



Conférence Nationale  
des URPS Médecins Libéraux

**HAUTE AUTORITE DE SANTE  
5 avenue du Stade de France  
93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX**

**Objet : Avis de la CN URPS-ML sur le protocole PC 146**

Paris, le 13 Septembre 2019

Mesdames, Messieurs,

Nous vous remercions d'avoir transmis le 27 Juin 2019 le protocole de coopération 146 à la Conférence Nationale des URPS-ML pour avis.

Sa Commission de travail s'est réunie et vous trouverez ci-dessous son avis.

**Protocole de coopération : PC 146 : « Évaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'infirmier(e) organisateur de l'accueil (IOA), en lieu et place du médecin, pour les patients se présentant avec un traumatisme de membre dans un service d'urgences », déposé par l'ARS Ile-de-France.**

## **I. Concernant ce protocole**

- 1. Les promoteurs du protocole** sont des Services d'Urgences Hospitaliers (hôpital Saint Antoine et hôpitaux de l'est parisien, CHU de Grenoble, CH de Saumur).
- 2. L'objectif du protocole est pour les patients de :**
  - réduire le temps d'attente avant l'initiation d'une thérapeutique ;
  - réduire leur durée de passage aux urgences.
- 3. Les actes dérogatoires consistent en :**
  - ***Poser l'indication d'une demande d'examen radiographique***  
Pour un traumatisme simple et isolé de membre supérieur ou inférieur d'un patient adulte se présentant dans un service d'urgences à l'issue :



- du recueil d'informations ;
  - de l'évaluation clinique initiale ;
  - en l'absence de critères d'exclusion et de critères de non inclusion.
- **Prescrire une radiographie** (selon des protocoles préconisant les clichés à réaliser) conformément aux référentiels de la Société Française de Médecine d'Urgence.
- L'orientation du patient se présentant aux urgences, l'évaluation et la prise en charge de la douleur sont du ressort de l'infirmier selon le décret législatif de 2006 (donc non dérogoires).

## II. Les questions soulevées par ce protocole

### 1. Le protocole est « limité »

- à la petite traumatologie ;
- chez les adultes ;
- après une formation adaptée.

### 2. Qui assume la responsabilité en cas d'erreur de l'infirmier ?

*L'IDE travaille sous la responsabilité du médecin.*

Ce protocole pourrait-il être décliné en établissements libéraux ?

*En effet, le problème de la responsabilité se pose différemment dans le secteur public et dans le secteur privé :*

- dans l'hôpital, la structure assume la responsabilité ;
- dans l'établissement privé, le praticien assume seul la responsabilité.

### 3. Ce protocole sera-t-il responsable d'une inflation d'actes ?

Ces radiographies sont-elles nécessaires ?

Ce protocole ne va-t-il pas augmenter le nombre d'examen radiologiques ?

Si l'Infirmier Organisateur de l'Accueil est bien formé, une inflation des actes de radiologie ne devrait pas être observée, les arbres décisionnels étant basés sur les recommandations des sociétés savantes (Société Française de Radiologie, « Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale »)

Si 40 radiographies de la cheville pour entorse s'avèrent inutiles, y-aura-t-il une diminution ultérieure de leur réalisation ?



4. **Une évaluation médico-économique s'impose, identique à celle appliquée pour les médecins libéraux** (une CPTS pourra accéder à l'ACI CPTS si la patientèle médecin traitant augmente – avec chiffres à l'appui).

Disposer du nombre de radiographies des extrémités sur une semaine ou un mois en amont de la mise en place du dispositif.

Suivre le nombre de radiographies des extrémités sur une semaine ou un mois en aval de ma mise en place du dispositif.

Ce protocole présente-t-il un intérêt économique, un gain financier ?

5. **Évaluation de la pertinence à effectuer**

Sur une semaine, nombre de radiographies des extrémités ayant montré un traumatisme par rapport au nombre de radiographies réalisées.

***En conclusion : Nous pourrions considérer ce protocole comme une amélioration pour le patient qui sera examiné directement, le but étant de « fluidifier » les urgences. La radiographie sera décidée plus tôt et après un examen clinique.***

***Il s'agit d'une pratique déjà existante et la création d'un protocole permettra que celle -ci soit « balisée » par une formation théorique et pratique ce qui réalise une amélioration.***

***Ce protocole constitue une adaptation de certains services d'urgence dans le cadre de l'organisation actuelle des hôpitaux.***

***Cependant, d'autres solutions seraient possibles.***

***Tout d'abord, la régulation de l'accès aux urgences proposée par les médecins libéraux, étant donné que 84 % des passages aux urgences de CHU correspondent à des CCMU 1 et CCMU 2. L'embolisation des urgences – ce surcroît de patients ne nécessitant pas d'exams complémentaires « lourds » – ne correspond qu'à un patient par jour et par médecin.***

***Les médecins libéraux sont prêts à accepter ce surplus de patientèle, sous réserve que, comme pour l'hôpital dans les services d'urgence, une tarification adaptée soit honorée.***

***Cette régulation permettrait, de plus, l'éducation des patients, deuxième partie de la solution.***



Conférence Nationale  
des URPS Médecins Libéraux

Restant à votre disposition, nous vous prions de croire, Mesdames, Messieurs, à l'assurance de nos salutations les plus cordiales.

**Docteur Philippe ARRAMON-TUCOO**  
*Président de la CN URPS-ML*  
*Président de l'URPS-ML-Nouvelle-Aquitaine*