

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N 139

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES DE MEDECINE GENERALE

par

IRENE-ALEXIA LEFORT

née le 18 juin 1985 à Saint Nazaire

Présentée et soutenue publiquement le 26 septembre 2013

**REGULATION DE LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRES
AU SAMU 85 : INTERET D'UNE PROCEDURE DE RAPPEL
STANDARDISEE.**

Président du Jury : Monsieur le Professeur Philippe LECONTE

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Mathieu GOICHON

Sommaire

REMERCIEMENTS	6
GLOSSAIRE.....	8
1. INTRODUCTION.....	9
1.1 DONNEES GENERALES	9
1.1.1 Cadre législatif	9
1.1.2 Définitions HAS 2011	11
1.1.3 Evaluation de la régulation médicale	13
1.2 CONTEXTES ET ENJEUX.....	14
1.2.1 Démographie vendéenne	14
1.2.2 Démographie médicale vendéenne.....	15
1.2.3 Evolution de la régulation médicale.....	16
1.3 OBJECTIFS DU PROJET	18
2. MATERIELS ET METHODES.....	19
2.1 TYPE D'ETUDE.....	19
2.2 POPULATION ETUDIEE	19
2.2.1 Critères d'inclusion	19
2.2.2 Critères d'exclusion.....	19
2.2.3 Période de l'étude.....	20

2.3	RECUEIL DES DONNEES	21
2.3.1	Le conseil médical	21
2.3.2	La prescription médicamenteuse téléphonique	23
2.3.3	Les médecins généralistes de garde et médecins mobiles effecteurs	23
2.3.4	Les hôpitaux	24
3.	RESULTATS	25
3.1	DESCRIPTION DES APPELS	25
3.1.1	Composition de l'échantillon	25
3.1.2	Description de la population	26
3.1.3	Représentativité de la procédure de rappel :	27
3.2	LES CONSEILS MEDICAUX	28
3.2.1	Typologie des conseils	28
3.2.2	Détection gravité	29
3.2.3	Qualité perçue de la régulation médicale	29
3.2.4	Résultats seconde régulation médicale.....	31
3.2.5	Décisions patients.....	31
3.2.6	Résultats qualité conseils	32
3.3	MEDECINS GENERALISTES / MEDECINS EFFECTEURS	33
3.3.1	Diagnostic.....	33
3.3.2	Prise en charge	33
3.3.3	Rationalité de la prise en charge.....	34
3.4	HOSPITALISATION	35
3.4.1	Mode de transport.....	35
3.4.2	Evolution des patients	35

4. DISCUSSION	36
4.1 ANALYSE DES RESULTATS	36
4.1.1 Description population.....	36
4.1.2 Perdus de vue	36
4.1.3 Signes de gravité.....	37
4.1.4 Taux de satisfaction / seconde régulation médicale.....	37
4.1.5 Médecins de garde / Médecins mobiles effecteurs	38
4.1.6 Hospitalisation	39
4.2 LA PROCEDURE DE RAPPEL.....	39
4.2.1 Difficultés liées à la procédure de rappel	39
4.2.2 Biais de la procédure de rappel	41
4.2.3 Préambule à une standardisation.....	43
4.2.4 Intérêt de la procédure sur le long terme.....	44
4.2.5 Fréquence des procédures de rappel.....	45
4.2.6 Interprétations et propositions d'amélioration	46
4.3 REFLEXIONS AUTOUR DE LA QUALITE DE LA REGULATION MEDICALE.....	49
4.3.1 Une mise en place concrète.....	49
4.3.2 Les opportunités de la démarche	50
4.3.3 Un bouclier légal	51
4.3.4 Une garantie supplémentaire pour le patient.....	51
4.3.5 Une optimisation des ressources de l'hôpital.....	52
4.3.6 De la qualité vers l'efficience.....	53
4.3.7 Une tendance de fond.....	54
4.3.8 La permanence de soins dans les zones blanches	55
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE	58

ANNEXES	60
ANNEXE 1 : ORGANIGRAMME DES RESULTATS	60
ANNEXE 2 : ALGORITHME DE RAPPEL PATIENT	61
ANNEXE 3 : ALGORITHME DE RAPPEL MEDECIN	62
ANNEXE 4 : ALGORITHME DE RAPPEL HOPITAL	63
ANNEXE 5 : RAPPORT BOENNEC 2008	64
ANNEXE 6 : CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES DES URGENCES	67

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Philippe Leconte

Professeur des universités - Praticien Hospitalier, Urgences Adultes

Vous me faites l'honneur d'être le président du jury de ma thèse. Je profite de l'occasion pour vous remercier pour votre engagement envers la pédagogie médicale.

Monsieur le Professeur Gilles Potel

Professeur des universités - Praticien Hospitalier, Urgences Adultes

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury de thèse. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements pour votre présence.

Monsieur le Professeur Goronflot

Professeur Associés des universités – Département médecine générale

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements pour votre présence.

Monsieur le Docteur Fradin

Praticien Hospitalier, Urgences - SAMU 85

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements pour la confiance que vous m'avez portée et les opportunités que vous m'avez offertes.

Monsieur le Docteur Goichon

Praticien Hospitalier, Urgences- SAMU 85

Je vous remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Je vous remercie particulièrement pour votre implication dans ce travail, pour votre attention, votre patience et l'ensemble de vos encouragements.

A Franck,

Pour ton amour, ton amitié, l'ensemble de tes encouragements toutes ces années, ton aide incroyable au cours ce travail.

A mes parents et mon frère,

Pour votre soutien sans faille, pour avoir cru en moi toutes ces années et m'avoir permis de réaliser ces longues études.

A mes amis,

Parce que Luçon aura toujours une place particulière...

A Catherine et Hélène,

Pour leurs précieuses aides dans la réalisation de ce travail.

GLOSSAIRE

ADOPS : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence de Soins

ARM : Assistant de Régulation Médicale

CAPTIV : Centre Anti Poison et Toxico Vigilance

CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DMP : Dossier Médical Partagé

DRM : Dossier de Régulation Médicale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

MEAH : Mission (Nationale) d'Expertise et d'Audit Hospitaliers

MRG : Médecin Régulateur Généraliste

MRU : Médecin Régulateur Urgentiste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDS : Permanence De Soins

PMT : Prescription Médicamenteuse Téléphonique

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

1. INTRODUCTION

1.1 DONNEES GENERALES

1.1.1 Cadre législatif

L'aide médicale urgente est pour la première fois définie par un décret en 1986 [1]. Le rôle des centres de régulation des appels est d'assurer une écoute médicale permanente, déterminer et déclencher dans le délai le plus rapide la meilleure réponse à la nature de l'appel.

La régulation téléphonique [2] d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Une régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, soit par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national (dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels), soit par d'emblée par ce numéro national, en fonction des départements.

L'aide médicale urgente a pour objet [3], en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.

- Le rôle du médecin

Le code de déontologie définit le rôle de chaque médecin [4] :

Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés.

Le médecin doit à la personne une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou les traitements proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

- La Permanence de soins

La permanence de soins ambulatoires a été définie en 2003 puis modifiée en 2005, à la suite des grèves de garde des médecins généralistes libéraux de 2001 à 2002. Cette dernière revêt le caractère d'une mission du service public, il s'agit pour les médecins d'une obligation déontologique soumise au volontariat, durant les heures de fermeture des cabinets médicaux. Son accès est régulé préalablement par le SAMU-Centre15 ou est sous traité par une plateforme de régulation médicale ayant passé une convention avec le SAMU-Centre 15.

Selon le code de déontologie : il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent.

La permanence des soins est une organisation collective, confraternelle et mutualisée de la réponse à des demandes non programmées de soins.

Elle implique donc tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice.

La permanence des soins assurée par les médecins a été reconnue mission de service public par le Parlement à la demande du Conseil national de l'Ordre des médecins. Cette reconnaissance de la fonction essentielle du médecin dans l'organisation de la santé publique engage l'Etat à assurer une protection aux médecins qui subiraient un dommage lors de cette mission.

L'orientation des patients est un des éléments essentiels au bon fonctionnement du dispositif des urgences et de la PDS.

La régulation médicale téléphonique a donc un rôle pivot, elle permet de définir dès l'appel du patient la nature de la réponse à lui apporter, la responsabilité de la décision incombant à un médecin régulateur formé et expérimenté.

1.1.2 Définitions HAS 2011[5]

La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) par un médecin régulateur.

L'acte médical est une décision médicale qui implique la responsabilité individuelle du médecin, avec pour finalité d'apporter le juste soin et de ne pas faire perdre de chance au patient.

La régulation médicale assure une écoute et une réponse permanente dans un centre d'appel dédié aux urgences médicales et/ ou demande de soins non programmés.

La régulation médicale a pour but de déterminer ou de déclencher dans les meilleurs délais la réponse médicale adaptée à chaque situation.

La régulation médicale a aussi pour mission de:

- S'assurer des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état de patient en respectant le libre choix de la personne
- Préparer son accueil dans l'établissement choisi
- Organiser le cas échéant le transport vers l'hôpital public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires
- Veiller à l'admission du patient

Face à un appel, après un recueil d'informations, le médecin régulateur a plusieurs réponses possibles. [6]

Tout d'abord, il peut mettre en œuvre un conseil médical sans moyens associés. Ce dernier est mis en place chaque fois que le MRG juge que l'appel ne nécessite pas en urgence une consultation médicale, il s'agit d'une prescription médicale, il doit être consigné dans le dossier du patient. Il est indiqué à l'appelant de renouveler son appel en cas de persistance ou aggravation des symptômes.

Le MRG peut décider de réaliser une prescription médicamenteuse par téléphone, rédaction et transmission d'une ordonnance écrite, prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale ou adaptation de traitement préalablement prescrit. La PMT est transmise par fax à la pharmacie de garde, sa validité est au maximum de 72 heures, l'ordonnance doit comprendre l'identité du prescripteur (Nom, Numéro RPPS, signature), l'identité du patient, ainsi que son âge et poids (obligatoire pour les moins de 15 ans), la date et heure de la prescription, sa durée de validité, la pharmacie destinataire. Le médecin réalisant une PMT doit contacter le pharmacien de garde afin de l'informer de la prescription.

Le MRG peut aussi décider d'orienter le patient vers une consultation médicale (quand le patient nécessite une consultation médicale) sans attendre un rendez-vous différé avec son médecin traitant, et lorsqu'il ne présente pas de détresse vitale. Il peut s'agir aussi de l'intervention d'un médecin effecteur sur place.

Dans les cas où le MRG juge que l'état de santé du patient ne nécessite pas l'intervention immédiate d'un médecin auprès de lui, mais que son état clinique requiert un transport allongé et/ou surveillance, vers une consultation, une structure d'urgences ou, plus généralement, un établissement de santé, il engage un transport sanitaire en ambulance. Dans les cas, où l'état de santé du patient nécessite la présence de secouristes, le MRG aura recours aux sapeurs-pompiers ou secouristes.

En cas d'urgence vitale avérée ou suspectée, le MRG transférera l'appel au MRU qui engagera un SMUR.

1.1.3 Evaluation de la régulation médicale

L'évaluation des pratiques médicales en régulation médicale repose sur des recommandations. [5] En effet, la régulation doit faire l'objet d'une évaluation régulière. Cette dernière peut s'effectuer en réexaminant l'ensemble des dossiers, en réévaluant l'ensemble des pratiques professionnelles.

Il existe différents indicateurs permettant l'évaluation de la régulation : le temps de réponse, le nombre de décrochés en moins d'une minute, le nombre d'intervention SMUR dont le délai est supérieur à vingt minutes par rapport à l'appel initial, le nombre de rappels imprévus, le nombre de patients pris en charge en salle de déchoquage à l'hôpital sans qu'un SMUR soit intervenu, ou ceux ayant nécessité un transfert inter hospitalier. L'évaluation de la tenue des dossiers ainsi que la conformité aux procédures sont essentielles.

1.2 CONTEXTES ET ENJEUX

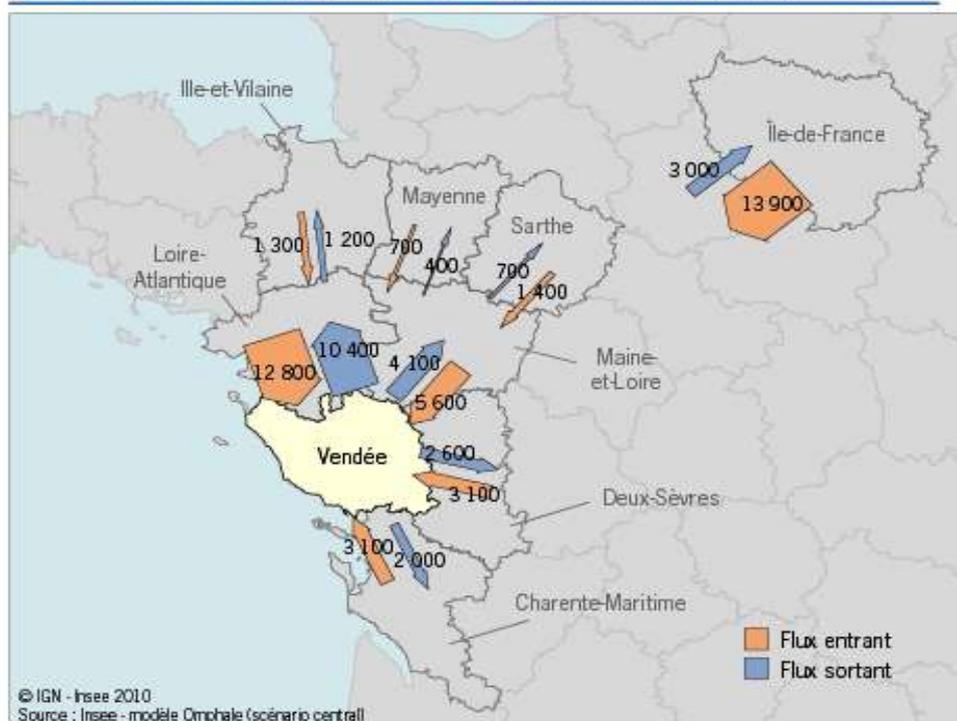
1.2.1 Démographie vendéenne [7]

Une étude réalisée par l'INSEE estimait à 607 000 le nombre d'habitants en Vendée en 2010, avec une projection à 840 000 habitants d'ici 2040. Cet accroissement de la population se traduit dans les faits par des flux migratoires prononcés avec les départements limitrophes et franciliens (cf figure 1), marqués par un solde migratoire largement positif (plus 17 500 habitants entre 2007 et 2012.).

Toujours selon l'INSEE, cet afflux migratoire se traduirait par un vieillissement conséquent de la population vendéenne. Le département se montrant particulièrement attractif auprès des jeunes retraités, on constaterait alors un doublement de la population des plus de 60 ans d'ici 2040.

La Vendée : un département attractif pour les Franciliens

Flux migratoires entre la Vendée et ses principaux départements d'échanges entre 2007 et 2012



© IGN - Insee 2010
Source : Insee - modèle Omphale (scénario central)

Lecture : Pour des raisons de lisibilité, les échanges migratoires avec les départements de l'Île-de-France ont été regroupés.

Figure 1 : Flux migratoires en provenance et à destination de la Vendée

1.2.2 Démographie médicale vendéenne

En 2010, l'ARS estimait à 575 le nombre de médecins généralistes présents en Vendée, soit à peine moins de 1 médecin pour 1 000 habitants. Cependant, on note une décroissance progressive du nombre de médecins à l'opposé d'une évolution croissante de la population Vendéenne.

Cette tendance semble d'autant plus profonde que 281 médecins sont aujourd'hui âgés de plus de 55 ans, nécessitant un renouvellement de près de 50% des effectifs sur les 10 prochaines années pour espérer maintenir la densité actuelle. (cf figure 2)

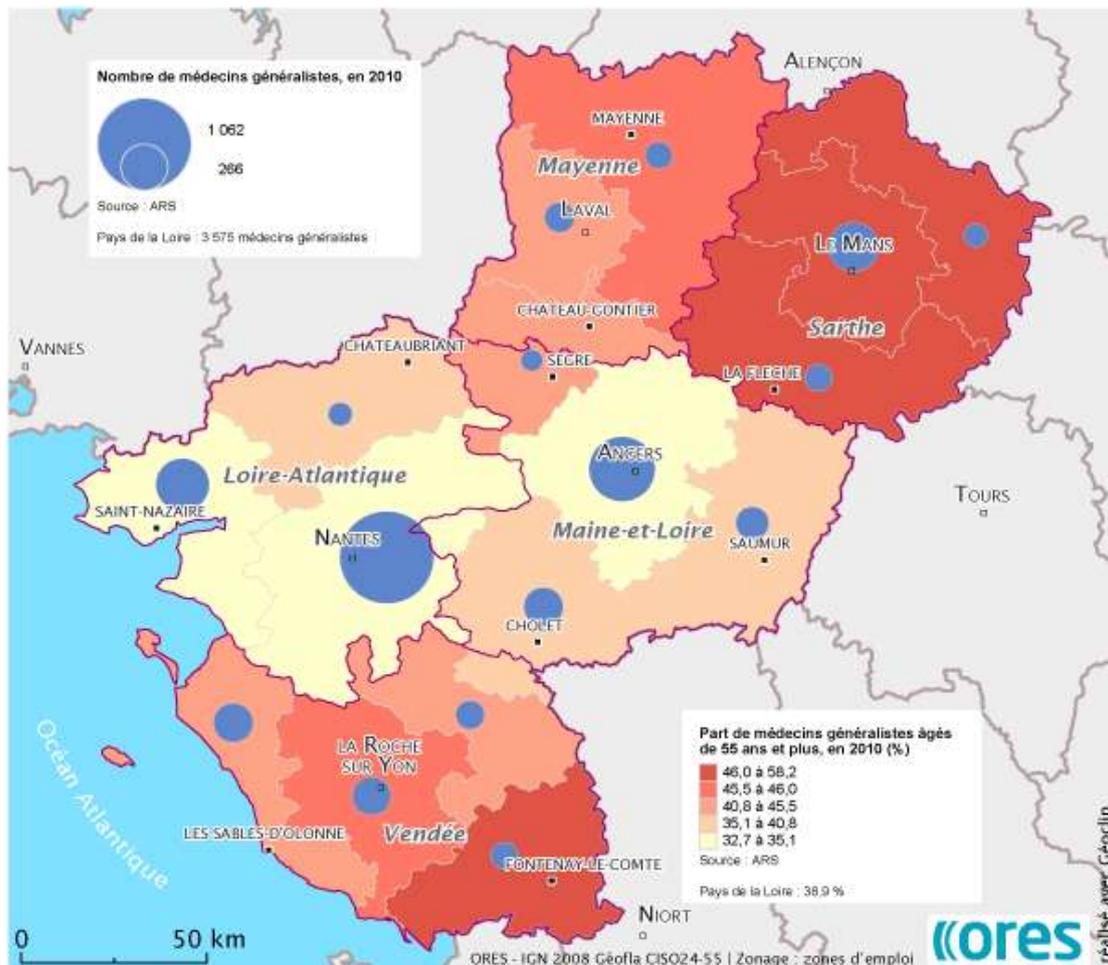


Figure 2 : Répartition par âge de la population des médecins généralistes en Pays de Loire

1.2.3 Evolution de la régulation médicale

Dans ce contexte d'augmentation de la demande d'offre de soins, le travail de la régulation du SAMU-Centre 15 a fortement évolué et tient à présent un rôle essentiel au côté des médecins généralistes. Ce constat est d'autant plus remarquable que la démographie Vendéenne double chaque été sur la partie littorale, nécessitant de fortes capacités d'adaptations de la part du centre de régulation des appels.

Outre les chiffres mis en avant par les observatoires statistiques, cette évolution a pu être constatée par le MEAH [8], qui révèle que dans plus de 30% des cas, la réponse apportée par le centre de régulation consiste à émettre une information ou un conseil médical.

Afin d'améliorer la qualité des prises en charge, il a été décidé en 2012 la mise en place expérimentale de médecins mobiles effecteurs sur l'ensemble de la Vendée. Ainsi, trois médecins sont répartis sur l'ensemble du département durant la période de nuit profonde (de minuit à 8h00 du matin), en dehors de l'été (quatre médecins mobiles effecteurs sur l'ensemble département au cours de l'été) dont la fonction est d'assurer l'ensemble des visites médicales au domicile des patients. Les secteurs de gardes disparaissent au cours de cette période de temps.

En Vendée, les médecins régulateurs de l'ADOPS assurent la réception des appels uniquement aux heures de la permanence de soins, soit deux médecins de 20h à minuit, et deux au cours de la nuit profonde, ce dispositif est renforcé les dimanches et jours fériés (4 médecins régulateurs de l'ADOPS). Les médecins régulateurs de l'ADOPS jouent donc un rôle pivot. Chaque appel de médecine générale leur étant dédié, ils portent la responsabilité des décisions prises au cours de l'ensemble de la permanence de soins.

Il a été choisi en Vendée, la création d'un numéro d'appel dédié à la permanence de soins (distinct du 15) non surtaxé, dont la diffusion est réalisée chaque jour dans les journaux, et pendant l'été dans les offices du tourisme et les campings.

1.3 OBJECTIFS DU PROJET

Face à ces évolutions, le centre de régulation du SAMU - Centre 15 de Vendée a dû apporter de nouvelles réponses, faire évoluer son offre de soin. Si les solutions mises en place ont permis de faire face à la nouvelle demande, de nombreuses questions restent en suspens :

- Ces solutions sont-elles réellement pertinentes au regard des situations rencontrées ?
- La qualité des réponses apportées à ces nouvelles situations est-elle satisfaisante ?
- Quelles sont les pistes d'amélioration ?

L'objectif principal de cette thèse consistera à créer une procédure de rappel capable d'évaluer l'efficacité des solutions d'offres de soins apportées par le centre de régulation de Vendée. Au-delà de cette mise en place, il s'agira également d'évaluer les critères de standardisation d'une telle démarche, afin que celle-ci puisse s'inscrire dans un cadre durable, permettant :

- De répondre aux recommandations de l'HAS
- De mobiliser les équipes autour d'une démarche qualitative
- De mesurer l'évolution de la régulation dans le temps

Afin d'illustrer cette procédure et de poser les premières bases d'une approche sur le long terme, notre travail s'appuiera sur l'étude quantitative et qualitative des solutions apportées par le centre de régulation du SAMU-Centre 15 de Vendée, entre le 12/05/2013 et le 18/05/2013. L'objectif secondaire sera de réaliser un état des lieux de la régulation ADOPS.

Cette étude aura pour double objectif d'évaluer l'offre de soin et de valider la pertinence de la procédure de rappel développée pour l'occasion.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude monocentrique, prospective au sein de la régulation du SAMU centre 15 de Vendée au cours de la période 13/05/2013 au 18/05/2013 concernant l'ensemble des appels du 12/05/2013 au 18/05/2013 de 20h00 à 8h00 régulés par l'ADOPS 85.

2.2 POPULATION ETUDIEE

2.2.1 Critères d'inclusion

La procédure de rappel concerne l'ensemble des appels reçus aux 15 ou au numéro dédié à la garde de médecine générale aux horaires de la permanence de soins transmis au médecin régulateur généraliste après une première évaluation réalisée par les ARM. Les rappels sont effectués dans les 24 heures suivant l'appel initial par une personne dédiée en sur effectif.

2.2.2 Critères d'exclusion

Il n'est pas réalisé de rappel pour les appels concernant une personne décédée. Il n'est pas réalisé non plus de rappels pour ceux transmis au CAPTV, ces derniers ayant leur propre procédure de rappel. Les appels au numéro de garde dédié à la permanence de soins transmis aux médecins régulateurs urgentistes sont exclus de l'étude.

2.2.3 Période de l'étude

La période de mise en place de la procédure de rappel est soigneusement choisie afin de ne pas correspondre à une période de week-end prolongé ou de vacances scolaires, quelle que soit la zone géographique, et donc représentative d'une régulation standard des patients vivant en Vendée.

2.3 RECUEIL DES DONNEES

L'ensemble des appels régulés par l'ADOPS 85 est recueilli à l'aide du logiciel Centaure 15.

Ces derniers sont répartis entre quatre grandes catégories.

2.3.1 Le conseil médical (Annexe 2)

Les appelants bénéficiant de conseils médicaux sont rappelés afin d'évaluer l'évolution clinique, il est réalisé systématiquement un rappel supplémentaire en cas de non – réponse au premier rappel dans un délai maximum de 24 heures. En cas de non-réponse à deux tentatives de contact, la procédure est stoppée.

Les conseils médicaux sont répartis en deux sous catégories :

- Mesures hygiéno-diététiques.
- Consultation médicale en dehors des heures de garde.

Les données recueillies sont :

- La recherche de signes de gravité.

Si un ou plusieurs signes de gravité sont détectés au début de la procédure de rappel, cette dernière est immédiatement stoppée et l'appel transmis au médecin régulateur hospitalier (absence de médecin généraliste au cours de la journée)

- La présence de nouveaux symptômes

Il est recherché systématiquement la présence de nouveaux symptômes en lien avec la demande initiale de l'appelant, les symptômes concernant un tout autre motif sont exclus du recueil.

- Caractère suffisant du conseil

Il est réalisé une évaluation qualitative subjective des conseils délivrés, il est en effet demandé à chaque rappel si le conseil était suffisant selon les patients eux-mêmes.

- Recherche de solutions

En l'absence d'amélioration clinique ou en cas de caractère insuffisant du conseil, il est demandé si l'appelant a décidé de lui-même d'une conduite à tenir différente que celle proposée par le médecin régulateur généraliste de l'ADOPS.

- ❖ Consultation médicale
- ❖ Consultation aux urgences : en cas de décision de consultations aux urgences, une procédure de rappel concernant les hôpitaux est mise en place.
- ❖ Abstention de prise en charge/ Conduite d'attente

- Nouvelle régulation proposée

Pour tout rappel effectif, il est proposé la possibilité d'être mis en relation de nouveau avec le médecin régulateur urgentiste. En cas de nouvelle régulation, il est recueilli la décision finale :

- ❖ Conseil médical
- ❖ Consultation / Visite médicale
- ❖ Hospitalisation
- ❖ Envoi SMUR

2.3.2 La prescription médicamenteuse téléphonique [9][10]

Les patients ayant bénéficié de PMT sont rappelés, à l'aide de la même méthode que le conseil médical. Il est à noter qu'il n'est pas en théorie possible en Vendée de rédiger et de faxer les prescriptions médicales en raison d'un refus du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens. Cependant, le MRG a la possibilité de conseiller le patient sur une prise de médicament qu'il possède dans sa pharmacie ou sur l'adaptation d'un traitement. Les mêmes items sont recueillis pour chaque patient que pour le conseil médical.

Devant une décision unique répertoriée sur Centaure par « conseil médical » regroupant les conseils médicaux et le PMT. Il a été décidé de regrouper les conseils médicaux et les PMT, en distinguant les PMT en sous-catégorie.

2.3.3 Les médecins généralistes de garde et médecins mobiles effecteurs (Annexe 3)

Dans les cas où la décision initiale de l'ADOPS est une visite à domicile ou une consultation médicale au cours de la période de la permanence de soins, chaque médecin rencontrant les patients est recontacté. Au travers de la procédure de rappel, les données recherchées sont :

- Réalisation d'un diagnostic
- Rationnel de la prise en charge

Il est demandé à chaque médecin si selon lui une prise en charge médicale sur place ou à son cabinet (si le patient peut se déplacer) lui a semblé nécessaire. En effet, chaque médecin a la possibilité de juger la qualité de la régulation médicale au travers de sa prise en charge.

- Prise en charge médicale

Il a été recueilli quelle prise en charge avait été décidée par le médecin.

- ❖ Mesures hygiéno-diététiques
- ❖ Médicaments
- ❖ Hospitalisation
- ❖ Demande de SMUR

2.3.4 Les hôpitaux (Annexe 4)

Dans le cas des appels initiaux aboutissant à une décision d'hospitalisation, chaque hôpital est rappelé afin de connaître le devenir des patients.

Trois possibilités ont été retenues :

- Retour à domicile
- Réalisation d'examens complémentaires
- Hospitalisation

Dans les cas où la procédure de rappel des conseils médicaux retrouve une décision du patient de s'adresser aux urgences, les trois possibilités évoquées sont de nouveau recueillies.

Ces données ont été recueillies auprès des différents secrétariats des hôpitaux périphériques, et à l'aide du logiciel *Resurgences* pour les patients admis au CHD Vendée.

3. RESULTATS

3.1 DESCRIPTION DES APPELS

3.1.1 Composition de l'échantillon

L'étude porte sur 317 rappels réalisés selon la procédure de rappel. Ces rappels sont effectués selon les prises en charge décidées par la régulation ADOPS du SAMU-Centre 15, à savoir (cf figure 3) :

- Auprès des patients eux-mêmes lors des conseils médicaux/PMT (n=220)
- Auprès des hôpitaux lors des prises en charge hospitalières (n=65)
- Auprès des médecins généralistes lors d'une consultation (n=32)

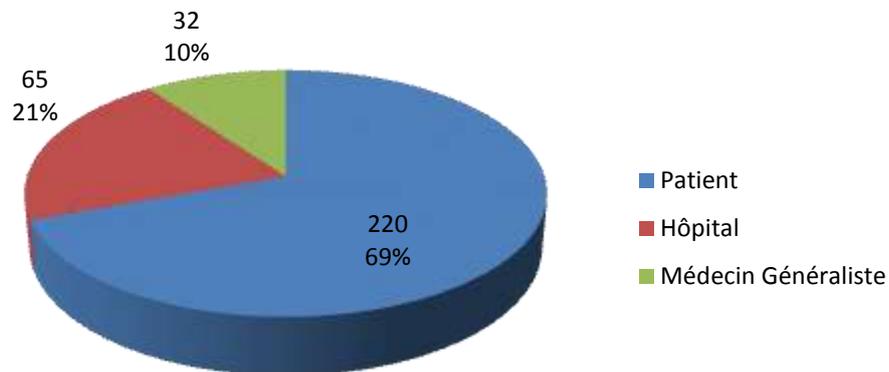


Figure 3 : Destinations des rappels

Ces premiers éléments nous permettent de constater que dans 69% des cas, la prise en charge est effectuée à distance, à l'aide de conseils délivrés par téléphone.

3.1.2 Description de la population

Le tableau 1 présenté ci-dessous montre que la majorité des appelants sont des femmes.

	Conseil patient		Médecin de Garde	Hopital	Total
	Perdus	Contactés			
Homme	38	59	37	15	149
Femme	38	85	28	17	168
Total	76	144	65	32	317

Tableau 1 : Répartition de la population par sexe

La pédiatrie concerne 30% des appels (n=95) dont 6% pour des enfants de moins de un an (n=20) destinés à la permanence de soins. La gériatrie concerne 13,5% des appels (n=43). La population active représente 37% des appels (n=115) (cf tableau2) Les perdus de vue sont majoritairement représentés par la population active (35% ; n=27) Le nombre de perdus de vue dans les cas de pédiatrie est quasi identique (32% ; n= 24).

Age des patients	Conseil patient		Médecin de Garde	Hopital	Total
	Perdus	Contactés			
< 1 an	4	12	2	2	20
de 1 à 15 ans	24	31	9	11	75
de 16 à 25 ans	13	14	4	3	34
de 26 à 65 ans	27	51	10	27	115
de 66 à 80 ans	5	12	3	10	30
> 80 ans	3	24	4	12	43
Total	76	144	32	65	317

Tableau 2 : Répartition de la population par tranche d'âge

3.1.3 Représentativité de la procédure de rappel :

La procédure de rappel a été réalisée auprès des médecins généralistes (32 rappels) et auprès des hôpitaux (65 rappels). Dans ces deux cas, le taux de réponse est de 100%.

En parallèle, la procédure de rappel à destination des patients s'élève à 220 dossiers. Afin d'obtenir une base de travail suffisamment représentative, la procédure de rappel test prévoit un deuxième rappel en cas de non-réponse à la première tentative.

Ainsi, sur les 220 dossiers concernés, 144 sont traités, ce qui porte à 65,5% le taux de réponse. (cf figure 4)

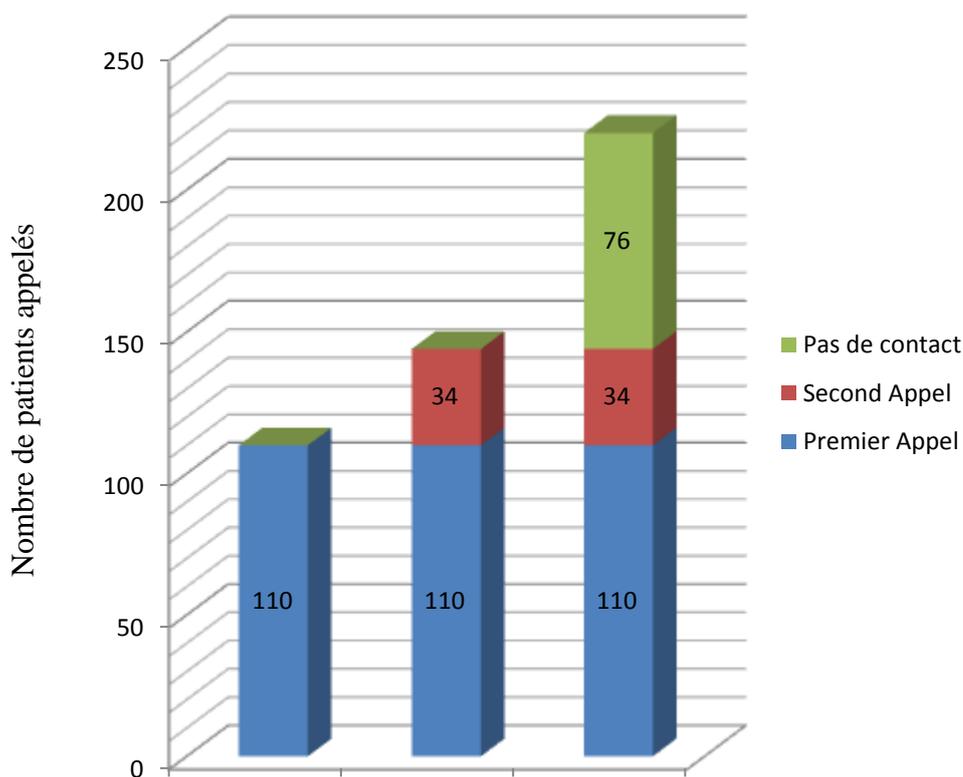


Figure 4 : Répartition des contacts

3.2 LES CONSEILS MEDICAUX

3.2.1 Typologie des conseils

Sur l'ensemble des 144 conseils délivrés au cours de la période d'étude, 2 catégories se distinguent par leurs fréquences et leurs prépondérances dans les statistiques (cf figure 5) :

- Les Mesures Hygiéno-Diététiques
- Les Prescriptions Médicamenteuses

En effet, les mesures hygiéno-diététiques ont contribué à apporter une réponse dans 43,7% des cas (n=63), et sont même la seule et unique solution présentée dans plus de 30% des cas (n=44). Parallèlement, les prescriptions médicamenteuses (prise d'antalgiques, majoration du traitement habituel, utilisation de médicaments présents dans la pharmacie familiale) représentent 38,8% (n = 56) des conseils réalisés auprès des patients contactés.

On constate par ailleurs que 17 appelants de l'échantillon ont été orientés vers un médecin généraliste de manière différée, en dehors des horaires de la permanence de soins. Au final, cela représente 13,8% d'appels (n=20) ne présentant aucun caractère d'urgence.

Enfin, 5 appels n'ont pu être traités lors de la procédure de rappel en raison d'une transmission immédiate à la régulation, motivée par des signes de gravités mis en évidence dès l'entrée en relation.

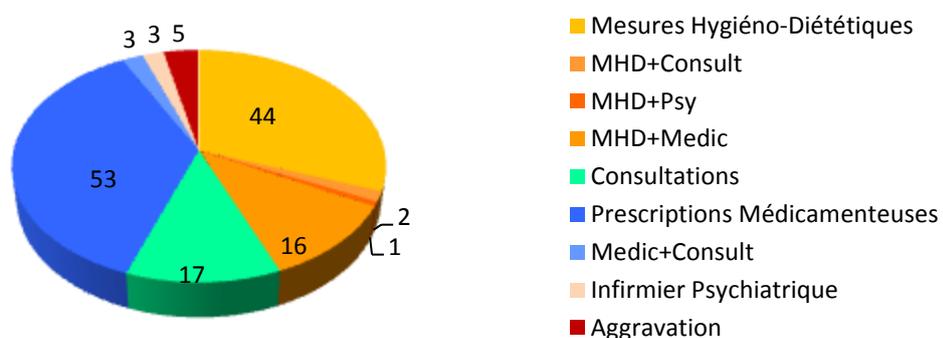


Figure 5 : Nature des conseils

3.2.2 Détection gravité

Afin de mesurer l'efficacité des conseils donnés, les patients rappelés sont interrogés sur l'évolution de leurs symptômes (cf figure 6). On constate ainsi que chez 67,5% des appelés (n=97), des signes d'amélioration clinique ont pu être décrits par les patients.

Parmi les patients (n=47) décrivant une dégradation ou une stabilisation des symptômes malgré les conseils apportés, 10,6% d'entre eux (n=5) présentaient des signes de gravité nécessitant une régulation immédiate de la part du centre de régulation. Ramené à l'ensemble de la population des patients interrogés, le taux tombe alors à 3,5%.

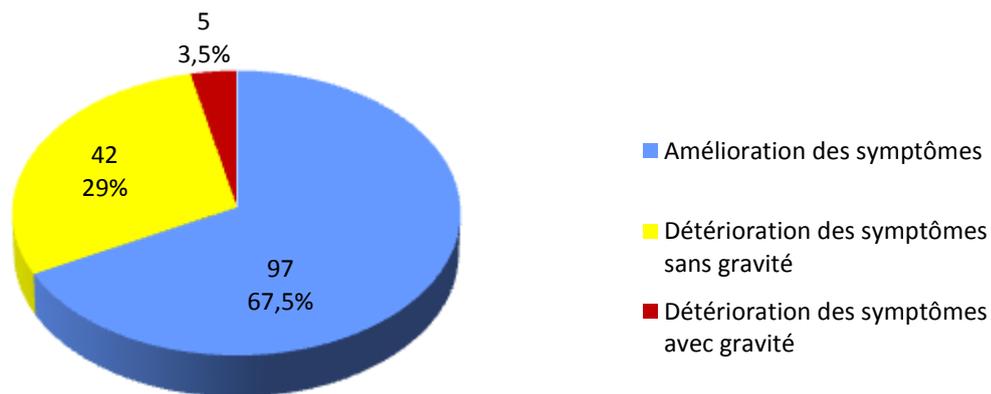


Figure 6 : Evolution des patients

3.2.3 Qualité perçue de la régulation médicale

Parallèlement à la mesure de l'efficacité réelle des conseils délivrés, une évaluation est menée auprès des patients interrogés quant à leur degré de satisfaction. Obligatoirement subjective, cette mesure tend à démontrer un décalage significatif entre la qualité perçue par le patient et la réalité de l'évolution de ses symptômes (cf figure 7).

Avec 52,7% (n =76) de personnes satisfaites des conseils qui leur ont été donnés, on remarque que près de 15% (n=24) des patients interrogés ne sont pas satisfaits malgré une amélioration des symptômes. Il semblerait donc que le seul conseil ne soit pas suffisant dans certains cas, sans pour autant que des éléments concrets n'aient pu être décelés.

Dans 47,3% des cas (n=68), les conseils ont été jugés globalement insuffisants. La procédure ne prévoyant aucune précision à ce sujet, aucun élément de réponse ne permet de justifier l'écart entre la qualité perçue et l'efficacité réelle des conseils. Pour autant, lorsqu'il est proposé au patient d'être de nouveau mis en relation avec un médecin régulateur à la fin de la procédure, 19% des personnes interrogées (n=27) souhaitent effectivement parler à un médecin.

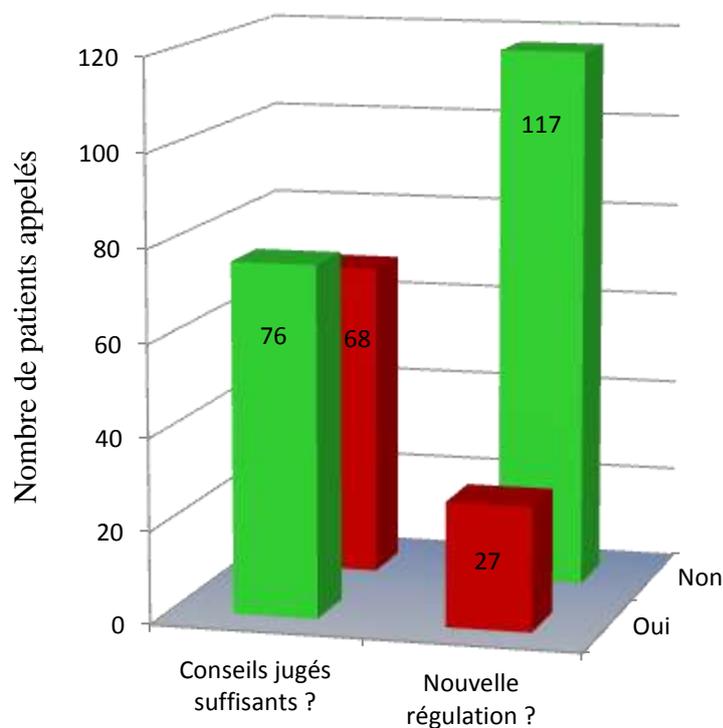


Figure 7 : Résultats de la satisfaction du patient et mise en parallèle avec le nombre de nouvelle régulation

3.2.4 Résultats seconde régulation médicale

Sur les 19% de patients ayant souhaité être de nouveau mis en contact avec le centre de régulation, on constate que : (cf figure 8)

- Aucun SMUR n'a été déclenché
- 22% (n= 6) ont abouti à une hospitalisation (soit 4,2% des personnes interrogées)
- 63% (n =17) ont abouti à un nouveau conseil (soit 11,8% des personnes interrogées)
- 15% (n=4) ont été adressés à un médecin de ville (soit 2,77% des personnes interrogées)

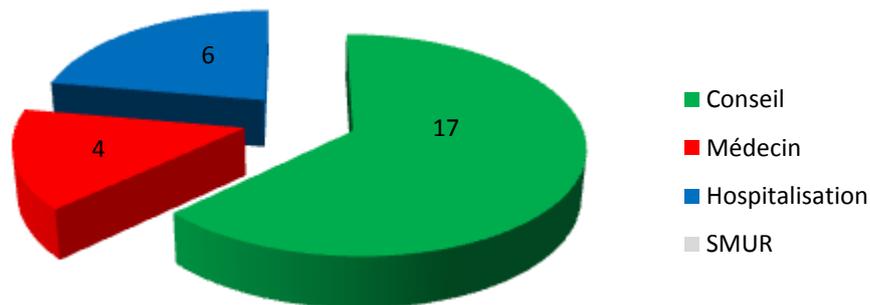


Figure 8 : Résultats des nouvelles régulations

3.2.5 Décisions patients

Dans les cas où les conseils délivrés ont été insuffisants selon le patient, il est demandé aux personnes concernées si ces dernières ont eu recours à une solution alternative (cf figure 9). Ainsi, on constate que dans près de 60% des cas (n=40), les patients se sont adressés à leur médecin généraliste le lendemain de l'appel.

On remarque également que 21% (n=14) des patients n'ont rien entrepris malgré leur insatisfaction au regard des conseils promulgués.

Enfin, 8 patients se sont quant à eux présentés au service des urgences, avec des prises en charge variables d'un cas à l'autre :

- 3 personnes ont été hospitalisées, soit 2,1% des personnes interrogées
- 1 personne a bénéficié d'examens complémentaires, puis est retournée à domicile
- 4 personnes sont retournées à leur domicile sans examens complémentaires

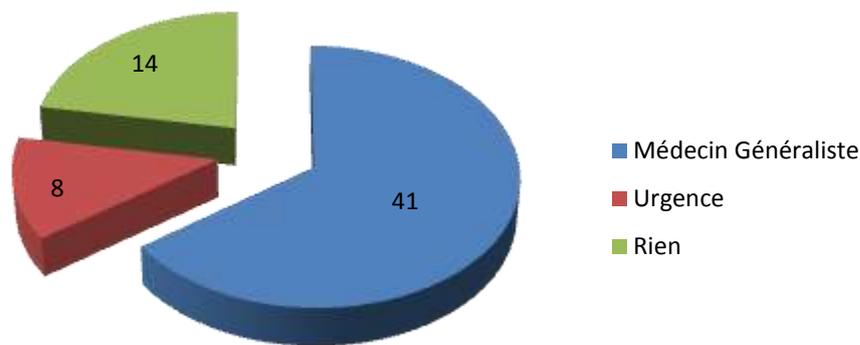


Figure 9 : Action du patient suite à un conseil dit « insuffisant »

3.2.6 Résultats qualité conseils

Au travers des différentes statistiques mises en avant dans ce chapitre, on remarque que sur les 144 personnes interrogées et ayant bénéficié initialement de conseils médicaux de la part du centre de régulation :

- 6,3% (n=9) des personnes interrogées ont finalement été hospitalisées
- 3,5% (n=5) des personnes interrogées ont été transférées au médecin régulateur pour gravité
- 31,3% (n=45) des personnes interrogées ont finalement été chez un médecin de ville

3.3 MEDECINS GENERALISTES / MEDECINS EFFECTEURS

3.3.1 Diagnostic

Les médecins de garde ont été sollicités à 32 reprises par le MRG de l'ADOPS. A la suite de leur prise en charge, tous ont pu émettre un diagnostic sur la ou les pathologies présentées par les patients.

3.3.2 Prise en charge

La majorité des prises en charges a pu être réalisée sur place (cf figure 10). Bien que 13% (n=4) des patients aient été adressés dans un service d'urgence après première évaluation des médecins de garde, aucun d'entre eux n'a nécessité l'envoi de SMUR.

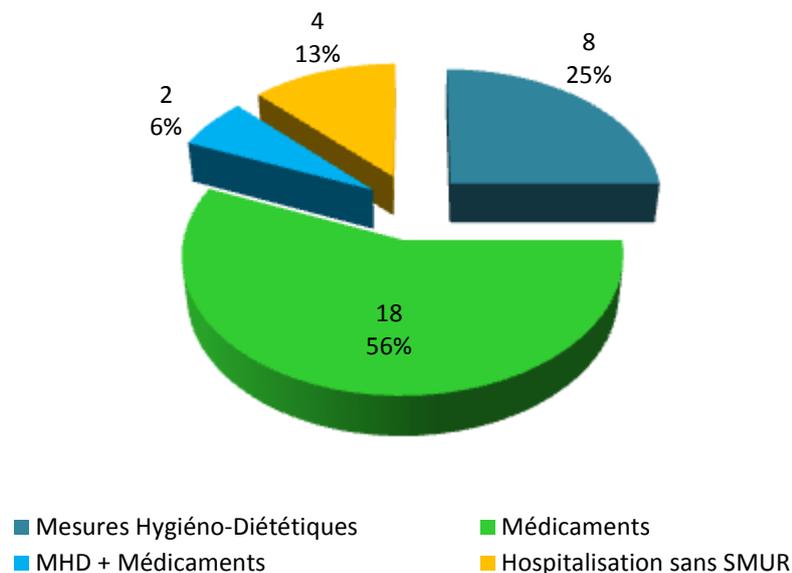


Figure 10 : Résultats des prises en charge par les médecins mobiles effecteurs / médecins de garde

3.3.3 Rationalité de la prise en charge

Les médecins de garde ont jugé que leur visite à domicile ou consultation au cabinet était globalement justifiée (cf figure 11). Néanmoins, dans 6,25% (n=2) des cas, les médecins interrogés évoquent l'absence de fondement dans les consultations sollicités par le SAMU-Centre 15. Dans les 2 cas concernés, il est jugé que la prise en charge n'était pas optimale.

- Argument n° 1 : « une perte de temps dans la prise en charge du patient car ce dernier a été hospitalisé. »
- Argument n°2 : « une régulation téléphonique amplement suffisante à la prise en charge, en terme de réassurance. »

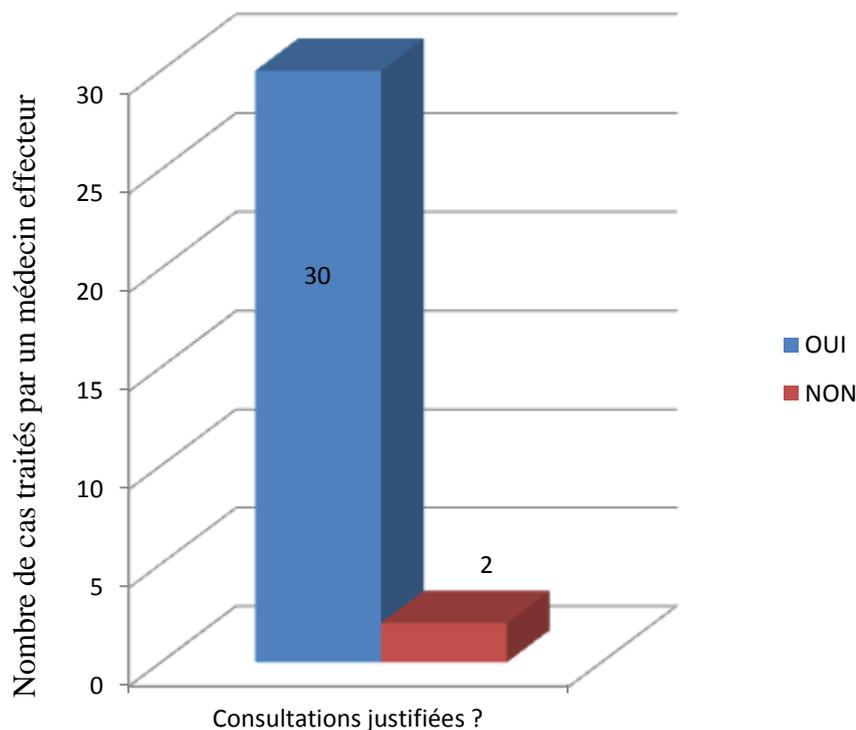


Figure 11 : Pertinence d'une intervention selon les médecins mobiles effecteurs / médecins de garde

3.4 HOSPITALISATION

3.4.1 Mode de transport

Dans les cas où les patients sont orientés vers les structures hospitalières les plus proches, 70% (n=45) ont été adressés à l'aide des transports ambulanciers ou VSAV. Un patient a finalement refusé le transport lorsque ce dernier s'est présenté. (cf figure 12)

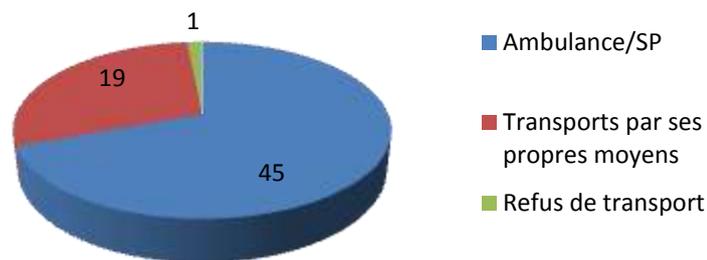


Figure 12 : Mode de transports sollicités dans le cadre d'une hospitalisation

3.4.2 Evolution des patients

Le devenir des patients aux services d'Urgences a été variable (cf figure 13).

- 55% (n=34) des patients admis à l'hôpital ont été hospitalisés plus de 24 heures.
- 21% (n=13) ont bénéficié d'examen complémentaires puis sont rentrés à domicile.
- 24% (n=15) sont rentrés à domicile sans examens complémentaires à la suite d'une consultation médicale
- 2 perdus de vue, qui ne se sont jamais présentés aux services d'Urgences auxquels ils étaient annoncés
- 1 patient laissé sur place

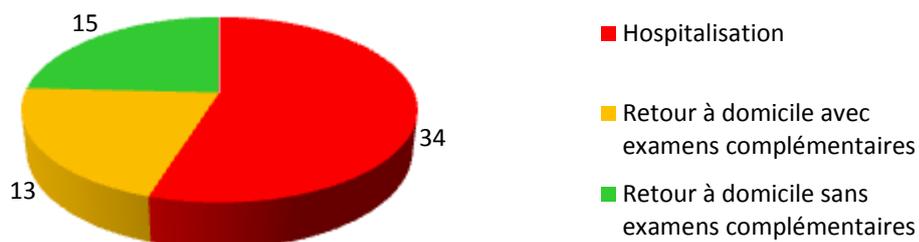


Figure 13 : Evolution des patients hospitalisés suite à leur appel

4. DISCUSSION

4.1 ANALYSE DES RESULTATS

4.1.1 Description population

La pédiatrie représente 30% des appels de la permanence de soins. La population active (26-65ans) concerne 36% des appels. La gériatrie quant à elle ne représente que 13,5% des appels. Ces résultats posent la question indirectement de l'éducation thérapeutique, les patients plus âgés et donc plus soumis aux poly-pathologies, cancers sont moins demandeurs en termes de soins. La demande de soins est plus forte chez les patients ayant moins de 65 ans et de manière indirecte ils appellent pour leurs enfants, on note ainsi une forme de consumérisme important qui suggère la nécessité de la part de l'ensemble des membres du système de santé de mieux informer les patients sur l'offre de soins et sur les motifs justifiant son recours.

4.1.2 Perdus de vue

Au cours de l'étude, il est noté 35% de perdus de vus. Ce nombre considérable implique un nécessairement un questionnement éthique.

Parmi le nombre de personne n'ayant pas répondu à la procédure de rappel, on constate que 28 patients sont du ressort de la pédiatrie, soit 36,8% des patients perdus de vue. A l'inverse, 3,95% (n=3) des patients n'ayant pas pu être joints sont en âge avancé, et représentent à ce titre une source d'inquiétude quant à leur absence de réponse.

Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées. On peut tout d'abord imaginer facilement qu'une partie des patients, ou représentants des patients, appartenant à une population active ont repris leur travail et qu'ils sont non joignables soit pour eux-mêmes ou pour leurs enfants.

On peut tout aussi bien imaginer qu'un certain nombre d'entre eux sont partis consulter leur médecin généraliste. Cependant, on peut également envisager, une détérioration de l'état de santé à leur domicile, une hospitalisation, ou pire un décès. Face à ces perdus de vue quelle doit être l'attitude de la régulation médicale? Il semble en effet déraisonnable d'envisager une ouverture de porte systématique devant une non-réponse malgré une obligation de moyens définis par l'HAS.

4.1.3 Signes de gravité.

La procédure de rappel a mis en évidence 3.5% de patients présentant des signes de gravité. Ce taux à l'échelle numérique est peu important et non significatif, cependant à l'échelle individuelle, il est non négligeable. Les risques d'erreurs humaines ne peuvent être nuls mais doivent s'en approcher.

4.1.4 Taux de satisfaction / seconde régulation médicale.

Quarante sept pourcents des patients se disent insatisfaits par la régulation médicale. Ce pourcentage très important pose de nombreuses questions. Pour autant, la réponse à ces questions ne pourra se faire qu'à l'aide d'une étude complémentaire, les motifs exacts d'insatisfaction n'ayant pas été recherchés au cours de la procédure.

Malgré tout, plusieurs réponses ont pu être relevées, certains patients ont évoqués spontanément « l'impression de ne pas être écoutés » ou « il ne m'a pas proposé de solutions ». On remarque de plus que pour une partie des patients la principale demande était l'envoi d'un médecin généraliste qui ne leur a pas été proposé.

Cette demande fait écho avec la mise en place d'une modification du système de soins au cours de ces dernières années visant à alléger les gardes de médecins généralistes, moins nombreux sur le terrain et tout aussi sollicités.

S'il on met en parallèle les résultats d'une nouvelle régulation (réalisée dans 19% des cas), on s'aperçoit que ces derniers confirment dans la plupart des cas la première régulation. Un réajustement vers une hospitalisation est réalisé dans seulement 4% des cas. On peut alors discuter de l'insatisfaction des patients, qui n'est donc pas nécessairement lié à une mauvaise régulation mais plutôt à une demande accrue d'une médicalisation non justifiable après régulation (on peut noter que l'insatisfaction est globalement répartie dans chaque tranche d'âge).

4.1.5 Médecins de garde / Médecins mobiles effecteurs

On note que seules 32 consultations ou visites à domiciles ont été réalisées au cours d'une semaine de permanence de soins, impliquant une économie en matière de ressources médicales. Cependant, une étude réalisée au SAMU 85 sur l'année 2011 retrouve qu'entre 08h00 et 00h00, les réponses données par la médecine générale sont dans 52,9 % des cas un conseil médical, dans 5 % des cas l'envoi d'un vecteur type ambulance privée, dans 5,5 % des cas le conseil de se rendre par ses propres moyens vers une structure d'urgences, et dans 36,6% des cas un acte de médecine générale (visite ou consultation). Entre 00h00 et 08h00, les propositions données sont 69,1 % pour les conseils, 7,7 % l'envoi d'un moyen, 13 % pour le transport par ses propres moyens sur une structure d'urgences et 10,2 % pour un acte de médecine générale.

Il est donc retrouvé une très nette différence de réponse donnée par la médecine générale aux appelants. Le conseil médical passe de 52,9 % le jour et la soirée à 69,1 % en nuit profonde, alors que l'acte de médecine générale passe de 36,6 % entre 08h00 et 00h00 à 10,2 % en nuit profonde (résultats statistiquement significatifs.)

D'autre part, le jugement à posteriori des médecins reste discutable, en effet même si une hospitalisation est décidée secondairement, c'est avec l'aide du médecin sur place.

4.1.6 Hospitalisation

Dans la plupart des cas, la décision des MRG d'adresser les patients aux urgences est justifiée. En effet dans 55% des cas, les services d'urgences confirment l'indication d'hospitalisation. On note cependant que 24% des patients sont finalement jugés CCMU 1 (cf annexe 6). Ces derniers résultats posent de nouveau la question d'une sous- utilisation des médecins de garde. Cela évoque de plus une probable charge de travail supplémentaire des services d'urgences et donc un coût supplémentaire en matière de santé (infirmière d'accueil, médecins...)

4.2 LA PROCEDURE DE RAPPEL

4.2.1 Difficultés liées à la procédure de rappel

Dans l'objectif de réaliser une phase de test solide pour la mise en place d'une procédure de rappel standardisée, il a fallu s'appuyer sur un échantillon important de personnes à contacter, afin de valider la pertinence de la procédure et de bénéficier de résultats de référence fiables pouvant servir de base de comparaison et d'amélioration.

A ce titre, le nombre de rappel avait été initialement fixé à 200. Or, il a été jugé plus pertinent de cibler une plage de temps plutôt qu'un nombre d'appels, pour la double raison que :

- Cela tend à diminuer l'impact de phénomènes extérieurs et lisse les résultats
- Cela facilite les comparaisons et améliore la pertinence des interprétations

En couvrant une semaine entière, le nombre d'appels à effectuer s'élevait à 337, dont 220 à destination des patients eux-mêmes, soit une augmentation de l'ordre de 70% de l'objectif initial.

La première difficulté fut d'organiser une collecte des données, au regard de la quantité de personnes à contacter. Cette problématique fut partiellement résolue grâce à l'utilisation d'un formulaire en ligne, reprenant chacune des étapes de la procédure et permettant de stocker les résultats sous forme d'un tableur Excel aisément interprétable pour la mise en place de statistiques.

La seconde difficulté liée au nombre de dossiers à traiter réside dans l'organisation même du travail de rappel, qui ne doit pas interférer avec la bonne marche du SAMU-Centre15. En effet, si la procédure test qui était programmée chaque lendemain matin entre 9h et 12h ne s'est montrée que peu contraignante pour le personnel de régulation (qui montrait malgré tout une certaine appréhension), il convient de rappeler qu'une standardisation impliquera nécessairement la mobilisation des effectifs en place à cette tâche. En outre, il apparaît qu'une plage horaire fixe ne soit pas la solution idéale pour parvenir à joindre le maximum de personnes, ce qui entraînera des contraintes de management évidentes pour espérer améliorer le taux de réponse.

La troisième difficulté découle directement de la remarque précédente et porte sur la capacité à joindre les patients. Avec 144 contacts établis sur 220 patients ayant appelé pendant la période de test, le taux de réponse s'élève seulement à 65%. Si cette base demeure suffisante pour dresser un premier aperçu de la situation, il n'est pas satisfaisant de la laisser à ce niveau, aussi doit-on envisager des solutions pour augmenter ce taux à un objectif de 85%. Parmi les pistes envisageables, le décalage des plages de rappels semble la plus indiquée. En effet, il apparaît comme opportun d'effectuer un second rappel sur un deuxième créneau horaire, placé entre 12h30 et 14h ou après 17h, en dehors des horaires de travail. La seconde possibilité serait de réaliser la procédure de rappel 2 à 3 heures immédiatement après l'appel initial afin de dépister le plus rapidement possible les critères de gravité.

A noter que ce décalage n'a pu être effectué pendant la phase de test en raison du travail de vérification des données enregistrées et de débogage de l'outil informatique.

Enfin, la dernière difficulté relevée repose sur les cas n'entrant pas dans le schéma défini par le processus. Ainsi, plusieurs rappels ont dû être abandonnés faute de pouvoir être mis en relation avec les personnes concernées.

On notera ainsi que :

- Deux patients ont été perdus de vue en raison d'un recueil de téléphone attribué à une tierce personne ne connaissant pas directement la personne (passant, voisin...)
- Deux personnes ont été perdues de vue en raison de l'absence de transmission de l'appel initial (EHPAD), entraînant l'impossibilité d'appréhender l'ensemble du dossier.
- Un recueil initial de nom faux, entraînant l'impossibilité de suivre le dossier.

4.2.2 Biais de la procédure de rappel

Parallèlement aux difficultés rencontrées quant à la quantité de patients à contacter, un certain nombre de biais sont susceptibles de venir interférer sur les résultats obtenus.

Ainsi, la procédure a été réalisée en semaine, en dehors des périodes de vacances. Ce choix est motivé par une volonté de procéder à un étalonnage sur une base stable et la moins exposée aux contraintes externes. En effet, bien que l'activité de régulation du SAMU-Centre 15 soit fortement liée aux périodes d'affluence (vacances, week-end), les populations d'appelant lors de ces créneaux ne sont pas nécessairement représentatives de la population locale et du travail effectué au cours de l'année.

Pour autant, l'application de la procédure sur ces périodes spécifiques représente un réel intérêt en termes d'évaluation des décisions prises par les médecins régulateurs de l'ADOPS, tout comme il peut être pertinent de comparer les différences de résultat entre périodes normales et périodes de forte activité. Une étude comparative pourrait dès lors être menée afin d'établir si les changements de population et les périodes de pics affectent ou non la qualité des prises en charge.

Le deuxième biais relevé au cours de l'analyse des résultats est à relier au faible taux de médecins généralistes sollicités par les MGR de l'ADOPS. Avec seulement 32 rappels à leur destination, force est de constater qu'il est difficile d'interpréter des tendances représentatives sur l'ensemble de la Vendée.

Dans le même registre, il existe également un biais de mesure dans le sens où seuls 12 médecins régulateurs ont été à l'origine des 317 rappels. Il apparaît ainsi peu pertinent de tirer des conclusions globales sur un si faible échantillon.

Néanmoins, pour ces deux derniers biais, la multiplication des procédures devrait tendre à lisser les résultats vers des tendances générales et plus représentatives de l'ensemble des sujets concernés.

Enfin, le dernier biais méritant d'être discuté repose sur la mémorisation des patients interrogés. Le facteur temps étant nuisible à la qualité des données recueillies, il a été décidé de procéder aux rappels chaque lendemain matin. Or, comme nous l'avons précédemment évoqué, cette plage horaire n'est pas nécessairement la plus propice pour joindre le maximum de patients. Et dans la mesure où le second rappel serait effectué à un autre moment de la journée, il convient de se poser la question de la viabilité des données obtenues après un délai plus long, et notamment de savoir précisément au-delà de quel laps de temps faut-il considérer les informations comme définitivement périmées.

4.2.3 Préambule à une standardisation.

Les biais et difficultés évoqués précédemment laissent suggérer de nombreuses pistes d'améliorations possibles.

Tout d'abord, il est impératif de vérifier les coordonnées des patients, afin de limiter le nombre de personnes perdues de vue. Pour ce faire, les ARM devront impérativement recueillir et valider le nom du patient et un numéro de téléphone où le joindre, avec un numéro de téléphone portable supplémentaire le cas échéant (ce qui permettrait un meilleur contact).

La mise en place de formation auprès des ARM face à ces difficultés semble essentielle à un bon fonctionnement de la procédure de rappel.

Concernant la période de rappel, il semble impossible de les réaliser à un autre moment de la journée, sous peine de voir la qualité des informations recueillies amoindries, ou pire encore, de diminuer la qualité même de la prise en charge du fait d'un appel trop tardif. Car dès lors que la procédure est mise en application et pour quelle que période que ce soit, elle s'inclut inéluctablement dans la chaîne de soins. De fait, la découverte d'un signe de gravité pouvant être détecté au cours de la procédure de rappel ne saurait tolérer une attente trop importante.

Cependant, l'augmentation significative du taux de réponse demeure une priorité pour la pertinence des analyses. Puisqu'il paraît inenvisageable de réaliser la procédure durant la permanence de soins en raison d'une augmentation significative du nombre d'appel le soir ou le week-end, l'une des principales pistes consiste à :

- Conserver la plage horaire actuelle, qui représente le compromis idéal en terme de temps écoulé / qualité des informations

- Créer une nouvelle plage horaire, entre 12h30 et 14h30, durant laquelle seuls les seconds rappels seront réalisés, ou 3 heures après l'appel initial.

Au risque de détériorer légèrement la qualité générale des résultats obtenus, ces solutions offrent le mérite d'augmenter les chances d'entrée en contact grâce à l'élargissement des créneaux d'appels et des possibilités de mise en relation. Toutefois, si l'on peut considérer que le maximum a été fait pour joindre le patient, de nombreuses questions d'ordre éthique persistent :

- Comment considérer les patients non contactés/injoignables ?
- Dans quelle mesure la procédure est-elle capable de détecter l'ensemble des personnes nécessitant des soins médicaux ?

4.2.4 Intérêt de la procédure sur le long terme

Outre la mise en place d'un engagement du SAMU-Centre 15 autour d'une démarche qualité recommandée par l'HAS, il existe de nombreux atouts au prolongement de cette procédure dans la durée, notamment en matière de gestion des équipes et de suivi des évolutions.

On notera tout d'abord qu'il peut s'agir d'un véritable outil de gestion, capable d'aider à la conduite des changements nécessaires à l'amélioration de la prise en charge médicale. En s'inscrivant dans le temps, les analyses permettront d'avoir une vision plus globale mais aussi plus précise de la qualité de régulation dans son ensemble, sans pour autant s'inscrire dans une démarche d'évaluation individuelle.

Par ailleurs, les différentes périodes enregistrées pourront également servir d'indicateurs de l'évolution de la régulation : sur une année, entre N et N-1, entre périodes scolaires et vacances. Il sera désormais possible d'étudier l'activité du centre de régulation en fonction de différents paramètres extérieurs identifiables.

Enfin, la présentation de résultats découlant de la procédure pourra être l'occasion d'échange avec les membres du centre de régulation, notamment au travers de réunions évoquant les dossiers difficiles ou remarquables.

4.2.5 Fréquence des procédures de rappel

Dans l'optique de placer le patient au centre de l'offre de soin, il convient de se demander ce que peut réellement apporter de plus une procédure de rappel en matière de démarche qualité.

Au regard des résultats de la présente étude, on constate que 9 patients ont été hospitalisés suite à la procédure de rappel. Si ce nombre reste statistiquement minime au regard du panel étudié, il n'est cependant pas acceptable lorsqu'on évoque un problème de santé. Associé au 19% de personnes régulées une seconde fois, il ne fait plus aucun doute de l'intérêt d'une procédure de rappel dans le cadre d'une démarche de qualité.

Ces chiffres peuvent d'ailleurs être mis en comparaison avec ceux tirés d'une étude similaire [11] réalisée au SAMU-Centre 15 de Loire-Atlantique. On y apprend que suite à la procédure de rappel visant à analyser la permanence de soin réalisée du 22/09 au 21/11/2010, le taux de nouvelle régulation médicale était alors de 4,7%, soit 14 patients sur 298 DRM recontactés. On découvre également que sur ces 14 personnes, seule 1 a fait l'objet d'une hospitalisation tandis que 12 autres patients ont bénéficié d'un nouveau conseil médical, le dernier dossier ayant conduit à une consultation médicale.

Si les situations et les environnements sont bien évidemment différents, l'écart de résultat est suffisamment notable pour justifier à lui seul de l'importance d'une évaluation et d'une amélioration des pratiques professionnelles.

Dans la logique d'agir dans l'intérêt du patient, il conviendrait alors d'ajuster la fréquence des procédures en fonction des résultats obtenus. Ainsi, l'évaluation quotidienne systématique apparaît comme une réponse à court terme aux écueils relevés par la procédure, avec à terme la possibilité de réduire cette fréquence en fonction des améliorations enregistrées (aussi bien en matière de nouvelle régulation qu'en termes de qualité perçue par le patient).

4.2.6 Interprétations et propositions d'amélioration

En complément des propositions déjà évoquées au fil de la discussion, plusieurs autres pistes restent à explorer.

Ainsi, l'intérêt de la procédure ne saura se révéler qu'au travers de l'implication des équipes. L'analyse et l'interprétation collective des résultats pourront être l'occasion de créer des protocoles-types de régulation, susceptibles d'apporter des solutions à des situations rencontrées et gérées de manière non-optimale. Malgré tout, il semble difficile de standardiser l'ensemble de la régulation médicale et les effets à escompter demeurent relativement restreints. En effet, une thèse [12] réalisée dans les Bouches du Rhône n'a pas montré de différences significatives dans l'amélioration des pratiques suite à la mise en place d'un guide de protocole.

Si les situations sont différentes et que la portabilité de ces analyses est à proscrire, il convient de s'interroger sur les moyens à mettre en œuvre pour permettre à cette démarche d'obtenir des résultats plus probants. Il s'agirait alors de chercher à développer des protocoles autour de situations non-conventionnelles, face auxquelles les médecins régulateurs ne sont pas nécessairement habitués et suffisamment formés pour parvenir à y répondre de manière optimale.

De même, la mise en place de formations médicales continues, notamment sur les moyens de communication [13] qui sont souvent peu ou mal maîtrisés, serait l'occasion de mobiliser les équipes autour de notions assez novatrices dans le monde médical, telles que « la qualité perçue » ou « la satisfaction-patient ».

Toujours dans cette optique, il serait intéressant de développer une approche managériale de la procédure, impliquant directement les personnels médicaux dans le recueil des données afin les faire participer activement et personnellement à la procédure.

Une autre piste envisageable concerne la prescription médicamenteuse téléphonique [10], qui est souvent sous-employée par les médecins régulateurs, faute de formations suffisantes quant à leur utilisation et leur mode de fonctionnement. Une meilleure utilisation de ce procédé permettrait alors de réduire le nombre de consultation médicale secondaire, et offrirait selon toute vraisemblance un nouveau levier de satisfaction pour le patient.

Cependant, cette approche ne peut se faire sans l'approbation de l'Ordre des Pharmaciens de Vendée, jusque-là opposé à la dématérialisation complète de la permanence de soins et à la réception de PMT dans les officines (malgré cela les pharmaciens vendéens sollicités pour recevoir des PMT par fax ne s'y sont jamais opposés en pratique courante).

Par ailleurs, si ce présent travail expose les résultats de la procédure appliquée à la permanence de soins en Vendée, il serait sans doute pertinent de la généraliser à l'ensemble du centre de régulation et ce pour de nombreuses raisons :

- Evaluation globale des pratiques de régulation
- Evaluation des performances de la médecine de jour
- Evaluation des écarts entre médecine de jour et permanence de soins

En effet, ce dernier point serait alors l'occasion d'échanges et de partages entre médecins ADOPS et médecins urgentistes, permettant ainsi de décloisonner les compétences et d'apporter de nouveaux points de vue sur des situations bien spécifiques.

4.3 REFLEXIONS AUTOUR DE LA QUALITE DE LA REGULATION MEDICALE

4.3.1 Une mise en place concrète

La notion de qualité durant les permanences de soins intervient suite à de nombreux rapports évoquant d'importants manquements au regard des moyens engagés. Le rapport de médiation et de proposition d'adaptation de la permanence de soins de 2007 [14] évoque ainsi une PDS fragile et coûteuse, avec un rôle grandissant des structures hospitalières.

Face à ce constat, le centre de régulation médicale semble aujourd'hui le seul garant de l'accès au juste soin [15]. Véritable facteur d'égalité et de cohésion sociale, il organise les ressources de l'hôpital et contribue à une meilleure structuration de l'offre de soin. Pour autant, ses capacités ne sont pas sans limites et le désengagement progressif des médecins généralistes dans la PDS contribue à une détérioration générale de cette offre de soins.

Ainsi, le rapport précédemment évoqué concluait sur de multiples préconisations visant à améliorer l'efficacité des moyens mis en œuvre lors de la PDS :

- Mise en place de dispositif économe en temps médical
- Décentraliser l'initiative et les marges d'adaptation au profit des structures régionales et départementales
- Considérer l'efficience et ajuster en fonction les coûts pour la collectivité
- Favoriser le volontariat et sa pérennisation par des contrats spécifiques
- Adapter et améliorer les formations des personnels médicaux
- Informer la population

4.3.2 Les opportunités de la démarche

On distingue globalement au travers des modalités de prise en charge lors des permanences de soins [5] une idée générale selon laquelle l'efficacité d'une proposition d'offre de soins s'accompagne obligatoirement d'un rapprochement entre les centres de décisions effectifs et le patient. S'inscrivant totalement dans le cadre d'une démarche qualité, cette solution soulève cependant la problématique du dispositif de communication entre le cadre national qui définit la conduite à tenir, et son adaptation locale qui se doit de mettre en pratique ces recommandations par des outils concrets.

Toute la difficulté de cette démarche repose donc sur son application effective, car si la Vendée a su organiser sa permanence de soins ambulatoires par la mise en place de médecins effecteurs, ce dispositif récent reste très fragile et soulève d'autres questions telles que son impact sur les consultations aux urgences ou son adéquation en période de forte activité.

La procédure de rappel, qui est intrinsèquement liée à la démarche qualité, ouvre alors de nouvelles perspectives quant à la gestion de l'offre de soins durant la PDS. En analysant les résultats, il devient dès lors possible d'évaluer les défaillances et de recentrer le dispositif vers des solutions plus efficaces, tant pour le patient que pour l'hôpital.

Car si l'objectif initial d'une démarche qualité est de replacer le patient au centre de l'offre de soins, il convient de ne pas oublier que les débouchés en matière d'économie en ressources humaines et budgétaires sont nombreux.

4.3.3 Un bouclier légal

La régulation médicale [16] [17] reste un exercice difficile, notamment dans les situations à risques. Ces dernières sont nombreuses et d'autant plus importantes qu'elles résultent d'une activité médicale réalisée à distance du patient. Alors que les situations sont relativement différentes, les risques médicaux légaux [18] sont parfaitement identiques à ceux des autres médecins.

Face à une obligation de moyens et d'informations, le risque pénal lié à l'omission de porter secours ou aux délits non intentionnels est bien réel. Dès lors, toute action visant à s'inscrire dans une démarche qualité offre une réelle opportunité de se prémunir face à cette menace : l'offre de soins n'en sera ainsi que meilleure et la mise en place d'une procédure de rappel serait alors un rempart supplémentaire aux éventuelles défaillances de la PDS.

4.3.4 Une garantie supplémentaire pour le patient

La régulation médicale étant possiblement sujette à l'erreur humaine, le contrôle des pratiques apparaît comme essentiel à la mise en place d'une démarche qualité. Comme nous avons pu le constater au cours de cette étude, la procédure a joué un rôle important dans la chaîne de soins pour près de 20% des DRM contactés.

On peut ainsi constater des effets immédiatement mesurables. Dès lors, la simple recherche d'amélioration des procédés est déjà en soi une forme de perfectionnement des méthodes. La procédure de rappel joue à ce titre un rôle phare dans la qualité de régulation : elle permet de contrôler, corriger et anticiper en s'adressant directement aux patients concernés.

4.3.5 Une optimisation des ressources de l'hôpital

La démarche qualité souffre bien souvent du manque de temps qui lui est consacré [19]. Pourtant, si les principaux effets sont à chercher au niveau de l'offre de soin à destination du patient, nombres d'améliorations tendent à optimiser les coûts humains et financiers, et représentent donc un véritable enjeu. La qualité est un investissement qui octroie tôt au tard un retour bénéfique, et il est donc essentiel de s'y confronter le plus rapidement possible.

Parmi les effets les plus visibles pour l'hôpital, on trouve au premier rang le nombre de primo-consultations aux urgences [20]. En effet, la demande de soins aboutit pour une grande partie des dossiers vers des conseils thérapeutiques. Or, ces derniers peuvent parfaitement être gérés à distance, déchargeant par voie de conséquence les services des urgences de consultations évitables. Ce constat s'avère d'autant plus crédible que la majorité des patients respectent le parcours de soins indiqué par le SAMU-Centre 15, confirmant ainsi les possibilités d'optimisation des ressources hospitalières au travers des centres de régulation.

Heureusement, de nombreuses démarches ont déjà été entreprises en ce sens. Bien que guidées par le respect des recommandations HAS, elles matérialisent une certaine idée de la qualité. Ainsi, l'augmentation des flux téléphoniques a contraint les régulations médicales à s'adapter en modernisant leurs centres d'appels [21] :

- Mise en place de routage téléphonique
- Distribution des appels selon des matrices
- Serveurs vocaux interactifs
- Couplage téléphonie/informatique

Une étude réalisée au SAMU 62 a ainsi pu montrer une réduction significative du nombre d'abandons.

De même, les interconnexions informatiques [22] entre le SAMU et ses différents partenaires ont permis d'optimiser la coordination et les échanges entre les différents acteurs de santé. On notera à cet effet le rôle essentiel des DMP dans la qualité de prise en charge des patients.

Outre l'optimisation des procédures, on notera également le rôle essentiel des ARM [23] dans le cadre d'une régulation de qualité. En tant qu'interlocuteurs de premier niveau, ils contribuent à la récupération des informations primordiales (nom, localisation, nature de la demande) et orientent les appels, pouvant selon les cas déclencher un SMUR [6] (situations nécessitant une régulation prioritaire P0). On comprend alors aisément l'importance de leur contribution dans la démarche qualité et la nécessité de les faire participer à toute évolution (formation, procédure de rappel...) susceptible d'améliorer l'affectation des ressources.

La procédure de rappel s'inscrit également dans cette logique. En cherchant à améliorer la qualité de régulation, l'idée sous-jacente est de diminuer le nombre de patients qui pourrait à terme devenir une charge non prévue initialement. Au final, on constate que la qualité de soins pour le patient est étroitement liée à la performance médicale pour le centre de régulation, qui doit affecter les ressources nécessaires et suffisantes pour traiter au mieux la problématique du patient.

4.3.6 De la qualité vers l'efficience

Dans un contexte de demande croissante de la part des patients [24], plusieurs indicateurs ont été développés afin de mesurer l'efficacité des centres de régulation, avec des critères tels que le nombre d'appel décrochés en moins d'une minute ou le temps de disponibilité des professionnels.

Dès lors, la notion de qualité tend plus vers une notion de performance, et se détache de son objectif premier qu'est le patient. On lui préférera alors l'idée d'efficience, qui associe l'idée de résultat (la qualité pour le patient) à celle d'optimisation (efficacité et pertinence des solutions proposées), permettant ainsi de concilier les objectifs des trois parties :

- La qualité et la rapidité pour le patient
- Des conditions de travail sereines pour les acteurs de la régulation
- Une gestion pérenne et durable des ressources pour la direction

Il sera alors préférable de se référer à des indicateurs plus neutres, tels que le volume des flux, la qualité des services, le taux d'accueil, le nombre de nouvelle régulation...

4.3.7 Une tendance de fond

Plus qu'un simple effet de mode, la démarche qualité semble s'inscrire profondément dans les évolutions du monde médical et plus particulièrement hospitalier. Permettant en théorie de substantielles économies, elle correspond aux contraintes budgétaires des centres de régulation, qui faute de pouvoir faire plus doivent pouvoir faire mieux. Cette tendance se vérifie d'autant plus que le contexte législatif encadrant la régulation médicale pointe dans cette direction : recommandations HAS [5], rapport Boënnec concernant la PDS [25]

Ainsi, ce dernier valorise le suivi des dossiers de régulation médicale et recommande le rappel des patients. Les conclusions de ce rapport (annexe 5) mettent en valeur l'importance d'unifier et de simplifier le pilotage de la permanence de soins sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé et d'agir sur la formation auprès des étudiants, en les préparant à l'exercice de la PDS.

4.3.8 La permanence de soins dans les zones blanches

Il convient enfin de s'interroger sur la notion de qualité dans le cadre d'une prise en charge relayée par un médecin correspondant SAMU [26]. Participant à l'aide médicale urgente au sein des zones blanches, ils font partie à titre complémentaire du réseau des urgences. Ce dispositif distinct de la permanence de soins génère une confusion. Les médecins correspondant SAMU répondent à une demande présidentielle d'un accès aux soins de moins de 30 minutes. Si la présence de ces relais de compétence est déjà un gage de qualité médicale en soi, ce dispositif comporte un certain nombre de contraintes.

Ainsi, ces médecins supportent déjà une charge de travail notable du fait de leur activité de généraliste. Si la qualité de ces médecins n'est pas à remettre en cause, on s'interrogera cependant sur leurs conditions de travail, susceptibles d'affecter certaines prises en charge. Ils ont l'obligation de participer à la permanence de soins en parallèle.

Concernant la régulation appliquée aux zones blanches, une thèse réalisée en 2005 [27] au décours des grèves de médecins généralistes dans l'Allier révèle une nette amélioration de la PDS lorsque la régulation médicale était plus importante. On peut dès lors envisager qu'une amélioration générale de la qualité du centre de régulation aurait selon toute vraisemblance un effet positif sur la prise en charge et améliorerait sensiblement leurs conditions de travail.

CONCLUSION

La permanence de soins est indissociable de la régulation médicale. Cette dernière est en effet au centre d'un dispositif complexe dont l'objectif essentiel est de permettre l'accès au juste soin.

L'évolution de la démographie médicale et la modification des besoins des patients obligent les centres de régulation à une adaptation permanente de leurs pratiques. En réponse à ces problématiques, les professionnels du monde médical de Vendée se sont associés pour créer l'ADOPS, dont le rôle est d'assurer le bon fonctionnement de la permanence de soins.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la démarche de pilotage de l'efficacité de la régulation médicale. Au travers de la mise en place d'une procédure de rappel, certaines défaillances ont ainsi pu être mises en évidence : un fort taux d'insatisfaction des patients ayant recours au 15 ou au numéro dédié à la PDS, des signes de gravité détectés dans 5 cas et un pourcentage de nouvelle régulation trop élevé.

Sur le long terme, la mise en place d'une telle procédure permettrait de répondre à la fois aux recommandations HAS et à une volonté d'améliorer les prises en charge de manière durable. Arriver à ce résultat nécessitera cependant une forte implication de l'ensemble des personnels médicaux, avec notamment une vigilance toute particulière des ARM en matière d'interrogatoire médical et de suivi des patients.

La procédure de rappel semble l'outil idéal pour faire face au consumérisme grandissant des patients en terme de soins. Si la formation des professionnels de santé reste nécessaire, l'éducation des patients sur le long terme apparaît comme la solution la plus efficace pour optimiser les ressources de l'hôpital.

A ce niveau, la procédure de rappel peut jouer un rôle moteur de par son approche active du patient (c'est le médecin qui appelle et non l'inverse) et sa capacité à faire évoluer la régulation en fonction des besoins et des attentes de la population.

La mise en place d'un système efficient ne saurait avoir lieu sans l'utilisation d'outils performants, avec en tête de liste celle du Dossier Médical Partagé, essentiel au travail des médecins régulateurs de l'ADOPS.

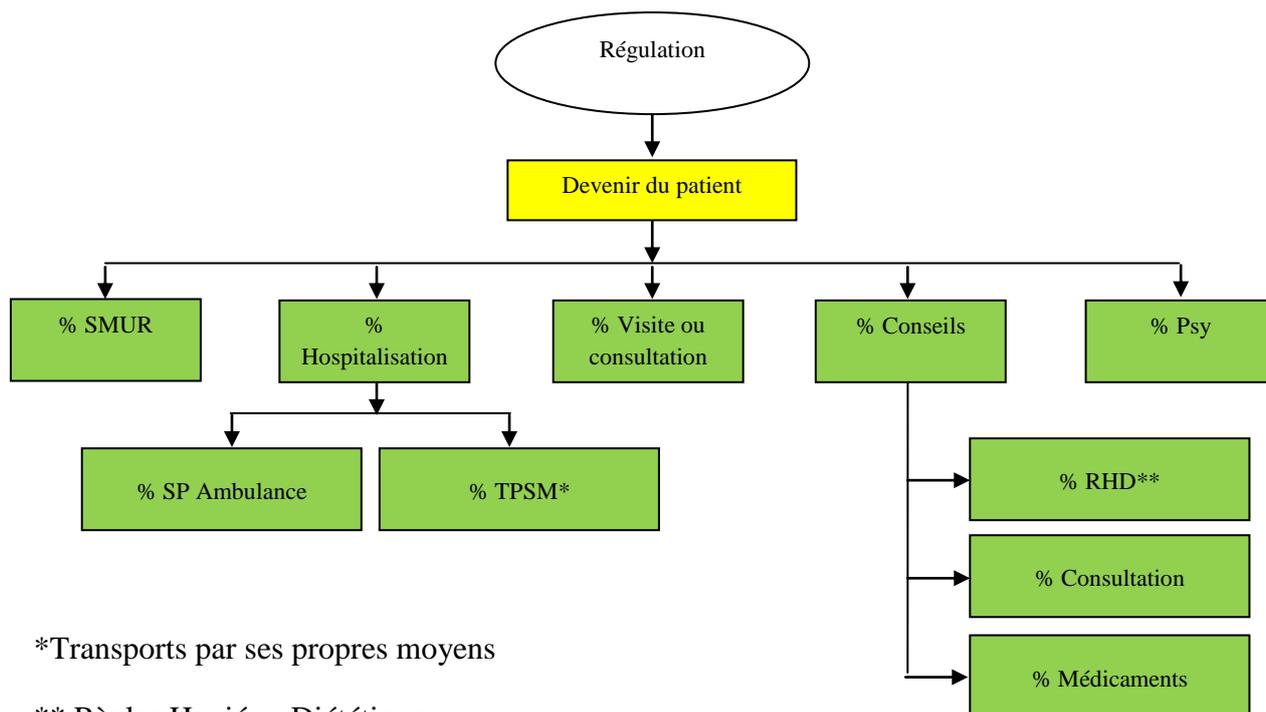
BIBLIOGRAPHIE

1. Décret relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées « SAMU ». N°87-1005 Décembre 16, 1987 p. 14692.
2. Code de la santé publique Article L6314-1 ; L6314-2 ; L6314-3 Loi 2009-879 <http://www.legifrance.gouv.fr>
3. Code de la santé publique Article 6311-1 ; 6311,2 Loi 2009-879 <http://www.legifrance.gouv.fr>
4. Conseil de l'ordre des médecins. Code de déontologie. Articles 33-35-36-77- 78.
5. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale 2011.
6. Bagou G, Berthier F. Guide d'aide à la régulation au Samu Centre 15. 2ème éd. 2009.
7. Bonnefoy V. Gicquaud N. Vendée 240000 habitants supplémentaires d'ici 2040 INSEE
8. MEAH. Améliorer l'organisation des Centres 15, Chaque appel compte, Chaque seconde compte Rapport de fin de chantier pilote 2008
9. Haute Autorité de Santé. Prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale 2009.
10. Klein T. Etude qualitative des prescriptions médicamenteuses téléphoniques au SAMU centre 15 de Loire Atlantique. Thèse Docteur en Médecine 2012
11. Penverne Y, Labadi J. Faut-il rappeler les patients qui recourent au Samu-Centre 15 2011
12. Malartic M. Evaluation de l'application d'un protocole de régulation par les médecins hospitaliers et libéraux au Samu-Centre 15. Thèse Docteur en Médecine 2005
13. Goffinet N. Qualité de la relation téléphonique au SAMU- Centre15 du CHU de Nantes. Thèse Docteur en Médecine 2010.
14. Bachelot R. Rapport de Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins 2007
15. Giroud M. La régulation médicale en médecine d'urgence. Réanimation 2009 ; 18 : 737-41
16. Penverne Y, Jenvrin J, Debierre V, Martinage A, Arnaudet I, Bunker I, Berthier F Régulation médicale des situations à risque. Urgences 2011

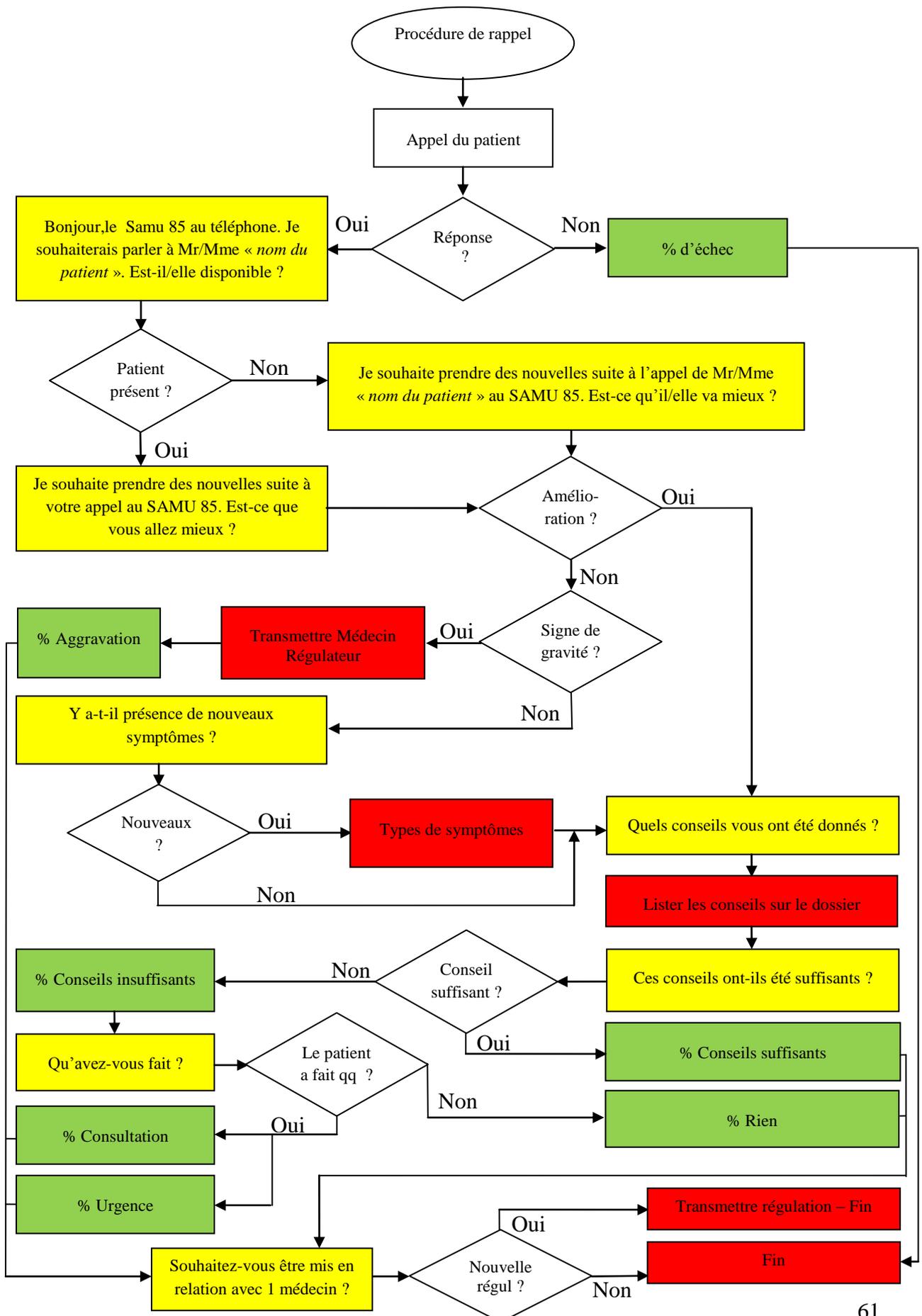
17. Severin J.F. Urgences pré-hospitalières et femmes enceintes (UPREFE) Thèse Docteur en Médecine, Lille II, 1998
18. Corrège D. le risque médico-légal de la régulation médicale. Congrès d'Urgences 2007 ; 681-9
19. Labady J. Penverne Y L'efficacité dans la prise d'appel Congrès d'Urgences 2012 Ch 92 p1-11
20. Bouvais W. Impact de la régulation du Samu-Centre 15 de Loire Atlantique sur les entrées aux urgences du CHU de Nantes entre 2000 et 2004. Thèse Docteur en Médecine 2007
21. Majed B. Valette P, Devienne J. Amélioration et optimisation de la réception des appels au Samu : le call center « avancé » Journal Européen des Urgences 2009, 22, 73-80
22. Penverne Y. Jenvrin J Samu Centre 15 : de nouveaux métiers et nouvelles pratiques. Un centre de réception et de régulation des appels ou de relation patient ? Qualité performance et pilotage. Congrès d'Urgences 2009 Ch 79 p793-806
23. Labady J. Penverne Y L'efficacité dans la prise d'appel Congrès d'Urgences 2012 Ch 92 p1-11
24. Boennec P. Rapport (n 1205) d'information sur la permanence des soins. 21 octobre 2008. <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1205.asp>
25. Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, référentiel commun DDSC- DHOS, 2008
26. Gauthier C. La permanence des soins dans l'Allier Evolution des modalités de régulation médicale des appels au Samu Centre 15 de Moulins A propos d'une étude prospective effectuée au cours des mois de mars 2005 et mars 2006 Thèse Docteur en Médecine 2007
27. Braun F, Berthier F. Les interconnexions de la régulation médicale. Congrès d'Urgences 2009 Ch79 p 793-806

ANNEXES

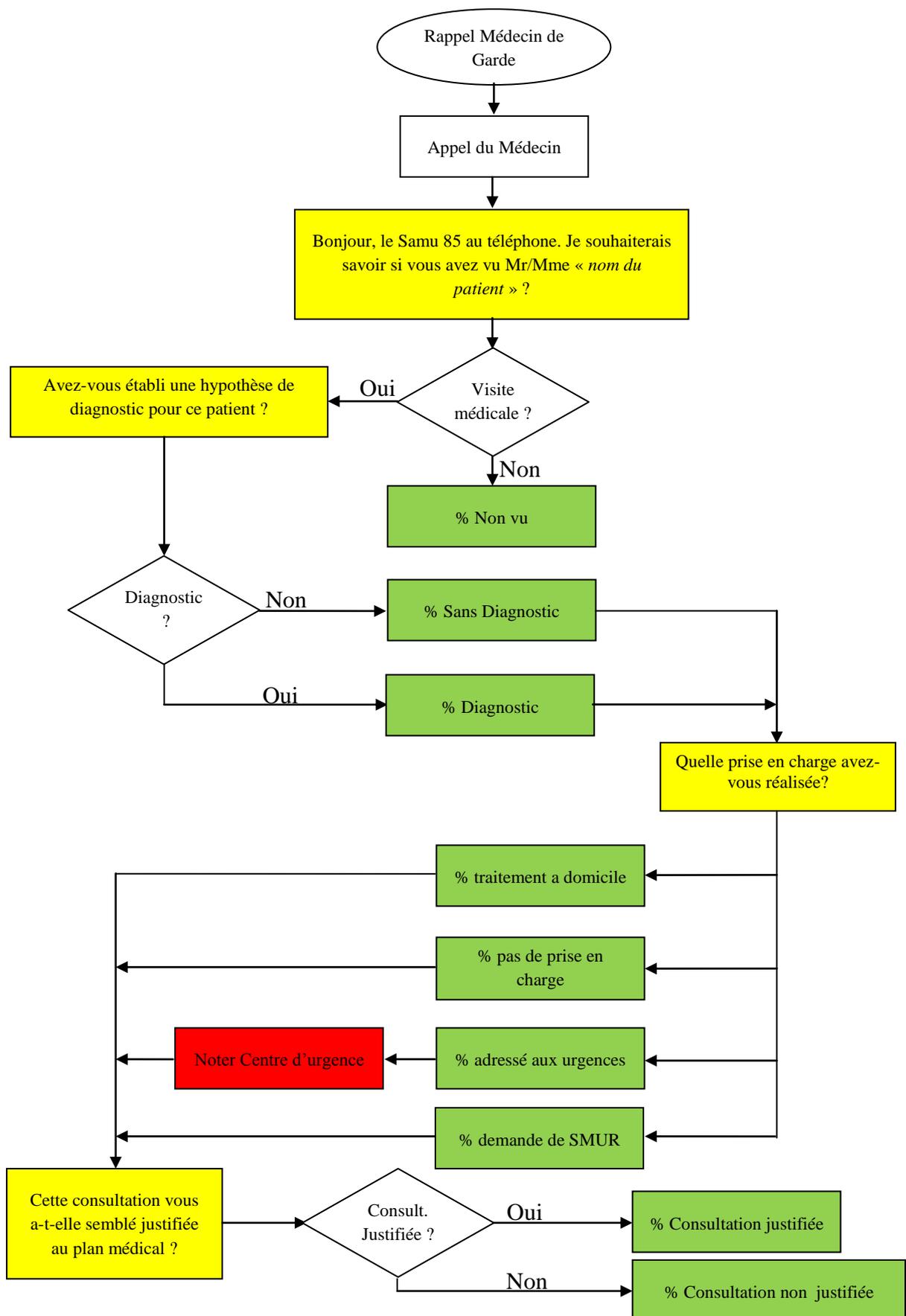
ANNEXE 1 : ORGANIGRAMME DES RESULTATS



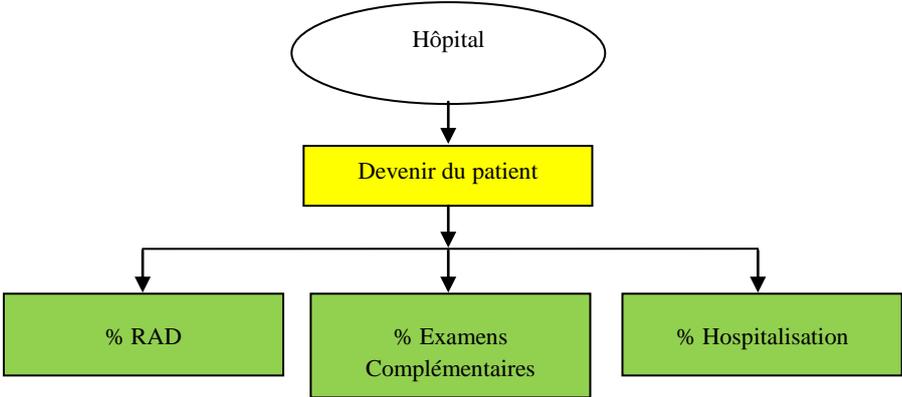
ANNEXE 2 : ALGORITHME DE RAPPEL PATIENT



ANNEXE 3 : ALGORITHME DE RAPPEL MEDECIN



ANNEXE 4 : ALGORITHME DE RAPPEL HOPITAL



ANNEXE 5 : RAPPORT BOENNEC 2008

LES PROPOSITIONS DE REFORME

LES AXES MAJEURS

Faire des agences régionales de santé les maîtres d'œuvre de la permanence des soins pour clarifier la gestion stratégique des mécanismes sanitaires

Fonder le nouveau dispositif sur un volontariat étendu formalisé par des contrats pour équilibrer les droits et les devoirs des acteurs du monde de la santé

Charger les centres de régulation médicale du pilotage opérationnel du dispositif pour une meilleure allocation des moyens aux besoins

Informers la population sur les bonnes pratiques en matière de permanence des soins pour rationaliser les comportements

Former davantage les jeunes médecins à l'exercice de la médecine de premier recours pour mieux les mobiliser

LES PROPOSITIONS CONCRÈTES

1. Définir un volet de permanence des soins dans le schéma régional d'organisation sanitaire établi par les agences régionales de santé

2. Instituer des organes consultatifs dans chaque département

3. Généraliser les pôles de premier recours sur tout le territoire en privilégiant leur adossement à des structures de soins préexistantes

4. Charger les agences régionales de santé d'un rôle d'appui dans la constitution et l'équipement des pôles de premier recours

5. Compléter le réseau des pôles de premier recours par des médecins mobiles chargés de visiter les patients incapables de se déplacer seuls

6. Fondre en une seule enveloppe les dotations financières, et en confier la gestion aux agences régionales de santé

7. Doter les agences régionales de santé de moyens d'évaluation et de prospective pour l'amélioration de leurs dispositifs, et leur confier un pouvoir d'expérimentation

8. Ecarter l'idée d'un retour à des gardes médicales obligatoires

9. Privilégier les incitations contractuelles aux pénalités administratives pour dresser les tableaux de garde sur la base du volontariat
10. Rendre éligible à ces contrats les médecins généralistes non installés (jeunes retraités, remplaçants, salariés, internes, etc.), créant ainsi une réserve médicale
11. Encourager les médecins volontaires à assurer des gardes hors de leur secteur habituel
12. Envisager une rémunération forfaitaire des activités liées à la permanence des soins
13. Charger l'Ordre des médecins de la sanction disciplinaire des cocontractants défaillants
14. Initier une délégation des tâches au bénéfice des personnels paramédicaux
15. Coordonner les gardes des différents acteurs : médecins généralistes, médecins spécialistes, ambulanciers, pompiers, pharmaciens...
16. Contracter avec SOS Médecins pour déterminer la forme de la contribution de cet acteur à la permanence des soins
17. Recentrer les acteurs sur leur mission spécifique : l'aide médicale urgente pour les SAMU, le secours aux personnes pour les pompiers, etc.
18. Mettre fin aux gardes en nuit profonde et reporter la demande vers les hôpitaux
19. Discuter avec les autorités publiques compétentes de la prise en charge des actes médico-administratifs, qui n'appartiennent pas à la permanence des soins
20. Regrouper sous un numéro de téléphone unique toutes les demandes sanitaires des citoyens
21. Unifier les centres de régulation médicale à parité entre généralistes et urgentistes
22. Placer tous les moyens disponibles sous la responsabilité opérationnelle du régulateur
23. Généraliser la pratique du conseil médical téléphonique, voire celle de la prescription téléphonique dans le cadre de protocoles établis par la haute autorité de santé
24. Instituer un rappel automatique du patient une heure après la communication initiale
25. Améliorer le statut et la formation des permanenciers auxiliaires de régulation médicale
26. Communiquer en direction de la population sur la nouvelle architecture de la permanence des soins et inciter le citoyen à suivre les procédures prédéfinies
27. Valoriser la médecine de premier recours à l'Université en améliorant le cadre statutaire des enseignants de la discipline

28. Faciliter les contacts entre les étudiants de médecine générale et la médecine ambulatoire, en organisant des stages de second cycle, en donnant un caractère obligatoire aux stages de troisième cycle, en formant à la régulation et aux gardes, en autorisant les structures privées à accueillir des stagiaires

29. Donner aux agences régionales de santé un pouvoir de décision sur les numerus clausus des facultés de médecine de la région

30. Octroyer des bourses aux étudiants de médecine en échange d'une obligation d'exercice dans les zones mal dotées en début de carrière

ANNEXE 6 : CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES DES URGENCES

Classe CCMU	Définition
1	État clinique jugé stable. Pas de décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique au SAU
2	État clinique jugé stable. Décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au SAU
3	État clinique jugé susceptible de s'aggraver au SAU sans mise en jeu du pronostic vital
4	Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au SAU
5	Pronostic vital engagé et prise en charge ne comportant pas de geste de réanimation destiné à préserver le pronostic vital immédiat
6	Pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant des gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat

LEFORT Irène-Alexia

**REGULATION DE LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRES AU SAMU 85 :
INTERET D'UNE PROCEDURE DE RAPPEL STANDARDISEE.**

Introduction : Dans un contexte de démographie médicale décroissante en Vendée, l'organisation de la permanence des soins rencontre de nombreuses difficultés. Afin d'y remédier, la régulation médicale ADOPS joue un rôle prépondérant. Cette dernière doit évoluer continuellement afin de répondre au mieux aux attentes des patients. L'HAS recommande dans ce contexte une évaluation des pratiques.

Objectifs : Etudier la mise en place d'une procédure de rappels au cours de la permanence de soins pour tous les appels dédiés à la régulation médicale ADOPS. Etat des lieux de la régulation médicale ADOPS.

Matériels et Méthodes : Etude prospective monocentrique du 13/05/13 au 18/05/13 concernant l'ensemble des appels reçus au SAMU Centre 15 de Vendée dédiés à la régulation médicale ADOPS de la période du 12/05/13 au 18/05/13. La procédure de rappel a consisté à recontacter l'ensemble des patients ayant bénéficié de conseils médicaux ou de prescriptions médicamenteuses téléphoniques, ainsi que l'ensemble des médecins généralistes missionnés par la régulation pour examiner les patients et l'ensemble des hôpitaux dans lesquels les patients ont été adressés.

Résultats : Sur 144 patients ayant pu être contactés directement (taux de contact : 65%), 6,3% des personnes interrogées ont finalement été hospitalisées, 3,5% des personnes interrogées ont été transférées au médecin régulateur pour gravité, 31,3% des personnes interrogées ont finalement été chez un médecin de ville. 19% des appels ont été de nouveaux régulés à la demande des patients. Les médecins généralistes ont pour leur part estimé leur participation justifiée dans 94% des cas. 55% des patients admis aux urgences à la demande des médecins régulateurs de l'ADOPS ont été hospitalisés. On note également que presque la moitié des personnes interrogées n'étaient pas satisfaites de la prise en charge initiale.

Conclusion : La mise en place d'une procédure de rappel sur le long terme impliquant les ARM est une des réponses à la démarche qualité nécessaire au centre de régulation des appels. Ces résultats évoquent de plus un besoin en formation afin de mieux utiliser l'ensemble des moyens disponibles.

Mots clefs : Régulation médicale, permanence de soins, procédure de rappel, démarche qualité de soins.