

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNEE 2012

N° 106

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Thibaut Klein

Né le 5 janvier 1982 à Strasbourg

Présentée et soutenue publiquement le 26 octobre 2012

ÉTUDE QUALITATIVE

DES PRESCRIPTIONS MÉDICAMENTEUSES TÉLÉPHONIQUES

AU SAMU-CENTRE 15 DE LOIRE-ATLANTIQUE

Président de jury: Monsieur le Professeur POTEL

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur JENVRIN

Membre du jury : Madame le Professeur BALLEREAU

Madame le Professeur GRAS-LE GUEN

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	4
GLOSSAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
1. CONTEXTE, ENJEUX ET JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE DU PROJET.....	7
2. THÈME ET OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS DES BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES HAS 2009 SUR LA PMT.....	10
3. OBJECTIF DU PROJET.....	13
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	15
1. TYPE D'ÉTUDE.....	15
2. POPULATION CONCERNÉE PAR L'ÉTUDE.....	15
3. RECUEIL.....	16
4. CRITÈRE DE JUGEMENT.....	23
5. EXPLOITATION DES RÉSULTATS.....	25
RÉSULTATS.....	26
1. DOSSIERS EXPLOITABLES.....	26
2. CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL.....	27
3. ÉPIDÉMIOLOGIQUES.....	30
DISCUSSION.....	45
1. APPORT DE L'ÉTUDE.....	45
2. LIMITE DE L'ÉTUDE.....	57
CONCLUSION.....	61
ANNEXES.....	62
1. ANNEXE 1 :PROCÉDURE PMT AU SEIN DU SAMU 44.....	63
2. ANNEXE 2 : COPIE D'ÉCRAN DU FORMULAIRE DE RECUEIL DES DONNÉES.....	67
3. ANNEXE 3 : INTITULÉS ET LIBELLÉS DIAGNOSTIC DE RÉGULATION MÉDICALE	68
4. ANNEXE 4 : MÉDICAMENTS UTILISÉS LORS DE LA PMT ORALE ET ÉCRITE.....	70
BIBLIOGRAPHIE.....	74
TABLE DES MATIÈRES.....	76
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	79
TABLE DES TABLEAUX.....	80

GLOSSAIRE

ARM : Assistant de Régulation Médicale

CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins

CLASSIFICATION ATC : Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique

CODAMUPS : COmité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DMP : Dossier Médical Partagé

DRM : Dossier de régulation médical

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

IGN : Institut Géographique Nationale

MG : Médecin Généraliste

MU : Médecin Urgentiste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDSA : Permanence de Soins Ambulatoires

PMT : Prescription Médicamenteuse Téléphonique

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

VSAV : Véhicule de Secours A Victime

INTRODUCTION

1. CONTEXTE, ENJEUX ET JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE DU PROJET

Dans le cadre de la loi sur la médecine d'urgence du 6 janvier 1986, complétée par le décret du 16 décembre 1987, le Samu-Centre 15 doit notamment assurer une écoute médicale permanente, déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel (1).

Le législateur a précisé son organisation à travers la modification du code de santé publique en septembre 2003 et en avril 2005. Une circulaire du 10 octobre 2006 relative au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA) précise ses objectifs : « L'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire, mise en place, repose sur l'instauration d'une régulation préalable à l'accès au médecin de permanence, qui est organisée par le SAMU. Cette régulation doit permettre de limiter à la situation des patients dont l'état le justifie l'intervention des médecins de garde et d'adapter le type d'intervention nécessaire.» (2)

La régulation médicale occupe donc une place essentielle dans ce dispositif et en constitue un véritable pivot.

Les médecins exerçant la régulation sont les médecins régulateurs des Centres 15 et/ou des centres d'appel des associations de permanence des soins en interconnexion avec le SAMU-Centre 15. Ils doivent répondre au besoin de soins de tout citoyen, quel que soit son emplacement, dans les

meilleurs délais et avec des moyens adaptés à son problème ; concept défini par le « juste soin » (3).

La prescription médicamenteuse téléphonique (PMT) est une réponse possible dans l'arsenal thérapeutique à disposition du médecin régulateur. La PMT dans le cadre de la régulation médicale est une prescription à distance dans les suites d'un conseil téléphonique. En pratique, cela correspond soit à une prescription orale dans le cadre de la pharmacie familiale , soit à une prescription écrite. Jusqu'en 2004, la prescription d'un médicament était conditionnée à un examen physique du patient (4). Alors que la PMT est pratiquée quotidiennement dans les Samu-Centre 15, elle engage pleinement la responsabilité du médecin régulateur. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ouvre une brèche en précisant qu'une «ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments peut être formulée par courriel (...) à condition qu'un examen clinique du patient ait été réalisé préalablement *sauf à titre exceptionnel en cas d'urgence* » (5).

Face à cette situation, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) adopte en octobre 2004 le rapport du docteur Déau. Il conclue que la PMT « ne peut se concevoir que dans un acte de régulation médicale téléphonique (...) où les échanges ont été mémorisés sur des supports qui pourront être consultés, notamment en cas de litige, au cabinet ou au centre de régulation de la permanence de soins ». Il insiste surtout sur la nécessité d'encadrer cette pratique par un protocole « engageant le médecin et le patient dans une stratégie de suivi médicalisé ». Ce rapport estime enfin qu'une « prescription téléphonique médicalisée ne peut se faire qu'en partenariat avec le pharmacien de garde » et suivant un protocole établi par les différents représentants des professionnels de santé participant au CODAMUPS (6).

En 2007, dans le cadre d'une réflexion entre Samu de France et le CNOM, plusieurs propositions sont émises en vue de l'élaboration de recommandations (7). Ce texte, base des recommandations HAS actuelles(8), expose pour la première fois dans quelles circonstances une télé-prescription peut être réalisée. Il souligne que la télé-prescription ne doit être effectuée qu'après une évaluation de la balance bénéfiques/risques pour le patient.

Quelques études descriptives sont réalisées pour évaluer le cadre et les modalités de la PMT lors de la régulation médicale. Le Samu-Centre 15 de Besançon réalise deux travaux sur ce sujet ; un premier évaluant la faisabilité de la PMT (9); un second à travers une étude descriptive de la PMT (10). Les résultats montrent qu'elle concerne alors 32% des appels de la régulation de médecine générale. L'importance de cette pratique est confirmée par une étude multicentrique indiquant que 22 % des appels reçus au Centre 15 aboutissent à une PMT (11).

En février 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des recommandations professionnelles à propos de « la prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale ». Elles permettent de définir les bonnes pratiques en matière de PMT dans le cadre de la régulation médicale. Elles proposent un modèle d'ordonnance spécifique destinée à la PMT basé sur les éléments obligatoires mentionnés dans le code de la santé publique et les éléments recommandés dans cette publication (8).

Face à ces recommandations professionnelles , le Samu-Centre 15 de Loire-Atlantique a dû s'organiser pour les mettre en application.

Un long travail de concertation et de discussion a été réalisé en lien avec les associations de médecins régulateurs généralistes, les médecins régulateurs urgentistes, l'Ordre Régional des Pharmaciens et le syndicat départemental des Pharmaciens, aboutissant à la validation d'une

procédure de PMT par les médecins régulateurs (Annexe 1), avec mise en place effective le 1er octobre 2010.

Un peu plus d'un an après la mise en application des recommandations 2009 de l'HAS, au Samu-Centre 15 de Loire-Atlantique, il paraissait nécessaire de procéder à son évaluation, à la fois quantitative et qualitative. Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une amélioration des pratiques professionnelles et vise à proposer des axes d'amélioration et de formation.

2. THÈME ET OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS DES BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES HAS 2009 SUR LA PMT

Les recommandations ont pour objectifs d'assurer l'homogénéité de cette pratique sur le territoire tout en garantissant la qualité de la réponse aux patients, et d'améliorer le délai d'accès aux médicaments pour les patients dont l'état justifie une réponse rapide. Elles permettent de sécuriser dans cette activité, les professionnels impliqués en termes de responsabilité.

Ces recommandations ne concernent que la prescription médicamenteuse dans le cadre de la régulation médicale, situation où, dans la grande majorité des cas, le médecin régulateur ne connaît pas le patient. La régulation n'étant pas limitée à la seule période de la PDSA, la PMT peut donc avoir lieu à tout moment de la journée. La prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale est une prescription à distance, dans les suites d'un conseil téléphonique.

En pratique cela correspond à trois situations :

- la rédaction et la transmission à distance d'une ordonnance écrite ;
- la prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale;
- l'adaptation d'un traitement lorsque le médecin traitant n'est pas joignable.

Sont exclus du cadre de ces recommandations :

- les pratiques de prescription médicamenteuse :
 - hors régulation,
 - dans le cadre de la continuité des soins, c'est-à-dire la possibilité pour un médecin traitant de prescrire par téléphone pour ses propres patients en tant que de besoin dans le respect du cadre législatif,
 - dans les situations extrêmes pour lesquelles une intervention physique auprès d'un patient est impossible dans un délai rapide compte tenu de l'isolement où se trouve le patient (refuge de haute montagne, endroit très isolé, etc.) ;
- les conseils thérapeutiques dans l'attente de l'arrivée sur place d'un moyen SMUR engagé par le médecin régulateur. En effet, dans ces contextes particuliers, si une intervention par téléphone (conseils, gestes de secourisme, éventuellement prescription) est nécessaire, c'est uniquement dans le but de préserver au mieux l'état du patient en attendant l'arrivée des secours.

En pratique, la prescription médicamenteuse téléphonique dans le cadre de la régulation médicale définie par ces recommandations s'appuie sur l'article 34 de la loi n° 2004- 810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui prévoit « qu'une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments peut être formulée par courriel dès lors que son auteur peut être dûment identifié, qu'elle a été établie, transmise et conservée dans des conditions propres à garantir son intégrité et sa confidentialité, et à condition qu'un examen clinique du patient ait été réalisé préalablement, sauf à titre exceptionnel en cas d'urgence.»

Les situations pour lesquelles une prescription médicamenteuse téléphonique lors de la régulation médicale peut être proposée sont les suivantes :

- demande de soins non programmés nécessitant un conseil médical ou thérapeutique pouvant aboutir à une prescription médicamenteuse (médicament présent ou absent de la pharmacie familiale), après avoir éliminé une urgence vitale ou une urgence vraie nécessitant un examen médical immédiat ;
- situations nécessitant en urgence l'adaptation d'une prescription préalable (par exemple adaptation de posologies en fonction des résultats d'analyses biologiques, de l'état clinique du patient, etc.) alors que le patient et/ou le médecin régulateur n'ont pu joindre le médecin prescripteur.

Les conditions de réalisation de la PMT sont :

- le médecin régulateur s'est identifié auprès du patient ;
- le patient accepte une prescription médicamenteuse par téléphone et a bien compris les détails de l'ordonnance ou de la prescription ;

- le patient est informé qu'en cas de persistance des symptômes, de leurs aggravations ou d'apparitions de nouveaux symptômes, la situation doit être réévaluée par un rappel au médecin régulateur ou lors d'une consultation médicale ;
- la nécessité d'un retour auprès du médecin traitant, dans les plus brefs délais ;
- une prescription pour une durée limitée et non renouvelable. La limite de temps doit être fonction de l'analyse par le médecin régulateur de la situation clinique du patient et de son environnement. Cette durée doit être la plus courte possible et en aucun cas elle ne peut dépasser 72 heures.

3. OBJECTIF DU PROJET

L'objectif du présent travail est donc de réaliser une évaluation des pratiques de la PMT effectuée par les médecins régulateurs du SAMU-Centre 15 de Loire Atlantique, après 12 mois de mise en place effective.

3.1. Objectif principal

L'objectif principal est d'analyser l'adéquation des prescriptions médicamenteuses par téléphone aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par l'HAS.

3.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont épidémiologiques :

- proportion de PMT avec rédaction d'une ordonnance télé-prescrite ;
- proportion de PMT rédigée par médecin urgentiste / médecin généraliste ;
- les caractéristiques de l'appelant ;
- les caractéristiques des patients par âge et sexe
- devenir des patients ayant fait l'objet d'une PMT
- diagnostic de régulation médicale aboutissant à une PMT
- répartition des PMT selon
 - la présence du médicament dans la pharmacie familiale, ou nécessitant un recours à une officine ;
 - la circonstance de prescription : initiale ou liée à l'adaptation d'une prescription antérieure ;
- spécialité pharmaceutique prescrite et sa classe thérapeutique ;
- répartition des PMT
 - Sur l'année et dans la semaine ;
 - selon les différents temps de la PDSA ;
- L'existence d'une relation entre la zone la couverture médicale territoriale aux horaires de la PDSA et la rédaction d'une ordonnance téléprescrite, le devenir du patient, le motif d'appel, la pharmacie de recours et les circonstances de prescriptions.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. TYPE D'ÉTUDE

Nous avons réalisé une étude monocentrique, rétrospective, observationnelle au sein du Samu-centre 15 de Loire atlantique sur une période d'un an.

2. POPULATION CONCERNÉE PAR L'ÉTUDE

2.1. Critère d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude tous les dossiers de régulation médicale du Samu-centre 15 ayant fait l'objet d'une prescription médicamenteuse par téléphone du 1er janvier 2011 au 1er janvier 2012

2.2. Critères d'exclusion

- Les urgences vitales patentées ou latentes imposant l'envoi d'un moyen de réanimation ;
- Les urgences vraies sans détresse vitale nécessitant un examen médical immédiat (médecin traitant, de garde ou de proximité, envoi d'une ambulance privée ou d'un Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV) pour un transport vers une structure d'urgences dans un délai adapté) ;
- Les dossiers présents en double dans la base de données ;

2.3. Critère de non inclusion

- Les dossiers de PMT dont l'ordonnance téléprescrite était partielle, illisible ou absente
- Les dossiers de PMT dont la bande d'enregistrement n'a pu être auditionnée
- Les ordonnances téléprescrites dont le dossier n'a pu être retrouvé.

3. RECUEIL

3.1. Recueil des données

Pour isoler les dossiers de régulation médicale (DRM) concernés, nous avons lancé une requête informatique sur le logiciel métier Centaure 15® afin de connaître sur les 12 mois, le nombre de dossiers catégorisés « Conseil médical + prescription médicamenteuse téléphonique ». Par ailleurs, pour récupérer les dossiers dont la cotation serait erronée, nous avons récupéré toutes les traces écrites d'ordonnances archivées (originales, récépissés d'envoi ou de réception).

3.1.1. Par requête

Pour chaque DRM, nous avons relevé par une requête automatisée sur le logiciel métier Centaure 15 les éléments suivants :

- Numéro de DRM
- Date et heure de création
- Opérateur
- Devenir du patient à la clôture du dossier
- Sexe du patient
- Âge du patient en année (0 signifiant moins d'un an)
- Commune et code postal
- Qualité du médecin régulateur : urgentiste ou médecin généraliste
- Diagnostic de régulation médicale retenu par le médecin régulateur à la clôture du dossier.

3.1.2. Par écoute

Chaque dossier bénéficiait ensuite d'une écoute de son enregistrement de la régulation médicale via le logiciel Assman®. Lorsque la bande enregistrée n'était pas directement reliée au dossier, elle était recherchée par le numéro de téléphone de l'appelant, le cas échéant par l'acronyme désignant le médecin régulateur puis par l'heure de régulation du médecin. Si aucune bande n'était retrouvée, nous écoutions l'ensemble des enregistrement sur la demi heure suivant l'heure d'appel original.

Lors de l'écoute, nous relevions les éléments suivants (voir annexe 2) :

1. Le premier appelant : sujet lui même, famille ou proche du patient, particulier, médecin, médecin d'un établissement, infirmier, infirmier d'un établissement, soignant, soignant d'un établissement, policier/gendarme/militaire, secouriste, autre
2. Les médicaments prescrits
3. La circonstance de prescription : nouvelle prescription ou adaptation de prescription (complément de prescription ou adaptation de posologie)
4. Le type de pharmacie : familiale, officine, pharmacie de l'établissement de soins
5. Les antécédents, la notion d'allergie, de grossesse ou d'allaitement
6. Les traitements en cours
7. L'existence d'une consultation médicale préalable à l'appel
8. La délivrance des consignes de re-consultation par le médecin régulateur
9. La nécessité d'un retour auprès du médecin traitant
10. La durée limite de prescription de 72H maximum et de son caractère non renouvelable
11. La reformulation de la PMT par le patient, témoin d'une bonne compréhension
12. La posologie
13. Dans le cas d'un recours à la pharmacie d'officine, la décision conjointe médecin-patient sur la pharmacie qui réceptionnera l'ordonnance

3.1.3. Par analyses des ordonnances téléprescrites

Nous analysons les traces écrites d'ordonnances et relevions :

14. Le nom du médecin prescripteur,

15. Sa qualification (Urgentiste ou médecin généraliste)
16. Son adresse
17. Sa signature
18. Le nom du service de santé du médecin
19. La date de l'ordonnance
20. La dénomination du médicament
21. La posologie
22. La durée de prescription < 72h
23. Le nom du patient
24. Son prénom
25. Son sexe
26. Son âge
27. Son poids
28. La mention identifiant l'ordonnance comme une télé-prescription, ou l'utilisation du modèle
29. Le nom de la pharmacie
30. L'adresse de la pharmacie
31. L'ordonnance télé-prescrite
32. Le récépissé d'envoi
33. La copie de l'ordonnance validée
34. Le tampon de l'officine

35. La signature de l'officine sur l'ordonnance validée

36. La durée et /ou le conditionnement

37. La liste des médicaments prescrits

3.2. Outils pour l'interprétation

3.2.1. Couverture médicale territoriale aux horaires de la PDSA

Nous recherchions une corrélation entre la facilité d'accès à un médecin de garde durant la PDSA et le nombre de PMT.

Aux horaires de la PDSA, pour consulter un médecin, il existe 3 possibilités

- les centres d'accueil et de permanence des soins (CAPS), dont les horaires d'ouvertures sont :
 - en semaine de 20 h à minuit ;
 - le samedi de 14h à minuit
 - le dimanche et jours fériés de 9h à minuit.
- Les médecins mobiles : disponibles de 20h à 8h, au nombre de 5 dans le département. Ils assurent les visites incontournables (personnes à mobilité réduite, motifs médico judiciaire) sur les secteurs non couverts par SOS médecin.

L'accès au CAPS et au médecin mobile n'est possible qu'après appel au Samu-Centre 15 et régulation médicale.

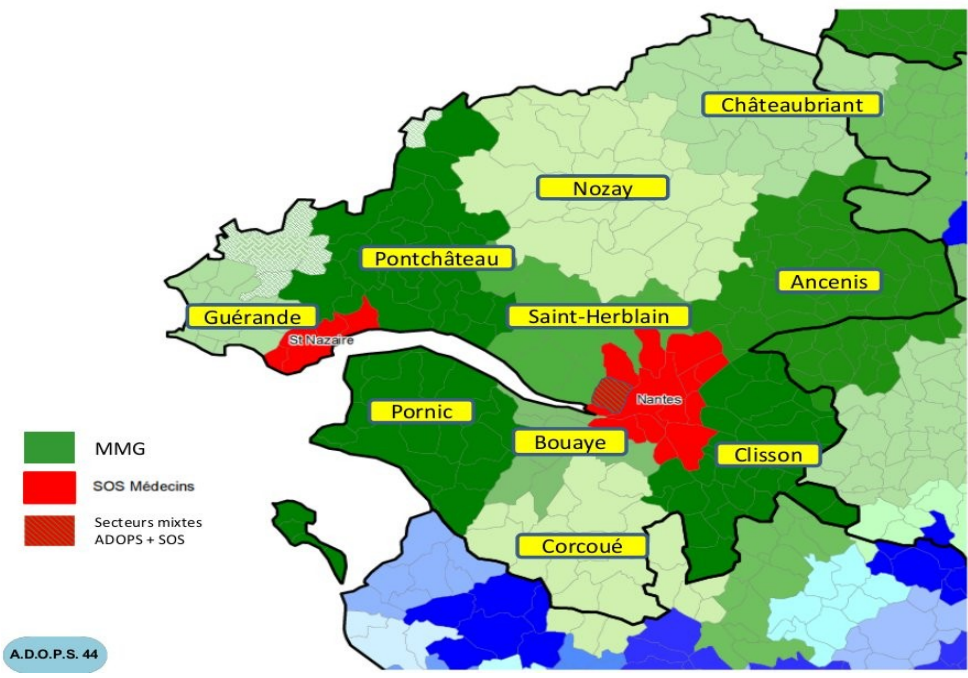
- SOS Médecins : ouverts 24h/24 7 jours sur 7. Il existe 2 associations dans le département : SOS Médecins Nantes et Saint-Nazaire. Ils assurent une permanence médicale sur les agglomération de Nantes et Saint-Nazaire
 - Les zones de SOS Médecins Saint-Nazaire sont : La Baule, Guérande, Pornichet, Trignac, Montoir De Bretagne, Le Pouliguen, Saint-Joachim, Saint-André-Des-Eaux, Saint-Malo-De-Guersac.
 - Les zones de SOS Médecins Nantes sont Sautron, Orvault, Nantes, La Chapelle-Sur-Erdre, Carquefou, Thouare-Sur-Loire, Sainte-Luce-Sur-Loire, Basse-Goulaine, Saint-Sébastien-Sur-Loire, Vertou, Les Sorinières, Rezé, Bouguenais, Indre et Saint-Herblain.

La population de ces communes peut joindre directement le standard de SOS Médecins sans passer par un appel au SAMU-Centre 15, y compris hors PDSA.

Les illustrations 1 et 2 rappellent la couverture médicale territoriale aux horaires de la PDSA.

Aux horaires de la PDSA, nous distinguons donc 2 types de populations :

- celle dont l'accès au médecin de garde passe obligatoirement par une régulation médicale au SAMU-Centre 15. Nous l'appellerons « population SC15 ».
- L'autre population couverte par SOS Médecins que nous appellerons « population SOS ».



MMG: Maison Médicale de Garde ou CAPS

Illustration 1: Couverture géographique des CAPS et de SOS Médecins



Illustration 2: Couverture géographique des Médecins mobiles

3.2.2. Caractérisation des médicaments

Pour chaque médicament, nous recherchions dans le Vidal, la classe thérapeutique selon la classification ATC (Anatomique, Thérapeutique et Chimique). Cette base, contrôlée par L'OMS via le Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology a été publiée la première fois en 1976.

4. CRITÈRE DE JUGEMENT

Le critère de jugement principal était la présence de l'ensemble des éléments garantissant la conformité par rapport aux recommandations de bonnes pratiques.

- Pour les PMT orales, lors de la réécoute, les 8 éléments du point 5 à 12 inclus devaient être présents. Chaque prescription se voyait alors attribuée un score sur 8 points ; La note de 8 sur 8 était synonyme de prescription suivant parfaitement les recommandations.

- Pour les PMT écrites,
 - Sur la partie orale, l'ensemble des critères du point 5 à 11 inclus et le point 13.
 - Sur la partie écrite, lors de l'analyse des traces écrites, les critères du point 14 au point 35 inclus devaient être présents.
 - Au total, chaque prescription se voyait alors attribuée un score sur 30 points ; La note de 30 sur 30 était synonyme de prescription respectant parfaitement les recommandations.

- Afin de prendre en compte l'hétérogénéité des PMT par médecin régulateur, et de limiter les biais, nous avons réalisé la moyenne des notes des PMT de chaque médecin.

- Pour répondre au critère de jugement principal, nous avons défini 3 catégories de conformité de PMT :

- *PMT conforme* si la note était supérieure à 80 % de la meilleure note possible

Pour la PMT orale	Moyenne supérieure à 6
Pour la PMT écrite	Moyenne supérieure à 24

- *PMT partiellement conforme* si la note était comprise entre 50 % et 80 % de la meilleure note possible

Pour la PMT orale	Moyenne inférieure ou égale à 6 et supérieure à 3
Pour la PMT écrite	Moyenne inférieure ou égale à 24 et supérieure à 15

- *PMT non conforme* si la note obtenue était inférieure à 50 % de la meilleure note possible

Pour la PMT orale	Moyenne inférieure ou égale à 3
Pour la PMT écrite	Moyenne inférieure ou égale à 15

5. EXPLOITATION DES RÉSULTATS

Les données étaient recueillies dans une base de donnée sous le logiciel Libreoffice Base avant d'être exportées sous le tableur Libreoffice Calc. Les analyses statistiques étaient réalisées par le logiciel SOFA-Statistics. Les pourcentages des 2 populations étaient comparés par Chi2. Une valeur de $p \leq 0,05$ définissait une différence statistique significative.

RÉSULTATS

1. DOSSIERS EXPLOITABLES

La requête et la récupération des traces de PMT permettaient d'isoler 1661 dossiers. Après application des critères d'exclusion 951 dossiers sont sélectionnés.

En appliquant les critères de non inclusion, 15 dossiers étaient exclus :

- 6 dossiers aboutissant à une ordonnance téléprescrite sans bande audible retrouvée
- 9 dossiers avec bande audible dans laquelle une rédaction d'ordonnance téléprescrite était annoncée, sans qu'elle ait été retrouvée dans les archives.

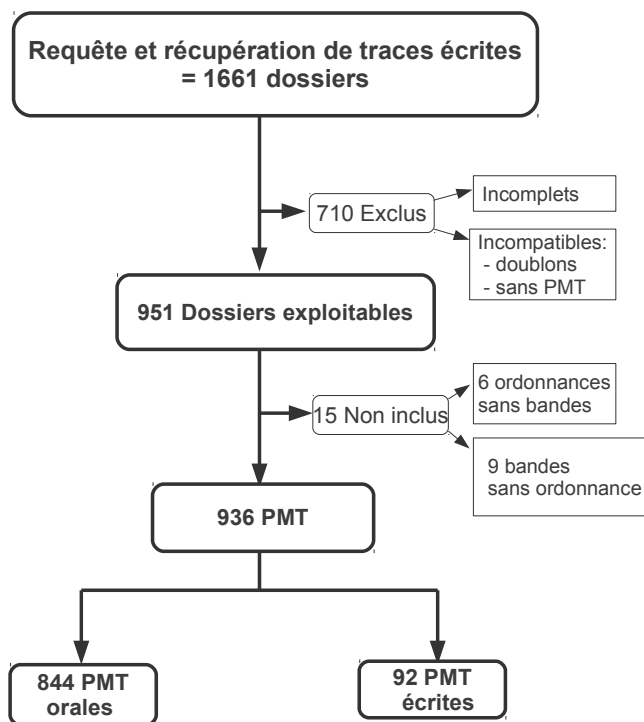


Illustration 3: Récupération des PMT

Les dossiers non inclus représentaient 14 % des dossiers avec ordonnances téléprescrites. Au final nous avons inclus 936 dossiers.

2. CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL

2.1. Évaluation des PMT orales

Nous avons recueilli 844 PMT orales.

59 médecins ont fait une PMT orale. 3 médecins avaient réalisé 77 % des PMT.

PMT	Les 3 médecins Réalisant le Plus de PMT Orales	Les 56 autres Médecins	Total	
Conforme	7	14	21	2%
Partiellement conforme	123	104	227	27%
Non conforme	518	78	596	71%
Total	648	196	844	100%

Tableau 1: Conformité des PMT orales réalisées au sein du Samu-Centre 15

La moyenne des notes de conformités par médecin était de 1 à 8 avec une médiane à 4, une moyenne à 4,09 pour un écart type à 1,38.

PMT	Nombre de Médecins	Pourcentage
Conforme	1	2%
Partiellement conforme	39	66%
Non conforme	19	32%
Total	59	100%

Tableau 2: Conformité des PMT orales en fonction du nombre de médecins

Les éléments manquant se répartissent comme indiqués dans le tableau 3.

	Les 3 médecins Réalisant le Plus de PMT Orales	Les 56 autres Médecins
Absence de recherche des antécédents, D'allergies, de grossesse ou d'allaitement	83%	42%
Absence de recherche du traitement habituel	81%	51%
Absence de recherche d'une consultation médicale préalable	77%	61%
Absence d'information de reconsultation	42%	24%
Absence d'information sur le retour auprès du médecin traitant	70%	56%
Absence d'information sur la durée limitée et non renouvelable	96%	84%
Absence d'élément témoin de la bonne compréhension	93%	80%
Absence de dose donnée	3%	1%

Tableau 3: Fréquence des éléments absents dans les 844 PMT orales

2.2. Évaluation des PMT écrites

Nous avons recueillis 92 ordonnances avec leurs bandes.

2 médecins avaient réalisés 49% des PMT.

PMT	Les 2 médecins Réalisant le Plus de PMT Écrite	Les 23 autres Médecins	Total	
Conforme	0	0	0	0%
Partiellement conforme	31	11	42	46%
Non conforme	14	36	50	54%
Total	45	47	92	100%

Tableau 4: Conformité globale des PMT écrites réalisées au sein du Samu-Centre 15

25 médecins ont fait une PMT écrite. La moyenne des notes par médecin est comprise entre 9 et 22 sur un total de 30 points. La médiane s'élève à 15,00 ; la moyenne à 15,49. L'écart type est de 2,58.

PMT	Nombre de Médecins	Pourcentage
Conforme	0	0%
Partiellement conforme	15	60%
Non conforme	10	40%
Total	25	100%

Tableau 5: Conformité des PMT écrites en fonction du nombre de médecins

Les éléments manquants se répartissent comme indiqués dans le tableau 6 pour la partie orale et 7 pour sa partie écrite

	Les 2 médecins Réalisant Le plus de PMT écrites	Les 23 autres médecins
Absence de recherche des antécédents, D'allergies, de grossesse ou d'allaitement	70%	63%
Absence de recherche du traitement habituel	85%	57%
Absence de recherche d'une consultation médicale préalable	87%	76%
Absence d'information de reconsultation	100%	87%
Absence d'information sur le retour auprès du médecin traitant	100%	83%
Absence d'information sur la durée limitée et non renouvelable	98%	98%
Absence d'élément témoin de la bonne compréhension	96%	93%
Absence de décision conjointe choix pharmacie	83%	57%

Tableau 6: Fréquence des éléments oraux absents dans les 92 PMT écrites

	Les 2 médecins Réalisant Le plus de PMT écrites	Les 23 autres médecins
Absence du nom du médecin	0%	2%
Absence de la qualité du médecin	41%	57%
Absence de l'adresse du médecin	0%	2%
Absence de la signature du médecin	0%	2%
Absence du nom de service de santé	0%	2%
Absence de la date de l'ordonnance	0%	9%
Absence de la dénomination du médicament	0%	0%
Absence de posologie	0%	13%
Absence d'une durée < 72h	59%	67%
Absence du nom du patient	2%	0%
Absence du prénom du patient	4%	2%
Absence du sexe du patient	72%	70%
Absence de l'âge du patient	20%	17%
Absence du poids du patient	63%	63%
Absence d'une mention « téléprescription »	4%	11%
Absence du nom de la pharmacie	67%	37%
Absence de l'adresse de la pharmacie	72%	57%
Absence de l'ordonnance téléprescrite	20%	7%
Absence du récépissé d'envoi	35%	24%
Absence de la copie de l'ordonnance validée	93%	80%
Absence du tampon de l'officine	93%	87%
Absence de la signature de l'officine	93%	80%

Tableau 7: Fréquence des éléments écrits absents dans les 92 PMT écrites

3. ÉPIDÉMIOLOGIQUES

3.1. PMT orales / PMT écrites

90 % des PMT (N=844) étaient des prescriptions uniquement orales. 10 % des PMT (N=92) étaient accompagnées d'une ordonnance télé-prescrite.

3.2. Répartition des PMT selon la qualification du médecin régulateur

936 PMT ont été réalisées par 66 médecins régulateurs (36 médecins généralistes et 30 médecins urgentistes).

On relevait qu'un médecin généraliste avait effectué 52 % des PMT étudiés. Suivaient 2 autres médecins généralistes avec 13 et 8 % des PMT. **Au total, ces 3 médecins avaient réalisé 73 % des PMT étudiés.**

89% des PMT (N=837) sont faites par des médecins généralistes, 11 % des PMT (N=99) des médecins urgentistes.

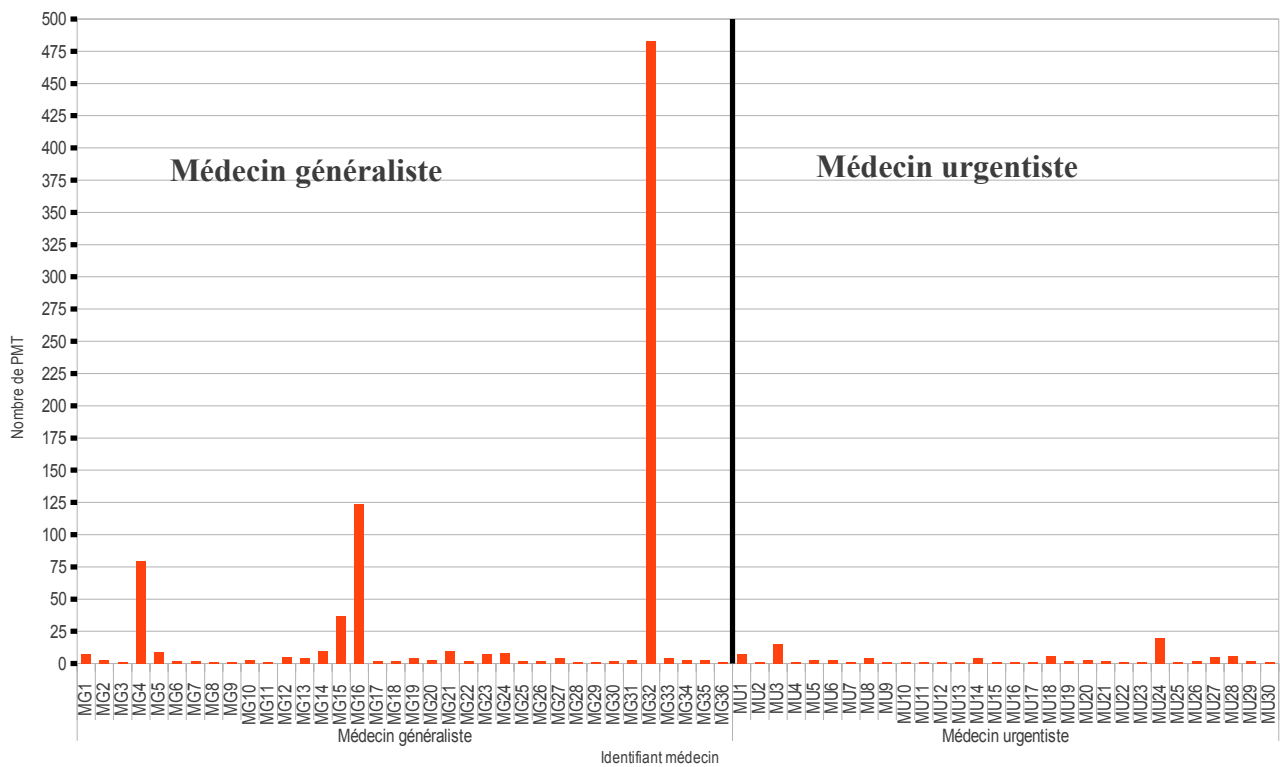


Illustration 4: Répartition des 936 PMT entre les 66 médecins régulateurs

3.3. Répartition des PMT selon les caractéristiques de l'appelant

54 % des appels (N=504) bénéficiant d'une PMT provenaient de la famille ou d'un proche.

7 % (N=67) d'un personnel d'un établissement de soins.

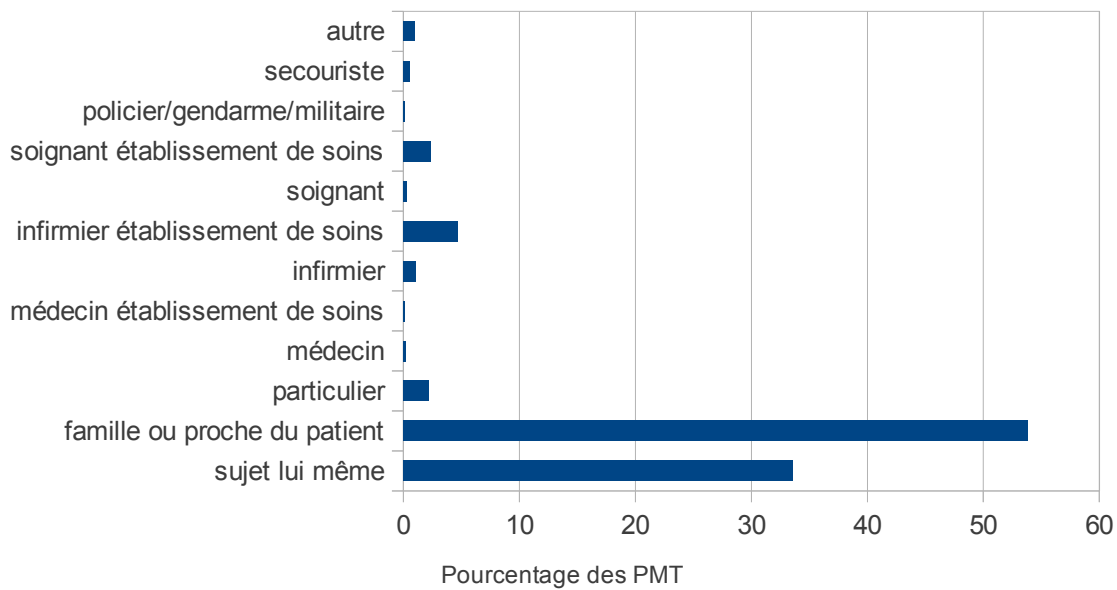


Illustration 5: PMT selon les caractéristiques de l'appelant

3.4. Répartition des PMT par âge et sexe

Dans 44 % des PMT, le patient était de sexe masculin (N=412), dans 56 % de sexe féminin (N=524)

Les enfants de 15 ans et moins représentaient 43 % des PMT (N=406). Ils se répartissaient selon la pyramide des âges de l'illustration 5. Au sein de cette population, 70 % avaient un âge inférieur ou égal à 5 ans (N=283). Parmi ceux ci, 5 % (N=19) avaient strictement moins d'un an.

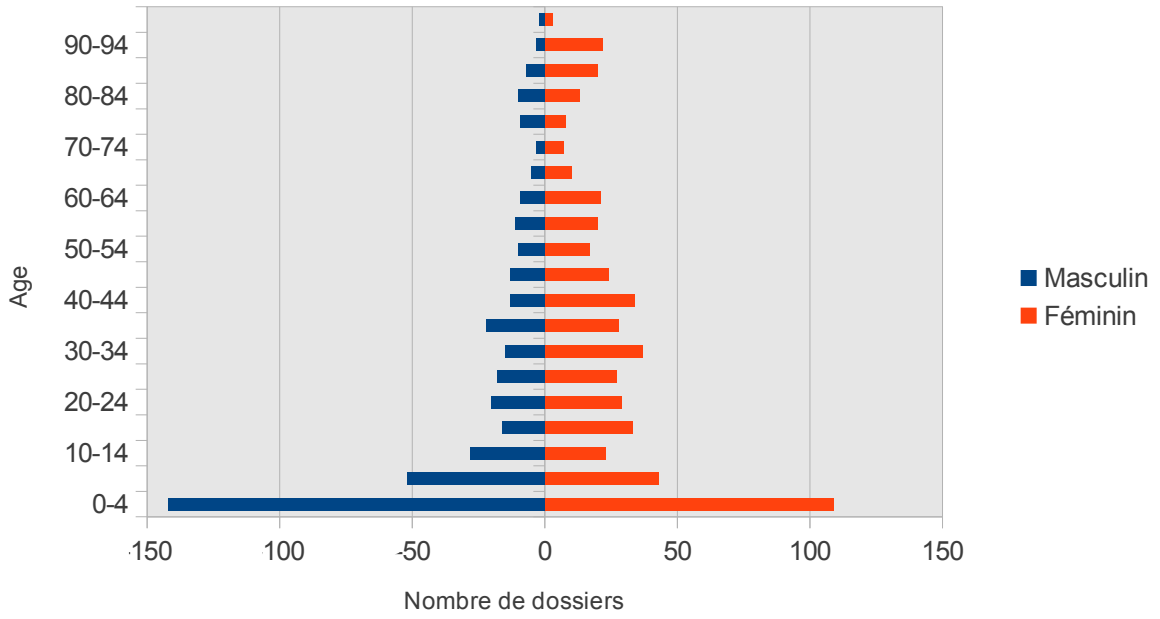


Illustration 6: Répartition des PMT en fonction de l'âge et du sexe

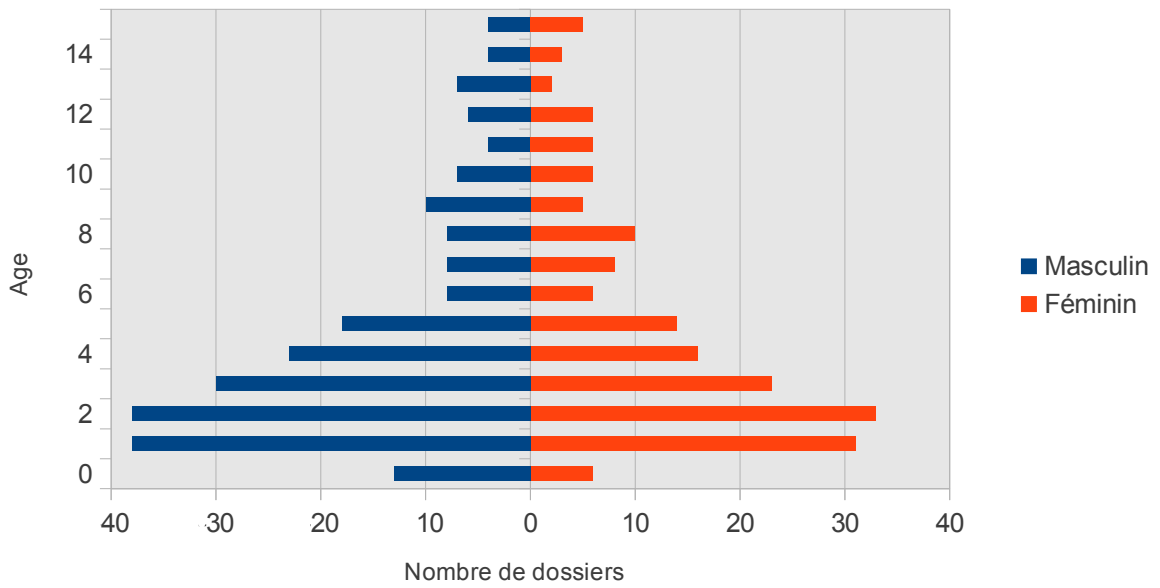


Illustration 7: Répartition des PMT au sein de la population pédiatrique en fonction de l'âge et du sexe

3.5. Devenir final des patients

	Nombre De PMT	Proportion
Laissé sur place	904	97%
Adressé sans urgence pour examen clinique	32	3%
Consultation de contrôle à distance d'une PMT	3	
PMT dans l'attente de consultation	14	
Après PMT, persistance de la symptomatologie	10	
Devenir inconnu	5	1%
Total résultat	936	100%

Tableau 8: Devenir final des patients

Pour 1 % la destination du patient n'était pas connu. Selon l'efficacité du traitement, il était laissé à l'appréciation du patient d'aller consulter un médecin en urgence.

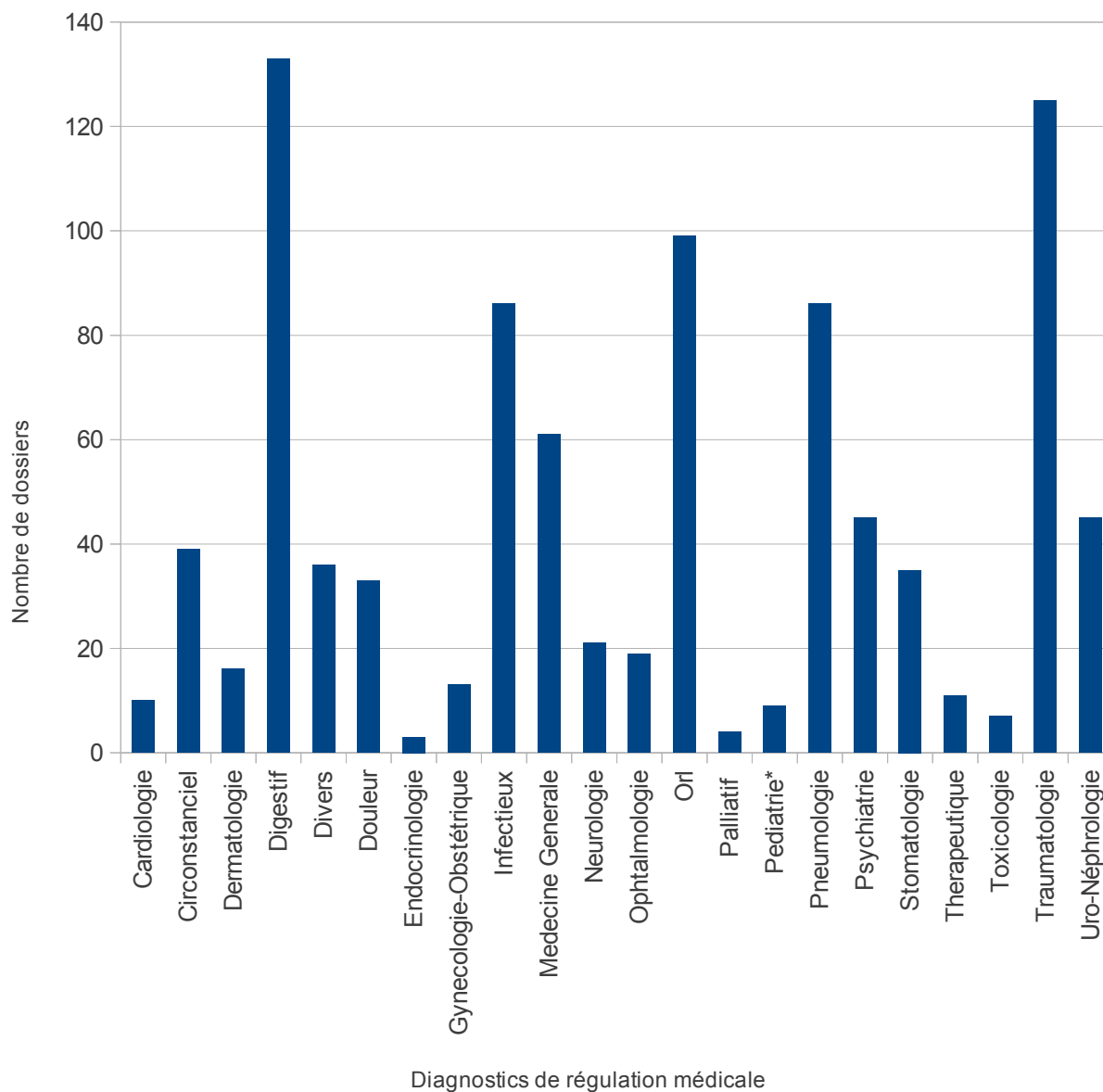
96% de la population bénéficiant d'une PMT étaient finalement laissée au domicile. 4 % accédaient secondairement à une consultation médicale.

3.6. Répartition des PMT par diagnostic retenu par le médecin régulateur

L'ensemble des diagnostics de régulation médicale associés à une PMT figure dans l'annexe 3 ; pour plus de lisibilité, ils ont été classés selon le type de spécialité.

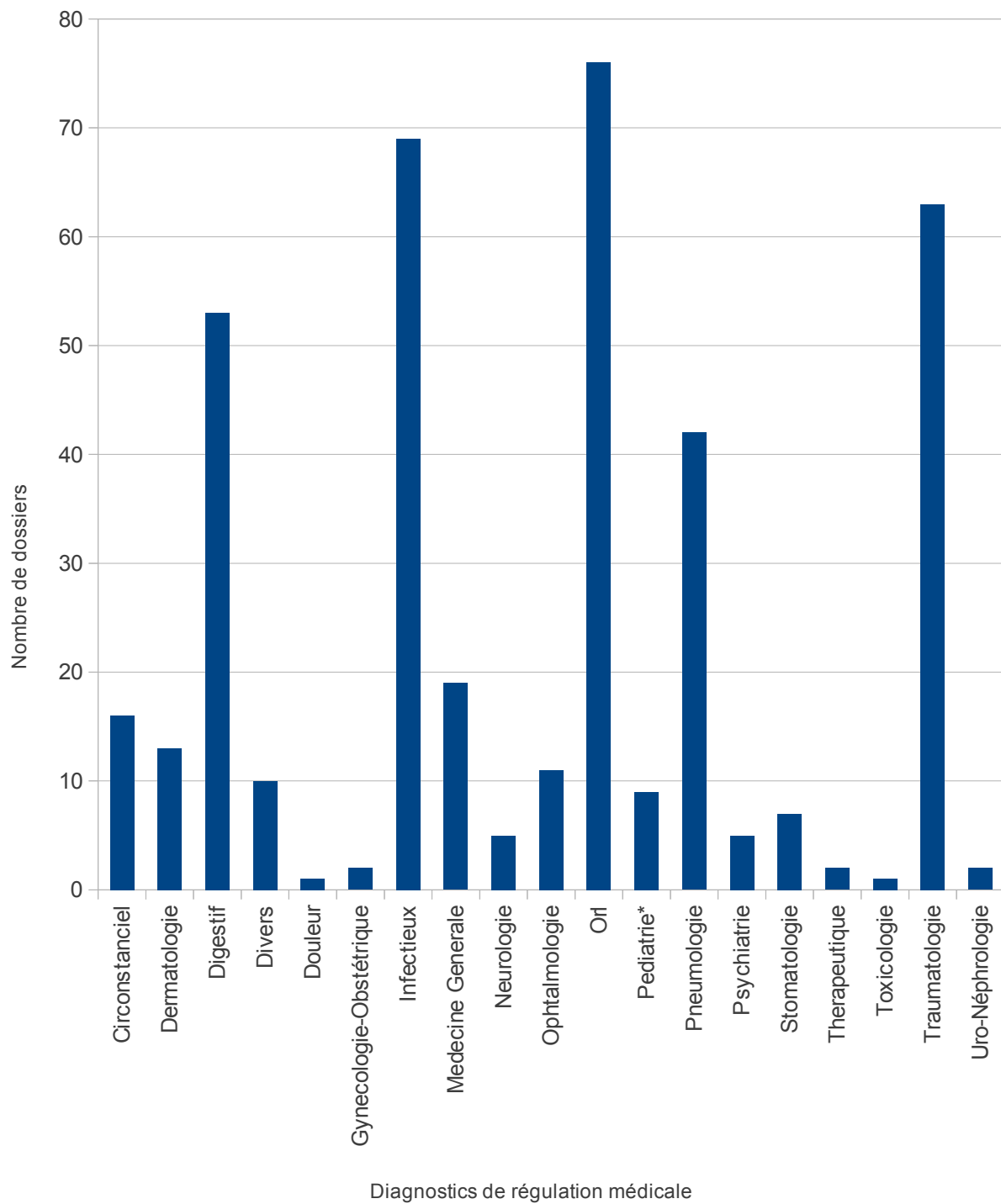
Les diagnostics de régulation médicale à l'origine de PMT les plus fréquents (illustration 6) étaient digestifs, traumatologiques et ORL avec respectivement 14 % (N=133), 13 % (N=125) et 11 % (N=99) des PMT. Suivaient ensuite les motifs infectieux (9 % des PMT N=86) et en lien avec la pneumologie (9 % des PMT N=86).

Dans la population pédiatrique (illustration 7), les diagnostics de régulation médicale les plus fréquents étaient ORL (19 % N=76), infectieux (17 %, N=69), traumatologiques (16 % N=63), digestifs (13 %, N=53) et respiratoires (10 %, N=40).



pédiatrie : motif de recours sans autre précision*

Illustration 8 : Diagnostics de régulation médicale aboutissant à une PMT



pédiatrie : motif de recours sans autre précision*

Illustration 9: Diagnostics de régulation médicale aboutissant à une PMT dans la population 15ans et moins

3.7. Répartition des PMT selon la pharmacie de recours et les circonstances

	Total PMT	Pharmacie familiale		Officine		Pharmacie établissement	
		N=	%	N=	%	N=	%
Total PMT	936	678		186		72	
Total PMT							
PMT orale	844	678	100 %	101	54 %	65	90 %
PMT écrite	92	0	0 %	85	46 %	7	10 %
Circonstance de la PMT							
Nouvelle prescription	813	585	86 %	170	91 %	58	81 %
Complément de prescription	66	48	7 %	12	6 %	6	8 %
Adaptation de posologie	57	45	7 %	4	3 %	8	11 %
Epidémiologie							
Age médian (en année)		18		20		87	
Age moyen (en année)		25		24		79	
Homme	408	328	48 %	63	34 %	17	24 %
Femme	528	350	52 %	123	66 %	55	76 %
Diagnosics de régulation médicale les plus fréquents pour chaque catégorie de pharmacie							
Traumatologie		112	17 %	10	5 %	3	4 %
Digestif		96	14 %	34	18 %	3	4 %
Orl		82	12 %	17	9 %	0	0 %
Infectieux		78	12 %	8	4 %	0	0 %
Pneumologie		60	9 %	3	2 %	23	32 %
Médecine Générale		35	5 %	22	12 %	4	6 %
Uro-Néphrologie		10	1 %	30	16 %	5	7 %
Douleur		22	3 %	3	2 %	8	11 %
Cardiologie		3	0 %	1	1 %	6	8 %
Médicaments les plus fréquemment prescrits dans la PMT orale pour chaque catégorie de pharmacie							
N02 Analgésiques		418	62%	38	38%	19	29%
M01 Produits anti-inflammatoires et antirhumatismaux		70	10%	17	17%		
H02 Corticostéroïdes (usage systémique)		65	10%	1	1%		
A03 Médicaments utilisés en cas de Problèmes fonctionnels gastro-intestinaux		47	7%	8	8%		
R06 Antihistaminiques (usage systémique)		45	7%	15	15%		
A07 Antidiarrhéiques, anti-inflammatoires Intestinaux/agents anti-infectieux		30	4%	13	13%		
V03 Tous les autres produits thérapeutiques (Oxygene)						23	35%
C01 Thérapie cardiaque						14	22%
Médicaments les plus fréquemment prescrits dans la PMT écrite pour chaque catégorie de pharmacie							
J01 Antibactériens (usage systémique)				28	33%		
H02 Corticostéroïdes (usage systémique)				9	11%		
A04 Antiémétiques et antinauséeux				9	11%		
N01 Anesthésiques (morphine)						4	57%

Tableau 9: Répartition des PMT selon la pharmacie de recours

20 % des PMT (N=184) nécessitaient un déplacement à une officine.

La pharmacie de l'établissement correspondait à un lieu hors domicile possédant une pharmacie (Hôpital local, soins de suites, maison de retraite, EHPAD, centre sociaux, centre de secours,...).

L'appelant pouvait ne pas être un personnel de santé.

Les recommandations ne reconnaissant que deux catégories de pharmacies (familiale et officine), nous avons regroupé la population pharmacie familiale et la pharmacie établissement, pour la comparer à la population ayant recours à l'officine. En recherchant une différence significative au niveau des diagnostics de régulation médicale de PMT nous avons trouvé $p < 0,01$. Les diagnostics classés uro-néphrologie et Médecine Générale entraînaient un recours plus fréquent à la pharmacie d'officine.

87% des PMT (N=813) étaient de nouvelles prescriptions.

Les prescriptions orales nécessitant un déplacement à une officine permettaient au patient de récupérer majoritairement des antalgiques (27%), des anti-inflammatoires (12%) et des anti-histaminiques (11%) . La majorité des ordonnances écrites leur permettaient de se procurer des antibiotiques (24%).

54 % des PMT (N=101) avec recours à une officine étaient simplement orales, sans rédaction d'une ordonnance téléprescrite.

Par ailleurs nous avons notés 11 PMT orales et 5 PMT écrites comportant une prescription de stupéfiant, soit au total 16 PMT. Les diagnostics de régulation médicale étaient essentiellement ceux liés à la fin de vie (13 PMT), un était un renouvellement d'une ordonnance préexistante, les 2 autres une nouvelle prescription dans l'attente d'un examen médical le lendemain. 8 PMT étaient de nouvelles prescriptions, 2 un complément et 6 une adaptation de prescription. L'appelant était majoritairement un personnel de santé (14 PMT).

Lors du recours à une pharmacie d'établissement, les PMT orales comportaient majoritairement de l'oxygène (35%), un médicament de la classe des analgésiques (29%) et de la classe de « thérapie cardiaque » (dérivé nitré) (22%). Les PMT écrites comportaient surtout des morphiniques (57%)

3.8. Spécialités pharmaceutiques et classes thérapeutiques prescrites

3.8.1. Lors de la PMT orale

Les médicaments prescrits par les médecins régulateurs sont précisés dans l'annexe 4.

Au total, 1116 spécialités thérapeutiques appartenant à 43 classes médicamenteuses différentes ont été prescrites pour 844 PMT orales.

La moyenne était de 1,3 médicaments par prescription orale.

La classe médicamenteuse ATC la plus prescrite oralement était celle appartenant au système nerveux (N=528).

Le médicament le plus fréquemment prescrit était le Paracétamol (présent dans 51 % des PMT orales N=428). Venaient ensuite les produits anti-inflammatoires et antirhumatismaux (10 % des PMT N=87), puis les corticostéroïdes en usage systémique (8 % N=68), puis les antihistaminiques à usage systémique (7 % N=63) et les médicaments des troubles fonctionnels gastro-intestinaux (7 % N=58).

3.8.2. Lors de la PMT écrite

Les médicaments prescrits par les médecins régulateurs sont précisés dans l'annexe 4.

127 spécialités thérapeutiques appartenant à 33 classes médicamenteuses différentes ont été prescrites pour les 92 PMT écrites.

La moyenne était de 1,4 médicaments par ordonnance.

La classe médicamenteuse la plus prescrite était celle des antibiotiques, présent dans 33 % des PMT (N=30). 60 % était de la Fosfomycine. Puis suivaient les corticoïdes (10 % N=9) et les antiémétiques (10% N=9) puis les psycholeptiques (9% N=8).

3.9. Répartition des PMT dans le temps

3.9.1. Répartition dans l'année et dans la semaine

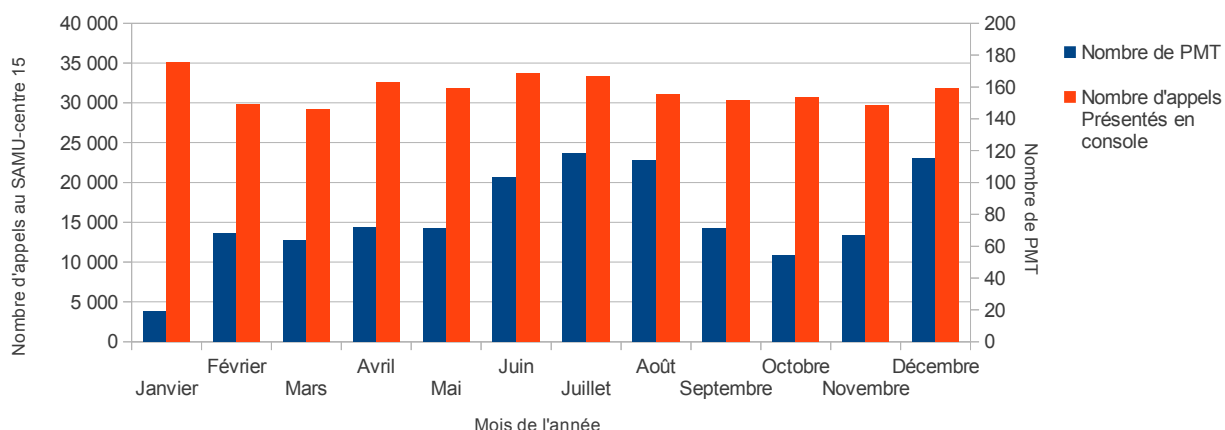


Illustration 10: Répartition des PMT dans l'année

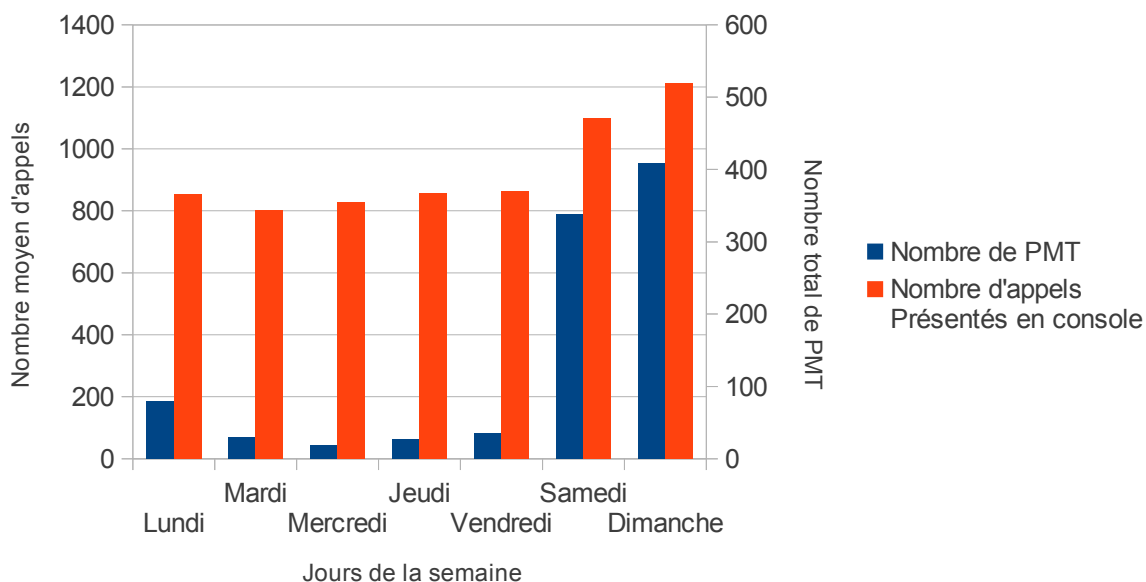


Illustration 11: Répartition des PMT dans la semaine

80 % des PMT (N=747) ont lieu le Week-end.

3.9.2. Répartition des PMT lors de la PDSA

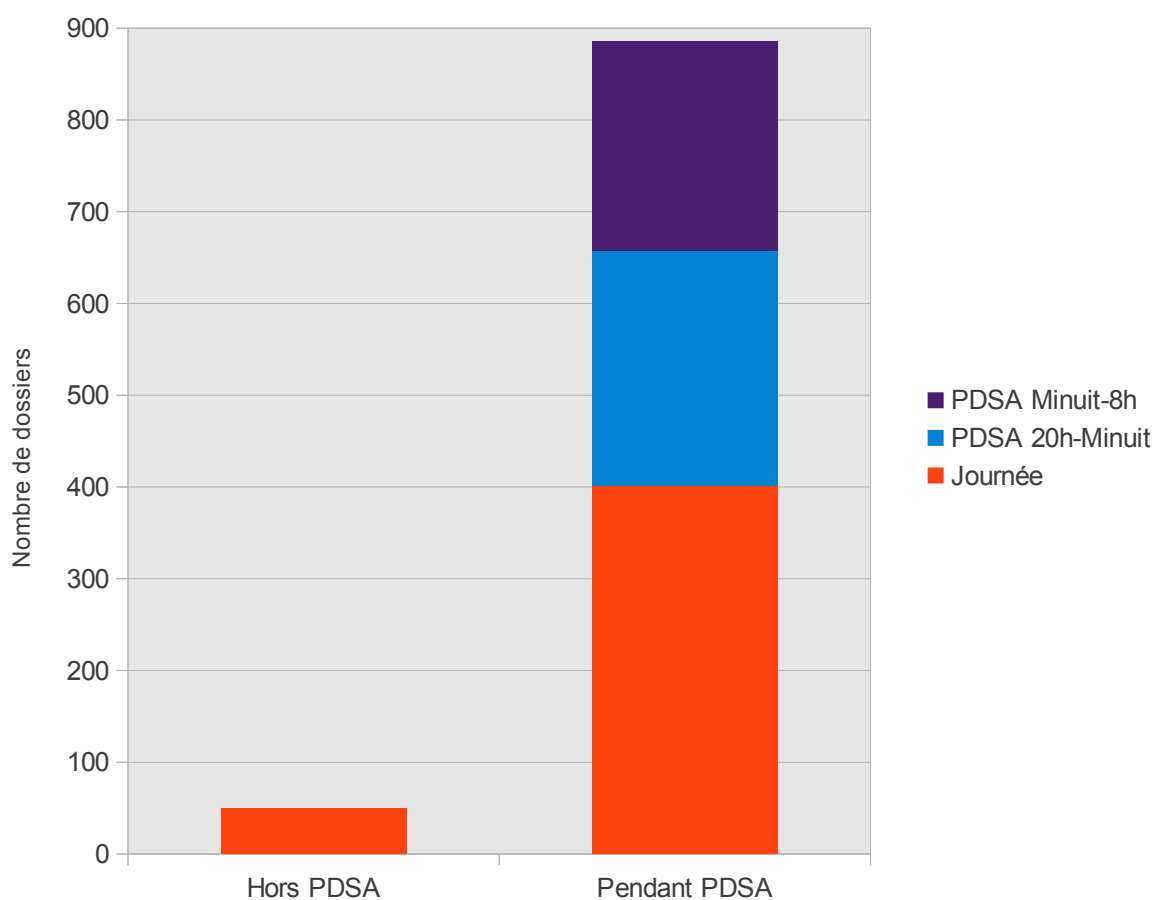


Illustration 12: PMT selon les horaires de la permanence de soins ambulatoires

95 % des PMT avaient lieu aux horaires de la permanence de soins ambulatoires (N=886), parmi celles-ci, 27 % entre 20h et minuit (N=256) et 24 % lors de la nuit profonde (N=228).

	Pendant la PDSA		Hors PDSA		Test statistique
	N=	%	N=	%	
Total PMT	886		50		
Nombre de PMT					
PMT orales	807	91 %	37	74 %	p < 0,01
PMT écrites	79	9 %	13	26 %	
Pharmacie de recours					
Pharmacie familiale	655	74 %	25	50 %	p < 0,01
Officine	173	20 %	11	22 %	
Pharmacie établissement	58	6 %	14	28 %	
Circonstance de la prescription					
Nouvelle prescription	770	87 %	43	86 %	p = 0,57 **
Complément de prescription	61	7 %	5	10 %	
Adaptation de posologie	55	6 %	2	4 %	
Appelant					
Personnel soignant	69	8%	13	26%	p < 0,01
Patient / Famille / Particulier / Autre	817	92%	37	74%	
Epidémiologie					
Age moyen victime	28		39		
Hommes	389	44 %	19	38 %	
Femmes	497	56 %	31	62 %	
Diagnostiques de régulation médicale les plus fréquents pour chaque catégorie					
Traumatologie	114	13%	6	12%	p = 0,01**
Digestif	126	14%	4	8%	
ORL	93	10%	4	8%	
Infectieux	85	10%	1	2%	
Pneumologie	79	9%	4	8%	
Psychiatrie	43	5%	2	4%	
Neurologie	13	1%	8 *	16%	
Médicaments les plus fréquents dans la PMT orale pour chaque catégorie					
N02 Analgésiques	458	57%	17	46%	
M01 Produits anti-inflammatoires Et antirhumatismaux	87	11%	0	0%	
R06 Antihistaminiques (usage systémique)	61	8%	2	5%	
H02 Corticostéroïdes (usage systémique)	66	8%	2	5%	
A03 Médicaments utilisés en cas de Problèmes Fonctionnels gastro-intestinaux	54	7%	4	11%	
N05 Psycholeptiques	43	5%		0%	
V03 Tous les autres produits thérapeutiques	18	2%	6	16%	
C01Thérapie cardiaque	11	1%	3	8%	

8* : dont 5 cotées « convulsion »

** : résultat obtenu après test de Fischer

Tableau 10: Comparaison des populations selon l'heure d'appel

La population appelant hors PDSA était significativement différente de celle appelant pendant la PDSA sur plusieurs points : sur le nombre de PMT écrites ($p < 0,01$), sur la pharmacie de recours ($p < 0,01$), sur le motif d'appel ($p < 0,01$) et sur les caractéristiques de l'appelant ($p = 0,01$).

Hors PDSA, la proportion de personnel médical ou soignant appelant était plus importante (26 % vs 8%), tout comme le recours à une pharmacie d'établissement (28 % vs 6%) et la proportion de PMT écrites (26 % versus 9%).

3.10. Caractéristiques des PMT selon la couverture médicale territoriale aux horaires de la PDSA

La PDSA concernait 886 PMT.

Aux horaires de la PDSA, nous distinguons 2 types de populations. Celle dont l'accès au médecin de garde passe obligatoirement par une régulation médicale au SAMU-Centre 15 représente **73 % des PMT (N=643)**. La seconde population était celle couverte par SOS Médecin. Elle représentait **27 % des PMT (N=243)**

Les résultats sont regroupés dans le tableau 11.

Il ne semblait pas exister de relation entre le type de couverture médicale territoriale aux horaires de la PDSA et le type de PMT ($p = 0,333$), ni avec le devenir ($p = 0,748$), ni avec la circonstance de prescription ($p = 0,824$), ni avec le motif de la PMT ($p = 0,803$). Toutefois il existait une différence significative entre les 2 populations concernant la pharmacie de recours ($p = 0,018$). En présence d'une PMT, la pharmacie familiale était plus souvent sollicitée dans la « population SOS », la pharmacie d'officine pour la « population SC15 »

	Population SOS		Population SC15		valeur p
	N=	%	N=	%	
Total PMT	243		643		
Nombre de PMT					
PMT orales	225	28%	582	72%	p = 0,333
PMT écrites	18	23%	61	77%	
Devenir					
Laissé sur place / PMT après refus de transport	234	96%	622	97%	p = 0,748
Adressé à un cabinet médical /					
Transport par ses propres moyens/ Sanitaire	9	4%	21	3%	
Pharmacie de recours					
Pharmacie familiale / Pharmacie établissement	208	86%	505	79%	p = 0,018
Officine	35	14%	138	21%	
Circonstance de la prescription					
Nouvelle prescription	210	86%	560	87%	p = 0,824
Complément de prescription	16	7%	45	7%	
Adaptation de posologie	17	7%	38	6%	
Epidémiologie					
Age moyen victime	29		28		
Hommes	109	45%	280	44%	
Femmes	134	55%	363	56%	
Diagnosotics de régulation médicale les plus fréquents pour chaque catégorie					
Traumatologie	39	16 %	80	12%	p = 0,803
Digestif	36	15%	90	14%	
ORL	24	10%	69	11%	
Infectieux	18	7%	67	10%	
Pneumologie	23	9%	56	9%	
Psychiatrie	20	8%	23	4%	
Médicaments les plus fréquents Dans la PMT orale pour chaque catégorie					
Moyenne par prescription	1,21		1,21		
N02 Analgésiques	122	54%	336	58%	
M01 Produits anti-inflammatoires Et antirhumatismaux	25	11%	62	11%	
R06 Antihistaminiques (usage systémique)	14	6%	47	8%	
H02 Corticostéroïdes (usage systémique)	20	9%	46	8%	
A03 Médicaments utilisés en cas de Problèmes Fonctionnels gastro-intestinaux	13	6%	41	7%	
N05 Psycholeptiques	18	8%	25	4%	
Médicaments les plus fréquents Dans la PMT écrite pour chaque catégorie					
Moyenne par prescription	1,5		1,23		
J01 Antibactériens (usage systémique)	5	28%	21	34%	
N01 Anesthésiques	3	17%	0	0%	
A04 Antiémétiques et antinauséux	0	0%	9	15%	

Tableau 11: Comparaison de 2 populations selon la difficulté d'accès au médecin

DISCUSSION

1. APPORT DE L'ÉTUDE

1.1. Conformité des PMT

1.1.1. Généralités

Ce travail rétrospectif a analysé au plan quantitatif et qualitatif la PMT effectuée au centre 15 au cours d'une année de régulation médicale.

A l'issu de cette étude :

- 21 PMT orales sur 844, soit 2 % des PMT orales peuvent être considérées comme conformes.
- aucune PMT écrite sur 92 n'est conforme.
- Seul 1 médecin régulateur réalise toutes ses PMT orales en conformité avec les recommandations
- Aucun médecin régulateur réalise toutes ses PMT écrites en adéquation avec les recommandations.
- 3 médecins réalisent 77 % des PMT orales, 2 médecins 49 % des PMT écrites

1.1.2. PMT orales

L'élément des recommandations le plus fréquemment absent concerne la durée du traitement (84 % chez les 56 médecins prescrivant le moins de PMT et 96% chez les 3 autres médecins). Les médecins régulateurs ne s'assurent pas toujours de la bonne compréhension (reformulation) de la PMT.

Selon le code de déontologie médicale, le médecin doit s'assurer de la bonne compréhension de la prescription (12). En 2007, l'association médicale mondiale dans son document relatif à la télé-médecine, insiste sur l'obligation faites au prescripteur de s'assurer que le patient a bien compris les conseils et les traitements (13). Le texte d'experts rappelle que le médecin régulateur « doit s'assurer de la compréhension de l'appelant en s'appliquant à faire reformuler la prescription par l'appelant » (7). L'HAS recommande de « demander de reformuler [une prescription] ». Si celle ci n'est pas possible « il est recommandé de renoncer à une prescription orale »(8).

L'absence de cette pratique peut conduire à l'utilisation de mauvais produits à de mauvaise dose. Il est donc absolument nécessaire de sensibiliser les médecins sur ce sujet .

La recherche du traitement habituel du patient est absente dans plus de 50 % des PMT, tous médecins confondus.

Cette absence entraîne un risque supplémentaire d'interactions médicamenteuses, pouvant faire courir des risques graves aux patients. Elle expose de surcroît les professionnels de santé à des conséquences médico-judiciaires et à la réparation de préjudice subit (14).

Dans plus de 50 % des cas, le médecin régulateur omet d'indiquer au patient qu'il doit informer son médecin traitant de la PMT.

C'est le médecin traitant qui « coordonne les soins, assure que le suivi médical est optimal, oriente dans le parcours de soins coordonnés, connaît et gère le dossier médical et assure une prévention personnalisée » (15). Le rapport d'experts émis par SAMU de France préconise que le médecin régulateur demande toujours à l'appelant de reprendre contact avec son médecin traitant dès la réouverture du cabinet de celui-ci » (7). L'HAS recommande un « retour dans les plus bref délais. Une fois informée, le suivi de la PMT relève de la compétence du médecin traitant » (8).

Ces recommandations ont pour objectifs d'améliorer le délai d'accès aux médicaments ; non de substituer le patient à un examen clinique.

Les recommandations de Mars 2011 (16), relatives aux modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés, rappelle que les décisions de régulation médicale font l'objet d'un suivi formalisé. Elles s'appuient sur le rapport Boënnec qui valorise le suivi des DRM (17). Elles proposent que, pour un conseil médical seul, le suivi soit effectué par le centre de régulation médicale (médecin régulateur ou assistant de régulation médicale). Un tel suivi est actuellement utilisé au sein du Samu-Centre 15 de Loire Atlantique ; toutefois il ne concerne pas la PMT.

Un axe de réflexion serait sa mise en œuvre aussi bien pour le conseil médical simple que pour le conseil médical associé à la PMT.

Ces mêmes recommandations proposent dans la mesure du possible, un retour d'information par le centre de régulation médicale vers le médecin traitant désigné par le patient. Elles proposent de se servir du dossier médical partagé (DMP) dès qu'il sera opérationnel. Actuellement, le médecin

traitant n'est pas une donnée renseignée dans le DRM. Un autre axe de réflexion serait de demander systématiquement, pour tout DRM de motif médecine générale, le nom du médecin traitant pour l'envoi par fax ou mail d'une copie du DRM, dans l'attente de la mise en place du DMP.

Enfin la recherche d'antécédents, d'allergies, de grossesse et d'allaitement sont oubliés dans 42 à 83 % des cas, bien que 43 % des PMT soient destinées à une population pédiatriques. Dont le passif médical est théoriquement moindre qu'une population adulte. Il n'en demeure pas moins que le risque allergique est toujours présent.

1.1.3. PMT écrits

Pour la partie orale, la hiérarchie des éléments manquants se superpose aux PMT orales ; la tendance est la même en ce qui concerne l'absence de recherche du traitement habituel, d'information sur le retour auprès du médecin traitant.

Toutefois l'oubli d'information de reconsultation ou de rappel semble plus souvent omises dans le groupe PMT écrite (86 %) que dans le PMT groupe oral (34%).

La PMT écrite est une activité plus complexe. Elle nécessite du temps et un investissement médical. Il semble que cette activité se fasse au détriment de l'information. Le fait de réaliser une PMT écrite oblige certes le patient à se rendre à la pharmacie, et de bénéficier entre autre des conseils d'un pharmacien. Néanmoins ceci ne dispense pas le médecin régulateur de cette information.

Dans plus de 50 % des PMT écrites, le médecin régulateur omet de décider conjointement avec le patient du choix de la pharmacie recevant la PMT. Dans la majorité des cas, il est demandé aux patients de trouver la pharmacie de garde en se rendant soit à sa pharmacie habituelle soit en composant le 3237 (N° Audiotel 3237 : service permettant de trouver la pharmacie de garde la plus proche). Il doit se rendre lui-même à cette officine, récupérer le numéro de fax auprès de pharmacien, avant de recontacter le Samu-Centre 15, pour enfin obtenir la PMT. Pour aucune téléprescription, le médecin régulateur ne semble contacter directement l'officine. Cette façon de faire n'est pas conforme à la procédure mise en place dans le service (Annexe 1).

Selon l'Ordre des Médecins, la prescription dans le cadre de la régulation médicale ne peut se faire qu'en « partenariat avec la pharmacie de garde » (6).

Au sein du Samu-Centre 15 de Nantes, les médecins régulateurs disposent d'un lien informatisé direct avec le réseau de garde des pharmacies (<http://www.resogardes.com>). Celui-ci est donc capable d'identifier rapidement l'adresse de ces officines. Par cet outil, il peut renseigner le patient et s'assurer de sa possibilité de s'y rendre.

Malgré le protocole mis en place au SAMU 44 (voir Annexe 1), au vu des résultats de notre étude, cet outil n'est actuellement pas assez utilisé.

Une décision conjointe permettrait une meilleure coordination et sécuriserait la PMT.

Pour la partie écrite, le nom du médecin, de son adresse, le nom du patient, la date de l'ordonnance, la dénomination des médicaments, la posologie et l'utilisation du modèle ou la présence d'une mention « téléprescription » sont omis dans moins de 8 % des cas.

Le pharmacien est tenu de vérifier l'authenticité de l'ordonnance, et de s'assurer que les règles de forme sont respectées (identification du prescripteur, date de validité, etc). En principe toute violation de ces règles interdit au pharmacien de dispenser l'ordonnance (18).

Les plus souvent absents sont la copie d'ordonnance validée par le pharmacien (80 à 93%), le tampon de son officine (87 à 93%) et sa signature (80 à 93%). L'ensemble de ces éléments visent à sécuriser la délivrance du médicament et à permettre le suivi du patient. La signature et le tampon du pharmacien sont le témoin d'une délivrance conforme de l'ordonnance. Ils garantissent une traçabilité, actuellement quasi inexistante à la vue de nos résultats.

« L'ordonnance, support écrit d'une prescription, est le point de départ d'un processus de soins, partagé entre le prescripteur, le patient ou son entourage et les autres soignants amenés à s'y référer. »
(19)

1.2. Épidémiologie

1.2.1. Caractéristique de l'appelant et du patient :

Cinquante quatre pour cent des appels bénéficiant d'une PMT sont réalisés par la famille ou par un proche du patient, dans 43 % des cas le bénéficiaire est un enfant de moins de 15 ans. Ces chiffres sont proches de ceux obtenus lors de l'étude PMT1 (respectivement 60,6 % et 54,2 %) (9). L'importance de l'activité pédiatrique est rappelée dans une thèse bordelaise de 2005 sur le thème « Place de la régulation médicale libérale dans la permanence des soins » : 34 % des appels concernent la tranche d'âge de 0 à 15 ans ; parmi ceux-ci, 65 % avait moins de 5 ans (20).

L'HAS recommande « de s'entretenir par téléphone directement avec le patient ». Compte tenu de l'importance de la part de pédiatrie, l'entretien direct régulateur-patient reste toutefois difficile. Elle recommande l'abstention de PMT avant 3 mois et de privilégier l'examen médical avant 1 an. Dans notre étude, 19 enfants avaient moins d'un an et ont reçu une PMT.

1.2.2. Devenir du patient

Quatre vingt dix sept pour cent des PMT ont permis de différer l'examen médical. Trois pour cent concernent des PMT avant un examen médical, soit le médecin régulateur rappelle le patient pour une visite de contrôle le lendemain de la PMT, soit le patient a déjà fait des démarches pour une consultation et dans l'attente une PMT est réalisée, soit la symptomatologie persiste malgré la PMT et le patient rappelle. L'étude PMT3 retrouve 10 % de PMT réalisées avant examen médical pendant la période de garde (11).

Cette différence peut être liée à la méthodologie rétrospective utilisée dans notre étude. L'étude PMT3 est une étude prospective avec rappel systématique de tout bénéficiaire d'une PMT. La perte d'information à ce sujet est donc moindre.

Suite aux cadres de prescriptions définis par les recommandations, nous avons fait le choix d'exclure toute prescription avec engagement immédiat de moyen, et au recours immédiat à l'examen clinique. Une méthodologie prospective aurait probablement été plus informative sur ce point.

1.2.3. Diagnostics de régulations médicales retenues

Dans notre étude, les diagnostics de régulation médicale les plus fréquents appartiennent aux systèmes digestifs, ORL-stomatologie et traumatologique qui regroupe 42 % des PMT versus 50 % dans l'étude PMT2 (10).

Au sein de la population pédiatrique, les 4 diagnostics de régulation médicale les plus fréquents dans notre étude sont ORL, infectieux, digestifs et traumatologiques. Ces 4 classes regroupent 65 % de nos PMT. Une étude descriptive a été réalisée au Havre dans le service des urgences pédiatriques pour décrire l'activité en terme de conseil médical (21). Les motifs d'appels les plus fréquents étaient la fièvre, les troubles digestifs et les traumatismes. Ce trio regroupait 61,8 % des motifs d'appels. Toutefois cette étude ne portait que sur les conseils médicaux, non sur la faisabilité de la PMT.

1.2.4. Répartition et circonstances de la PMT

Pour notre étude, nous avons distingué 3 types de pharmacies : familiale, officine et d'établissement alors que les recommandations ne distinguent que les deux premières. Les spécialités pharmaceutiques contenues dans un établissement notamment de soins sont bien différentes de celles d'une pharmacie familiale. Notre travail montre qu'en établissement, la PMT orale concerne majoritairement l'oxygénothérapie et l'analgésie. La prescription de morphine est une réalité, bien que non recommandée. Dans ce cadre le soignant demande fréquemment une PMT induite afin d'en avoir la traçabilité et ce, pour des raisons juridiques.

L'HAS préconise « de préférer un médicaments disponible dans la pharmacie familiale » (8). Après le regroupement des pharmacies familiales et d'établissement, 80 % des PMT ont recours à une pharmacie familiale. L'étude PMT3 retrouve un chiffre de 77 % (11), l'étude PMT2 90,5 % (10). Cette dernière ayant été réalisé en septembre 2007 pendant une épidémie de gastro-entérologie, on peut supposer que les médicaments pour une telle pathologie étaient plus facilement présents dans la pharmacie familiale.

Il est surprenant de constater que 54 % des PMT avec recours à une officine soit simplement orale, sans rédaction d'une ordonnance téléprescrite. En l'absence de témoin de bonne compréhension, comme c'est trop souvent le cas dans notre étude, une telle pratique est dangereuse car elle expose à des erreurs de médicament ou de dosage .

L'étude PMT1 retrouvait une nouvelle prescription dans 93,6 % des PMT (9), et pour PMT2 dans 80,9 % des PMT (10). Dans notre étude, 87 % de PMT sont une nouvelle prescription.

La répartition et les circonstances des PMT sont donc conformes à la littérature avec une part importante de nouvelles prescriptions et de recours à la pharmacie familiale.

1.2.5. Spécialités pharmaceutiques prescrites

Dans les PMT orales, le médicament le plus prescrit est le Paracétamol. Celui ci est présent dans 50 % des PMT orales. Ensuite viennent les AINS et anti-rhumatismaux (10%), corticostéroïdes (8%), antihistaminiques (7%) et médicaments fonctionnels gastro-intestinaux. Ces données sont retrouvés dans la littérature. A travers l'étude PMT1, le paracétamol est présent dans 1 prescription

sur 3 (9). Dans l'étude PMT2, nous retrouvons également le paracétamol dans 30% des PMT, puis les AINS dans 12 % des cas. Viennent ensuite antispasmodiques et anti-diarrhéiques (10).

La différence observée concernant ces 2 dernières classes s'explique par la période d'étude de PMT2, réalisée sur un mois au cours d'une période d'épidémie de gastro-entérologie.

L'HAS ne recommande pas la PMT de stupéfiants. Les raisons avancées sont les difficultés de réaliser une ordonnance sécurisée et une surveillance adéquate. Elle prévoit toutefois le cas particulier de la fin de vie. Elle conçoit une adaptation de traitement à la condition d'un accès au dossier médical (par exemple par l'intermédiaire d'un professionnel de santé) (8). Quatorze appels pour une PMT de stupéfiants sur seize proviennent d'un professionnel de santé, dont 13 liés à la fin de vie. Huit sont de nouvelles prescriptions, 2 un complément. A la lumière des recommandations, peu de PMT de stupéfiants sont non valides. Pour débiter un tel traitement, le recours à un déplacement médical est donc nécessaire. Toutefois ces PMT, réalisés à la demande du médecin régulateur, pour des professionnels de santé, à l'attention de patients en fin de vie est tout à fait understandable.

La PMT peut éviter un recours aux structures d'urgence en l'absence de médecin disponible.

1.2.6. Répartition des prescriptions aux horaires de la PDSA

Quatre vingt quinze pour cent des PMT ont lieu aux horaires de la PDSA.

Hors PDSA, la proportion de PMT écrites est significativement plus importante (26% versus 9%; $p < 0,01$) tout comme la proportion du nombre d'appels provenant des soignants (26 % versus 8%; $p < 0,01$) et le recours à une pharmacie d'établissement (28 % vs 6%; $p < 0.01$). La proportion de recours à l'officine était similaire dans les 2 groupes.

Il semble donc qu'en dehors de la PDSA, la PMT soit plus volontiers écrite, à destination d'une pharmacie d'établissement. C'est un paradoxe puisqu'à ces horaires, les cabinets médicaux sont ouverts. Ce résultat est peut être lié à un biais de recrutement. Une étude prospective devra clarifier ce point.

1.2.7. Répartition des PMT selon la couverture médicale territoriale aux horaires de la PDSA

Plus de 80 % des appels aboutissant à une PMT étaient issus d'une population rurale dans les études PMT 1 et 2 (9),(10). Le caractère urbain ou rural est lié aux données géographique de l'Institut Géographique Nationale (IGN).

Quatre vingt quinze pour cent des PMT ont lieu aux horaire de la PDSA. Étant donné la fermeture des cabinets médicaux à ces horaires, répartir la population en terme de densité médicale territoriale nous a donc semblé inappropriée. Nous avons fait le choix de la répartir selon la facilité d'accès à un médecin aux horaires de la PDSA. Nous avons distingué 2 types de populations aux horaires de la PDSA. Celle dont l'accès au médecin de garde passe obligatoirement par une régulation médicale au

Samu-Centre 15 que nous avons appelé «population SC15 ». L'autre couverte par SOS Médecins que nous avons appelé « population SOS ».

Soixante treize pour cent des appels bénéficiant d'une PMT provenaient des territoire dont l'accès au médecin de garde passe obligatoirement par une régulation médicale au SAMU-Centre 15.

Durant la PDSA, nous n'observons pas de différence significative entre la facilité d'accès à un médecin et le mode de PMT (orale ou écrites) ($p=0,333$), le devenir final du patient ($p=0,748$) et les circonstances de la PMT ($p=0,824$).

Il semble que la« SC15 » bénéficie proportionnellement autant de la PMT orale que la population « SOS ».

Il existe une différence significative dans le recours à la pharmacie d'officine ($p=0,018$), plus important dans les zones où le médecin de garde n'est accessible qu'après régulation médicale. Plusieurs explications sont possibles : un accès à l'officine plus facile qu'au médecin, une pharmacie familiale moins riche, une densité et des horaires d'officine différents ; toutes ces hypothèses restent à confirmer.

2. LIMITE DE L'ÉTUDE

Plusieurs remarques concernant la méthodologie de notre étude peuvent être soulignées.

2.1.1. Inhérente au caractère rétrospectif de notre étude

L'enquête rétrospective impose l'identification des points à rechercher au préalable. Nous avons arbitrairement sélectionné certains points des recommandations, en faisant l'impasse sur d'autre. (vérification de la date de péremption du médicament, ...) Nous ne sommes donc pas totalement exhaustif.

Ce type d'enquête ne permet pas non plus de retrouver tous les éléments qui seraient nécessaires.

Prenons l'exemple de la traçabilité. Il aurait fallu contacter les différentes pharmacie concernée pour connaître l'existence d'une délivrance de médicaments. La faible quantité d'ordonnance validée par l'officine ne permet pas de conclure sur la responsabilité d'un mauvais archivage de la PMT ou d'une absence de validation par la pharmacie. Par ailleurs, les traces de dossiers illisibles n'étaient pas inclus tout comme les dossiers pour lequel la réécoute ou l'ordonnance manquait. Au final, les marqueurs de traçabilité sont probablement encore plus faibles que ceux retrouvés.

Enfin l'étude rétrospective est une étude descriptive. Les biais de sélection rendent rarement fiable toute étude comparative. Les tests statistiques réalisés doivent être interprétés avec prudence. En aucun cas cette étude ne peut retenir de facteurs (ou déterminants) amenant à la réalisation d'une PMT ; tout juste une tendance. Une analyse prospective par régression logistique uni/ multivariée

avec une population n'ayant pas bénéficié de PMT pourrait éventuellement répondre à ces problématiques.

2.1.2. Inhérente au recueil des données

La collecte de données par requête informatisée a pu induire un biais de recueil.

Le diagnostic de régulation médicale est renseigné par les médecin régulateur. Pour cela, ils utilisent la classification issue de la CIM-10 qui autorise à compléter les champs en fonction d'un symptôme, d'un cadre nosologique ou d'une thématique (« pédiatrie » par exemple) .

La qualité de la cotation est multifactorielle : elle est liée à la bonne volonté du médecin régulateur, de sa disponibilité, et de l'incertitude diagnostic faisant parfois coter le diagnostic de façon générique.

En France, F. Besnier a publié en 2005 une étude sur la pertinence diagnostique et l'estimation de la gravité en régulation médicale en comparant notamment le diagnostic du médecin régulateur à celui du médecin du Smur. Le médecin régulateur pose un diagnostic identique à celui du médecin Smur sur place dans 51,89 % des cas. Cette donnée varie selon la pathologie et la qualité de la prise d'appel. (22)

L'activité de régulation médicale est particulièrement disparate. Pour cette raison aussi, la précision des diagnostics reste modérée.

Par soucis de ne pas modifier l'indication du médicament prescrit, nous n'avons pas préciser ce champs. Il en découle que l'ensemble des diagnostics médicaux retenus est très hétérogène.

L'extraction des dossiers n'était basée que sur la requête PMT.

A la vue de la distribution du nombre de PMT par prescripteur, des dossiers exclus en raison de leur cotation PMT sans prescription, au final, on peut s'interroger sur la qualité de leur cotation. La cotation « PMT » est une possibilité parmi d'autres : conseil médical simple, appeler le médecin traitant, etc. Son renseignement est médecin dépendant. Il existe une hétérogénéité des pratiques, la PMT est parfois assimilée à un conseil médical simple et coté comme tel par le médecin régulateur.

La problématique de la cotation de l'acte est la même que celle du diagnostic de régulation médicale. Elle est notamment demandeuse de temps et donc « flux d'appels dépendant ». Elle nécessite un moment sans appel pour être correctement renseignée. Actuellement le recours au Samu-Centre 15 est en augmentation constante entre 5 à 15 % chaque année (23). La mission d'expertise et d'audit hospitalier menée auprès de 10 centres 15 en 2008 a contribué à mettre en œuvre les bases d'un management opérationnel (24). Des nouveaux indicateurs de pilotage sont mis en place pour maintenir une réponse médicale adaptée et garantir un objectif qualité satisfaisant. Parmi eux, la qualité de service et le temps de charge. Ils sont actuellement surtout développer au niveau des assistants de régulation médicale (ARM), premier niveau de réception des demandes de soins adressées au Samu-Centre 15. La qualité de service est la proportion d'appel décroché en un temps donné. Au Samu-Centre 15 de Nantes, nous avons défini pour les médecins régulateurs généralistes une qualité de soins de 99 % pour les appels décrochés dans les 3 minutes (23). Le temps de charge illustre l'occupation téléphonique des agents en salle de régulation. Il correspond au rapport entre le temps passé en communication et le temps logué (ou passé) au système de téléphonie. La Meah a défini dans son rapport de fin de chantiers un taux de charge cible pour les ARM compris entre 20 et 40 % (24). Un travail au Samu-Centre 15 de Nantes a montré qu'un temps de charge au delà de 23 % dégrade la qualité de service (25). Des études devraient prochainement évaluer ce travail pour les médecins régulateurs. A Nantes, le taux de charge des médecins

généralistes peut atteindre 50 à 80 % aux horaires de la PDSA ; taux bien trop élevé pour permettre une rédaction et une cotation complète et pertinente du DRM.

Dans les faits cela se traduit par un biais de recrutement important avec 52 % des PMT réalisées par 1 médecin et 73 % par 3 médecins. Nous avons essayé de limiter son impact en moyennant les résultats par médecin lors de l'évaluation de conformité des PMT. Pour l'analyse épidémiologique, nous avons souhaité les conserver afin d'optimiser les résultats.

Reste que ce biais constitue un frein considérable à la généralisation de nos résultats.

L'ensemble de ces biais reste toutefois à nuancer. Nous obtenons les mêmes tendances épidémiologiques que les études PMT 1, PMT 2 et PMT3 (9), (10), (11).

CONCLUSION

L'usage de la PMT est devenu un élément nécessaire à l'accès au médicament. Son utilisation en période de PDSA montre que cet outil y trouve pleinement sa place.

Les recommandations sur cette pratique sont encore toutes récentes. Elles reposent sur des recommandations professionnelles et des études de faible niveau de preuve. A notre connaissance, au vue de la recherche bibliographique, aucune évaluation n'a encore été réalisée en France quant à l'application de cette recommandation.

Au Samu-Centre 15 de Nantes, seules 2 % des PMT orales sont conformes, et aucune PMT écrite.

Ce travail original sur une année de PMT, montre que de nombreuses améliorations de nos pratiques sont nécessaires ; à l'interrogatoire, dans la rédaction de la PMT et dans sa traçabilité.

Ces conclusions vont aboutir à la définition d'actions de formations ciblées. Elles vont par ailleurs permettre d'établir des actions de communications et d'informations auprès des pharmacies pour diffuser ces recommandations et améliorer la traçabilité et le retour d'information.

Nous n'avons étudié ni la délivrance, ni la qualité du service rendu au patient par l'accès précoce aux médicaments, ni la balance bénéfice risque. Cet aspect devra faire l'objet d'études ultérieures prospectives idéalement multicentriques.

ANNEXES


Annexe 1 : Procédure PMT au sein du Samu 44.

Annexe 2 : Copie d'écran du formulaire de recueil des données

Annexe 3 : Intitulés et libellés diagnostic de régulation médicale

Annexe 4 : Médicaments utilisés lors de la PMT orale et écrite

1. ANNEXE 1 :PROCÉDURE PMT AU SEIN DU SAMU 44.

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES	PROCEDURE Prescription Médicamenteuse Téléphonique (PMT) au Samu-Centre 15	Diffusion et publication : Pôle Urgences	<7189-PR- SAMU019
	Pôle Urgences Samu-Centre 15	Processus : Organisation, Samu-Centre 15 Diffusion sur Intranet : Pôle Urgences/Samu 44/	Page 1 / 3

1- OBJET

La Prescription Médicamenteuse Téléphonique (PMT) se définit par la prescription à distance, d'un médicament, à l'issue d'une régulation médicale téléphonique.

Il existe trois types de PMT :

- ↳ Prescription, rédaction et transmission à distance d'une ordonnance écrite en vue d'une délivrance en officine.
- ↳ Prescription d'un médicament issue de la pharmacie familiale (avec ou sans rédaction et transmission d'une ordonnance)
- ↳ Adaptation d'un traitement lorsque le médecin traitant n'est pas joignable.

2- OBJECTIFS

Définir les modalités de prescription, rédaction et transmission à distance d'une ordonnance et améliorer la qualité des téléprescriptions au sein du Samu-Centre 15 de Loire-Atlantique.

3- DOMAINE D'APPLICATION

Tous les appels reçus au Samu-Centre 15 justifiant, après régulation médicale, d'une PMT

4- DOCUMENTS DE REFERENCE

- Article R 6315-5 du Code de Santé Publique
- Recommandations HAS de bonnes pratiques professionnelles. Février 2009
- Article 34 de la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- Rapport du Conseil National de l'Ordre des médecins du 14 octobre 2004. Dr Xavier Deau. *L'activité médicale téléphonique auprès du patient. Peut-on admettre la prescription téléphonique et à quelles conditions ?*
- Guide d'aide à la régulation médicale au Samu-Centre 15. Samu de France. 2^{ème} édition 2009

REDACTEUR	Visa	VERIFICATEURS	Visa	APPROBATEURS	Visa	Date Application
Dr JENVRIN Joël		Dr TASSOU Nicolas Dr DEBIERRE Valérie		Dr BERTHIER Frédéric Dr BOYE Alain Dr GUERIN Patrick		Immédiate

5- MODALITES DE LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE TELEPHONIQUE

Le médecin du Samu-Centre 15 exerce la régulation médicale selon les règles de bonnes pratiques décrites dans le Guide d'aide à la régulation médicale.

1. Le médecin renseigne le dossier de régulation médicale (DRM)

Lorsqu'il réalise une prescription médicamenteuse téléphonique, le médecin régulateur renseigne le dossier de régulation médicale Centaure 15.

Il prend une décision « Conseil médical + PMT » pour identifier clairement son acte

Il indique la teneur et la justification de la PMT dans le DRM.(molécules, doses, durée du traitement).

Il précise si la prescription est issue de la pharmacie familiale, s'il s'agit d'une nouvelle prescription ou d'une adaptation thérapeutique d'un traitement en cours.

2. La prescription et édition d'une ordonnance à l'attention de la pharmacie de garde

2.1 Le médecin régulateur utilise et renseigne l'ordonnance spécifique destinée à la PMT pour la rédaction de sa téléprescription (cf.§ 7)

Les règles de bonne pratique de prescription sont requises. Doivent notamment figurer sur l'ordonnance :

- L'identité du médecin prescripteur, son numéro RPPS, sa signature
- L'identité du patient, son âge et son poids
- La date, l'heure de la prescription ainsi que la durée de validité de l'ordonnance
- La pharmacie destinataire

2.2 Le médecin régulateur identifie et contacte la pharmacie de garde

Le médecin régulateur prend connaissance des coordonnées de la pharmacie de garde du secteur géographique concerné grâce au serveur web *Resogardes* (www.resogardes.com).

Il contacte le pharmacien de garde pour annoncer la prescription et l'arrivée du patient ou de ses proches.

2.3 Le médecin régulateur faxe l'ordonnance au pharmacien de garde

Un fax est disponible à proximité des postes de travail des médecins régulateurs généralistes. Il est destiné à la PMT. Le médecin régulateur faxe la téléprescription à la pharmacie de garde.

Deux bannettes de classement sont disposées à côté du fax. L'une est destinée aux ordonnances téléprescrites ainsi qu'à leurs récépissés d'envoi. L'autre pour l'ordonnance validée transmise par le pharmacien de garde.

6- ARCHIVAGE DES ORDONNANCES TELEPRESCRITES

La secrétaire du Samu-Centre 15 relève les tous les jours ouvrables dans les bannettes de classement les ordonnances téléprescrites avec leurs récépissés d'envoi, ainsi que celles validées et retournées par la pharmacie.

Ces documents sont archivés au sein du service et conservés selon la réglementation en vigueur concernant les dossiers médicaux.

7- ORDONNANCE TYPE POUR LA PMT

Courrier médical confidentiel, en cas d'erreur d'orientation merci d'appeler le 15 (02 40 08 22 22)

Ordonnance d'une prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale

Samu-Centre 15 de Loire-Atlantique
 CHU Nantes
 BP 1005
 44093 NANTES Cedex 1

Tél : 15 ou 02 40 08 22 22
 Fax : 02 53 48 21 18

Médecin prescripteur :
 Dr NOM : Prénom :
 Médecin Généraliste / Urgentiste

N° identifiant RPPS :
 N° inscription au tableau de l'Ordre :

Agissant dans le cadre de la régulation médicale

N° du dossier de régulation :

DESTINATAIRE

Pharmacie (nom) :
 Adresse de l'officine :
 Téléphone :
 Télécopie :

Pharmacien qui réceptionne et valide l'ordonnance :
 NOM : Prénom :
 N° d'ordre du pharmacien :

Le patient :
 NOM : Prénom : âge :
 Sexe : F / M Poids déclaré (obligatoire si moins de 15 ans) : kg
 Adresse : N° : Rue : Code Postal : Ville :

Date de la prescription : / / heure : Durée de validité : heures

Médicaments prescrits pour heures (la durée ne peut dépasser 72 heures)

Indiquez ici le ou les médicaments prescrits (nom, dosage et DCI) : posologie, modalités d'administration, durée du traitement

- ☞ Recontacter le médecin régulateur rapidement en cas d'aggravation des symptômes.
- ☞ Contacter votre médecin traitant si besoin.
- ☞ Ne pas oublier d'apporter cette ordonnance lors de votre prochaine consultation avec votre médecin traitant.

Signature du médecin régulateur prescripteur

**Signature du pharmacien
 qui a réceptionné et validé**

Tampon de l'officine :

Pour accusé de réception, l'ordonnance est à renvoyer validée par le tampon de l'officine au 02 53 48 21 18

2. ANNEXE 2 : COPIE D'ÉCRAN DU FORMULAIRE DE RECUEIL DES DONNÉES

Fichier Édition Affichage Insertion Format Tableau Outils Fenêtre Aide

ID_dos	<AutoChamj	Medoc 3	
Numéro		Medoc 4	
Devenir victime		Medoc 5	
Date de créat (AAAA/MM/JJ)		Rech ATCD/allergie/grossesse/allaiteme	<input type="checkbox"/>
Heure de création (HH:MI)		Rech TT en cours	<input type="checkbox"/>
Vic: Sexe		Rech d'une cs med prealable	<input type="checkbox"/>
Vic-Age: Age en années		Cce de prescription	<input type="text"/> <input type="text"/>
Commune		Recours pharmacie	<input type="text"/> <input type="text"/>
code postal		Info consigne recs	<input type="checkbox"/> Redaction PMT <input type="checkbox"/>
Devenir appel codé		Info necessite retour aupres MT	<input type="checkbox"/> Engagement de moyei <input type="checkbox"/>
Libelle diag		Info durée limitée et non renouvelable	<input type="checkbox"/> Remarque <input type="text"/>
Appelant	<input type="text"/> <input type="text"/>	Bonne comprehension/ reformulation	<input type="checkbox"/>
Medoc 1		Donnée manquante	<input type="checkbox"/>
Medoc 2		Non compatible	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>

Enregistrement 1 610 de 1610

Fichier Édition Affichage Insertion Format Tableau Outils Fenêtre Aide

id_oronnance	<AutoChamj	age_patient	<input type="checkbox"/>	recepisse_envoi	<input type="checkbox"/>
num_dossier		poids_patient	<input type="checkbox"/>	copie_oronnance_valide	<input type="checkbox"/>
nom_dr	<input type="checkbox"/>	medicament1	<input type="text"/>	tampon_officine	<input type="checkbox"/>
qualite_dr	<input type="checkbox"/>	medicament2	<input type="text"/>	signature_officine	<input type="checkbox"/>
adresse_dr	<input type="checkbox"/>	medicament3	<input type="text"/>		
signature_dr	<input type="checkbox"/>	medicament4	<input type="text"/>		
date_oronnance	<input type="checkbox"/>	medicament5	<input type="text"/>		
nom_service_sante	<input type="checkbox"/>	medicament6	<input type="text"/>		
denomination_medoc	<input type="checkbox"/>	medicament7	<input type="text"/>		
presence_poso	<input type="checkbox"/>	duree_prescription_h	<input type="text"/>		
presence_duree	<input type="checkbox"/>	nombre_condiotionnemen	<input type="text"/>		
presence_conditionnemer	<input type="checkbox"/>	utilisation_modele	<input type="checkbox"/>		
nom_patient	<input type="checkbox"/>	nom_pharmacie	<input type="checkbox"/>		
prenom_patient	<input type="checkbox"/>	adresse_pharmacie	<input type="checkbox"/>		
sexe_patient	<input type="checkbox"/>	ordonnannce_teleprescrit	<input type="checkbox"/>		

Enregistrement 116 de 116

3. ANNEXE 3 : INTITULÉS ET LIBELLÉS DIAGNOSTIC DE RÉGULATION

MÉDICALE

Intitulé	Libellé diagnostique	Nombre de PMT
Cardiologie	Arret cardiaque	1
	Cardio-vasculaire	1
	Douleur thoracique évoquant un sca	2
	Hypertension	2
	Insuffisance cardiaque globale	1
	Oap cardiogénique ou insuffisance ventriculaire gauche	2
	Palpitations	1
Circonstancier	Brulure	4
	Brulures sans gravité	6
	Coup de chaleur, insolation	2
	Fausse route, ce trachéo-bronchique	1
	Piqûre	26
Dermatologie	Dermatologie	9
	Erythème	1
	Infection cutanée autre	1
	Prurit	2
	Varicelle	3
Digestif	Constipation	3
	Diarrhées	17
	Digestif	61
	Douleur abdominale	4
	Douleur épigastrique	4
	Douleurs abdominales	26
	Gastro-entérite infectieuse	9
	Hémorragie digestive	1
	Hémorroïdes	3
	Vomissements, nausées	5
Divers	Divers	29
	Pas de patient, malade ou blessé	7
Douleur	Douleur	17
	Douleur thoracique atypique (n'évoquant pas un sca)	16
Endocrinologie	Endocrinologie	1
	Hyperglycémie	2
Gynécologie-obstétrique	Fausse couche	1
	Gynéco-obstétrique	12
Infectieux	Fiebre	62
	Infectieux	24
Médecine générale	Aeg, asthénie, fatigue	4
	Allergie	26
	Malaise (sans perte de connaissance) (pc)	2
	Médecine générale	29
Neurologie	Céphalées	9
	Convulsions	8
	Convulsions hyperthermiques	1
	Neurologie	2
	Tremblements	1
Ophtalmologie	Affection œil et annexes	3
	Conjonctivite	1
	Ophtalmologie	15

Orl	Affection buccale	2
	Angine	3
	Laryngite	26
	Muguet	1
	Orl	49
	Otalgie	15
	Rhino-pharyngite	1
	Tracheite	1
	Vertige	1
Palliatif	Fin de vie, soins palliatifs	4
Pediatrie	Pediatrie	9
Pneumologie	Asthme	11
	Bronchiolite	2
	Douleur thoracique respiratoire	1
	Dyspnee	22
	Grippe	3
	Insuffisance respiratoire aigue	4
	Insuffisance respiratoire chronique	2
	Pneumopathie infectieuse	2
	Respiratoire	24
Toux	15	
Psychiatrie	Agitation	1
	Agressivite, violence	1
	Anxiete	14
	Attaque de panique, angoisse	1
	Psychiatrie	19
	Sujet inquiet de son etat de sante (sans diagnostic)	8
	Syndrome depressif	1
Stomatologie	Douleur dentaire	3
	Stomatologie	32
Therapeutique	Thérapeutique	11
Toxicologie	Effet indesirable d'un medicament	1
	Intoxication alimentaire	1
	Toxicologie	5
Traumatologie	Chute(s)	3
	Douleur d'un membre	1
	Lesions traumatiques et plaies	1
	Trauma crânien sans pc	1
	Traumatologie	119
Uro-néphrologie	Infection des voies urinaires de siege non precise	3
	Signe d'infection urinaire, dysurie, brulures mictionnelles	4
	Uro-nephrologie	38
Total résultat		936

4. ANNEXE 4 : MÉDICAMENTS UTILISÉS LORS DE LA PMT ORALE
ET ÉCRITE

Premier niveau Classe ATC	Deuxième et troisième niveau classe ATC	
Non connu	Médicaments non référencés dans la classe ATC	9
Anti-infectieux (usage systémique)	J01 Antibactériens (usage systémique)	25
Dermatologie	D01 Antimycotiques à usage dermatologique	5
	D02 Émoullients et protecteurs	13
	D04 Antiprurigineux, y compris les antihistaminiques, anesthésiants, etc.	10
	D06 Antibiotiques et agents chimiothérapeutiques à usage dermatologique	1
	D07 Préparations dermatologiques à base de corticostéroïdes	1
	D08 Antiseptiques et désinfectants	4
Divers	V03 Tous les autres produits thérapeutiques	24
Organes sensoriels	S01 Ophtalmologie	7
Préparations systémiques hormonales*	H02 Corticostéroïdes (usage systémique)	68
Sang et organes hématopoïé- tiques	B01 Agents Antithrombotiques	6
	B02 Antihémorragiques	2
Système cardio-vasculaire	C01 Thérapie cardiaque	14
	C02 Antihypertenseurs	1
	C03 Diurétiques	15
	C05 Vasoprotecteurs	6
	C08 Inhibiteurs des canaux du calcium	1
	C09 Agents agissant sur le système rénine-angiotensine	1

* à l'exclusion des Hormones sexuelles et des insulines

Système digestif et métabolisme	A01 Préparations stomatologiques	1
	A02 Médicaments liés à des problèmes d'acidité	12
	A03 Médicaments utilisés en cas de problèmes fonctionnels gastro-intestinaux	58
	A04 Antiémétiques et antinauséux	14
	A06 Laxatifs	10
	A07 Antidiarrhéiques, anti-inflammatoires intestinaux/agents anti-infectieux	43
	A09 Digestifs, y compris les enzymes	1
	A10 Médicaments utilisés en cas de diabète	8
Système génito-urinaire et hormones sexuelles	G01 Anti-infectieux et antiseptiques à usage gynécologique	1
	G03 Hormones sexuelles et modulateurs du système génital	1
Système musculo-squelettique	M01 Produits anti-inflammatoires et antirhumatismaux	87
	M02 Produits topiques pour les douleurs articulaires et musculaires	20
	M03 Myorelaxants	7
	M04 Médicaments contre la goutte	2
Système nerveux	N01 Anesthésiques	2
	N02 Analgésiques	475
	N03 Antiépileptiques	3
	N05 Psycholeptiques	45
	N06 Psychoanaleptiques	2
	N07 Autres médicaments en relation avec le système nerveux	1
	Système respiratoire	R01 Médicaments pour le nez
R02 Médicaments pour la gorge		1
R03 Médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires		35
R05 Médicaments contre la toux et le rhume		7
R06 Antihistaminiques (usage systémique)		63

Tableau 12: Médicaments utilisés lors de la PMT oral classés selon la classification ATC

Non connu	Médicaments non référencés dans la classe ATC	6
Anti-infectieux (usage systémique)	J01 Antibactériens (usage systémique) J04 Médicaments contre les mycobactéries J07 Vaccins	30 1 1
Dermatologie	D01 Antimycotiques à usage dermatologique D06 Antibiotiques et agents chimiothérapeutiques à usage dermatologique D08 Antiseptiques et désinfectants	2 3 1
Divers	V03 Tous les autres produits thérapeutiques	1
Organes sensoriels	S01 Ophtalmologie S02 Otologie	7 1
Préparations systémiques hormonales*	H02 Corticostéroïdes (usage systémique)	9
Système cardiovasculaire	C03 Diurétiques C07 Agents β -bloquants C08 Inhibiteurs des canaux du calcium C10 Agents réduisant les lipides sériques	1 2 1 1
Système digestif et métabolisme	A01 Préparations stomatologiques A03 Médicaments utilisés en cas de problèmes fonctionnels gastro-intestinaux A04 Antiémétiques et antinauséux A06 Laxatifs A07 Antidiarrhéiques, anti-inflammatoires intestinaux/agents anti-infectieux A10 Médicaments utilisés en cas de diabète A12 Suppléments minéraux	1 1 9 1 3 3 1
Système génito-urinaire et hormones sexuelles	G03 Hormones sexuelles et modulateurs du système génital	1
Système musculo-squelettique	M01 Produits anti-inflammatoires et antirhumatismaux M02 Produits topiques pour les douleurs articulaires et musculaires	2 1
Système nerveux	N01 Anesthésiques N02 Analgésiques N04 Anti-parkinsoniens N05 Psycholeptiques N06 Psychoanaleptiques	4 8 1 8 3
Système respiratoire	R03 Médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires R05 Médicaments contre la toux et le rhume R06 Antihistaminiques (usage systémique)	7 1 5

Tableau 13: Médicaments utilisés lors de la rédaction d'une PMT écrite classés selon la classification ATC

BIBLIOGRAPHIE

1. Décret relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées « SAMU ». n°87-1005 déc 16, 1987 p. 14692.
2. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire relative au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire - Organisation de la régulation des appels de permanence des soins et couverture assurancielle des médecins libéraux au sein des SAMU. n°2006-470 oct 10, 2006.
3. Braun F, Berthier F. Les interconnexions de la Régulation Médicale. 2009.
4. Article R5194. Code de Santé Publique.
5. Article 34. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
6. Ordre national des médecins, Conseil national de l'ordre, Deau X. L'activité médicale téléphonique auprès du patient: peut-on admettre la prescription téléphonique et à quelle condition. 2004.
7. Menthonnex E, Adnet F, Loïzzo F, Deletraz-Deleporte M, Menthonnex P. Télé-prescription. Urgences 2007; 2007.
8. HAS. Recommandations professionnelles. Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale. 2009.
9. Clerc B. Analyse qualitative de la prescription médicamenteuse téléphonique: étude de faisabilité au centre 15 de Besançon (Etude PMT1) [Thèse de pharmacie]. [Besançon]: Université de Franche Comte; 2007.
10. Arbez-Marchandise A. Analyse de la prescription médicamenteuse téléphonique (PMT) effectuée par les médecins régulateurs libéraux au centre 15 de Besançon (Etude PMT2) [Thèse de pharmacie]. [Besançon]: Université de Franche Comte; 2008.
11. Desmettre T, Jenvrin J, Freysz M, Nace L, Puyraveau M, Berthier F, et al. Prescription médicamenteuse téléphonique effectuée par les médecins régulateurs généralistes au centre 15 (étude PMT3). Ann Fr Med Urg. (sous presse);
12. Article R4127-35. Code de santé publique.
13. WMA Statement on the Ethics of Telemedicine [Internet]. [cité 2012 sept]. Available de: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/t3/index.html>
14. Prescrire Rédaction. Responsabilités. Rev Prescrire. 1994;14(141):321.

15. Caisse d'assurance Maladie. Ameli.fr - Le parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 2012 sept 9]. Available de: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-et-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/objectif-des-soins-coordonnes.php>
16. HAS. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. 2011.
17. Boënnec P. Rapport d'information sur la permanence des soins. Assemblée Nationale; 2008 oct. No.: 1205.
18. Prescrire Rédaction. Ménage à trois: le médecin, l'ordonnance, le pharmacien. Rev Prescrire. 2002;22(234 suppl. Ensemble):913-6.
19. Prescrire Rédaction. Ordonnance: entre règles et adaptation au patient pour mieux sécuriser les soins. Rev Prescrire. 2012;32(346):578-84.
20. Clauzel B. Place de la régulation médicale libérale dans la permanence des soins: à partir de l'exemple du centre 15 de la Gironde [Thèse de médecine]. [Bordeaux]: Université Bordeaux 2; 2005.
21. Dufour D, Paon JC, Marshall B, Marcou A, Belgaïd AM, Le Roux P. Les conseils téléphoniques aux urgences pédiatriques : expérience du centre hospitalier du Havre. Arch Pediatr. 2004 sept;11(9):1036-40.
22. Besnier F, Ximenes A, Villain L, Mainguy S, Truong P, Alkarra R, et al. Évaluation de la pertinence diagnostique et de l'estimation de la gravité en régulation médicale. Médecine d'urgence. 27(3):71-5.
23. Penverne Y, Jenvrin J, Danet N, Pineau Carié S, Potel G, Loué B, et al. Samu Centre 15 : de nouveaux métiers et nouvelles pratiques. Un centre de réception et de régulation des appels ou de relation patient ? Qualité performance et pilotage. Urgences 2009; 2009.
24. MEAH. Organisation des centres 15 « Chaque appel compte, chaque seconde compte » - Rapport de fin de chantier pilote. 2008 avr.
25. Penverne Y, Montassier E, Labady J, Jenvrin J, Andre A, Pes P, et al. Pilotage de la performance au Samu Centre 15 : Quels sont les indicateurs et valeurs cibles ? A propos de deux années d'analyse d'activité. (à venir);

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	4
GLOSSAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
1. CONTEXTE, ENJEUX ET JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE DU PROJET.....	7
2. THÈME ET OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS DES BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES HAS 2009 SUR LA PMT.....	10
3. OBJECTIF DU PROJET.....	13
3.1. Objectif principal.....	13
3.2. Objectifs secondaires.....	13
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	15
1. TYPE D'ÉTUDE.....	15
2. POPULATION CONCERNÉE PAR L'ÉTUDE.....	15
2.1. Critère d'inclusion.....	15
2.2. Critères d'exclusion.....	15
2.3. Critère de non inclusion.....	16
3. RECUEIL.....	16
3.1. Recueil des données.....	16
3.1.1. Par requête.....	17
3.1.2. Par écoute.....	17
3.1.3. Par analyses des ordonnances téléprescrites.....	18
3.2. Outils pour l'interprétation.....	20
3.2.1. Couverture médicale territoriale aux horaires de la PDSA	20
3.2.2. Caractérisation des médicaments.....	23
4. CRITÈRE DE JUGEMENT.....	23
5. EXPLOITATION DES RÉSULTATS.....	25

RÉSULTATS.....	26
1. DOSSIERS EXPLOITABLES.....	26
2. CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL.....	27
2.1. Évaluation des PMT orales.....	27
2.2. Évaluation des PMT écrites.....	28
3. ÉPIDÉMIOLOGIQUES.....	30
3.1. PMT orales / PMT écrites.....	30
3.2. Répartition des PMT selon la qualification du médecin régulateur.....	30
3.3. Répartition des PMT selon les caractéristiques de l'appelant.....	31
3.4. Répartition des PMT par âge et sexe.....	32
3.5. Devenir final des patients.....	34
3.6. Répartition des PMT par diagnostic retenu par le médecin régulateur.....	34
3.7. Répartition des PMT selon la pharmacie de recours et les circonstances.....	37
3.8. Spécialités pharmaceutiques et classes thérapeutiques prescrites.....	39
3.8.1. Lors de la PMT orale.....	39
3.8.2. Lors de la PMT écrite.....	39
3.9. Répartition des PMT dans le temps.....	40
3.9.1. Répartition dans l'année et dans la semaine.....	40
3.9.2. Répartition des PMT lors de la PDSA.....	41
3.10. Caractéristiques des PMT selon la couverture médicale territoriale aux horaires de la PDSA.....	43
DISCUSSION.....	45
1. APPORT DE L'ÉTUDE.....	45
1.1. Conformité des PMT.....	45
1.1.1. Généralités.....	45
1.1.2. PMT orales.....	46
1.1.3. PMT écrits.....	48
1.2. Épidémiologie.....	50
1.2.1. Caractéristique de l'appelant et du patient :.....	50
1.2.2. Devenir du patient.....	51
1.2.3. Diagnostics de régulations médicales retenues.....	52
1.2.4. Répartition et circonstances de la PMT.....	52
1.2.5. Spécialités pharmaceutiques prescrites.....	53

1.2.6. Répartition des prescriptions aux horaires de la PDSA.....	55
1.2.7. Répartition des PMT selon la couverture médicale territoriale aux horaires de la PDSA.....	55
2. LIMITE DE L'ÉTUDE.....	57
2.1.1. Inhérente au caractère rétrospectif de notre étude	57
2.1.2. Inhérente au recueil des données.....	58
CONCLUSION.....	61
ANNEXES.....	62
1. ANNEXE 1 :PROCÉDURE PMT AU SEIN DU SAMU 44.....	63
2. ANNEXE 2 : COPIE D'ÉCRAN DU FORMULAIRE DE RECUEIL DES DONNÉES.....	67
3. ANNEXE 3 : INTITULÉS ET LIBELLÉS DIAGNOSTIC DE RÉGULATION MÉDICALE	68
4. ANNEXE 4 : MÉDICAMENTS UTILISÉS LORS DE LA PMT ORALE ET ÉCRITE.....	70
BIBLIOGRAPHIE.....	74
TABLE DES MATIÈRES.....	76
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	79
TABLE DES TABLEAUX.....	80

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1: Couverture géographique des CAPS et de SOS Médecins.....	22
Illustration 2: Couverture géographique des Médecins mobiles.....	22
Illustration 3: Récupération des PMT.....	26
Illustration 4: Répartition des 936 PMT entre les 66 médecins régulateurs	31
Illustration 5: PMT selon les caractéristiques de l'appelant.....	32
Illustration 6: Répartition des PMT en fonction de l'âge et du sexe.....	33
Illustration 7: Répartition des PMT au sein de la population pédiatrique en fonction de l'âge et du sexe.....	33
Illustration 8: Diagnostics de régulation médicale aboutissant à une PMT.....	35
Illustration 9: Diagnostics de régulation médicale aboutissant à une PMT dans la population 15ans et moins.....	36
Illustration 10: Répartition des PMT dans l'année.....	40
Illustration 11: Répartition des PMT dans la semaine.....	40
Illustration 12: PMT selon les horaires de la permanence de soins ambulatoires.....	41

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Conformité des PMT orales réalisées au sein du Samu-Centre 15.....	27
Tableau 2: Conformité des PMT orales en fonction du nombre de médecins.....	27
Tableau 3: Fréquence des éléments absents dans les 844 PMT orales.....	28
Tableau 4: Conformité globale des PMT écrites réalisées au sein du Samu-Centre 15.....	28
Tableau 5: Conformité des PMT écrites en fonction du nombre de médecins.....	28
Tableau 6: Fréquence des éléments oraux absents dans les 92 PMT écrites.....	29
Tableau 7: Fréquence des éléments écrits absents dans les 92 PMT écrites.....	29
Tableau 8: Devenir final des patients.....	34
Tableau 9: Répartition des PMT selon la pharmacie de recours.....	37
Tableau 10: Comparaison des populations selon l'heure d'appel.....	42
Tableau 11: Comparaison de 2 populations selon la difficulté d'accès au médecin.....	44
Tableau 12: Médicaments utilisés lors de la PMT oral classés selon la classification ATC.....	72
Tableau 13: Médicaments utilisés lors de la rédaction d'une PMT écrite classés selon la classification ATC.....	73

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

ÉTUDE QUALITATIVE DES PRESCRIPTIONS MÉDICAMENTEUSES TÉLÉPHONIQUES AU SAMU-CENTRE 15 DE LOIRE-ATLANTIQUE

Résumé

Introduction : L'objectif principal est d'analyser l'adéquation des prescriptions médicamenteuses téléphoniques (PMT) aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par l'HAS. Les objectifs secondaires sont épidémiologiques.

Matériel et méthodes : Étude monocentrique, rétrospective, observationnelle au sein du Samu-centre 15 de Loire-Atlantique sur l'année 2011.

Résultats : 936 dossiers ont été inclus. Nous avons retrouvé conforme 2 % des PMT orales et aucune PMT écrite. La période de permanence des soins concernait 886 PMT. Les diagnostics de régulation médicale les plus fréquents sont digestifs, traumatologiques et ORL. 20 % des PMT nécessitent un déplacement à une officine. Le médicament le plus fréquemment prescrit dans les PMT orales est le Paracétamol, dans les PMT écrites des antibiotiques.

Discussion : La régulation et la PMT sont des actes complexes, rendant difficile l'application des recommandations. Il est nécessaire de développer des actions ciblées de formation et de communication pour améliorer la qualité.

Mots-clés : étude qualitative, prescription médicamenteuse téléphonique, régulation médicale, SAMU, centre 15, permanence des soins ambulatoires