

# LA RÉGULATION MÉDICALE LIBÉRALE DE LA PDS

## MÉMOIRE INTRODUCTIF

AU DOSSIER DE SPÉCIFICATIONS FONCTIONNELLES ET TECHNIQUES  
DE L'APPLICATION MÉTIER INTERNET SÉCURISÉ DE LA PDS

**@mis-PDS**

Groupe de travail sur la régionalisation de la régulation médicale libérale de la PDS

Responsable : Dr Jean-Baptiste Thibert

## TABLE DES MATIERES

<b>1</b>	<b>PREAMBULE.....</b>	<b>3</b>
1.1	REMERCIEMENTS.....	3
1.2	CONTEXTE DE LA MISE EN PLACE DU GROUPE DE TRAVAIL DE L'URS ML LR SUR LA REGIONALISATION DE LA REGULATION DE LA PDS.....	4
<b>2</b>	<b>CONTEXTE DU PROJET @MIS-PDS .....</b>	<b>5</b>
2.1	PROBLEMATIQUES DE LA REGULATION MEDICALE LIBERALE DE LA PDS .....	5
2.2	DEFINITION DE LA REGULATION MEDICALE DE LA PDS.....	5
2.3	FONCTIONS DE LA REGULATION MEDICALE LIBERALE DE LA PDS.....	6
2.4	LES OBJECTIFS DU PROJET .....	6
2.5	LES CONTRAINTES.....	7
2.5.1	<i>Juridiques</i> .....	7
2.5.2	<i>Organisationnelles</i> .....	7
2.5.3	<i>Techniques</i> .....	8
2.5.4	<i>Economiques</i> .....	8
2.6	LES ATTENTES DU PROJET @MIS-PDS.....	8
2.6.1	<i>La sécurité</i> .....	8
2.6.2	<i>L'interopérabilité</i> .....	8
2.6.3	<i>La simplicité</i> .....	8
2.6.4	<i>La fluidité</i> .....	8
2.6.5	<i>La traçabilité</i> .....	8
2.6.6	<i>La métrologie</i> .....	9
2.7	CONTEXTE DE LA REGULATION MEDICALE LIBERALE DE LA PDS .....	10
2.8	SYNTHESE DU CONTEXTE .....	11
2.9	LES ENSEIGNEMENT DE L'APD .....	11
<b>3</b>	<b>LES PROCESSUS FONCTIONNELS @MIS-PDS .....</b>	<b>12</b>
3.1	LES PROCESSUS ATTENDUS.....	12
3.2	THESAURUS.....	16
3.3	INDICATEURS STATISTIQUES .....	17
<b>4</b>	<b>TABLE DES MATIERES DU DOSFT .....</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>22</b>

# 1 PREAMBULE

## 1.1 REMERCIEMENTS

Le Dr Jean-Baptiste Thibert, responsable du groupe de travail sur la régionalisation de la régulation médicale libérale de la PDS au sein de la commission PDS et urgence sanitaires de l'URPS ML LR, remercie :

- le Dr Jean-Paul Ortiz, Président de l'URPS ML LR, qui a pris part aux étapes clés de la présentation de ce travail tout au long de son élaboration.
- le Dr Jean Mané, rapporteur de la commission PDS et urgences sanitaires, qui a étayé la mise en place de ce groupe de travail
- le Dr Joyeux, président de la commission PDS et urgences sanitaires, qui a soutenu le groupe de travail
- les membres du groupe de travail
  - élus de l'URPS : Drs Egoumenides (34), Radier (30), Ruiz (66)
  - extérieurs à l'URPS
    - libéraux : Drs Gay (11), Pidoux (11), Rondony (66), Taleb (66)
    - hospitaliers : Drs Coll (66), Bonnec (11), Mme Mary Lou Revel (66)
- les Drs Giraudon et Benoit de l'ARS LR
- Melle Joy Raynaud, doctorante en géographie, chargée de mission en aménagement sanitaire du territoire à l'URPS ML LR
- Mme Marion Lévrero, juriste, chargée de mission en droit de la santé à l'URPS ML LR
- toute l'équipe administrative de l'URPS ML LR : Mmes Chamayou attachée de direction, Harth secrétaire de direction, Martin secrétaire
- et bien sûr Mr JF Patebex de la société ORIA dont les qualités humaines et professionnelles ont été particulièrement appréciées sur un sujet aussi complexe.

## 1.2 CONTEXTE DE LA MISE EN PLACE DU GROUPE DE TRAVAIL DE L'URS ML LR SUR LA REGIONALISATION DE LA REGULATION DE LA PDS

La régulation médicale libérale de la PDS est une activité professionnelle récente. Il existait une régulation médicale libérale au sein des centres 15 dans le cadre de l'AMU antérieure à la PDS. La PDS est une mission de service publique dont l'acte de naissance a été signé par décret le 15 septembre 2003 et mise en application par un arrêté le 12 décembre 2003. Au fur et à mesure des années, à partir de 2004, les médecins régulateurs libéraux de la PDS ont appris empiriquement leur métier dans des conditions différentes et propre à chaque département.

Cet apprentissage et cet exercice se sont faits au contact de la régulation hospitalière de l'AMU et un certain nombre de problématiques spécifiques à la régulation libérale de la PDS ont émergé sans trouver de réponse de la part de nos partenaires publics qui ne partagent pas le même cœur de métier. Le rôle du régulateur de l'AMU et le rôle du régulateur de la PDS sont différents, complémentaires et fortement liés.

Le besoin de réfléchir et d'améliorer la régulation médicale libérale de la PDS a conduit à la création d'un groupe de travail sur la régionalisation de cette régulation au sein de l'URPS ML LR. C'est un acte légitime d'investissement de cette compétence métier et une volonté d'inscrire les médecins libéraux dans leur nécessaire participation à l'organisation des CRRA-15.

Ce travail vient réaffirmer l'orientation forte des médecins libéraux du LR de ne pas cliver la régulation libérale de la régulation hospitalière. Les appelants-patients ont besoin d'une fluidité de fonctionnement entre la régulation libérale et hospitalière. Ce n'est pas seulement la proximité physique des uns et des autres qui garantira la fluidité de la régulation au centre 15 mais aussi le partage des choix organisationnels et des processus de régulation entre hospitaliers et libéraux. Le danger d'un tel clivage sera écarté en intégrant la participation des médecins régulateurs libéraux à l'organisation des CRRA-15.

Le travail du groupe s'est fait selon quatre axes :

- la gestion et la sécurisation des flux d'appel entrants
- la qualification des appels, l'accord avec l'appelant et la gestion sécurisée du parcours patient
- l'intégration au CRRA-15 sans toucher à l'organisation et aux outils du SAMU
- l'évaluation de l'activité et des pratiques de régulation médicale libérale de la PDS.

Ceci est un document de synthèse formalisant des propositions de spécifications fonctionnelles corrélées à des solutions techniques. Le contenu n'est cependant pas exhaustif afin de permettre **aux partenaires du projet de contribuer aux apports et arbitrages nécessaires** à la mise en place d'un outil opérationnel.

## 2 CONTEXTE DU PROJET @MIS-PDS

### 2.1 PROBLEMATIQUES DE LA REGULATION MEDICALE LIBERALE DE LA PDS

La régulation médicale libérale de la PDS a été placée par la loi HPST au centre du processus d'accès aux soins aux heures de la PDS.

L'activité de la PDS montre une réalité différente. Les structures d'urgence voient leur nombre d'actes augmenter sans rapport avec la démographie et la morbidité **et sans rapport avec les statistiques sur les décisions des médecins régulateurs libéraux**. Par contre les actes effectués par les médecins généralistes libéraux ont largement diminué aux heures de la PDS. Les centres 15 sont devenus des structures thrombogènes dans le processus d'accès aux soins, créant de telles résistances à cet accès qu'une partie de la population shunte les centres 15 en adoptant l'accès direct aux structures d'urgence. Cela traduit un échec relatif de la régulation médicale de la PDS dans l'accès aux soins et l'économie du système de santé.

L'organisation des soins aux heures de la PDS manque de pragmatisme et de cohérence. D'une part, les médecins libéraux se trouvent en porte à faux dans un système placé sous l'autorité de l'hôpital public. En effet, l'hôpital public est juge et parti dans l'organisation et l'administration de la PDS. D'autre part, l'activité de la PDS n'est pas évaluée correctement. Les polémiques fondées sur les histoires de chasse et les ressentis polluent largement le débat faute de disposer d'une évaluation claire de l'activité de la PDS et des pratiques de la régulation médicale libérale mais aussi hospitalière. Le débat sur l'utilisation des ambulances en nuit profonde par les médecins régulateurs libéraux en est un exemple parmi d'autres.

Plus grave encore pour la régulation médicale libérale de la PDS, la santé et la vie des appelants/patients ainsi que l'exercice professionnel des médecins régulateurs libéraux sont exposées à un risque très élevé non maîtrisé. La raison de ce danger réside dans l'inadéquation des ressources en régulateurs libéraux face aux flux d'appels entrant au 15 et l'absence d'organisation et d'outils adaptés aux contraintes et aux besoins de la régulation médicale de la PDS tels que la sécurisation du parcours patient.

### 2.2 DEFINITION DE LA REGULATION MEDICALE DE LA PDS

La régulation médicale de la PDS accueille les appels entrants du 15, transmis par l'Assistant de Régulation Médicale.

- Elle **communique** avec l'appelant et cherche à créer un lien de confiance.
- Elle **recueille** la demande de l'appelant/patient.
- Elle **mesure et recueille** les éléments d'une situation médico-sociale critique.
- Elle **analyse** les éléments mesurés et recueillis pour identifier les signes de gravité, élaborer des hypothèses diagnostiques et qualifier l'urgence de l'appel.
- Elle **transmet** l'appel et le DRM directement au médecin régulateur hospitalier en cas de qualification « urgent ».
- Elle **élabore** une réponse médicale adaptée à la situation : c'est la décision du médecin régulateur libéral (MRL).
- Elle **construit** un accord avec l'appelant/patient fondé sur la décision du MRL ou sur la demande de l'appelant/patient ou sur d'autres critères.
- Elle **transmet** les éléments de l'accord et du Dossier de Régulation Médical à l'effecteur choisi.
- Elle **s'assure** de l'effective réalisation de l'accord avec l'appelant/patient en vérifiant le retour de l'information de l'effecteur dans le délai de criticité déterminé dans l'accord.

## 2.3 FONCTIONS DE LA REGULATION MEDICALE LIBERALE DE LA PDS

1. **Sécuriser** les appels du 15 en aval de la répartition décidée par l'Assistant de Régulation Médicale (ARM) : *les appels comportant une situation masquée relevant de l'AMU se trouveront dans la filière de la régulation médicale libérale.*
2. **Conseiller**, c'est à dire faire du conseil médical pour une part importante des appels, environ 50%. *C'est un exercice qui exige de la rigueur, de la formation, de l'évaluation des pratiques, et des outils adaptés avec des processus sécurisés (rappel prioritaire de l'appelant/patient identifiable par la plateforme, entre autres). Cette exigence n'est pas réalisée à l'heure actuelle.*
3. **Mobiliser et gérer** des ressources médicales et de transport avec des besoins de transfert d'informations dans les deux sens.
4. **Suivre** le parcours du patient en aval de la régulation selon l'accord conclu entre l'appelant/patient et le MRL. *Cet accord engage la responsabilité du MRL qui doit pouvoir en contrôler l'effective réalisation. Ceci n'est pas possible à l'heure actuelle sans y consacrer un temps considérable faute d'outils adaptés et en particulier sans créer la fonction de **supervision**.*

## 2.4 LES OBJECTIFS DU PROJET

- Ne pas remettre en cause les architectures déployées dans les SAMU
- Prendre en charge les flux PDS
- Assurer la gestion de crise
- Sécuriser le parcours du patient
- Améliorer la prise en charge des patients
- Améliorer la qualité de service offerte au patient
- Faciliter l'accès au MRL disponible
- Faciliter le travail des effecteurs
- Optimiser la traçabilité de la relation avec le patient
- Déployer une plateforme d'accueil spécifique à la PDS
- Mettre en place une application métier pour la régulation de la PDS
- Mesurer l'activité de la PDS
- Mutualiser les ressources libérales
- Mutualiser les moyens technologiques
- Réduire les coûts

## 2.5 LES CONTRAINTES

Le projet prend en compte l'ensemble des contraintes ci-dessous recensées et données à titre indicatif.

### 2.5.1 Juridiques

- **Article R.4127-8 du CSP** : *liberté de prescription*
- **Article R.4127-9 du CSP** : *devoir d'assistance*
- **Article R.4127-32 du CSP** : *condition de l'obligation de soins*
- **Article R.4127-33 du CSP** : *obligation de moyens*
- **Article R.4127-34 du CSP** : *obligation sur la délivrance médicale d'une prescription*
- **Article R.4127-35 du CSP** : *obligation d'information au patient*
- **Article R.4127-36 du CSP** : *consentement du patient - accord*
- **Article R.4127-47 du CSP** : *obligation de continuité des soins*
- **Article R.4127-77 du CSP**, relatif à la PDS, modifié par Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 - art. 1 JORF 16 septembre 2003, abrogé par Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004
- **article R.4127-84 du CSP** : *conditions d'exercice*
- **Arrêté du 12 décembre 2003**, relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire
- **Article R6311-8 du CSP**, relatif à la convention entre les associations de régulation libérale et le CHG
- **Article R.6311-12 du CSP** : *indépendance du médecin et liberté de choix du patient*
- **Article R.6311-13 du CSP** : *obligation du retour d'information de l'effecteur*
- **Article L 6314-2 du CSP et Circulaire ministérielle DHOS/01 N° 2006-470 du 10 octobre 2006**, relative à la qualité de collaborateur occasionnel du service public du MRL
- **Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010**, relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins
- **Article .R. 6315-3 du CSP** – « L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable »
- **Arrêté du 20 octobre 2011 de la DGOS**, fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire, pris en application de l'article R. 6315-3 du code de la santé publique
- **Les recommandations de la HAS** sur les modalités de traitement des appels de soins non programmés au centre 15 : celles traitant du Dossier de Régulation Médical sont opposables.

### 2.5.2 Organisationnelles

- **La PDS est incluse au sein des CRRA-15** et doit s'adapter à l'organisation et aux outils en place.
- **Le parcours patient PDS n'est pas sécurisé** dans l'organisation actuelle des CRRA-15.
- **L'entraide entre les départements n'existe pas.**
- **Les ressources ne sont pas mutualisées** ainsi que les moyens techniques.

### 2.5.3 Techniques

- Les matériels téléphoniques et du traitement des appels différent d'un SAMU à l'autre.
- Les applications métiers sont hétérogènes et ne communiquent pas.
- Les entités ne sont pas interconnectées entre elles.

### 2.5.4 Economiques

- **Le financement** se fait par l'ARS sur des fonds FIQCS non pérennes
- **La rétribution du MRL** ne tient pas compte :
  - de la qualification du MRL
  - des contraintes et de la pénibilité de sa mission
  - de la perte de ressource induite par le repos compensateur
- **La productivité de la régulation médicale libérale de la PDS** est largement entravée par l'inadaptation de l'organisation et des outils

## 2.6 LES ATTENTES DU PROJET @MIS-PDS

### 2.6.1 La sécurité

- **Le décroché : 99% < 1 min** selon la HAS argumentaire p.18 : gestion de la ressource ARM
- **La gestion de l'attente** : gestion de la ressource MRL, problème du raccroché de l'ARM sans contrat.
- **La traçabilité** : conférer l'arrêté du 20/10/11 de la DGOS
- **l'identification des signes de gravité** : l'outil informatique doit faciliter la systématisation de la recherche de ces signes et leur saisie dans le DRM
- **La qualification urgent/non urgent** : médicale selon la HAS - argumentaire, p.16, 2.2 Principes généraux de la régulation médicale et missions en France, §8.
- **L'accord** entre le MRL et l'appelant/patient.
- **Le suivi** du parcours patient.
- **La clôture** du dossier DRM.
- **Le stress et la fatigue** des ARM et des MR

### 2.6.2 L'interopérabilité

- Transférer des contextes informatiques et vocaux dans les deux sens
- Connaître les interfaces des applications et faire communiquer les applications entre elles

### 2.6.3 La simplicité

- Limiter le nombre de clics
- Permettre des aller-retour, dans les différents champs de saisie

### 2.6.4 La fluidité

- Elle est générée par la qualité des liens entre les différents processus

### 2.6.5 La traçabilité

- Conférer l'arrêté du 20/10/11 de la DGOS
- Conférer les recommandations de la HAS désignées par cet arrêté

### 2.6.6 La métrologie

- Au cœur de la régulation du système
- Permet d'anticiper les ressources nécessaires
- Permet d'adapter les ressources en temps réel
- Permet d'évaluer l'activité et les pratiques
- Permet de construire une formation fondée sur la preuve
- Permet d'améliorer la sécurité et l'économie du système
- Permet de piloter une démarche qualité
- Permet de participer à la veille sanitaire

La métrologie est fondée sur le recueil et l'analyse d'indicateurs. Les indicateurs sont d'une part des informations identifiables selon une sémiologie précise, tracées, systématisées.

Les indicateurs sont d'autre part des processus tracés.

#### **Les informations**

Elles sont de trois types

- **Qualitatives** : *ex ATCD, communication, lieu de vie...*
- **Quantitatives** : *ex âge, poids, T°, depuis quand, statut du dossier*
- **Mixtes** : *ex motif (diarrhée, vo, toux, ...), traitement*

Un certain nombre d'informations sont des éléments appartenant à un thésaurus : conférer le chapitre sur les thesaurus

## 2.7 CONTEXTE DE LA REGULATION MEDICALE LIBERALE DE LA PDS

### Sur l'obligation de moyens des MRL :

- L'obligation de moyens du MRL est particulièrement exigeante en particulier depuis la parution le 8 juin 2011 des recommandations de la HAS datées de mars 2011 sur les modalités de traitement des demandes de soins non programmés au centre 15 dont la partie sur le Dossier de Régulation Médicale a été rendu opposable par l'arrêté de la DGOS du 20 octobre 2011 paru au JO le 1<sup>er</sup> novembre 2011. Rien de surprenant au regard du risque de cette activité pour l'appelant/patient et pour l'exercice professionnel du médecin régulateur libéral (MRL).
- La HAS fait l'inventaire des actions dévolues au MRL dans l'exercice de sa fonction mais la HAS passe sous silence la place des libéraux dans l'organisation des moyens pour traiter les appels du 15. La HAS n'avance aucune solution fonctionnelle pour réaliser l'inventaire des actions produit dans ses recommandations.
- La HAS évoque la formation des MRL dans son argumentaire sur les recommandations en appelant à fonder cette formation sur l'évaluation probante des pratiques de régulation. Une évaluation probante nécessite l'élaboration d'indicateurs et de processus à intégrer dans les outils de régulation. Les médecins libéraux n'ont pas de place dans la participation au choix et à l'administration des outils de la régulation médicale. Ils ne peuvent pas répondre à leur mission légale de développement médical continu (DPC).

### Sur l'organisation des modalités de traitement des appels au 15 :

- La régulation médicale libérale de la PDS, selon la loi HPST, se fait par un numéro d'appel unique sur tout le territoire : le 15. Autrefois, exclusivement réservé aux appels d'urgence médicale, ce numéro est devenu théoriquement celui de l'accès aux soins pour les demandes de soins non programmés aux heures de fermeture des cabinets médicaux. La loi HPST prévoit néanmoins d'une part la régulation des appels par des associations de PDS interconnectées au centre 15 et d'autre part la délocalisation de la régulation médicale libérale de la PDS.
- Les MRL se sont vu refuser, jusqu'à maintenant, toute participation à l'organisation du CRRA-15 et à l'administration des outils mis à leur disposition pour résoudre les problématiques de flux d'appels au 15 mais aussi les problématiques sur le recueil, sur l'échange entre les acteurs de la PDS, sur l'évaluation de l'information. Ni la loi, ni la réglementation n'a prévue de place à cet effet pour les MRL.
- Les MRL et leurs associations n'ont donc aucune responsabilité sur les moyens mis en œuvre sur la plateforme CRRA-15 pour répondre aux appels en particulier sur les procédures ou l'absence de procédure de répartition des flux d'appels, les procédures ou l'absence de procédure d'adaptation à l'intensité des flux d'appels.

## 2.8 SYNTHÈSE DU CONTEXTE

L'URPS a mis en place un groupe projet, dont les travaux ont abouti à l'élaboration d'un Avant-Projet Détaillé (APD) qui a permis d'apporter des réponses en matière de besoins.

Les besoins recensés et abordés au présent document, traitent :

- Avoir une réponse adaptée à la demande des patients prenant en compte leur inquiétude
- Fluidifier l'accès aux soins et d'utiliser au mieux les ressources disponibles dans l'intérêt des patients
- Assurer la sécurité sanitaire de la population à toute heure et en tout lieu en entretenant et en développant des liens avec le SAMU.

Un certain nombre de contraintes a été identifié, elles portent sur les thématiques juridiques, administratives, techniques et financières, le présent document apporte des réponses concrètes afin de les réduire.

L'APD a permis de définir que la régulation médicale libérale se décompose en quatre temps :

- le temps de la réception des appels soumis à des variations de flux importantes
- le temps de la qualification de l'appel qui doit être une qualification médicale
- le temps de la réponse médicale adaptée associé à la conclusion d'un accord avec l'appelant. Celui-ci est constitué par l'accord verbal explicite du patient sur la réponse donnée par le régulateur et sur la garantie fournie par l'organisation de la régulation d'un suivi du parcours du patient et d'un accès facilité et sûr en cas de rappel.
- le temps du retour de l'information nécessaire de la part de l'effecteur pour la traçabilité, la sécurité et l'évaluation de la PDS.

La régulation médicale libérale repose sur des valeurs : la territorialité, la sécurité, le lien entre les acteurs de l'AMU et de la PDS, la traçabilité, la déontologie, l'évaluation, la formation, la reconnaissance du travail fourni.

## 2.9 LES ENSEIGNEMENTS DE L'APD

Les travaux du groupe projet pour la PDS, ont abouti à proposer sur la base de ces recommandations le développement d'une plateforme technique interfacée avec celle des SAMU et en parfaite interopérabilité sans déranger les organisations et les outils SAMU.

L'organisation actuelle de la PDS et l'usage des outils actuels ne permettent pas de mettre en œuvre les recommandations de la HAS pour la PDS. Le groupe projet pour la PDS propose d'organiser la gestion de la ressource des MRL en respectant le principe de la territorialité et en s'inscrivant dans la mutualisation pour des situations particulières : crises, compétences spécifiques (langue étrangère, spécialité médicale).

Le groupe projet a déterminé pour la régulation trois objectifs fondamentaux : la sécurité, l'économie, la satisfaction.

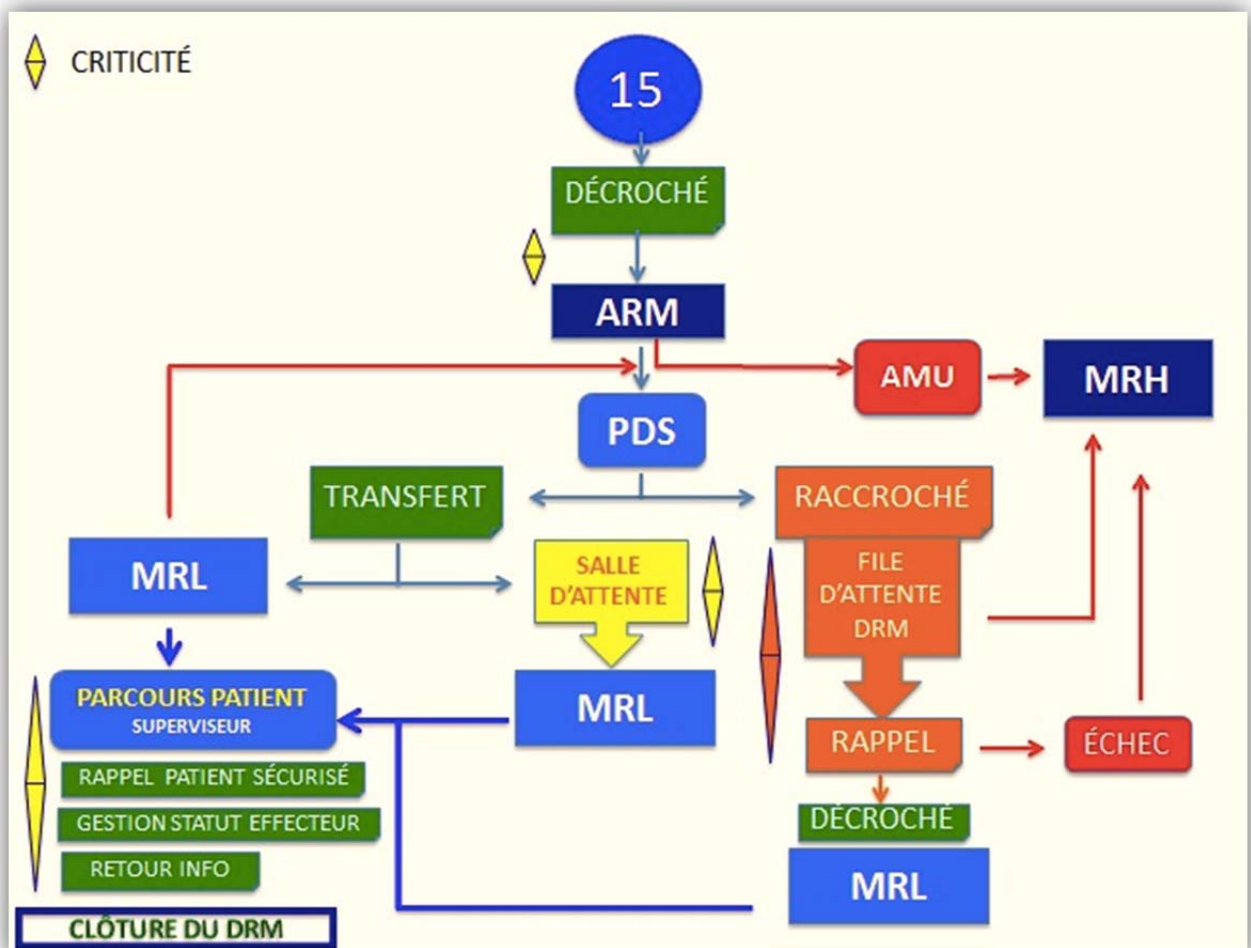
- La sécurité par le respect des recommandations de la HAS et le partenariat AMU/PDS
- L'économie par la métrologie implantée au cœur du système informatique et de communication
- La satisfaction par l'ergonomie des outils, la fluidité de l'organisation, la qualité de la formation et la qualité de l'évaluation des pratiques

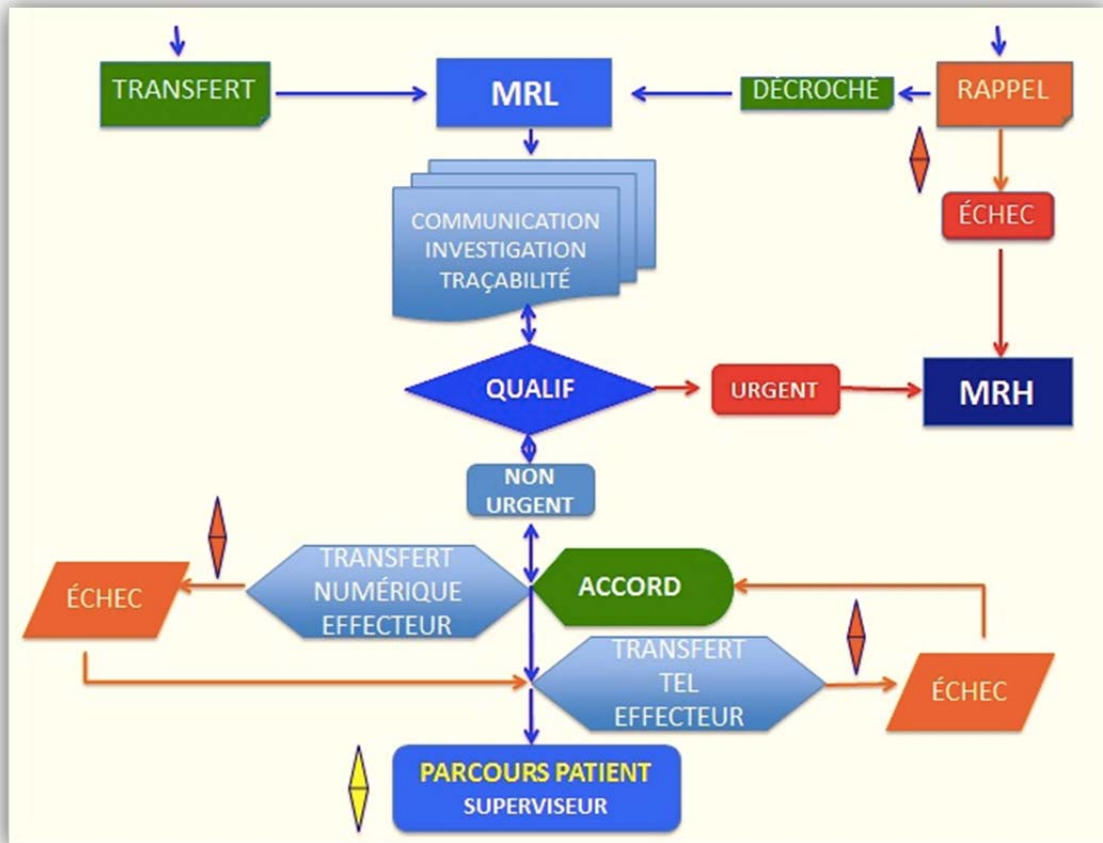
### 3 LES PROCESSUS FONCTIONNELS @MIS-PDS

#### 3.1 LES PROCESSUS ATTENDUS

- Un processus est une **action élémentaire** : ex demander le nom, rechercher un signe de gravité associé à un symptôme ...
- Les processus peuvent être regroupés par **thèmes** : ex identification, motif, transfert ...
- Ils permettent de composer des scénarii à partir des actions identifiées selon des objectifs, pour ce qui nous occupe,
  - de sécurité
  - de simplicité
  - de fluidité

Les deux figures détaillent les processus de régulation des appels PDS - 15





Les principales composantes fonctionnelles des processus sont :

- **Réception** (transfert) ou **Rappel** (différé) ;
- **Recueil des renseignements** :
  - Interaction avec l'appelant/patient
  - Saisie des données cliniques et extra cliniques
  - Recueil de la demande de l'appelant/patient
- **Analyse et décision** :
  - Identification des critères de gravité en lien avec les renseignements cliniques
  - Notification des hypothèses diagnostiques
  - Qualification Urgent/non Urgent
  - Proposition d'une réponse médicale adaptée
  - Etablissement d'un parcours patient sécurisé par un processus d'appel prioritaire et par la définition d'une criticité sur les processus engagés dans le parcours patient.
- **Accord** :
  - L'accord du patient avec son mode de fabrication (proposition MRL, demande appelant ou autre) doit figurer dans le DRM.
- **Transfert** :
  - La validation de l'accord déclenche les processus de transfert du contexte informatique vers l'effecteur de la réponse médicale choisie.
  - Un système de validation par AR permettra de sécuriser ce transfert.
  - Si besoin ce processus numérique sera accompagné d'un lien vocal du MRL vers l'effecteur.

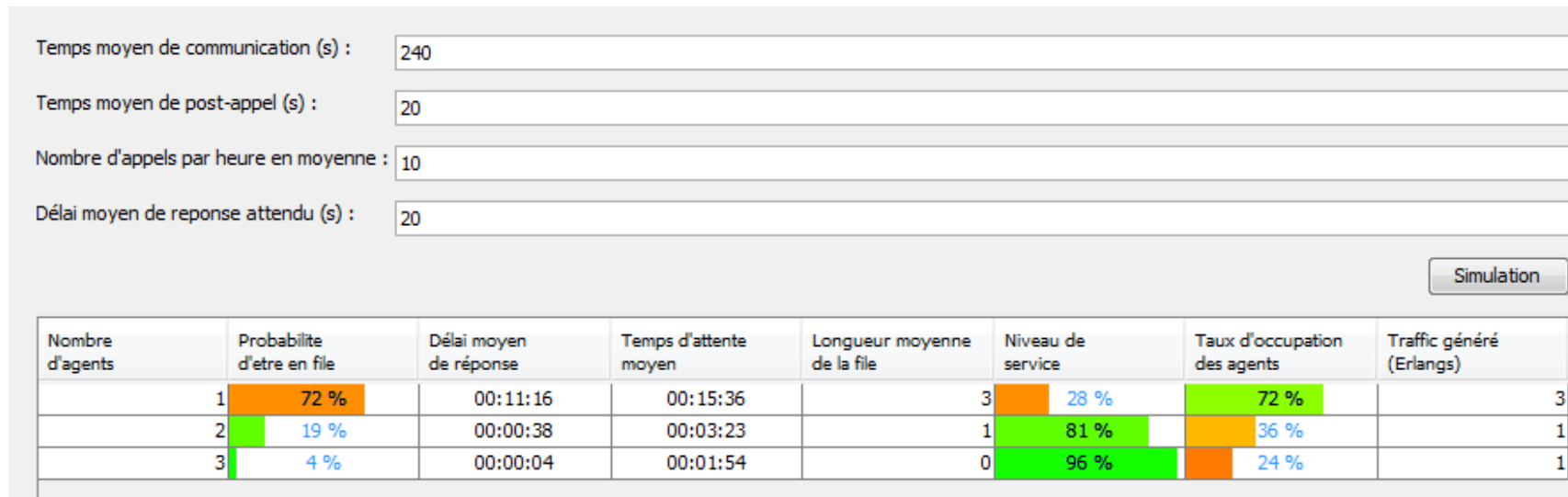
- **Parcours patient** : il ne doit pas prendre de temps aux ARM et aux MRL.
  - Gestion des statuts des effecteurs
  - Gestion des criticités : elle sera semi automatisée et nécessitera un superviseur.
  - Relance des processus en attente et en limite dépassée de criticité : par le superviseur
  - Information des appelants et reconstitution d'un accord : par le superviseur avec si besoin un MRL
  - Réception des rappels de l'appelant dans le cadre du processus d'appels prioritaires secondaires à une régulation : par les MRL ou à défaut le superviseur
  - Gestion de la clôture des dossiers : par le superviseur après vérification du retour d'information

### **FOCUS SUR LES PROBLÉMATIQUES DU TRIATEMENT DES APPELS EN TEMPS RÉEL ET DIFFÉRÉ**

Les recommandations de la HAS sont de traiter les appels en temps réel, or les ressources disponibles ne permettent pas toujours de garantir le parcours du patient.

La simulation ci-dessous permet de démontrer que les solutions qui devront être mises en œuvre pourront être mixtes (temps réel et / ou temps différé) selon les statuts des ressources disponibles à un instant temps t. La simulation est construite sur les hypothèses suivantes :

- Temps moyen de conversation de 240 secondes (4 mn)
- Temps moyen en post appel de 20 secondes (le post appel correspond au temps nécessaire pour finir de traiter le DRM avant d'être disponible pour un autre appel). Dans ce cas le temps de 20 secondes est court (par exemple un conseil médical, l'appel à un effecteur sont bien plus longs).



On observe que pour traiter en temps réel, un flux de 10 appels à l'heure avec un objectif de réponse avant 20 secondes :

- Avec un seul MRL en Front Office, la probabilité pour le patient d'être en File d'attente est de 72% avec un délai moyen de réponse de 11 minutes 16 secondes et un temps moyen d'attente en salle d'attente de 15 minutes 36 secondes, pour un taux d'efficacité de 28%, et une occupation de 72% du MRL. On peut en conclure que pour ces hypothèses, le traitement des appels en temps réel n'est pas admissible, d'où la nécessité de proposer au patient un traitement différé, ce qui compte tenu du taux d'occupation du MRL est impossible à tenir.
- Avec deux MRL en Front office, la probabilité pour le patient d'être en File d'attente est de 19% avec un délai moyen de réponse de 38 secondes et un temps moyen d'attente en salle d'attente de 3 minutes 23 secondes pour un taux d'efficacité de 81%, et une occupation de 36% du MRL. On constate immédiatement les effets positifs de la mise à disposition d'une ressource supplémentaire. Par contre, le taux d'efficacité est de 81%, ce qui n'est toujours pas satisfaisant. Une solution consiste à traiter certains appels en temps différé, avec une plus grande probabilité de traiter l'ensemble des appels compte tenu de l'occupation du MRL de 36%.
- Avec trois MRL en Front Office, la probabilité pour le patient d'être en File d'attente est de 4% avec un délai moyen de réponse de 4 secondes et un temps moyen d'attente en salle d'attente de 1 minute 54 secondes pour un taux d'efficacité de 96%, et une occupation de 24% du MRL. Dans ce cas on constate un taux d'efficacité en temps réel de 96%. Les 4% restant pouvant être traités en temps différé.

## 3.2 THESAURUS

Les thésaurus présentés dans ce dossier n'ont pas bénéficié d'une validation par un consensus d'experts reconnus. Ils sont issus de l'expérience personnelle du responsable du groupe de travail sur la régionalisation de la régulation médicale de la PDS.

Leur intérêt à ce stade est de prouver la réalité matérielle d'un travail supportée par une réflexion méthodologique, réflexion nourrie par le besoin :

- de systématiser la mise en évidence des signes de gravité pour le thésaurus « motif »
- de respecter les règles juridiques et de sécuriser l'accord MRL – appelant/patient
- de faciliter la traçabilité des informations recueillies selon les exigences de l'arrêté du 20 octobre 2011 de la DGOS
- d'améliorer l'accès aux soins en tenant compte des réalités médico-sociales.

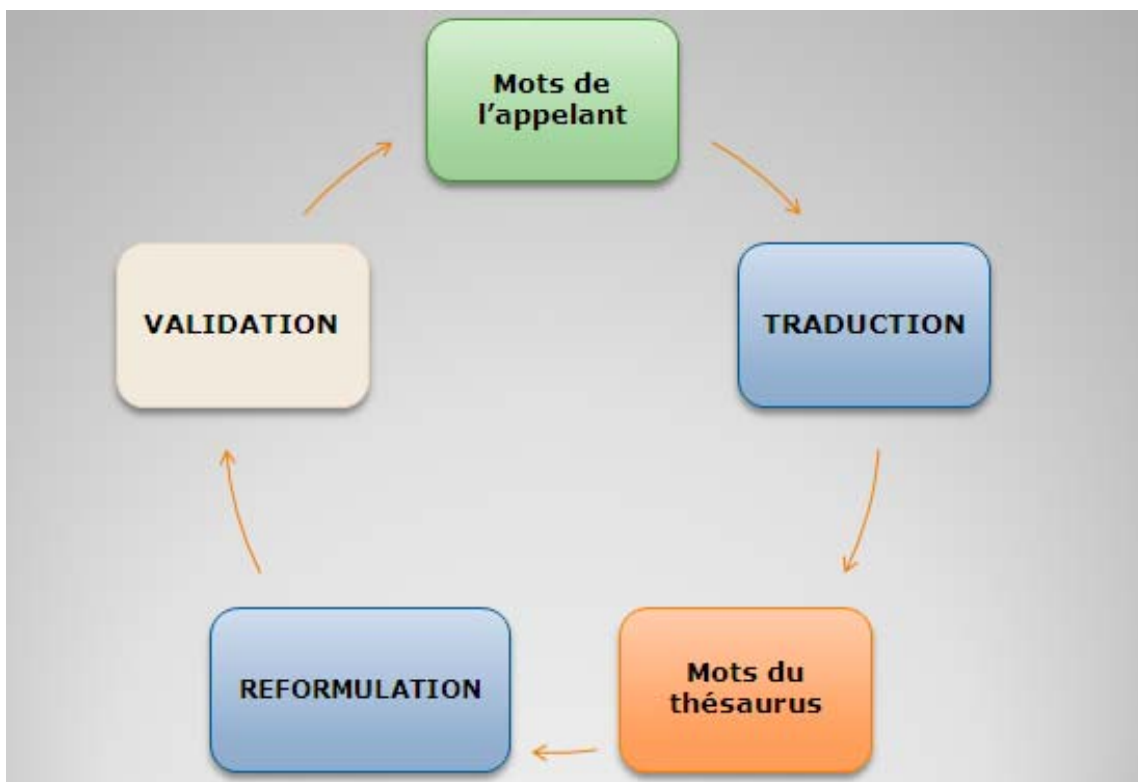
Les thésaurus ainsi structurés vont permettre aussi:

- de fluidifier la relation avec l'appelant/patient
- d'évaluer les pratiques de régulation tant sur le plan collectif qu'individuel.

**Le module 'Thésaurus'** constitue une aide au MRL pour qualifier la demande afin de la codifier à des fins statistiques. Ce thésaurus doit être modifiable par l'administrateur fonctionnel et technique de la plateforme @mis-pds.

Le thésaurus doit permettre de qualifier la demande suite au traitement d'un appel téléphonique par le MRL. Il nécessite la corrélation avec un répertoire structuré de termes médicaux. La structure du répertoire doit permettre l'analyse du contenu de l'appel pour aboutir à une qualification par le MRL.

La figure ci-après détaille le principe du Thésaurus.



### 3.3 INDICATEURS STATISTIQUES

Les listes ci-dessous sont données à titre indicatif, elles ne sont pas exhaustives. Elles permettent d'alimenter une réflexion qui produira des choix au travers d'arbitrages.

#### **ACTIVITÉ**

**Flux d'appels entrants 15** : répartition quotidienne, hebdo, week end, soirées, NP, mensuelles, identification des périodes épidémiques (données INVS), identification des périodes de flux migratoires : vacances, fériés.

**Flux d'appels entrants sécurisé** : Sur le nombre d'appels entrants sécurisé, mesure de la répartition des flux entre les appels pris par le MRL initial ou par un autre MRL ou par le superviseur. Par exemple d'indicateurs plus précis à mesure, si c'est le Superviseur qui a pris en charge, il est intéressant de connaître la suite donnée : dirigé vers un MRL, relance de l'effecteur initialement choisi, annulation effecteur initial, choix d'un nouvel effecteur, dirigé vers la plateforme SAMU.

Mesure du temps passé par chacun des acteurs de la régulation libérale (MRL initial, autre MRL, superviseur).

#### **Flux d'appels entrants des Effecteurs**

Sur le nombre d'appels entrants traités par les effecteurs, mesure des indicateurs des différents intervenants ainsi que les suites données : saisie d'informations, redirection sur la plateforme SAMU pour SMUR, redirection sur la plateforme SAMU pour ambulance.

#### **ADÉQUATION DE LA RESSOURCE / NOMBRE D'APPELS**

- Durée d'attente ARM
- Durée de traitement ARM
- Durée d'attente MRL
- Durée de traitement MRL
- Durée de CRITICITÉ selon les DRM
- Durée d'attente effecteur
- Durée d'intervention des effecteurs
- Durée entre l'affichage du statut terminé de l'effecteur et la clôture du DRM par le superviseur
- Durée entre le décroché du 15 et la gestion d'un appel traité en temps différé
- Durée entre le décroché du 15 et la clôture du DRM pour un appel traité en 'temps différé'
- Durée entre le décroché du 15 et la gestion d'un appel traité en temps réel
- Durée entre le décroché du 15 et la clôture du DRM pour un appel traité en 'temps réel'

Cette liste est non exhaustive, elle permet de visualiser la nécessité de collecter des indicateurs sur les outils SAMU.

Ces données seront recoupées selon différents critères qualitatifs : motif de l'appel, la localisation géographique du patient, la catégorie d'âge, des données de l'environnement socio familial du patient etc.

#### **LE PROFIL MRL**

##### **Pour chaque MRL**

- Connaître la répartition des gardes selon les plages horaires, les jours en particulier, week end et fériés ponts compris.
- Nombre d'appels pris (anonymisation des données) selon les plages horaires et la période hebdomadaire : samedi, dimanche, jours fériés, pont.

- Temps passé (données anonymes) sur un DRM : en moyenne et avec les écarts, classés par période horaire, et hebdomadaire
- Répartitions des décisions (type de contrats) prise globalement et avec une répartition par plage horaire, périodes hebdomadaires, moyenne de l'ensemble des MRL avec la même répartition
- Mode de transport choisis pour les décisions MMG, PDSSES et SU (par ses propres moyens avec difficultés, par ses propres moyens sans difficultés, ambulance pour raison médicale, ambulance pour raison sociale). (Éléments collectés en B1)

## **LE PROFIL DU PATIENT**

Les indicateurs du profil patient sont issus du contenu du thésaurus (Cf. le DoSFT)

Toutes ces données devront être exploitées selon des requêtes multifactorielles.

## **PROFIL EFFECTEUR**

### **Pour chaque effecteur**

- Mode de communication pour le déclenchement de chaque effecteur : pourcentage en numérique, en vocal et mixte.
- Nombres d'incidents pour cette communication: une fiche incident en format numérique sera renseigné par le MRL et /ou le Superviseur, *thésaurus* = non vocalement contactable (boîte vocale avec messagerie, boîte vocale sans messagerie, sonne dans le vide, occupé), pas d'AR en réponse de l'envoi du DRM-Apps numérique, pas d'affichage de statut, pas de retour d'information.
- Mode de travail effecteur PDSA : nombre de patients vus en fixité (avec précision cabinet, MMG), nombre de patients vus en mobilité / proportion.
- Nombre de rappel pour chaque effecteur : nombre total, nombre avec la répartition par motif. (Anonyme)
- Délai d'attente (anonyme)
- Durée d'intervention (anonyme)
- Décision de l'effecteur : *thésaurus* = reste à domicile sans prescription, reste à domicile avec prescription, hospitalisation en SU (SU à préciser dans l'annuaire des ressources type ROR), hospitalisation sans SU, SAMU (le SMUR restant du domaine de la décision MRH). si hospitalisation mesure le mode de transport (propre moyen, ambulance, autre).

## **PROFIL SUPERVISEUR**

- Nombre de DRM traité
- Nombre d'action vers les effecteurs
- Temps passé avec les patients
- Temps passé à la clôture des DRM
- Temps moyen passé à la clôture d'un DRM
- Nombre de DRM traité suite au dépassement de la criticité du DRM
- Nombre de DRM ayant nécessité la sollicitation d'un MRL
- Nombre de mise en relation directe avec un effecteur

## 4 TABLE DES MATIERES DU DOSFT

<b>1</b>	<b>→ PREAMBULE</b>	<b>6</b>
1.1	→ REMERCIEMENTS	6
1.2	→ CONTEXTE DE MA MISE EN PLACE DU GROUPE DE TRAVAIL DE L'URS-ML-LR SUR LA REGIONALISATION DE LA REGULATION DE LA PDS	6
<b>2</b>	<b>→ CONTEXTE DU PROJET @ MIS-PDS</b>	<b>8</b>
2.1	→ PROBLEMATIQUES DE LA REGULATION MEDICALE LIBERALE DE LA PDS	8
2.2	→ DEFINITION DE LA REGULATION MEDICALE DE LA PDS	9
2.3	→ FONCTIONS DE LA REGULATION MEDICALE LIBERALE DE LA PDS	9
2.4	→ LES OBJECTIFS DU PROJET	10
2.5	→ LES CONTRAINTES	10
2.5.1	→ <i>Juridiques</i>	10
2.5.2	→ <i>Organisationnelles</i>	11
2.5.3	→ <i>Techniques</i>	11
2.5.4	→ <i>Economiques</i>	11
2.6	→ LES ATTENTES DU PROJET @ MIS-PDS	12
2.6.1	→ <i>La sécurité</i>	12
2.6.2	→ <i>L'interopérabilité</i>	12
2.6.3	→ <i>La simplicité</i>	12
2.6.4	→ <i>La fluidité</i>	12
2.6.5	→ <i>La traçabilité</i>	12
2.6.6	→ <i>La métrologie</i>	12
2.7	→ CONTEXTE DE LA REGULATION MEDICALE LIBERALE DE LA PDS	13
2.8	→ SYNTHÈSE DU CONTEXTE	14
2.9	→ LES ENSEIGNEMENTS DE L'APD	14
<b>3</b>	<b>→ LES PROCESSUS FONCTIONNELS @ MIS-PDS</b>	<b>16</b>
3.1	→ LES PROCESSUS ATTENDUS	16
3.2	→ LES PROCESSUS A DEVELOPPER	19
3.3	→ PROTOCOLES FONCTIONNELS DE LA PLATEFORME @ MIS-PDS (TRANSFER)	21
3.4	→ PROTOCOLE FONCTIONNEL DE LA PLATEFORME @ MIS-PDS (DIFFERE)	45
3.5	→ MATRICE DE LA REGULATION DE LA PDS (THESAURUS)	46
3.6	→ GESTION DES STATUTS DE L'EFFECTEUR	48
3.7	→ SUPERVISION	53

3.8→	THESAURUS.....	54¶
3.9→	LES-ACCES-DECLARATIFS-SUR-LE-PORTAIL-@MIS-PDS.....	93¶
3.10→	GESTION-DU-CALENDRIER-DES-RESSOURCES.....	94¶
3.11→	NOTION-DE-FRONT-ET-DE-BACK-OFFICE.....	100¶
3.12→	SCENARIO-DE-TRAITEMENT.....	101¶
3.12.1→	Traitement-d'un-appel-du-15-pris-en-charge-par-l'ARM.....	101¶
3.12.2→	Traitement-d'un-appel-Patient-(Sécurisation-du-parcours-patient).....	110¶
3.12.3→	Traitement-des-appels.....	112¶
4→	PLATEFORME-TECHNOLOGIQUE-@MIS-PDS.....	113¶
4.1→	DISPOSITIF-SAMU.....	114¶
4.1.1→	Descriptif-du-dispositif.....	114¶
4.1.2→	Dispositif-de-l'interconnexion-du-Samu-et-@mis-pds.....	115¶
4.1.3→	Collecte-d'un-appel-au-15.....	117¶
4.1.4→	Transfert-du-contexte-téléphonique.....	118¶
4.1.5→	Transfert-du-contexte-informatique.....	118¶
4.1.6→	Retour-d'un-appel-reçu-en-PDS-vers-le-SAMU.....	119¶
4.1.7→	Collecte-statistiques.....	120¶
4.2→	DISPOSITIF-CENTRE-DE-CONTACTS.....	124¶
4.2.1→	Descriptif-du-dispositif.....	124¶
4.2.2→	Module-'Interconnexion-SAMU'.....	124¶
4.2.3→	Module-'Gestion-des-appels-entrants'.....	124¶
4.2.4→	Module-'Scénario-de-traitement'.....	125¶
4.2.5→	Module-'Accès-application-métier'.....	125¶
4.2.6→	Module-'Gestion-de-l'accès-sécurisé'.....	125¶
4.2.7→	Module-'Supervision'.....	125¶
4.2.8→	Module-'Enregistrement-des-appels'.....	126¶
4.3→	DISPOSITIF-APPLICATION-METER.....	127¶
4.3.1→	Module-'Accès-au-Centre-de-Contacts'.....	127¶
4.3.2→	Module-'Collecte-de-données'.....	127¶
4.3.3→	Module-'Base-de-données'.....	127¶
4.3.4→	Module-'Dossier-de-Régulation Médicale'.....	128¶
4.3.5→	Module-'Thésaurus'.....	128¶
4.3.6→	Module-'Base-de-connaissance'.....	135¶
4.3.7→	Module-'Administration'.....	135¶
4.4→	DISPOSITIF-PORTAIL.....	136¶
4.4.1→	Module-'Accès-Centre-de-Contacts'.....	136¶
4.4.2→	Module-'Accès-déclaratif'.....	137¶
4.4.3→	Module-'Accès-Back-Office'.....	137¶
4.4.4→	Module-'Espace-documentaire'.....	137¶

4.4.5→	Module 'Accès sécurisé patient'	→	137
4.4.6→	Module 'Annuaire'	→	138
4.4.7→	Module 'Mobilité portail'	→	138
4.5→	DISPOSITIF METROLOGIE	→	139
4.5.1→	Module 'Collecte des indicateurs CC'	→	139
4.5.2→	Module 'Collecte des indicateurs Application métier'	→	139
4.5.3→	Module 'Collecte des indicateurs Application Portail'	→	139
4.5.4→	Module 'Requêteur'	→	140
5→	CONTRAINTES OPERATIONNELLES	→	141
5.1→	METHODOLOGIE GLOBALE DU DEPLOIEMENT	→	141
5.1.1→	Objet	→	141
5.1.2→	Objectifs de la conduite du projet	→	141
5.1.3→	Organisation	→	141
5.1.4→	Composition de l'équipe projet	→	142
5.1.5→	Relations avec la plateforme @mis-pds	→	142
5.1.6→	Les services d'intégration globale de la solution	→	143
5.1.7→	Conduite du projet de déploiement	→	143
5.1.8→	Phase de conception et de réalisation	→	143
5.1.9→	Qualité des intervenants	→	145
5.1.10→	Qualité des livrables	→	145
5.2→	PHASE D'ELABORATION DES SPECIFICATIONS FONCTIONNELLES ET TECHNIQUES D'INTEGRATION	→	145
5.3→	PHASE MAQUETTE	→	145
5.4→	PHASE DE DEPLOIEMENT	→	146
5.5→	PHASE DE QUALIFICATION ET DE RECETTE	→	146
5.5.1→	Principe de fonctionnement de la recette	→	146
5.5.2→	Activité de recette	→	146
6→	MAINTIEN EN CONDITIONS OPERATIONNELLES	→	149
6.1→	PRESTATIONS A REALISER	→	149
6.1.1→	Télégestion	→	149
6.1.2→	Sauvegardes	→	149
6.2→	MAINTENANCE CORRECTIVE	→	149
6.2.1→	Objet et Définition	→	149
6.2.2→	Rappel du contexte	→	149
6.2.3→	Règles générales	→	150
6.2.4→	Les objectifs recherchés	→	150
6.2.5→	Les critères de qualité de service : nature et définition des incidents	→	151
6.3→	MAINTENANCE PREVENTIVE	→	154
6.4→	CONTROLE ET PENALITES	→	154
6.5→	SPECIFICATIONS RELATIVES AUX DELAIS ET PENALITES	→	154
6.5.1→	Principe	→	154
6.5.2→	Calcul des pénalités par an	→	155
6.6→	PLAFONNEMENT ET RESILIATION	→	156

## 5 CONCLUSION

Ce mémoire n'est que la partie émergée de la production du groupe de travail sur la régionalisation de la régulation médicale de la PDS.

Toutes les solutions fonctionnelles et techniques en particulier sur les processus et les protocoles de régulation médicale de la PDS en interopérabilité avec ceux du SAMU sont contenues dans le dossier de spécifications. Ce dossier est la propriété intellectuelle de l'URPS ML LR et de la société ORIA.

Ce dossier de spécifications fonctionnelles et techniques n'est pas un cahier des charges rigide et exhaustif. Nous espérons qu'il permettra de participer à, voir même de provoquer, l'émergence d'une organisation fonctionnelle et technique de la régulation médicale libérale de la PDS, sûre, attractive, productive et structurante au sein des CRRRA-15 en interopérabilité avec les SAMU.