

Activité des Samu-Centre 15

Définitions & standardisation des données

Version finale du 24/03/2009

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

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

Coordination: Philippe Dreyfus (Dijon)

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

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

1. PREAMBULE

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

L'objectif de ce travail est de proposer :

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

L'intérêt est multiple :

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

2. PRINCIPES GENERAUX

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

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

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

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

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

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

3. APPELS

3.1. GENERALITES

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

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

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

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

L'analyse du trafic téléphonique permet :

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

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

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

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

DEFINITIONS

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

PRECISIONS & REMARQUES

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

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

3.2. APPELS ENTRANTS

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

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

APPELS REJETES

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

APPELS PRESENTES

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

APPELS DECROCHES

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

APPELS REpondus

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

Appels répondus = appels décrochés + appels traités automatiquement

APPELS PERDUS

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

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

APPELS TRAITES AUTOMATIQUEMENT

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

Ces appels seront comptabilisés et évalués de manière particulière.

3.3. APPELS SORTANTS

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

APPELS ETABLIS

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

3.4. DELAIS DES APPELS ENTRANTS

TEMPS DE REPONSE = $t_1 - t_i$

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

TEMPS D'ATTENTE = $t_2 - t_i$

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

TEMPS DE SONNERIE = $t_2 - t_1$

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

DUREE DE L'APPEL = $t_f - t_i$

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

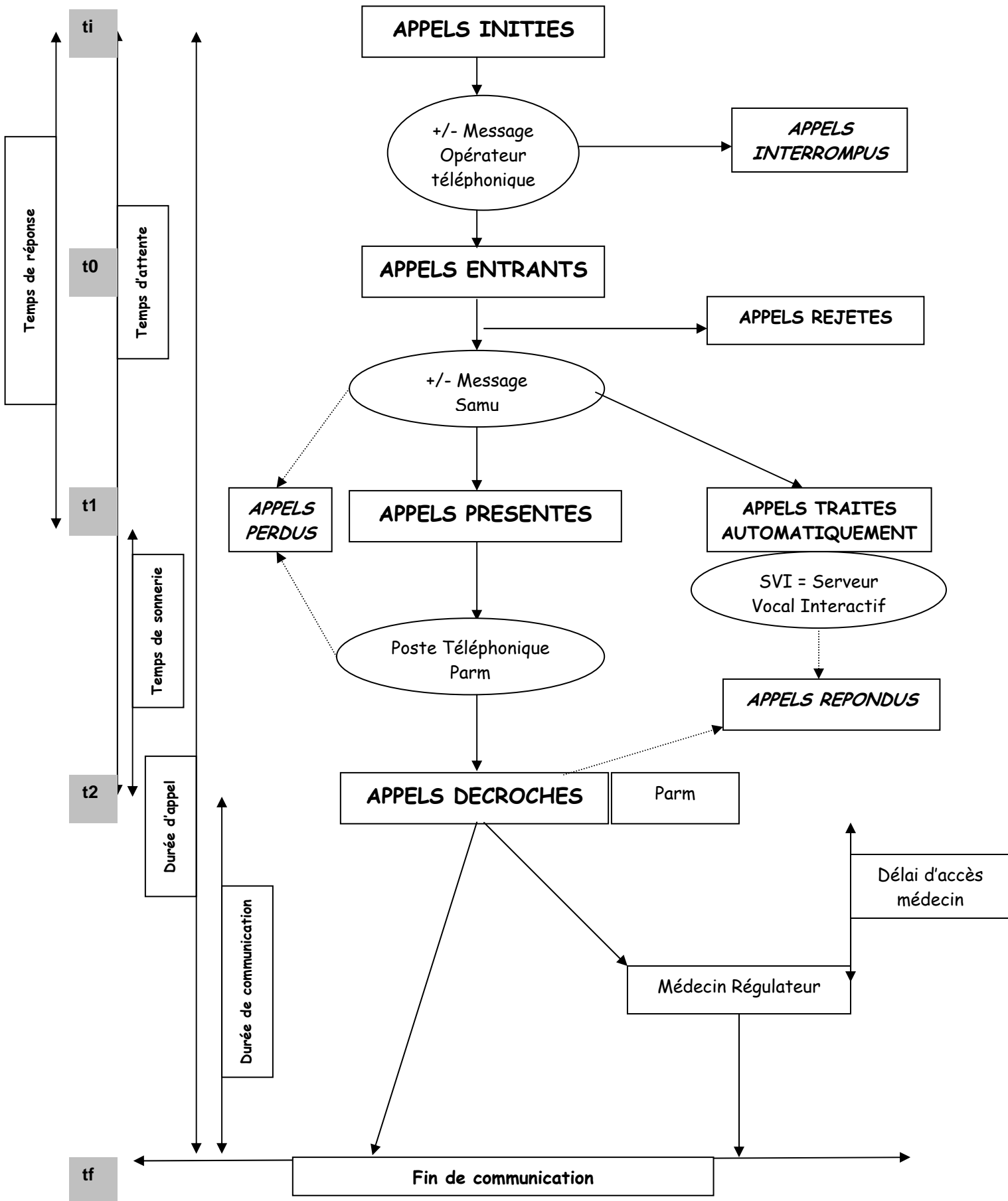
DUREE DE COMMUNICATION = $t_f - t_2$

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

DELAI d'ACCES MEDECIN

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

LES APPELS : schéma récapitulatif



4. DOSSIERS DE REGULATION (DR)

4.1. DEFINITIONS

DOSSIERS DE REGULATION (DR)

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

DOSSIER DE REGULATION MEDICALE (DRM)

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

ACTE DE REGULATION MEDICALE

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

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

4.2. PRECISIONS & REMARQUES

DOSSIERS DE REGULATION (DR)

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

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

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

DOSSIER DE REGULATION MEDICALE (DRM)

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

4.3. CODIFICATION

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

Sauf indication contraire,

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

Les codifications minima préconisées pour un DR sont:

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

Les codifications supplémentaires préconisées pour un DRM sont:

- TYPE REGULATEUR
- DIAGNOSTIC DE REGULATION
- TYPE DRM

IDENTIFICATION

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

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

PROVENANCE

Définition

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

Précisions & remarques

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

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

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

TYPE APPELANT

Définition

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

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

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

TYPE LIEU EVENEMENT

Définition

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

Précisions & remarques

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

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

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

MOTIF

Définition

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

Précisions & remarques

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

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

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

CIRCONSTANCES

Définition

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

Précisions & remarques

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

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

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

- La liste figure en document annexe

TYPE REGULATEUR

Définition

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

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

Précisions & remarques

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

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

DIAGNOSTIC DE REGULATION MEDICALE = DDR

Définition

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

Précisions & remarques

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

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

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

TYPE de DRM

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

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

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

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

4.4. AUTRES DEFINITIONS

DECISIONS

Définition

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

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

Précisions & remarques

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

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

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

ETATS d'un DRM

Définition

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

Précisions & remarques

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

Modalités fonctionnelles, techniques et ergonomiques

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

VICTIME

Définition

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

PATIENT

Définition

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

Précisions & remarques

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

EVENEMENT

Définition

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

PARCOURS DE SOINS D'URGENCES=PSU

Définition

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

Précisions & remarques

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

DOSSIER PATIENT URGENCES=DPU

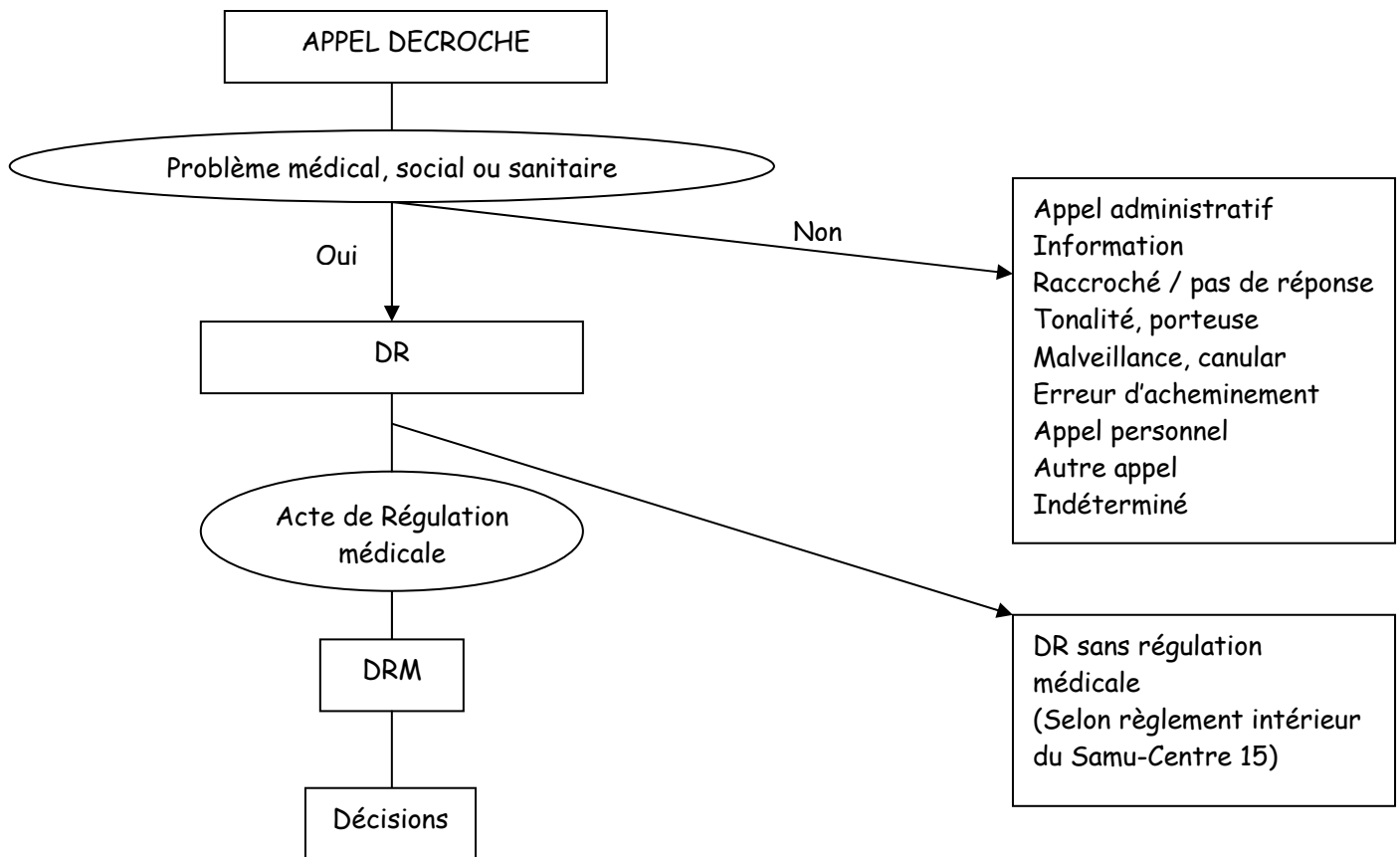
Définition

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

Précisions & remarques

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

Catégorisation générale des DR & DRM



Catégorisation des décisions au niveau d'un DRM

Décisions avec envoi de moyens

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

Décisions sans envoi de moyens

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