

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

N° 31

THESE

pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES DE MEDECINE GENERALE

Par

Gwenaëlle JAMES

née le 11 octobre 1981 à Paris XI

Présentée et soutenue publiquement le 20 octobre 2009

Les conseils médicaux délivrés par les médecins régulateurs généralistes
du Centre 15 de Loire-Atlantique:
Etude descriptive et analytique sur une semaine de régulation

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Florence NAUX

Membres : Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE

Monsieur le Docteur Bertrand GIRARDET

Monsieur le Professeur Bernard PLANCHON

PLAN

TABLE DES ABREVIATIONS	4
TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....	5
INTRODUCTION.....	6
LA PERMANENCE DES SOINS ET LA REGULATION LIBERALE EN FRANCE	9
I- LA REGULATION MEDICALE	10
1- Naissance du SAMU	10
2- Missions des SAMU-Centres 15	12
3- Organisation de la régulation médicale- place dédiée à la régulation de médecine générale.	13
II- LA PERMANENCE DES SOINS	17
III- PLACE DU CONSEIL MEDICAL	19
IV- ASPECTS MEDICO-LEGAUX	21
MATERIEL ET METHODE	23
I- OBJECTIFS DE L'ETUDE	24
II- TYPE D'ETUDE.....	24
III- POPULATION DE L'ETUDE.....	25
IV- CRITERES D'INCLUSION	25
V- CRITERES D'EXCLUSION	26
VI- DEROULEMENT DE L'ETUDE.....	26
1- Périodes d'écoute et de rappel.....	26
2- Recueil des données	28
VII- DONNEES ETUDIEES	29
1- La réécoute	29
2- Le rappel.....	29
VIII- ANALYSE STATISTIQUE.....	30
RESULTATS	31
I- DONNEES GENERALES	32
1- Nombre d'appels pris en charge par les médecins régulateurs généralistes	32
2- Nombre de dossiers codés « conseil médical ».	32
3- Durée de l'appel	33
4- Population.....	34
II- DONNEES DE LA REECOUTE.....	39
1- Adéquation codage « conseil médical » versus conseil médical réel.....	39
2- Décision des dossiers codés « Conseil Médical »	39
3- Description du conseil médical vrai.	42
4- Description du conseil non retenu.	43
5- Signes de gravité	43
6- Acceptation- satisfaction-compréhension-reformulation du conseil par le patient.....	45
III- DONNEES DU RAPPEL.....	48
1- But en appelant le 15	48
2- Sentiment d'avoir été compris par le médecin régulateur généraliste	48

3-	Impression d’avoir été écouté par le médecin régulateur généraliste	49
4-	Satisfaction vis-à-vis du conseil délivré.....	49
5-	Compréhension du conseil médical et reformulation à distance.....	50
6-	Observance	50
7-	Evolution des symptômes.....	52
8-	En cas de prescription médicamenteuse téléphonique	53
9-	Recours à une consultation ultérieure	53
10-	Rappel pour le même motif.....	55
11-	Consultation en cas d’impossibilité de recevoir un conseil médical téléphonique	58
DISCUSSION		59
CONCLUSION		68
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		70
ANNEXES		77

TABLE DES ABREVIATIONS

AMU : Aide médicale urgente

ARL44 : Association des médecins Régulateurs Libéraux de Loire-Atlantique

C-SANTE : Centre de Santé

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CM : Conseil Médical

CMT : Conseil Médical Téléphonique

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CODIS : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours

CODAMU : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

CRRAL : Centre de Réception des Appels Libéraux

CTA 18 : Centre de Traitement des Appels

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

DRM : Dossier de Régulation Médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

IGA : Inspection Générale de l'Administration

IGAS : Inspection Générale Des Affaires Sociales

MG : Médecin Généraliste

MMG : Maison Médicale de Garde

ORSEC : Organisation de la Réponse de Sécurité

PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale

PDS : Permanence des soins

PMT : Prescription Médicamenteuse Téléphonique

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SMUR : Service mobile d'Urgence et de Réanimation

SOS M : SOS Médecins

VSAB : Véhicule de Secours aux Asphyxiés et Blessés

TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 : Organisation de la régulation médicale	14
Figure 2 : Répartition des appels régulés par les médecins généralistes par jour et par période.	32
Figure 3 : Répartition des dossiers codés « conseil médical » par jour et par période.	33
Figure 4 : Durée moyenne de l'appel en fonction de la période.	34
Figure 5 : Relation appelant et patient.	35
Figure 6 : Age des patients et période de l'appel.	36
Figure 7 : Comparaison de la répartition des appels selon les périodes d'appel, pour les communes desservies ou non par SOS Médecins.	37
Figure 8 : Motif des appels et période de l'appel.	38
Figure 9 : Nombre de conseils médicaux « vrais » parmi les dossiers codés «conseil médical» en fonction de la période.	39
Figure 10 : Décision des dossiers codés « conseil médical » selon la période.	40
Figure 11 : Décision selon que la commune soit desservie ou non par SOS Médecins.....	41
Figure 12 : Décision prise en fonction de l'âge du patient.....	42
Figure 13 : Description du conseil médical vrai selon la période.	42
Figure 14 : Recherche de signes de gravité en fonction du type de conseil délivré.....	44
Figure 15 : Recherche de signes de gravités selon le type de PMT.	44
Figure 16 : Type de conseil délivré et reformulation.	46
Figure 17 : Acceptation du conseil délivré et reformulation.....	46
Figure 18 : Satisfaction et reformulation.....	47
Figure 19 : Compréhension et reformulation.	47
Figure 20 : Satisfaction et but des appelants.	49
Figure 21 : Observance et but de l'appel.....	50
Figure 22 : Observance et satisfaction	51
Figure 23 : Evolution des symptômes et type de conseil délivré.	52
Figure 24 : Proportion de consultations ultérieures.	53
Figure 25 : Délai de la consultation ultérieure.	54
Figure 26 : Type de consultation ultérieure.	54
Figure 27 : Consultation ultérieure et satisfaction.	54
Figure 28 : Consultation ultérieure et compréhension.	55
Figure 29 : Proportion de rappel pour le même motif.....	55
Figure 30 : Délai du rappel pour le même motif.	56
Figure 31 : Type du rappel ultérieur.....	56
Figure 32 : Rappel pour le même motif et satisfaction.	57
Figure 33 : Rappel pour le même motif et compréhension.	57
Figure 34 : Lieu de consultation en cas de conseil médical téléphonique impossible.	58
Tableau 1 : Décision des dossiers codés « conseil médical ».....	36
Tableau 2 : Décision selon que la commune soit desservie ou non par SOS Médecins.....	37
Tableau 3 : But des appelants.....	45
Tableau 4 : Raisons de la non observance.....	48

INTRODUCTION

L'une des missions du SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence), par le biais du centre de réception et de régulation des appels (Centre 15) est d'assurer une écoute médicale permanente, afin de donner la réponse la mieux adaptée à la nature des appels [1].

Le conseil médical fait partie des réponses apportées par le médecin régulateur de médecine générale [2]. Le conseil médical est défini comme la prise en charge d'un problème posé ne nécessitant pas de recours à un effecteur, comme la demande de renseignement sur une pathologie ou un traitement [3].

Beaucoup d'appels passés au Centre 15 et régulés par le médecin généralistes sont codés « conseil médical » [3 ; 4]. Le conseil médical, comme tout acte médical engage la responsabilité du médecin régulateur. Il est délivré après l'interrogatoire téléphonique de l'appelant, doit être compréhensible pour ce dernier et emporter son adhésion grâce à son consentement éclairé [5].

Le dossier de régulation étant un dossier médical à part entière, sa qualité de remplissage est primordiale [6]. En outre, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de décembre 2003 mentionne « la régulation libérale joue un rôle primordial dans l'organisation de la permanence des soins. Le développement de la régulation libérale conduit à une progression des conseils téléphoniques, sans encadrement général de cette activité ».

L'activité de conseil médical est jugée comme indispensable, permettant certainement une économie de santé en régulant le flux des consultations médicales pendant la permanence des soins.[7] Toutefois l'encadrement du conseil téléphonique est aujourd'hui laissé à la seule appréciation des médecins qui le pratiquent localement, ce qui conduit à des attitudes très différentes d'un département à l'autre. [8]

Ce constat nous a amené à nous intéresser au conseil médical délivré par les médecins régulateurs généralistes du Centre 15 de Loire-Atlantique répondant aux recommandations de bonnes pratiques en régulation, c'est-à-dire celui ne donnant pas lieu à un contact avec un effecteur immédiat ou à distance.

Nous avons réalisé une étude rétrospective observationnelle sur une semaine à partir de la réécoute de dossiers régulés par le médecin généraliste et codés « conseil médical ». L'objectif de ce travail, est de caractériser le conseil médical grâce à la réécoute de bandes et au rappel des patients afin d'organiser le suivi de la décision.

LA PERMANENCE DES SOINS ET LA REGULATION LIBERALE EN FRANCE

I- LA REGULATION MEDICALE

1- Naissance du SAMU [9]

Tout a commencé au sixième siècle, lorsque l'Empereur Mauricius créa un corps de cavaliers chargés du ramassage des blessés.

Cette ébauche restera longtemps sans suite puisqu'en 1537, le chirurgien Ambroise Paré constate que l'aide médicale urgente se réduit à une euthanasie sanglante.

En 1544, François 1er créa le Grand Bureau des Pauvres chargé d'aller chercher à domicile les malades indigents et trop faibles pour se rendre à l'Hôtel Dieu.

Ce n'est qu'en 1792 que le chirurgien Dominique Larrey mit en place le 1er système de soins urgents aux soldats blessés sur le champ de bataille. Il a ainsi organisé des « *centres de soins* » sur le terrain et le ramassage des victimes par des ambulances.

Ce concept original sera repris lors de la deuxième guerre mondiale et durant la guerre de Corée, par le service de santé de l'armée américaine qui systématisa la mise en condition et le déchoquage des blessés sur le terrain avant l'évacuation sur l'arrière par des transports médicalisés.

En France, le 5 janvier 1949, le ministère chargé de la santé publia la 1ère circulaire relative à l'organisation des secours d'urgence.

En mai 1956, à la suite d'une épidémie de poliomyélite à forme respiratoire, le professeur Maurice Cara créa à l'hôpital Necker à Paris le 1er service de transport inter hospitalier des patients en insuffisance respiratoire grave vers un centre spécialisé (hôpital Bichat).

En septembre 1957, à Salon de Provence, le professeur Bourret donne naissance aux premiers transports primaires en envoyant un médecin directement sur les lieux de l'accident dans un véhicule spécialement équipé et en organisant la coordination des différents partenaires des secours: les pompiers, la police et l'hôpital.

Le ministère chargé de la santé, qui s'est intéressé de très près à ces deux expériences, publie le 27 juillet 1960 une circulaire autorisant la création expérimentale d'antennes de réanimation routières. Elle permet donc aux pionniers de la médecine d'urgence de sortir hors des murs de l'hôpital. Des essais concluants auront lieu à Nancy, Toulouse, Montpellier et Troyes. Ils montreront, qu'auparavant, beaucoup de blessés arrivaient aux urgences en état de mort apparente faute de soins efficaces et précoces « sur le terrain » et pendant le transport.

Ces tentatives aboutiront à la promulgation, en **décembre 1965**, de 2 décrets :

- celui du 2 décembre oblige certains centres hospitaliers à se doter de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence, [10]
- l'autre, du 31 décembre, déclare que « l'hôpital se doit de sortir de ses murs pour porter une assistance médicale à toute personne qui en a besoin » (naissance des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR)). [11]

En 1968, face à l'augmentation du nombre des SMUR et de leurs activités, des centres de régulation coordonnant plusieurs SMUR sont créés. C'est la naissance des SAMU proprement dits. [12]

Les SAMU sont le siège des centres de réception et de régulation des appels (CRRA).

Dès 1974 des médecins généralistes libéraux participent à cette activité de régulation médicale en complément des praticiens hospitaliers concepteurs de ces structures. [13]

En 1978, un numéro de téléphone d'appel gratuit et national pour les urgences médicales est créé, c'est l'attribution du numéro 15 au SAMU.

Il faudra encore attendre la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 (décret d'application du 16 décembre 1987) relative à l'aide médicale urgente (AMU) et aux transports sanitaires pour que les SAMU et SMUR obtiennent la reconnaissance légale de leur existence. [14]

2- Missions des SAMU - Centres 15

Les missions du SAMU sont déterminées par le décret 87.1005 du 16 décembre 1987 [14] :

Les SAMU exercent les missions suivantes (art 3, 4, 5 et 6):

- une mission de renseignement et d'information : assurer une écoute médicale permanente, par leur CRRA,
- une mission de régulation et de mise en œuvre des moyens d'interventions primaires: déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels (**conseil médical**, médecin libéral, sapeur-pompier, ambulance privée, SMUR),
- l'organisation de l'accueil hospitalier: s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et faire préparer son accueil,
- l'organisation des transferts médicaux secondaires inter hospitaliers: le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou une entreprise privée de transports sanitaires,
- veiller à l'admission du patient dans un service adapté,
- la formation et l'enseignement au sein d'une structure propre, le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU),
- la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans de secours départementaux (plans ORSEC...), plans particuliers d'intervention, plans rouges...,

- les SAMU peuvent également participer à la couverture médicale des grands rassemblements suivant les modalités arrêtées par les autorités. Outre leur mission directement liée à l'exercice de l'aide médicale d'urgence, les SAMU participent aux tâches d'éducation sanitaire de prévention et de recherche.

Les articles 8 et 9 affirment le numéro 15 comme numéro d'urgence médicale. Ils imposent collaboration et informations mutuelles entre les SAMU et les CODIS (Centres Opérationnels Départementaux d'Incendie et de Secours) (lien 15-18).

3- Organisation de la régulation médicale- place dédiée à la régulation de médecine générale [3 ; 15]

En mars 2006, l'IGAS/IGA publie un rapport à la demande du ministre sur « l'évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire ». Ce rapport souligne la disparité des modes d'organisation de la régulation qui diffèrent selon les départements.

On recense ainsi trois principaux modes d'organisation :

- des centres d'appels autonomes (par exemple SOS Médecins), mais dont l'interconnexion au 15 est obligatoire et régie par convention,
- des régulations libérales distinctes du SAMU, sur un plateau séparé mais interconnecté avec celui du SAMU, par exemple le centre de réception des appels libéraux (CRRAL) du Pas-de-Calais,
- des régulations communes au SAMU et aux libéraux, sur le même plateau téléphonique, c'est le cas au SAMU-Centre 15 de Loire-Atlantique, et c'est le modèle que nous présenterons.

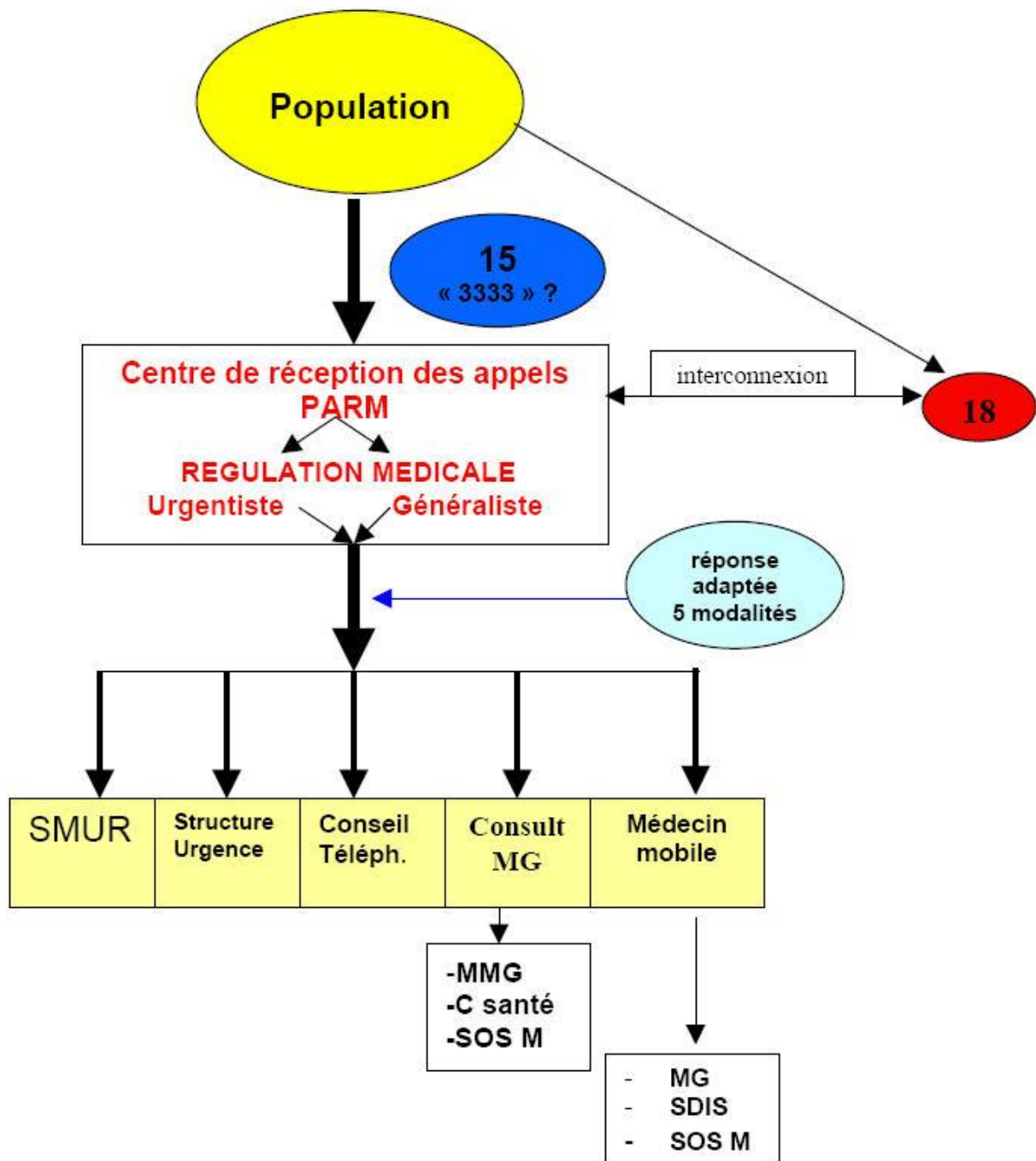


Figure 1 : Organisation de la régulation médicale

Le SAMU - Centre 15 reste avant tout un centre d'information et de consultation de l'urgence médicale. L'acte de régulation a pour but d'apporter rapidement la réponse la plus adaptée à tout appel parvenu au CRRA, après une analyse de la demande d'aide médicale urgente ou non.

L'existence d'une régulation mixte associant médecine d'urgence et générale est un gage d'efficacité dans la gestion de la permanence des soins. [4]

Un numéro unique : le 15.

Le PARM (permanencier d'aide à la régulation médicale) :

Il réceptionne l'appel, identifie l'appelant, le patient, le lieu d'intervention, vérifie le numéro de téléphone et l'adresse affichés, détermine le niveau de priorité de l'appel en fonction de la gravité, ouvre le dossier médical, oriente vers le médecin régulateur « urgentiste » ou « généraliste », il peut donner des conseils d'attente avant l'arrivée des secours. La circulaire du 6/02/1979 précise que le délai de réponse (temps de décrocher) doit être inférieur à la minute. [16]

Il existe 3 niveaux de priorité [2] :

- P0= Déclenchement SMUR réflexe suivi d'une régulation médicale prioritaire,
- P1=Régulation immédiate,
- P2=Régulation pouvant être mise en attente, sans risque pour le patient.

Médecin régulateur urgentiste ou de médecine générale :

Dans la circulaire du 29 mars 2004 relatives aux rôles des SAMU, SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours) et des ambulances privées dans l'AMU, les missions du médecin régulateur du Centre 15 sont affirmées [17] :

- déterminer la réponse la mieux adaptée : estimation du degré de gravité, appréciation du contexte, état et délai d'intervention des ressources disponibles,
- suivre les différentes phases de la prise en charge du patient.

Le médecin régulateur après s'être présenté, reformule les informations données par le PARM, écoute et interroge le patient, détermine le niveau de priorité de l'appel afin de diagnostiquer, décider et conseiller [18] [Annexe 1]. Le médecin peut s'aider de différents scores ou de protocoles de service pour dérouler l'entretien téléphonique.

Il s'assure de la réception et de la compréhension des informations délivrées, offre toujours la possibilité du rappel et valide l'ensemble de ces items avant de prendre congé [19]. Il remplit le dossier de régulation, dossier médical à part entière, dont la qualité de remplissage est un pré requis indispensable.

Réponse adaptée donnée par le régulateur, 5 modalités :

- le déclenchement du SMUR,
- une orientation vers un service d'urgences par le moyen de transport adapté. (VSAB, ambulance, ...),
- le déplacement d'un médecin effecteur mobile: médecin généraliste, SDIS, SOS Médecins,
- une orientation vers une consultation de médecine générale : maison médicale de garde, centre de santé, SOS Médecins. Elle peut nécessiter un moyen de transport particulier,
- le conseil téléphonique : il n'y a dans ce cas aucun recours à un effecteur.

Les SDIS :

Sollicités soit directement par la population (18) soit par la régulation médicale, ils participent au dispositif selon des procédures qui leur sont propres.

L'article L.6112-5 du code de la santé publique rend obligatoire l'interconnexion du 15 et du 18. [20 ; 21]

II-LA PERMANENCE DES SOINS

Le principe général de la continuité des soins est d'assurer à l'ensemble des concitoyens un accès aux soins sur l'ensemble des 24h, soit par l'aide médicale urgente(AMU), soit par la PDS, la régulation médicale orientant vers l'un ou l'autre de ces axes. [22]

Traditionnellement, les actes de médecine ambulatoire en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux restaient l'affaire des médecins libéraux, dans le cadre de leur garde. Depuis 2001, la permanence des soins de ville a dû être restructurée, le principe des gardes organisées localement par les médecins de ville étant de moins en moins opérationnel compte tenu des facteurs démographiques, particulièrement en nuit profonde (0heure-8heures). [8]

La permanence des soins (PDS) ambulatoire a été définie en 2003 suite aux grèves de garde des médecins généralistes libéraux de 2001-2002 à partir des travaux de la commission confiée au sénateur Descours. [23; 24]

En 2005 et 2006, des aménagements réglementaires et législatifs ont suivi.

La PDS ambulatoire revêt le caractère d'une mission de service public assurée par des médecins libéraux sur la base du volontariat. Elle couvre les plages horaires de fermeture des cabinets médicaux soit de 20h à 8h en semaine et du samedi 12h au lundi 8h. Le décret 2006-1686 du 22 décembre 2006 permet l'extension de la PDS au lundi lorsqu'il précède un jour férié et aux vendredis lorsqu'ils suivent un jour férié. [25]

Cette PDS est organisée au niveau départemental sous l'autorité du préfet, après avis du comité départemental d'aide médicale urgente et de permanence des soins (CODAMUPS) [26], sous la forme de secteurs géographiques dans lesquels il existe un médecin d'astreinte. [27]

Ainsi les médecins libéraux éditent un tableau de garde par secteur qui est transmis au SAMU - Centre15. En l'absence de volontaire et après avis du conseil départemental de l'ordre, le préfet peut procéder aux réquisitions nécessaires.

L'accès au médecin de permanence des soins est régulé préalablement par le Centre 15 ou une plate-forme de régulation libérale interconnectée avec le SAMU. [28]

Environ 3000 médecins généralistes sont engagés dans la régulation. Cette participation des médecins libéraux à la régulation médicale complète l'activité 24h/24 des médecins hospitaliers. [29]

III- PLACE DU CONSEIL MEDICAL

Cette régulation des appels a pour conséquence une augmentation massive du nombre d'appels portant sur des demandes d'avis médical.

La régulation téléphonique ne sert pas uniquement à orienter les appels soit vers la médecine de ville soit vers l'hôpital. Il ressort dans un rapport de février 2007 de Monsieur Colombier, député, sur « la prise en charge des urgences médicales », que la régulation parvient à résoudre une majeure partie des problèmes qui lui sont soumis sans recours à un effecteur ; cela concerne plus de 80% des appels. [30]

A Nantes, on note une augmentation de 180% des conseils médicaux entre 2001 et 2002, puis de 40% entre 2002 et 2003. Parallèlement, l'augmentation du recours aux médecins régulateurs généralistes est de +145% entre 2001 et 2002 puis +45% entre 2002 et 2003. [31]

A noter, que le Centre 15 de Nantes a enregistré 450 000 appels en 2008.

Différents travaux ont montré une tendance similaire dans d'autres départements, avec par exemple:

- En 2002, le SAMU du Rhône retrouvait une fréquence de conseils médicaux de 75% après régulation médicale, [32]
- En 2002, en Gironde, 57% des décisions de régulation de médecine générale sont des conseils médicaux, [33]
- En 2005, en Charente-Maritime le conseil médical représente 92% des décisions prises après régulation de médecine générale, [34]
- En janvier 2006, dans l'Oise, Le Pas de Calais et le Tarn, l'IGAS/ IGA a constaté que les conseils médicaux étaient l'une des principales réponses apportées après régulation. [4]

Toutefois l'encadrement du conseil téléphonique est aujourd'hui laissé à la seule appréciation des médecins qui le pratiquent localement, ce qui conduit à des attitudes très différentes d'un département à l'autre. [8]

IV- ASPECTS MEDICO-LEGAUX

La loi du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires énonce clairement la notion de régulation médicale dans les SAMU. La fonction du médecin régulateur est de plus en plus sujette à des réclamations mais heureusement les poursuites judiciaires restent exceptionnelles. [35]

Le médecin régulateur engage sa responsabilité dans les différentes phases de son travail [36] :

Lors du premier contact avec l'appelant : il doit effectuer un interrogatoire suffisant pour lui permettre d'évaluer la situation mais relativement succinct compte tenu de l'urgence éventuelle, réelle ou ressentie.

Lors de la décision médicale: le médecin régulateur dispose de nombreux moyens pour apporter des secours. Lorsqu'il fait intervenir un médecin quel qu'il soit, la responsabilité de celui-ci se trouve alors engagée, mais le régulateur ne dégage pas pour autant la sienne. Le régulateur doit suivre les missions en cours jusqu'à ce qu'elles soient terminées. Le dossier de régulation doit être correctement rempli, il est un dossier médical à part entière. Il est garant non seulement de la sécurité des malades par les moyens mis à leur disposition, mais aussi de la qualité des soins. Lorsque l'envoi d'un médecin généraliste est décidé, le régulateur doit s'assurer qu'il y a effectivement consultation du patient.

Il doit veiller au respect du secret médical, ce qui est parfois difficile compte tenu d'écoutes parallèles possibles sur les liaisons hertziennes.

Lors de modifications ultérieures des secours : le régulateur peut avoir à répondre de ses actes lorsqu'il modifie l'ordre des missions, en privilégiant par exemple un transport primaire par rapport à un transport secondaire. [37]

A tout moment : il est de rigueur de conserver tous les documents concernant les appels, notamment une main courante mais aussi l'enregistrement des conversations téléphoniques. [38]

Afin d'encourager l'implication des libéraux dans la régulation, la circulaire ministérielle du 10 octobre 2006 relative au dispositif de la permanence des soins en médecine ambulatoire prévoit que les médecins libéraux peuvent bénéficier de la qualité de collaborateur occasionnel du service public lorsqu'ils participent aux régulations intégrées ou situées dans les locaux du SAMU et sont ainsi sous la responsabilité des établissements de santé pour lesquels ils régulent. [39 ; 40 ; 41]

MATERIEL ET METHODE

I- OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de notre étude est de caractériser le conseil médical téléphonique délivré par les médecins régulateurs de médecine générale lors d'un appel au Centre 15. Nous définissons le conseil médical comme une décision prise après régulation n'aboutissant pas à l'envoi d'un effecteur de manière immédiate ou différée.

Les objectifs primaires de ce travail sont d'une part d'estimer la fréquence des dossiers codés « conseil médical » et correspondant à notre définition par rapport à l'ensemble des dossiers codés « conseil médical » régulés par le médecin généraliste, et d'autre part de caractériser les appels faisant l'objet d'un conseil médical (type de conseil délivré : conseil isolé, prescription médicamenteuse téléphonique (PMT), conseil d'attente, conseil avec envoi d'effecteur, description : motif d'appel, population appelant...).

Les objectifs secondaires de ce travail sont d'évaluer l'évolution des symptômes avec le rappel des patients, la qualité du conseil : compréhension, acceptation, satisfaction, observance et vérification de la compréhension, la recherche préalable de signe de gravité, l'impact sur le recours à une consultation médicale ultérieure (en ville ou à l'hôpital).

II-TYPE D'ETUDE

Pour parvenir à ces objectifs, nous avons réalisé une étude monocentrique rétrospective observationnelle sur une semaine avec la réécoute des enregistrements de régulation au SAMU - Centre 15 de Loire-Atlantique.

III- POPULATION DE L'ETUDE

Les médecins :

Tous les dossiers de régulation de médecine générale du Centre 15 de Loire-Atlantique codés « conseil médical » durant la période décrite ultérieurement ont été réécoutés. Tous les médecins généralistes participant à cette régulation avaient donc été prévenus par courrier deux mois avant le début de l'étude des modalités de cette dernière, leur consentement a été recueilli [annexe 2]. Aucun n'a refusé d'y participer.

Les patients :

Les patients concernés sont ceux qui ont appelé le Centre 15 pendant la période choisie, pour lesquels un dossier de régulation a été créé avec pour décision finale « conseil médical » prise par le régulateur de médecine générale.

IV- CRITERES D'INCLUSION

Pour cette étude, parmi les appels passés au Centre 15 ou au CTA 18 et retransmis au Centre 15, tous les patients ayant été pris en charge par le médecin régulateur généraliste et dont la décision finale figurant sur le dossier de régulation est « conseil médical » ont été inclus.

L'appel initial peut provenir du patient lui-même, ou d'un témoin direct ou indirect en fonction de sa proximité avec le malade.

Les appelants/patients ayant effectivement reçu un conseil médical « vrai » correspondant aux critères prédéfinis (absence d'envoi de moyen) ont été rappelés 3 à 8 jours après l'appel initial.

V-CRITERES D'EXCLUSION

Les critères d'exclusion sont :

- dossiers non cotés « conseil médical »,
- dossiers pris en charge par le régulateur urgentiste,
- dossiers régulés en dehors de la période retenue.

Ont été exclus du rappel :

- les patients dont les dossiers ont été codés « conseil médical » et qui finalement, après réécoute des enregistrements, n'ont reçu qu'un conseil d'attente et/ou ont été orientés vers une consultation (médecin traitant, médecin de garde, SOS, urgences...),
- les appelants mineurs.

VI- DEROULEMENT DE L'ETUDE

1- Périodes d'écoute et de rappel

Nous avons écouté les bandes d'enregistrement d'appels reçus au Centre 15 de Nantes, pris en charge par un médecin généraliste et dont la décision finale a été « conseil médical » pendant la période choisie.

Cette période couvre tous les appels de jour et de nuit passés sur une semaine. Elle permettra de montrer ou non une corrélation entre le nombre d'appels et la permanence des soins.

Les appels ont de ce fait été reçus par différents régulateurs.

La période de réécoute couvre une semaine entière séquencée de la façon suivante :

LUP5= lundi 8h-14h	= jour	lundi 6/04/2009
LUP6= lundi 14h-20h	= jour	lundi 6/04/2009
LUP1= lundi 20h-0h	= PDS	lundi 6/04/2009
LUP2= mardi 0h-8h	= nuit profonde	mardi 7/04/2009
MAP5= mardi 8h-14h	= jour	mardi 31/03/2009
MAP6= mardi 14h-20h	= jour	mardi 31/03/2009
MAP1= mardi 20h-0h	= PDS	mardi 7/04/2009
MAP2= mercredi 0h-8h	= nuit profonde	mercredi 1/04/2009
MEP5= mercredi 8h-14h	= jour	mercredi 1/04/2009
MEP6= mercredi 14h-20h	= jour	mercredi 1/04/2009
MEP1= mercredi 20h-0h	= PDS	mercredi 1/04/2009
MEP2= jeudi 0h-8h	= nuit profonde	jeudi 2/04/2009
JEP5= jeudi 8h-14h	= jour	jeudi 2/04/2009
JEP6= jeudi 14h-20h	= jour	jeudi 2/04/2009
JEP1= jeudi 20h-0h	= PDS	jeudi 2/04/2009
JEP2= vendredi 0h-8h	= nuit profonde	vendredi 3/04/2009
VEP5= vendredi 8h-14h	= jour	vendredi 3/04/2009
VEP6= vendredi 14h-20h	= jour	vendredi 3/04/2009
VEP1= vendredi 20h-0h	= PDS	vendredi 10/04/2009
VEP2= samedi 0h-8h	= nuit profonde	samedi 11/04/2009
SAP4= samedi 8h-12h	= jour	samedi 25/04/2009
SAP3= samedi 12h-20h	= PDS	samedi 25/04/2009
SAP1= samedi 20h-0h	= PDS	samedi 4/04/2009
SAP2= dimanche 0h-8h	= nuit profonde	dimanche 5/04/2009
DIP4= dimanche 8h-14h	= PDS	dimanche 19/04/2009
DIP3= dimanche 14h-20h	=PDS	dimanche 19/04/2009
DIP1= dimanche 20h-0h	= PDS	dimanche 19/04/2009
DIP 2= lundi 0h-8h	= nuit profonde	lundi 20/04/2009

Les appelants/patients ayant reçu un conseil médical sans recours à un effecteur ont été rappelés 3 à 8 jours après l'appel initial.

Nous avons effectué 3 rappels maximum par dossier, à des horaires différents. En cas de non réponse, la mention « injoignable » leur a été attribuée.

La réécoute et le rappel ont été effectués par ma directrice de thèse, médecin au SAMU, et par moi-même, interne en médecine générale, depuis la salle de crise du Centre 15.

Nous avons exploité d'une part la base CENTAURE 15 ®, progiciel d'aide à la régulation du SAMU - Centre 15 de Loire Atlantique, à partir de laquelle nous avons sélectionné les appels codés « conseil médical » et récupérer les données administratives. La réécoute s'est effectuée grâce à l'enregistreur ASSMAN ®, qui « stocke » en temps réel l'ensemble des conversations téléphoniques entrantes et sortantes du 15.

.

2- Recueil des données

Le recueil des données s'est fait à partir de deux questionnaires préétablis. [annexes 4 et 5]

Le premier concerne la réécoute des appels régulés et est plutôt descriptif.

Le second concerne le rappel, permettant un contact téléphonique 3 à 8 jours après l'appel initial.

Les données issues des questionnaires ont été collectées sur un fichier Excel® puis interprétée grâce au logiciel Epi Info ®.

La durée de cette étude a été de 6 semaines incluant le recrutement des patients et la période de suivi des appels, permettant ainsi la réécoute d'une semaine d'appels.

VII- DONNEES ETUDIEES

1- La réécoute

Les critères étudiés ont été :

- les caractéristiques de l'appelant et du patient, qui peuvent ou non être le même individu : sexe, âge, localisation,
- la période de l'appel et sa durée,
- le motif de l'appel,
- l'existence ou non d'un contact entre le médecin et le patient,
- la décision finale prise par le médecin régulateur,
- le type de conseil délivré,
- la recherche de signe de gravité ou non par le régulateur avant la délivrance du conseil,
- la vérification par le régulateur de la compréhension du conseil délivré, et notamment la demande ou non de reformulation,
- la satisfaction, l'acceptation et la compréhension du conseil par l'appelant et/ou le patient.

2- Le rappel

Les informations recueillies lors du rappel ont été :

- la satisfaction de l'appelant/patient concernant : l'accueil, l'écoute, la possibilité de s'exprimer, le conseil reçu,
- la compréhension du conseil reçu,
- la capacité de l'appelant/patient à reformuler le conseil reçu 3 à 8 jours après l'appel initial,
- l'observance,
- l'évolution des symptômes,
- le recours à une consultation ultérieure en ville ou à l'hôpital.

VIII- ANALYSE STATISTIQUE

Les données ont été saisies sur un fichier Excel® et analysées avec le logiciel Epi Info ® version 3.4.1. L'analyse a été descriptive et univariée. Les données numériques ont été comparées par un test t de Student après analyse de variance. Les données non numériques ont été comparées par un test du Chi 2 ou un test exact de Fischer en cas de faible effectif. Un indice de significativité habituel a été utilisé (<0.05).

RESULTATS

I- DONNEES GENERALES

1- Nombre d'appels pris en charge par les médecins régulateurs généralistes

En une semaine, 3345 appels ont été régulés par le médecin régulateur généraliste. En semaine, de 8h à 20h, le nombre d'appels oscille entre 176 et 219. En nuit profonde, le nombre d'appels n'atteint pas 80 en semaine, mais est à 143 le samedi. Le week-end en journée, le nombre d'appels est nettement supérieur avec 629 le dimanche par exemple.

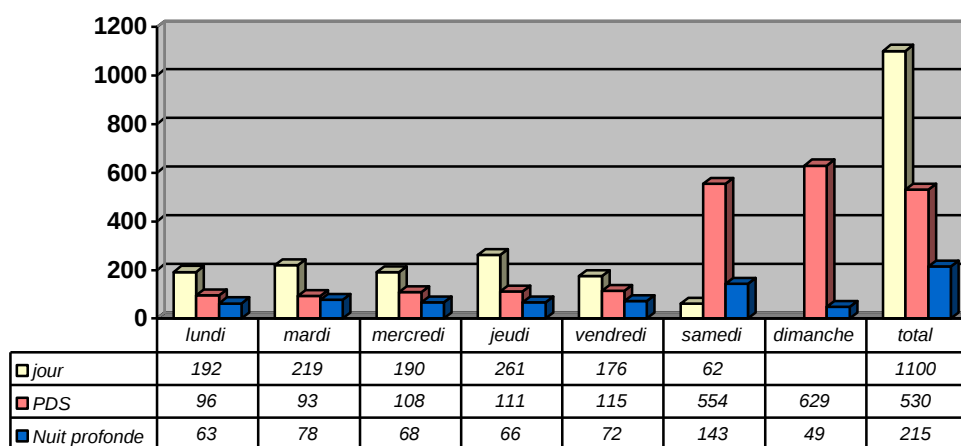


Figure 2 : Répartition des appels régulés par les médecins généralistes par jour et par période.

2- Nombre de dossiers codés « conseil médical »

En une semaine, 934 dossiers ont été codés « conseil médical » (CM). Ce qui représente 28% des appels. En semaine, de 8h00 à 20h00, le nombre de dossiers ne dépasse pas 60 par jour. En nuit profonde ils représentent en moyenne 20 à 30 dossiers. Le week-end en journée, le nombre de dossier codés CM est nettement supérieur, avec par exemple 202 dossiers le dimanche.

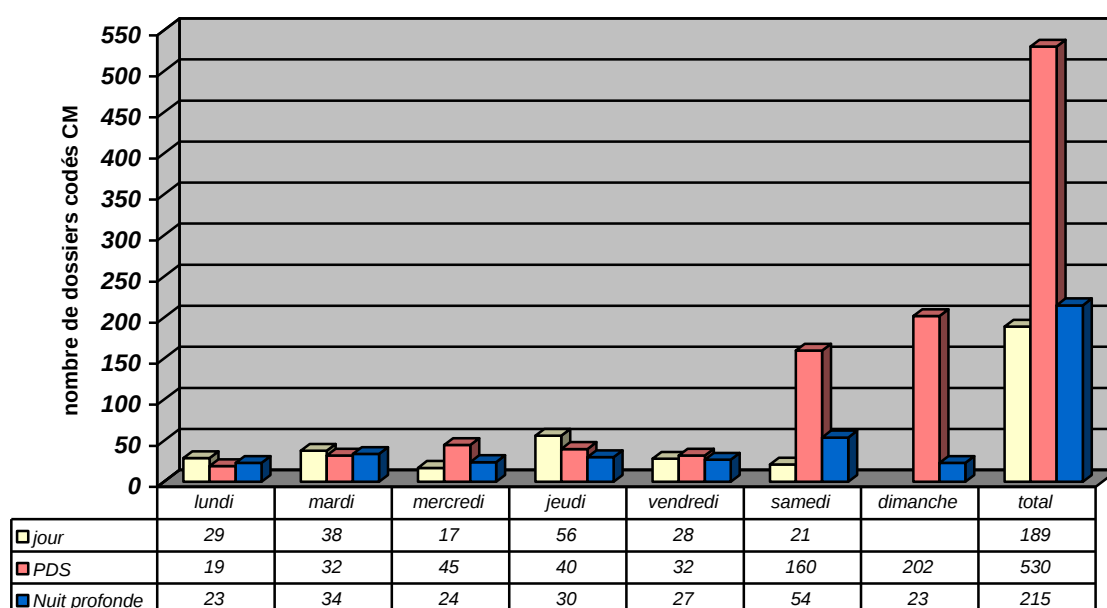


Figure 3 : Répartition des dossiers codés « Conseil Médical » par jour et par période.

La grande majorité des appels a lieu en période de Permanence des soins (PDS) ou la nuit, avec respectivement 56.7% (n=530) et 23% (n= 215) des appels.

3- Durée de l'appel

La durée totale des appels codés CM en une semaine est de 101 heures. (Ce temps tient compte de toute la période réécoutée= Prise de l'appel par le PARM, mise en attente et entretien avec le médecin). La moyenne d'un appel est de 6 minutes et 55 secondes si on considère les 934 dossiers étudiés.

Nous avons voulu connaître la répartition de la durée des appels en fonction du jour et de la période auxquels ils ont lieu. L'écart entre les périodes est faible.

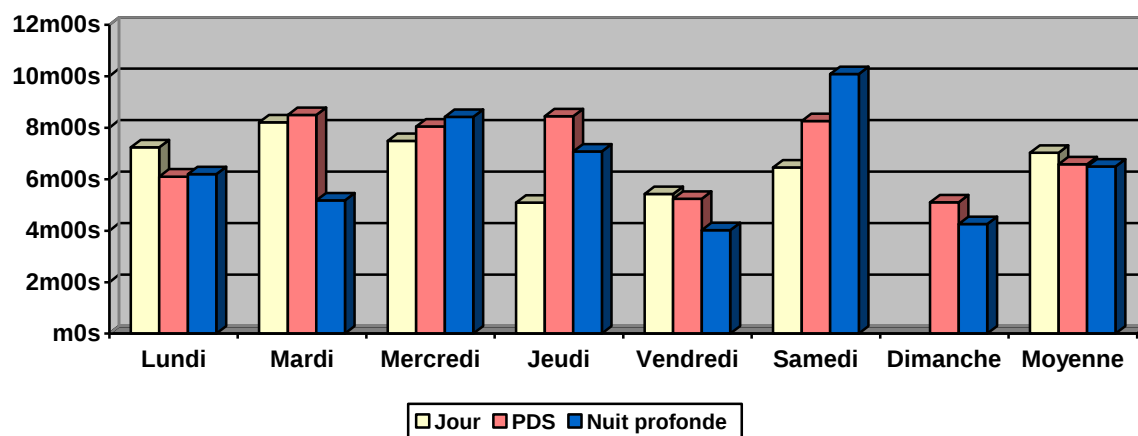


Figure 4 : Durée moyenne de l'appel en fonction de la période.

4- Population

a) *Appelants*

- *sexe :*

Plus des deux tiers des appelants sont des femmes (n= 632)

- *relation appelant/patient :*

La majorité des appelants sont soit les parents du patient (42%, n= 399), soit le patient lui-même (28%, n=269), soit son époux (se) ou conjoint(e) (12%, n=112). Cinq dossiers ne contenaient pas cette information.

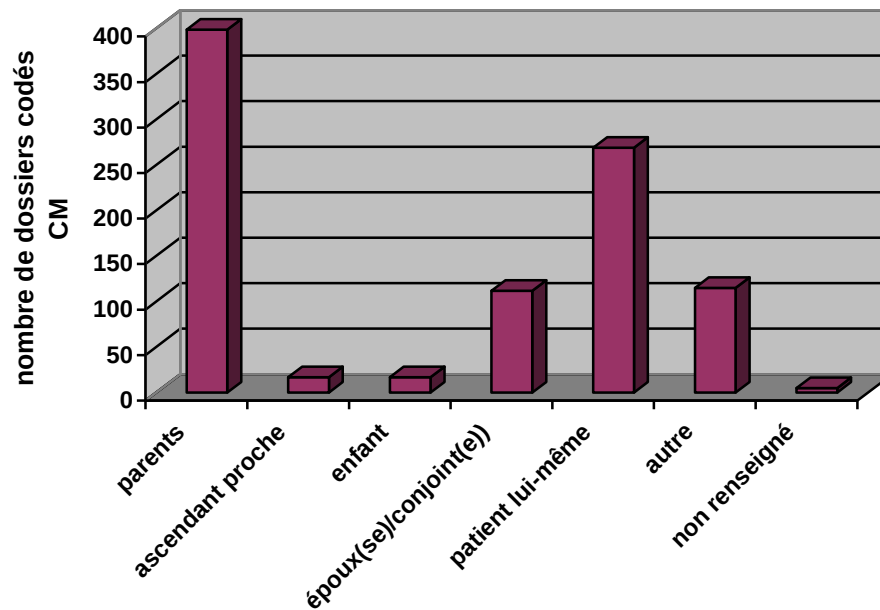


Figure 5 : Relation appelant et patient.

b) Patients

- *sexe :*

La majorité (55.4%, n=517) des patients sont des femmes.

- *âge :*

925 dossiers sur les 934 inclus contenaient l'âge du patient.

Nous avons mis en évidence une prédominance des appels pour des patients de moins de 18 ans (45.7%, n= 423), l'appelant étant alors principalement l'un des deux parents.

La tranche d'âge la moins représentée est celle des plus de 70 ans (7.5%, n= 69).

Quelque soit la tranche d'âge la majorité des appels ont lieu lors de la PDS.

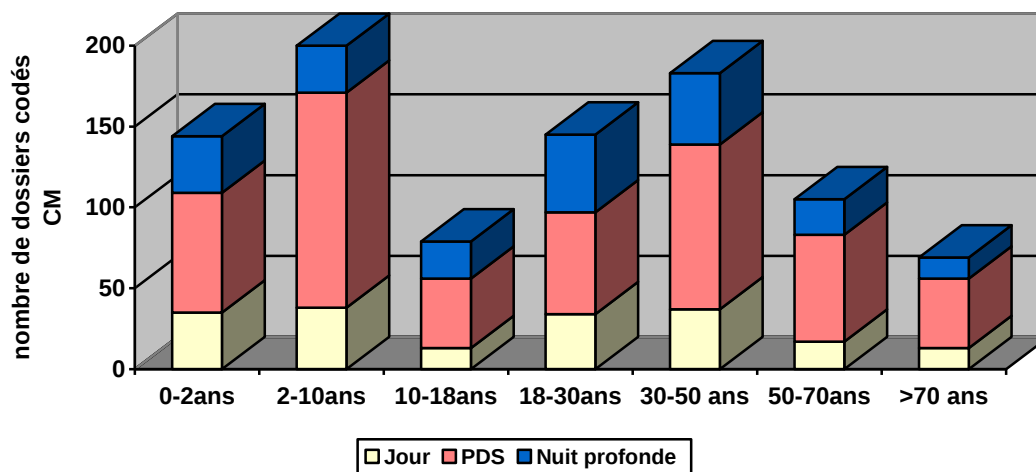


Figure 6 : Age des patients et période de l'appel.

- *commune du patient :*

Nous avons séparé les appels provenant de communes desservies par SOS Médecins des autres. [annexes 6 et 7]

553 appels (59.7%) proviennent de communes non desservies par SOS Médecins. Ces appels ont lieu principalement sur les horaires de PDS avec 340 appels (61.5%) durant cette période.

Parmi les appels provenant de communes desservies par SOS Médecins, 49.3% (n= 184) des appels ont lieu pendant la PDS, 22.8% (n=85) en nuit profonde. Ces résultats sont significatifs ($p < 0.05$).

Pendant la PDS, 340 appels sur 524 reçus au total durant cette période, soit 64.9%, proviennent de communes non desservies par SOS Médecins. De même, la nuit ces appels sont majoritaires avec 60.1% des appels codés CM.

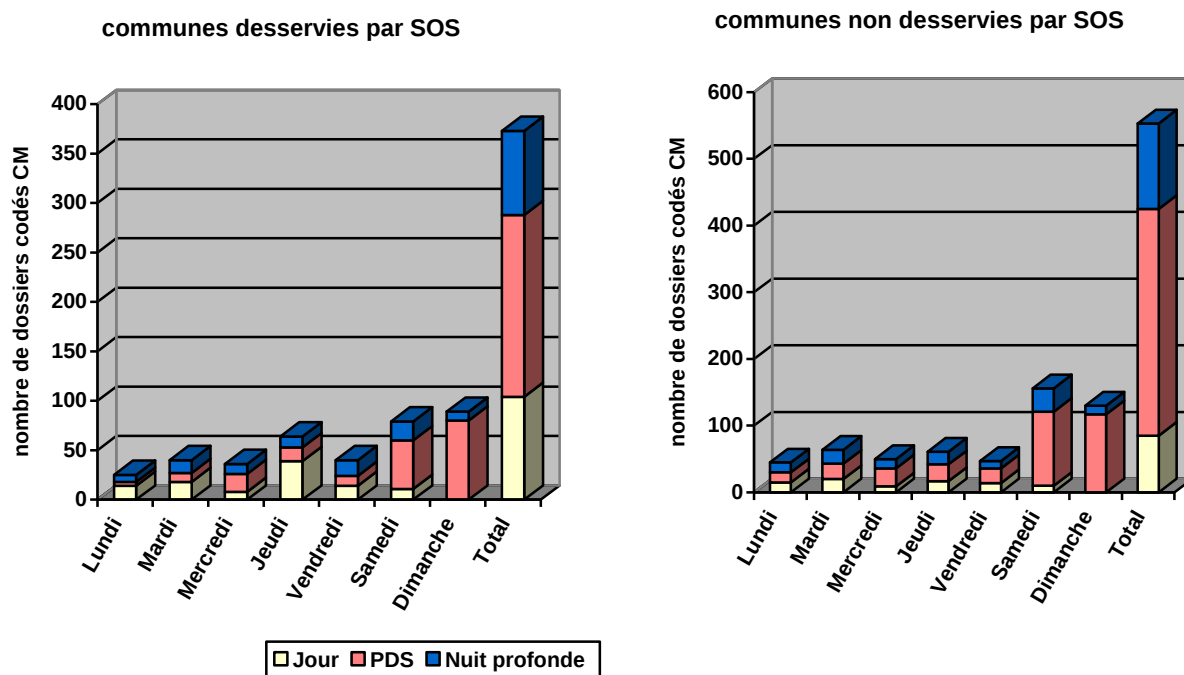


Figure 7 : Comparaison de la répartition des appels selon les périodes d'appel, pour les communes desservies ou non par SOS Médecins.

- *contact patient/médecin :*

Parmi les 934 patients, 363 ont un contact téléphonique avec le médecin régulateur, ce qui correspond à 39% des appels.

Dans les autres cas l'entretien téléphonique ne se fait qu'entre l'appelant initial et le médecin.

c) Motifs d'appel

Les motifs d'appel ont été regroupés en catégories. Les appels en rapport avec la traumatologie, les troubles gastro-intestinaux et liés à un traitement sont majoritaires.

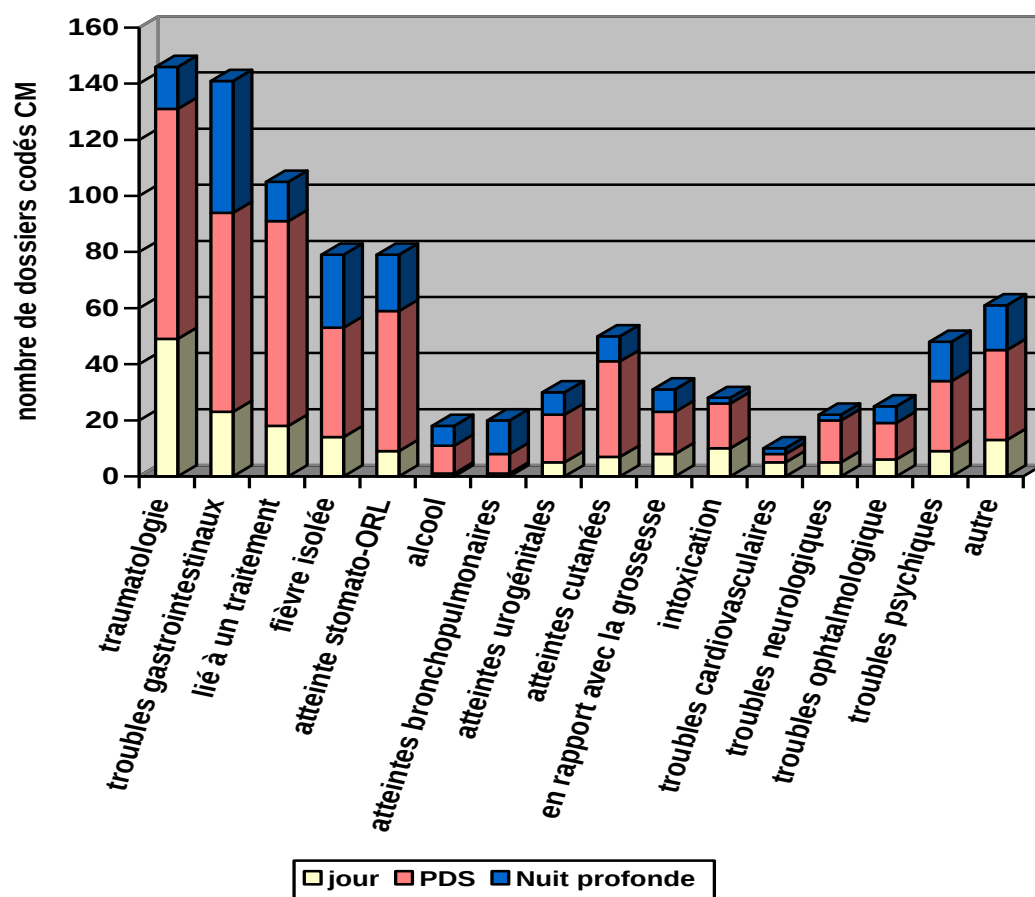


Figure 8 : Motif des appels et période de l'appel.

II- DONNEES DE LA REECOUTE

1- Adéquation codage « conseil médical » versus conseil médical réel

La réécoute des bandes nous a permis de distinguer parmi les dossiers codés CM, ceux qui correspondent au conseil vrai, c'est-à-dire un conseil médical isolé et/ou une prescription médicamenteuse téléphonique (PMT) uniquement.

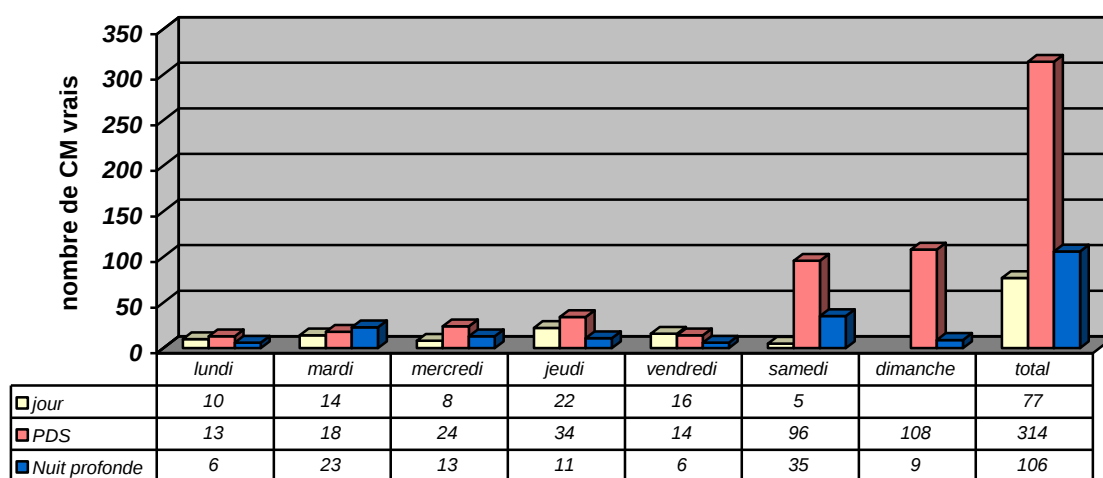


Figure 9 : Nombre de conseils médicaux « vrais » parmi les dossiers codés «Conseil Médical» en fonction de la période.

En comparant la figure9 à la figure 3, on met en évidence que parmi les dossiers codés CM, la proportion de conseils vrais est de :

- 41% (n=77) le jour,
- 59% (n=314) en période de PDS,
- 49% (n= 106) en nuit profonde.

2- Décision des dossiers codés « Conseil Médical »

Parmi les 934 dossiers codés CM, la décision prise par le médecin régulateur généraliste a pu être étudiée sur 922 dossiers, les 12 dossiers restants correspondant soit à des bandes inaudibles, soit à l'absence total de conseil médical.

Pour 47.4% de ces dossiers (n=437), le conseil donné est celui de consulter un médecin

	Nombre de dossiers	Pourcentage
Examen médical/envoi de moyen	437	47.4
Conseil médical isolé	213	23.1
PMT	165	17.9
CM+PMT	107	11.6
Total	922	100

Tableau 1 : Décision des dossiers codés « conseil médical »

a) Décision en fonction de la période

Pour toutes les périodes, la quantité de dossiers se concluant par un conseil d'examen médical prédomine ($p < 0.05$). En journée elle atteint près de 60% des dossiers ($n=112$).

La PMT a le plus souvent lieu sur la période de PDS.

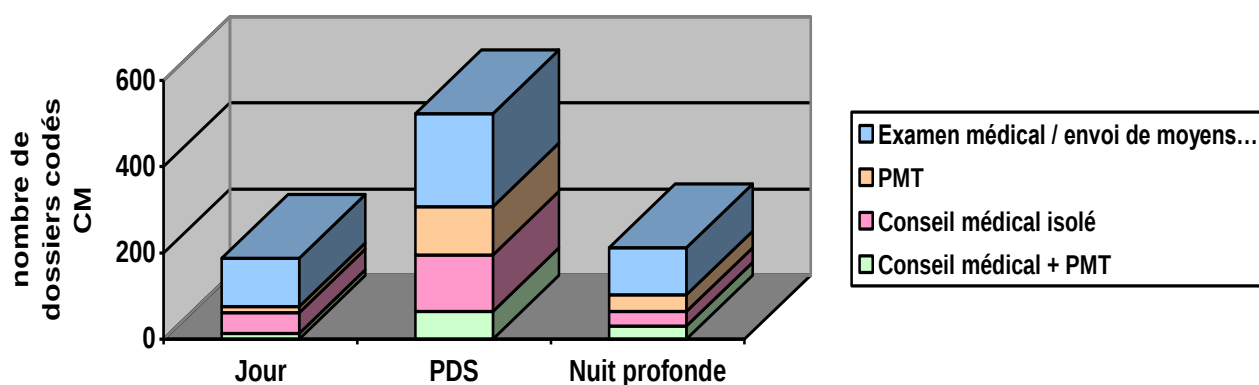


Figure 10 : Décision des dossiers codés « Conseil Médical » selon la période.

b) Décision en fonction de la commune (desservie ou non par SOS Médecins)

Toutes périodes confondues, il existe une différence significative sur la décision finale selon que la commune soit desservie ou non par SOS Médecins ($p < 0.05$). Il y a plus souvent de CM et/ou de PMT délivré(e) s lorsque la commune n'est pas desservie par SOS Médecins.

	Examen/moyen	CM isolé	PMT	CM+PMT	total
SOS	173	99	64	31	367
Pas SOS	263	110	100	75	548
total	436	209	164	106	915

Tableau 2 : Décision selon que la commune soit desservie ou non par SOS médecins.

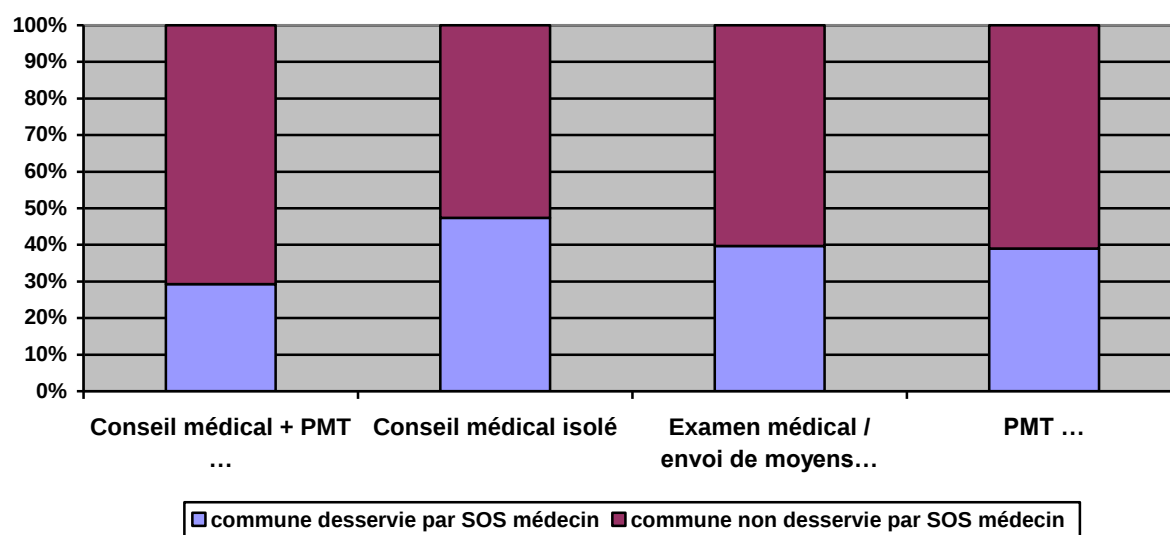


Figure 11 : Décision selon que la commune soit desservie ou non par SOS médecins.

c) Décision en fonction de l'âge du patient

913 dossiers sur 934 ont pu être utilisés pour exploiter cette donnée.

Il existe une différence significative de la décision prise en fonction de l'âge du patient ($p < 0.05$). Le regroupement des tranches 0-2 ans, 2-10ans et 10-18 ans montre que près de 40% des examens médicaux demandés par le régulateur généraliste concernent un mineur ($n = 167$).

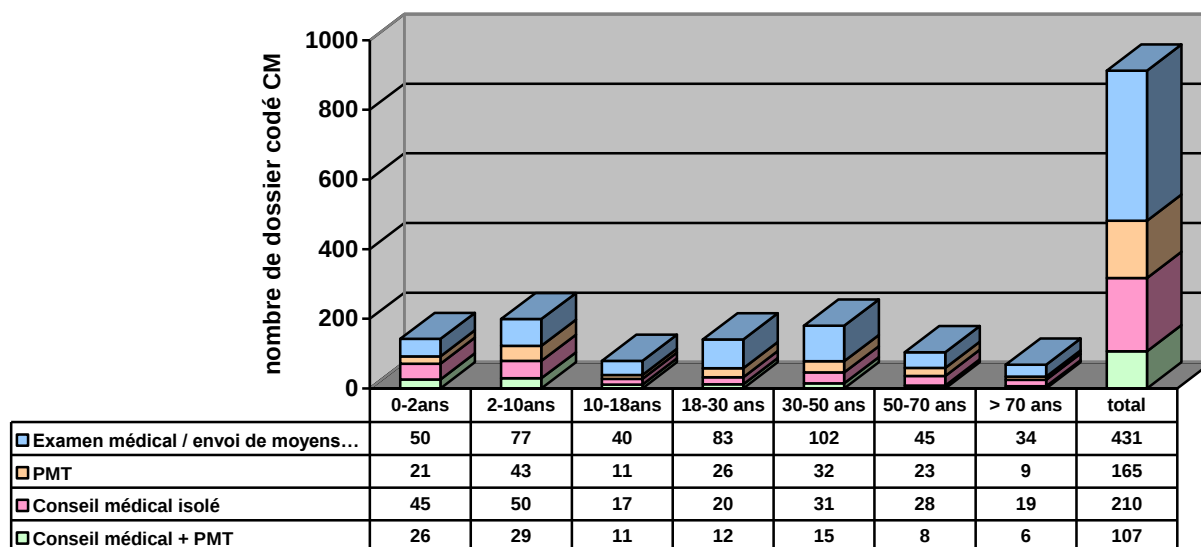


Figure 12 : Décision prise en fonction de l'âge du patient

3- Description du conseil médical vrai.

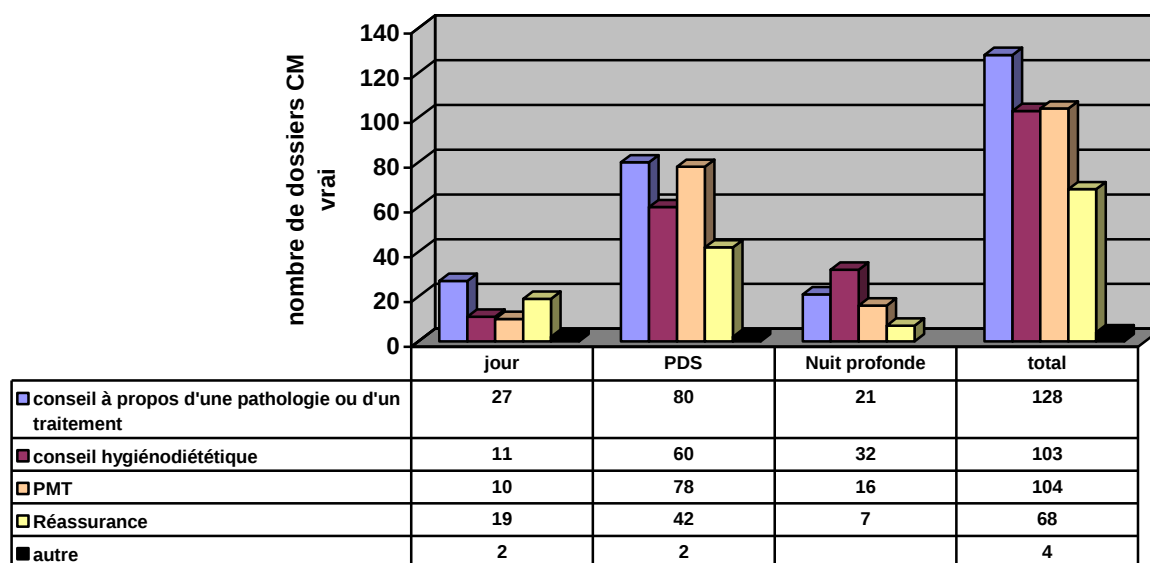


Figure 13 : Description du conseil médical vrai selon la période.

Les conseils sont :

- un conseil à propos d'une pathologie ou d'un traitement dans 31% des cas (n=128),
- un conseil hygiéno-diététique dans 25% des cas (n=103),
- une PMT dans 26% des cas (n= 104),
- une « réassurance » dans 16% des cas (n= 68).

Nous avons également constaté qu'en cas de PMT, 49.2% était une PMT isolée, 26.5% une nouvelle prescription, et 24.3% un renforcement de traitement.

4- Description du conseil non retenu.

Parmi les conseils non retenus :

- 53% sont une demande de recours au médecin généraliste ou spécialiste (n= 278),
- 28% une orientation vers un service hospitalier (urgences principalement) (n= 147),
- 15.4% correspondent à un conseil d'attente. (n= 81),

Pour le reste de l'étude, les résultats ne tiennent plus compte QUE des dossiers « CM vrais »

5- Signes de gravité

Dans 72.3% des cas (n= 289), le régulateur recherche des signes de gravité avant la délivrance du conseil.

Trente-quatre pour cent (n= 99) de la recherche de signes de gravité concernent un conseil sur une pathologie ou un traitement, 29.4% (n=85) un conseil hygiéno-diététique, 23.9% (n=69) une PMT ; cette différence est significative.

La proportion de dossiers comportant la recherche de signes de gravité est de:

- 78.6% (n= 99) lorsqu'il s'agit d'un conseil à propos d'une pathologie ou d'un traitement,
- 83.3% (n=85) en cas de conseil hygiéno-diététique,
- 68.3% (n=69) pour la PMT,
- 51,5% (n= 35) lorsque le conseil s'est avéré être une « réassurance ».

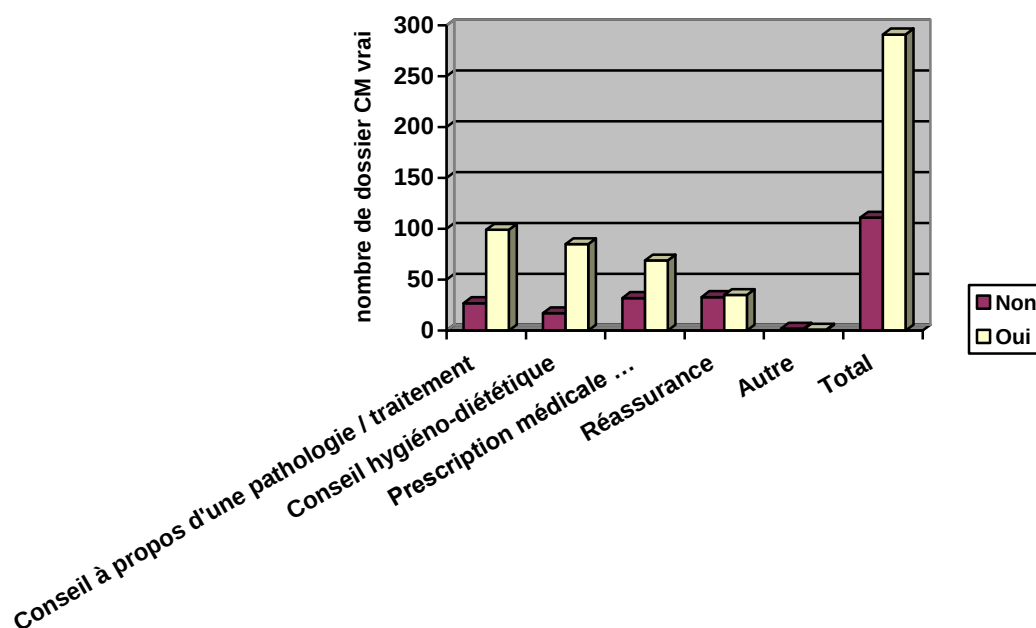


Figure 14 : Recherche de signes de gravité en fonction du type de conseil délivré.

En cas de PMT, nous avons voulu savoir s'il existait une différence de fréquence dans la recherche de signes de gravité selon que la PMT soit une PMT isolée, un renforcement de traitement ou une nouvelle prescription.

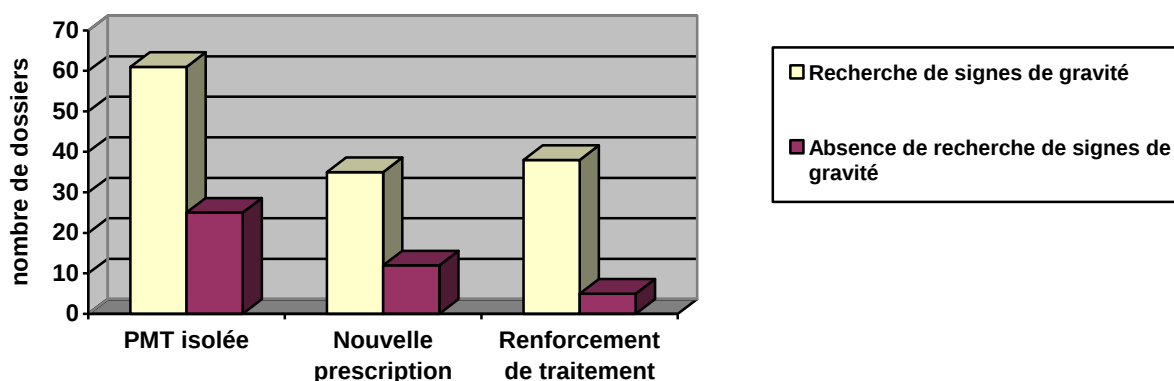


Figure 15 : Recherche de signes de gravités selon le type de PMT.

La recherche de signes de gravité est retrouvée pour 61 dossiers (45%) de PMT isolée, contre 35 et 38 en cas de nouvelle ou de renforcement de traitement.

Cette différence n'est pas significative.

6- Acceptation – satisfaction – compréhension – reformulation du conseil par le patient

a) Acceptation

Un seul appelant n'a pas accepté le conseil délivré.

Le conseil est donc accepté dans 99.8%

b) Satisfaction

388 appelants semblent satisfaits lors de la réécoute des bandes, ce qui correspond à 95.6% des cas.

c) Compréhension

Dans 99% des cas (n= 402), le patient donne l'impression d'avoir compris le conseil délivré (absence de question sur le conseil, formule d'acquiescement ...).

d) Vérification de la compréhension par le régulateur.

Le MG régulateur vérifie la compréhension du conseil délivré dans 2/3 des cas (n=284).
Le plus souvent cette vérification se fait par une simple question du type « c'est d'accord ? », ou « ok ? » à laquelle l'appelant répond par oui ou non.

e) Reformulation du conseil.

Dans notre étude, seulement 134 appelants, soit 1/3, reformulent le conseil donné.
Il y a donc absence de reformulation dans 2/3 des cas.

Nos résultats ont mis en évidence une différence de fréquence de reformulation du conseil selon le type de conseil délivré ($p < 0.05$).

Le MG régulateur reformule plus lorsqu'il donne une PMT (38.1%, $n=51$)

Il y a moins souvent de reformulation lorsqu'il s'agit d'un appel pour demande de conseil à propos d'une pathologie ou d'un traitement

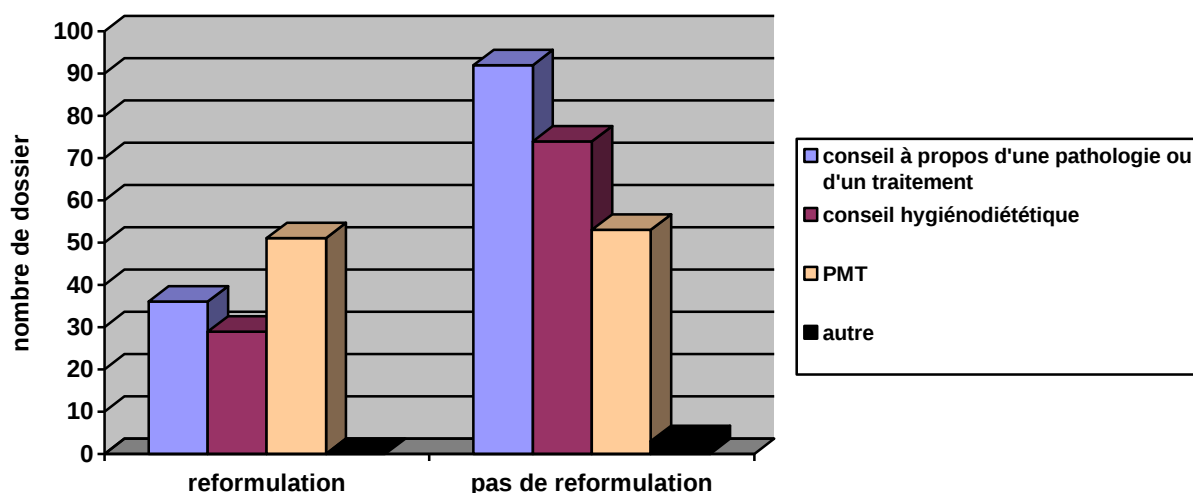


Figure 16 : Type de conseil délivré et reformulation.

Au sein des PMT, que ce soit une PMT isolée, une nouvelle prescription ou un renforcement de traitement la différence de fréquence de reformulation n'est pas significative.

f) Acceptation et reformulation

Pour 271 dossiers (66.9%), l'appelant accepte le conseil sans l'avoir reformulé.

Le patient ayant refusé le conseil fait parti de ceux qui ne l'ont pas reformulé.

Il n'y a pas d'impact de la reformulation sur l'acceptation

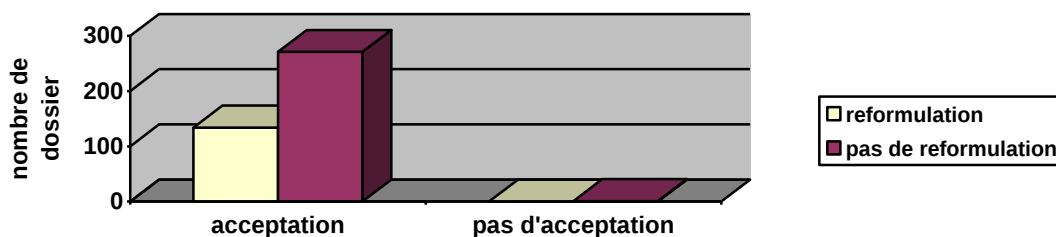


Figure 17 : Acceptation du conseil délivré et reformulation.

g) Satisfaction et reformulation

De même, 258 appelants semblent satisfaits à la réécoute des dossiers de régulation médicale (DRM) sans avoir reformulé le conseil donné.

Il n'y a pas d'impact de la demande de reformulation sur la satisfaction de l'appelant.

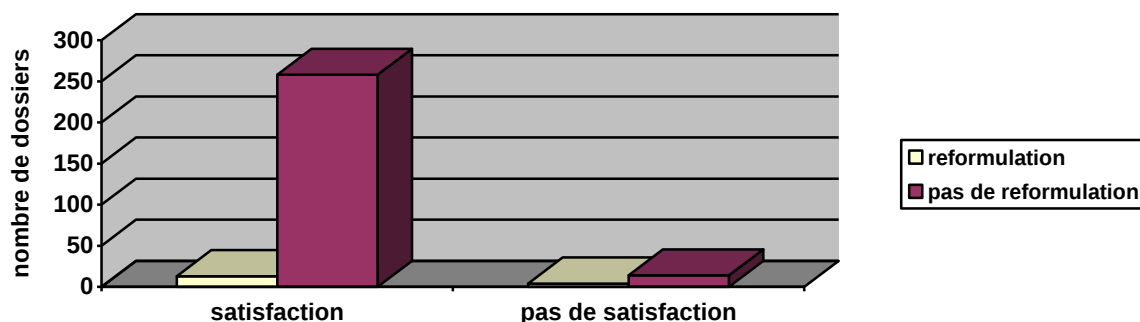


Figure 18 : Satisfaction et reformulation.

h) Compréhension et reformulation

Les 4 patients n'ayant à priori pas compris le conseil ne l'ont pas reformulé.

Dans notre étude nous n'avons pas mis en évidence d'impact de la reformulation du conseil délivré sur sa compréhension.

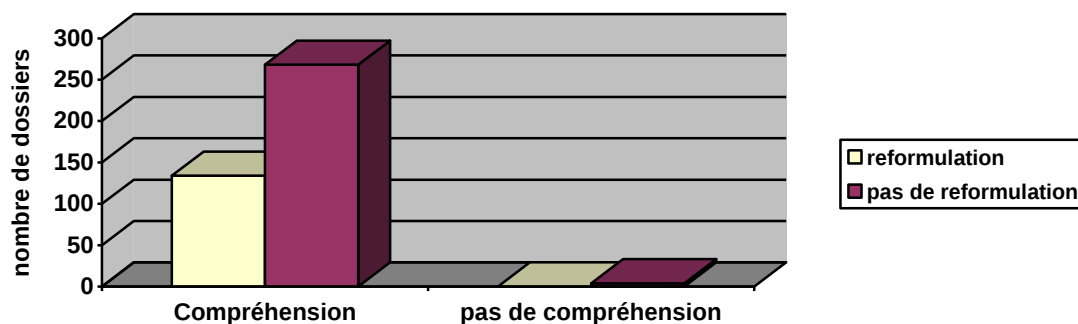


Figure 19 : Compréhension et reformulation.

III- DONNEES DU RAPPEL

Parmi les personnes ayant reçu un vrai conseil médical :

- toutes sauf 6 ont été rappelées (patients mineurs),
- 74 étaient injoignables,
- 303 ont accepté de répondre au questionnaire. [annexe 5]

Nous avons donc récupéré « l'avis » de $\frac{3}{4}$ des appelants ayant reçu un vrai conseil médical.

1- But en appelant le 15

But	Nombre de dossiers	Pourcentage
Obtenir un CM simple	152	50.2%
Obtenir les coordonnées du médecin de garde pour une visite	77	25.4
Avoir des informations sur un traitement	61	20.8%
Contacter les urgences	7	2.3%
Avoir un renseignement pratique	4	1.3%
Autre	2	0.7%
Total	303	100%

Tableau 3 : But des appelants.

La moitié des personnes désire un CM simple.

2- Sentiment d'avoir été compris par le médecin régulateur généraliste

Quatre-vingt-quatorze pour cent des appelants (n=285) ont l'impression que leur demande a été comprise par le régulateur de médecine générale.

3- Impression d'avoir été écouté par le médecin régulateur généraliste

Dans 98% des cas (n=297), les appelants se sentent écoutés.

4- Satisfaction vis-à-vis du conseil délivré

Quatre-vingt-huit pour cent (n=266) des appelants sont satisfaits du conseil qui leur est donné ; 36 patients sont insatisfaits.

Parmi les patients satisfaits, nous comptons 60 demandes d'information sur un traitement (22,6 %), et 145 demandes de CM simple (54,5%). Cette majorité est significative ($p < 0.05$).

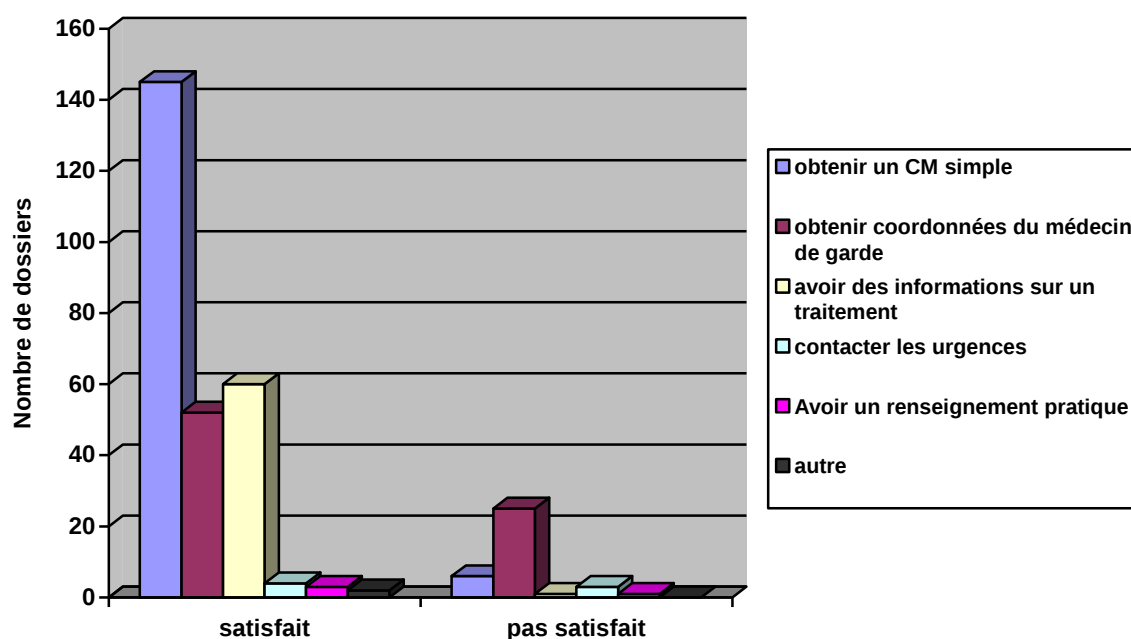


Figure 20 : Satisfaction et but des appelants.

5- Compréhension du conseil médical et reformulation à distance

Quatre-vingt-dix-sept pour cent des personnes rappelées (n= 294) déclarent avoir compris le conseil qui leur a été délivré. Parmi elles, 267 déclarent pouvoir reformuler le conseil donné.

Parmi ces 267, seules 192 le reformulent correctement, pour 65 la reformulation est incomplète, pour 10 la reformulation est différente du conseil donné.

Parmi les 192 le reformulant correctement, 71 l'avait reformulé au moment de l'appel initial (=34%).

Parmi les 65 qui le reformulent de façon incomplète, 43 ne l'avaient pas reformulé au moment de l'appel initial (= 66%)

Parmi les 10 qui ont incorrectement redéfini le conseil, 7 ne l'avaient pas reformulé au moment de l'appel initial (=70%)

6- Observance

Quatre-vingt-quatorze pour cent des patients (n=282) déclarent avoir suivi le conseil.

a) *Observance et but de l'appel*

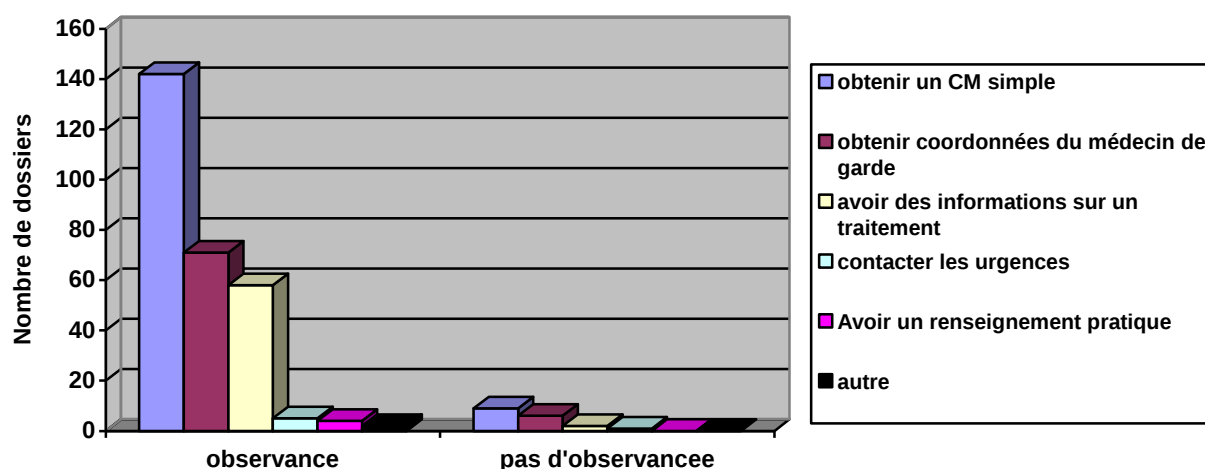


Figure 21 : Observance et but de l'appel

Le conseil médical délivré est suivi par:

- 94% des patients dont le but de l'appel est d'obtenir un CM simple (n=142),
- 92% des patients dont le but de l'appel est d'obtenir les coordonnées du médecin de garde (n=71),
- 97% des patients dont le but de l'appel est d'avoir des informations sur un traitement (n=58)
- 83% des patients dont le but de l'appel est de contacter les urgences (n=5),
- 100% des patients voulant un renseignement pratique (n=4).

Quelque soit le but de l'appelant, l'observance est similaire. Il n'y a pas de rapport entre le fait que le patient ait suivi ou non le conseil et le but initial de son appel.

b) Observance et satisfaction

Parmi les 36 patients insatisfaits, 28 ont quand même suivi le conseil médical délivré (soit 78%)

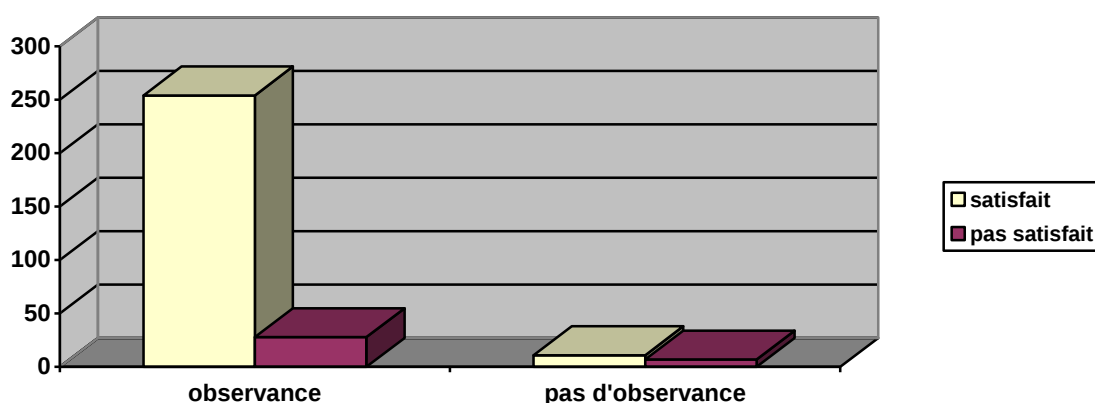


Figure 22 : Observance et satisfaction

c) Raisons de la non observance

Raisons de non observance	Nombre	Pourcentage
Le conseil ne semblait pas répondre au motif de l'appel	8	44.4%
Le conseil semblait infaisable au moment de l'appel	4	22.2%
L'appelant ne se sentait pas capable de le réaliser	1	5.6%
Autre	5	27.8%
Total	18	100%

Tableau 4 : Raisons de la non observance

Pour la majorité des patients n'ayant pas suivi le conseil médical, celui-ci ne semblait pas répondre au motif de l'appel.

Pour 5 d'entre eux (case « autre »), le conseil n'a pas été suivi car l'état du patient s'est spontanément amélioré avant même de mettre en œuvre le conseil donné.

7- Evolution des symptômes.

Dans 56,1% (n=169) des cas une amélioration est notée au moment du rappel.

Pour 36.9%(n=111) les symptômes sont stables.

Enfin, pour 7% (n=21) la symptomatologie s'est aggravée.

Nous avons comparé l'évolution des symptômes en fonction du type de conseil donné (défini au moment de la réécoute).

La majorité des patients voyant leur état s'améliorer avait appelé pour un conseil à propos d'une pathologie ou d'un traitement ($p<0.05$).

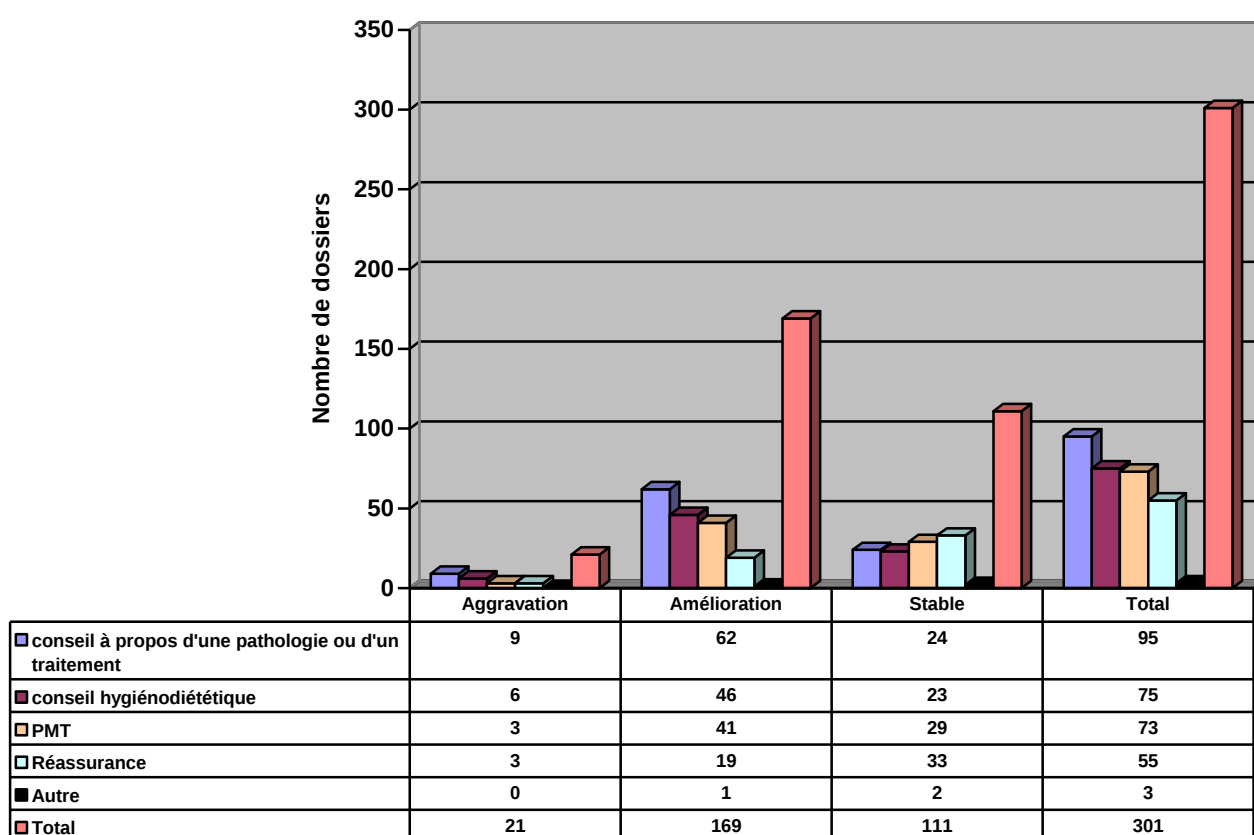


Figure 23 : Evolution des symptômes et type de conseil délivré.

8- En cas de prescription médicamenteuse téléphonique

On note sur la figure 23, que 73 patients rappelés avaient réellement reçu une PMT.

Au moment du rappel, 110 déclarent qu'un traitement leur avait été prescrit.

Parmi ces 110, un seul n'a pas pris le traitement « prescrit ».

Pour 97% d'entre eux, ils se sont procuré le dit médicament dans la pharmacie familiale.

Dans un seul cas le MG régulateur a faxé une ordonnance à la pharmacie.

9- Recours à une consultation ultérieure

171 patients (57%) ont consulté après la délivrance du conseil médical téléphonique (CMT).

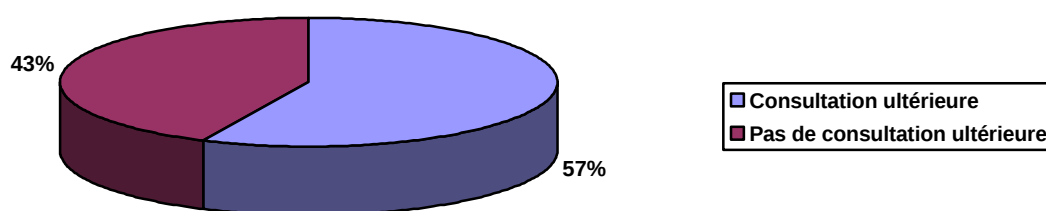


Figure 24 : Proportion de consultations ultérieures.

83 patients déclarent qu'on leur avait conseillé cette consultation au cours de l'appel initial (soit 49%). 51% des patients qui consultent après avoir reçu le CMT déclarent qu'on ne leur avait pas conseillé lors de l'appel initial.

a) Délai de la consultation ultérieure

Quarante-cinq pour cent (n=77) des patients qui ont consulté après avoir reçu un CMT vrai l'ont fait le lendemain de l'appel initial.

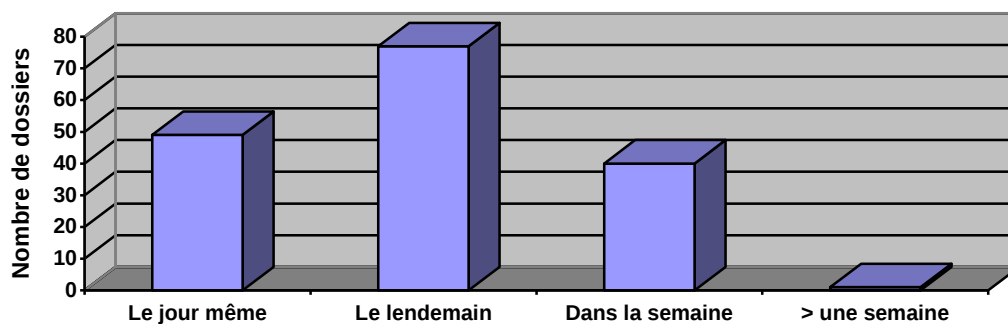


Figure 25 : Délai de la consultation ultérieure.

b) Qui consultent-ils ?

Soixante-sept pour cent (n=115) consultent leur médecin traitant.

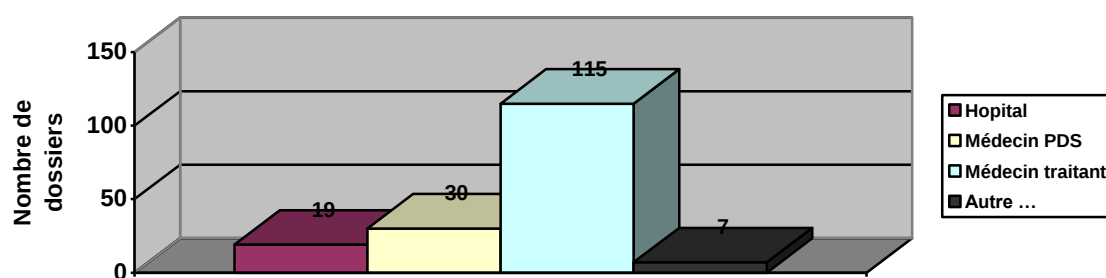


Figure 26 : Type de consultation ultérieure.

c) Lien entre la consultation ultérieure et la satisfaction de l'appelant

Cinquante-et-un pour cent (n=138) des patients satisfaits ont recours à une consultation ultérieure. Quatre-vingt-douze pour cent (n=33) des patients insatisfaits reconsultent.

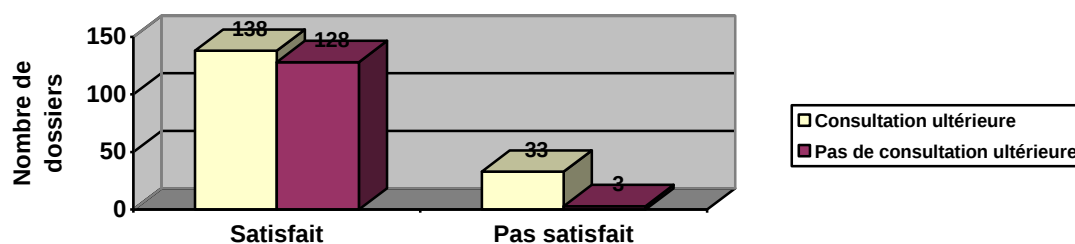


Figure 27 : Consultation ultérieure et satisfaction.

d) Lien entre la consultation ultérieure et la compréhension du conseil médical

Cinquante-six pour cent (n=165) des patients déclarant avoir compris le conseil consultent ultérieurement.

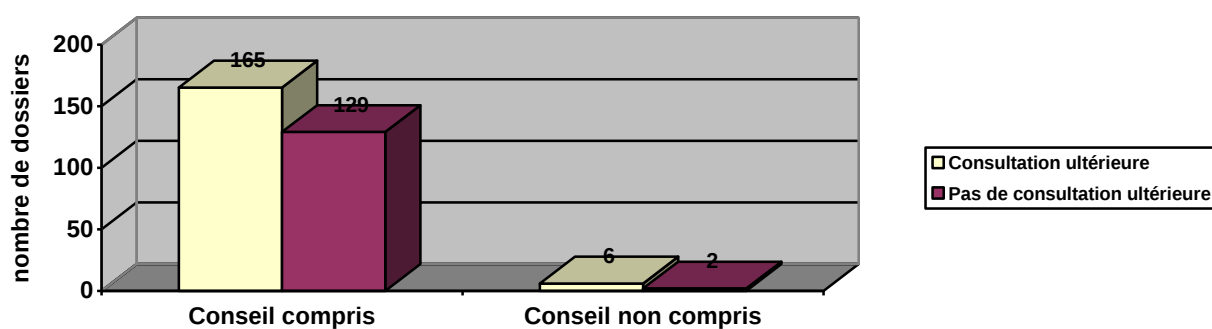


Figure 28 : Consultation ultérieure et compréhension.

10- Rappel pour le même motif

46 patients ont rappelé pour le même motif (soit 15%).

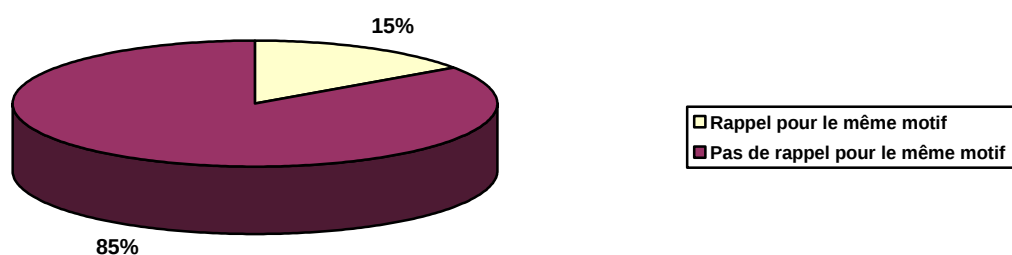


Figure 29 : Proportion de rappel pour le même motif.

a) Délai du rappel

Cinquante-sept pour cent (n=57) des patients qui rappellent le font le jour même.

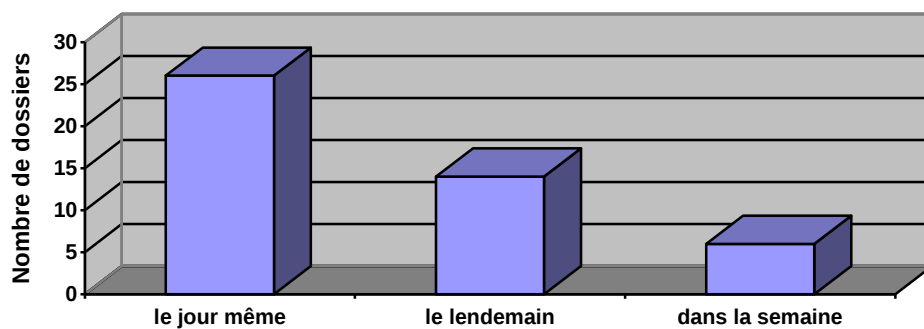


Figure 30 : Délai du rappel pour le même motif.

b) Qui rappellent-ils ?

Soixante-douze pour cent (n=33) des personnes qui rappellent s'adressent de nouveau au Centre 15.

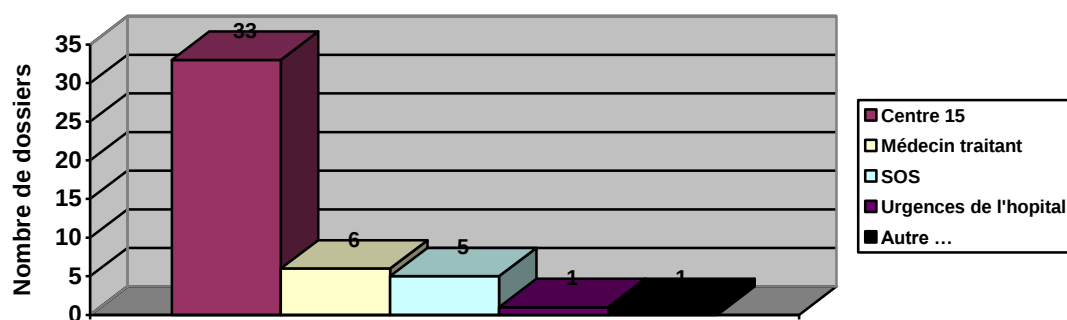


Figure 31 : Type du rappel ultérieur.

c) Lien entre le rappel pour le même motif et la satisfaction de l'appelant

Quatre-vingt-dix pour cent (n=239) des patients satisfaits ne rappellent pas.

Cinquante-trois pour cent (n=19) des patients insatisfaits rappellent.

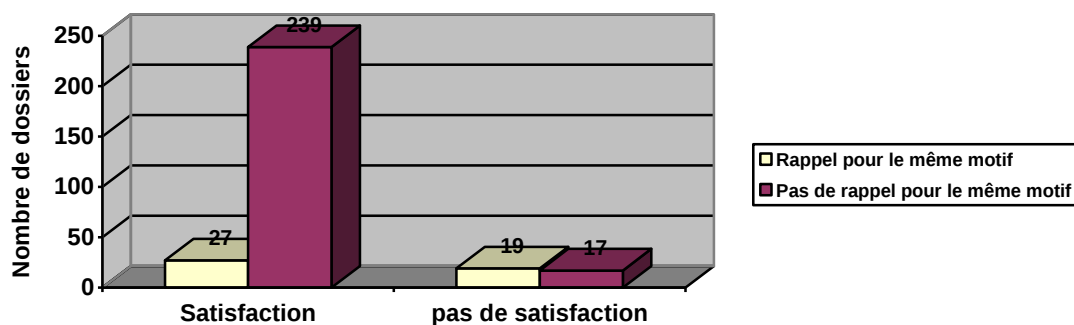


Figure 32 : Rappel pour le même motif et satisfaction.

Tous rappels confondus, 59% (n=27) concernent des patients qui déclarent être satisfaits .

d) Lien entre le rappel pour le même motif et la compréhension par l'appelant

Cinquante pour cent (n=4) des patients n'ayant pas compris le conseil rappellent.

Quatorze pour cent (n=42) des patients déclarant l'avoir compris rappellent.

Parmi tous les rappels, 91% (n=42 sur 46) proviennent d'une personne qui déclare avoir compris le conseil initial.

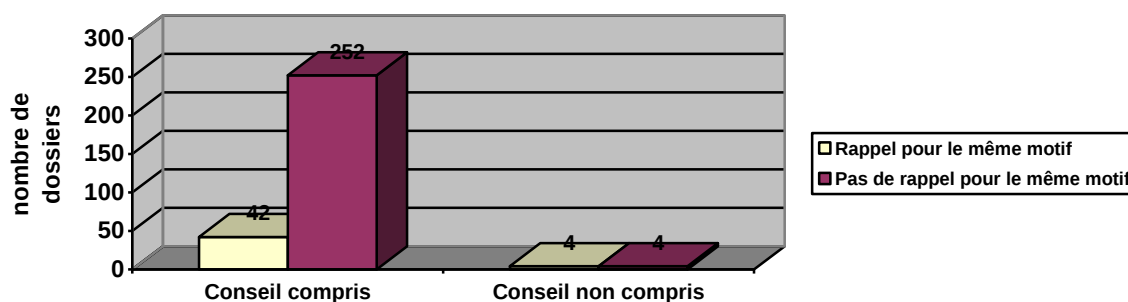


Figure 33 : Rappel pour le même motif et compréhension.

11- Consultation en cas d'impossibilité de recevoir un conseil médical téléphonique

A la question « si vous n'aviez pas pu bénéficier de ce conseil téléphonique, auriez-vous consulté ? » [Annexe 5], 249 patients répondent « oui », ce qui correspond à 82% des patients rappelés.

S'ils n'avaient pu bénéficier de ce CMT :

- 40% (n=99) d'entre eux auraient consulté aux urgences,
- 27% (n=67) d'entre eux auraient consulté leur médecin traitant,
- 32% (n=80) d'entre eux auraient consulté un médecin de la PDS,
- 1% (n=3) d'entre eux aurait eu recours à un conseil auprès du centre antipoison ou de leur pharmacien.

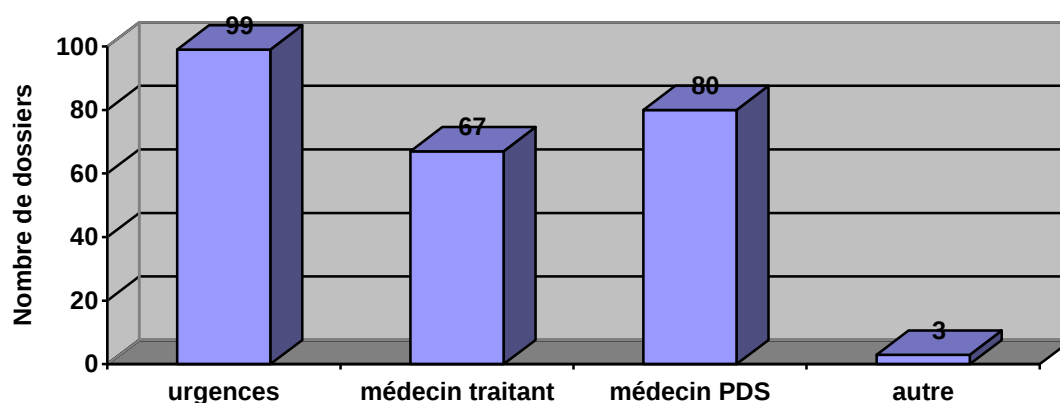


Figure 34 : Lieu de consultation en cas de conseil médical téléphonique impossible.

DISCUSSION

1- Conditions de réalisation et limites de l'étude.

L'étude présentée ici n'a pas vocation de présenter une image fidèle et reproductible de l'ensemble de la population française.

L'analyse des conseils médicaux n'ayant jamais été réalisée au SAMU de Nantes, c'est de façon arbitraire que nous avons choisi les périodes de réécoute.

Au cours des séances de réécoute, 934 questionnaires ont été remplis. Parmi ceux-ci une dizaine étaient remplis de façon incomplète.

Ce défaut de remplissage peut s'expliquer :

- soit par un défaut de saisie lors de la réécoute (plus de 100 heures ont été nécessaires pour réécouter tous ces dossiers...),
- soit par un item non retrouvé sur le dossier informatique de régulation ou lors de la réécoute, ceci illustre la difficulté du remplissage correct des dossiers, en rapport le plus souvent au volume des affaires régulées par les régulateurs de médecine générale.

2- À partir de notre étude :

Profil de population et motif d'appel

Nous avons mis en évidence que les patients concernés par les appels peuvent être répartis en deux catégories :

- d'une part les mineurs, représentant 47.5% de cette population,
- d'autre part les adultes.

D'autres études décrivant la population rencontrée au cours de la régulation médicale au Centre 15 ont montré des profils identiques, avec notamment un premier pic pour les 0-5ans et un deuxième pour les 25-35 ans. [42 ; 43]

Le renfort d'un régulateur dédié à la pédiatrie contribuerait peut-être à donner des réponses plus spécifiques aux parents inquiets qui d'ailleurs appellent parfois directement les urgences pédiatriques [44]. La présence d'un pédiatre au Centre 15, contribuerait à la formation des autres régulateurs par l'établissement de protocoles et soulagerait leur activité plus centrée alors sur les adultes.

Concernant les motifs d'appel, nous retrouvons majoritairement, comme dans d'autres études, les motifs suivants : la traumatologie, les troubles gastro-intestinaux, la demande d'avis sur un traitement et la conduite à tenir face à une fièvre d'origine inconnue.

Nous constatons également une prédominance de femmes parmi les patients, mais surtout chez les appelants (en particulier lorsque l'appel concerne un enfant). La nature féminine est vraisemblablement plus soucieuse de sa santé et de celle de son entourage. Il est d'ailleurs admis que les médecins généralistes sont plus consultés par des femmes [45].

Nous avons noté qu'une majorité des appels proviennent de patients habitant dans des communes non desservies par SOS Médecins, l'accès direct possible au standard de cette association en est la cause. Le report des appels sur le Centre 15 serait intéressant à évaluer en cas d'interruption d'activité de cette structure de PDS comme dernièrement lors d'une grève. Le recours possible à SOS médecins doit contribuer à diminuer le flux d'appels vers le Centre 15 de la zone desservie. On rappellera l'obligation de ce standard téléphonique d'être interconnecté avec le Centre 15.

Le conseil médical

Nous avons donc inclus dans l'étude 934 dossiers codés CM pendant la semaine de réécoute parmi les 3345 appels reçus pendant la même période par les médecins régulateurs généralistes.

Ces 934 dossiers ne représentent que 28% de l'activité globale du médecin régulateur généraliste durant cette période, cette même proportion a été retrouvée dans différentes études, sur les conseils médicaux délivrés par les régulateurs libéraux du centre 15 à Marseille en 1995 [42] et sur les motifs d'appels reçus au Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux du Pas de Calais (CRRAL 62) en 2007 [46]. Certains travaux, réalisées dans d'autres régions ont quant à eux montré une proportion plus importante de CM dans la décision finale prise par le médecin régulateur généraliste. [31 ; 32 ; 33 ; 34] Aucun facteur prépondérant ne nous permet d'expliquer cette plus faible proportion dans notre étude.

La demande d'un conseil médical est donc l'apanage de la régulation de médecine générale. La bonne traçabilité de sa délivrance est liée à l'exhaustivité du remplissage des dossiers. La réalisation de fiches informatiques rattachées au code « conseil médical », pourrait guider le médecin régulateur dans sa démarche et faciliter le remplissage du dossier. Une formation spécifique à la codification « conseil médical » pourrait être proposée en formation médicale continue et faire l'objet de démarche « qualité » type Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

Parmi ces 934 dossiers codés CM, plus de la moitié des appels ont en fait nécessité l'intervention d'effecteur. En effet, dans ce cas, l'appel a été codé dans le logiciel d'aide à la régulation comme étant un conseil médical alors que le médecin régulateur de médecine générale a indiqué à l'appelant les coordonnées du médecin de garde, de SOS médecins pour une visite, ou lui a simplement dit d'aller consulter un médecin en ville immédiatement ou à distance de l'appel, assortissant souvent cette décision d'un conseil d'attente (par exemple : « prenez du paracétamol et aller voir votre médecin traitant dès que possible.. »). Ces appels ont donc entraîné l'intervention d'un effecteur (médecin, ambulance, pompiers...) et une autre codification aurait du leur être attribuée afin de les distinguer des conseils médicaux simples. La codification n'est pas la bonne, le dossier de régulation devant être bien tenu, à l'instar de tout dossier médical, une formation est nécessaire pour corriger ces erreurs. L'élaboration de fiches de synthèses pour remplir rapidement le dossier de façon claire et renforcer la traçabilité des décisions prises peut y contribuer.

Existe-t-il une frustration des patients à recevoir un conseil médical sans consultation ? Probablement, lorsque l'on constate la fréquence des consultations à la suite de l'appel au Centre 15 (57%), malgré une amélioration des symptômes. Le médecin généraliste a donc un rôle d'éducation du patient sur le fonctionnement de la permanence des soins. Il serait intéressant d'étudier si les appels proviennent majoritairement de patients n'ayant pas de médecin traitant.

De plus il est surprenant de noter que la moitié des patients qui ont consulté après l'appel au Centre 15 déclare lors du rappel, que le régulateur le leur avait conseillé (c'est inexact puisque le critère d'exclusion pour la sélection des dossiers à rappeler est le recours à un effecteur!).

.

La plupart des conseils sont donnés aux heures de fermeture des cabinets médicaux, pendant la permanence des soins. Les effectifs souhaitables de régulateurs généralistes doivent donc être adaptés en fonction. Au Centre 15 de Nantes, 2 médecins généralistes régulent la nuit en semaine, 4 la journée du samedi, 5 le dimanche matin, 3 le dimanche après-midi. [Annexe 8]

Le but de notre étude n'était pas d'évaluer la qualité du conseil délivré, cependant nous avons constaté des disparités dans les conseils délivrés pour des situations similaires. Citons par exemple les conseils donnés dans le cas de fièvre aigue de l'enfant. Une étude sur ce même thème menée à Clermont-Ferrand en 2007 a prouvé que le suivi de protocoles, sous contrôle d'évaluations régulières de leur qualité, permet d'avoir une approche plus scientifique et moins subjective de la pratique médicale par téléphone. Le suivi de ces protocoles participe à une démarche de qualité et d'évaluation dans le domaine de la médecine par téléphone [47]. Le bon suivi de ces protocoles nécessite également une formation adaptée.

Communication et compréhension

La durée moyenne d'un appel est de 6 minutes 55 secondes, ce temps comprend la communication avec le PARM, le délai d'attente avant de parler au médecin et l'entretien avec le médecin régulateur. Le conseil médical est donc l'aboutissement de l'entretien téléphonique entre le patient et le médecin. Il est délivré très brièvement. Cela peut surprendre, mais ce résultat reste comparable à celui d'une étude réalisée sur les conseils téléphoniques délivrés par le Centre 15 de Seine-Saint-Denis en 2006 dans laquelle la durée moyenne d'un appel est de 5,2 minutes [48].

Une augmentation des effectifs des médecins régulateurs pendant la permanence des soins pourrait permettre d'allonger la durée d'entretien téléphonique entre le médecin et l'appelant, d'améliorer la compréhension et de consacrer du temps pour la reformulation du conseil par le patient. De même, l'accessibilité téléphonique directe au médecin du centre d'accueil et de permanence des soins (CAPS), pourrait réduire le nombre d'appel au 15 et améliorer la qualité de l'entretien.

Nous avons également été étonnées par l'absence de contact téléphonique direct entre le médecin régulateur et le patient, alors que celui-ci se trouve à proximité. Le conseil est donc délivré à un tiers qui devra le retranscrire au patient, ce qui ne concourt pas à sa bonne

compréhension. Or nous avons montré au moment du rappel, que seulement 192 personnes peuvent reformuler le conseil médical sur les 297 qui pensaient pouvoir le faire. Nous supposons qu'une grande partie de l'information délivrée au patient est perdue alors qu'il est du devoir du médecin d'apporter une information claire et appropriée sur l'état de santé du patient [49]. Ceci est modulé par la « jeunesse » de la population concernée, mentionnée en début de discussion.

Durant les quelques minutes de l'entretien téléphonique, le médecin régulateur ne prend pas toujours le temps de rechercher des signes de gravité, entachant ainsi la qualité du conseil délivré. A un premier niveau, c'est le PARM qui le fait en éliminant dès le décroché les signes de détresse vitale avant le transfert au régulateur. Cette procédure obligatoire rassure probablement le médecin, tout comme le ton serein de la voix de l'appelant. Cette phase initiale du traitement de l'appel n'a pas fait l'objet de notre réécoute, il serait intéressant d'y consacrer une autre étude. La formation des PARM est ainsi également primordiale au bon fonctionnement du dispositif mais ne doit pas se substituer à celle des médecins. Ces derniers doivent être capables de réorienter un dossier en mettant en évidence des signes de gravité non décelés auparavant.

Enfin, nous constatons que la demande de reformulation est loin d'être systématique. Pourtant c'est la meilleure méthode pour savoir si le patient a réellement compris le conseil médical [50]. Elle est fortement recommandée au cours de toute consultation, encore plus lorsqu'il s'agit d'un entretien téléphonique [51].

Le flux des appels, qui contribue à réduire le temps de traitement imparti à chacun, peut expliquer sans l'excuser l'absence de reformulation. L'augmentation des effectifs de médecins régulateurs pourrait permettre de remédier à ce problème. Une meilleure maîtrise de l'outil informatique est également indispensable, elle devra permettre de gérer de manière « dynamique » et parfois simultanée plusieurs appels.

Les techniques de communication doivent être parfaitement maîtrisées pour que l'entretien téléphonique soit efficace et il est important que la formation des médecins régulateurs généralistes se base sur ces recommandations. [52]

L'enseignement des techniques de communication ne figure pas dans le programme des études de Médecine Générale et ce quelque soit le type de consultation, auprès du patient ou à distance par téléphone. Pourtant, même au cabinet, conseiller des patients par téléphone sur une pathologie ou un traitement est fréquent. Heureusement, les apprentissages évoluent et dès la deuxième année de médecine à Nantes, les étudiants apprennent à repérer et identifier les principes

généraux de la communication médicale et les différents modèles de relation médecin patient au cours d'un stage chez le médecin généraliste.

Dans notre étude, lors de la réécoute nous n'avons pas pu mettre en évidence de lien direct entre l'impression donnée par l'appelant d'avoir compris le conseil délivré et la reformulation, puisque 4 individus semblaient ne pas avoir compris le conseil délivré, un échantillon de population plus important serait nécessaire pour affiner cette idée.

Satisfaction-observance

Comme dans d'autres études la majorité des patients a été satisfaite du conseil médical et l'a suivi même si bien souvent ils ont reconsulté dans les suites. [5]

La recherche de la satisfaction de l'appelant dans le cadre d'une activité de conseil médical téléphonique est un élément d'évaluation « qualité » accessible par une formation spécifique. Le renforcement des moyens sur un certain créneau horaire permettant un contact téléphonique privilégié améliorera cet indice, seule la réalisation d'études ciblées pourra le prouver [53].

La satisfaction est une notion subjective que nous avons surestimée entre la réécoute (95,6%) et le rappel (88,1%). Cette constatation nous amène à penser que le suivi des dossiers de régulation est fondamental pour évaluer le niveau de qualité des décisions prises.

La majorité des insatisfaits déclare avoir tout de même suivi le conseil délivré, mais ces données ne concernent qu'un faible nombre d'individus (n=36), ce qui est difficilement interprétable.

La satisfaction évaluée lors du rappel varie en fonction du motif d'appel. La plupart des insatisfaits ont appelés pour des motifs non médicaux (obtenir des coordonnées...).

Economie

Quatre-vingt-deux pour cent des patients rappelés auraient consulté s'ils n'avaient pas pu bénéficier d'un conseil téléphonique. Les patients ayant consulté bien que cela ne leur avait pas été conseillé, soit 49%, doivent être ôtés. Cette proportion de consultations « économisées » est ainsi estimée à 32% (sur 24h).

De plus, lorsque le patient a recours à une consultation, celle-ci est souvent différée en journée auprès du médecin traitant plutôt que pendant la permanence des soins.

La délivrance de conseils téléphoniques semble donc engendrer des économies de santé. Cette limitation de coûts est à envisager avec prudence, car c'est souvent l'absence de recours possible à un effecteur médical qui oblige au conseil, notamment en période de nuit profonde (0 H-8 H). Finalement on constate une « inégalité » d'accès aux soins en fonction que la zone d'habitation soit desservie ou non par SOS Médecins.

3- A venir

Le suivi des dossiers de régulation

Dans son rapport d'information sur la permanence des soins d'octobre 2008, le député M. Boënnec déclare : « Un meilleur suivi des appels de la population doit être organisé, qui rendra plus facile une évaluation du système : rappel systématique du patient une heure après en cas de conseil médical ». Il définit comme nous l'avons fait dans cette étude le conseil médical comme « une demande entièrement traitée de façon téléphonique, sans intervention physique d'un médecin. Le régulateur se borne à prodiguer des conseils pour faire cesser la gêne, éventuellement accompagnés d'une orientation vers un médicament disponible en pharmacie » [54].

Il est donc important pour bien cibler les dossiers de régulations devant en priorité être inclus dans ce rappel, que les dossiers soient bien codés, et ce bon codage comme déjà dit précédemment passe par une bonne formation du médecin régulateur généraliste et sa connaissance parfaite du progiciel de régulation.

La formation

Des formations médicales continues axées sur la régulation médicale sont organisées par l'équipe médicale urgentiste du Centre 15, les généralistes y sont conviés, des thèmes spécifiques à leur pratique sont abordés. Elles visent à compléter la formation initiale obligatoire pour tout nouveau régulateur et font l'objet d'articles particuliers dans le règlement intérieur que tout médecin participant à l'activité doit parapher.

CONCLUSION

Ce travail nous a permis de mettre en évidence que la demande d'un conseil médical est un motif fréquent d'appel au Centre 15 de Nantes (1/3 des appels de médecine générale). Cependant, nous avons constaté que le codage du dossier est parfois erroné. En effet, plus de la moitié des dossiers codés « conseil médical » aboutit en fait au recours à un effecteur.

De plus, la plupart des appels concernant un conseil médical a lieu pendant la permanence des soins et émane principalement de patients habitant des communes non desservies par SOS Médecins. Il existe en effet une inégalité dans l'accès aux soins, surtout en nuit profonde.

Une grande majorité d'appelants accepte le conseil délivré et dit lors du rappel l'avoir suivi. Cependant, plus de la moitié des patients n'a finalement pas respecté cette proposition et consulte ultérieurement. Une meilleure adhésion au conseil proposé pourrait être obtenue par la reformulation, par l'appelant, de la décision médicale.

La bonne tenue du dossier de régulation passe par une codification ajustée, dans le but d'optimiser la traçabilité des dossiers établis au Centre 15. Il est donc nécessaire de poursuivre la formation des médecins à l'utilisation du logiciel informatique de régulation, afin de rendre plus efficace le remplissage du dossier, ainsi qu'aux techniques de communication pour améliorer la bonne compréhension du message délivré et son observance.

Ce travail nous amène à penser que le suivi du dossier de régulation est indispensable, il permet d'évaluer la qualité de la prise en charge du patient et d'améliorer les soins proposés.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 –Direction de l’hospitalisation et de l’organisation des soins. Circulaire DHOS/01 n°2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des Samu, des SDIS et des ambulanciers dans l’aide médicale urgente.
- 2 –MENTHONNEX P, BAGOU G, BERTHIER F, BERTRAND C, BRAUN f et coll. SAMU de France. Guide d’aide à la régulation au SAMU-Centre 15. Paris : SFEM Editions ; 2004.
- 3 – BOUVAIS W. Impact de la régulation du SAMU-Centre15 de Loire-Atlantique sur les entrées aux urgences du CHU de Nantes entre 2000 et 2004. [Thèse de médecine] Nantes ; 2006.
- 4 – Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l’administration, BLANCHARD P, DPONT M, OLLIVIER R, RQUEL T. Continuité et permanence des soins en médecine ambulatoire. Paris: IGAS; mars 2006.
- 5 - . LABARERE J, TORRES JP, FRANCOIS P. Patient compliance with medical advice given by telephone. Am J Emerg Med. 2003 Jul ; 21(4) :288-92
- 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 quelles conditions ? Paris : ONM/CNOM ; 15 octobre 2004.
- 7 – GALLAIS J-L. Documentation Société Française de médecine générale. Santé et économie : principes et indicateurs généraux et la place spécifique de la médecine générale. Intervention du 22 janvier 2009.
- 8 Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadres de la régulation médicale. Février 2009.
- 9 – SAMU de France. Naissance du SAMU. www.samu-de-france.fr
- 10- Décret n° 65-1045 du 2 décembre 1965 sur l’organisation des secours d’urgences
- 11- Décret n°65-1178 du 31 décembre 1965 relatif au régime financier applicable aux moyens mobiles de secours et de soins

12- LARENG L. Bataille pour le SAMU ; 1995.

13- NEVIANS P. La régulation libérale. Panorama médecin du 12 mai 2005

14 - Décret n° 87-105 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente. Journal Officiel de la République Française du 17 décembre 1987.

15 – GRALL Y. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Paris : Ministère de la santé et des solidarités ; août 2007.

16- GRUA D. Place et nature des conseils médicaux donnés par le SAM ; étude prospective de 397 conseils médicaux traités par le SAMI 42. [Thèse de médecine]. Lyon ; 2003.

17 – Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins Circulaire DHOS/01 n°2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des Samu, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente

18 - Article L-6311-1 du code de santé publique

19 - I.OUSS. Structure d'un entretien téléphonique. 2004

20- Article 6112-5 du code de santé publique

21 - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire n° 195/DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

22 – Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins Circulaire DHOS/SDO n° 2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins.

23 – Décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du code de déontologie médicale. Journal Officiel de la République Française 16 septembre 2003.

24 – DESCOURS C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Paris : Ministère de la solidarité de la santé et de la protection sociale ; 22 janvier 2003.

25 - Décret n° 2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

26- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

27 - Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence. Journal Officiel de la République Française 16 septembre 2003.

28 - Décret 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence

29- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/O1 n° 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

30 – Commission des affaires culturelles familiales et sociales, COLOMBIER G. Rapport d'information n°3672 sur la prise en charge des urgences médicales. Paris : Assemblée nationale ; février 2007.

31 – KUCZER V. Evolution du recours au Samu de Loire-Atlantique. Impact sur le service d'admissions aux urgences du CHU de Nantes. [Thèse de médecine]. Nantes. 2004

32 -CCUOMO-ROBERT S. Quel usage du Samu-Centre 15, plate-forme de réception et de régulation des urgences de santé ? Analyse des appels traités par le Samu du Rhône en 2002. [Thèse de médecine].Lyon ; 2004.

- 33 – 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.
- 34 - LEMERCIER G. La régulation libérale de la permanence des soins : évaluation 2005-2006. [Thèse de médecine]. Poitiers ; 2006.
- 35- Rapport du Conseil médical du Sou Médical. Groupe MACSF. Régulation médicale – 2007
- 36- Jornet F. Régulation médicale des appels et responsabilité médicale
Médecine & droit 2005 ; 74-75 : 155-160
- 37- BARRET. L, ESCARD E. Régulation médicale, faculté de Grenoble, 2007.
- 38- GERSON C, BONS LETOUZEY C, SICOT C. La responsabilité médico-légale des médecins des SAMU et des SMUR. Réanim Urgences 2000 ; 9 : 545-9
- 39- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire ministérielle DHOS/01 no2006-470 du 10 octobre 2006 relative au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire - organisation de la régulation des appels de permanence des soins et couverture assurantielle des médecins libéraux au sein des SAMU
- 40 - SHAM (Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles)
Panorama 2006 du risque médical des établissements de santé ; 2007.
- 41- Conférence d'expert des sociétés savantes (Samu de France, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
Réception et régulation des appels pour les urgences médicales en dehors de l'hôpital.
Texte court 2001 disponible sur www.sfum.org
- 42- LAMI E. Etude des conseils médicaux des médecins régulateurs libéraux du Centre 15. Evaluation et propositions. [Thèse de médecine]. Marseille ; 1996.

- 43 - MENTHONNEX E. et coll. Analyse de 15 317 appels primaires pour enfant de moins de 15 ans reçus au SAMU de Grenoble en 1995. Colloque des Personnels de l'Aide Médicale Urgente n°5, Saint-Étienne 1996 ; 19 : 6-14.
- 44 – DELAGOUTTE D. Evaluation des demandes de conseils par téléphone pour des cas de pédiatrie à l'hôpital de La-Roche-sur-Yon (85). [Thèse de médecine] Nantes ; 1999.
- 45 – AGUZZOLI F, LE FUR P, SERMET C. Clientèle et motifs de recours en médecine libérale. CREDES, Paris, 1994
- 46 – MORAWIEC-GAUWIN S. Démarche de régulation libérale : études des motifs d'appels à propos d'appels reçus au Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux dans le Pas de Calais (CRRAL 62). [Thèse de médecine]. Lille ; 2007.
- 47 - ROCHON M. Conseil téléphonique et médecine générale : appel pour une fièvre aiguë de l'enfant : évaluation d'un outil d'aide à l'orientation. [Thèse de médecine] .Clermont-ferrand ; 2007.
- 48 - VARTANIAN C et coll. Conseils téléphoniques au Centre 15 de la Seine-Saint-Denis. Etude prospective à propos de 1547 cas. La revue des SAMU. Médecine d'urgence-2006 ; 325-330
- 49 – CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE. Article 35.
- 50 - TORRES E. Problèmes de communication posés par la régulation médicale des appels reçus au Centre 15 des Bouches-du-Rhône. [Thèse de médecine].Marseille ; 1994.
- 51 - HOERNI B, MOLINA C.Le téléphone dans la pratique de la médecine. Commentaire. Bulletin de l'Académie nationale de médecine .2004 ; 188(3) : 431-439
- 52 - DEAUX.X ; DEUTSCHER. JL. Médecine par téléphone : Comment éviter les dérives. Bulletin de l'ordre des médecins. 2005-01 ;(1) :8-12
- 53 - MASINGUE Xavier Enquête de satisfaction : le conseil médical téléphonique au SAMU 77. [Thèse de médecine], Versailles ; 2004

54 –Assemblée Nationale. Rapport d'information fait au nom de délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins fait par Monsieur Philippe BOENNEC, député. 2008.

ANNEXES

Annexe 1

Classification des degrés d'urgence dans la régulation.

Pour clarifier la classification des degrés d'urgence dans la régulation, SAMU de France a proposé l'échelle suivante.

Les médecins régulateurs assument des décisions réparties en 4 niveaux d'urgence :

- **R1** = urgence vitale patente ou latente imposant l'envoi d'un moyen de réanimation (SMUR)
- **R2** = urgence vraie sans détresse vitale nécessitant l'envoi d'un médecin de proximité, d'une ambulance ou d'un VSAB dans un délai adapté contractualisé entre le régulateur, l'effecteur et l'appelant.
- **R3** = recours à la permanence des soins, le délai ne constituant pas un facteur de risque en soi, une prescription médicamenteuse d'attente peut être proposée.
- **R4** = Conseil médical ou prescription médicamenteuse par téléphone.

Annexe 2

Lettre d'information envoyée aux médecins régulateurs généraliste avant le début de l'étude.

Dr Florence Naux
7 quai Moncousu
44093 Nantes cedex 1
florence.naux@chu-nantes.fr

Nantes, le 12 janvier 2009

Cher confrère,

En complément de l'étude sur la prescription médicale téléphonique, nous souhaitons réaliser une étude sur l'analyse du conseil médical délivré par les médecins régulateurs généralistes.

Le conseil médical fait partie de l'acte médical qu'est la régulation téléphonique. (3) La demande d'un conseil médical est un motif fréquent de recours au Centre 15, surtout en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, en nette augmentation depuis quelques années.

Nous pouvons classer dans les conseils médicaux toute demande de renseignement, sur une thérapeutique ou une pathologie (2).

Le conseil téléphonique comme tout acte médical engage la responsabilité du médecin régulateur.

Sa délivrance, après l'interrogatoire téléphonique de l'appelant, doit être parfaitement comprise par ce dernier et emporter son adhésion obtenue grâce à son consentement éclairé (1)

Le dossier de régulation étant un dossier médical à part entière, sa qualité de remplissage est un pré-requis indispensable.

L'objectif de notre étude est de définir le conseil médical répondant aux recommandations de bonnes pratiques en régulation et qui au final n'aboutit pas au recours à un effecteur.

Nous serons donc amenés à éliminer de notre analyse les conseils médicaux codés « par défaut » dont la sanction est le plus souvent le recours à un effecteur non déclenché par le Centre 15 mais par l'appelant lui-même.

De même nous excluons du champ de nos investigations les conseils « d'attente », prodigués pour couvrir le délai entre l'appel et le contact avec l'effecteur.

Le conseil médical téléphonique est un élément important dans la gestion de la permanence des soins, il permet une économie de santé en régulant le flux des consultations médicales pendant la garde.

Notre étude analysera, après votre autorisation, l'ensemble des affaires codées « conseil médical ».

En conclusion, nous étudierons :

- Le motif de recours aboutissant au conseil
- Sa nature.
- Sa compréhension par l'appelant.
- Sa satisfaction immédiate et à distance.3

Bibliographie:

- 1- Labarère J et coll. Patient compliance with medical advice given by telephone. Am J Emerg Med 2003; 21:288-92.
- 2- W.Bouvais, 2006: Impact de la régulation du SAMU-centre 15 de Loire-Atlantique sur les entrées aux urgences du CHU de Nantes entre 2000 et 2004.
- 3- Guide d'aide à la régulation au SAMU centre 15. 2004.
- 4- C.Vartanion et coll. Conseils téléphoniques au centre 15 de la seime saint Denis. La revue des SAMU. Médecine d'urgence-2006-325 à 330.

Annexe 3

Calendrier de réécoute

LUP5= lundi 8h-14h	= jour	lundi 6/04/2009
LUP6= lundi 14h-20h	= jour	lundi 6/04/2009
LUP1= lundi 20h-0h	= PDS	lundi 6/04/2009
LUP2= mardi 0h-8h	= nuit profonde	mardi 7/04/2009
MAP5= mardi 8h-14h	= jour	mardi 31/03/2009
MAP6= mardi 14h-20h	= jour	mardi 31/03/2009
MAP1= mardi 20h-0h	= PDS	mardi 7/04/2009
MAP2= mercredi 0h-8h	= nuit profonde	mercredi 1/04/2009
MEP5= mercredi 8h-14h	= jour	mercredi 1/04/2009
MEP6= mercredi 14h-20h	= jour	mercredi 1/04/2009
MEP1= mercredi 20h-0h	= PDS	mercredi 1/04/2009
MEP2= jeudi 0h-8h	= nuit profonde	jeudi 2/04/2009
JEP5= jeudi 8h-14h	= jour	jeudi 2/04/2009
JEP6= jeudi 14h-20h	= jour	jeudi 2/04/2009
JEP1= jeudi 20h-0h	= PDS	jeudi 2/04/2009
JEP2= vendredi 0h-8h	= nuit profonde	vendredi 3/04/2009
VEP5= vendredi 8h-14h	= jour	vendredi 3/04/2009
VEP6= vendredi 14h-20h	= jour	vendredi 3/04/2009
VEP1= vendredi 20h-0h	= PDS	vendredi 10/04/2009
VEP2= samedi 0h-8h	= nuit profonde	samedi 11/04/2009
SAP4= samedi 8h-12h	= jour	samedi 25/04/2009
SAP3= samedi 12h-20h	= PDS	samedi 25/04/2009
SAP1= samedi 20h-0h	= PDS	samedi 4/04/2009
SAP2= dimanche 0h-8h	= nuit profonde	dimanche 5/04/2009
DIP4= dimanche 8h-14h	= PDS	dimanche 19/04/2009
DIP3= dimanche 14h-20h	= PDS	dimanche 19/04/2009
DIP1= dimanche 20h-0h	= PDS	dimanche 19/04/2009
DIP 2= lundi 0h-8h	= nuit profonde	lundi 20/04/2009

Annexe 4

QUESTIONNAIRE SUR LE CONSEIL MEDICAL TELEPHONIQUE **I : REECOUTE DES DOSSIERS COTES CONSEIL MEDICAL LORS DE LA DECISION** **PAR LES REGULATEURS LIBERAUX**

Numéro centaure :

Appelant : - Nom/prénom :
- ☐ homme ☐ femme
- âge :
- numéro de téléphone :

Patient : - Nom/prénom :
- ☐ homme ☐ femme
- âge :

Origine géographique :

Lien de parenté appelant/patient : ☐ Patient lui même
☐ Parents
☐ Ascendants proches
☐ époux (se)
☐ autre
☐ non renseigné

Le médecin a eu un contact direct avec le patient : ☐ oui ☐ non

<u>Date :</u> (centaure)	<u>Heure d'appel :</u> (centaure)	<u>Durée de l'appel :</u> (enregistreur)
<u>Période :</u> ☐ LUP1 ☐ LUP2 ☐ MAP1 ☐ MAP2 20h-0h 0h-8h 20h-0h 0h-8h	☐ MEP1 ☐ MEP2 ☐ JEP1 ☐ JEP2 20h-0h 0h-8h 20h-0h 0h-8h	
☐ VEP1 ☐ VEP2 ☐ SAP3 ☐ SAP1 ☐ SAP2 20h-0h 0h-8h 12h-20h 20h-0h 0h-8h	☐ DIP4 ☐ DIP3 ☐ DIP1 ☐ DIP2 8h-14h 14h-20h 20h-0h 0h-8h	
☐ LUP5 ☐ LUP6 ☐ MAP5 ☐ MAP6 ☐ MEP5 ☐ MEP6 ☐ JEP5 ☐ JEP6 ☐ VEP5 ☐ VEP6 8h-14h 14h-20h 8h-14h 14h-20h 8h-14h 14h-20h 8h-14h 14h-20h 8h-14h 14h-20h		
(LU : lundi ; MA : mardi ; ME : mercredi ; JE : jeudi ; VE : vendredi ; SA : samedi ; DI : dimanche)		

MOTIF D'APPEL PRINCIPAL :

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Atteinte bronchopulmonaire | ☐ Atteinte stomato-ORL | ☐ Troubles psychiques |
| ☐ Troubles gastrointestinaux | ☐ Atteintes cutanées | ☐ Troubles neurologiques |
| ☐ Troubles cardio-vasculaires | ☐ Troubles ophtalmo | ☐ Atteinte urogénitale |
| ☐ Musculoarticulaire | ☐ Intoxication volontaire | ☐ Fièvre isolée |
| ☐ Lié à un médicament ou thérapeutique : ☐ Posologie ☐ Effets indésirables ☐ Indications | | |
| ☐ en rapport avec la grossesse | ☐ Lié à un traitement par AVK | ☐ Interco |
| ☐ Autre : | | |

DECISION :

- ☐ conseil médical
- ☐ examen médical => arrêt du questionnaire
 - ☐ médecin traitant
 - ☐ médecin de la permanence des soins
 - ☐ SOS
 - ☐ aux urgences, par : ☐ ambulance ☐ pompiers ☐ autres (taxi, bus, vehic. perso, etc...)
- ☐ prescription médicale téléphonique :
laquelle ?.....
 - ☐ en attendant de voir un médecin =>arrêt du questionnaire
 - ☐ isolée

☐ CONSEIL NON RETENU POUR L'ANALYSE :ENVOI D'EFFECTEUR

- ☐ recours au médecin généraliste :
- ☐ transport pour hospitalisation. Service :
- ☐ conseil d'attente

☐ CONSEIL RETENU POUR L'ANALYSE : PAS D' ENVOI D'EFFECTEUR

- Recherche de signes de gravité avant la délivrance du conseil : ☐ oui ☐ non
- description du conseil médical : ☐ conseil à propos d'une pathologie
 - ☐ conseil hygiéno-diététique
 - ☐ prescription médicale :
 - ☐ isolée
 - ☐ nouvelle prescription :
 - ☐ renforcement traitement :
- compréhension du conseil médical par l'appelant : ☐ oui ☐ non
- acception du conseil médical : ☐ oui ☐ non
- Satisfaction : ☐ oui ☐ non
- vérification par le régulateur de la compréhension du conseil médical : ☐ oui ☐ non
- Reformulation : oui non

Annexe 5

QUESTIONNAIRE SUR LE CONSEIL MEDICAL TELEPHONIQUE

II. RAPPEL DES PATIENTS/APPELANTS

N° CENTAURE :.....

Bonjour, je suis interne en médecine générale , et dans le cadre d'une étude sur l'analyse du conseil médical téléphonique délivré par les médecins régulateurs généralistes du centre 15 de Nantes, je souhaiterais parler à M/ Mme..... concernant son appel au Centre 15 du..... Nous aimerions avoir votre ressenti sur votre appel au centre 15.

Ceci ne prendra que quelques minutes.

Acceptez-vous de me répondre : ☐ OUI ☐ NON

Si non : puis-je vous rappelez plus tard ? demain ? quelle heure ?.....

1- Quel était votre but en appelant le centre 15 ?

- ☐ obtenir un conseil médical simple
- ☐ avoir un renseignement pratique (pharmacie ou médecin de garde...)
- ☐ avoir des informations sur un traitement
- ☐ obtenir les coordonnées du médecin de garde pour une visite
- ☐ contacter les urgences
- ☐ autre :

2- vous semble-t-il que les urgences médicales ont compris le motif de votre appel ?

- ☐ OUI ☐ NON

3- vous êtes vous senti écouté ?

- ☐ OUI ☐ NON

4- avez-vous pu vous expliquer comme vous le souhaitiez ?

- ☐ OUI ☐ NON

5- avez-vous été satisfait de l'accueil ?

- ☐ OUI ☐ NON

6- avez-vous été satisfait du conseil médical qui vous a été donné ?

- ☐ OUI ☐ NON

7- Avez-vous compris le conseil médical délivré ? ☐ OUI ☐ NON

Etait-ce clair ? ☐ OUI ☐ NON

Pouvez-vous le reformuler ? ☐ OUI NON

Si oui :

.....
.....

Similaire au conseil donné par le régulateur : ☐ oui ☐ non

8- avez-vous suivi le conseil médical délivré ?

☐ OUI ☐ NON

9- si non, pourquoi ?

- ☐ ce conseil ne semblait pas répondre au motif de votre appel
- ☐ vous ne vous sentiez pas capable de le réaliser
- ☐ vous ne l'aviez pas compris
- ☐ ce conseil vous semblait infaisable à ce moment là
- ☐ autre :

10- si non : qu'avez-vous fait alors ?

- ☐ vous avez appelé votre médecin traitant
- ☐ vous êtes allé aux urgences
- ☐ autre :

11- comment ont-évolué les symptômes ?

- ☐ amélioration ☐ stable ☐ aggravation

12- vous a-t-on prescrit un traitement ?

- ☐ OUI :
- ☐ NON

13- l'avez-vous pris ?

- ☐ OUI ☐ NON

14- si oui : où vous l'êtes vous procuré ?

- ☐ pharmacie familiale
- ☐ ordonnance faxée à la pharmacie
- ☐ autre :

15- avez-vous consulté suite à cet appel ?

- ☐ OUI ☐ NON

16- si oui, qui ?

- ☐ votre médecin traitant
- ☐ un médecin de la permanence des soins
- ☐ à l'hôpital
- ☐ autre :

17- vous l'avait-on conseillé ?

☐ OUI ☐ NON

18- avez-vous rappelé pour le même motif ?

☐ OUI ☐ NON

19- si oui, qui ?

- ☐ médecin traitant
- ☐ centre 15
- ☐ SOS
- ☐ urgences de l'hôpital
- ☐ autre :

20- si oui, dans quel délai ?

- ☐ le jour même
- ☐ le lendemain
- ☐ dans la semaine
- ☐ autre :

21- Si vous n'aviez pas pu bénéficier de ce conseil téléphonique, auriez-vous consulté ?

☐ oui ☐ non

Si oui, qui ?

- ☐ médecin traitant
- ☐ médecin de la permanence des soins
- ☐ urgences de l'hôpital
- ☐ autre :

Le questionnaire est terminé, je vous remercie de m'avoir accordé ces quelques minutes.

Annexe 6

Communes desservies par SOS médecins de Nantes

Nantes

Sainte-Luce

Thouaré

Carquefou

La Chapelle-sur-Erdre

Orvault

Sautron

Saint-Herblain

Indre

Bouguenais

Rezé

Les Sorinières

Saint-Sébastien

Basse-Goulaine

Annexe 7

Communes desservies par SOS médecins de Saint-Nazaire

Saint-Jochin

Saint-Malo de Guersac

Montoir de Bretagne

Trignac

Saint-Nazaire

Pornichet

La Baule

Guérande

Le Pouliguen

Saint-André-des-Eaux

Annexe 8

Nombre de médecins régulateurs généralistes au Centre 15 de Loire-Atlantique par jour et par heure

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
00h00	2	2	2	2	2	2	2
01h00	2	2	2	2	2	2	2
02h00	2	2	2	2	2	2	2
03h00	2	2	2	2	2	2	2
04h00	2	2	2	2	2	2	2
05h00	2	2	2	2	2	2	2
06h00	2	2	2	2	2	2	2
07h00	2	2	2	2	2	2	3
08h00	1	1	1	1	1	1	5
09h00	1	1	1	1	1	2	5
10h00	1	1	1	1	1	2	5
11h00	1	1	1	1	1	2	5
12h00	1	1	1	1	1	3	4
13h00	1	1	1	1	1	4	3
14h00	1	1	1	1	1	4	3
15h00	1	1	1	1	1	4	3
16h00	1	1	1	1	1	4	3
17h00	1	1	1	1	1	4	3
18h00	1	1	1	1	1	4	3
19h00	2	2	2	2	2	4	3
20h00	2	2	2	2	2	4	3
21h00	2	2	2	2	2	3	2
22h00	2	2	2	2	2	2	2
23h00	2	2	2	2	2	2	2

Les conseils médicaux délivrés par les médecins régulateurs généralistes
du Centre 15 de Loire-Atlantique:
Etude descriptive et analytique sur une semaine de régulation.

RESUME

Nous avons réalisé une étude descriptive et analytique en avril 2009 au Centre 15 de Nantes, avec comme support la réécoute des appels régulés par les médecins généralistes, codés « conseil médical » et le rappel de patients. Nous avons constaté que plus de la moitié des dossiers codés « conseil médical » ont nécessité le recours à un effecteur.

Les conseils médicaux téléphoniques proposés correspondent principalement à une demande d'avis sur une pathologie ou un traitement et sont surtout délivrés aux heures de fermeture des cabinets médicaux.

Les personnes rappelées sont satisfaites des conseils donnés même si 57% d'entre elles ont consulté après l'appel au Centre 15.

La qualité de remplissage du dossier de régulation est primordiale, le bon codage est essentiel. Le rappel des patients permet d'assurer le suivi des dossiers.

MOTS CLES

Régulation médicale
Samu-Centre15
Conseil médical
Prescription médicamenteuse téléphonique
Permanence des soins
Dossier de régulation
Formation médicale continue