



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

État des lieux des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) concernant les SAMU-SMUR

Étude réalisée en juin 2018 sur les événements indésirables graves associés à des soins reçus à la HAS dans le cadre du dispositif réglementaire en vigueur

Juillet 2018

Ce rapport d'activité, comme l'ensemble des publications,
est téléchargeable sur www.has-sante.fr

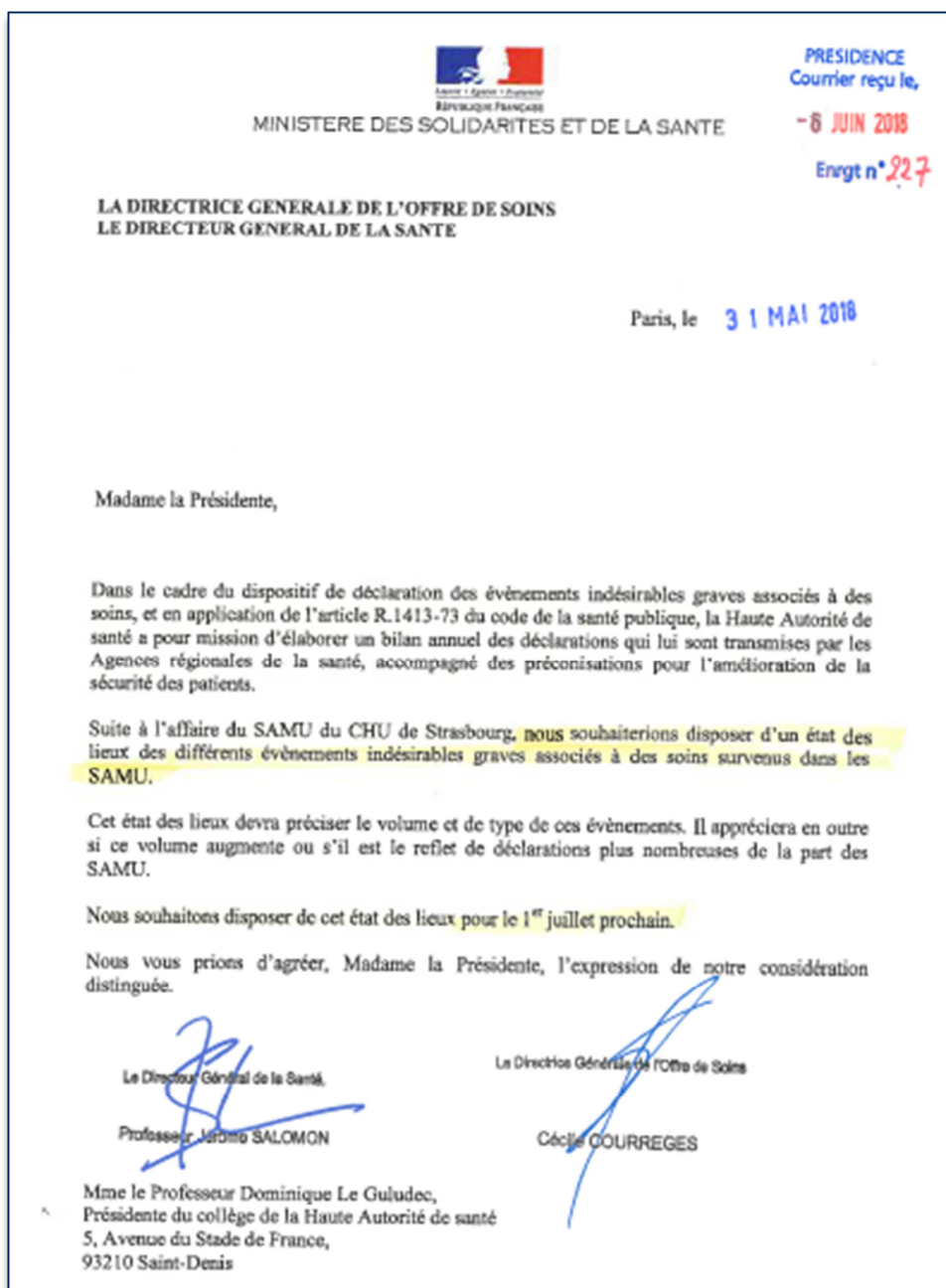
Haute Autorité de Santé – Service Communication - Information
5 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

Sommaire

1. Contexte.....	4
1. Un dispositif récemment organisé.....	5
2. Activité du dispositif.....	5
▶ Constats sur le fonctionnement actuel du dispositif.....	6
2. Description des EIGS impliquant les SAMU/SMUR enregistrés dans la base HAS ...	7
2.1 Nombre, origine et modalités de déclaration.....	7
▶ Nombre d'EIGS.....	7
▶ Origine des EIGS.....	7
▶ Période et délais de déclaration.....	7
▶ Comment les EIGS sont déclarés ?	8
▶ Qui déclare des EIGS ?.....	8
2.2 Caractéristiques des EIGS.....	8
▶ Situation du patient	8
2.3 Conséquences des EIGS.....	9
▶ Conséquences pour le patient.....	9
▶ Autres conséquences	9
2.4 Résultat de l'analyse des EIGS.....	9
▶ Synthèse des causes immédiates	9
▶ Causes profondes	11
▶ Barrières	12
2.5 Situations à risques pré-identifiées.....	12
▶ Risque associé à une sous-estimation clinique de l'urgence	12
▶ Risque associé à la régulation des appels par l'ARM.....	12
▶ Risque associé à un dépassement des capacités de prise en charge	12
3. Axes d'amélioration.....	13
▶ Développer l'apprentissage à partir des événements indésirables	13
▶ Améliorer le fonctionnement en équipe	13
4. Annexes	14
4.1 Abréviations.....	14
4.2 Bibliographie	15
▶ Les publications de la HAS.....	15
▶ Les publications de Samu de France - Syndicat National de l'Aide Médicale Urgente	16

1. Contexte

Le 6 juin 2018, la HAS a été saisie par le ministère de la santé pour réaliser un état des lieux des EIGS concernant les SAMU, rapport attendu pour le **1er juillet 2018**.



1. Un dispositif récemment organisé

La déclaration des événements graves associés aux soins (EIGS) est un dispositif qui a été récemment défini par le décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 « relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients » en précisant notamment les articulations régionales et nationales entre le portail des signalements des événements sanitaires, les Agences régionales de santé, les Structures régionales d'appui et la HAS. Il a été complété par l'arrêté du 19 décembre 2017 qui précise la forme et le contenu des deux parties du formulaire de déclaration ainsi que les modalités de leur transmission par voie électronique à la HAS.

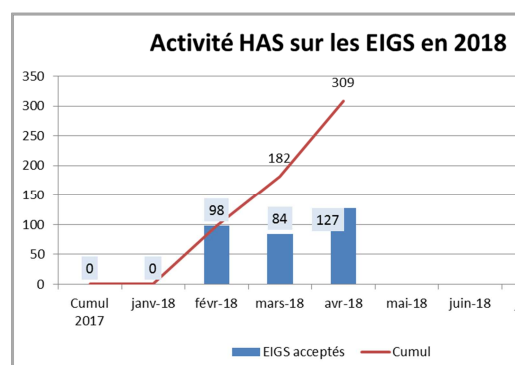
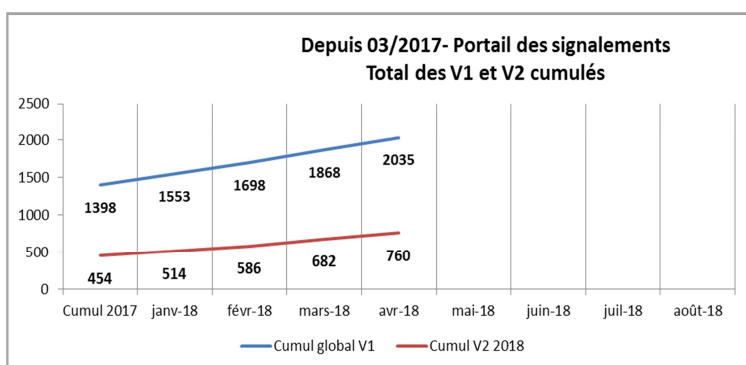
Cette déclaration s'effectue en deux parties: une première partie effectuée sans délai, qui comprend les premiers éléments relatifs à l'événement puis une seconde partie effectuée dans les trois mois suivants, après analyse collective et locale, et qui comprend les éléments de retours d'expérience ainsi que les mesures correctives prises ou envisagées par les professionnels ou la structure¹. La Haute Autorité de santé, qui réceptionne les déclarations analysées et anonymisées après clôture par l'ARS, élabore un bilan annuel des déclarations qu'elle a reçues accompagné si nécessaire de préconisations pour l'amélioration de la sécurité des patients².

Tout professionnel de santé ou tout représentant légal d'établissement de santé ou d'établissement et service médico-social (ESMS), qui a constaté un événement indésirable grave associé à des soins (EIGS) réalisé lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé, via le portail des signalements des événements sanitaires³. Ce portail propose, depuis son ouverture en mars 2017, un formulaire dématérialisé, en lien avec le système d'information national des ARS lui-même interconnecté avec le système d'information de la HAS spécialement conçu pour recevoir les déclarations.

Les premières déclarations d'EIGS ont ainsi été réceptionnées à la HAS mi-février 2018 (l'interconnexion avec le système d'information de la HAS a dû attendre la parution de l'arrêté de décembre 2017), reprenant l'ensemble des déclarations reçues via le portail depuis son ouverture.

2. Activité du dispositif

En avril 2018, après un an de fonctionnement, le portail des signalements a enregistré et transmis aux ARS, 2035 premières parties de déclaration d'EIGS et 760 deuxièmes parties. Sur ces 760 déclarations complètes (partie 1 et 2), la HAS a reçu 309 déclarations.



¹ Article R1413-69 et R1413-70 du Code de la santé publique

² Articles R1413-72 et R1413-73 du Code de la santé publique

³ Article R1413-68 du Code de la santé publique

► Constats sur le fonctionnement actuel du dispositif

→ Une sous-déclaration importante

L'étude ENEIS⁴ estime les EIGS dans le secteur sanitaire à hauteur de 270 à 390.000 EIG par an. Cette étude n'a pas estimé le risque du secteur médico-social ni ambulatoire également concernés par l'obligation de déclaration des EIGS. Le nombre d'EIGS déclarés sur le portail des signalements met en évidence une sous-déclaration importante rendant impossible toute interprétation sur l'évolution des risques.

→ Une qualité d'analyse des EIGS à améliorer dans les déclarations

L'évaluation de la qualité des déclarations reçues à la HAS met en évidence que dans 70 % des événements, l'analyse (Partie 2) est peu renseignée ou absente, diminuant d'autant la capacité de la HAS à délivrer un retour d'expérience pertinent. Il faut noter que les déclarations reçues par la HAS sont totalement anonymisées, en ne comportant pas d'information nominative sur les patients, les professionnels et les organisations. La HAS est donc dans l'incapacité de revenir vers le déclarant pour obtenir des informations complémentaires.

Les chiffres présentés sont issus de l'analyse des événements déclarés. Ils ne présentent pas de valeur statistique et aucune conclusion ne peut en découler pour caractériser les risques d'une spécialité ou d'une activité.

⁴ Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé - Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004 ; <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>

2. Description des EIGS impliquant les SAMU/SMUR enregistrés dans la base HAS

2.1 Nombre, origine et modalités de déclaration

► Nombre d'EIGS

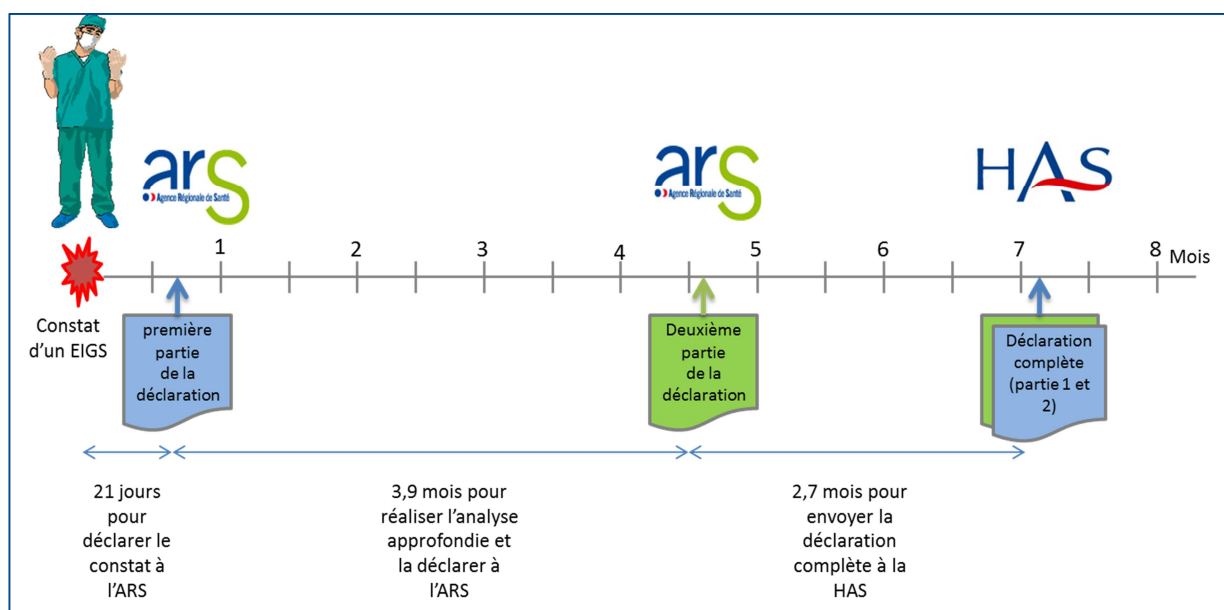
10 déclarations d'EIGS dans lesquelles le SAMU/SMUR est impliqué ont été enregistrées à la HAS depuis le démarrage du dispositif en mars 2017 (données au 15/6/2018), ce qui ne reflète certainement pas la réalité de la fréquence des événements dans ce secteur.

► Origine des EIGS

Régions d'origine des EIGS	Nombre d'EIGS
ARS Centre-Val de Loire	3
ARS Pays de la Loire	2
ARS Ile-de-France	2
ARS Bretagne	1
ARS Bourgogne-Franche-Comté	1
ARS Nouvelle-Aquitaine	1
Total	10

► Période et délais de déclaration

- 8 EIGS ont été constatés entre mars et décembre 2017
- 2 EIGS ont été constatés entre janvier et mars 2018



- Les délais de traitement des déclarations en moyenne :
 - Délai moyen d'envoi de la première partie de déclaration à l'ARS (à partir du constat) : **21 jours**.
 - Délai moyen de réalisation de l'analyse approfondie par les professionnels en local (délai entre la 1^{ère} et la 2^{ème} déclaration) : **3,9 mois**.
 - Délai moyen de traitement de la déclaration par l'ARS après réception de la 2^{ème} partie jusqu'à l'envoi à la HAS : **2,7 mois**.
 - Au total délai moyen entre le constat et l'envoi à la HAS : **7,2 mois**.

► Comment les EIGS sont déclarés ?

- Tous les EIGS ont été déclarés sur le portail des signalements.

► Qui déclare des EIGS ?

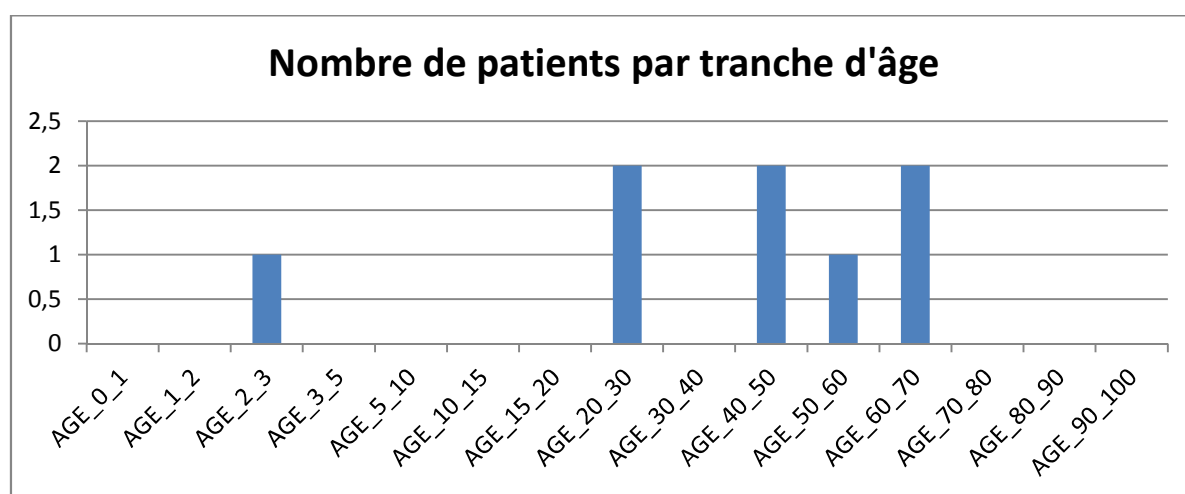
- Les EIGS sont déclarés par le représentant ou par un médecin de la structure.

Qui déclare ?	Nombre
Représentant légal de la structure	5
Médecin	4
Autre	1
Total général	10

2.2 Caractéristiques des EIGS

► Situation du patient

- Chaque EIGS n'a touché qu'un patient.
- 5 hommes et 5 femmes.
- Pas de situation de grossesse.



Age non renseigné pour 2 dossiers.

- **Importance de l'urgence lors de l'analyse a posteriori**
 - dans 7 cas sur 10 l'urgence a été estimée immédiate (acte devant être réalisé sans délai) ;
 - dans les 3 cas restants l'urgence a été estimée relative (acte pouvant être reporté de quelques heures à quelques jours).
- **Complexité clinique du patient**

La complexité de la situation clinique du patient a été jugée :

 - Très complexe dans 3 cas
 - Plutôt complexe dans 3 cas
 - Non complexe dans 2 cas
 - Ne sais pas dans 2 cas
- **Evitabilité**

L'événement a été jugé par le déclarant comme :

 - probablement évitable dans 9 cas ;
 - inévitable dans 1 cas.

2.3 Conséquences des EIGS

► Conséquences pour le patient

- 7 décès ;
- 1 probable déficit fonctionnel permanent ;
- 2 mises en jeu du pronostic vital.

► Autres conséquences

Sur les 10 EIGS :

- dans 9 cas, aucune conséquence pour le personnel n'a été soulignée;
- dans 1 cas, le médecin du SAMU a été « ébranlé par la situation » ;
- il n'y aucune conséquence décrite pour l'organisation de la structure ;
- dans 1 cas, il y a eu saisie des bandes d'enregistrement par le Procureur de la République.

2.4 Résultat de l'analyse des EIGS

► Synthèse des causes immédiates

→ Sous-estimation de l'urgence par l'Assistant de Régulation Médicale (ARM) lors de la prise d'appel

- Défaut d'appréciation de l'urgence par l'ARM lors du premier appel
- Sous-évaluation de la gravité de la situation clinique du patient par l'ARM, Interrogatoire n'explorant pas suffisamment l'évolution clinique

→ **Sous-estimation de l'urgence par le médecin lors de l'interrogatoire**

- Erreur de diagnostic du médecin PDSA (interrogatoire trop succinct, pas suffisamment d'écoute du patient)
- Absence de diagnostic du médecin (mauvaise appréciation de l'urgence)
- Sous-évaluation de la gravité de la situation clinique du patient par le médecin régulateur (réassurance suite au diagnostic posé par la consultation)

→ **Sous-estimation de l'urgence par construction collective d'une image rassurante**

- Sous-estimation de l'urgence (absence d'intervention du SAMU malgré la disponibilité de deux équipages, situation semblant suffisamment maîtrisée par la présence de deux VSAV et un VLI)
- Défaut de transmission de l'appel des pompiers vers le SAMU, Retard d'intervention du SAMU (envoi d'une intervention non médicalisée pour lever les doutes)
- Erreur de diagnostic aux urgences ayant une influence sur le diagnostic posé ensuite par le centre 15

→ **Erreur de diagnostic en cours d'intervention**

- Erreur de diagnostic clinique en cours d'intervention (analyse erronée du rythme sur le moniteur)

→ **Défaillance de matériel**

- Défaillance du matériel d'oxygénation des pompiers

► Causes profondes

(A noter que pour deux EIGS aucune cause profonde n'a été explorée)

Catégories de facteurs profonds	Causes profondes identifiées
Facteurs liés au patient	<ul style="list-style-type: none"> - Appelant agressif et difficilement interrogeable avec suspicion d'état alcoolisé - Morphologie de la patiente au niveau du grill costal - Hypothermie de la patiente entraînant une analyse erronée du rythme par les palettes du moniteur - Douleur abdominale atypique - Eloignement du domicile du patient : 39 kms
Facteurs liés aux tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'interrogatoire direct du patient
Facteurs liés au contexte individuel (personnel)	<ul style="list-style-type: none"> - Fatigue du médecin régulateur en fin de nuit
Facteurs liés à l'équipe	<p>COMMUNICATION ENTRE PROFESSIONNELS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Défaut de coordination et de transmission d'information des équipes d'intervention (gendarmerie, pompiers, SMUR) <p>COMMUNICATION VERS LE PATIENT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté de communication entre ARM et épouse du patient <p>DÉFAUT DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS ÉCRITES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Défaut d'information (résultats bactériologiques non relayés aux urgences, Centre 15 n'ayant pas accès au dossier des urgences) <p>CHARGE DE TRAVAIL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Charge de travail importante : 12 appels heure, 6 appels dans les 6 minutes qui précèdent - Forte activité des ARM durant cette période, nombreux appels diminuant la durée et la qualité des échanges - Charge d'appels très importante en régulation
Facteurs liés à l'environnement de travail	<p>EQUIPEMENT NON DISPONIBLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de patch d'analyse, coût trop élevé, utilisation de palettes <p>CONDITIONS DE DÉPLACEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conditions météorologiques mauvaises : épisode neigeux
Facteurs liés à l'organisation et au management	<p>GESTION DES RESSOURCES HUMAINES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Période de congés de certains personnels, effectifs tendus depuis un an <p>POLITIQUE D'ACHAT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de patch d'analyse, coût trop élevé, utilisation de palettes - Contrainte financière pour obtenir le changement des bouteilles O2 à 50 bars
Facteurs liés au contexte institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Problème de la permanence des soins au niveau départemental, désertification médicale

NB : la grille ALARM est présente dans le formulaire de déclaration des EIGS ; il existe une version commentée au lien ci-après :

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir194/grille_alarm_v2.pdf

► Barrières

- Barrières qui ont fonctionné :
 - Action de réanimation par les forces de l'ordre assistées par téléphone par les pompiers, intervention de l'équipe d'assistance circulatoire extrahospitalière
 - Prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire par les ambulanciers, Présence de matériel de réanimation dans l'ambulance
- Barrières qui n'ont pas fonctionné :
 - Procédure de travail de l'ARM
 - Prise de la température pour appuyer la décision de décès, pas d'utilisation de patchs
 - Processus d'alerte bactériologique
 - Procédure prévoyant le basculement de toute douleur thoracique au médecin du SAMU
 - Protocole de transfert d'appel à un médecin régulateur
 - Disponibilité de matériel redondant, changement systématique des bouteilles à 50 bars chez les pompiers
- Pas d'identification de barrières par le déclarant par insuffisance d'analyse approfondie :
 - Il n'y a pas eu d'identification de barrières qui ont fonctionné dans 8 cas
 - Il n'y a pas eu d'identification de barrières qui n'ont pas fonctionné dans 4 cas

2.5 Situations à risques pré-identifiées

De cette analyse, on peut pré-identifier les situations à risques suivantes. Leur identification plus aboutie pour permettre la construction de préconisations, nécessite la constitution de groupe de travail pluridisciplinaire et une étude de la littérature et des bases de retour d'expérience existantes.

Les situations à risques pré-identifiées nécessitent donc d'être confirmées par une étude sur un panel d'événements plus important.

► Risque associé à une sous-estimation clinique de l'urgence

Dans 7 EIGS, le médecin régulateur ne déclenche pas ou retarde une intervention par sous-estimation de la situation clinique du patient.

La réalisation d'un diagnostic à distance sans examen clinique du patient et en urgence présente un risque.

► Risque associé à la régulation des appels par l'ARM

Malgré l'existence de protocoles, dans 2 cas, l'ARM ne transmet pas l'appel au médecin régulateur.

► Risque associé à un dépassement des capacités de prise en charge

Dans 3 cas, il existe une situation de surcharge de travail entraînant une fatigue des opérateurs, une baisse de vigilance ayant participé à la survenue de l'EIGS.

3. Axes d'amélioration

Plusieurs publications de la HAS favorisent le développement des démarches de qualité et de sécurité des soins applicables à toute organisation. Issus de celles-ci, il est mis en exergue 4 axes d'amélioration en lien avec les situations à risque pré-identifiées et qui pour certains rejoignent des sujets déjà identifiés dans le rapport IGAS concernant le SAMU de Strasbourg.

► Développer l'apprentissage à partir des événements indésirables

- Au niveau local : Développer, au sein des organisations, un système de signalement pérenne et opérationnel des événements indésirables pour en tirer des enseignements afin de mieux les maîtriser. Cela passe par une évolution de culture de la sécurité et une analyse régulière et en équipe des EIAS qu'ils soient graves ou non.
- Au niveau national : Le dispositif d'accréditation des médecins et des équipes médicales est un dispositif adapté pour permettre à ce secteur de développer un programme national de maîtrise des risques.

► Améliorer le fonctionnement en équipe

- L'efficacité du travail en équipe dans ce secteur semble un enjeu important pour assurer la sécurité du patient. La HAS propose aujourd'hui deux types de programmes qui peuvent correspondre à cet enjeu : Pacte⁵ et le dispositif d'accréditation en équipe.
- On peut souligner également deux sujets complémentaires pour améliorer le travail en équipe :
 - L'entraînement au travail en équipe avec la méthode de simulation en santé notamment en s'appuyant sur les résultats de l'analyse des EIAS (cf. point précédent) ;
 - L'amélioration de la communication entre les professionnels et avec le patient. Pour cela un programme de formation et des outils pourraient être proposés pour développer une communication structurée et efficace (sur le modèle S.A.E.D).

⁵ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte

4. Annexes

4.1 Abréviations

Sigle	Nom littéral
ARM	Assistant de régulation médicale
CESU	Centre d'enseignement des soins d'urgence
CODIS	Centre opérationnel départemental d'incendie et de secours
COG	Centre opérationnel de gendarmerie
MRU	Médecin régulateur urgentiste
CRRA	Centre de réception et de régulation des appels
PDSA	Permanence des soins ambulatoires (Centre 15)
SAU	Service d'accueil des urgences
SDIS	Service d'incendie et de secours
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SMUR	Structure mobile d'urgences et de réanimation
VLI	Véhicule léger d'intervention
VSAV	Véhicule de secours et d'assistance aux victimes

4.2 Bibliographie

► Les publications de la HAS

→ Spécifique aux soins non programmés

- **Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale**

- ▶ Objectifs : Améliorer la qualité et la sécurité de la réponse apportée aux patients; Constituer un support pour la formation continue des professionnels et l'évaluation de leurs pratiques; Favoriser l'harmonisation des pratiques entre professionnels et sur l'ensemble du territoire.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1061039/modalites-de-prise-en-charge-dun-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale

→ Générale aux organisations

- **Programme en équipe :**

- ▶ Pacte : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte
- ▶ Accréditation en équipe : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2011196/fr/l-accréditation-en-equipe

- **Saed : Situation, antécédents, évaluation, demande**

- ▶ C'est un outil mnémotechnique qui permet aisément à un professionnel de santé de structurer sa communication orale auprès d'un autre professionnel.
- ▶ L'objectif principal de cette standardisation est de prévenir les événements indésirables pouvant résulter d'erreurs de compréhension lors d'une communication entre professionnels, mais également de faciliter la mise en œuvre d'une communication documentée claire et concise, et d'éviter les oublis.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante

- **Briefing et debriefing**

- ▶ Pratiques de leadership pour agir sur la communication et le travail d'équipe ciblées sur l'organisation des soins.
- ▶ Le briefing est une séance de partage d'information courte avant l'action permettant l'anticipation des situations à risques. Au cours du briefing, les questions liées aux personnels, aux équipements, aux flux des patients, à l'ambiance et aux situations à risque potentielles ou avérées liées aux patients sont partagés entre les membres d'une même équipe.
- ▶ Le débriefing est une séance de partage d'information courte après l'action. Au cours du débriefing, les professionnels partagent leur point de vue sur une situation passée, afin de mettre en avant les aspects positifs et les dysfonctionnements éventuels. Les professionnels partagent leur connaissance et savoir-faire et en tirent des enseignements.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2657908/fr/briefing-et-debriefing

- **Cadre général cadre d'évaluation des démarches d'analyse des événements indésirables associés aux soins**

- ▶ Objectif : Ce document définit les caractéristiques communes auxquelles doivent répondre les démarches d'analyse de type REX entreprises par des professionnels ou des organisations. Il s'agit d'un cadre général conçu pour permettre à tous les professionnels ou organisations délivrant des soins d'évaluer leur maîtrise du processus d'analyse et l'organisation du retour d'expérience, quelle que soit la méthode d'analyse utilisée et quelle que soit la gravité des événements pris en charge.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2724327/fr/cadre-general-d-evaluation-des-demarches-d-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins

- **Grille d'analyse ALARM**

- ▶ Outil d'aide à l'analyse approfondie des événements. Il favorise une exploration systématique du contexte de l'évènement, d'une sphère proche de l'acte de soin (Patient, Tâches à accomplir, Soignant), vers des couches organisationnelles de plus en plus éloignées (Equipe, Environnement de travail, Organisation et Management, Contexte institutionnel).

- ▶ L'objectif est, à partir de l'identification de la ou des causes immédiates d'un évènement (par exemple : action ou omission commise dans le processus de soin, lapsus, erreur de discernement, oubli, geste non sûr, mise en œuvre incorrecte ou incomplète d'une procédure, manquement délibéré aux pratiques sûres, aux procédures ou aux standards), de rechercher les causes racines, facteurs contributifs à la survenue de ces erreurs pour les corriger en installant des défenses ou barrières, afin de créer un environnement plus sûr.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm-un-outil-pour-structurer-lanalyse-des-causes?xtmc=&xtcr=1

- **Guide Revue de mortalité et de morbidité (RMM)**

- ▶ Guide opérationnel donnant les informations nécessaires et suffisantes pour faciliter la mise en place d'une RMM

- ▶ Une revue de morbidité et de mortalité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systématique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. L'analyse systémique, menée lors de la RMM, est une analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient. De ce fait, elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou des individus. A l'issue de cette analyse, des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes peuvent être tirés afin de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/guide_rmm_juin_09.pdf

▶ **Les publications de Samu de France - Syndicat National de l'Aide Médicale Urgente**

- **La régulation médicale : un acte de soins**

- ▶ Recommandation de Samu-Urgences de France concernant la qualité des échanges téléphoniques

http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/Reco_SUdF_qualite_des_echanges_180510.pdf

- ▶ Guide de régulation médicale

Guide de régulation médicale offrant aux assistants de régulation médicale et aux médecins régulateurs les outils indispensables pour répondre à chaque situation qui se présente dans le cadre de leur mission. Pour chaque motif de recours des appelants au Samu-Centre 15, les fiches de régulation décrivent les rôles de l'assistant de régulation médicale et les éléments qui aident le médecin régulateur dans la conduite de l'interrogatoire de l'appelant, dans la prise de décision qui conclut son acte de régulation, dans l'orientation éventuelle du patient et dans sa mission de conseil aux effecteurs engagés.

<http://www.guide-regulation-medicale.fr>

- **Référentiel : Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence**

- ▶ Ces structures représentent aujourd'hui un élément clé dans l'organisation des soins primaires comme des soins spécialisés. Pivots des soins non programmés, elles doivent être confortées et leurs effectifs cohérents avec leurs missions et activités, dans un souci d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Pour être simple et reproductible, le mode de calcul à la base de ce référentiel repose sur le temps posté, médical ou non médical.

http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/654/sudf_effectifs_medicaux-et-nonmedicaux.pdf



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur

www.has-sante.fr