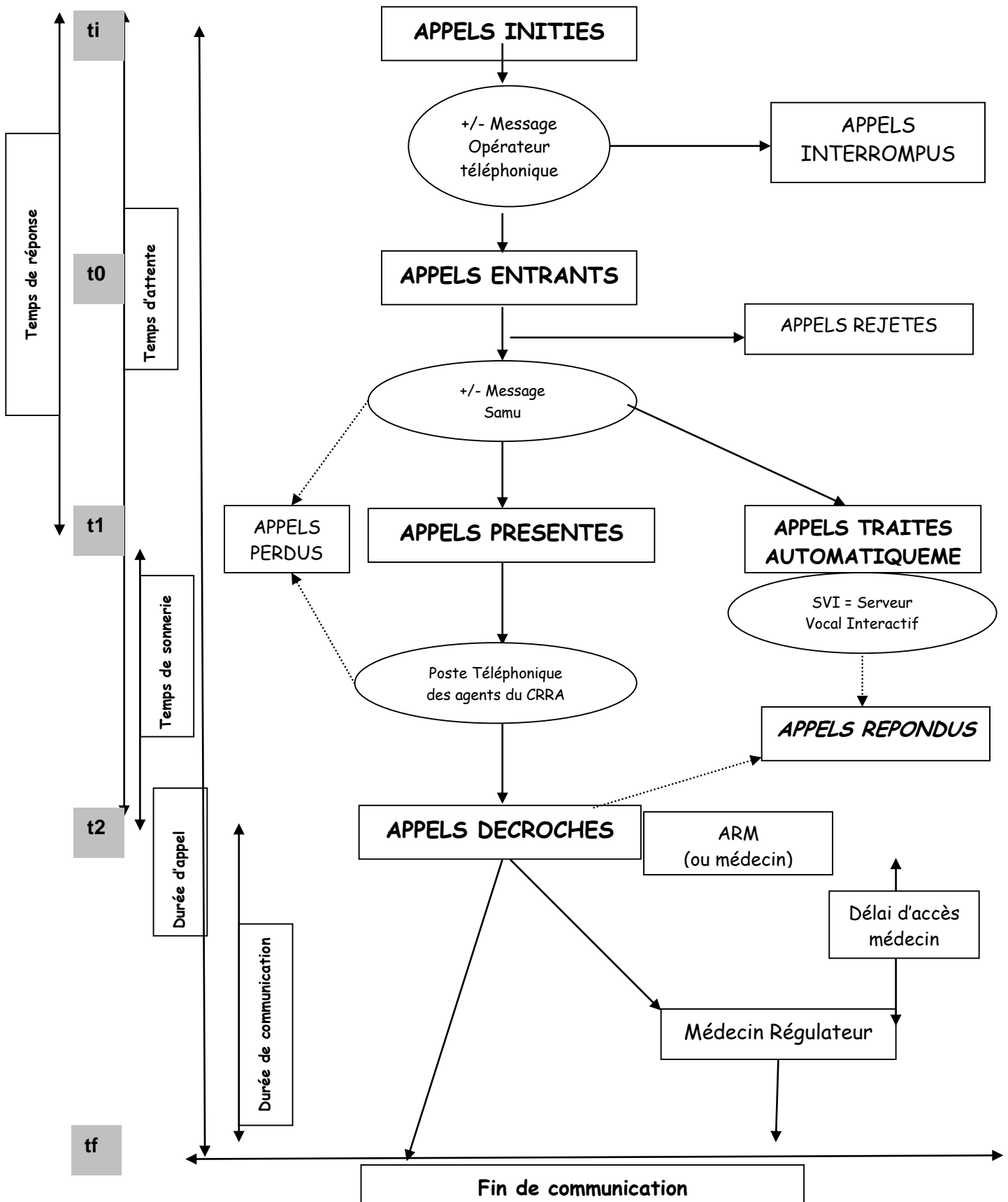
COGIC	Centre Opérationnel de Gestion Interministériel de Crise
COM	Collectivités d'Outre-Mer
CORG	Centre d'Opérations et de Renseignements de la Gendarmerie
CORRUSS	Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales
COZ	Centre Opérationnel de Zone
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPS	Carte de Professionnel de Santé
CRC	Centre de Réception Client
CRCI	Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
CROSS	Centre Régional Opérationnel de Surveillance et de Sauvetage
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
CRUQ	Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la prise en charge
CSA	Comité de Suivi des ARS
CSP	Code Santé Publique
CSV	Comma-Separated Values
CTA	Centre de Traitement des Appels
CTI	Couplage Téléphonie Informatique
CTS	Centre de Transfusion Sanguine
CTV	Centre de Toxicovigilance
CUB	Comité d'Urbanisation
Cump	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
DAE	Défibrillateur Automatique Externe
DCC	Dossier Commun de Cancérologie
DECT	Digital Enhanced Cordless Telephone
DFAE	Délégation des Français A l'Etranger
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DGSCGC	Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises
DIR	Direction Interdépartementale des Routes
DLU	Dossier de Liaison d'Urgence
DMP	Dossier Médical Personnel
DOM	Département d'Outre-Mer
DP	Dossier Patient
DPC	Développement Professionnel Continu
DPI	Dossier Patient Informatisé
DPS	Dispositif Prévisionnel de Secours
DR	Dossier de Régulation
DRM	Dossier de Régulation Médicale
DSA	Défibrillateur Semi-Automatique
DUS	Département des Urgences Sanitaires
ECG	ElectroCardioGramme
ECMO	Extra Corporeal Membrane Oxygenation,
EDI	Échange de Données Informatisées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
e-MUST	Recueil prospectif d'informations concernant les (IDM) pris en charge par les Samu/Smur en Ile-de-France
EPRUS	Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires

EPU	Enseignement Post Universitaire
ER	Etablissement Remarquable
ERM	Episode de Régulation Médicale
ERP	Etablissement Recevant du Public
ES	Établissement de Santé
EVASAN	ÉVAcuation SANitaire
FDR	Feuille De Route
FINESS	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FIR	Fonds d'Intervention Régionale
FMA	Fiche Médicale de l'Avant
FME	Fiche Médicale Événementielle
FNA	Fréquences Numériques d'Alarme
FNSPF	Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France
GED	Gestion Electronique de Document
GPS	Global Position System
GT 399	Groupe de Travail n°399 de l'AFNOR
GT	Groupe de Traitement ; de Travail
GTT	Groupes de Travail Thématiques
GTT-M	Groupes de Travail Thématiques Métier
GTT-P	Groupes de Travail Thématiques Partenaire
GV	Guide Vocal
GVR	Gestionnaire de Voie Radio
HAD	Hospitalisation À Domicile
HL7	Health Level Seven International
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoire
HRO	High Reliability Organization ; organisations de haute fiabilité
IDM	Infarctus Du Myocarde
IGN	Institut national de l'information géographique et forestière
IHE	Integrating the Healthcare Enterprise
IHM	Interface Homme Machine
INPT	Infrastructure Nationale Partageable des Transmissions
INRIA	Institut National de Recherche en Informatique et Automatique
INS	Identifiant National de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
InVS	Institut de Veille Sanitaire
LCA	Last Call Agent
LRM	Logiciel de Régulation Médicale
MAE	Ministère des Affaires Etrangères
MCO	Maintien en Condition Opérationnelle
MCS	Médecin Correspondant du Samu
MERI	Missions d'Enseignement, de Recherche et d'Innovation
MG	Médecin Généraliste ; Médecine Générale
MIG	Mission d'Intérêt Général
MMG	Maison Médicale de Garde
MMS	Multimedia Messaging Service
MRG	Médecin Régulateur Généraliste
MRU	Médecin Régulateur Urgentiste
MSS	Messagerie de Santé Sécurisée

MU	Médecine d'Urgence
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NIR	Numéro d'Inscription au Répertoire (sous-entendu de l'Insee)
NRBC	Risques Nucléaires, Radiologiques, Biologiques et Chimiques
OBNSIC	Ordre de Base National des Systèmes d'Information et de Communication de la sécurité civile
ORSEC	Organisation de la Réponse de Sécurité Civile
ORU	Observatoire Régional des Urgences
OSCOUR	Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PDAAU	Plan Départementaux d'Acheminement des Appels d'Urgence
PDS	Permanence De Soins
PDSA	Permanence De Soins Ambulatoires
PEGASE	Pilotage des Evénements, Gestion des Activités et Sécurisation des Equipages
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PMT	Prescription Médicale Téléphonique ; Prescription médicale de transport
POCSAG	Post Office Code Standardization Advisory Group
POI	Point d'intérêt, en anglais Point Of Interest
POM	Pays d'Outre-Mer
PS	Professionnel de Santé
PSAP	Public Safety Answering Point (centre de réception des appels d'urgence)
RAMSES	Réseau d'alarme du Ministère de l'Intérieur sécurisé
RASS	Référentiel des Acteurs Santé Sociaux
RéAC	Registre électronique des Arrêts Cardiaques
RIP	Relais Indépendant Portatif (valise RIP, ANTARES)
RMESS	Répertoire Mutualisé des Entités Sanitaires et Sociales
ROM	Régions d'Outre-Mer
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RTU	Réponse Téléphonique à l'Urgence
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements de santé
Samu	Service d'Aide Médicale Urgente
SAR	Search And Rescue
SCA	Syndrome Coronarien Aigu
SCMM	Samu de Coordination Médicale Maritime
SDA	Sélection Directe à l'Arrivée
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SGO	Système de Gestion Opérationnelle
SI ES	Système d'Information des Etablissements de Santé
SI	Système d'Information
SIA	Système d'Identification Automatique (alias AIS)
SICAP	Système d'Information des Centres AntiPoison
SIDPC	Service Interministériel de Défense et de Protection Civile
SIG	Système d'Information Géographique
SIH	Système d'Information Hospitalier
SIN	Système d'Information National
SINUS	Système d'Information NUMérique Standardisé

SIS	Service d'Incendie et de Secours
SISAC	système d'Information Sanitaire des Alertes et Crises
SMS	Short Message Service
Smur	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SmurM	Smur Maritimes
SNCF	Société Nationale des Chemins de Fer Français
SPHP	Service de Protection des Hautes Personnalités
SRM	Système de Régulation Médicale
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRVA	Serveurs Régionaux de Veille et d'Alerte
SSA	Service de Santé des Armées
SUDF	Samu-Urgences de France
SVI	Serveur Vocal Interactif
SZSIC	Service de Zone des Systèmes d'Information et de Communication
T2	Transfert ; transfert secondaire
TIH	Transfert Infirmier Inter Hospitalier
TIZ	Transfert InterZonal
TOM	Territoires d'Outre-Mer
Toxalert	Interface Web dont les objectifs sont de signaler des alertes, de mettre en ligne des enquêtes, de partager de la documentation entre CAPTV
TSU	Transport Sanitaire Urgent
TXT	abréviation du mot TeXTe
UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires, au sein d'un établissement pénitentiaire
UMH	Unité Mobile Hospitalière
UPH	Urgence Pré Hospitalière
VFR	Visual Flight Rules, vol à vue
VHF	Very High Frequency (bande des très hautes fréquences)
VIP	Very Important Person
VL	Véhicule de Liaison
VLM	Véhicule Léger Médicalisé
VPC	Véhicule Poste de Commandement
XML	eXtensible Markup Language

7.3. Annexe 3 : Appels, schéma récapitulatif



7.4. Annexe 4 : Codification du dossier de régulation

7.4.1. Types de dossiers ; type de régulateur

Type de médecin régulateur

Code	Libellé	Ordre
URG	Médecin urgentiste	1
MG	Médecin généraliste	2
PED	Pédiatre	3
PSY	Psychiatre	4
MEDSPE	Médecin autre discipline	5
XXX	Indéterminé	6

(URG) Médecin urgentiste

Régulation assurée par un médecin urgentiste dont la fonction principale est d'assurer la régulation des DR concernant l'Aide Médicale Urgente et parfois ou par défaut, la régulation des DR concernant la continuité ou la permanence des soins.

(MG) Médecin généraliste

Régulation assurée par un médecin généraliste dont la fonction habituelle est d'assurer la régulation des DR concernant la continuité ou la permanence des soins.

(PED) Pédiatre

Régulation assurée par un pédiatre dont la fonction habituelle est d'assurer la régulation des DR concernant l'Aide Médicale Urgente pédiatrique ou néonatale.

(PSY) Psychiatre

Régulation assurée par un psychiatre dont la fonction habituelle est d'assurer la régulation des DR concernant un problème psychiatrique ou lors de la mise en œuvre de la Cump.

(MEDSPE) Médecin autre discipline

Régulation assurée par un médecin d'une autre discipline connue du Samu Centre 15 mais non répertorié dans la liste.

(XXX) Indéterminé

Pour toute régulation assurée par un médecin dont la discipline et la fonction habituelle n'est pas déterminée. Il s'agit essentiellement des dossiers pris en charge par un autre Samu Centre 15 sans qu'aucun régulateur n'ait été informé de l'événement ou du suivi. Les raisons essentielles de ces transferts sont la compétence géographique.

Type	Code DRREGUL	Libellé	Action	Ordre
DRM	URG	Attribution Régul Urgentiste	Régulation hospitalière	1
DRM	URG1	URG1 : Rég Urgentiste	Régulation hospitalière	2
DRM	URG2	URG2 : Rég Urgentiste	Régulation hospitalière	3
DRM	URG3	URG3 : Rég Urgentiste	Régulation hospitalière	4
DRM	URG4	URG4 : Rég Urgentiste	Régulation hospitalière	5
DRM	T2	Demande de transfert adulte	Transfert secondaire	6
DRM	T3	Demande de transfert pédiatrique	Transfert secondaire	7
DRM	MG	Attribution Médecine Générale	Médecine générale	21
DRM	MG1	MG1 : Rég Généraliste	Médecine générale	22
DRM	MG2	MG2 : Rég Généraliste	Médecine générale	23
DRM	MG3	MG3 : Rég Généraliste	Médecine générale	24
DRM	MG4	MG4 : Rég Généraliste	Médecine générale	25
DRM	MG5	MG5 : Rég Généraliste	Médecine générale	26
DRM	MG6	MG6 : Rég Généraliste	Médecine générale	27
DRM	MG9	MRG à distance	Médecine générale	28
DRM	MG-URG	MRG indispo, régulé par défaut par MRU	Régulation hospitalière	29
DRM	DRMRAPPEL	DRM en attente de rappel	Médecine générale	30
DRM	ROUGE	Transfert vers Salle Plan Rouge	Régulation hospitalière	41
DRM	BLANC	Transfert vers Salle Plan Blanc	Régulation hospitalière	42
DRM	PCRMU	PC Régulation médicale	Régulation hospitalière	43
D	ITER	Appel itératif, à rattacher à un DRM existant	Affaire en cours	51
DR	RENS	Renseignement (ARM)	A classer	52
DR	GARDE	Médecin de garde	Renseignement sur garde	53
DR	PHAR	Pharmacie de garde	Renseignement sur garde	54
DR	DENT	Dentiste de garde	Renseignement sur garde	55
DR	INFO	Info CTA/CODIS non médicale	A classer	56
D	ADMIN	Appel administratif	A classer	61
D	NREP	Raccroché ; pas de réponse	A classer	62
D	FAX	Tonalité de fax, porteuse	A classer	63
D	MALV	Appel malveillant, canular	A classer	64
D	ERR	Erreur de numéro, erreur d'acheminement	A classer	65
D	PERSO	Appel personnel	A classer	66
D	WAUTRE	Autre appel	A classer	67
DRM	FORM	Transfert vers salle de formation	Régulation hospitalière	99
DRM	NATTR	Dossier créé par un lien 15-xx	Régulation hospitalière	100

Cette codification « DRREGUL » est utilisée en région Pays de la Loire (Projet ARÉSa).

Priorité de régulation médicale [17]

Les ARM appliquent trois niveaux de priorité dans la transmission au médecin régulateur :

- P0 = déclenchement réflexe d'une équipe SMUR suivi d'une régulation prioritaire,
- P1 = régulation prioritaire,
- P2 = régulation qui peut être mise en attente, sans risque pour le patient, d'autres régulations étant en cours.

7.4.2. Etats d'un dossier

Code DRETAT	Libellé	Ordre
ACTIF	Actif	1
ACHEVE	Achevé	2
VALIDE	Validé	3
CLOTURE	Clôturé	4
ARCHIVE	Archivé	5

(ACTIF) Actif

Pendant toute la prise en charge active du DR, plusieurs phases : Création, Régulation, Décision, Suivi.

(ACHEVE) Achievé

Dès la fin de la phase active : fin de l'ensemble des missions. Le DR peut encore être réactivé pour repasser en mode « ACTIF ».

(VALIDE) Validé

Dès que le DR est achevé et que les champs obligatoires sont renseignés. Le DR peut encore être réactivé pour repasser en mode « ACTIF ». Pendant cet état, des procédures de vérification doivent être prévues pour s'assurer de la bonne pertinence des renseignements contenus dans les champs.

(CLOTURE) Clôturé

24 heures après la création du DR, à condition qu'il soit validé, après vérification générale des champs. Le DR n'est alors plus ré-activable. Les données ne sont plus modifiables. Tout nouvel événement concernant le patient donnera lieu à l'ouverture d'un nouveau DR. Le DR est en phase administrative (facturations, édition de courriers d'information, prescriptions différées, renseignements de champs non obligatoires, certificats médicaux, codification spécifique, ...).

(ARCHIVE) Archivé

Après clôture et à la fin des procédures administratives nécessaires. Maxi 60 jours après la clôture.

7.4.3. Provenance de l'appel

Code DRPROVE	Libellé	Ordre
C15	Samu Centre 15	1
PDSA	Appel pour permanence de soins ambulatoire	2
INTCH	Appel interne hôpital	3
AUTREC15	Autre Samu	4
AUTRECH	Appel d'un autre ES	5
CTA18	CTA-CODIS Interconnexion	6
INFO18	CTA-CODIS Info	7
AUTRECTA	Autre CTA-CODIS	8
CNR114	Centre 114	10
FDO17	Police, Gendarmerie	11
PDSSOS	Association PDSA et SOS	12
TELEASSIT	Téléassistance	13
PUBLIC	Autre structure publique d'urgence (CROSS,...)	14
AUTRE	Autre structure	15

(C15) Samu Centre 15

Le requérant a contacté directement le 15.

PDSA Appel pour permanence de soins

Le requérant a contacté directement le CRRA en utilisant un numéro PDSA.

(INTCH) Appel interne hôpital

Appel provenant de l'établissement de santé siège du Samu Centre 15.

(AUTREC15) Autre Samu

Appel d'un autre Samu Centre 15.

(AUTRECH) Appel d'un autre ES

Appel d'un autre établissement de santé que celui siège du Samu Centre 15.

(CTA18) CTA-CODIS Interconnexion

Le ou les CTA CODIS correspondant(s) habituel(s) du Samu ; appel avec mise en interconnexion par conférence.

(INFO18) CTA-CODIS Info

Le ou les CTA CODIS correspondant(s) habituel(s) du Samu ; appel avec simple information.

(AUTRECTA) Autre CTA-CODIS

Un CTA CODIS distant qui n'est pas un correspond habituel du Samu.

(CNR114) Centre 114

Appel du centre national relais pour les sourds et malentendants.

(FDO17) Police, Gendarmerie

Pour tout standard de forces de l'ordre (police, gendarmerie, ...).

(PDSSOS) Association PDSA et SOS

Standard d'une association de PDSA, type SOS médecins ou autres.

(TELEASSIT) Téléassistance

Pour les structures de télésurveillance ou d'assistance médicale.

(PUBLIC) Autre structure publique d'urgence (CROSS,...)

CROSS maritime, associations ne participant pas à la PDSA, ...

(AUTRE) Autre structure

Si le central d'appel d'urgence est déterminé mais ne fait pas partie des choix précédents ou lorsque l'information n'est pas disponible.

7.4.4. Types d'appelant

Code DRAPLT	Libellé	Ordre
SUJET	Le sujet lui-même	1
FAMILLE	Famille ou proche du patient	2
TIERS	Particulier autre	3
SP-AMB	Secouriste actif en mission	4
MED	Médecin	5
INFIRMIER	Infirmier	6
SANTE	Autre professionnel de santé	7
FDO-ARME	Policier Gendarme Militaire	8
SOS	SOS Médecins ou association PDS	9
DERLI	Demande provenant du MRG	10
DEFLI	Demande provenant de l'effecteur MG	11
CROSS	Cross	12
AUTRE	Autre fonction ou indéterminé	13

(SUJET) Le sujet lui-même

Le sujet lui-même, victime de l'événement signalé et bénéficiaire des moyens qui pourraient être décidés même s'il a une des fonctions ou titres ci-dessous.

(FAMILLE) Famille ou proche du patient

Requérant qui se présente comme membre de la famille ou proche (concubin, compagnon, colocataire, ...) de la victime de l'événement signalé même s'il a un des titres ou une des fonctions ci-dessous.

(TIERS) Particulier autre

Particulier qui n'a pas une des fonctions ou titres ci-dessous et qui ne fait pas partie de la famille de la victime.

(SP-AMB) Secouriste actif en mission

Pour tout secouriste actif en mission (ambulancier, pompier volontaire, professionnel ou militaire, secouriste agissant pour une société ou une association de secourisme) mais uniquement s'il est en activité et n'est pas un professionnel de santé.

(MED) Médecin

Regroupe les médecins de toute spécialité, de tout statut mais uniquement s'ils sont en activité et agissent dans le cadre de leur profession au moment de l'appel.

(INFIRMIER) Infirmier

Regroupe les infirmiers de toute spécialité, de tout statut mais uniquement s'ils sont en activité et agissent dans le cadre de leur profession au moment de l'appel.

(SANTÉ) Autre professionnel de santé

Regroupe tous les autres professionnels de santé, de toute spécialité, de tout statut mais uniquement s'ils sont en activité et agissent dans le cadre de leur profession au moment de l'appel.

(FDO-ARME) Policier, Gendarme, Militaire

Regroupe tout policier, gendarme, militaire de tout statut et de tout grade mais uniquement s'il est en activité et n'est pas un professionnel de santé ou un secouriste occasionnel.

(SOS) SOS Médecins

Regroupe les médecins SOS, uniquement s'ils sont en activité et agissent dans le cadre de leur profession au moment de l'appel.

(DERLI) Demande provenant du MRG

Regroupe les demandes issues des médecins régulateurs généralistes lorsque le DRM n'est pas encore créé dans le SI-Samu (par exemple quand il a été jusque-là uniquement renseigné dans un SI-PDSA).

(DEFLI) Demande provenant de l'effecteur MG

Regroupe les demandes issues des médecins effecteurs de médecine générale lorsque le DRM n'est pas encore créé dans le SI-Samu (par exemple quand il a été jusque-là uniquement renseigné dans un SI-PDSA).

(CROSS) Cross

Regroupe les demandes issues d'un CROSS.

AUTRE Autre fonction ou indéterminé

Pour toutes les fonctions non prévues ci-dessus. Si la fonction ou le titre de l'appelant est inconnue ou non transmise.

7.4.5. Lieu d'intervention

Code DRLIEU	Libellé	Ordre
DOMICILE	Lieu de logement ou d'habitation	1
VP	Voie publique	2
PUBLIC	Etablissement recevant du public	3
PRO	Lieux de travail : bureaux, usine, chantier ...	4
ES	Hôpital, clinique	5
CAB	Cabinet médical, paramédical, pharmacie	6
LONGSEJ	EHPAD, maison de retraite, foyer accueil, MAS	7
SPORT	Lieu de pratique d'un sport	8
RURAL	Champs, forêt, mer, étang, montagne	9
SCOLAIRE	Ecole, université, crèche, garderie	10
PRISON	Maison d'arrêt, lieu de détention	11
TRANSPOR	Bus, tram, gare, aéronef, bateau, train	12
AERO	Aéroport	13
AUTRE	Autre lieu d'intervention	14

(DOMICILE) Lieu de logement ou d'habitation

Maison particulière, pavillon, immeuble, y compris les abords immédiats et les dépendances (cave, couloir, jardin privé, dépendances de copropriété, piscine privée) constituant un lieu d'habitation privée même s'il n'est pas le domicile permanent de la ou des victimes. Y compris s'il est situé dans l'enceinte d'un autre lieu ci-dessous ou qu'il constitue un logement de fonction. Y compris les lieux d'hébergement provisoire (chambre d'hôtel, camping, foyer, résidence de tourisme, caravane).

(VP) Voie publique ou de circulation terrestre

Voie de circulation terrestre, parkings publics n'étant pas une dépendance des autres choix y compris secteur autoroutier sauf réseau ferroviaire et fluvial.

(PUBLIC) Lieu public

Zone accessible au public (dit non protégé): magasins, centres commerciaux, administrations, banques, cinémas, stades, salles de spectacle, jardins publics, parcs de loisir, y compris les abords immédiats.

(PRO) Bureaux, usine, chantier

A condition que le patient ne soit pas dans une zone accessible au public ou dans un des lieux déjà répertoriés. Y compris commissariat, gendarmerie, caserne militaire, caserne de pompiers, caserne de CRS. A condition que l'événement ne soit pas survenu dans une zone prévue pour la détention.

(ES) Hôpital, clinique

Etablissements de santé publics ou privés de court séjour, y compris les dépendances.

(CAB) Cabinet médical, paramédical, pharmacie

Cabinet médical ou paramédical ou appartenant à des professionnels de santé libéraux, y compris pharmacie, mais situé en dehors d'un établissement de santé ou d'une institution.

(LONGSEJ) EHPAD, maison de retraite, foyer accueil, MAS

Toute institution privée ou publique ayant en charge des patients dépendants, présentant des maladies

chroniques ou nécessitant des traitements de longue durée y compris les centres de convalescence et de rééducation. Foyers logements EPHAD.

(SPORT) Lieu de pratique d'un sport

Zone où se pratique le sport et leurs dépendances (vestiaires, infirmeries, ...) hors des zones publiques pour les spectateurs.

(RURAL) Champs, forêt, mer, étang, montagne

En dehors des voies de circulation de véhicule bitumées et des bâtiments, y compris rivière et canaux.

(SCOLAIRE) Ecole, université, crèche, garderie

Lieu d'enseignement de tout niveau dont crèche, garderie, maternelle, y compris cours de récréation et abords immédiats.

(PRISON) Maison d'arrêt, lieu de détention

Maison d'arrêt, lieu de détention de toute nature y compris à l'intérieur des commissariats et des casernes de gendarmerie.

(TRANSPOR) Bus, tram, gare, aéronef, bateau, train

Pour tout événement survenant à bord d'un bus, d'un aéronef, d'un train ou d'un bateau (en eau douce ou en eau de mer) ou dans un port, une gare y compris voie ferroviaire.

(AERO) Aéroport

Aéroport, aérodrome y compris zone de posée, piste.

(AUTRE) Autre lieu ou indéterminé

En dehors des choix ci-dessus.

7.4.6. Circonstance

Code DRCIRCO	Libellé	Ordre
AVP	AVP	1
DEFENEST	Chute de grande hauteur	2
AGRESSION	Autres agression, rixe ou morsure	3
NOYADE	Noyade, plongée, eau	4
ARMEFEU	Arme à feu	5
COUTEAU	Objet tranchant ou perforant	6
SPORT	Accident de sport ou de loisir	7
PENDU	Pendaison, strangulation	8
FEU	Feu, agent thermique, fumée	9
EXPLOSIF	Explosion	10
ECRASE	Ecrasement	11
TOXIQUE	Exposition à produits chimiques ou toxiques	12
CHUTE	Chute, traumatisme bénin	13
ELEC	Electricité, foudre	14
PRO	Trauma par machine à usage professionnel	15
DOMJEU	Trauma par appareillage domestique	16
SECOND	Transfert secondaire	17
AUTRE	Autres	18
CATA	Accident nombreuses victimes	19
00000	Pathologie non traumatique, non circonstancielle	20

(AVP) AVP

Accident de transport de toute nature.

(DEFENEST) Chute de grande hauteur

Chute supérieure à trois mètres.

(AGRESSION) Autres agression, rixe ou morsure

Pour toute agression ou rixe sans usage d'arme à feu ou d'arme blanche. Pour toute morsure ou piqures multiples ou vénéneuses.

(NOYADE) Noyade, plongée, eau

Pour les noyades, accident de plongée ou de décompression.

(ARMEFEU) Arme à feu

Pour toute agression, rixe, accident et suicide ou tentative par agent vulnérant type arme à feu.

(COUTEAU) Objet tranchant ou perforant

Pour toute agression, rixe, accident et suicide ou tentative par agent vulnérant type arme blanche.

(SPORT) Accident de sport ou de loisir

Traumatisme en rapport avec une activité sportive ou de loisir.

(PENDU) Pendaison, strangulation

Pendaison, strangulation sans présager du caractère médico-légal ou non.

(FEU) Feu, agent thermique, fumée

Toute source de chaleur intense ayant provoqué des brûlures, un coup de chaleur ou une insolation. Y compris incendie, fumée d'incendie et dégagement de CO au décours d'un feu.

(EXPLOSIF) Explosion

Explosion de grande intensité même suivi ou précédé d'un incendie, même si notion d'écrasement.

(ECRASE) Ecrasement

Notion d'écrasement, hors contexte accident de circulation, explosion ou incendie.

(TOXIQUE) Exposition à produits chimiques ou toxiques

Lésion en rapport avec une exposition à un produit liquide, solide ou gazeux toxique. Hors contexte NRBC, incendie, intoxication par médicament, alcool ou drogues illicites.

(CHUTE) Chute, traumatisme bénin

Traumatisme bénin du ou non à une chute de sa hauteur ou de très faible hauteur.

(ELEC) Electricité, foudre

Effet du courant électrique par action directe ou à distance (arc électrique, effet de la foudre).

(PRO) Trauma par machine à usage professionnel

Toute lésion traumatique provoquée par un matériel à usage professionnel.

(DOMJEU) Trauma par appareillage domestique

Toute lésion traumatique provoquée par un matériel à usage domestique ou un accessoire de jeu ou de loisir.

(SECOND) Transfert secondaire

Pour tout transfert secondaire.

(AUTRE) Autres

Autre traumatisme avec circonstance particulière non répertoriée.

(CATA) Accident nombreuses victimes

Accident catastrophique mettant en cause de nombreuses victimes et nécessitant un plan d'intervention particulier.

(00000) Pathologie non traumatique, non circonstancielle

Pathologie médicale non traumatique ou sans circonstance de survenue particulière.

7.4.7. Motif de recours au Samu Centre 15

Code DRMOTIF	Libellé	Ordre
ACR	ACR-DCD-EMA	1
POITR	J'ai mal à la poitrine ; douleur thoracique	2
CARDIO	Pb cardiaque autre	3
DYSPNEE	Pb respiratoire	4
AVC	Déficit d'un membre, ... AVC	5
NEURO	Pb neurologique autre	6
GYNOBST	Pb obstétrique	7
COMA	Inconscient	8
MALAISE	Malaise, syncope	9
INTOX	Intoxication	10
FIEVRE	Pb infectieux	11
GASTRO	Douleur abdominale, diarrhée, vomissement	12
UROGENIT	Pb gynéco et uro-génital	13
DOULEUR	Autre douleur	14
ALLERGIE	Pb allergique	15
HEMORRAG	Saignement	16
TRAUMA	Trauma léger	17
TRAUM999	Trauma grave	18
PSY	Psychiatrie	19
CMED	Conseil médical	20
CERTIF	Certificats ou ordonnances	21
PNRPAA	Ouverture de porte	22
T2T3	Secondaire	23
SANSOC	Pb social ou sanitaire	24
CATA	Catastrophe	25
GREFF	Greffe ; transplantation	26
AUTRE	Autres motifs ou pas de motif identifié	27

(Pb : problème)

(ACR) ACR-DCD-EMA

Mort imminente, état de mort apparente, décès. Notion d'effondrement pouvant évoquer un ACR. Hors contexte traumatique.

(POITR) J'ai mal à la poitrine ; douleur thoracique

Douleur thoracique, coronarienne ou non.

(CARDIO) Pb cardiaque

Tout signe (hors douleur thoracique) suspect de problème cardiaque, trouble du rythme et OAP cardiogénique compris.

(DYSPNEE) Pb respiratoire

Toute gêne ventilatoire importante en rapport avec un problème organique ou une fausse route. Y compris hémoptysie et inhalation. Hors contexte traumatique.

(AVC) Déficit d'un membre, ... AVC

Signe évocateur d'un déficit de membre, d'un AVC.

(NEURO) Pb neuro autre

Convulsions, problème neurologique autre, hors traumatologie.

(GYNOBST) Pb obstétrique

Tout problème gynécologique ou lié à une grossesse y compris accouchement imminent ou inférieur à 24 heures.

(COMA) Inconscient

Trouble de vigilance persistant, jusqu'au coma, non lié à un problème traumatique, origine indéterminée.

(MALAISE) Malaise, syncope

Malaise, lipothymie, perte de connaissance avec récupération d'une conscience (quasi) normale. Pas de notion de traumatisme ou de pathologie évidente.

(INTOX) Intoxication

Intoxication volontaire ou accidentelle : médicaments, alcool, drogues illicites, produits chimiques, associés ou non, même s'il existe des troubles de conscience.

(FIEVRE) Pb infectieux

Tout problème infectieux banal sans atteinte des fonctions vitales.

(GASTRO) Douleur abdominale, diarrhée, vomissement

Pour tout problème digestif ou de transit intestinal, hors hémorragie digestive et contexte traumatique.

(UROGENIT) Pb gynéco et uro-génital

Problème concernant l'appareil uro-génital, problème gynécologique sexuel ou de contraception, hématurie hors contexte traumatique.

(DOULEUR) Autre douleur

Lorsque la douleur est le motif d'appel sans qu'elle puisse être rattachée à un autre choix et sans notion de traumatisme.

(ALLERGIE) Pb allergique

Tout problème allergique. Le patient n'est pas comateux ou en arrêt circulatoire.

(HEMORRAG) Saignement

Tout saignement isolé sans autre détresse. Epistaxis, hémorragie digestive, hors contexte traumatologique, hématurie, hémoptysie.

(TRAUMA) Trauma léger

Traumatisme léger, cinétique peu élevée, contusion, piqure avec réaction locale, brûlure légère, plaie non ou faiblement hémorragique, fracture fermée, chute de sa hauteur ou de très faible hauteur.

(TRAUM999) Trauma grave

Traumatisme considéré comme grave dans les contextes suivants : accident avec cinétique élevé ou victime peu protégée, coma ou trouble de conscience, plaie délabrante ou très hémorragique, défenestration, plaie par arme à feu, plaie par arme blanche, écrasement, explosion, pendaison, fracture ouverte.

(PSY) Psychiatrie

Problème psychiatrique avéré y compris agitation (sans cause organique évidente), trouble du comportement, délire, à l'exception des autolyses et intoxications volontaires. Demande d'hospitalisation sous contrainte (sans qu'elle ne soit encore confirmée).

(CMED) Conseil médical

Lorsque le requérant souhaite uniquement un conseil ou un renseignement en rapport avec un problème médical quelle que soit la pathologie. Ce choix implique que le requérant ne souhaite manifestement pas d'intervention d'un moyen quelconque lors de sa demande initiale.

(CERTIF) Certificats ou ordonnances

Pour toute demande de certificat médical ou d'ordonnance à établir en urgence à condition que cela soit la seule nécessité de la création de l'affaire et que cette demande ne soit pas dans le cadre d'une affaire antérieure de moins de 24 heures. Concerne essentiellement les demandes de certificats de décès et les certificats d'hospitalisation sous contrainte (nécessité confirmée), à condition qu'aucun autre moyen qu'un médecin ne soit nécessaire.

(PNRPAA) Ouverture de porte

Cas où il est décidé de procéder à l'ouverture d'un lieu fermé ou inaccessible pour accéder à une éventuelle victime (éventuellement pour avoir confirmation qu'elle a réellement un problème de santé).

(T2T3) Secondaire

Pour toute sollicitation concernant un patient hospitalisé ou pris en charge dans une structure d'accueil des urgences.

(SANSOC) Pb social ou sanitaire

Problème exclusivement sanitaire ou social sans problème psychiatrique, traumatique ou médical associé et sans nécessité d'intervention d'un moyen de secours.

(CATA) Catastrophe

Événement avec victimes nombreuses, réelles ou potentielles, dans un contexte faisant envisager l'éventualité d'un déclenchement de plan de secours peut être envisagé.

(GREFF) Greffe ; transplantation

Pour toute sollicitation en rapport un prélèvement d'organe ou une greffe, si le DRM n'a pas déjà été créé pour une autre raison.

(AUTRE) Autres motifs ou pas de motif identifié

Motif identifié mais ne figurant pas dans la liste ci-dessus ou motif non identifié mais avec confirmation de l'existence d'au moins une victime.

7.4.8. Autre codification complémentaire de la prise d'appel

Exemple de codification complémentaire utilisée en région Pays de la Loire (projet ARéSa)

Code DRAUTR	Libellé	Ordre
OK	Pas de particularité	1
PANIQ	Panique de l'appelant ou de l'entourage	2
HOSTI	Milieu hostile	3
POSEC	Poste de secours	4
MANIF	Mouvement social (NDDL, ...)	5
GRRAS	Grand rassemblement	6
TENS	Hôpital en tension	7

Les codes peuvent être personnalisés par chaque Samu, éventuellement temporairement (par ex., lors des 24 heures du Mans, lors de la survenue de problèmes particuliers, locaux ou non). Ces codes spécifiques sont des dérivés d'un code principal ARéSa (ex. GRRAS01 : « 24 heures CMP » ; GRRAS02 : « 24 heures CMS » ...). Ces codes spécifiques doivent intégrer ensuite un des codes global (par ex. GRRAS pour tout ce qui concerne les « 24 heures ») lors du reporting régional ou national.

(OK) Pas de particularité

Code renseigné par défaut.

(PANIQ) Panique de l'appelant ou de l'entourage

En cas de panique de l'appelant ou de l'entourage.

(HOSTI) Milieu hostile

En cas d'intervention en milieu hostile, ne permettant pas, par exemple, l'isolement du patient pour pouvoir réaliser une consultation médicale dans de bonnes conditions.

(POSEC) Poste de secours

Appel depuis le poste de secours d'une manifestations, quelle qu'en soit le type.

(MANIF) Mouvement social (NDDL, ...)

Appel en rapport avec un problème sanitaire et/ou social survenu en marge d'un mouvement social.

(GRRAS) Grand rassemblement

Appel dans un contexte de grand rassemblement.

(TENS) Hôpital en tension

Appel dans un contexte d'« hôpital en tension » ou de plan blanc.

7.4.9. Devenir du patient

Code DRPAT	Libellé	Ordre
TRSAN	Transporté en véhicule sanitaire	10
TRPER	Transporté par ses propres moyens	13
DOM	Ramené à domicile	15
CABMG	Transporté vers un cabinet médical	17
LSP	Laissé sur place	20
FDO17	Confié aux forces de l'ordre	23
REFUS	Refus de soins, de transport ou d'hospitalisation	25
DCD	Décédé	30
<i>DCDAV</i>	<i>DC avant réa (non examiné) - LSP</i>	<i>31</i>
<i>DCDAF</i>	<i>DC avant réa (examiné, à facturer) - LSP</i>	<i>32</i>
<i>DCDAP</i>	<i>DC après réanimation, LSP</i>	<i>33</i>
<i>DCDTR</i>	<i>DC pendant le transport</i>	<i>34</i>
<i>DCDAD</i>	<i>DC à l'admission</i>	<i>35</i>
RAS	Pas d'envoi de moyen	40
INCO	Pas de nouvelles du moyen envoyé	91
ANNUL	Intervention annulée	99

Les codes 31 à 35 ne sont pas obligatoires et peuvent être utilisés selon l'organisation interne du Samu Centre 15. Lors du reporting global, seul le code 30 est demandé, obtenu par éventuelle sommation des codes dérivés 31 à 35.

7.4.10. Types de décisions

Les différents types de décisions sont catégorisés selon qu'elles sont :

- avec ou sans envoi de moyen ;
- dans le cadre d'une mission primaire ou d'un transfert secondaire.

Décisions sans envoi de moyens

- Conseil simple
- Conseil thérapeutique, PMT
- Conseil d'aller consulter :
 - Conseil médical + appeler un médecin généraliste
 - Conseil médical + appeler SOS médecins
 - Conseil médical + aller aux urgences
- Décision « Sans suite » : pas de décision après régulation médicale

Ordre	Code DRDEC	Libellé
12	CM	Conseil médical simple
22	PMT	Conseil médical avec PMT (médicament)
25	MED8	Conseil médical, appeler MG
26	MED9	Conseil médical, appeler SOS
27	MED7	Conseil médical, aller aux urgences
999	ZERO	Pas de décision (après régulation médicale)

Décisions avec engagement de moyens

- Smur
- Transport Sanitaire
- Pompiers
- Médecine générale
- Autres moyens (secouristes, ...)

Une **convention de codage** est utilisée pour toutes ces décisions. Un chiffre est éventuellement ajouté après le code pour le qualifier :

- 1 : engagé par le Samu Centre 15 après régulation médicale
- 2 : engagé par un tiers avant régulation médicale
- 3 : engagé à défaut d'un autre moyen (indisponibilité, carence)
- 0 : engagement réflexe (protocole de service, P0, ...)

Ordre	Code DRDEC	Libellé
1	SMUR1	Smur engagé après régulation médicale
2	SMUR0	Smur engagé par ARM avant régulation médicale
3	SMUR2	Smur engagé par autre Samu
4	SCMM	Recours Samu de coordination médicale maritime
40	DATSU	ATSU (Demande <i>par lien informatique</i>)
41	AMBCO	Amb conventionnée (pour T2, ...)
42	AMBBA	Amb bariatrique
43	ADTNU	Amb pour transport de détenu
48	AMBU	Amb (Réponse lien informatique et Pannes)
49	AMB2	Amb déjà déclenchée
38	RFT18	Demande moyens Pompiers (VSAV VLI MSP) <i>par lien informatique</i>
61	VSAV0	VSAV engagé par ARM avant régulation médicale
62	VSAB1	VSAV engagé après régulation médicale
63	VSAB2	VSAV déjà engagé
64	VSAB3	VSAV par indisponibilité d'ambulance
66	MEDSP	Médecin sapeur-pompier
67	ISP1	Infirmier sapeur-pompier engagé après régulation médicale
68	ISP2	Infirmier sapeur-pompier déjà engagé
69	CODIS	Pompiers (autres moyens)
11	MED1	MG engagé après régulation médicale
12	MED2	MG déjà engagé
23	MCS	Médecin Correspondant de Samu
31	CMCAP	Recours au Centre Anti Poison
27	UPAP	Recours UPAP (unité paramédicale d'accueil psychiatrique)
30	DENT	Dentiste
6	DAE	Défibrillateur automatisé externe
28	KINE	Kinésithérapie respiratoire
81	FDO17	Gendarmerie ; police
33	INVS	Recours INVS
99	ROUGE	Plan Rouge ; rappel de personnel ⁸
95	POSEC	Postes de secours

Une **convention de description** est également retenue : le niveau de soin et la qualification sont déterminés par la composition des équipes, le type de véhicule, leur code d'exécution.

⁸ Postes de secours ; Croix Rouge, ADPC, Croix Blanche, Croix de Malte, ...

Décisions locales

Certaines décisions sont propres au fonctionnement spécifique du Samu Centre 15 concerné. Ci-après figure à titre d'exemples celles qui ont été retenues en région Pays de la Loire dans le cadre du projet ARéSa.

Ordre	Code DRDEC	Libellé
83	INF	Recours à un IDE d'astreinte ou SLL ⁹
85	W531	Pose de voie veineuse centrale
86	W532	Infirmier dans les étages
85	W721	Infirmière abeille
86	W722	Brancardage, transport intérieur
91	MACO	Moyens ACO ¹⁰
92	ACONP	Moyen ACO non précisé
85	W441	UNASS 44

7.4.11. Types d'exécution des décisions

Code DREXEDEC	Libellé	Ordre
OK	Ok	1
<i>DEL15</i>	<i>OK dans le quart d'heure</i>	2
<i>DEL30</i>	<i>OK dans la demi-heure</i>	3
<i>DEL60</i>	<i>OK dans l'heure</i>	4
<i>DEL90</i>	<i>OK dans l'heure et demi</i>	5
<i>DEL2H</i>	<i>OK dans 2 heures</i>	6
<i>DEL3H</i>	<i>OK dans 3 heures</i>	7
<i>DEL4H</i>	<i>OK dans la demi-journée</i>	8
<i>DEL8H</i>	<i>OK dans la journée</i>	9
REFUS	Refus	11
INDIS	Moyen Indisponible	12
ANNUL	Demande annulée	13
ERR	Erreur de choix	14
TECH	Erreur technique	15

Les codes « DELxx » sont optionnels. Cependant, leur usage permet de garder en mémoire la demande initialement exprimée (le code EXE renseigné au niveau du moyen mémorise la réponse contractualisée). Lors du reporting global, les codes « DELxx » sont regroupés en « OK ».

⁹ HAD, expérimentation ARS, équipe mobile soins palliatifs, ...

¹⁰ ACO : Automobile Club de l'Ouest

7.4.12. Types de moyens

Code DRMOY	Libellé	Ordre
SMUR	Smur	1
SCMM	Samu de coordination médicale maritime	2
MCS	Médecin correspondant de SAMU	3
DAE	Défibrillateur Automatisé Externe	4
DATSU	<i>Ambulance : type de demande (lien informatique)</i>	5
AMBU	Ambulance privée	6
AMBCO	Ambulance conventionnée	7
AMBBA	Ambulance bariatrique	8
ADTNU	Ambulance pour transport de détenus	9
MEDG	Médecin généraliste	10
DRF18	<i>Demande Renfort Moyen Pompier : type de demande (lien informatique)</i>	11
VSAV	VSAV	12
ISP	ISP, VLI	13
MEDSP	Médecin pompier	14
CODIS	Autres moyens du SDIS	15
FDO17	Gendarmerie Police	16
PHPMT	Pharmacie, PMT	17
DENT	Dentiste	18
ES	Etablissements de soins	19
ROUGE	Plan Rouge - Rappel de personnel	20
CAP	Centre Anti Poison	21
TRADU	Traducteurs	22
INVS	Institut de veille Sanitaire	23
INF	Infirmier(e)	24
INFPSY	Infirmier(e) Psy	25
KINE	Kinésithérapeute	26
TRANS	Transport sanitaire intérieur d'un établissement de santé	27
SECOU	Secouristes	28
POSEC	Poste de secours	30

Certains moyens sont propres au fonctionnement d'un territoire de santé d'un Samu Centre 15. Ci-après figure à titre d'exemples celui qui a été ajouté en région Pays de la Loire dans le cadre du projet ARÉSa.

Code DRMOY	Libellé	Ordre
ACO	Moyens ACO	29

7.4.13. Types d'exécution lors de l'engagement des moyens

Code DREXEMOY	Libellé	Ordre
OK	OK immédiat	1
DEL15	OK dans le quart d'heure	2
DEL30	OK dans la demi-heure	3
DEL60	OK dans l'heure	4
DEL90	OK dans l'heure et demi	5
DEL2H	OK dans 2 heures	6
DEL3H	OK dans 3 heures	7
DEL4H	OK dans la demi-journée	8
DEL8H	OK dans la journée	9
CONFR	Confié à un autre confrère, remplaçant	11
REP	Répondeur, boîte vocale	12
ABS	Absent	13
RFUS	Refus	14
OCCUP	Ligne téléphonique occupée	15
INDIS	Moyen déjà engagé indisponible	16
ANNUL	Moyen annulé et/ou remplacé	17
TRAIT	Demande informatique traitée	18
ERR	Erreur de manipulation	19
TECH	Erreur technique	20

7.4.14. Types de véhicules

Le code est construit sur une suite de 7 chiffres.

- Le code capacité R36 est utilisé pour construire le code des types de véhicules et en déterminer les trois premiers chiffres [53] ;
- Les quatre chiffres suivants sont soit « 0000 » soit une personnalisation utile aux Samu Centres 15 pour décrire le véhicule et le différencier des véhicules du même type, par exemple pour faciliter la réalisation de la (pré)facturation.

Ci-après, figurent à titre d'exemples quelques codes de véhicules utilisés en région Pays de la Loire dans le cadre du projet ARéSa :

- 020 0000 VSAV
- 509 0000 VL logistique Samu
- 700 0000 Remorque Lot PMA
- 022 4401 VML du Smur de Nantes
- 022 4902 VML du Smur de Cholet
- 021 8501 AR du Smur de La Roche sur Yon
- 160 4401 HéliSmur Pays de la Loire basé à Nantes
- 160 4901 HéliSmur Pays de la Loire basé à Angers
- 160 8501 HéliSmur Pays de la Loire basé à La Roche sur Yon
- 162 0000 Hélicoptère Gendarmerie
- 162 4401 Hélicoptère Gendarmerie médicalisé par le Smur de Nantes
- 165 0000 Hélicoptère de la Sécurité Civile

7.4.15. Types d'exécution lors de l'engagement des véhicules

Code DREXEVEH	Libellé	Ordre
GO	Accord	1
CONVOI	Accord, réalisé en convoi	2
INDISPO	Indisponible	3
PANNE	En panne	4
ETAT	Non adapté à l'état du patient	5
ANNUL	Intervention annulée	6
METEO	Annulé cause météo	7
ERR	Erreur de manipulation	8
TECH	Erreur technique	9

7.4.16. Types de personnels

Code DRPER	Libellé	Ordre
AMB	Ambulancier	1
PIL	Pilote Hélicoptère	2
IDE	IDE	3
IADE	IADE	4
MDURG	Urgentiste	5
MDREA	Réanimateur	6
MDINT	Interne	7
MDMCS	Médecin Correspondant Samu	8
PUER	Puéricultrice	9
MDPED	Pédiatre	10
SF	Sagefemme	11
MDPSY	Psychiatre	12
ARM	ARM	13
STAGE	Stagiaire	14
AUTRE	Autre	15

7.4.17. Types d'équipes

Code DREQU	Libellé	Ordre
EQU1	Equipe primaire 1	1
EQU2	Equipe primaire 2	2
EQU3	Equipe primaire 3	3
EQS1	Equipe secondaire 1	4
EQS2	Equipe secondaire 2	5
EQSP	Equipe pédiatrique	6
EQPS	Equipe psychiatrique	7
TEST	Equipe test	9

7.4.18. Types de services

Treize types de services sont identifiés. Cette liste est complétée d'une entrée individualisant les maisons médicales de garde et de la catégorie « autre » :

Code DRSERV	Libellé	Ordre
SU	Service des Urgences	1
SAUV	Salle d'accueil des urgences vitales	2
BO	Bloc opératoire	3
USC	USC, USIC, UNV	4
REA	Réanimation	5
BRUL	Service des Brulés	6
TECH	Plateau technique (Radio, scanner, IRM, CHB, Hémodynamique ...)	7
SPMED	Spécialités Médicales	11
SPCHIR	Spécialités Chirurgicales	12
GYN OBS	Gynéco Obstétrique	13
PED	Pédiatrie	14
PSY	Psychiatrie	15
MMG	Maison médicale de garde	51
X	Autre	99

(CHB : Caisson hyperbare)

Ces catégories sont issues de la liste des activités de soins autorisées à l'article R6122-25¹¹ du code la santé publique :

¹¹ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916682&dateTexte=&categorieLien=cid>

Code DRDIS	Libellé
MED	Médecine
CHIR	Chirurgie
GO	Gynécologie-obstétrique
NEON	Néonatalogie, réanimation néonatale
PSY	Psychiatrie
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SLD	Soins de longue durée
HEMAT	Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques
BRUL	Traitement des grands brûlés
CTCV	Chirurgie cardiaque
HEMOD	Activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie
NCHIR	Neurochirurgie
NRAD	Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie
MU	Médecine d'urgence
REA	Réanimation
NEPHR	Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale
AMP	Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal
ONCO	Traitement du cancer
GENET	Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales

7.4.19. Types d'exécution lors de la recherche d'un service de destination

Code DREXEDEST	Libellé	ORDRE
ACC	Accord	1
EXCO	Passage pour examen complémentaire	2
CHANG	Changement de destination	3
PLACE	Pas de places disponibles	4
EQPM	Equipement non adapté	5
REFUS	Refus d'admission	6
IMP	Impossibilités diverses	7
ERR	Erreur de manipulation	8

Certains Samu Centres 15 ont actuellement dans leur processus qualité une action de suivi des patients adressés à un établissement de soins (consultation externe, lieu d'hospitalisation, ...). Ce processus et son résultat doit pour être tracé et suivi dans le LRM.