

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

N°

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Médecine Générale

Par

Nicolas GOFFINET

Né le 6 mai 1982 à Paris IVème

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2010

***Qualité de la relation téléphonique au SAMU – Centre 15
du CHU de NANTES***

Président : Monsieur le Professeur Philippe LECONTE

Directrice de Thèse : Madame le Docteur Laetitia LABASTIRE

Entre
Ce que je pense
Ce que je veux dire
Ce que je crois dire
Ce que vous avez envie d'entendre
Ce que vous entendez
Ce que vous comprenez , , ,
il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer,
Mais essayons comme même , , ,

Bernard WEBER - L'Encyclopédie du Savoir Relatif et Absolu - 2000

Je remercie les membres du Jury

Et toutes les personnes qui m'ont aidé dans l'élaboration de ma thèse.

Table des matières

GLOSSAIRE.....	7
INTRODUCTION.....	8
DEFINITIONS.....	8
CONTEXTE DE L'ETUDE	9
I. La démarche qualité.....	9
a. La définition de la qualité.	9
b. La certification.	9
c. La Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitalier (MeaH).	10
II. La régulation médicale.	11
III. Les Techniques de communication orale en vue d'une relation téléphonique.....	13
a. La définition de la communication.	13
b. L'accueil réservé à l'appelant par le professionnel de santé (l'appelé).	14
c. L'identification des caractéristiques de l'appelant.	15
▪ L'inhibé.	15
▪ L'agressif.....	15
▪ L'affirmé.	15
▪ Le manipulateur.....	15
d. La synchronisation appelant/appelé.	15
e. L'entretien appelant/appelé.	16
➤ Le type d'écoute.	16
➤ Le type de question.....	17
➤ Le renforcement.....	17
➤ La reformulation.	17
➤ Le type de langage.....	17
➤ L'empathie.....	18
➤ L'utilisation de mots frustrants.	18
➤ Les tics verbaux.....	18
➤ L'utilisation du « Je ».	18
➤ Le chevauchement.	18
➤ L'assertivité.	18
➤ Les répétitions.	19
➤ La capacité à être rassurant.....	19

f.	La fin de l'appel	19
❖	La salutation de fin.	19
❖	La prise de congé.....	19
•	L'information sur la suite.	19
•	L'invitation à rappeler.	19
g.	Les caractéristiques environnementales.....	20
IV.	La relation téléphonique médecin/appelant	21
a.	La vérification de la bonne compréhension.	21
b.	L'information de l'hypothèse diagnostique.	21
c.	L'information de la décision.....	21
d.	L'information du délai de prise en charge.	21
e.	Le consentement au contrat de soins.	22
f.	La demande de parler au malade.	22
	MATERIEL ET METHODE	23
I.	La population étudiée.....	23
II.	Les objectifs de l'étude.	23
III.	Le mode de sélection des dossiers traités.....	23
IV.	Les critères d'inclusion et d'exclusion.	23
V.	Le recueil des données.....	24
VI.	Les outils d'analyse des données.	24
	RESULTATS ET ANALYSE	25
I.	La période.	26
II.	Les critères du patient.	27
a.	L'âge.	27
b.	Le sexe ratio.	27
III.	Les critères de l'appelant.....	28
IV.	Les caractéristiques de l'appelant.....	30
V.	Le décroché de l'appelé.....	31
a.	La salutation.	31
b.	La présentation.	31
c.	La vérification de l'identité de l'appelant.	32
VI.	La synchronisation Appelant/Appelé.....	33
VII.	L'entretien Appelant/Appelé.	34
a.	Le type d'écoute.	34

b.	Le type de questions.	34
c.	Le renforcement.	35
d.	La reformulation.	35
e.	Le type de langage.	36
f.	L'empathie.	36
g.	Les mots frustrants.	37
h.	Les tics verbaux.	37
i.	L'utilisation du « je »	38
j.	La capacité à éviter le chevauchement.	38
k.	L'assertivité.	39
l.	Les répétitions.	39
m.	La capacité à rassurer.	40
VIII.	La relation Médecin/Appelant.	41
a.	La vérification de la bonne compréhension.	41
b.	L'information de l'hypothèse diagnostique.	41
c.	L'information de la décision.	42
d.	L'information du délai.	42
e.	Le type de décision.	43
f.	Le consentement de l'appelant.	43
g.	La demande à parler au patient.	44
IX.	Les caractéristiques environnementales.	45
X.	La fin de l'appel Appelant/Appelé.	46
a.	La salutation de fin.	46
b.	L'information sur la suite (PARM).	46
c.	La prise de congé (Médecin).	47
	DISCUSSION	48
I.	L'état des lieux des pratiques et les axes d'amélioration.	48
a.	Une proposition de charte qualité.	48
1.	<i>Pour les Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale.</i>	<i>50</i>
	Tableau de bord Permanenciers	51
2.	<i>Pour les médecins.</i>	<i>53</i>
	Tableau de bord médecins Urgentistes	54
	Tableau de bord Médecins Généralistes	56
b.	La formation des professionnels de la régulation.	58

II. Les limites de l'étude et d'analyse de la grille.	60
a. Les supports utilisés pour la rédaction de la grille.	60
b. Le nombre de dossiers analysés.	60
c. Le type d'analyse employée.	60
III. Les solutions proposées.	62
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXE 1 - Grille de réécoute.	68
ANNEXE 2 - Calendrier de réécoute.	70
ANNEXE 3 - Lettre envoyée avant la réécoute.	72
ANNEXE 4 - Lettre de refus de réécoute.	73
ABSTRACT	74
RESUME FRANÇAIS	75
MOTS CLES	75

GLOSSAIRE

- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels
- FMESPP : Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publiques et Privés
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HéliSMUR : Unité mobile d'urgences et réanimation hélicoptère
- MeaH : Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitalier
- MG : Médecin généraliste
- MU : Médecin Urgentiste
- NA : Non Applicable
- PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

INTRODUCTION

L'évaluation de la qualité des services de santé fait partie intégrante des démarches de certification demandées par la Haute Autorité de Santé (HAS). Actuellement, il n'existe pas de grille d'évaluation de la qualité permettant de faciliter l'acte de régulation médicale par une bonne maîtrise des moyens de communication.

L'augmentation croissante du nombre d'appels rend nécessaire la professionnalisation des soignants des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) – Centre 15 devenus Centre de Réceptions et de Régulations des appels (CRRA). Cette nécessité a motivé notre étude.

La relation téléphonique dans les CRRA fait intervenir plusieurs professionnels de santé :

- Les Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale. (PARM)
- Les médecins régulateurs de l'aide médicale urgente. (Médecin Urgentiste, MU)
- Les médecins régulateurs de la permanence des soins^[1]. (Médecin Généraliste, MG)

L'objectif du travail qui a été réalisé est d'établir une grille de bonnes pratiques (par sa rédaction aux vues de connaissances actuelles et après validation par les acteurs de la qualité du SAMU 44) de la prise d'appel, de l'entretien téléphonique et de la fin de l'appel.

Les dossiers de régulation analysés permettront de proposer des axes d'amélioration ainsi qu'une charte qualité en fonction des résultats obtenus.

DEFINITIONS

L'appelant est une personne physique qui a passé l'appel au SAMU – Centre 15.

L'appelé est un professionnel de santé recevant l'appel.

^[1] Améliorer la continuité des soins et la qualité de la prise en charge des patients, Ministère de la Santé, 2009

CONTEXTE DE L'ETUDE

I. La démarche qualité.

a. La définition de la qualité.

Il existe de nombreuses définitions de la qualité des soins, deux semblent s'appliquer tout particulièrement à la régulation médicale :

- « L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins. »^[2]
- « Capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre des résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment. »^[3]

b. La certification.

La loi du 13 août 2004 qui crée la Haute Autorité de Santé introduit aussi un changement de vocable : la "certification" des établissements de santé remplace "l'accréditation". L'article L. 6113-3 du code de la santé publique prévoit que la procédure d'accréditation "conduite par la Haute Autorité de santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement." La version 2010^[4] accorde une importance particulière à l'accueil dans les services hospitaliers, le recueil de consentement du patient ainsi que sur les Evaluations des Pratiques Professionnelles.

^[2] Organisation Mondiale de la Santé, 1982

^[3] Institute of Médecine, 1990

^[4] Manuel de certification des établissements de santé v2010, HAS, 2009

c. La Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitalier (MeaH).

La MeaH a été créée en mai 2003 dans le cadre du Plan Hôpital 2007. Rattachée au Ministère de la santé, elle aide les établissements de santé publiques et privés à améliorer leur organisation. Elle est financée par le Fonds de modernisation des établissements de santé publiques et privés (FMESPP).

Entre 2006 et 2007, un chantier pilote pour les centres 15 a été réalisé permettant, avec 8 SAMU, d'établir un guide des bonnes pratiques^[5]. Ce chantier a mis en exergue les indicateurs quantitatifs de performance et a abordé un nouveau métier, celui de superviseur^[6] au sein des centres 15. Le superviseur de salle est un concept issu de l'univers des centres d'appels non médicaux. Le déploiement de ce poste associe le management opérationnel, la formation et le coaching.

Il n'existe actuellement pas d'évaluation qualitative de la relation Médecin/Malade ou PARM/Appelant. Elle devient nécessaire dans le cadre de la démarche qualité vu le nombre croissant d'appels et la professionnalisation des SAMU – Centre 15.

^[5] Organisation des centres 15 « chaque appel compte, chaque seconde compte » Guide de bonne pratique, MeaH, 2008

^[6] Y. PENVERNE, SAMU – Centre 15 : de nouveaux métiers et de nouvelles pratique, Congrès Urgences 2009

II. La régulation médicale.

« La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) par un médecin régulateur d'un centre d'appels dédié aux urgences médicales, en réponse à la demande du patient lui-même ou d'un tiers adressée directement ou indirectement à ce centre et concernant un patient se trouvant, à distance du centre, en situation d'urgence médicale manifeste, potentielle ou ressentie. »^[7]

Ces centres d'appels sont composés de plusieurs intervenants qui sont pour le SAMU 44 :

- Les PARM sont les premiers à assurer le décroché de l'appel passé au 15.
- Les médecins urgentistes assurent la régulation de l'aide médicale urgente identifiée par les PARM.
- Les médecins généralistes régulent les appels relevant de la permanence des soins.
- La coordinatrice ambulancière assure l'envoi d'ambulance privée en fonction du délai demandé par le médecin et de la disponibilité des entreprises sur la région de la Loire Atlantique.
- Le superviseur (ou coordonnateur) de salle associe le management opérationnel du SAMU, la formation et le coaching des PARM.

L'objectif de la régulation médicale est d'obtenir un contrat de soins. Le médecin ne possède que les éléments sémiologiques obtenus par téléphone. Il est donc essentiel que celui-ci maîtrise les techniques de communication en vue d'établir une relation Médecin-Malade, obtenir un interrogatoire exhaustif et définir un diagnostic.

« L'acte de régulation médicale aboutit à la prescription du juste soin représentant la réponse la mieux adaptée à la demande, compte tenu de l'organisation en place (secours à personne, aide médicale urgente, transport sanitaire, permanence des soins, structures d'urgences, hospitalisation), des ressources disponibles et du contexte. »^[7]

La décision médicale peut-être de deux types en régulation :

- Le conseil médical.
- L'envoi d'un effecteur : le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), les sapeurs pompiers, les ambulances privées, le médecin de garde ou SOS médecin.

^[7] Guide de régulation 2^{ème} édition, SAMU de France, 2009

Le médecin régulateur, lors du transport du malade, doit enfin s'assurer des possibilités de prise en charge de la structure vers laquelle le patient se dirige.

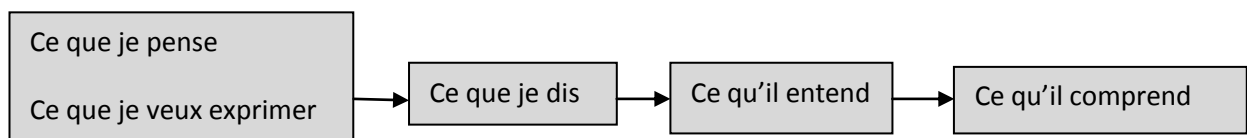
On peut considérer que la qualité de la relation est bonne, si l'ensemble des moyens de communication utilisables ont abouti au consentement du contrat de soins.

III. Les Techniques de communication orale en vue d'une relation téléphonique.

a. La définition de la communication.

La communication est un échange de message entre des personnes. Elle suppose l'existence d'émetteurs (les soignants) et de récepteurs (les soignés) ainsi qu'un système de transport de messages verbaux dans un « espace d'expansion défini »^[8].

Dans une communication, il y a plusieurs filtres entre deux personnages qui sont autant de facteurs de distorsion de la communication :



Le seul message qui compte est le dernier : « Ce qu'il comprend ». Le message envoyé doit être élaboré en fonction de ce qui sera compris par l'appelant.

Tout le travail de l'appelé est de s'assurer du meilleur degré de congruence entre ce qui a été compris et accepté par l'appelant et ce qu'il souhaitait lui transmettre.

La communication entre l'appelant et l'appelé est essentielle dans le cadre de la relation téléphonique au SAMU, elle permet^[9] :

- De construire un climat de confiance entre le médecin et le patient.
- D'aider à l'obtention d'information.
- D'augmenter la satisfaction du patient.
- D'investir le patient dans la décision de sa prise en charge.
- D'aider à réaliser la meilleure décision médicale.
- De produire une pratique de qualité.
- De réduire le risque d'erreur.

^[8] Importance de la communication dans la relation soignant – soigné, Académie Nationale de Médecine, 2006

^[9] Communicating with patient, Australian Government, 2004

A contrario, une mauvaise communication conduit à :

- Diminuer la confiance envers le médecin.
- Diminuer les chances d'obtenir des informations décisives.
- Augmenter le mécontentement du patient.
- Augmenter les incompréhensions.
- Mal interpréter les recommandations médicales.
- Augmenter les risques de plaintes.

b. L'accueil réservé à l'appelant par le professionnel de santé (l'appelé).

L'accueil de l'appelé est essentiel, il comprend :

❖ **La salutation.**

❖ **La présentation.**

En 2005, la Charte Marianne^[10] indique que la présentation doit se faire selon le schéma suivant : Nom et/ou Prénom, Fonction, Structure. Cette charte tient actuellement lieu de référence dans de nombreux centres d'appels^[11].

❖ **Le recueil du motif de l'appel.**

❖ **La prise des coordonnées de l'appelant (ou sa vérification si l'appelé est le médecin).**

Ces quatre temps sont essentiels et permettent la première interaction entre l'appelant et l'appelé qui conduit à l'initiation de l'entretien.

^[10]] La Charte Marianne, Ministère de la fonction publique et de la réforme de l'état, 2005

^[11] Grille d'évaluation des contacts, Bouygues, 2007

c. L'identification des caractéristiques de l'appelant.

Il existe quatre types d'appelant^[12] largement inspirés des différentes personnalités du management. L'identification du type de personnalité permet de se synchroniser avec celui-ci et donc d'obtenir l'ensemble des informations nécessaires. Cet état n'est pas figé, il peut varier en fonction des circonstances de l'appel.

▪ **L'inhibé.**

Dans ce type d'appel, le volume vocal est faible, le discours est pauvre et flou. L'appelant n'exprime ni ses pensées ni son ressenti. La relation risque d'être inconfortable et les informations difficiles à obtenir.

▪ **L'agressif.**

Le volume vocal est fort, les phrases sont courtes ; le discours culpabilisant voire dévalorisant. L'appelant exprime ses reproches sans recul. La relation risque d'être difficile pour l'appelé qui n'obtiendra que les informations données par l'interlocuteur et aura du mal à établir une relation.

▪ **L'affirmé.**

Dans cette personnalité, le volume est adapté, le contenu verbal est clair. L'appelant exprime clairement son ressenti et ses intentions. Ce type de personnalité « idéale » permet d'obtenir l'ensemble des informations nécessaires à une bonne prise de décision.

▪ **Le manipulateur.**

Dans cette personnalité, le volume est changeant, le contenu est flou ou dérangent. L'appelant sait ce qu'il veut et modifiera son discours en fonction des informations données. Ce type de personnalité est donc une des plus difficiles à gérer.

d. La synchronisation appelant/appelé.

La synchronisation est l'ensemble des techniques vocales permettant de s'adapter au mieux à la personnalité de l'appelant. C'est l'art de positionner sa voix par rapport à celle de son interlocuteur.

^[12] ECG, douleur thoracique – de l'appel à l'USIC

Six items font partie de la synchronisation :

- **Le volume** de parole ou ton est le degré d'élévation de la voix. Il est soit fort, normal ou faible. Il peut s'agir d'un caractère permanent et habituel, mais il peut également s'agir d'une attitude temporaire due à des états d'âme particuliers.
- **La note** ou timbre^[13] est, en acoustique et en musique, la caractéristique par laquelle un son se distingue d'un autre son de hauteur et d'intensité identiques. C'est un caractère strictement personnel qui nous permet d'identifier un être parlant. Trois types ont été catégorisés dans la grille : grave, normal ou aiguë.
- **La modulation** est la modification du chant de la voix. Il existe donc deux type monocorde ou chantant.
- **La vitesse** est le nombre de mots utilisés dans un laps de temps donné. Elle se définit en trois types: rapide (220 mots par minutes^[14]), lent ou normal (140-180 mots par minutes).
- **La fluidité** est la modification de la vitesse au cours du discours. Elle est soit animée soit monotone.
- Le **silence** est un moyen de communication en lui-même, il est soit long soit court. Le silence long peut permettre dans le cas du patient agressif de se synchroniser. Il peut permettre au patient inhibé d'avoir un espace de parole plus important.

e. L'entretien appelant/appelé.

➤ **Le type d'écoute.**

Il existe trois types d'écoute :

- L'écoute active consiste à alimenter le discours de l'interlocuteur par des questions et des informations.
- L'écoute passive incite l'appelant à poursuivre son discours en montrant que l'on est présent par des interjections et des mots brefs, sans contenu.
- L'écoute silencieuse fait taire le bavard en créant un trou verbal par absence totale de signaux envoyés. Elle peut aussi permettre une meilleure écoute.

^[13] C. IANDOLO, Guide pratique de la communication avec le patient, 2006

^[14] F. GIRANDOLA, Psychologie de la persuasion et de l'engagement, 2003

➤ **Le type de question**^[15].

Les deux types de questions sont les questions ouvertes et fermées. Les questions ouvertes appellent au développement, elles sont souvent employées au début de l'entretien. Elles impliquent que les interlocuteurs soient clairs et s'expriment facilement. Les questions fermées induisent des réponses courtes. Elles permettent de cibler la réponse ou de simplifier l'effort de formulation de l'autre.

➤ **Le renforcement**

Le renforcement est une technique de communication permettant l'encouragement de l'appelant. « C'est bien ce que vous faites », « Continuez comme ça ». Elle permet de mettre en confiance l'appelant et de l'inciter à poursuivre.

➤ **La reformulation.**

Il existe plusieurs techniques de reformulation, elles permettent de montrer que l'appelé a compris le motif de l'appel. Elle peut se faire en écho (répéter pour montrer que vous avez entendu), en reflet (paraphraser pour montrer ou vérifier que vous avez compris), en synthétisant (résumez ou reprenez une partie du discours).

La reformulation est un des 4 items de la technique E.R.I.C. :

- **E**couter ce que l'interlocuteur veut vous dire.
- **R** reformuler la demande afin de lui indiquer que vous avez saisi l'essence de ses propos.
- **I**nterroger-le pour obtenir le maximum d'informations afin de pouvoir le satisfaire.
- **C**onfirmer, valider avec lui le moyen avec lequel vous allez traiter sa demande.

➤ **Le type de langage.**

Il existe deux types de langage, le simple et le professionnel. Le langage professionnel utilise des termes techniques ne pouvant être compris par un non initié. Il est donc à proscrire dans une relation avec le grand public.

^[15] W. LEEBOV, Telephone Skills for professionals in Health Care, 2003

➤ **L'empathie.**

L'empathie est la capacité de l'appelé à faire ressentir à l'appelant qu'il est réellement à l'écoute et que les émotions ressenties sont adaptées, qu'il est sensible à la situation. Les phrases pouvant être utilisées sont « je comprends pourquoi », « je veux vous aider », « Cela ne doit pas être facile ». Il faut le faire avec sincérité.

➤ **L'utilisation de mots frustrants.**

L'utilisation de ces mots frustrants peut rompre la relation et par là même risquer d'induire un manque d'information. Les termes comme « calmez-vous », « attendez », « vous n'avez pas », « c'est encore la même chose », « j'en ai marre » voire des mots vulgaires. Tous ces termes sont d'autant plus néfastes qu'ils se répètent.

➤ **Les tics verbaux.**

Les tics verbaux sont souvent un mode d'expression de l'appelé et sont difficiles à proscrire sans être identifiés par l'interlocuteur lui-même. Les « euh », « bien », « petit » à répétition sont les plus utilisés.

➤ **L'utilisation du « Je ».**

L'utilisation de la première personne permet de personnaliser l'entretien et d'améliorer ainsi la compliance (capacité du malade, induite par le professionnel de santé, à suivre les prescriptions ou à adhérer à la décision et aux actions médicales). Il permet de se réfugier derrière notre interprétation d'appelé qui peut-être différente de l'expression de l'appelant.

➤ **Le chevauchement.**

Le chevauchement est employé lorsqu'une personne parle en même temps que l'autre. Il faut donc l'éviter pour permettre la meilleure écoute possible des différentes informations données par les interlocuteurs.

➤ **L'assertivité.**

L'assertivité, ou avoir un comportement assertif, est la capacité à s'exprimer et à défendre ses droits sans empiéter sur ceux des autres. Elle correspond à une attitude de fermeté par rapport aux événements et à ce que l'on considère comme acceptable ou non, de façon à développer

des relations plus harmonieuses. C'est un élément essentiel de la relation qui reste néanmoins très subjectif.

➤ **Les répétitions.**

Les répétitions sont une technique de communication permettant d'imprimer, de manière subliminale, notre objectif. C'est aussi ce qu'on appelle la technique du « disque rayé ».

➤ **La capacité à être rassurant.**

Il s'agit de la capacité à redonner de la sécurité, de l'assurance. On peut l'utiliser par des phrases comme « les secours arrivent vite », « je m'occupe de vous ».

f. La fin de l'appel

❖ **La salutation de fin.**

La salutation de fin peut être réalisée par une adjonction type « au revoir » mais aussi en exprimant la fin de l'appel « on va pouvoir raccrocher ». C'est un temps essentiel permettant de finaliser la relation avec l'appelant.

❖ **La prise de congé.**

La prise de congé est une formule d'ouverture laissant la possibilité à l'appelant de rappeler ou elle signifie que l'appel est orienté vers un autre interlocuteur. Elle est de deux types en régulation en fonction des interlocuteurs :

- L'information sur la suite.

Cette notion est utilisée pour les PARM pour mettre fin à leur appel. La phrase type est « je vous passe le médecin » permettant à l'appelant de savoir que l'appel n'est pas terminé et qu'un autre intervenant va poursuivre sa prise en charge.

- L'invitation à rappeler.

Cet item pour les médecins, laisse à l'appelant la possibilité de rappeler le SAMU en cas de non amélioration des symptômes^[16] ou s'il existe une modification des informations initialement recueillies dans l'attente des secours. Elle permet éventuellement de réadapter la décision initiale en fonction de l'évolution des symptômes.

^[16] Prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale, HAS, 2009

g. Les caractéristiques environnementales

L'analyse de l'environnement dans lequel se passe l'appel est important pour une bonne relation entre l'appelant et l'appelé. Plus l'environnement est silencieux, plus l'écoute est de qualité.

Chaque interlocuteur a son environnement lié à la technique (**grésillement**) à son lieu de l'appel (**bruits environnants**).

Les paramètres techniques sont difficilement modifiables.

A l'inverse, le bruit environnant au SAMU doit tendre à être minimum. L'enceinte dans laquelle la régulation se pratique a été étudiée sur le plan acoustique pour optimiser l'insonorisation.

Dans le cadre de l'appelant, le bruit peut être modifié en changeant son positionnement dans l'enceinte du lieu où il se trouve.

IV. La relation téléphonique médecin/appelant

a. La vérification de la bonne compréhension.

La **vérification de la compréhension** de la situation par le patient, non seulement des hypothèses diagnostiques mais aussi de la décision médicale prise, fait partie intégrante du code de déontologie médicale. « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille sur leur compréhension^[17] ». Il paraît donc essentiel que le médecin vérifie la compréhension de l'information en vue d'une adhésion au contrat de soins.

b. L'information de l'hypothèse diagnostique.

L'information de l'**hypothèse diagnostique** est un élément important permettant une meilleure adhésion au contrat de soins. Elle semble être d'autant plus importante qu'il s'agit d'un conseil médical. C'est la sanction de toute consultation médicale. Elle permet de passer de l'état patient à l'état malade.

c. L'information de la décision.

La décision doit toujours être expliquée à l'appelant. Elle fait partie intégrante de l'information au malade.

d. L'information du délai de prise en charge.

Il paraît essentiel dans le cadre de l'envoi d'un moyen d'informer du **delta de temps** entre le moment où l'on parle et l'arrivée des secours. Ce délai doit se donner en minutes ou heures afin de préparer l'accueil du moyen de secours engagé ainsi que préparer l'appelant à un temps d'attente.

^[17] Article 35 du code de déontologie médicale et article R 4127-35 du code de santé publique.

e. Le consentement au contrat de soins.

L'obtention du consentement du patient est un devoir du médecin^[18]. Il doit intervenir après une information médicale, donnant à l'appelant tous les éléments, lui permettant de prendre sa décision.

f. La demande de parler au malade.

Il paraît licite dans une relation médecin/appelant de tendre vers une relation Médecin/Malade. Ceci passe par la demande du médecin de **parler à la victime** ou de **l'entendre**, si c'est possible sur le plan technique (téléphone avec fil, malade dans une autre région, ...). La sémiologie médicale téléphonique se définit par l'interrogatoire mais aussi par l'écoute.

^[18] Article 36 du code de déontologie médicale et article R 4127-36 du code de santé publique.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective mono centrique sur 5 jours impairs consécutifs en dehors de toute période épidémique ou de situation exceptionnelle.

I. La population étudiée.

La population concerne l'ensemble des dossiers de régulation du SAMU 44 sur une période allant du vendredi 11 juin 2010 au samedi 19 juin 2010.

II. Les objectifs de l'étude.

L'objectif principal est de faire un état des lieux des pratiques en terme de qualité de la relation téléphonique au SAMU – Centre 15 du CHU de Nantes.

Les objectifs secondaires sont :

- ❖ de proposer des engagements qualités pouvant être insérés dans une Charte.
- ❖ de proposer des solutions en vue d'une amélioration des pratiques.

III. Le mode de sélection des dossiers traités.

La sélection des bandes a été réalisée sur 5 jours consécutifs de jours impairs sur toutes les périodes de réécoute par tranche horaire d'une heure de 0h00 à 0h00 :

- La 1^{ère} régulation MU.
- La 2^{ème} régulation PARM.
- La 3^{ème} régulation MG.

IV. Les critères d'inclusion et d'exclusion.

Il a été exclu l'ensemble des dossiers de régulation :

- pour transfert secondaire.
- pour demande d'HéliSMUR.
- pour demande de renseignement.

Tous les autres dossiers sont inclus.

V. Le recueil des données.

Il a été utilisé une grille de réécoute (Annexe 1) établie avec les différents items expliqués dans l'introduction.

La sélection des dossiers a été faite avec le logiciel CENTAURE 15® selon le calendrier de réécoute (Annexe 2).

La réécoute a pu débuter après accord des différents intervenants (Annexe 3 et 4).

Elle s'est faite grâce au logiciel SYS-REPLAY®.

VI. Les outils d'analyse des données.

L'ensemble des données a été intégré dans un tableau EXCEL (Logiciel Excel 2007®) puis analysé grâce à EPI Info®. L'analyse est uniquement descriptive en terme de fréquences des éléments recueillis grâce à la grille de réécoute.

La rédaction s'est faite ensuite sur WORD 2007® pour WINDOW 7 professionnel®.

RESULTATS ET ANALYSE

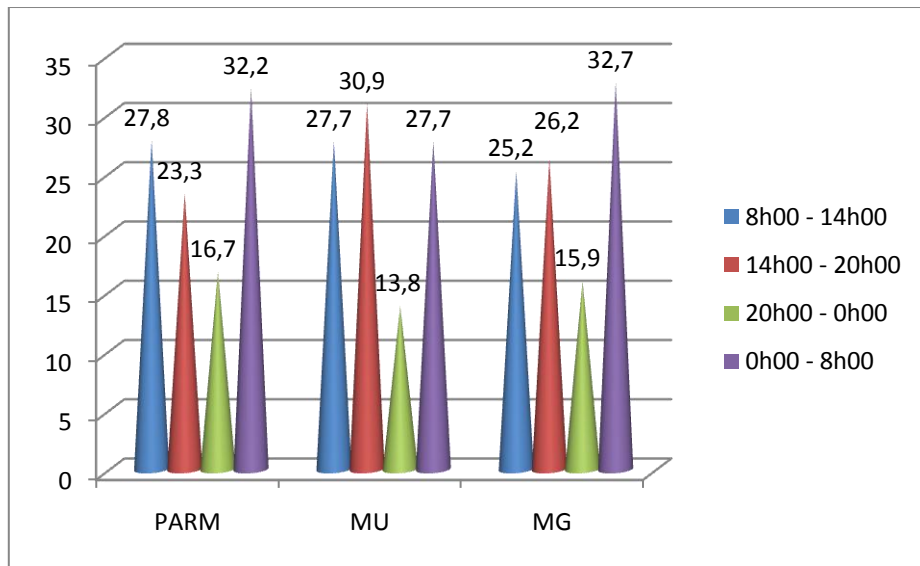
Durant la période de l'étude 360 dossiers ont été retenus selon le mode de sélection des dossiers. Sur l'ensemble de ces dossiers, 69 n'ont pu être analysés pour différentes raisons :

- Absence d'appel pour les intervenants pendant la période.
- Prise de connaissance d'un bilan donné par le PARM sans entretien avec l'appelant.
- Présence de critères d'exclusion lors de la réécoute.
- Difficultés techniques à l'obtention de la bande par le logiciel de réécoute.

L'analyse descriptive a donc porté sur 291 bandes de régulation réparties de la manière suivante :

- 90 dossiers PARM.
- 94 dossiers MU.
- 107 dossiers MG.

I. La période.



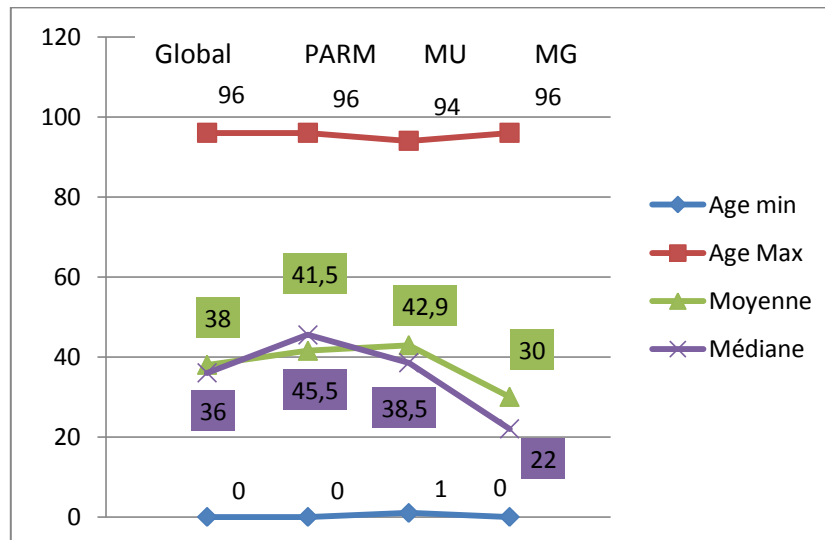
Aux vues de ces résultats, de répartition selon la période, les données seront analysées pour obtenir un nombre suffisant de dossiers en 2 périodes.

Le jour de 08h00 à 20h00 avec respectivement 51.1%(46) des dossiers pour les PARM, 58.6% (55) pour les médecins urgentistes et 51.4% (55) pour les médecins généralistes.

La nuit de 20h00 à 08h00 avec respectivement 48.9 %(44) des dossiers PARM, 41.4% (39) des dossiers MU et 48.6%(52) des dossiers MG.

II. Les critères du patient.

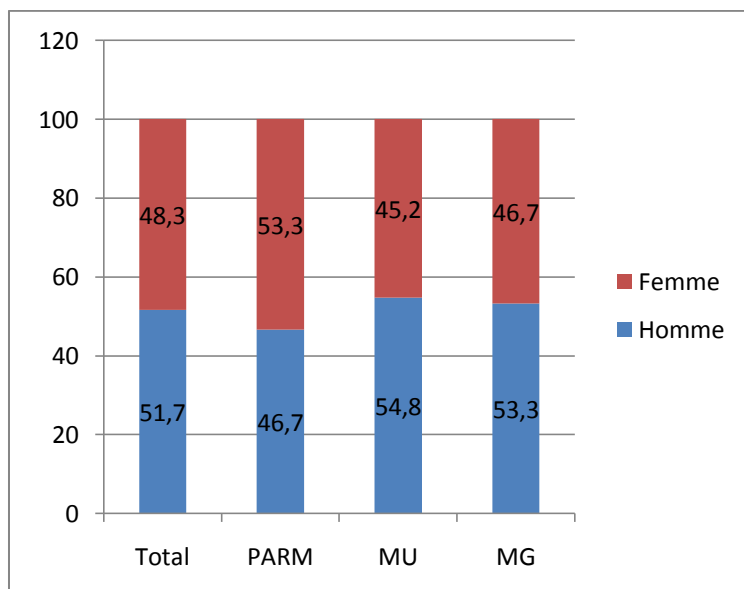
a. L'âge.



L'analyse descriptive de l'âge montre :

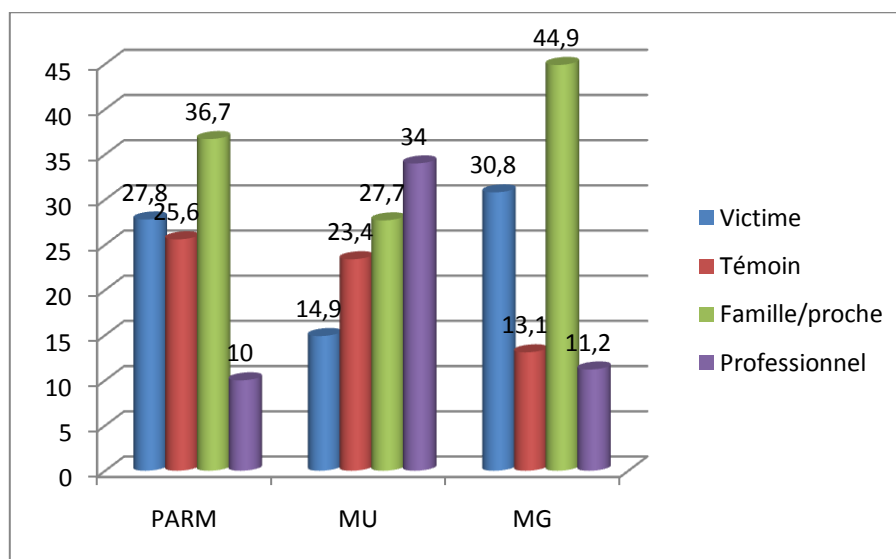
- Pour les PARM : médiane à 46.5ans [0 ; 96 ans]
- Pour les MU : médiane à 38.5ans [1 ; 94ans]
- Pour les MG : médiane à 22ans [0 ; 96ans]

b. Le sexe ratio.



III. Les critères de l'appelant.

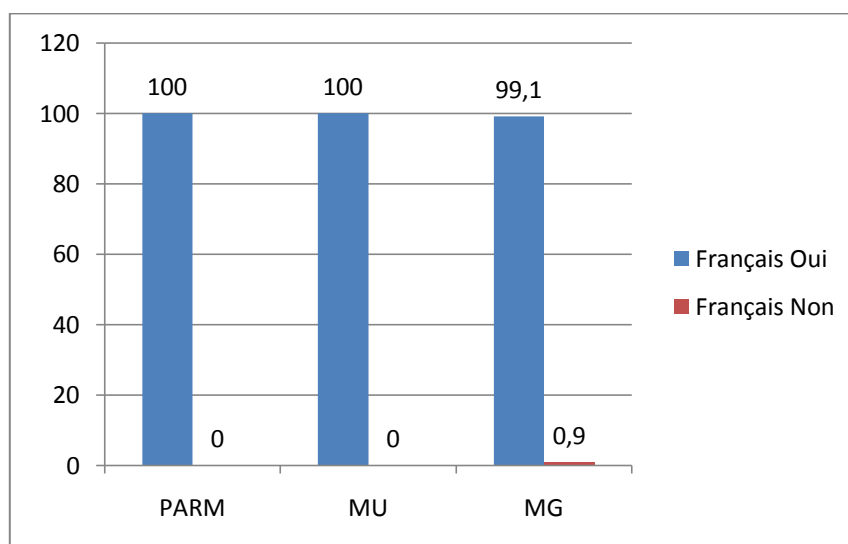
a. Le type d'appelant.



Dans cette analyse les professionnels sont les médecins, les infirmiers et les acteurs du premier secours.

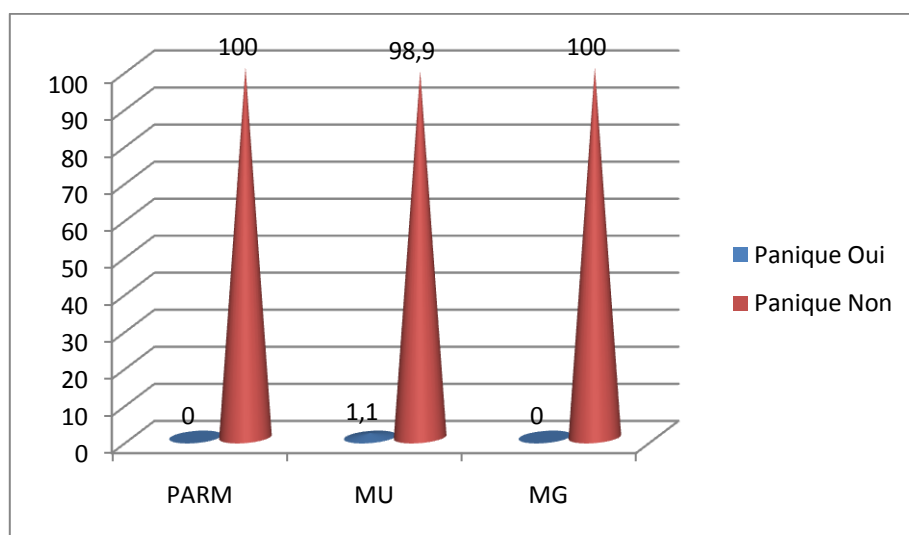
Les médecins urgentistes reçoivent plus d'appels 34% (32) venant des professionnels de santé que les médecins généralistes 11.2% (12)

b. La langue du patient.



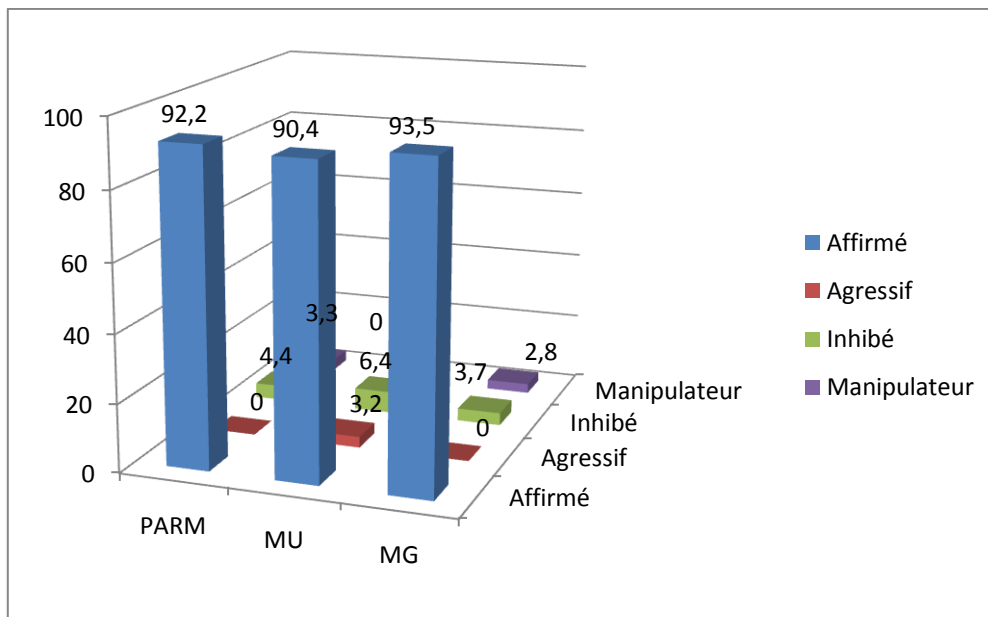
Un médecin généraliste a reçu un appel d'un appelant ne parlant pas français.

c. Les appels paniqués.



Le nombre d'appelants paniqués est faible sur l'échantillon analysé, on ne retrouve qu'1 appelant paniqué pour les médecins urgentistes.

IV. Les caractéristiques de l'appelant.



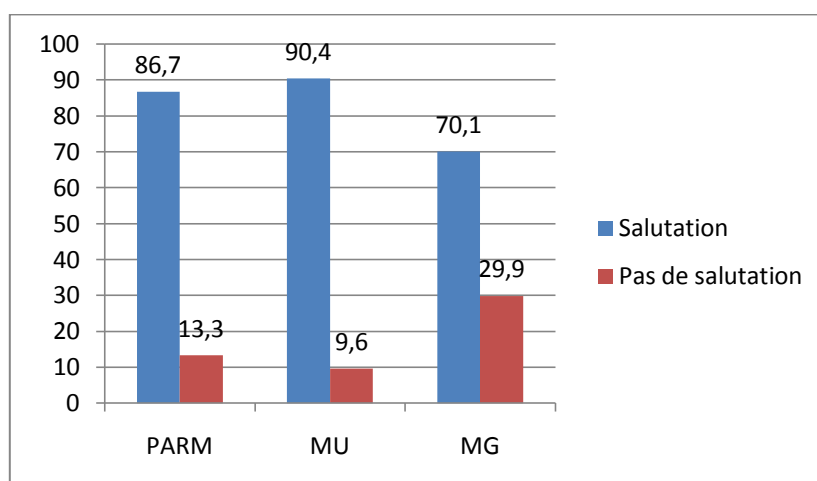
Les chiffres globaux sont :

- Affirmé 92% (268)
- Agressif 1% (3)
- Inhibé 5% (14)
- Manipulateur 2% (6)

La plupart des appelants est donc de type affirmé.

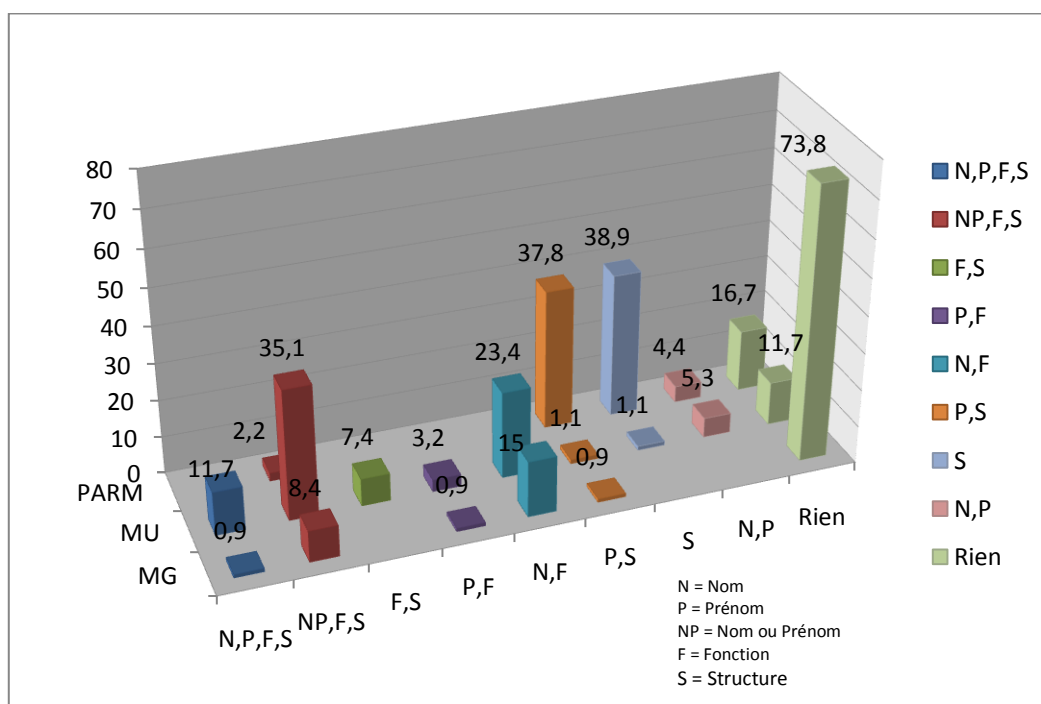
V. Le décroché de l'appelé.

a. La salutation.



La salutation est faite par les PARM dans 86.7% (78), par les MU dans 90.4%(85) et par les MG dans 70.1% (75) des appels.

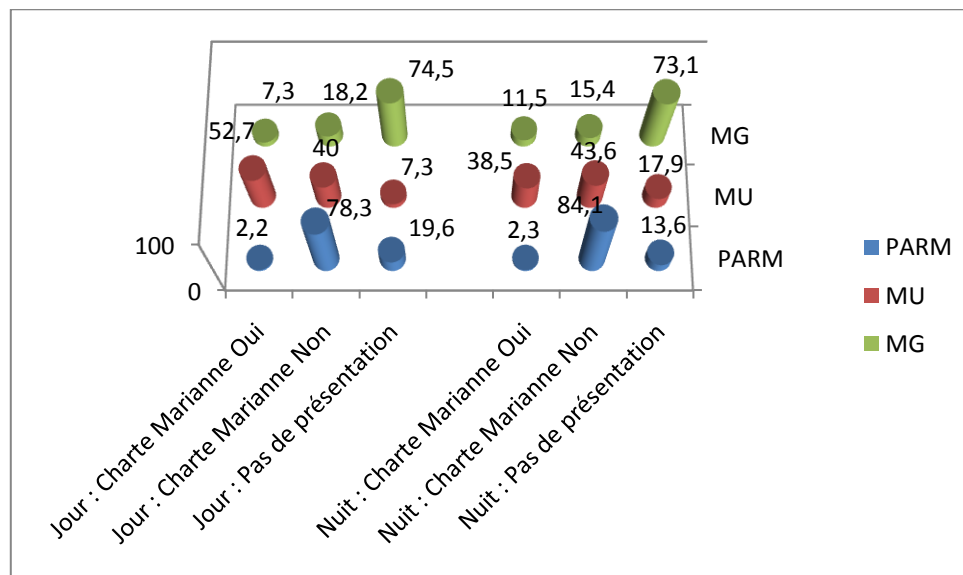
b. La présentation.



Si l'on prend les critères selon la charte Marianne (Nom et/ou Prénom, fonction, structure), les PARM se présentent bien dans 2.2%(2) des appels contre 46.8% (44) pour les MU et 9.3 % (10) pour les MG.

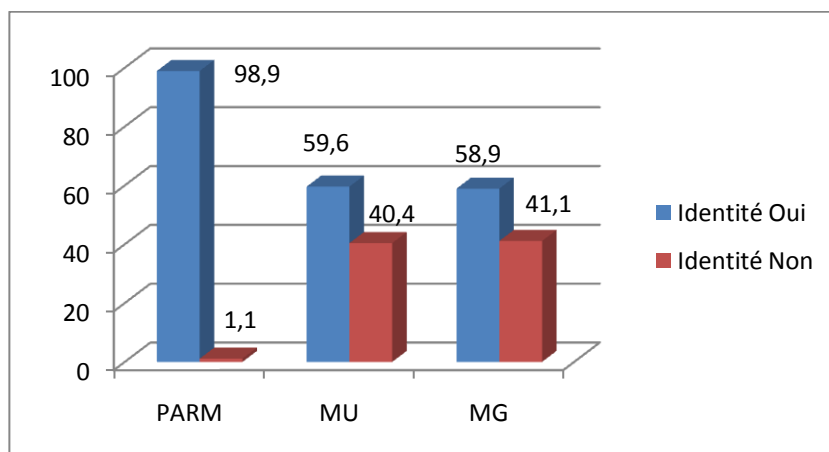
Les PARM se présentent à 78,9 % (71) par l'information de la structure puis, dans 50.7% (36) de ces cas le prénom est ajouté et enfin dans 5.6% (2) de ces cas la fonction est précisée. Ces 5.6% sont représentés par des infirmières prenant les appels en tant que PARM.

Les professionnels de la régulation ne s'identifient pas dans 16.7 % (15) pour les PARM, 11.7% (11) pour les MU et 73.8% (79) pour les MG,



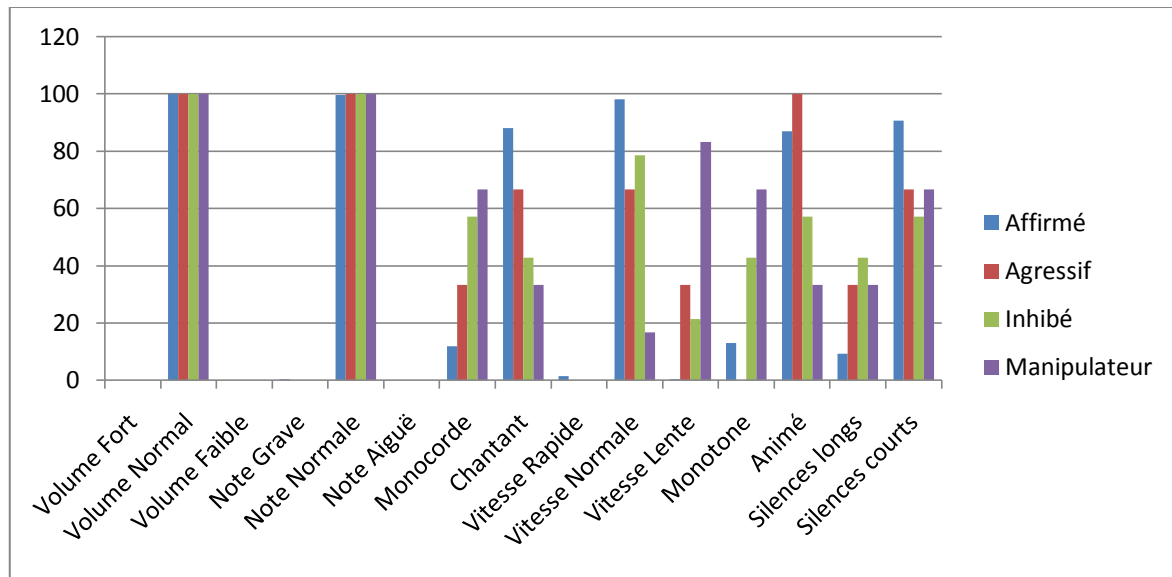
La nuit, les médecins urgentistes se présentent avec l'ensemble des critères de la charte Marianne dans 38.5 % (15) des cas contre 52.7 % (29) le jour mais ne se présentent pas du tout dans 17.9 % (7) des cas contre 7.3 % (4) la journée.

c. La vérification de l'identité de l'appelant.



La vérification de l'identité de l'appelant intervient dans près de 60% (MU 46 ; MG 63) des cas chez les médecins.

VI. La synchronisation Appelant/Appelé.



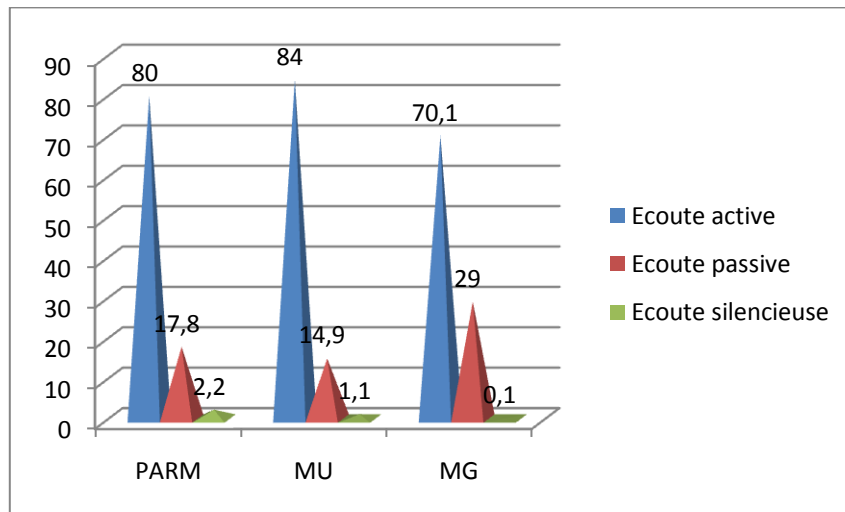
Il n'existe pas de modification du Volume et de la Note en fonction du caractère de l'appelant. Le reste des items de la synchronisation est difficilement analysable étant donné le nombre faible de caractères agressifs (3/291), inhibés (14/291) et manipulateurs (6/291).

Ces chiffres semblent montrer que :

- Pour l'agressif, la modulation est chantante 66.7 % (2), la vitesse est normale 66.7% (2), le discours est animé 100%(3) et les silences sont courts 66.7% (2).
- Pour l'inhibé, la modulation est monocorde 57.1 %(8), la vitesse est normale dans 78.6 %(11) (lente dans 21.4 %(3)), le discours est monotone dans 42.9%(6) des cas et les silences sont longs dans 42.9 %(6) des cas.
- Pour le manipulateur, la modulation est monocorde dans 66.7 % (4), la vitesse est lente dans 83.3 % (5), le ton est monotone dans 66.7 %(4) et les silences sont courts dans 66.7 %(4) des cas.
- Pour l'affirmé, la modulation est chantante dans 88.1 % (236), la vitesse est normale 98.1 % (263), le discours est animé dans 86.9 % (233) et les silences sont courts 90.7 % (243)

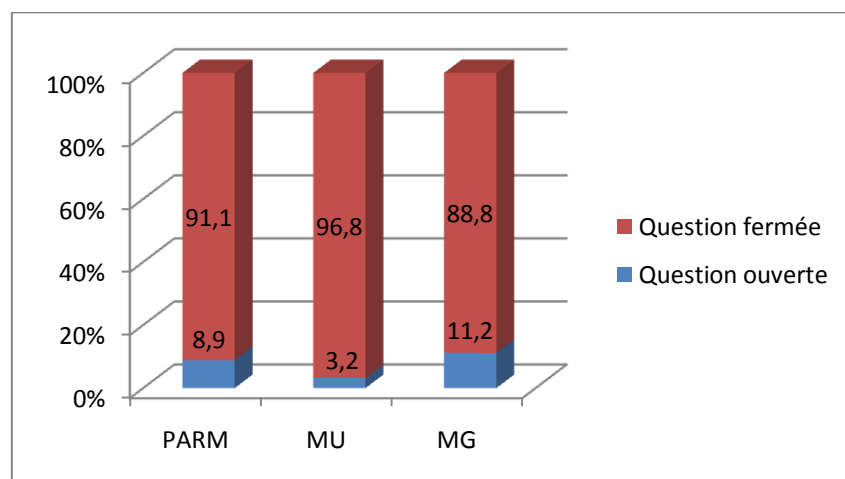
VII. L'entretien Appelant/Appelé.

a. Le type d'écoute.



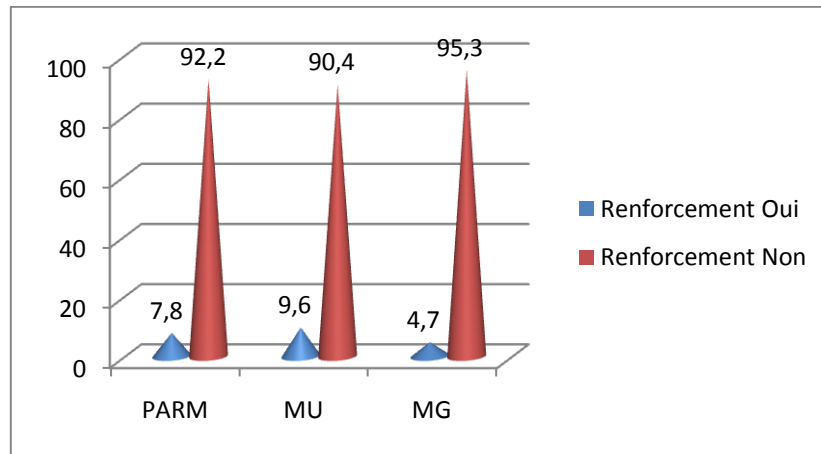
L'écoute silencieuse représente 1 appel d'un Affirmé pour les MU, 1 appel d'un Affirmé pour les MG et de 2 appels pour les PARM (1 Affirmé et 1 Inhibé).

b. Le type de questions.



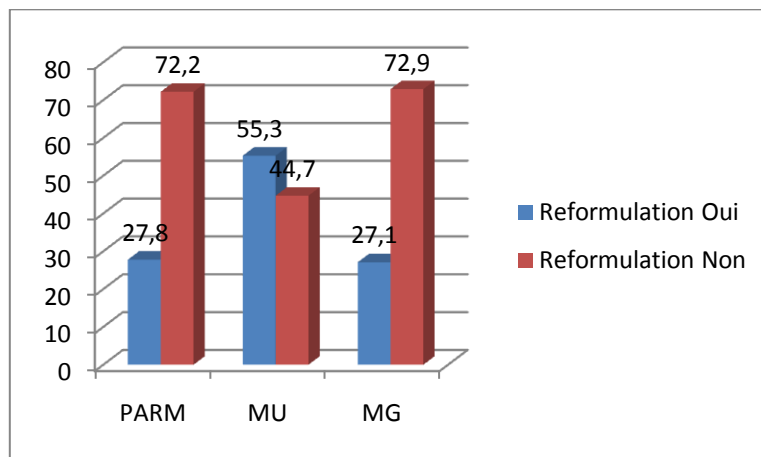
Pour cette analyse, c'est la proportion de questions au cours de la première minute qui a été analysée. Dans près de 90% (PARM 82, MU 91, MG 95) des cas les questions sont fermées.

c. Le renforcement.



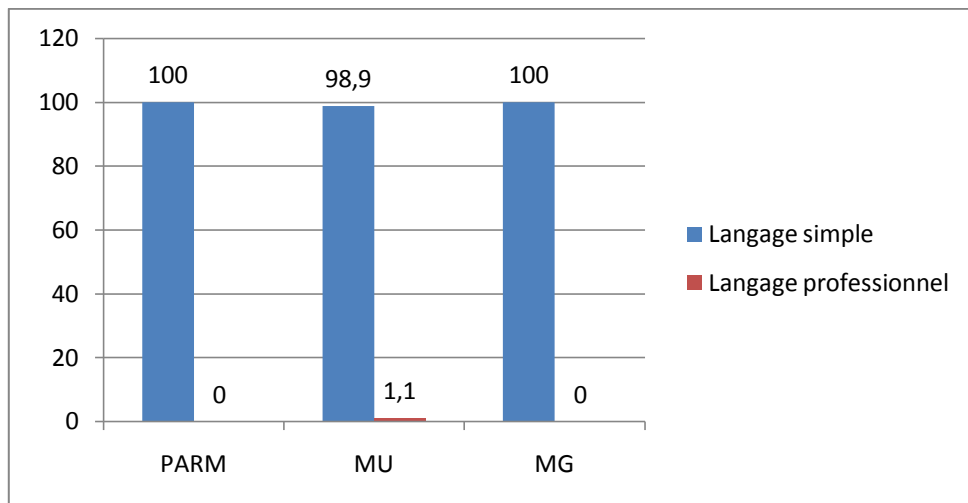
Le renforcement est une technique utilisée dans moins de 10% (PARM 7, MU 9, MG 5) des cas.

d. La reformulation.



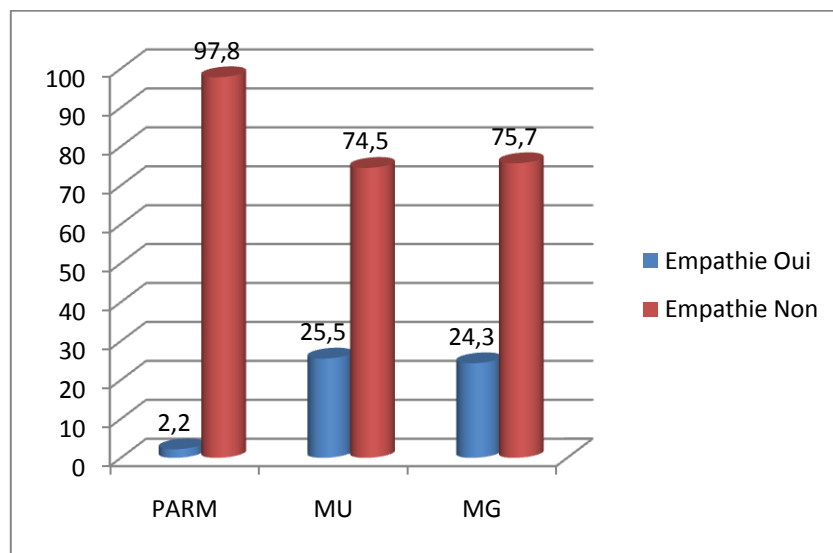
La reformulation est utilisée comme technique de communication dans plus de 50 % (52) des cas chez les médecins urgentistes ,27.1 % (29) pour les MG et 27.8 % (25) pour les PARM.

e. Le type de langage.



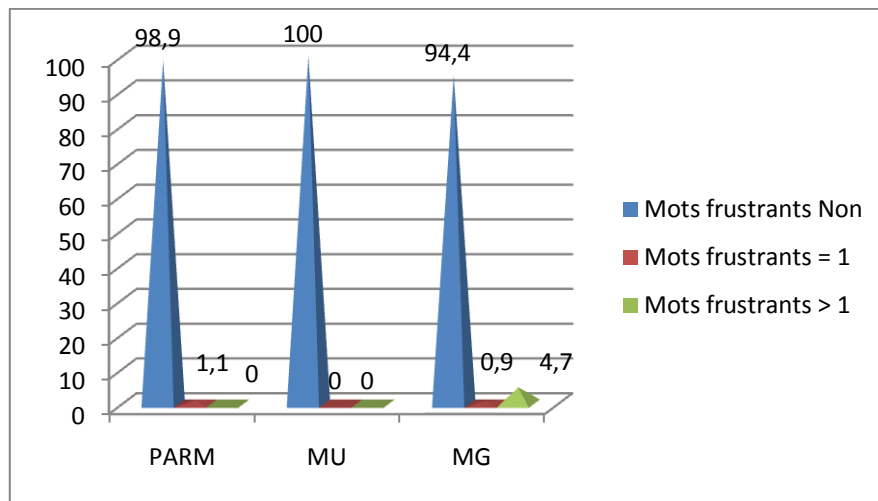
Le médecin urgentiste a utilisé le langage professionnel avec 1 appelant Professionnel.

f. L'empathie.



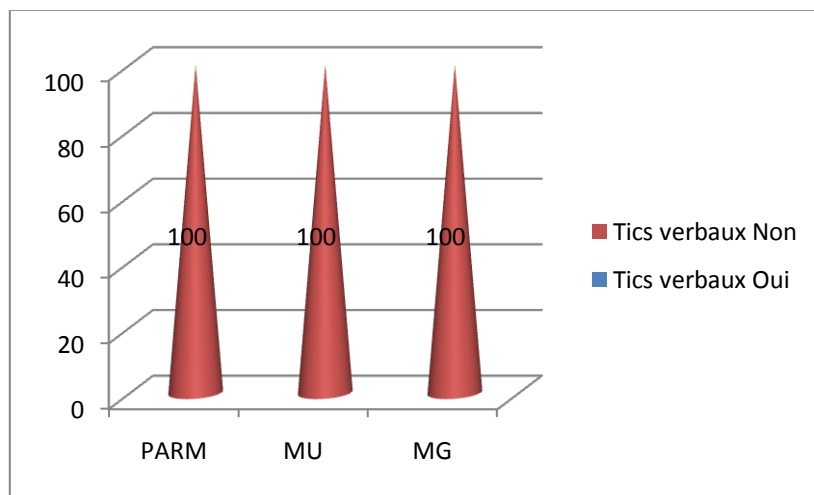
L'empathie est utilisée dans 1 appel sur 4 chez les médecins (MU 24, MG 26).

g. Les mots frustrants.



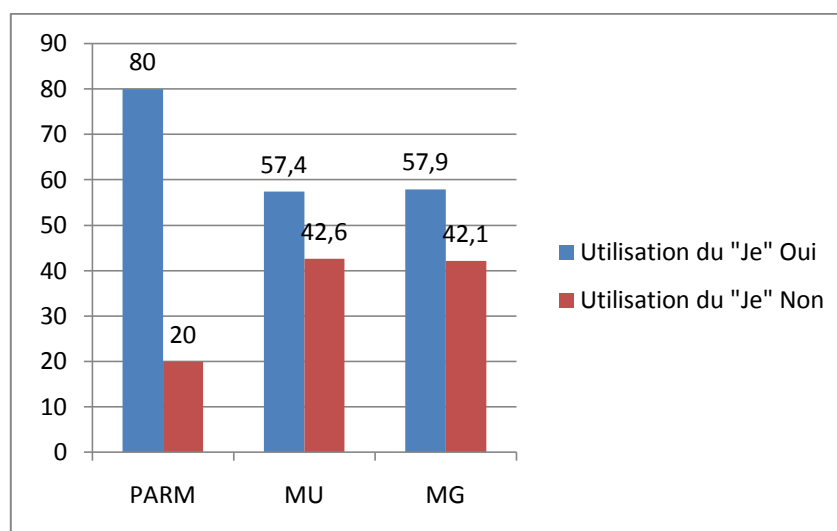
Les mots frustrants utilisés et marquants ont été « vous n'avez pas ça mais tout le monde en a », « j'en ai marre », « vous n'avez pas fait ça ». Ils ne représentent qu'une faible proportion des appels.

h. Les tics verbaux.



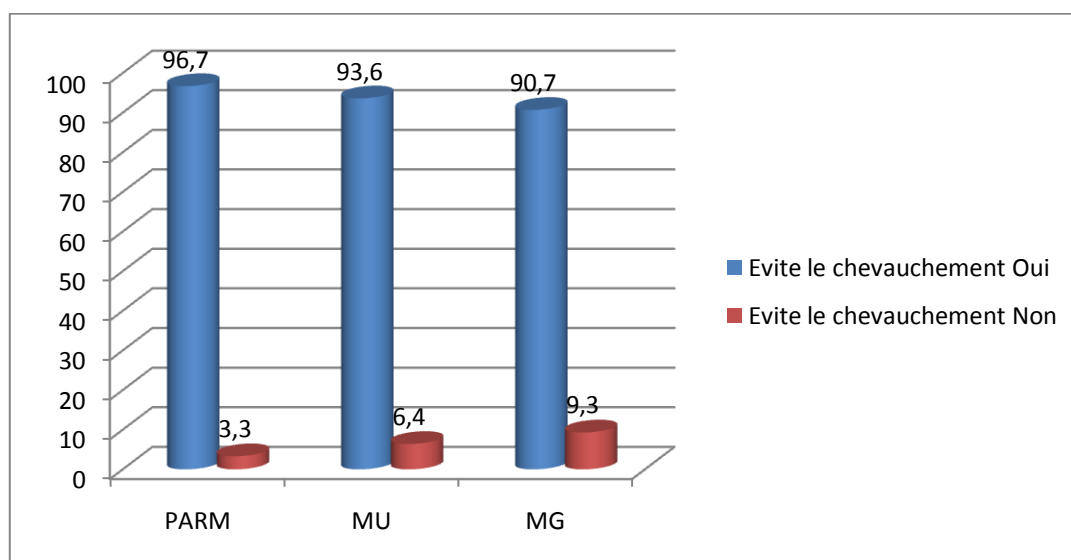
Dans cette analyse, aucun tic verbal n'a été entendu.

i. L'utilisation du « je »



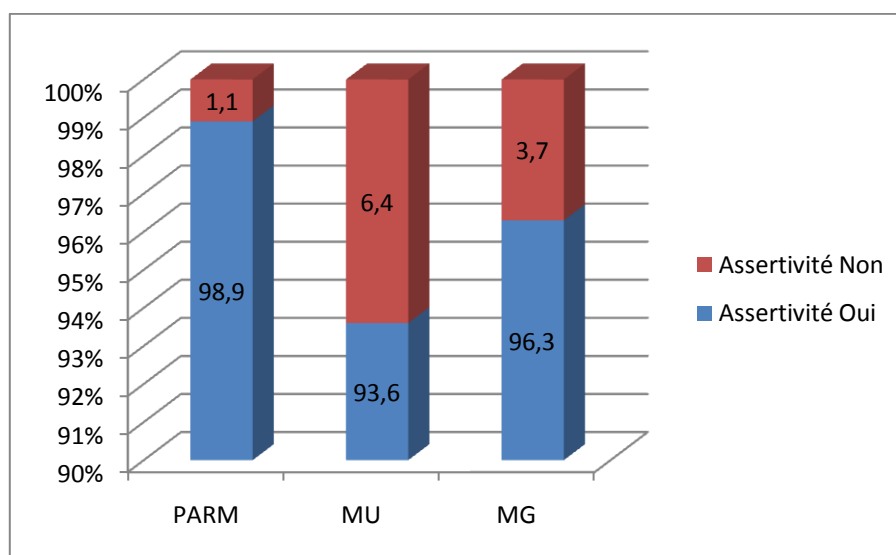
Le « Je » est utilisé dans près de 60 % des cas pour les médecins (MU 54, MG 62) et dans 80 % (72) des cas chez les PARM.

j. La capacité à éviter le chevauchement.



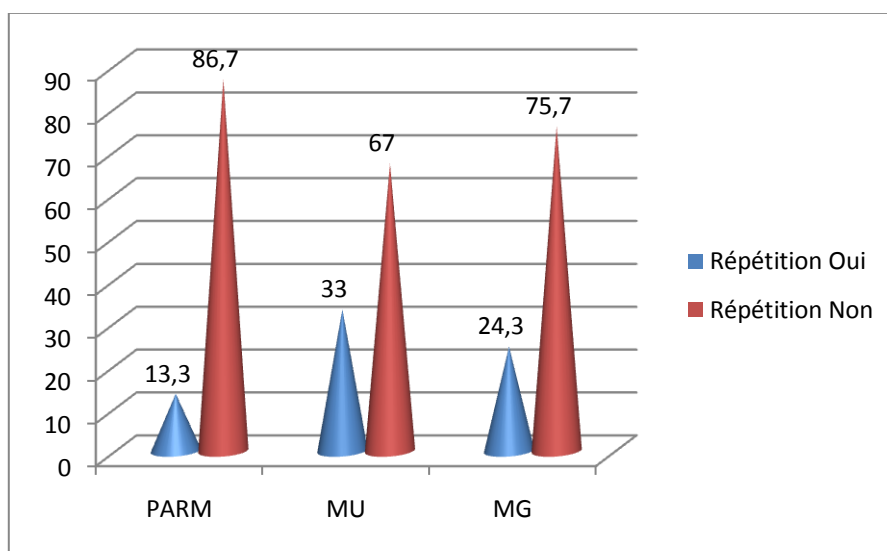
Le chevauchement est évité dans plus de 90 % des cas (PARM 3, MU 6, MG 10) chez les différents intervenants.

k. L'assertivité.



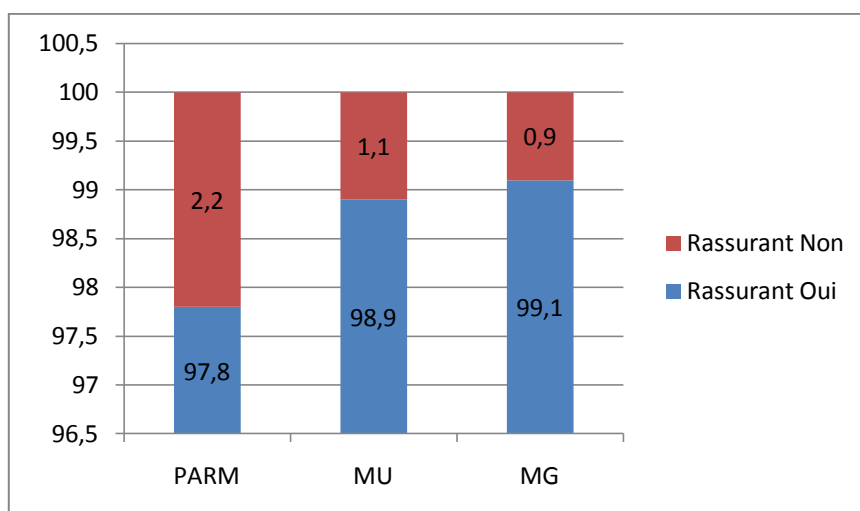
L'assertivité est à 98.9% (89) pour les PARM, 93.6%(88) pour les MU et 96.3%(103) pour les MG.

l. Les répétitions.



Les urgentistes l'utilisent pour près de 33%(31) des appels contre 24.3 %(26) pour les MG et 13.3 %(12) pour les PARM.

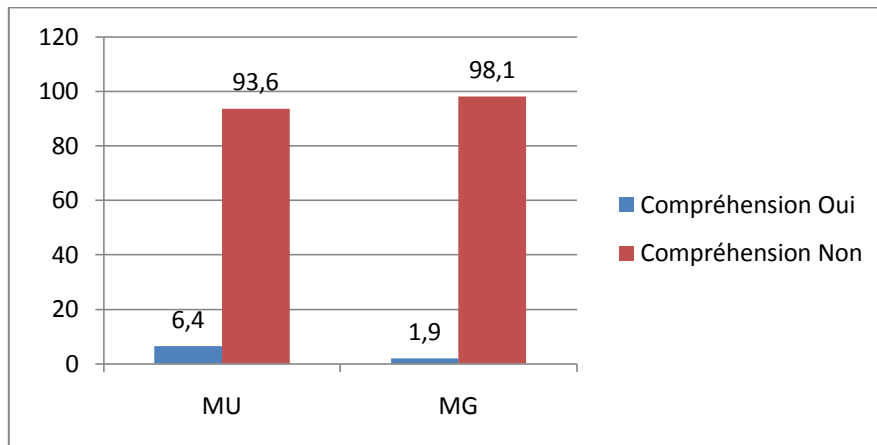
m. La capacité à rassurer.



La capacité à redonner de la sécurité est de 97.8% (88) pour les PARM, 98.9% (93) pour les MU et 99.1% (107) pour les MG

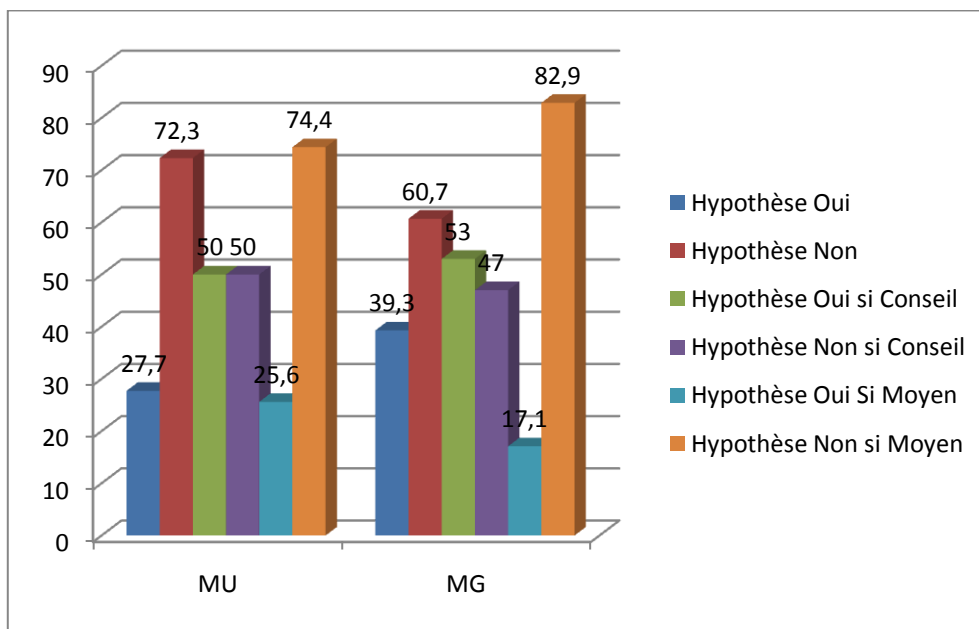
VIII. La relation Médecin/Appelant.

a. La vérification de la bonne compréhension.



La vérification de la bonne compréhension de la situation par l'appelant est faite dans moins de 10 % des dossiers (MU 6, MG 2)

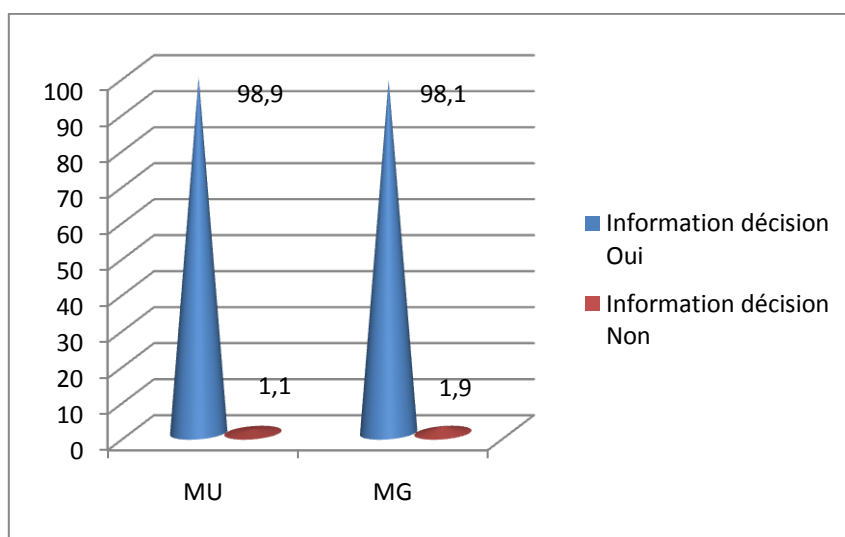
b. L'information de l'hypothèse diagnostique.



Les médecins généralistes donnent une hypothèse diagnostique dans 39.3% (42) des appels contre 27.7% (26) chez les médecins urgentistes.

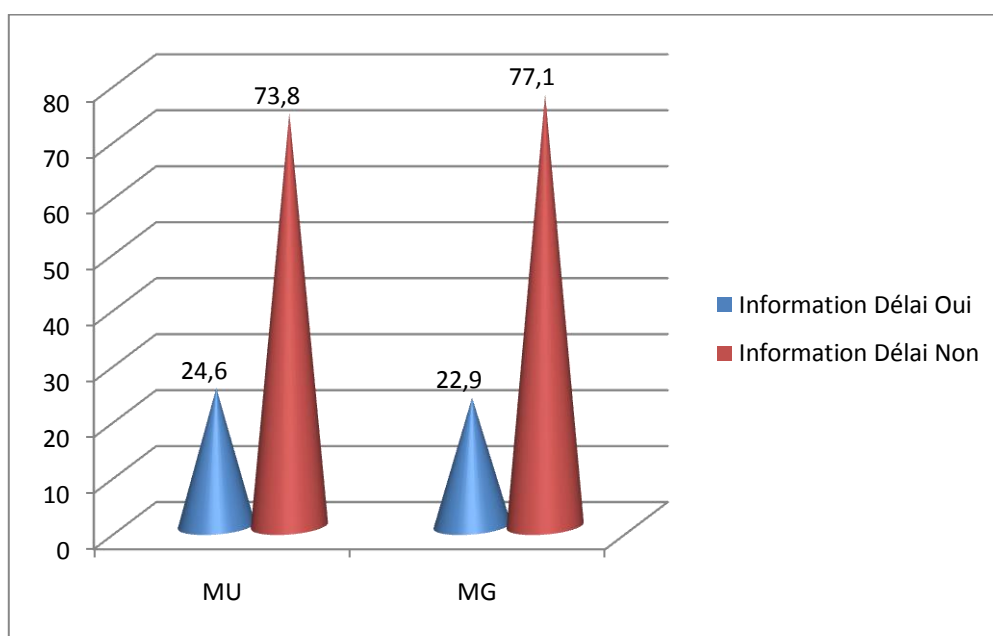
Lorsque qu'un conseil médical est donné cette proportion devient d'environ 50% (MU 4, MG 35) pour les deux types de médecins.

c. L'information de la décision.



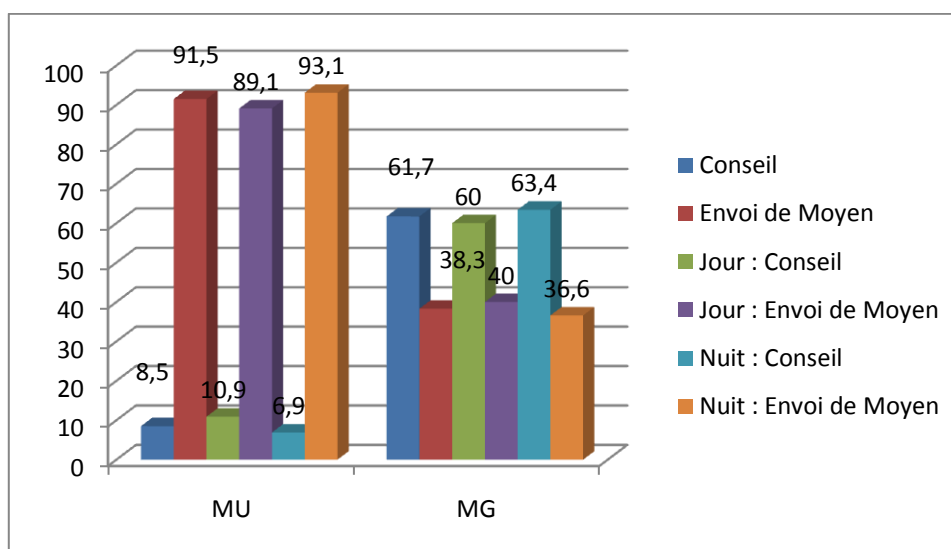
Les appelants sont informés de la décision dans plus de 98 % des cas (MU 93, MG 105).

d. L'information du délai.



Lors de l'envoi d'un moyen, l'information sur le délai ne se fait pas dans près de trois appels sur quatre (MU 63, MG 32).

e. Le type de décision.

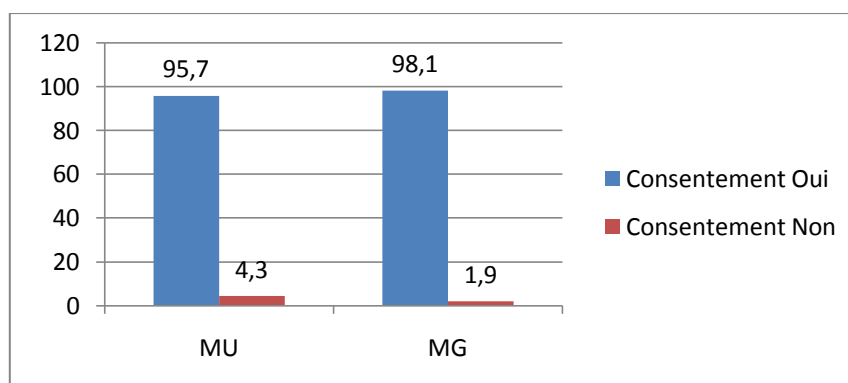


Il a été considéré pour l'envoi de moyen les effecteurs suivant :

- SMUR.
- Médecin de garde.
- Les sapeurs pompiers.
- Les ambulances privées.
- SOS médecin.

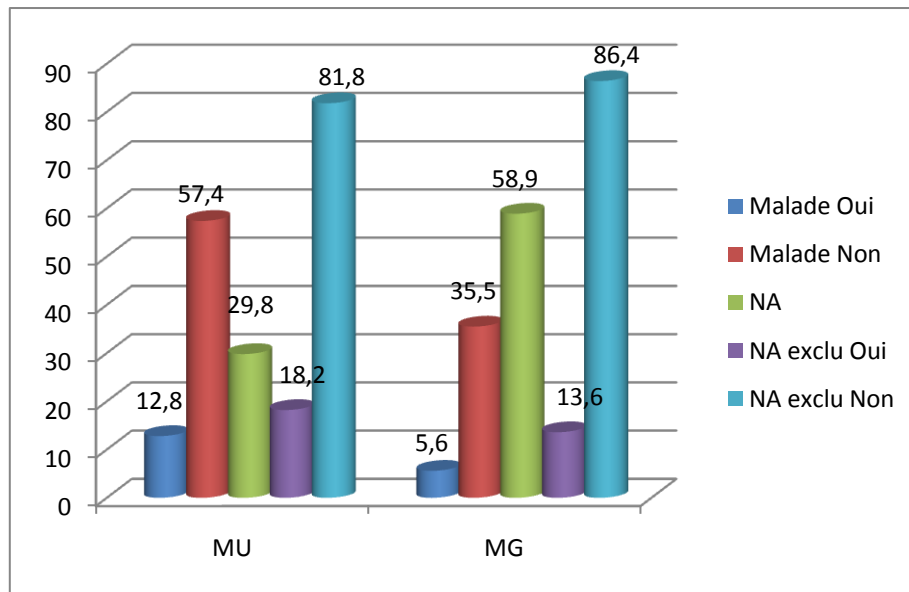
Les médecins urgentistes envoient un moyen dans 91.5% (86) des cas contre 38.3% (41) pour les médecins généralistes. Cette répartition ne semble pas changer en fonction du jour et de la nuit.

f. Le consentement de l'appelant.



Le consentement est recherché dans plus de 95 % des cas (MU 90, MG 105). Celui-ci était considéré comme effectif lorsque l'accord verbal « d'accord » de l'appelant est obtenu.

g. La demande à parler au patient.



On considère la demande comme Non Applicable (NA) :

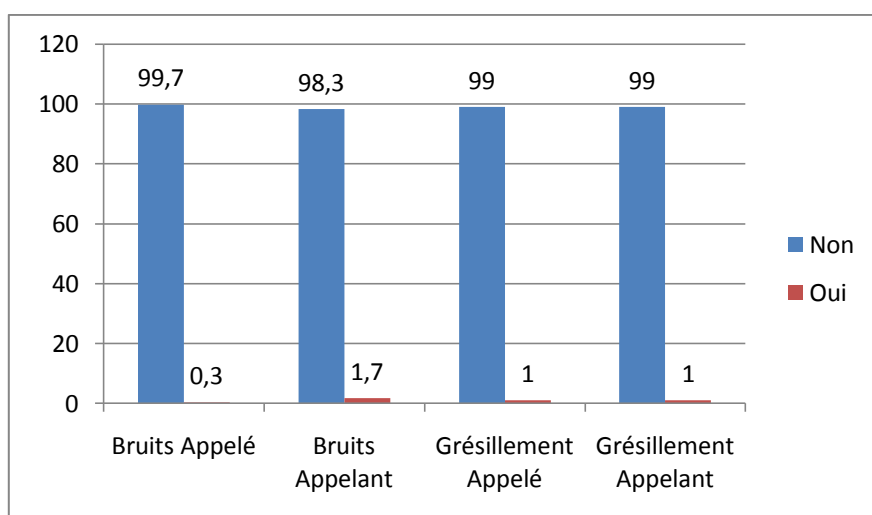
- Lorsque l'appelant est le malade
- Lorsque le malade a moins de 10 ans
- Lorsqu'il y a impossibilité technique à parler au patient

La demande de parler est validée :

- Lorsque l'on parle au patient
- Lorsque l'on demande d'entendre le patient

Il est donc observé que les médecins demandent à parler au patient dans 18.2 % (12) pour les MU et 13.6 % (6) pour les MG.

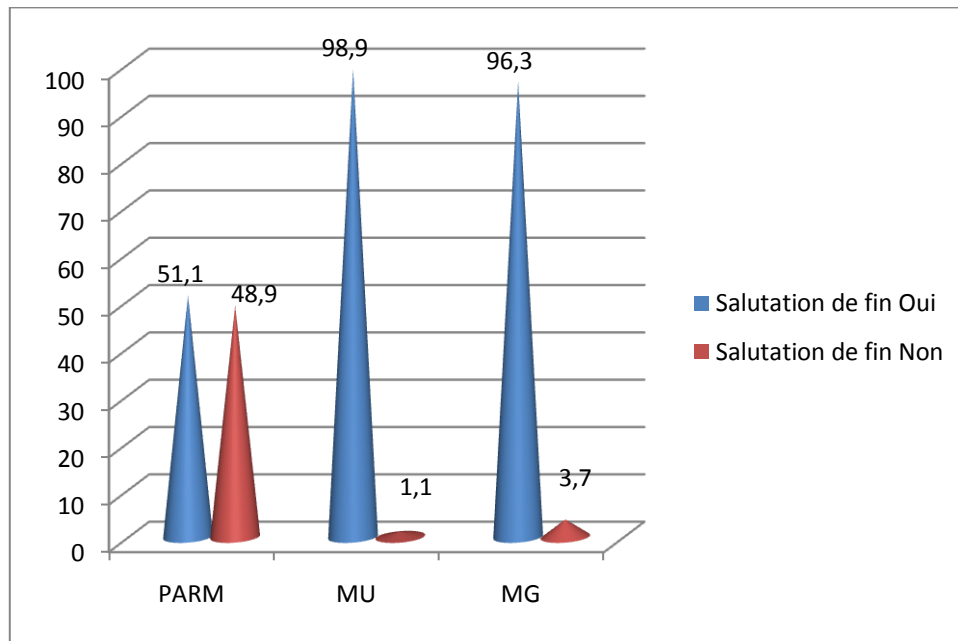
IX. Les caractéristiques environnementales.



L'environnement de l'appel est silencieux dans plus de 98 % des appels.

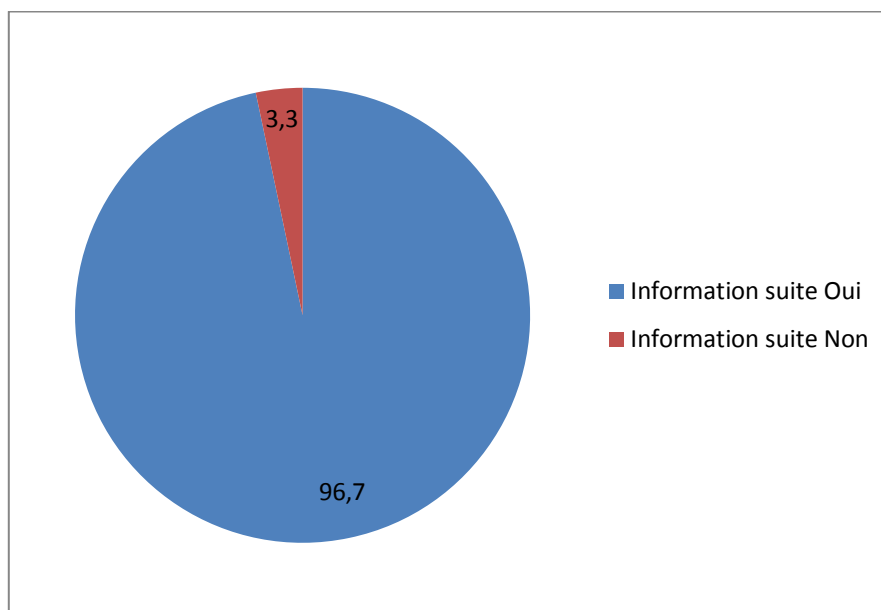
X. La fin de l'appel Appelant/Appelé.

a. La salutation de fin.



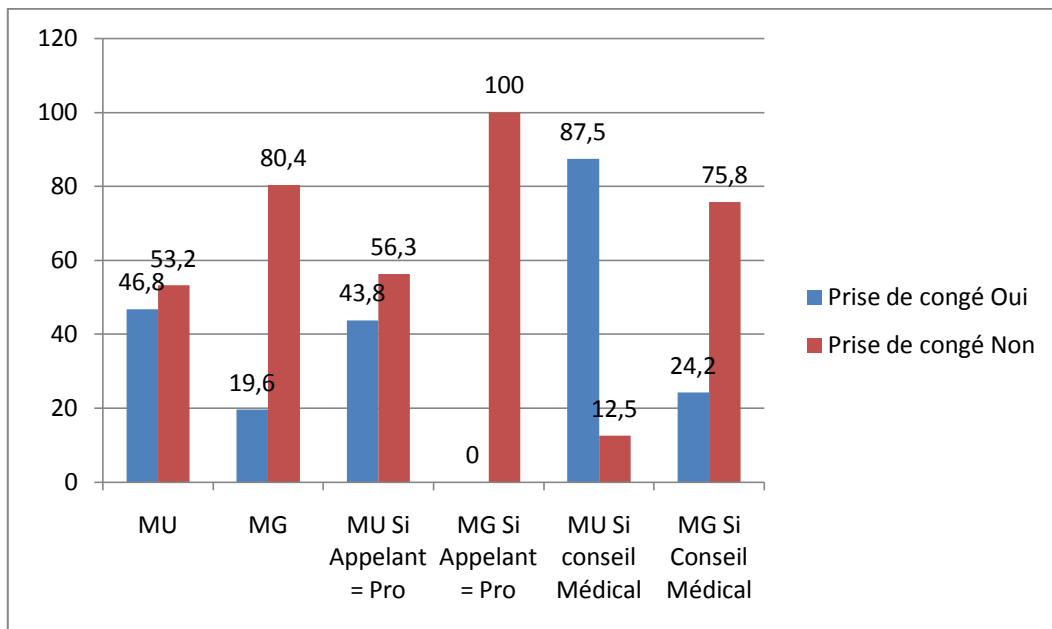
La salutation est faite chez les médecins dans plus de 95% (MU 93, MG 103) des cas. Les PARM saluent dans 50% (56) des cas.

b. L'information sur la suite (PARM).



L'information sur la suite est faite dans plus de 95 % (87) chez les PARM, celle-ci permettant à l'appelant de savoir qu'un autre interlocuteur va intervenir.

c. La prise de congé (Médecin).



La prise de congé est faite dans près de 50% (44) des cas pour les MU et 20% (21) pour les MG.

Cette proportion dans le cas d'un appelant professionnel reste inchangée pour les médecins urgentistes et passe à 0 % pour les médecins généralistes.

Dans le cas d'un conseil médical, les chiffres pour les urgentistes passent de 46.8 %(44) à 87.5 %(7) et pour les médecins généralistes la proportion passe de 19.6 %(21) à 24.2 %(16).

DISCUSSION

I. L'état des lieux des pratiques et les axes d'amélioration.

Ce travail est une première approche d'évaluation de la qualité de la relation téléphonique au SAMU – Centre 15 de Nantes. Elle permet de faire un état des lieux des techniques actuellement utilisées en terme :

- d'accueil.
- d'utilisation des techniques de communication.
- de relation médecin/appelant-malade.
- de fin de l'appel.

a. Une proposition de charte qualité.

Il paraît licite dans cette discussion d'aborder la proposition de chartes en vue d'apporter des objectifs pour entrer dans une démarche qualité.

Une échelle de qualité permettant de réaliser des tableaux de bord en vue d'établir nos axes d'amélioration est réalisée :

Excellent	> 90 %	
Bon	60 à 90 %	
Médiocre	40 à 60 %	
Mauvais	< 40 %	

Afin d'établir ces tableaux de bord, il devra être défini au sein du service quelle devrait être la durée de réécoute et la fréquence annuelle d'établissement de ces tableaux.

Nous identifions dans ce questionnaire de recueil 13 items objectifs pour les médecins et 7 pour les PARM qu'il paraît possible d'utiliser en vue de la réalisation d'une charte en terme de qualité de la relation téléphonique au centre 15.

Cette charte proposée sera soumise à des discussions de service au sein du SAMU.

Nous vous proposons donc deux chartes permettant de faire un état des lieux des pratiques pour les deux intervenants de la régulation médicale : le PARM et le Médecin.

1. Pour les Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale.

Les 4 engagements de la Charte sont :

- Nous vous accueillons lors de votre appel par une salutation.
- Nous nous présentons par nos nom et/ou prénom et nous précisons notre fonction ainsi que notre structure.
- Nous mettons tout en œuvre pour que la qualité d'écoute soit optimale.
- Nous vous saluons en fin de communication et vous informons de la suite de votre appel.

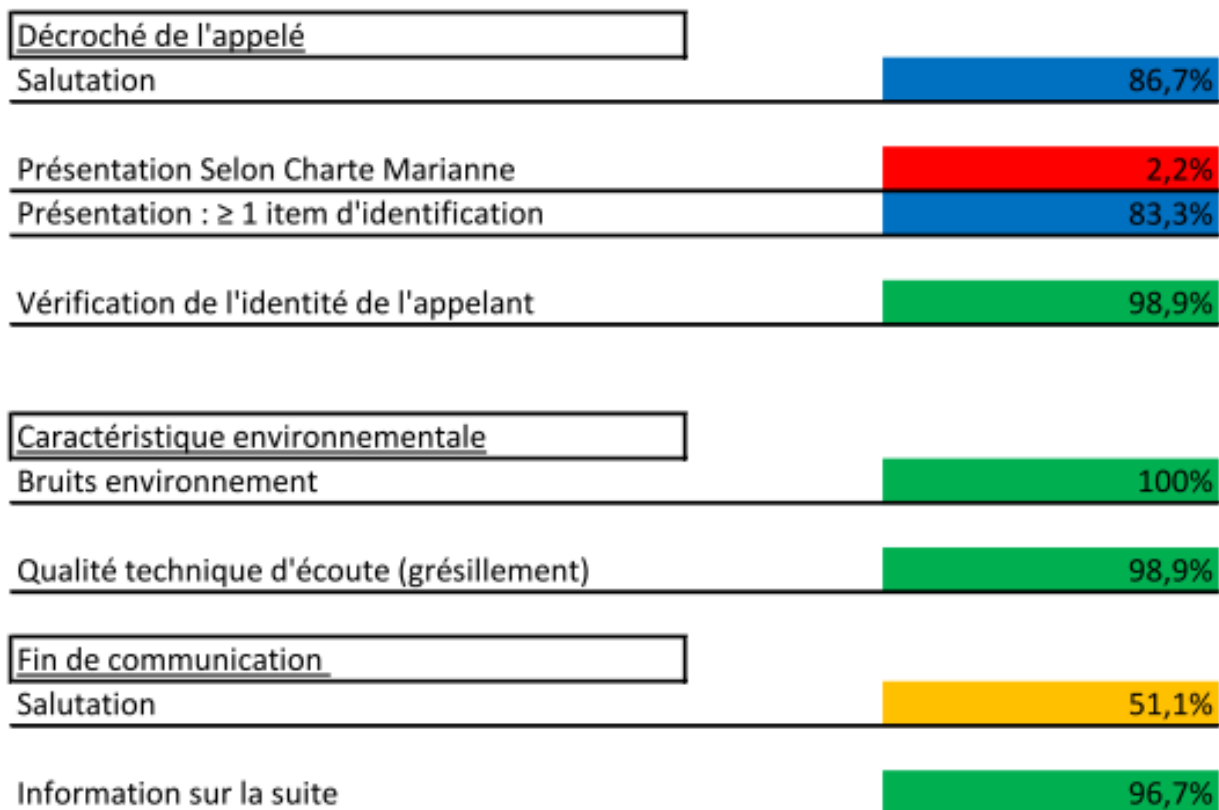
Une grille est établie, en utilisant certains des items de notre grille de réécoute, afin de pouvoir identifier les différents items en application de cette charte.

Proposition de grille pour les PARM.

<u>Décroché de l'appelé</u>				
Salutation	Oui	☐	Non	☐
Présentation	Charte Marianne	Oui	≥ 1 item d'identification	☐
Vérification de l'identité de l'appelant	Oui	☐	Non	☐
<u>Caractéristique environnementale</u>				
Bruits environnement	Oui	☐	Non	☐
Qualité technique d'écoute (grésillement)	Bonne	☐	Mauvaise	☐
<u>Fin de communication</u>				
Salutation	Oui	☐	Non	☐
Information sur la suite	Oui	☐	Non	☐

Les résultats de la réécoute de bandes de régulation réalisée sur 5 jours sont ensuite présentés en tableau de bord permettant une lecture simplifiée et visuelle des améliorations à proposer.

Tableau de bord Permanenciers
(Pour 90 appels réécoutés)



On peut donc voir facilement que le point à améliorer est la présentation des PARM selon la Charte Marianne.

L'élément manquant lors de la présentation est la fonction. Les infirmiers se présentant sur les postes de PARM utilisent leur fonction dans la présentation.

Le PARM est le premier interlocuteur de l'appelant, il paraît donc essentiel que sa présentation soit complète.

Le terme de Permanencier au moment du décroché est un terme professionnel. Il paraît donc important d'informer de la fonction de l'appelé lors du décroché qui soit compréhensible par tout appelant.

Ce terme pourrait être défini à l'occasion d'une réunion en collaboration avec du public extérieur à la structure.

La salutation de fin est faite dans 51.1 % des cas. Elle n'est probablement pas nécessaire compte tenu de la présence d'un deuxième interlocuteur après le décroché fait par le PARM. Il faut discuter de la pertinence d'une salutation en fin d'un appel PARM.

Le reste des items de la charte sont bons voir excellents.

2. Pour les médecins.

Les 7 engagements de la Charte sont :

- Nous vous accueillons, lors de votre appel, par une salutation.
- Nous nous présentons par nos nom et/ou prénom et nous précisons notre fonction ainsi que notre structure.
- Nous mettons tout en œuvre pour que la qualité d'écoute soit optimale.
- Nous vous informons, lors de votre appel, de l'hypothèse diagnostique, du type de décision et du délai de prise en charge.
- Nous vérifions votre compréhension et recueillons votre consentement.
- Nous demandons à parler au malade ou à l'entendre.
- Nous vous saluons en fin de communication et vous proposons de rappeler notre structure le cas échéant.

Proposition de grille pour les médecins.

<u>Décroché de l'appelé</u>				
Salutation	Oui	☐	Non	☐
Présentation	Charte Marianne	Oui	≥ 1 item d'identification	☐
Vérification de l'identité de l'appelant	Oui	☐	Non	☐
<u>Caractéristique environnementale</u>				
Bruits environnement	Oui	☐	Non	☐
Qualité technique d'écoute (grésillement)	Bonne	☐	Mauvaise	☐
<u>Relation Médecin - Malade</u>				
Vérification de la bonne compréhension	Oui	☐	Non	☐
Information de l'hypothèse diagnostique	Oui	☐	Non	☐
Information de la décision	Oui	☐	Non	☐
Information du délai dans le cadre de l'envoi de moyen	Oui	☐	Non	☐
Adhésion au contrat de soins	Oui	☐	Non	☐
Demande à parler ou entendre le malade	Oui	☐	Non	☐
<u>Fin de communication</u>				
Salutation	Oui	☐	Non	☐
Prise de Congé	Oui	☐	Non	☐

Tableau de bord médecins Urgentistes
(Pour 94 appels réécoutés)

Décroché de l'appelé

Salutation	90,4%
------------	-------

Présentation : Selon Charte Marianne	46,8%
--------------------------------------	-------

Présentation : ≥ 1 item d'identification	88,3%
--	-------

Vérification de l'identité de l'appelant	59,6%
--	-------

Caractéristique environnementale

Bruits environnement	98,9%
----------------------	-------

Qualité technique d'écoute (grésillement)	97,9%
---	-------

Relation Médecin - Malade

Vérification de la bonne compréhension	6,4%
--	------

Information de l'hypothèse diagnostic	27,7%
---------------------------------------	-------

Information de la décision	98,9%
----------------------------	-------

Information du délai dans le cadre de l'envoi de moyen	24,6%
--	-------

Adhésion au contrat de soins	95,7%
------------------------------	-------

Demande à parler ou entendre le malade	12,8%
--	-------

Fin de communication

Salutation	98,9%
------------	-------

Prise de congé	46,8%
----------------	-------

Le point à améliorer doit porter sur la relation Médecin – Malade.

Aux vues des données analysées, on peut difficilement parler de relation médecin-malade seulement 12.8 % des MU font la demande d’entendre ou de parler au patient.

La vérification de la bonne compréhension ne se fait que rarement. Or, comment peut-on consentir à un contrat de soins si le médecin n’a pas vérifié la compréhension de celui-ci ?

Un autre item essentiel est l’information d’une hypothèse diagnostique téléphonique permettant de « transformer » la victime en malade. Cette indication n’est donnée que dans 27.7% des appels.

Dans le cadre de l’envoi de moyen, les chiffres indiquent que lors d’un appel sur 4, le médecin ne mentionne pas le délai. Or, le patient est en droit d’attendre que le délai d’attente des moyens de secours engagé lui soit communiqué. Un travail de service semble nécessaire, avec l’ensemble des intervenants, afin d’établir des délais moyens suivant les effecteurs utilisés.

Les points à améliorer prochainement concernent le décroché de l’appelé et la prise de congé en fin de communication.

Les médecins urgentistes se présentent avec l’ensemble des items de la Charte Marianne pour 46.8 %. Pourtant la présentation permet à l’appelant d’identifier son interlocuteur. Il ne connaît déjà pas la fonction de son premier interlocuteur, il est donc essentiel que le médecin se présente de manière appropriée. Ceci permet de professionnaliser la relation.

La vérification de l’identité du patient est essentielle. C’est le principe de la relation médecin-malade. Elle permet aussi d’éviter les écueils liés à un mauvais dossier à l’écran et d’augmenter l’attention durant les 15 à 20 secondes qui suivent^[19] Il est étonnant de constater qu’elle n’est réalisée que dans 40 % des dossiers.

Une meilleure prise de congé (invitation à rappeler) permettrait de mieux réévaluer la décision qui pourrait, dans le cadre des appels d’urgence, évoluer très rapidement.

Les autres items de la charte sont bons voir excellents.

^[19] L’accueil téléphonique – Outil du programme qualité, Groupe DBSF

Tableau de bord Médecins Généralistes

(Pour 107 appels réécoutés)

<u>Décroché de l'appelé</u>	
Salutation	70,1%
Présentation : Selon Charte Marianne	9,3%
Présentation : ≥ 1 item d'identification	26,2%
Vérification de l'identité de l'appelant	58,9%
<u>Caractéristique environnementale</u>	
Bruits environnement	100,0%
Qualité technique d'écoute (grésillement)	100,0%
<u>Relation Médecin - Malade</u>	
Vérification de la bonne compréhension	1,9%
Information de l'hypothèse diagnostic	39,3%
Information de la décision	98,1%
Information du délai dans le cadre de l'envoi de moyen	22,9%
Adhésion au contrat de soins	98,1%
Demande à parler ou entendre le malade	5,6%
<u>Fin de communication</u>	
Salutation	96,3%
Prise de congé	19,6%

Les items à corriger concernent la présentation, la relation Médecin – Malade et la prise de congé en fin de communication.

Les discussions sont globalement similaires à celles des médecins urgentistes.

Deux points sont néanmoins différents :

- La présentation : 73.8% des médecins ne se présentent pas.
- La prise de congé incite l'appelant à rappeler en cas de modification de l'état de la victime ou d'échec de la thérapeutique engagée. Cette invitation n'est faite que dans 19.6% des appels. Il paraît donc important de rappeler que c'est une notion réglementaire dans le cadre de la prescription téléphonique.

La vérification de l'identité de l'appelant est à améliorer également.

Les autres items analysés sont bons voir excellents.

b. La formation des professionnels de la régulation.

L'analyse descriptive en terme de synchronisation aux caractéristiques de l'appelant est difficile compte tenu d'un nombre majoritaire d'Affirmé (92.1 %). Les résultats semblent montrer, chez l'affirmé, que le volume est normal (100 %), la note est normale (100 %), la modulation est chantante (88.1 %), la vitesse est normale (98.1 %), le discours est animé (86.9 %) et les silences sont courts (90.7 %).

L'écoute passive représente 29% des appels chez les médecins généralistes, 14.9 % chez les urgentistes et 17.8 % chez les PARMs. Cette différence peut s'expliquer par la prépondérance des conseils médicaux chez les médecins généralistes (61.7% pour les MG versus 8.5 % pour les MU).

Les techniques de communications comme la reformulation (55.3 % MU et 27.1 % MG), l'empathie (25.5 % MU et 24.3 % MG), l'utilisation du « Je » (57.4 % MU et 57.9 % MG) et la technique du « disque rayé » (33% MU et 24.3 % MG) n'atteignent pas des niveaux qui indiqueraient une bonne maîtrise de ces techniques chez les médecins.

Pour les PARM, les résultats semblent bons en termes de type de langage, d'absence d'utilisation de mots frustrants, de l'utilisation du « Je », d'évitement du chevauchement et de comportement rassurant.

A contrario, les techniques comme l'empathie (2.2%), la répétition (13.3 %), la reformulation (27.8%) et le renforcement (27.8%), sont peu utilisées chez les PARM.

L'ensemble des résultats semble montrer une maîtrise insuffisante des techniques de communication lors de l'entretien téléphonique probablement lié à l'absence de formation.

Ce jour, des formations pour les PARM et les médecins existent mais nécessitent un investissement personnel soit réglementaire^[20] soit volontaire^[21]. Il n'est pas proposé de mise à niveau régulière de ces formations.

Il faut donc envisager un mode de formation à la relation téléphonique au sein du SAMU – Centre 15 du CHU de Nantes.

^[20] Circulaire DHOS/P2 n° 2005-32 du 18 janvier 2005 relative à la mise en œuvre de la formation d'adaptation à l'emploi des permanenciers auxiliaires de régulation médicale.

^[21] D.U. – Régulation Médicale dans un Centre de Réception et de Régulation des Appels, UNIVERSITE PARIS XII

Il pourrait être proposé au SAMU 44 d'élaborer un guide succinct rappelant les différentes techniques de communication permettant aux intervenants de perfectionner ce que l'on peut attendre en terme de relation téléphonique avec l'appelant. Ce guide serait fourni avec une grille d'auto-évaluation sur les différentes techniques pouvant être employées afin de voir où l'on se situe en terme d'utilisation des items.

II. Les limites de l'étude et d'analyse de la grille.

a. Les supports utilisés pour la rédaction de la grille.

Pour la rédaction de ce document, la difficulté initiale fût la rédaction de la grille. Il n'existe pas dans le domaine médical de grille de communication téléphonique (recherche Pub Med « phone communication skill grid » résultat = 0). Il a donc fallu au travers de différents supports non médicaux, principalement internet, essayer de rédiger une grille des plus exhaustives possibles.

b. Le nombre de dossiers analysés.

A titre indicatif, le nombre total d'appel sur la période d'étude est :

- Pour les PARM : 4777 appels.
- Pour les MU : 904 appels.
- Pour les MG : 2117 appels.

Au SAMU 44, le nombre total de régulation médicale annuelle est de 160000 dossiers^[22].

L'évaluation de la grille n'a pu être réalisée que sur 291 dossiers. Cette étude permet néanmoins de faire un état des lieux sur 5 jours qui pourrait être la durée d'analyse d'un audit interne.

Un certain nombre d'appels n'ont pu être réécouté avec le logiciel utilisé : SYS-REPLAY®. Ce logiciel est intéressant en terme de réécoute de bandes de régulation grâce aux associations dossier Centaure®/bande. Cette perte peut s'expliquer par l'absence d'association entre le dossier Centaure® et la bande de régulation sur certains appels.

c. Le type d'analyse employée.

L'analyse a été menée de manière descriptive. Il faudra donc, dans un second temps, développer une analyse statistique des différentes données recueillies.

^[22] Site internet du CHU de Nantes.

d. Les biais liés à la réécoute.

Dans cette grille, beaucoup d'items de communication sont subjectifs et peuvent donc évoluer en fonction de l'analyseur.

Il paraissait difficile de faire réécouter par plusieurs intervenants les 291 bandes de régulation pour limiter les biais liés à la subjectivité. En utilisant une seule personne les biais sont donc centralisés.

La réécoute d'un même appelé est possible.

De plus, l'utilisation des techniques de communication de la grille, par un même appelé, peut-être différente suivant chaque appel.

III. Les solutions proposées.

- Une formation du personnel en communication pourrait être dispensée à l'aide de :
 - L'élaboration d'un guide pratique, rappelant les différentes notions de la relation téléphonique.
 - L'élaboration d'une grille d'autoévaluation, avec certains items des techniques de communication ainsi que les items mis en œuvre dans le cadre de la démarche qualité ; cette grille serait remise régulièrement au cours de l'année à chaque professionnel de la régulation.
- Une rédaction collégiale d'une charte de relation téléphonique, pour les PARM et les médecins, afin de pouvoir les utiliser en vue d'aborder une démarche qualité en accord avec la certification v2010.
- Un affichage semestriel au sein du SAMU des tableaux de bord pour chaque type d'intervenant (PARM, MU, MG) en terme de qualité de la relation téléphonique.
- Une réflexion sur le terme « fonction » pour la présentation des PARM.
- L'identification des déterminants de la relation téléphonique modifiant la qualité ou la décision du médecin, par une analyse statistique.

CONCLUSION

Les moyens et les outils de la régulation médicale évoluent avec prochainement la création des plateformes d'information santé-citoyen permettant le rapprochement, en un même lieu, de l'ensemble des acteurs concernés tant sur le plan de l'urgence vitale, de la permanence des soins, de l'information et d'une mise en relation avec le médico-social ^[23].

Il faut donc se préparer à améliorer notre maîtrise des moyens de communications pour faire face à un flot d'appel grandissant mais également s'assurer que les médias informent correctement la population sur le fonctionnement de ces structures d'urgences.

Cette étude ne peut être qu'indicative compte tenu du mode d'analyse descriptif, mais son intérêt est de faire un état des lieux de nos pratiques pour permettre de les améliorer.

Sur les 291 appels réécoutés, L'analyse d'un nombre important de dossiers indique que l'utilisation des techniques de communication n'est que partiellement maîtrisée par l'ensemble des acteurs de la régulation.

Le manque de formation est probablement une des explications, non l'absence d'envie d'utiliser ces techniques.

Il va donc falloir envisager un mode de formation adaptée et trouver la méthode ayant le meilleur rapport coût/temps/résultat.

Dans le cadre de la médecine générale, la pratique libérale actuelle ne permet pas d'évaluer la relation médecin-malade téléphonique compte tenu de l'absence d'enregistrement des communications dans les cabinets médicaux. Dans le système anglais l'ensemble des communications des maisons médicales est enregistré. Le système français tendant vers ce mode d'exercice, il nous faut donc anticiper, par des formations, l'apprentissage des pratiques en termes de relation médicale téléphonique.

L'objectif ultime est de formaliser la relation téléphonique au travers d'une charte qualité et d'instaurer une prise de conscience des différentes techniques utilisables pour bien les maîtriser, afin de pouvoir établir un label qualité au SAMU – Centre 15 du CHU de Nantes.

^[23] Discours de Madame Roselyne BACHELOT – NARQUIN au SAMU 33 du 27 janvier 2009

Une régulation médicale de qualité passe par l'adhésion du patient au contrat de soins. De la prise d'appel à la décision médicale une meilleure maîtrise des outils de communication permettrait à l'ensemble des personnels du SAMU – Centre 15 du CHU de Nantes de répondre au mieux aux attentes de nos patients.

BIBLIOGRAPHIE

[1] - Améliorer la continuité des soins et la qualité de la prise en charge des patients, 2009, Ministère de la santé.

<http://www.sante-sports.gouv.fr>

[2] - Organisation mondiale de la santé, 1982.

<http://www.who.int/fr>

[3] - Institute of Medicine, 1990.

<http://www.iom.edu>

[4] - Manuel de certification des établissements de santé v2010, 2009, HAS.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf

[5] - Organisation des centres 15 « chaque appel compte, chaque seconde compte » - Guide de bonne pratique, 2008, MeaH.

<http://www.meah.sante.gouv.fr>

[6] - Y. Penverne, SAMU Centre 15 : de nouveaux métiers et de nouvelles pratiques, Congrès Urgences 2009 SFMU ; 795-806.

http://www.sfmus.org/urgences2009/donnees/pdf/079_penverne.pdf

[7] - Guide de régulation 2^{ème} édition, 2009, SAMU de France.

<http://www.samu-de-france.fr/fr/boutique>

[8] - Importance de la communication dans la relation soignant – soigné, 2006, Académie nationale de Médecine.

http://www.academie-medecine.fr/Upload/anciens/rapports_287_fichier_lie.rtf

[9] - Communicating with patients, 2004, Australian Government.

<http://australia.gov.au>

[10] - La Charte Marianne, 2005, Ministère de la fonction publique et de la réforme de l'état.
http://www.fonction-publique.gouv.fr/IMG/pdf/CharteMarianne_20050103.pdf

[11] - Grille d'évaluation des contacts, 2007, Bouygues Telecom.

[12] - ECG, douleur thoracique – de l'appel à l'USIC ; Outil de formation des médecins.

[13] - C. Iandolo, 2006, Guide pratique de la communication avec le patient.
ISBN : 978-2-294-70145-0

[14] - F. Girandola, 2003, Psychologie de la persuasion et de l'engagement, 25-25.
ISBN: 2-84867-033-9

[15] - Telephone Skills for professionals in Health Care, 2003, W. Leebov.
ISBN : 0-595-28363-2

[16] - Prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale, 2009, HAS.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-05/teleprescription_-_recommandations.pdf

[17] - Article 35 du code de déontologie et Article R 4127-35 du code de santé publique.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>

[18] - Article 36 du code de déontologie médicale et Article R 4127-36 du code de santé publique.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-36-consentement-du-malade-260>

[19] - L'accueil téléphonique, Outil du programme qualité, groupe DBSF

[20] - Circulaire DHOS/P2 n° 2005-32 du 18 janvier 2005 relative à la mise en œuvre de la formation d'adaptation à l'emploi des permanenciers auxiliaires de régulation médicale.
http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_11825.pdf

[21] - D.U. - Régulation Médicale dans un Centre de Réception et de Régulation des Appels,
UNIVERSITE PARIS XII.

http://www.sfm.u.org/fr/formation/enseignements/result_detail/?id=82

[22] - Site Web du CHU de Nantes.

<http://www.chu-nantes.fr/samu-centre-15--929.kjsp>

[23] - Discours de Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN au SAMU 33 du 27/01/2009

<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/discours-de-madame-roselyne-bachelot-narquin-lors-de-la-visite-au-samu-centre-15-de-bordeaux.html>

ANNEXE 1 - Grille de réécoute.

Grille de réécoute

N° de dossier : _____

Période :

Journée matin	8h00 - 14h00	☐
Journée après midi	14h00 - 20h00	☐
Nuit	20h00 - 0h00	☐
Nuit profonde	0h00 - 8h00	☐

Critères du patient

SEXE	H	☐	F	☐
AGE			NR	☐

Critère de l'appelant :

Victime		☐	
Témoin		☐	
Famille/proche		☐	
Professionnel		☐	
Parle et comprend le français	Oui	☐	Non ☐
Appel paniqué	Oui	☐	Non ☐

Caractéristique de l'appelant :

Affirmé	☐
Agressif	☐
Inhibé	☐
Manipulateur	☐

Caractéristique environnemental de l'appelant :

Bruit environnant	Fort	☐	Faible	☐
Grésillement	Oui	☐	Non	☐

Fonction de l'appelé :

PARM	☐
MU	☐
MG	☐

Décroché de l'appelé :

Salutation ?	Oui	☐	Non	☐	
Présentation	N,P,F,S	☐	P,F,S	☐	Autre ☐
Vérification identité de l'appelant	Oui	☐	Non	☐	

Synchronisation Appellant/Appelé					
Volume parole	Fort	☐	N	☐	Faible ☐
Note	Grave	☐	N	☐	Aiguë ☐
Modulation	monocorde	☐	Chant	☐	
Vitesse	Rapide	☐	N	☐	Lent ☐
Fluidité (Variation vitesse)	monotone	☐	animé	☐	
Silences	Long	☐	Court	☐	

Entretien Appellant/Appelé :					
Type d'écoute	Active	☐	Passif	☐	Sil. ☐
Type de questions	Ouverte	☐	Fermée	☐	
Renforcement	Oui	☐	Non	☐	
Reformulation	Oui	☐	Non	☐	
Type de langage	Simple	☐	Pro	☐	
Empathie	Oui	☐	Non	☐	
Mots frustrants	Non	☐	1	☐	> 1 ☐
Tics verbaux	Non	☐	1	☐	> 1 ☐
Utilisation du "Je"	Oui	☐	Non	☐	
Evite le chevauchement	Oui	☐	Non	☐	
Assertivité	Oui	☐	Non	☐	
Répétition	Oui	☐	Non	☐	
Rassurant	Oui	☐	Non	☐	

Relation Médecin-Appellant :					
Vérification bonne compréhension	Oui	☐	Non	☐	
Information diagnostique (hypothèse)	Oui	☐	Non	☐	
Information décision	Oui	☐	Non	☐	
Information délais	Oui	☐	Non	☐	
Conseil médical	Oui	☐	Non	☐	
Envoi de moyen	Oui	☐	Non	☐	
Adhésion au contrat de soins	Oui	☐	Non	☐	
Demande parler/entendre Victime	Oui	☐	Non	☐	

Caractéristique environnemental de l'appelé :					
Bruit environnant	Fort	☐	Faible	☐	
Grésillement	Oui	☐	Non	☐	

Caractéristique fin de communication :					
Prise de congé (Médecin)	Oui	☐	Non	☐	
Information sur la suite (PARM)	Oui	☐	Non	☐	
Salutation	Oui	☐	Non	☐	

Date	Heure		Centaure	Bande	OK
samedi 19 juin 2010	2h00 - 3h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	2h00 - 3h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	2h00 - 3h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	3h00 - 4h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	3h00 - 4h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	3h00 - 4h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	4h00 - 5h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	4h00 - 5h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	4h00 - 5h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	5h00 - 6h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	5h00 - 6h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	5h00 - 6h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	6h00 - 7h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	6h00 - 7h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	6h00 - 7h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	7h00 - 8h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	7h00 - 8h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	7h00 - 8h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	8h00 - 9h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	8h00 - 9h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	8h00 - 9h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	9h00 - 10h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	9h00 - 10h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	9h00 - 10h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	10h00 - 11h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	10h00 - 11h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	10h00 - 11h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	11h00 - 12h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	11h00 - 12h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	11h00 - 12h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	12h00 - 13h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	12h00 - 13h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	12h00 - 13h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	13h00 - 14h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	13h00 - 14h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	13h00 - 14h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	14h00 - 15h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	14h00 - 15h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	14h00 - 15h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	15h00 - 16h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	15h00 - 16h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	15h00 - 16h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	16h00 - 17h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	16h00 - 17h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	16h00 - 17h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	17h00 - 18h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	17h00 - 18h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	17h00 - 18h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	18h00 - 19h00	1ère régul MU			

Date	Heure		Centaure	Bande	
samedi 19 juin 2010	18h00 - 19h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	18h00 - 19h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	19h00 - 20h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	19h00 - 20h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	19h00 - 20h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	20h00 - 21h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	20h00 - 21h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	20h00 - 21h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	21h00 - 22h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	21h00 - 22h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	21h00 - 22h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	22h00 - 23h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	22h00 - 23h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	22h00 - 23h00	3ème régul MG			
samedi 19 juin 2010	23h00 - 0h00	1ère régul MU			
samedi 19 juin 2010	23h00 - 0h00	2ème régul PARM			
samedi 19 juin 2010	23h00 - 0h00	3ème régul MG			

ANNEXE 3 - Lettre envoyée avant la réécoute.



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES

Pôle URGENCE

Directeur de Pôle : Docteur P. HAUET
Secrétariat Direction de Pôle : 02 40 08 45 91

**CHEF DE SERVICE : Professeur
G.POTEL**

Secrétariat Médical : 02.40.08.38.52

SERVICE d'ACCUEIL des URGENCES
Secrétariat Urgences : 02.40.08.38.52
Fax : 02.40.08.39.08

Unité d'Accueil Médecine
Responsable : Pr Philippe LE CONTE

Unité d'Accueil Traumatique
Responsable : Dr F. VIGNAUD

Unité d'Accueil Médico-Psychologique
Responsable : Dr T. DUBERNET

Unité de Victimologie – C.U.M.P.
Responsable : Dr O. BODIC

Unité d'Accueil Médico-Judiciaire d'Urgence
Dr C. BRESSON

MEDICINE POLYVALENTE d'URGENCE
Responsable : Dr Dominique EL KOURI
Secrétariat 1^{ère} Unité 5^e Sud : 02 40 08 77 58
Secrétariat 2^{ème} Unité 5^e Sud : 02 40 08 33 38
Secrétariat 3^{ème} Unité 6^e Est : 02 40 08 78 56

**Centre Téléphonique d'Orientation et d'Accueil
C.T.O.A. (Hospitalisations Directes)**
Tel : 06.64.68.48.04
du lundi au vendredi : 9h-18h30

UNITÉ d'HOSPITALISATION de COURTE DUREE
Responsable : Dr Marie-Dominique TOUZE
Secrétariat : 02.40.08.38.18

SERVICE d'AIDE MEDICALE URGENTE
Responsable : Dr F. BERTHIER
Secrétariat : 02.53.48.21.16
Fax : 02.40.08.73.38

**CENTRE d'ENSEIGNEMENT de SOINS
d'URGENCE**
Responsable : Dr C. LONGO
Secrétariat : 02.53.48.20.48 – Fax : 02.40.08.44.51

U. C. S. A.
Responsable : Dr P. Y. ROBERT
Secrétariat : 02.40.20.21.47

**CELLULE de COORDINATION des
PRELEVEMENTS**
Responsable : Dr M. VIDECOQ

CELLULE d'INFORMATION MEDICALE
Responsable : Dr G. DUVAL

PRATICIENS HOSPITALIERS :
Dr ARNAUD G. Dr GONDRET C. Dr LABASTIRE L.
Dr ANDRE A. Dr GOUMENT M. Dr MOUNOURY O.
Dr ARNAUDET I. Dr GUEFFET I. Dr PENVERNE
Y.
Dr AUNEAU J.C. Dr HAMEL V. Dr PES P.
Dr BATARD E. Dr JENVRIN J. Dr RICALES E.
Dr BRULET V. Dr KENZI A. Dr TREWICK D.
Dr DARY M. Dr KUCZER V. Dr VAN TRICHT
M.
Dr DEBIERRE V. Dr LAGREE V. Dr VERGNAUX
H..
Dr DUBERNET T. Dr LEBERT C. Dr VIGNAUD F.
Dr FERRON C. Dr LEGEARD E.
Dr LIBOT J.

CHEFS DE CLINIQUE ASSISTANTS :
Dr MARTINAGE A. - Dr MONTASSIER E.

**PRATICIENS HOSPITALIERS CONTRACTUELS /
ASSISTANTS**

Le 15 janvier 2010,

Cher(e) collègue,

Dans le cadre de la Thèse de Nicolas Goffinet, nous allons mettre en place un travail dont l'objectif est d'évaluer la qualité de la relation téléphonique au SAMU/Centre 15 grâce à l'établissement d'une grille d'éléments objectifs de bonnes pratiques. Il s'agira ensuite de proposer des moyens de potentielle amélioration des pratiques actuelles.

Pour réaliser le recueil des informations, la réécoute des enregistrements des conversations téléphoniques, qu'il s'agisse d'appels de PARM (ou fonction de PARM), de médecins généralistes ou de médecins urgentistes, sera nécessaire. Je vous serai donc reconnaissant de me prévenir de votre désaccord, s'il en est malheureusement ainsi, avant le début de cette étude à l'aide du formulaire ci-joint (feuille n°2). Merci alors de mettre l'imprimé dans la case courrier du Dr Laetitia Labastire au secrétariat.

Nous vous communiquerons bien sûr les résultats de cette étude avant la fin de l'année. Comptant sur votre aide et votre accord, je vous prie de croire en l'expression de mes sincères salutations.

Nicolas Goffinet

Dr L. Labastire

Dr. V. Debieerre

HOTEL-DIEU Place Alexis Ricordeau - 44093 NANTES Cedex 1

ANNEXE 4 - Lettre de refus de réécoute.



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES

Pôle URGENCE

Directeur de Pôle : Docteur P. HAUET
Secrétariat Direction de Pôle : 02 40 08 45 91

**CHEF DE SERVICE : Professeur
G.POTEL**

Secrétariat Médical : 02.40.08.38.52

SERVICE d'ACCUEIL des URGENCES
Secrétariat Urgences : 02.40.08.38.52
Fax : 02.40.08.39.08

Unité d'Accueil Médecine
Responsable : Pr Philippe LE CONTE

Unité d'Accueil Traumatique
Responsable : Dr F. VIGNAUD

Unité d'Accueil Médico-Psychologique
Responsable : Dr T. DUBERNET

Unité de Victimologie – C.U.M.P.
Responsable : Dr O. BODIC

Unité d'Accueil Médico-Judiciaire d'Urgence
Dr C. BRESSON

MEDICINE POLYVALENTE d'URGENCE
Responsable : Dr Dominique EL KOURI
Secrétariat 1^{ère} Unité 5^e Sud : 02 40 08 77 58
Secrétariat 2^{ème} Unité 5^e Sud : 02 40 08 33 38
Secrétariat 3^{ème} Unité 6^e Est : 02 40 08 78 56

**Centre Téléphonique d'Orientation et d'Accueil
C.T.O.A. (Hospitalisations Directes)**
Tel : 06.64.68.48.04
du lundi au vendredi : 9h-18h30

UNITÉ d'HOSPITALISATION de COURTE DURÉE
Responsable : Dr Marie-Dominique TOUZE
Secrétariat : 02.40.08.38.18

SERVICE d'AIDE MÉDICALE URGENTE
Responsable : Dr F. BERTHIER
Secrétariat : 02.53.48.21.16
Fax : 02.40.08.73.38

**CENTRE d'ENSEIGNEMENT de SOINS
d'URGENCE**
Responsable : Dr C. LONGO
Secrétariat : 02.53.48.20.48 – Fax : 02.40.08.44.51

U.C.S.A.
Responsable : Dr P. Y. ROBERT
Secrétariat : 02.40.20.21.47

**CELLULE de COORDINATION des
PRELEVEMENTS**
Responsable : Dr M. VIDECOQ

CELLULE d'INFORMATION MÉDICALE
Responsable : Dr G. DUVAL

PRATICIENS HOSPITALIERS :
Dr ARNAUD G. Dr GONDRET C. Dr LABASTIRE L.
Dr ANDRE A. Dr GOUMENT M. Dr MOUNOURY O.
Dr ARNAUDET I. Dr GUEFFET I. Dr PENVERNE
Y.
Dr AUNEAU J.C. Dr HAMEL V. Dr PES P.
Dr BATARD E. Dr JENVRIN J. Dr RICALENS E.
Dr BRULET V. Dr KENZI A. Dr TREWICK D.
Dr DARY M. Dr KUCZER V. Dr VAN TRICHT
M.
Dr DEBIERRE V. Dr LAGREE V. Dr VERGNAUX
H..
Dr DUBERNET T. Dr LEBERT C. Dr VIGNAUD F.
Dr FERRON C. Dr LEGEARD E.
Dr LIBOT J.

CHEFS DE CLINIQUE ASSISTANTS :
Dr MARTINAGE A. - Dr MONTASSIER E.

**PRATICIENS HOSPITALIERS CONTRACTUELS /
ASSISTANTS**

Je soussigné(e)

Ne souhaite pas que les bandes de régulation médicale enregistrées au SAMU / Centre 15 de Nantes dans lesquelles j'interviens soient écoutées ou exploitées dans le cadre du travail de thèse en cours au SAMU 44 pendant l'année 2010 (Thèse de Nicolas Goffinet).

Date :

Signature :

HOTEL-DIEU Place Alexis Ricordeau - 44093 NANTES Cedex 1

ABSTRACT

Background: There's never been a telephone quality grid used in medical calling center in France. The aim of the study is to create the grid and to study the result of its use on phone call recordings in the Centre 15 of the University City Hospital of Nantes, for a five days period in June 2010, to improve our practice.

Results: On the 291 files listened and analyzed only in a descriptive method, we show that in term of presentation 11.7 % of the A&E doctors, 73.8 % of the general practitioner on call and 16.7 % of the primary answerer doesn't present themselves. In term of communication skills, less than 55 % of all the calling centers agents use repetition, empathy, reformulation and strengthening, on the other end they use over 90% a simple language and assertiveness. In term of medical relationship, the diagnostic hypothesis is given in less than 40% of case and asking to speak or listen to the patient is done in less than 15 %. In term of ends of the call, doctors give a greeting in more than 96 % but do not give a possibility of recall in more than 50 % of the calls.

Conclusion: The study represents only small percentage of all calls within a year in the department but shows that at the time of our analysis, our quality needs to increase in many relationship terms. We aim in a close future to train all of the staff (medical and paramedical) to build up a good quality in handling phone calls by the use of communication skills.

RESUME FRANÇAIS

Introduction : Il n'a jamais été utilisé une grille de qualité de relation téléphonique dans les Service d'Aide Médicale Urgente – centre 15. L'objectif de l'étude a donc été de créer cette grille et d'analyser les résultats obtenus par la réécoute de bandes de régulation du SAMU de Nantes pour une période de 5 jours en juin 2010 afin d'améliorer nos pratiques.

Résultats : Sur les 291 dossiers réécoutés et analysés de manière descriptive, il a été objectivé qu'en terme de présentation 11.7% des médecins hospitaliers, 73.8 % des médecins régulateurs de la permanence des soins et 16.7 % des Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale ne se présentent pas. En termes d'utilisation des techniques de communication, moins de 55% des appelés utilisent les répétitions, l'empathie, la reformulation ou le renforcement. Néanmoins dans plus de 90 % des cas le langage est simple et l'appelé est assertif. En terme de relation médecin-malade, l'hypothèse diagnostique est donnée dans moins de 40 % des dossiers et il est demandé de parler au patient dans moins de 15% des cas. En terme de fin d'appel, une salutation est faite à plus de 96 % par des médecins mais ceux-ci n'utilisent pas une formule d'ouverture dans plus de 50 % des appels.

Conclusion : L'étude ne représente qu'un faible pourcentage de l'ensemble des dossiers de régulation sur une année mais elle indique qu'au moment de l'étude, il est nécessaire d'améliorer la qualité de la relation téléphonique. Il est à prévoir, dans un futur proche, de former l'ensemble des soignants sur les techniques permettant d'améliorer notre relation téléphonique par une bonne maîtrise des moyens de communication.

MOTS CLES

Démarche qualité

SAMU – Centre 15

Relation Téléphonique

Grille de bonne pratique

Communication