



**HAL**  
open science

# Suivi à 72 heures des patients vus par SOS Médecins Grenoble : étude descriptive prospective de mars à mai 2008

Alexandre Labrosse

► **To cite this version:**

Alexandre Labrosse. Suivi à 72 heures des patients vus par SOS Médecins Grenoble : étude descriptive prospective de mars à mai 2008. Médecine humaine et pathologie. 2010. dumas-00623156

**HAL Id: dumas-00623156**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00623156>**

Submitted on 13 Sep 2011

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2010

N°

**Suivi à 72 heures des patients vus par  
SOS Médecins Grenoble  
Etude descriptive prospective de mars à mai 2008**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble  
Le 28 octobre 2010

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Par

Alexandre LABROSSE

Né le 15 Mars 1979 à Lyon (69)

Devant le jury composé de :

Présidente du jury :	F. CARPENTIER	Professeur Universitaire
Directeur de thèse :	A-M. GUILLEMAUD	Docteur en Médecine
Membres :	D. PLANTAZ	Professeur Universitaire
	R. BRIOT	Praticien Hospitalier (MCU)



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2010

N°

**Suivi à 72 heures des patients vus par  
SOS Médecins Grenoble  
Etude descriptive prospective de mars à mai 2008**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble  
Le 28 octobre 2010

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Par

Alexandre LABROSSE

Né le 15 Mars 1979 à Lyon (69)

Devant le jury composé de :

Présidente du jury :	F. CARPENTIER	Professeur Universitaire
Directeur de thèse :	A-M. GUILLEMAUD	Docteur en Médecine
Membres :	D. PLANTAZ	Professeur Universitaire
	R. BRIOT	Praticien Hospitalier (MCU)



## Remerciements

---



Je tiens à remercier sincèrement les membres du jury pour l'honneur qu'ils me font d'avoir accepté de juger cette thèse et d'apporter leur regard éclairé sur ce travail.

Je remercie tout particulièrement Madame le Professeur Françoise Carpentier pour me faire l'honneur de présider cette thèse et pour son enseignement pratique de la médecine d'urgence au cours de mes études.

Un Merci tout particulier au Docteur André-Michel Guillemaud, à l'origine de cette étude, et qui m'a guidé tout au long de ce travail. Ton enseignement a participé à ma découverte et à mon apprentissage de la médecine au contact des patients.

Merci à l'ensemble de l'équipe de SOS Médecins Grenoble pour son aide et à sa disponibilité pendant toute la durée de l'enquête.

Amicales salutations aux Docteurs Jean Bailly et Francis Devin, qui ont renforcé ma vision d'un exercice humble et humain de la médecine générale.

A Carole et Maxime, pour votre gentillesse et votre aide précieuse. Mes pensées vont vers vous.

Je tiens à remercier profondément mes parents pour leur soutien permanent, la justesse de leurs remarques sur ce travail... et d'avoir gardé les enfants !

*A Sonia, pour le bonheur de t'avoir à mes côtés encore longtemps...*

*A Valentin et Paul, nos deux petites merveilles*





# Liste des professeurs, maîtres de conférence universitaires et praticiens hospitaliers

---

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
Faculté de Médecine de Grenoble  
Domaine de la Merci 38700 La Tronche

Doyen de la Faculté de Médecine :  
Monsieur le Professeur Bernard SELE

## Professeurs des Universités – Praticiens hospitaliers

<b>ALBALADEJO</b>	Pierre	CLINIQUE D'ANESTHESIE
<b>ARVIEUX-BARTHELEMY</b>	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE
<b>BACONNIER</b>	Pierre	BIostatISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE
<b>BAGUET</b>	Jean-Philippe	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE
<b>BALOSSO</b>	Jacques	RADIOTHERAPIE
<b>BARRET</b>	Luc	CLINIQUE MEDECINE LEGALE
<b>BAUDAIN</b>	Philippe	CLINIQUE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>BEANI</b>	Jean-Claude	CLINIQUE DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE-PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE
<b>BENHAMOU</b>	Pierre Yves	CLINIQUE ENDOCRINO-DIABETO-NUTRITION-EDUCATION THERAPEUTIQUE / DIABETOLOGIE
<b>BERGER</b>	François	ONCOLOGIE MEDICALE
<b>BLIN</b>	Dominique	CLINIQUE CHIRURGIE CARDIAQUE
<b>BOLLA</b>	Michel	CENTRE COORD. CANCEROLOGIE
<b>BONAZ</b>	Bruno	CLINIQUE HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
<b>BOSSON</b>	Jean-Luc	DEPARTEMENT DE METHODOLOGIE DE L'INFORMATION DE SANTE
<b>BOUGEROL</b>	Thierry	PSYCHIATRIE D'ADULTES
<b>BRAMBILLA</b>	Elisabeth	DEPARTEMENT ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>BRAMBILLA</b>	Christian	CLINIQUE DE PNEUMOLOGIE
<b>BRICHON</b>	Pierre-Yves	CLINIQUE DE CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE
<b>BRIX</b>	Muriel	CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE
<b>CAHN</b>	Jean-Yves	CANCEROLOGIE
<b>CARPENTIER</b>	Patrick	CLINIQUE MEDECINE VASCULAIRE
<b>CARPENTIER</b>	Françoise	CLINIQUE URGENCE
<b>CESBRON</b>	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE
<b>CHABARDES</b>	Stephan	CLINIQUE DE NEUROCHIRURGIE
<b>CHABRE</b>	Olivier	CLINIQUE ENDOCRINO-DIABETO-NUTRITION-EDUCATION THERAPEUTIQUE / ENDOCRINOLOGIE
<b>CHAFFANJON</b>	Philippe	CLINIQUE CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE
<b>CHAVANON</b>	Olivier	CLINIQUE DE CHIRURGIE CARDIAQUE
<b>CHUQUET</b>	Christophe	CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE
<b>CHIROSEL</b>	Jean-Paul	ANATOMIE
<b>CINQUIN</b>	Philippe	DEPARTEMENT D'INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES
<b>COHEN</b>	Olivier	DELEGATION - HC FORUM
<b>COUTURIER</b>	Pascal	CLINIQUE MEDECINE GERIATRIQUE
<b>CRACOWSKI</b>	Jean-Luc	LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE
<b>DANEL</b>	Vincent	SAMU
<b>DE GAUDEMARIS</b>	Régis	DEPARTEMENT MEDECINE ET SANTE DU TRAVAIL
<b>DEBILLON</b>	Thierry	CLINIQUE REA. ET MEDECINE NEONATALE
<b>DEMONGEOT</b>	Jacques	BIostatISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE
<b>DESCOTES</b>	Jean-Luc	CLINIQUE UROLOGIE
<b>DYON</b>	J.François	SURNOMBRE
<b>ESTEVE</b>	François	ESRF GRENOBLE INSTITUT NEUROSCIENCES
<b>FAGRET</b>	Daniel	CLINIQUE DE MEDECINE NUCLEAIRE
<b>FAUCHERON</b>	Jean-Luc	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE
<b>FAVROT</b>	Marie Christine	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE
<b>FERRETTI</b>	Gilbert	CLINIQUE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>FEUERSTEIN</b>	Claude	GIN
<b>FONTAINE</b>	Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE
<b>FRANCO</b>	Alain	CLINIQUE VIEILLISSEMENT ET HANDICAP
<b>FRANCOIS</b>	Patrice	DEPARTEMENT DE VEILLE SANITAIRE
<b>GARNIER</b>	Philippe	SURNOMBRE
<b>GAUDIN</b>	Philippe	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE
<b>GAY</b>	Emmanuel	CLINIQUE NEUROCHIRURGIE
<b>GIRARDET</b>	Pierre	SURNOMBRE
<b>GUIDICELLI</b>	Henri	SURNOMBRE
<b>HALIMI</b>	Serge	CLINIQUE ENDOCRINO-DIABETO-NUTRITION

HOMMEL	Marc	CLINIQUE DE NEUROLOGIE
JOUK	Pierre-Simon	DEPARTEMENT GENETIQUE ET PROCREATION
JUVIN	Robert	CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE
KAHANE	Philippe	CLINIQUE DE NEUROLOGIE
KRACK	Paul	CLINIQUE DE NEUROLOGIE
KRAJNIK	Alexandre	CLINIQUE NEURORADIOLOGIE ET IRM
LANTUEJOU	Sylvie	DEPARTEMENT D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LE BAS	Jean-François	CLINIQUE NEURORADIOLOGIE ET IRM
LEBEAU	Jacques	CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE
LECCIA	Marie-Thérèse	CLINIQUE DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE-PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE
LEROUX	Dominique	DEPARTEMENT BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE
LEROY	Vincent	CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
LETOUBLON	Christian	CLINIQUE CHIRURGIE DIGESTIVE ET URGENCE
LEVERVE	Xavier	LABORATOIRE THERAPEUTIQUE
LEVY	Patrick	UFR BIOLOGIE
LUNARDI	Joël	PHYSIOLOGIE
MACHECOURT	Jacques	BIOCHIMIE ADN
MAGNE	Jean-Luc	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE
MAITRE	Anne	CLINIQUE CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE
MALLION	J. Michel	MEDECINE DU TRAVAIL EPSP / DEPARTEMENT DE BIOLOGIE INTEGREE
MASSOT	Christian	SURNOMBRE
MAURIN	Max	CLINIQUE MEDECINE INTERNE
MERLOZ	Philippe	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE
MORAND	Patrice	CLINIQUE CHIR. ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE
MOREL	Françoise	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / VIROLOGIE
MORO-SIBILOT	Denis	SURNOMBRE
MOUSSEAU	Mireille	SURNOMBRE
MOUTET	François	ONCOLOGIE MEDICALE
PASQUIER	Basile	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
PASSAGIA	Jean-Guy	SURNOMBRE
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	ANATOMIE
PELLOUX	Hervé	CLINIQUE REANIMATION
PEPIN	Jean-Louis	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
PERENNOU	Dominique	CLINIQUE PHYSIOLOGIE SOMMEIL ET EXERCICE
PERNOD	Gilles	SERVICE DE REEDUCATION
PIOLAT	Christian	CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE
PISON	Christophe	CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE
PLANTAZ	Dominique	CLINIQUE PNEUMOLOGIE
POLACK	Benoît	CLINIQUE MEDICALE PEDIATRIQUE
POLLAK	Pierre	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE
PONS	Jean-Claude	NEUROLOGIE
RAMBEAUD	J Jacques	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
REYT	Emile	CLINIQUE UROLOGIE
ROMANET	J. Paul	CLINIQUE O.R.L.
SARAGAGLIA	Dominique	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
SCHAAL	Jean-Patrick	CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
SCHMERBER	Sébastien	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SEIGNEURIN	Daniel	CLINIQUE O.R.L.
SEIGNEURIN	Jean- Marie	DEPARTEMENT ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
SELE	Bernard	DEPARTEMENT AGENTS INFECTIEUX
SESSA	Carminé	DEPARTEMENT GENETIQUE ET PROCREATION
SOTTO	Jean-Jacques	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE
STAHL	Jean-Paul	SURNOMBRE
TIMSIT	Jean-François	CLINIQUE INFECTIOLOGIE
TONETTI	Jérôme	CLINIQUE REANIMATION MEDICALE
TOUSSAINT	Bertrand	CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
VANZETTO	Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
VUILLEZ	Jean-Philippe	CLINIQUE DE CARDIOLOGIE
ZAOU	Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
ZARSKI	Jean-Pierre	CLINIQUE NEPHROLOGIE
		CLINIQUE HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

## Maîtres de conférence universitaires – Praticiens hospitaliers

<b>BOTTARI</b>	Serge	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE INTEGREE
<b>BOUTONNAT</b>	Jean	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE
<b>BRENIER-PINCHART</b>	M.Pierre	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>BRICAULT</b>	Ivan	CLINIQUE DE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>BRIOT</b>	Raphaël	SAMU
<b>CALLANAN-WILSON</b>	Mary	GENETIQUE IAB
<b>CARAVEL</b>	Jean-Pierre	CLINIQUE DE MEDECINE NUCLEAIRE
<b>CRACOWSKI</b>	Jean Luc	LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE
<b>CROIZE</b>	Jacques	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / MICROBIOVIGILANCE
<b>DEMATTEIS</b>	Maurice	CLINIQUE DE PHYSIOLOGIE SOMMEIL ET EXERCICE
<b>DERANSART</b>	Colin	GIN
<b>DETANTE</b>	Olivier	CLINIQUE DE NEUROLOGIE
<b>DROUET</b>	Christian	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE
<b>DUMESTRE-PERARD</b>	Charial	IMMUNOLOGIE
<b>EYSSERIC</b>	Hélène	CLINIQUE DE MEDECINE LEGALE
<b>FAURE</b>	Anne-Karen	BIOLOGIE DE LA PROCREATION
<b>FAURE</b>	Julien	DEPARTEMENT GENETIQUE ET PROCREATION
<b>GARBAN</b>	Frdéric	UNITE CLINIQUE THERAPIE CELLULAIRE
<b>GAVAZZI</b>	Gaëtan	CLINIQUE MEDECINE INTERNE GERIATRIQUE
<b>GRAND</b>	Sylvie	CLINIQUE DE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>HENNEBICQ</b>	Sylviane	BIOLOGIE DE LA PROCREATION
<b>HOFFMANN</b>	Pascale	CLINIQUE UNIVERSITAIRE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
<b>JACQUOT</b>	Claude	CLINIQUE ANESTHESIE
<b>LABARERE</b>	José	DEPARTEMENT VEILLE SANITAIRE
<b>LAPORTE</b>	François	DEPARTEMENT BIOLOGIE INTEGREE
<b>LARDY</b>	Bernard	DEPARTEMENT BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE
<b>LARRAT</b>	Sylvie	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX
<b>LAUNOIS-ROLLINAT</b>	Sandrine	CLINIQUE DE PHYSIOLOGIE SOMMEIL ET EXERCICE
<b>MALLARET</b>	Marie-Reine	UNITE HYGIENE HOSPITALIERE
<b>MOREAU-GAUDRY</b>	Alexandre	DEPARTEMENT INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES
<b>MOUCHET</b>	Patrick	CLINIQUE PHYSIOLOGIE SOMMEIL & EXERCICE
<b>PACLET</b>	Marie-Hélène	DEPARTEMENT BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE
<b>PALOMBI</b>	Olivier	CLINIQUE NEUROCHIRURGIE
<b>PASQUIER</b>	Dominique	DEPARTEMENT DE CYTOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE
<b>PELLETIER</b>	Laurent	CENTRE D'INNOVATION BIOLOGIQUE
<b>PAYSANT</b>	François	CLINIQUE DE MEDECINE LEGALE
<b>RAY</b>	Pierre	BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION
<b>RENVERSEZ</b>	J.Charles	DEPARTEMENT DE BIOLOGIE INTEGREE / BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>RIALLE</b>	Vincent	LABORATOIRE TIMC
<b>SATRE</b>	Véronique	GENETIQUE CHROMOSOMIQUE
<b>STANKE-LABESQUE</b>	Françoise	LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE
<b>STASIA</b>	Marie-Josèe	DEPARTEMENT BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE
<b>TAMISIER</b>	Renaud	CLINIQUE DE PHYSIOLOGIE SOMMEIL ET EXERCICE
<b>WEIL</b>	Georges	BIostatistiques et Informatique Médicale

# Table des matières

---

<b>Sommaire .....</b>	<b>13</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>19</b>
<b>1. Généralités, éclairages sur la structure SOS Médecins et la permanence des soins ....</b>	<b>23</b>
<b>1.1. SOS Médecins.....</b>	<b>25</b>
1.1.1. Organisation SOS Médecins.....	25
a) Création.....	25
b) Statut juridique et administratif.....	25
1.1.2. SOS Médecins en 2008.....	26
a) Activité et influence .....	26
b) Rôle dans la permanence des soins et partenariat avec le SAMU.....	26
1.1.3. SOS Médecins Grenoble.....	27
a) Fondation et effectifs .....	27
b) Secteurs d'intervention.....	27
<b>1.2. Gardes et permanence de soins dans l'agglomération Grenobloise.....</b>	<b>28</b>
1.2.1. Le SAMU 38 .....	28
1.2.2. Le partenariat SAMU – SOS Médecins Grenoble.....	28
1.2.3. Principaux intervenants et secteurs de garde sur Grenoble.....	29
<b>1.3. Prise en charge de l'Urgence : mais quelle Urgence ?.....</b>	<b>29</b>
<b>2. Matériel et Méthode.....</b>	<b>31</b>
<b>2.1. Population et terrain d'étude.....</b>	<b>33</b>
2.1.1. Période de réalisation.....	33
2.1.2. Population étudiée et échantillon sélectionné.....	33
2.1.3. Effectifs mobilisés.....	33
<b>2.2. Déroulement de l'enquête.....</b>	<b>34</b>
<b>2.3. Données recueillies.....</b>	<b>34</b>
2.3.1. Lors de la visite initiale.....	34
a) Données épidémiologiques et identification des patients et référents.....	34

b)	Activité de SOS Médecins : répartition dans le temps , lieux d'intervention et caractéristiques des appels.....	35
c)	Caractéristiques médicales.....	35
d)	Actes pratiques, diagnostiques et thérapeutiques au cours de la séance.....	35
e)	Devenir du patient et recommandations faites.....	36
2.3.2	Etude du devenir des patients et du suivi des recommandations faites.....	37
a)	Etude du devenir des patients à 72 heures.....	37
b)	Réalisation des examens et prise du traitement.....	37
c)	Analyse des nouvelles consultations.....	37
d)	Etude des hospitalisations.....	37
<b>2.4.</b>	<b>Données bibliographiques et analyses statistiques.....</b>	<b>39</b>
2.4.1.	Recherche bibliographique.....	39
2.4.2.	Analyse statistique.....	39
<b>3.</b>	<b>Résultats.....</b>	<b>41</b>
<b>3.1.</b>	<b>Etude de la population et de l'activité de SOS Médecins lors de la visite initiale.....</b>	<b>43</b>
3.1.1.	Taille de l'échantillon.....	43
3.1.2.	Données démographiques et profil des patients .....	43
3.1.3.	Activité de SOS Médecins Grenoble.....	44
3.1.3.1.	Caractéristiques des appels et répartition de l'activité.....	44
3.1.3.2.	Caractéristiques médicales.....	48
3.1.3.3.	Actes pratiques diagnostiques ou thérapeutiques réalisés.....	51
3.1.4.	Devenir des patients à l'issue de la séance.....	52
3.1.4.1.	En cas de maintien à domicile.....	52
a)	<i>Prescriptions médicamenteuses et d'examens complémentaires</i> .....	52
b)	<i>Recommandations concernant le suivi et la surveillance</i> .....	54
3.1.4.2.	Hospitalisation.....	56
a)	<i>Généralités, motifs</i> .....	56
b)	<i>Caractéristiques du sous échantillon « patients hospitalisés</i> .....	58
<b>3.2.</b>	<b>Etude à 72 heures de l'évolution de la situation des patients.....</b>	<b>60</b>
3.2.1.	Evolution de l'état de santé.....	60
3.2.2.	Devenir des patients restés au domicile .....	60
3.2.2.1.	Réalisation des examens et suivi des traitements prescrits.....	60
3.2.2.2.	Données générales sur les nouvelles consultations.....	62
a)	<i>Motifs de consultation</i> .....	62

b)	<i>Intervenants consultés</i> .....	62
c)	<i>Présentation des résultats d'examens para cliniques</i> .....	62
3.2.2.3.	Profil des nouveaux consultants.....	62
3.2.2.4.	Devenir suite à cette nouvelle consultation.....	65
a)	<i>Patients non hospitalisés</i> .....	65
b)	<i>Patients hospitalisés secondairement</i> .....	65
3.2.3.	Devenir des patients hospitalisés initialement.....	69
<b>3.3.</b>	<b>Approche de l'efficacité de SOS Médecins à travers le suivi des recommandations.....</b>	<b>71</b>
3.3.1.	Etude de l'observance des patients.....	71
3.3.3.1.	Causes de non respect des consignes.....	71
3.3.3.2.	Motifs de nouvelle consultation et intervenants revus.....	71
3.3.1.3.	Origine et profil des patients non observants.....	72
3.3.1.4.	Performance et utilité des consignes.....	73
3.3.2.	Eclairage sur les groupes non observants.....	74
3.3.2.1.	Enfants de 2 à 15 ans.....	74
a)	<i>Caractéristiques de cette population</i> .....	74
b)	<i>Causes de non suivi</i> .....	75
c)	<i>Intervenants consultés et motifs invoqués</i> .....	75
d)	<i>Evaluation de la performance de SOS</i> .....	76
3.3.2.2.	Patients classés en CCMU 1.....	76
a)	<i>Caractéristiques de ce groupe</i> .....	76
b)	<i>Causes de non suivi</i> .....	77
c)	<i>Intervenants rencontrés et motifs invoqués</i> .....	77
d)	<i>Evaluation de la performance de SOS Médecins</i> .....	77
3.3.3.	Point sur les patients sous surveillance rapprochée.....	77
3.3.3.1.	Déterminants de cette population.....	77
3.3.3.2.	Délais de « re-consultation », intervenants revus et motifs.....	78
3.3.3.3.	Devenir après la consultation, performance de l'indication.....	79
<b>4.</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>81</b>
<b>4.1.</b>	<b>Discussion des principaux résultats.....</b>	<b>83</b>
4.1.1.	Description de la population et de l'activité de SOS Médecins Grenoble.....	83
4.1.1.1.	Population et caractéristiques de l'activité.....	83
4.1.1.2.	Etude du devenir et des recommandations en fin de visite.....	85



4.1.2. Devenir à 72 heures.....	86
4.1.3. Approche de l'efficacité à travers le suivi des consignes.....	88
<b>4.2. Forces et faiblesses de notre étude.....</b>	<b>91</b>
4.2.1. Points forts.....	91
4.2.2. Points faibles.....	91
<b>4.3. L'observance des prescriptions : une question centrale.....</b>	<b>92</b>
4.3.1. Déterminants de l'observance.....	92
4.3.2. Comment améliorer l'observance ? Application à la pratique de SOS Médecins Grenoble.....	93
<b>4.4. Evaluation de l'efficacité de la structure SOS Médecins Grenoble : une étude à poursuivre.....</b>	<b>94</b>
<b><i>Conclusion.....</i></b>	<b>97</b>
<b><i>Annexes.....</i></b>	<b>103</b>
<b><i>Bibliographie.....</i></b>	<b>115</b>
<b><i>Serment d'Hippocrate.....</i></b>	<b>119</b>

## Table des Figures

Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge en années.....	43
Figure 2 : Répartition des patients selon les âges et le sexe.....	44
Figure 3 : Répartition du nombre de visites par tranche horaire sur les 24 heures.....	44
Figure 4 : Délais d'intervention la nuit (en pourcentage).....	46
Figure 5 : Répartition des motifs d'appel cliniques en %).....	48
Figures 6 et 7 : Nature et répartition des examens complémentaires prescrits (en %).....	53
Figures 8 et 9 : Taux de réalisation (en %) des examens prescrits, suivant le diagnostic et l'âge.....	61
Figure 10 : Répartition (en %) de la nature des diagnostics hospitaliers suivant le type d'hospitalisation.....	66
Figure 11 : Répartition (en %) des actes pratiqués à l'hôpital, suivant le type d'hospitalisation.....	67

## Table des Tableaux

Tableau 1 : Origine et caractéristiques des appels.....	45
Tableau 2 : Classes diagnostiques et classification CCMU et répartition suivant l'âge.....	49
Tableau 3 : Pourcentage des lignes. Tableau de contingence Chi 2.....	50
Tableau 4 : Fréquence, en pourcentage, des classes de CCMU suivant les diagnostics.....	50
Tableau 5 : Actes réalisés pendant la visite.....	51
Tableau 6 : Fréquence et nombre des classes thérapeutiques prescrites.....	52
Tableau 7 : Recommandations de surveillance et orientation.....	55
Tableau 8 : Motifs et caractéristiques des hospitalisations.....	57
Tableau 9 : Répartition des moyens de transport en pourcentage selon les diagnostics établis la gravité clinique.....	58
Tableau 10 : Association entre les caractéristiques de la population, l'activité de SOS et l'hospitalisation des patients.....	59
Tableau 11 : Associations entre les caractéristiques médicales, d'activité et de suivi et la « re-consultation » dans les 72 heures.....	64
Tableau 12 : Prescriptions faites aux patients non hospitalisés après « re-consultation ». ....	65
Tableau 13 : Intervenants revus et motifs de nouvelle consultation suivant le devenir des « re-consultants ».....	69
Tableau 14 : Intervenants revus et motifs de consultation suivant le respect des consignes... ..	71
Tableau 15 : Associations non significatives entre le respect des consignes et les variables démographiques ou caractérisant l'activité .....	72
Tableau 16 : Répartition des nouvelles prescriptions suivant le respect des instructions.....	73

## Table des Annexes

- ANNEXE 1 : Secteurs de Garde- Grenoble. Arrêté préfectoral.
- ANNEXE 2 : Questionnaire initial rempli par le médecin de SOS Médecins.
- ANNEXE 3 : Note explicative jointe au questionnaire initial, à l'attention des médecins participants.
- ANNEXE 4 : Note explicative remise aux patients susceptibles d'être rappelés à partir de 72 heures.
- ANNEXE 5 : Questionnaire de rappel à 72 heures
- ANNEXE 6 : Classification Clinique des Malades des Urgences.

## Introduction

---



L'élaboration d'un dispositif efficace de permanence de soins ambulatoires est devenue l'une des principales problématiques des hautes autorités de la Santé <sup>(1)</sup>. L'inquiétude de la population de ne pouvoir accéder aux soins et aux médecins (surtout en dehors des zones urbaines) est réelle et palpable, notamment en raison de l'évolution de la démographie médicale et du caractère effectif aléatoire de la permanence de soins dans certains départements. Ainsi, plusieurs rapports officiels ont enjoint les autorités de Santé de mettre en œuvre un système efficace de réponse à une demande non programmée d'aide ou d'intervention médicale de la part de la population <sup>(1)</sup>. Cette mission de service public <sup>(2)</sup> serait désignée par le terme d'Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP) <sup>(1)</sup>, constituant une solution adaptée à un recours urgent ou considéré comme tel.

Implantées essentiellement dans les zones urbanisées, les associations SOS Médecins répondent à cette demande de soins non programmés, aussi bien pendant les horaires de permanence de soins mentionnés dans l'article R.6315-1 du Code de la santé publique <sup>(3)</sup>, qu'en dehors, en agissant en toute complémentarité avec les médecins généralistes de ville. Elles sont en passe de devenir le principal voire le seul effecteur libéral de terrain en ville, les nuits et les week-ends, en dehors des heures d'ouverture des cabinets. Elles jouent un rôle également en journée, la semaine, lorsque les généralistes sont absents ou ne peuvent se déplacer rapidement au logement du patient <sup>(4)</sup>. Leur activité reste centrée sur la visite à domicile (ceci constituant d'ailleurs un des concepts fondateurs de la structure) même si des centres de consultation ont vu le jour ces dernières années pour pallier l'augmentation des demandes d'intervention. En cela, elles participent à la diminution des recours aux hospitalisations et des dépenses de soins <sup>(4)</sup>. Cette place prépondérante a été reconnue par les pouvoirs publics, illustration faite par la rédaction d'une convention de partenariat national entre SOS Médecins France et SAMU de France le 29 septembre 2005 en présence du ministre de la santé <sup>(5)</sup>. De même, SOS Médecins collabore étroitement avec l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) dans le cadre d'un réseau de surveillance sanitaire depuis mai 2006, grâce à sa couverture des grands centres urbains et l'informatisation de son standard téléphonique permettant une collecte rapide et journalière des données <sup>(6)</sup>.

De nombreuses « antennes » locales de SOS Médecins ont fait l'objet d'études, essentiellement dans le cadre de travaux de thèse, dont l'objectif principal était de décrire l'activité globale de ces structures et de cibler les populations les sollicitant, afin de dégager la place de SOS Médecins dans le dispositif local de permanence des soins. Une première étude descriptive de l'activité de SOS médecins Grenoble <sup>(7)</sup> a été réalisée en août 2005, montrant la nécessité d'une telle organisation dans le réseau local de soins, du fait d'un nombre croissant de visites, et sa complémentarité d'action avec les médecins traitants.

Par contre, peu de travaux se sont intéressés, en médecine générale, et à fortiori chez les urgentistes de ville, au suivi des patients et à l'observance des recommandations et prescriptions effectuées, hormis quelques analyses orientées sur le devenir des patients hospitalisés. Une enquête sur l'indication et la pertinence de l'envoi des patients aux urgences par SOS Médecins Grenoble a été effectuée en 2008 permettant une approche de l'efficacité, dans ce domaine, de la structure SOS Médecins <sup>(8)</sup>. En 2009, l'abord des situations complexes chez les patients de plus de 75 ans fût plus spécifiquement examiné <sup>(9)</sup>, dans le but d'isoler des outils d'aide à la décision d'une éventuelle hospitalisation.

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a effectué en octobre 2004 une grande revue et analyse de la prise en charge des urgences et recours non programmés par la médecine générale de ville ( y compris par les urgentistes

libéraux), suivie d'une évaluation de la suite de ces recours et de l'observance des recommandations faites par les médecins <sup>(10)(11)(12)</sup>.

L'efficacité des structures urgentistes de ville type SOS Médecins, au même titre que l'activité des médecins généralistes en cabinet, n'a jamais réellement été évaluée, d'une part, par manque de données de suivi des patients (sauf pour les patients hospitalisés), d'autre part, par la difficulté d'obtenir des critères objectifs de performance basés sur des preuves, hormis l'indicateur de l'évolution de l'état de santé et le recensement de la satisfaction des patients. Les objectifs principaux de notre étude sont :

- de pouvoir disposer d'éléments caractérisant la population prise en charge par SOS Médecins Grenoble,
- de décrire son activité en la comparant autant que possible avec les données des précédentes études sur SOS Médecins Grenoble et l'enquête réalisée par la DREES ;
- mais, surtout, de détailler l'orientation, les recommandations et la surveillance envisagée pour l'ensemble des patients après la consultation.

La notion d'efficacité d'un organisme fait appel, en partie, à l'analyse des moyens mis en œuvre et des coûts engendrés, mais aussi aux résultats concernant la qualité des soins procurés <sup>(13)</sup>. Notre étude a cherché à mesurer la performance de la structure SOS Médecins à travers le prisme du suivi des patients et de l'analyse du respect des différentes recommandations effectuées, en somme l'observance des patients : peut-on dégager des facteurs prédictifs de la survenue d'une nouvelle consultation ? d'une hospitalisation secondaire ? quelle(s) classe(s) de patients n'ont pas respecté les consignes ? quelles sont les causes d'inobservance repérées ? peut-on observer une différence significative au niveau de l'utilité/bénéfice apporté par une « re-consultation », en fonction du respect ou non des recommandations ?

Nous aborderons également plus précisément le devenir des patients hospitalisés initialement comme secondairement, dans le but de dégager la justesse de l'indication et le profil des malades concernés.

Le recueil complet de ces données a pour objectif d'essayer de fournir des éléments et des pistes tangibles permettant d'optimiser le suivi et l'observance des patients vus « en urgence » par SOS Médecins.

1. Généralités, éclairages sur la structure SOS Médecins et la permanence des soins.

---





## 1.1. SOS Médecins

### 1.1.1. Organisation SOS Médecins

#### a) Création

Le concept de SOS Médecins a été créé il y a maintenant 44 ans par un médecin généraliste parisien, le Docteur Lascar, suite au décès tragique d'un de ses patients qui n'avait pu joindre de médecin un samedi après-midi. Il s'inspira ( et même s'associa, pour les locaux) d'une entreprise de dépannage de plomberie (SOS Plombiers) !<sup>(4)</sup>

#### b) Statut juridique et administratif

Les associations SOS Médecins fonctionnent sur un mode associatif type loi 1901, à but non lucratif. Elles sont toutes regroupées au sein de la même fédération depuis octobre 1982 : SOS Médecins France. Les médecins en sont membres de droits égaux et élisent un conseil de gérance parmi les praticiens de l'association. Ils sont cependant personnellement responsables de leur actes et suivent un tableau de garde établi en concertation. Ils sont tous conventionnés en secteur 1. La logistique professionnelle indispensable à leur exercice (secrétariat, système de communication, matériel médical commun...) leur est fournie par une société civile de moyens.<sup>(4)</sup>

Toute association, pour être autorisée à porter le nom de SOS médecins, doit recevoir l'agrément de la fédération SOS Médecins France et respecter à la lettre son cahier des charges comprenant sept clauses<sup>(4)(7)</sup> :

- **Le standard téléphonique doit être ouvert 24 heures sur 24 et 365 jours sur 365** : il est tenu par des standardistes formés à la prise d'appel médical avec notion d'urgence, de façon adaptée à l'optimisation de l'action du médecin sur le terrain, sur un mode de transmission des visites protocolisé, et en permanence sous l'autorité d'un médecin présent dans les locaux ou en liaison directe avec le standard.
- **Les médecins doivent être thésés, expérimentés, rodés à l'urgence.**
- **Les médecins doivent être dotés des moyens diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à leur exercice** en dehors de leur trousse médicale de base :
  - Un électrocardiogramme,
  - Du matériel de perfusion avec des médicaments injectables,
  - Une bouteille d'oxygène avec un nécessaire pour nébulisation,
  - Un saturomètre capillaire,
  - Des tests diagnostiques : bandelettes urinaires, glycémie capillaire.
- **La disponibilité du médecin doit être totale pendant sa garde**, pour assurer une réponse rapide aux demandes de soins.
- **L'intervention doit être rapide**, effectué dans un véhicule blanc équipé d'un moyen de transmission téléphonique et/ou informatique adapté pour recevoir les visites.
- **Un bilan de l'intervention doit être pratiqué et une information transmise au médecin traitant**, soit par lettre soit par appel téléphonique.
- **Les associations doivent être en autonomie financière totale** : aucune aide publique n'est perçue, chaque médecin contribue aux frais de fonctionnement globaux par la souscription de charges mensuelles.

## 1.1.2 SOS Médecins en 2008

### a) Activité et influence <sup>(4)</sup>

Fin 2007, la fédération SOS Médecins France comptait près de 1000 médecins regroupés en 61 associations réparties sur tout le territoire (outre-mer inclus). L'ensemble des structures SOS Médecins reçoivent sur leurs plates-formes téléphoniques via un numéro d'appel unique national, 4 millions d'appels par an donnant lieu à une réponse médicale adaptée (conseil téléphonique, réorientation, intervention) et plus de 2,5 millions de visites à domicile sont effectuées par leurs médecins.

Ainsi, selon la CNAM-TS, SOS Médecins représentent 4,4% de l'activité libérale des médecins généralistes en France. Leurs associations couvrent la plupart des grands centres urbains et de leur périphérie, soit potentiellement 60% de la population française, et assurent 80% de la couverture libérale de permanence de soins en milieu urbain et périurbain.

Près de la moitié des visites justifiées de milieu de nuit et 40% de celles des dimanches et jours fériés sont accomplies par SOS. Les médecins, dans les zones couvertes par leurs associations, procèdent à la plupart des décisions d'envoi d'un médecin à domicile prises par le SAMU et nécessitant un avis médical rapide. Ces mêmes appels représentent cependant seulement 10% de l'ensemble des communications reçues par les standards de SOS Médecins, confirmant la place tenue par la structure dans la prise en charge des urgences non vitales, et son utilité sociale.

### b) Rôle dans la permanence des soins et partenariat avec le SAMU

La participation de SOS Médecins à la mission de service public qu'est devenue la permanence des soins est maintenant largement reconnue et avalisée par les pouvoirs publics depuis la signature, notamment, en septembre 2005, d'une convention nationale cadre avec les directeurs d'hôpitaux abritant les SAMU <sup>(5)</sup>. Ce texte, en accord avec le décret du 7 avril 2005, fixe les modalités d'interconnexion entre le SAMU-Centre 15 et les centres d'appel de SOS, et définit la collaboration entre les deux structures. Cette interconnexion par une ligne dédiée du centre d'appel de SOS vers le SAMU (et inversement) permet une bascule immédiate de l'appel avec conversation à trois dès l'identification d'un appel susceptible de mettre en jeu le pronostic vital et pouvant nécessiter un SMUR, ou dans l'autre sens, de faire intervenir sur place un médecin pour faire un bilan rapidement. Pour SOS comme pour le SAMU, la permanence des soins est de 24 heures sur 24 :

- les besoins médicaux de la population ne s'arrêtent pas à minuit. L'activité entre minuit et 8 heures sur l'ensemble du réseau SOS médecins France en 2005 représente 47% des actes effectués de 20 heures à 8 heures. Soit, sur 2 500 000 visites annuelles, on constate 465 000 déplacements de 20 heures à 24 heures et 410 000 entre minuit et 8 heures. <sup>(4)</sup>

- la part de l'activité de SOS Médecins en journée, aux heures d'ouverture des cabinets médicaux, est en forte augmentation, du fait de la difficulté (ou de la perte d'intérêt peut-être) pour les médecins en cabinet de ville d'inscrire dans leur activité la prise en charge des soins non programmés, surtout avec déplacement au domicile. Ainsi, 40 à 45% des actes réalisés par SOS ont lieu en journée, pendant les heures d'ouverture des autres cabinets médicaux. Les demandes proviennent alors souvent de tiers médicaux ou non : SAMU, Médecins de cabinet, Pompiers, Gendarmerie/police, Maisons de retraite et foyers-logement, etc...

Cette recrudescence d'affluence diurne a modifié l'organisation de SOS Médecins ces dernières années, avec l'ouverture de lieux de consultation fixes pour pallier l'augmentation éventuelle des délais d'intervention en visite, le déplacement sur le terrain restant la fonction centrale dans l'activité de SOS Médecins, et maintenir une efficacité égale dans la prise en charge des recours plus urgents.

L'action de SOS est soulignée par le rapport Grall de 2007 <sup>(1)</sup> comme facteur de diminution des déplacements spontanés vers les urgences hospitalières, de réduction des sorties SMUR et comme l'unique solution libérale en deuxième partie de nuit.



## 1.2. Gardes et permanence de soins dans l'agglomération Grenobloise

La permanence de soins ou plus précisément l'AMPP doit s'organiser à partir d'un organe central de réception des appels au niveau départemental, rôle assumé par le SAMU 38. Le centre 15 apportera alors la modalité de réponse la plus adaptée parmi un éventail de possibilités <sup>(1)</sup> :

- le simple conseil téléphonique par la régulation médicale
- l'orientation vers un point de consultation fixe type Maison médicale de Garde ou SOS Médecins
- le déplacement d'un médecin effecteur mobile (SOS Médecins ou Médecin généraliste de garde)
- l'envoi du SMUR
- une orientation vers les urgences hospitalières par moyen de transport adapté.

### 1.2.1 Le SAMU 38 <sup>(15)</sup>

Il a été l'un des premiers services d'urgences préhospitalières à se structurer (1969) pour intervenir au besoin dans tout le département, 24 heures sur 24, à l'initiative du Dr Menthonnex. S'intégrant dans le dispositif départemental de secours et de soins, le SAMU 38 a présenté la particularité, dès 1976, d'associer les médecins généralistes de ville à son activité quotidienne de régulation et de conseil. Par entente avec la FIPSEL (Fédération Iséroise pour la Permanence des Soins en Exercice Libéral), le centre 15 accueille des médecins généralistes qui assurent le fonctionnement de la garde médicale des urgences de la région grenobloise.

Le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA), joignable par un numéro unique « le 15 », est interconnecté au 18 et plus récemment avec l'association SOS Médecins Grenoble.

### 1.2.2 Le partenariat SAMU – SOS Médecins Grenoble

SOS Médecins Grenoble et le SAMU ont signé une charte de partenariat local basée sur la convention nationale paraphée par SOS Médecins France et le SAMU de France en septembre 2005 <sup>(5)</sup>. Ce texte précise les modalités de collaboration privilégiées entre le 15 et SOS Médecins concernant deux grands points :

- les particularités d'interconnexion entre le centre d'appels de SOS Médecins et le SAMU
- les principes du partenariat entre les deux structures en dehors des horaires de permanence des soins.

L'interconnexion de lignes dédiées mises en place permet la bascule immédiate de l'appel du standard de SOS vers le SAMU, et inversement, en fonction de la nature de la demande. La possibilité de conférences téléphoniques existe. Les appels concernés par cette convention doivent être décrochés dans la minute. Lorsque la régulation médicale du SAMU transmet un appel à SOS Médecins pour lequel le délai d'intervention est décisif, la demande du 15 sera formalisée clairement : « avez-vous un médecin disponible pour tel motif, à tel endroit, en tant de temps ? ». Si la réponse est négative, il pourra être demandé quel est le meilleur délai d'intervention d'un des médecins de SOS.

Inversement, SOS transmet au SAMU toute pathologie relevant d'une prise en charge SMUR.

Un bilan médical est transmis au SAMU, sauf si le patient est laissé sur place et que les éléments fournis par le 15 concordent avec les constatations médicales.

Le deuxième volet concerne des séances de formation continue communes entre les médecins des deux structures, mais également entre les permanenciers (PARM) du SAMU et les standardistes de SOS, en vue d'harmoniser et d'échanger les pratiques.

### 1.2.3. Principaux intervenants et secteurs de garde sur Grenoble

Par arrêté préfectoral, la sectorisation de la permanence des soins dans l'agglomération a été redéfinie depuis le 30 Avril 2008 (Annexe). Les 24 communes de la ceinture grenobloise sont réparties en 4 secteurs, les tableaux de garde sont gérés par la FIPSEL. Le secteur concerne la ville de Grenoble, le secteur 2 les communes de l'ouest grenoblois, le secteur 3 celles du sud et le secteur 4 celles de l'est, sans compter les extensions de secteur sur plusieurs communes adjacentes.

Ainsi, SOS Médecins est de garde ( en tant qu'effecteur mobile de la garde libérale pour le SAMU) sur les secteurs suivants :

- La ville de Grenoble (secteur 1) deux jours et nuits par semaine ( de 8h à 8h le lendemain matin), et un week-end par mois. Les autres jours sont assurés par l'AM2G ( Association des médecins de garde de Grenoble).

- L'ensemble des 3 autres secteurs, deux jours par semaine et un week-end sur 4.

Les tableaux de garde seront remplis par trimestre et ouverts aux médecins installés des 4 secteurs pendant 10 jours puis complétés par SOS Médecins.

Par ailleurs, il existe 3 cabinets de médecine générale situés sur Grenoble intra-muros et assurant une permanence de soins :

- SOS Médecins à son local d'Echiroilles, de 8h à 24h tous les jours (mais reconnu comme cabinet de garde la semaine après 20h, le samedi à partir de 12h et le dimanche en entier), en prenant rendez-vous au standard ou par orientation via le SAMU ou les Urgences hospitalières ;

- Le cabinet de garde de Grenoble ( Boulevard Joffre) en accès libre ou par orientation du SAMU ou des Urgences, tous les soirs de 20h à 24h et le week-end.

- Le cabinet de garde Mutualiste géré par l'AM2G et l'ADUM ( association de permanence des soins de fontaine) tous les soirs de 20h à 24h, le samedi de 12h à 24h et le dimanche de 9h à 24h, uniquement après régulation par le 15 ou orientation par l'UPATOU de la clinique mutualiste.

## 1.3. Prise en charge de l'Urgence : mais quelle Urgence ?

Le débat concernant la définition de l'urgence au sens large n'est pas nouveau et, plus particulièrement, entre les urgences dites « vraies » et les urgences « ressenties ». Cette dichotomie est propre à une certaine tradition française qui considère l'urgence comme la mise en danger à brève échéance de la vie <sup>(16)</sup>.

La notion d'urgence « objective » renvoie au sens médical pur du terme, à savoir les situations où le pronostic vital est en jeu <sup>(17)</sup>. Il existe une situation de détresse pour la vie ou un organe, nécessitant l'intervention rapide d'un médecin ou d'une équipe médicale avec des moyens importants. On peut cependant lui rattacher les situations où le pronostic vital n'est pas impliqué mais où il y a un besoin rapide d'intervention avec des moyens diagnostiques et thérapeutiques.

La deuxième notion <sup>(16)</sup> est plus d'inspiration anglo-saxonne et se voit accorder un périmètre beaucoup plus large, puisque qu'on l'étend à tout ce qui est ressenti comme une urgence par le patient ou son entourage : vouloir être guéri pour le lendemain matin de son mal de gorge afin de pouvoir assurer la présentation d'un exposé important, c'est déjà une urgence...

Ce concept est en quelque sorte le reflet de l'évolution de la consommation médicale et de la société en général <sup>(17)</sup>. Cette attitude consumériste trouve ses racines dans l'évolution des comportements, les gens devenant de plus en plus exigeants. Le médecin est appelé au secours pour des situations sortant de plus en plus fréquemment du champ médical: relations conflictuelles conjugales, misère sociale... Viennent se greffer, dérivées d'un système où l'offre de soins s'est diversifiée, les urgences dites déguisées, où le patient fait intervenir le médecin au domicile par commodité.

La plupart des médecins libéraux déclarent n'être confrontés que rarement voire très rarement à des urgences vitales pour plus de 80% d'entre eux <sup>(17)</sup>.

Cette tendance peut poser problème : l'offre de soins et les moyens disponibles ne vont plus suffire à faire face à la demande. D'où l'idée d'une régulation préalable qui s'impose, visant à « hiérarchiser » les urgences et délivrer un moyen technique adapté à la situation <sup>(16)</sup>.

Les urgences deviennent alors toutes les situations médicales ou médico-sociales perçues comme urgentes par le patient et/ou le médecin , justifiant un examen rapide jusqu'à ce que le patient soit sécurisé ou en sécurité <sup>(17)</sup>.

Cette définition fait plus référence à la permanence sinon des soins, du moins d'écoute des praticiens, les critères de gravité clinique n'étant plus source de discrimination. Cela implique également d'adapter ses pratiques professionnelles pour fournir une réponse médicale adaptée et efficace à la demande des patients, en mettant l'accent sur l'orientation et l'encadrement des malades à travers notamment des recommandations claires et définies d'un commun accord.

## 2. Matériel et Méthode.

---





## **2.1. Population et terrain d'étude**

### **2.1.1. Période de réalisation**

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive de l'activité de SOS Médecins Grenoble entre le samedi 31 Mars 2008 et le mardi 22 Mai 2008, soit de la semaine 13 à la semaine 21 du calendrier. Nous avons fait le choix de nous baser sur une période large, située en dehors de la période estivale et des pics épidémiques de l'hiver, mais en procédant au tirage au sort, pour chaque semaine incluse dans la période définie ci-dessus, d'un jour différent par semaine, afin de recueillir au total sept jours correspondant aux sept jours hebdomadaires (à l'exclusion des jours fériés). Nous avons obtenu ainsi une série discontinue de sept journées, dans l'ordre suivant :

le samedi 31 Mars, le lundi 02 Avril, le mercredi 11 Avril, le jeudi 19 Avril, le dimanche 29 Avril, le vendredi 04 Mai et le mardi 22 Mai.

Les lundi 02 et mercredi 11 Avril appartenaient à la période de vacances scolaires de Pâques sur notre zone.

Pour chaque jour intégré, nous avons inclus toutes les séances (visites ou consultations) comprises entre minuit et 23h59.

Ce mode de sélection aléatoire a été retenu dans le but de dégager des données les plus représentatives possible de l'activité « habituelle » de SOS Médecins Grenoble.

### **2.1.2. Population étudiée et échantillon sélectionné**

L'étude a porté sur tous les patients vus en visite ou en consultation par SOS Médecins, à l'exclusion des demandes de certificat de décès ou d'examen pour patients en garde à vue.

Notre échantillon comprend l'ensemble des séances pour lesquelles un questionnaire a été rempli par les médecins de SOS Médecins effectuant des actes sur les jours de recueil donnés.

### **2.1.3. Effectifs mobilisés**

Sur l'ensemble de la période d'étude, l'intégralité des médecins titulaires ont participé au moins deux fois chacun à un jour de recueil, et 9 remplaçants sont intervenus ( dont 5 au moins trois fois chacun). Le hasard de sélection des jours a permis de balayer l'ensemble de l'effectif de SOS Médecins. Sur chaque date de l'enquête, 8 médecins permanents au minimum et 3 à 5 remplaçants étaient mobilisés.

## 2.2. Déroulement de l'enquête

Au préalable, les médecins titulaires ont été vus en réunion pour leur présenter le sujet de l'étude et obtenir leur participation. Le questionnaire initial (Annexe 2), après avoir été testé par deux médecins (les docteurs GUILLEMAUD et DEVIN) pour mesurer sa faisabilité, sa compréhension par les patients et corriger les imperfections relevées, a été soumis à l'ensemble des membres de SOS Médecins pour une deuxième lecture.

Tous les items du recueil initial ont été complétés de façon prospective par les médecins, permanents ou remplaçants, officiant les journées d'enquête, soit pendant la visite soit juste après celle-ci. Une note explicative (Annexe 3) complémentaire jointe au questionnaire leur avait été remise. A la fin de la visite, le médecin demandait au patient son autorisation pour être rappelé à partir de 72 heures, notait alors le nom et le numéro de téléphone de la personne à joindre (si différent du patient) et lui remettait une feuille (Annexe 4) résumant les motivations et buts de cette étude. Tous les patients ou référents attendus ont ensuite été rappelés par téléphone dans le but de rassembler les données concernant leur devenir, le suivi des prescriptions et des orientations éventuelles conseillées par le médecin, et connaître tout simplement l'évolution de leur état de santé. Pour ce faire, une enquête de devenir des patients, au moyen d'un deuxième questionnaire (Annexe 5) centré sur l'analyse du suivi des recommandations, a été effectuée.

Les patients qui n'ont pu être joints ont été rappelés jusqu'à trois fois par jour, à des périodes différentes de la journée, pendant une semaine (au maximum 15 jours). S'ils restaient toujours introuvables au bout d'une semaine, j'appelais alors les services hospitaliers de la région grenobloise au cas où ils auraient séjourné dans un de ces établissements. A noter que trois patients ont refusé d'être rappelés.

L'ensemble des données obtenues ont été saisies dans un tableur excel. Les données manquantes par oubli au moment du recueil initial ont été complétées au moment du rappel des patients ou par recherche dans les fichiers de données informatiques enregistrées par les standardistes de SOS Médecins au moment de la prise d'informations.

## 2.3. Données recueillies

### 2.3.1 Lors de la visite initiale

L'étude a été réalisée au moyen d'un questionnaire (Annexe 2) standardisé, individuel, composé de deux pages et distribué en plusieurs exemplaires à chaque médecin participant.

#### a) Données épidémiologiques et identification des patients et référents

▷Etaient scrupuleusement répertoriées, afin de bien cibler les patients et pouvoir les rappeler ensuite dans de bonnes conditions :

- La date de la visite et le jour de la semaine, à partir duquel nous avons obtenu la répartition des actes entre le week-end et la semaine.
- Le nom du médecin effectuant celle-ci
- Les noms et prénoms du patient
- Les coordonnées de la personne à rappeler : si différente du patient lui-même, son lien de parenté était à préciser.
- Les horaires auxquels on pouvait les joindre

Secondairement, j'attribuais un numéro de venue à chaque séance.

▷ Les données épidémiologiques concernant les patients et des renseignements sur leur profil :

- L'âge, puis la séparation en 5 catégories : les moins de 2 ans, entre 2 et 15 ans, de 15 à 40 ans, de 40 à 75 ans, et les plus de 75 ans.
- Le sexe
- La présence ou pas d'une pathologie ou d'un traitement chronique
- La connaissance d'une demande d'intervention antérieure auprès de SOS Médecins
- Le fait d'avoir un médecin traitant déclaré ou pas

### **b) [Activité de SOS Médecins : répartition dans le temps , lieux d'intervention et caractéristiques des appels](#)**

Nous avons relevé :

- Les heures d'appel et de visite, qui nous ont permis de calculer les délais d'intervention, de dégager la répartition des actes entre la nuit et le jour.
- Le lieu d'examen : soit en consultation au cabinet, soit en visite (au domicile du patient, en maison de retraite ou dans un autre lieu)

Les caractéristiques liées à l'appel ou la demande formulés par téléphone :

- L'urgence ressentie par le patient
- Le recours à un autre intervenant ou pas, qui a orienté le patient sur SOS Médecins ou qui a conduit le patient a appelé ensuite SOS.
- La nature de l'intervenant, selon quatre possibilités en choix multiple : le médecin traitant, le 15, les urgences hospitalières, et autre.
- Le motif d'appel principal, réparti ensuite selon 11 catégories basée sur la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP).

### **c) [Caractéristiques médicales](#)**

Les diagnostics portés ont été classés suivant une interprétation de la CISP en 12 catégories, dont une correspondant à l'absence de diagnostic. Pour chaque séance, un seul diagnostic principal était demandé.

Ensuite le degré de gravité/ d'urgence était évalué suivant la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) (Annexe 6) suivante :

- CCMU 1 : patient dont l'état est stable et ne nécessite pas d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques.
- CCMU 2 : patient dont l'état est stable mais décision d'actes complémentaires diagnostiques et/ou thérapeutiques.
- CCMU 3 : patient dont l'état et/ou le pronostic fonctionnel est jugé susceptible de s'aggraver, mais néanmoins sans mise en jeu du pronostic vital.
- CCMU 4 : patient pour lequel le pronostic vital est engagé, qui nécessite des soins urgents mais sans mise en route de techniques de réanimation immédiates.
- CCMU 5 : patient pour lequel le pronostic vital est engagé et qui nécessite des soins urgents avec mise en route de techniques de réanimation immédiate.

### **d) [Actes pratiques, diagnostiques et thérapeutiques au cours de la séance](#)**

▷ Les gestes pratiqués pendant la visite ont été listés ( question à choix multiples) : de la simple injection ou prise d'un taux de saturation, jusqu'aux gestes de réanimation éventuels.

▷ Les différents traitements prescrits ont été distribués en s'inspirant de la classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC) mais en la réadaptant à la pratique des urgences et des pathologies aiguës. Nous avons différencié 11 classes concernant :

- Le système respiratoire
- Le système digestif et métabolique
- Le système cardio-vasculaire
- La dermatologie
- Les anti-infectieux
- Autres classes
- Les antalgiques et anti-inflammatoires systémiques
- Les préparations systémiques hormonales
- Le système musculo-squelettique
- Les organes sensoriels
- Le système nerveux

Nous avons précisé également le nombre moyen de médicaments prescrits par séance et la distribution en 4 catégories : 1, 2, 3 ou plus de 4 principes thérapeutiques par visite.

La durée de traitement ordonnée était demandée.

▷ Les principaux examens para cliniques biologiques ou radiologiques prescrits ont été répertoriés, ainsi que le délai de réalisation indiqué au patient par le médecin (en urgence dans les 24 heures suivant la visite ou au-delà).

▷ Nous avons demandé au médecin de nous signaler s'il avait joint un correspondant, une structure, un service pendant la visite et pour quel(s) motif(s)

#### e) Devenir du patient et recommandations faites

▷ En premier lieu, l'orientation du malade après la visite : maintien au domicile ou hospitalisation.

▷ En cas de maintien à domicile, l'on précisait :

- la notification détaillée ou pas de l'évolution attendue de l'état clinique et de la maladie
- la nécessité ou pas d'une surveillance rapprochée immédiate ( dans les 24 heures suite à la visite), et le cas échéant, l'exposé des éléments devant motiver une nouvelle consultation rapide.
- la nécessité ou pas d'une surveillance à distance, et le cas échéant, le relevé des critères devant motiver un nouvel avis médical à partir de 48 heures.
- quelque soit la surveillance indiquée, on renseignait le nom de l'intervenant à revoir, conseillé par le médecin de SOS : médecin traitant, spécialiste, les urgences hospitalières, un médecin spécialiste, un autre professionnel. En cas d'hospitalisation secondaire potentielle, on mentionnait si un courrier pour les urgences avait été rédigé.

▷ Pour les patients hospitalisés, ont été définis :

- le motif d'hospitalisation principal, distribué en plusieurs catégories secondairement.
- le lieu d'hospitalisation parmi les urgences du CHU et des cliniques principales cliniques privées de l'agglomération.
- le mode transport préconisé
- le type de pathologie adressée aux urgences : somatique non traumatique (médical ou chirurgical), somatique traumatique et psychologique.

## 2.3.2 Etude du devenir des patients et du suivi des recommandations faites

Ont été rappelés l'ensemble des patients qui avaient donné leur accord au médecin de SOS Médecins et transmis leurs coordonnées, sauf ceux qui sont restés injoignables ou introuvables au bout de 15 jours maximum de recherche.

La nature de la personne interrogée était notifiée : le patient lui-même, le référent attendu indiqué par le médecin de SOS ou un autre intervenant.

### a) Etude du devenir des patients à 72 heures

Nous nous sommes intéressés à :

- ▷ L'état de santé des patients à 72 heures, avec six items possibles allant de la guérison à l'aggravation voire le décès.
- ▷ La situation du patient : au domicile ou à l'hôpital.

### b) Réalisation des examens et prise du traitement

On vérifiait pour les variables « traitement prescrit » et « examens para cliniques demandés », que ceux-ci avaient bien été réalisés. En cas de non suivi, les raisons de l'inobservance étaient listées.

### c) Analyse des nouvelles consultations

Les paramètres suivants ont été collectés :

- ▷ Le nombre de patients consultant de nouveau dans les 72 heures
- ▷ La nature du professionnel revu ( 6 possibilités au choix : SOS Médecins, Médecin traitant, Urgences hospitalières, Médecin spécialiste, Appel au 15, Autre).
- ▷ Le délai de « re-consultation » en heures
- ▷ Les motifs de cette nouvelle demande
- ▷ La présentation ou pas des examens prescrits par SOS Médecins
- ▷ Le devenir des patients après cette nouvelle consultation :
  - . la prescription de nouveaux traitements ou pas, et leur nature
  - . la suppression de médicaments ordonnés par SOS Médecins
  - . la demande de nouveaux examens complémentaires et leur qualité
  - . la prescription ou prolongation d'un arrêt de travail
  - . la décision d'une hospitalisation

### d) Etude des hospitalisations

Les données suivantes ont été rassemblées :

- ▷ Le type d'hospitalisation est rappelé : immédiate, secondaire à une nouvelle consultation, envisagée par SOS Médecins en cas d'aggravation, non envisagée lors de la première visite.
- ▷ Le devenir à 72 heures pour les hospitalisés : retour au domicile ou pas.

- ▷ La durée d'hospitalisation (en heures) en cas de sortie de l'hôpital avant 72 heures, puis répartie en catégories.
- ▷ La classification des diagnostics faits à l'hôpital en utilisant le même patron que pour celle des diagnostics posés par SOS Médecins, puis la mesure de l'adéquation entre le diagnostic initial et le diagnostic hospitalier.
- ▷ Les bilans et actes réalisés pendant l'hospitalisation : médicaux, chirurgicaux, examens biologiques, radiologiques, radiologie interventionnelle...
- ▷ Le devenir pour les patients sortis sous 72 heures :
  - . la prescription d'un traitement de sortie
  - . une nouvelle consultation (conseillée ou pas)

## 2.4. Données bibliographiques et analyses statistiques

### 2.4.1. Recherche bibliographique

Nous avons utilisé :

- . le catalogue de la Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine Paris (BIUM)
- . le catalogue du Système Universitaire de documentation (SUDOC)
- . la base documentaire de la Banque de Données Santé Publique (BDSP)
- . le catalogue de l'INstitut de l'Information Scientifique et Technique (INIST/CNRS) via Ref Doc
- . le moteur de recherche Google

### 2.4.2. Analyse statistique

L'ensemble de l'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel STATVIEW fourni par le centre d'investigation clinique (Pr BOSSON) du CHU et de l'université de médecine de Grenoble. Les statistiques descriptives sont présentées sous forme de fréquences pour les variables qualitatives (nominales) et de moyennes avec l'écart-type, l'étendue et la médiane pour les variables quantitatives (continues). La recherche d'association entre les variables qualitatives a été effectuée grâce au test du Khi 2. Les tests d'indépendance entre les variables continues et nominales ont été réalisées grâce à l'analyse des variances (ou ANOVA). Tous les résultats sont associés à une probabilité, nommée « p-valeur », qui représente le seuil à partir duquel on considère que la différence observée dans une comparaison est statistiquement significative, c'est-à-dire avec une faible chance d'être due au hasard (on dit que l'hypothèse nulle est rejetée). Le seuil est habituellement fixé à 0,05 : les différences observées sont statistiquement significatives si  $p < 0,05$ .





### 3. Résultats

---



## 3.1. Etude de la population et de l'activité de SOS Médecins lors de la visite initiale

### 3.1.1. Taille de l'échantillon

Sur les sept jours de recueil, nous avons étudié 643 séances (visites ou consultations) effectuées par les médecins de SOS Médecins Grenoble. Elles concernaient 641 patients ; deux séances ont été enregistrées pour deux patients.

En réalité, SOS Médecins a réalisé, sur cette même période d'analyse, 723 actes, dont 15 certificats de garde à vue et 9 certificats de décès, non inclus dans notre recherche. Sur les 699 séances comptabilisées, 56 questionnaires n'ont pu être remplis : 3 par refus des patients de répondre et 53 par oubli des médecins. Le taux effectif de remplissage des questionnaires est égal à 92%.

### 3.1.2. Données démographiques et profil des patients

L'âge moyen de l'échantillon était de 36 ans  $\pm$  28 ( 10 jours – 102 ans ) avec une médiane de 33 ans.

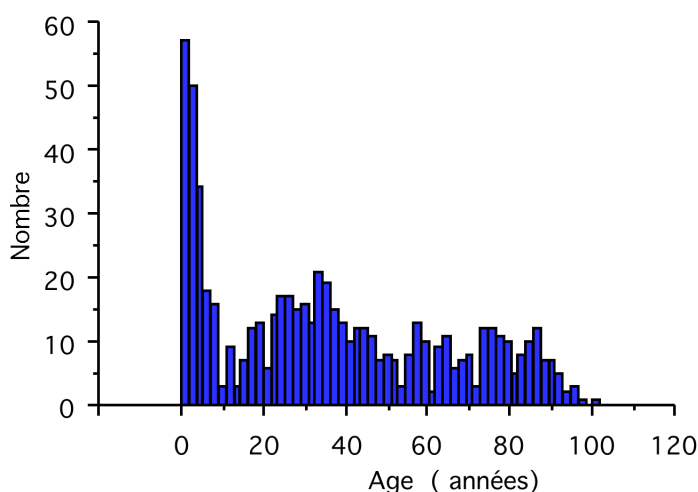


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge en années

Près de 30% de la population étudiée avait moins de 15 ans dont 9% moins de 2 ans. Les 15/40 ans restaient la tranche la plus importante avec 30%. Un peu moins de 15% des patients avaient plus de 75 ans.

Les femmes représentaient 56,5% de l'échantillon contre 43,5% pour les hommes.

La population masculine apparaissait « plus jeune », avec 40% de moins de 15 ans contre 21% chez les femmes, qui comprenaient 18% de plus de 75 ans contre 10% chez les hommes. ( Figure 2 )

Une majorité de patients n'avait aucune pathologie ou traitement chronique (63%).  
73,5 % des patients avaient déjà eu recours aux services de SOS médecins Grenoble auparavant.

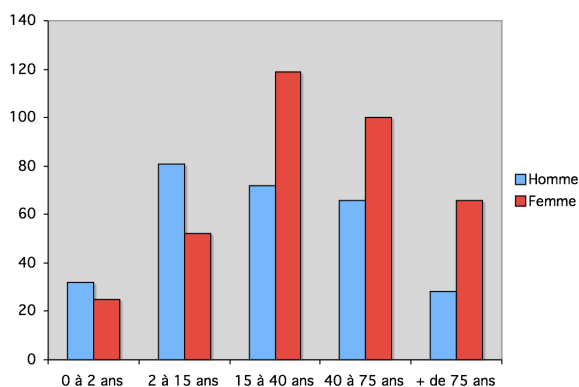


Figure 2 : Répartition des patients selon les âges et le sexe

### 3.1.3. Activité de SOS Médecins Grenoble

#### 3.1.3.1. Caractéristiques des appels et répartition de l'activité

On notait une affluence plus forte le week-end (39% des séances). Sur le reste de la semaine, le lundi et le mercredi étaient les deux journées les plus chargées.

L'activité de nuit correspondait à 31% de l'ensemble des visites effectuées, 18% en première partie et 13% en deuxième partie de nuit. Au total, SOS Médecins a réalisé 59% de ses interventions en dehors de l'ouverture des cabinets médicaux. (Tableau 1)

L'heure d'appel moyenne était 12h30 ± 5h43 (0 – 23h51) avec une médiane de 12h08 minutes.

L'heure de visite moyenne était 13h55 ± 5h47 (0 – 23h59) avec une médiane égale à 14h15.

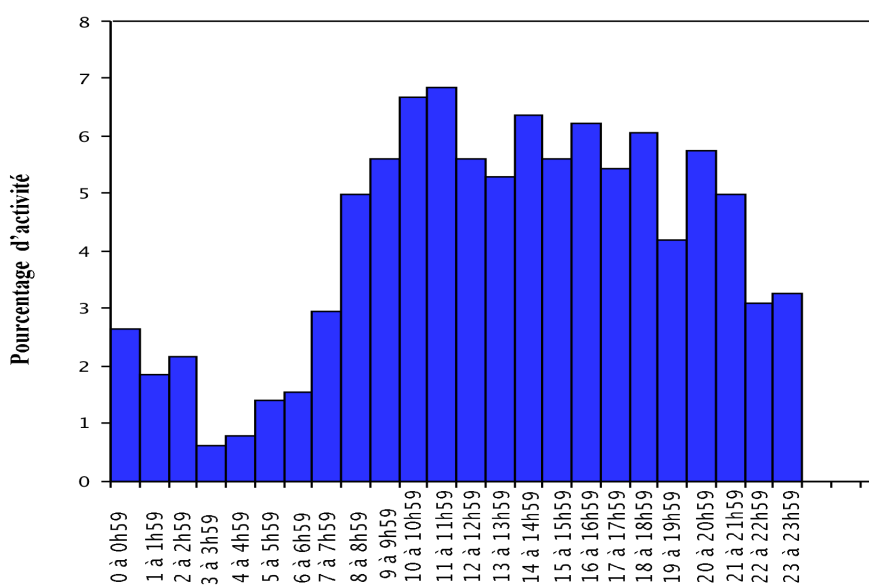


Figure 3 : Répartition du nombre de visites par tranche horaire sur les 24 heures.

De manière globale sur une semaine, l'activité entre minuit et 4h décroissait progressivement, puis on observait une ascension jusqu'au pic d'activité vers midi (7% de l'activité entre 11h et 12h) ; le nombre de visites par tranche horaire restait élevé et stable (entre 5 et 7%) jusqu'à 19h ; petite baisse jusqu'à 21h (4% d'activité dans cette tranche horaire) puis pic entre 20h et 22h (jusqu'à 6%) puis décroissance progressive jusqu'à 4h du matin ( nouvelle ascension entre 23h et minuit cependant). (Figure 3)

Nombre de séances=643	Nombre	Pourcentage	De Nuit		De Jour	
			Nombre	%	Nombre	%
<b>Jours de recueil :</b>						
. Lundi	86	13,4				
. Mardi	74	11,5				
. Mercredi	101	15,7				
. Jeudi	64	10				
. Vendredi	68	10,6				
. Samedi	137	21,3				
. Dimanche	113	17,6				
<b>Heure d'appel :</b>						
. De 0h à 8h	94	14,6				
. De 8h à 20h	458	71,2				
. De 20h à Minuit	91	14,2				
<b>Heure de visite :</b>						
. De 0h à 8h	85	13,2				
. De 8h à 20h	445	69,2				
. De 20h à Minuit	113	17,6				
<b>Délai d'intervention :</b>						
. Moins de 30 mn	148	23	69	37,3	79	17,2
. De 30 à 60 mn	167	26	59	31,9	108	23,6
. De 60 à 120 mn	190	29,5	46	24,9	144	31,4
. Plus de 120 mn	138	21,5	11	5,9	127	27,7
<b>Appel antérieur :</b>						
. au Médecin traitant	111	17,3	68	36,8	168	36,7
. au SAMU (15)	101	15,7	7	3,8	104	22,7
. à un autre médecin	11	1,7	52	28,1	49	10,7
. à un proche	6	0,9				
. aux pompiers	6	0,9				
. aux urgences Hosp.	5	0,8				
. autre	10	1,5				
<b>Lieu d'examen :</b>						
. Consultation	190	29,5				
. Domicile	420	65,3				
. Maison de retraite	17	2,6				
. Autre	16	2,5				
<b>Urgence ressentie :</b>						
	542	84,3				

Tableau 1 : Origine et caractéristiques des appels

Le délai d'intervention moyen s'élevait à 82 minutes (1h22) ± 75 minutes (0 – 528) pour une médiane de 60 minutes.

Le délai moyen d'attente la nuit était plus court : 50 ± 44 (0 – 325) avec une médiane de 39. Le délai d'intervention moyen, en déplacement à domicile, était moindre : 66 ± 67 (0 – 528) pour une médiane à 49.

23% des séances (29% pour les visites seules) ont eu lieu dans les trente minutes suivant l'appel, 49 % (59%) dans l'heure. 21,5% des visites ou consultations présentaient un délai d'intervention supérieur à deux heures. (Tableau 1)

La nuit, près de 70 % des interventions ont lieu dans l'heure dont un peu plus du tiers dans la demi-heure. (Figure 4)

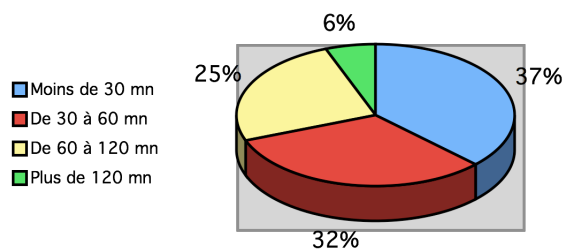


Figure 4 : Délais d'intervention la nuit (en pourcentage)

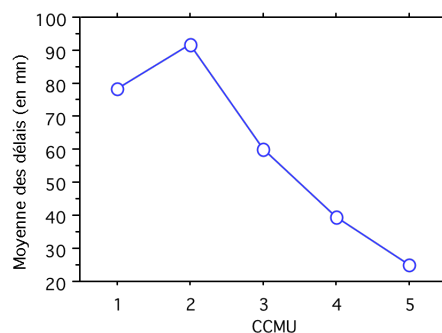
L'analyse des variances (ANOVA) permettait de mettre en évidence une différence statistiquement significative (p= 0,0016): le délai d'intervention moyen varie suivant le niveau de CCMU ; à partir du stade 2 de la CCMU, le délai d'intervention diminue en fonction de l'urgence constatée.

Tableau ANOVA pour Délai d'intervention

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
CCMU	4	98488,2	24622,0	4,4	,0016	17,7	,9
Résidu	638	3550890,5	5565,7				

Tableau des moyennes pour Délais d'intervention  
En fonction de la classe de CCMU

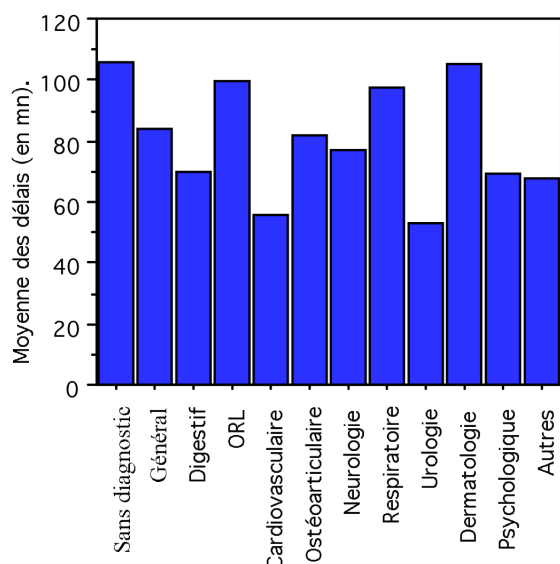
	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
1	228	78,3	68,4	4,5
2	323	91,8	81,7	4,5
3	78	60,0	61,0	6,9
4	13	39,4	66,3	18,4
5	1	25,0	•	•



L'analyse des variances mettait en lumière une différence statistiquement significative ( $p=0,0008$ ) concernant les délais moyens d'intervention observés en fonction des diagnostics établis suite à la séance : les pathologies cardiovasculaires, urologiques, digestives et psychologiques ont été prises en charge plus rapidement.

**Tableau ANOVA pour Délai d'intervention**

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
Classification des diagnostics	11	177813,9	16164,9	2,9	,0008	32,3	1,0
Résidu	631	3471564,8	5501,7				



**Moyennes des délais suivant la classe diagnostique (en mn)**

	Nombre	Moyenne	Dév. Std.	Err. Std.
Sans diagnostic	18	105,8	64,3	15,2
Diagnostic Général	62	84,3	79,6	10,1
Digestif	108	70,2	75,6	7,3
ORL	142	99,4	82,4	6,9
Cardiovasculaire	40	55,5	51,0	8,1
Ostéoarticulaire	56	81,9	60,0	8,0
Neurologie	21	77,0	69,3	15,1
Respiratoire	58	97,5	102,4	13,5
Urologie	48	52,9	38,4	5,5
Dermatologie	29	105,2	78,3	14,5
Psychologie	47	69,4	61,3	8,9
Autres	14	67,9	55,3	14,8

Près de 37% des patients avaient joint préalablement un autre intervenant avant d'appeler ou d'être orienté sur SOS médecins : principalement leur médecin traitant (17%) ou le SAMU (15%).

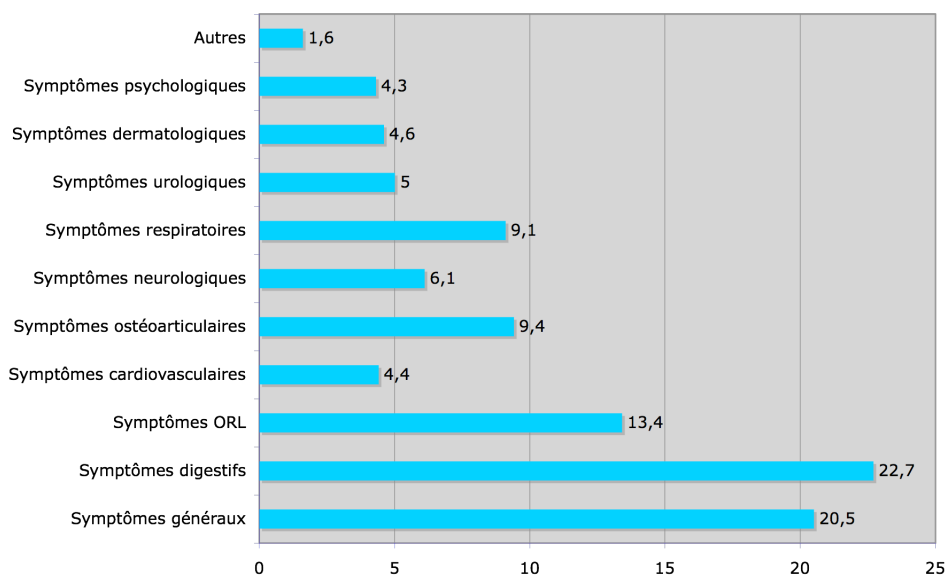
On peut conclure de manière statistiquement significative ( $p < 0,0001$  avec un  $\chi^2 = 30,2 > 3,84$  ;  $ddl=1$ ) à un recours au 15 plus important la nuit que le jour (28% contre 11%). Par contre, les patients ont plutôt joint leur médecin traitant en journée (23% contre 3,8% la nuit) ( $p < 0,0001$  avec un  $\chi^2 = 33 > 3,84$ ,  $ddl = 1$ ).

Les patients ressentant une notion d'urgence ont plus appelé le SAMU (17,5% contre 5,9%) avant de se tourner vers SOS Médecins (lien statistiquement significatif avec  $\chi^2 = 8,6 > 3,84$ ,  $ddl = 1$ ,  $p=0,0033$ ).

Les appels étaient motivés principalement par : (Figure 5)

- des symptômes digestifs (23%)
- des symptômes généraux (20,5%), c'est à dire : fièvre, malaise, asthénie...
- des symptômes ORL (13,5%) : douleur de gorge, rhinorrhée...
- des symptômes ostéo-articulaires (9,5%) : arthralgie, traumatisme...
- des symptômes respiratoires (9%)





**Figure 5 : Répartition des motifs d'appel cliniques en %)**

### 3.1.3.2. Caractéristiques médicales

Les classes diagnostiques les plus fréquemment représentées étaient:

1. L'ORL (22%)
2. La sphère digestive (17%)
3. Les diagnostics généraux ( 9,5%) : syndrome viral...
4. Le domaine respiratoire (9%)
5. L'ostéo-articulaire (8,7%)
6. L'urologie (7,5%) (Tableau 3)

Chez les enfants (moins de 15 ans), on notait la grande prédominance des problèmes ORL (41%), digestifs (18,8%) et généraux (16,8%).

Chez les 15-40 ans et les 40 à 75 ans, les diagnostics ORL et digestifs étaient en tête, mais dans des proportions moindres. Suivaient les pathologies ostéo-articulaires et urologiques puis psychologiques.

De 40 à 75 ans, les troubles cardiovasculaires composaient 9,6% des diagnostics.

Après 75 ans, les diagnostics cardiovasculaires étaient en tête ( 19%) suivis des problèmes digestif (16%), de l'urologie (14%), de l'ostéo-articulaire (13%), du respiratoire (10,5%). A noter, aucun diagnostic ORL. (Tableau 3)

Nombre de séances = 643	Population Totale		0 à 2 ans	2 à 15 ans	15 à 40 ans	40 à 75 ans	+ de 75 ans	De nuit	En journée
	N	%	(en %)	(en %)	(en %)	(en %)	(en %)		
<b>Classes Diagnostiques :</b>									
. Sans diagnostic	18	2,8	3,5	2,3	1,6	1,8	7,4		
. Diagnostic général	62	9,7	17,5	15,8	9,4	4,2	6,4		
. Digestif	108	16,8	17,5	20,3	17,3	13,9	16		
. ORL	142	22,2	45,6	36,8	23	13,9	0		
. Cardiovasculaire	40	6,1	0	0	2,6	9,6	19,1		
. Ostéo-articulaire	56	8,7	0	2,3	9,9	13,3	12,8		
. Neurologie	21	3,3	0	0,8	3,1	6,6	3,2		
. Respiratoire	58	9	8,8	9,8	6,8	10,2	10,6		
. Urologie	48	7,3	0	0,8	9,9	8,4	13,8		
. Dermatologie	29	4,5	7	7,5	3,7	2,4	4,3		
. Psychologique	47	7,3	0	2,3	9,4	12,7	5,3		
. Autres	14	2,2	0	1,5	3,1	3	1,1		
<b>Gravité / CCMU :</b>									
. Classe 1	228	35,5	54,4	49,6	39,3	22,9	19,1	30,3	37,6
. Classe 2	323	50,2	40,4	47,4	52,4	56,6	45,7	48,6	50,9
. Classe 3	78	12,1	5,3	3	7,9	16,9	27,7	17,8	9,8
. Classe 4	13	2	-	-	0,5	3	7,4	2,7	1,7
. Classe 5	1	0,2	-	-	-	0,6	-	0,5	-

**Tableau 2 : Classes diagnostiques et classification CCMU et répartition suivant l'âge.**

85,5% des patients présentaient un état clinique jugé stable (sans complément diagnostique nécessaire: 35,5%, avec actes supplémentaires: 50%). Pour 12%, l'état était jugé susceptible de s'aggraver, et pour 2,2% le pronostic vital était en jeu (1 seul cas classé en CCMU 5 pendant l'étude).

Les patients de moins de 15 ans étaient dans un état stable dans 96% des cas ; aucun n'avait son pronostic vital en jeu. La classe CCMU 1 était prédominante dans ce groupe. Pour les patients de plus de 15 ans jusqu'à plus de 75 ans, la classe CCMU 2 arrivait en tête. La proportion de diagnostics inclus en CCMU 3 et 4 augmentait avec l'âge pour atteindre respectivement 28% et 7,5% chez les plus de 75 ans. (Tableau 2)

On constate de manière statistiquement significative ( $p=0,0163$  avec un  $\chi^2 = 12,1 >$  valeur seuil de 9,49 biblio table  $\chi^2$  pour  $ddl=4$ ) (tableau 3) que la gravité des pathologies rencontrées est plus importante la nuit que la journée, avec 18% de CCMU 3 la nuit contre 10% le jour, 2,7% de CCMU 4 la nuit contre 1,7% et 0,5% de CCMU 5 contre 0% le jour.

N = 643	Journée	Nuit	Totaux
<b>CCMU 1</b>	75,4	24,6	100
<b>CCMU 2</b>	72,1	27,9	100
<b>CCMU 3</b>	57,7	42,3	100
<b>CCMU 4 &amp; 5</b>	57,1	42,9	100
<b>Totaux</b>	71,2	28,8	100

**Tableau 3 : Pourcentage des lignes. Tableau de contingence Chi 2.**

La classe 2 de la CCMU était la plus représentée pour la plupart des diagnostics évoqués, sauf :

- les diagnostics généraux, l'ORL, la dermatologie où la classe 1 était la plus nombreuse.
- la sphère cardiovasculaire où la classe 3 prédominait.

Les classes diagnostiques comportant plus d'états cliniques susceptibles de s'aggraver étaient :

- le domaine digestif (15%), le cardiovasculaire (50%), les troubles respiratoires (20,5%), l'urologie (29%), le psychologique (13%).

Seules les pathologies cardiovasculaires, respiratoires et psychologiques présentaient des patients avec un pronostic vital en jeu. (Tableau 4)

		CCMU					
		1	2	3	4	5	
Sans diagnostic		38,9	50,0	11,1	0,0	0,0	100,0
Général		50,0	46,8	3,2	0,0	0,0	100,0
Digestif		39,8	45,4	14,8	0,0	0,0	100,0
ORL		52,8	46,5	,7	0,0	0,0	100,0
Cardiovasculaire		5,0	17,5	50,0	25,0	2,5	100,0
Ostéo-articulaire		33,9	64,3	1,8	0,0	0,0	100,0
Neurologie		38,1	52,4	9,5	0,0	0,0	100,0
Respiratoire		12,1	65,5	20,7	1,7	0,0	100,0
Urologie		8,3	62,5	29,2	0,0	0,0	100,0
Dermatologie		51,7	44,8	3,4	0,0	0,0	100,0
Psychologique		29,8	53,2	12,8	4,3	0,0	100,0
Autres		21,4	71,4	7,1	0,0	0,0	100,0
Totaux		35,5	50,2	12,1	2,0	0,2	100,0

**Tableau 4 : Fréquence, en pourcentage, des classes de CCMU suivant les diagnostics**

### 3.1.3.3. Actes pratiques diagnostiques ou thérapeutiques réalisés

Un peu plus de 45% des séances ont nécessité un acte diagnostique ou thérapeutique autre que l'examen de base. La saturation en oxygène était recherchée dans 29% des cas, un ECG a été réalisé lors de 9% des séances. (Tableau 5)

Le médecin avait joint un autre intervenant pendant la visite dans 5,3% des cas, principalement un spécialiste ou le médecin traitant. Les motifs d'appel les plus fréquents étaient :

- le compte-rendu de la visite au médecin traitant (30%),
- le besoin d'un avis diagnostique ou thérapeutique (24%),
- une demande d'hospitalisation (21%),
- une prise de rendez-vous de consultation ou d'examen pour le patient (12%).

Nombres de séances ( N= 643 )	Effectif	Pourcentage
<b>Gestes pratiques pendant la visite</b>	<b>294</b>	<b>45,7</b>
Taux de saturation	185	28,8
Electrocardiogramme	59	9,2
Bandelette urinaire	71	11
Injection	53	8,2
Glycémie capillaire	16	2,5
Strepto test	17	2,6
Autres	12	1,9
Gestes de réanimation	3	0,5
<b>Personne jointe pendant la séance</b>	<b>34</b>	<b>5,3</b>
Médecin spécialiste	14	2,2
Médecin traitant	10	1,6
SAMU	2	0,3
Urgences	2	0,3
Autres	6	0,9
<b>Motifs d'appel (N=34)</b>		
Compte-rendu de la séance	10	30,3
Avis thérapeutique ou diagnostique	8	24,2
Demande d'hospitalisation	7	21,2
Prise de RDV ou d'examen	4	12,1
Renseignements sur les antécédents	2	6,1
Appel transport	1	3
Livraison de médicaments	1	3

**Tableau 5 : Actes réalisés pendant la visite**

### 3.1.4. Devenir des patients à l'issue de la séance

Une hospitalisation immédiate a été décidée pour 10,7% des patients, soit 69 séances au total. 574 patients ont été maintenus au domicile.

#### 3.1.4.1 En cas de maintien à domicile

##### a) Prescriptions médicamenteuses et d'examens complémentaires

▷ Un traitement a été prescrit chez 87% des patients restant au domicile après la séance. 2,2 médicaments± 1 ( 1-7) par patient ont été administrés. 63% des individus ont reçu au maximum deux remèdes, 10% plus de 4 principes thérapeutiques. La durée moyenne de prescription est de 6,7 jours± 4 ( 1- 30 ) avec une médiane de 6. Plus de deux tiers des patients ont eu une durée de prescription inférieure ou égale à 7 jours. Il faut noter cependant le nombre important de données manquantes (282) par défaut de recueil.

Les classes thérapeutiques les plus fréquemment prescrites furent (Tableau 6):

- les antalgiques, AINS (67%),
- les antibiotiques (34%),
- les thérapeutiques à visée digestive ou métabolique ( hors Antalgiques) (22,5%),
- les médicaments du système respiratoire ( 17%),
- les corticoïdes (9%)

Par contre, les principes à visée cardiaque (1,8%) sont peu souvent administrés.

**Tableau 6 : Fréquence et nombre des classes thérapeutiques prescrites**

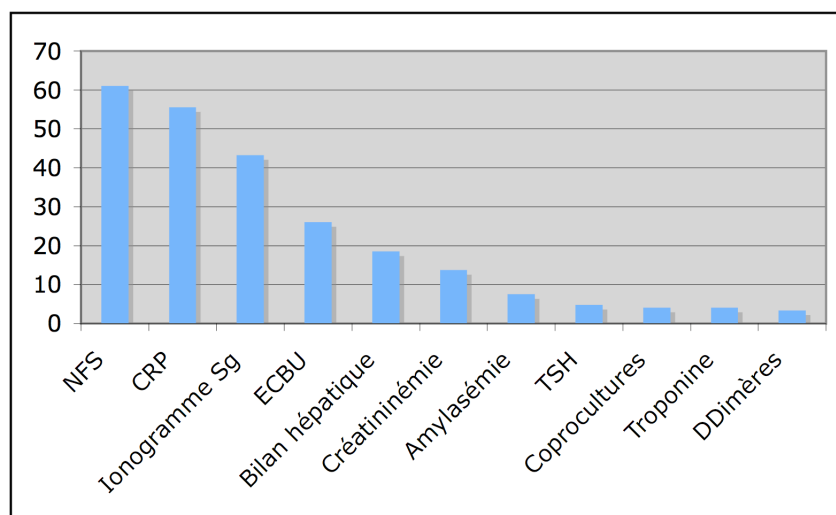
<i>Nombre de séances = 501</i>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Classes Thérapeutiques</b>		
. Système Respiratoire et ORL	87	17,4
. Système Digestif et métabolisme	113	22,6
. Système Cardiovasculaire	9	1,8
. Dermatologie	21	4,2
. Antibiotiques,antiseptiques	171	34,2
. Corticoïdes	47	9,4
. Analgésiques, AINS	336	67,1
. Traitements à visée neurologique	30	6
. Système musculaire et os	25	5
. Œil, oreille	14	2,8
. Autres	7	1,4

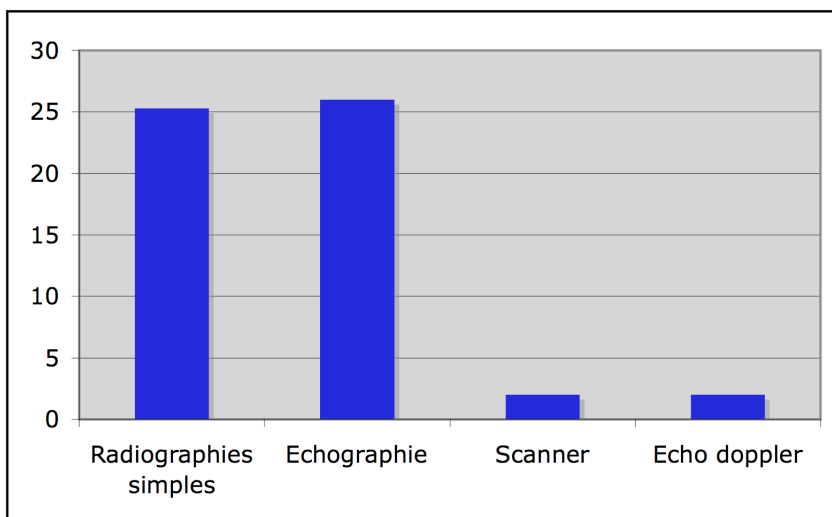
Nombre de médicaments prescrits :		
. Un	154	30,1
. Deux	168	33,5
. Trois	132	26,3
. Plus de Quatre	50	10

▷ Dans 25% des séances concernant les patients restant au domicile, au moins un examen complémentaire a été prescrit.

On a constaté que le taux de prescription d'examens complémentaires augmentait avec l'âge du patient ( de 10,5% chez les nourrissons jusqu'à 37% chez les plus de 75 ans).

	Ensemble Pop.		0-2 ans	2-15 ans	15-40 ans	40-75 ans	+ 75 ans
	Nombre	%	(en%)	(en %)	(en %)	(en%)	(en%)
<b>Taux d'examens complémentaires</b> (N=574)	146	25,4	10,5	19,5	22,5	21,1	37,2
<b>Délai de réalisation :(N=146)</b>							
. En urgence	49	33,6					
. Après 24h	97	66,4					





**Figures 6 et 7 : Nature et répartition des examens complémentaires prescrits (en %)**

Il était demandé au patient de réaliser rapidement (dans les 24 heures ouvrables suivant la séance) ses examens dans 33,5% des cas.

▷ Au niveau des patients actifs maintenus au domicile ( 281 patients soit 43% de l'échantillon), un arrêt de travail a été prescrit dans 25% des cas. Sur l'ensemble des patients restés au domicile (574), ce taux redescend à 16,9%. La durée moyenne de l'arrêt délivré est de 3,2 jours $\pm$ 2,1 (1-8) avec une médiane à 3.

#### b) Recommandations concernant le suivi et la surveillance

▷ Le détail de l'évolution attendue de la maladie, de ses complications éventuelles à surveiller, a été fourni par le médecin de SOS dans 80% des séances.

Sur l'ensemble des patients restant au domicile, 35,2% (202) ne nécessitaient aucune surveillance ultérieure selon SOS Médecins, contre 64,8% (372) qui ont bénéficié d'une indication de surveillance potentielle, rapprochée ou à distance, dans les suites de la séance.

▷ 34% des patients gardés à domicile se sont vus attribuer une indication de surveillance immédiate ou rapprochée (au maximum dans les 24 heures suivant la visite). (Tableau 7)  
Les principaux motifs évoqués par les médecins de SOS, devant motiver une nouvelle consultation de manière rapprochée, étaient :

- L'absence d'amélioration rapide et/ou la persistance des symptômes, citées dans 51% des cas ;
  - Une aggravation ou un nouveau symptôme, dans 68% des cas.
  - La présentation de résultats para cliniques dans 30% des cas.
  - Le refus d'hospitalisation ou d'examen supplémentaires ne concernait que 2 patients.
- Un avis spécialisé urgent n'était mentionné que dans 2% des cas.

Le médecin de SOS conseillait de rappeler, en cas de nécessité de « re-consultation » rapprochée, un ou plusieurs intervenants au choix :

- Dans 82% des cas, SOS Médecins.
- Dans 78%, le médecin traitant.

- Dans 12%, l'hospitalisation est mentionnée (soit 24séances). Une lettre pour les urgences est laissée sur place si besoin, dans 58% des cas.
- Dans 3,5%, un autre professionnel est indiqué (médecin spécialiste le plus souvent, le 15 pour une séance).

A noter, sur les 198 patients avec surveillance rapprochée, 63 (soit 11% des patients gardés au domicile) ont eu plus particulièrement une recommandation de consulter de nouveau rapidement, pour présenter des résultats para cliniques urgents et/ou prendre un avis spécialisé.

▷ Une surveillance à distance (au-delà de 24 heures) a été envisagée, si nécessité, dans 48% des cas. (Tableau 7)

Les raisons les plus souvent avancées, motivant une surveillance à distance, étaient :

- Le besoin de réévaluer l'état clinique (40%),
- La persistance des symptômes (35%),
- La présentation de résultats de bilans (26%),
- L'apparition d'un nouveau symptôme ou d'une aggravation (15%),
- La nécessité d'un avis médical autre (18%)
- L'adaptation du traitement (12%)

Le médecin de SOS orientait pour une nouvelle consultation éventuelle à distance vers deux intervenants ; soit le médecin traitant (90%) soit un médecin spécialiste (17%).

De même, parmi les 278 patients avec surveillance à distance indiquée, 177 ( soit 30,8% des patients restés au domicile) ont eu plus particulièrement comme consigne de consulter de nouveau ou prendre contact pour une nouvelle consultation au-delà de 48h, soit pour un contrôle clinique, soit pour un avis médical autre, soit pour présenter des résultats complémentaires.

	Effectif	Pourcentage		Effectif	Pourcentage
<b>Surveillance rapprochée</b> (N=574)	198	34,5	<b>Surveillance à distance</b> (N=574)	278	48,4
<b>Motifs de surveillance :</b> (N=198)			<b>Motifs de surveillance :</b> (N=278)		
. Aggravation, nouveau symptôme	134	67,7	. Réévaluation de l'état clinique	110	39,6
. Persistance des symptômes	102	51,5	. Présentation de résultats	72	25,9
. Récidive d'un symptôme	9	4,5	. Symptômes persistants ou récidivants	97	34,9
. Non administration du traitement	1	0,5	. Aggravation ou nouveau symptôme	41	14,7
. Refus d'hospitalisation ou d'exams	2	1	. Autre avis médical souhaitable	49	17,6
. Avis spécialisé urgent	4	2	. Adaptation du traitement	32	11,5
. Résultats para cliniques attendus	60	30,3			



<b>Intervenants à rappeler :</b> (N=198)			<b>Intervenants conseillés :</b> (N=278)		
. SOS Médecins	163	82,3	. Médecin traitant	250	89,9
. Médecin traitant	154	77,8	. Médecin spécialiste	47	16,9
. Urgences Hosp.	24	12,1			
. Autre	7	3,5			

**Tableau 7 : Recommandations de surveillance et orientation**

### 3.1.4.2. Hospitalisation

#### a) Généralités, motifs

▷ Les hospitalisations sont dues, dans 90% des cas, à un problème clinique aigu et 10% à la déstabilisation d'une affection chronique. (Tableau 8)

L'hospitalisation était souhaitée en vue d'un bilan diagnostique dans 67% des recours, et en raison de facteurs de gravité clinique rendant le traitement à domicile impossible dans 67% des cas. L'impossibilité de maintenir le patient au domicile, pour raisons sociales notamment, intervient dans 15% des hospitalisations.

62% des pathologies des hospitalisés relevaient d'un problème somatique non traumatique et médical, 22% d'un domaine somatique chirurgical, 12% d'un trouble psychologique, et 4% d'un problème traumatique.

Les principaux diagnostics répertoriés au sein des patients hospitalisés appartenaient aux classes suivantes : (Tableau 8)

- Cardiovasculaire (33%)
- Digestif (20%)
- Psychologique (11,5%)
- Urologie (9%), respiratoire et ostéoarticulaire

Les classes diagnostiques qui possédaient les taux d'hospitalisation les plus élevés étaient : les problèmes cardiovasculaires (57,5%), suivis de loin par les troubles psychologiques (17%), digestifs (13%), urologiques (12,5%). A noter, aucune hospitalisation pour les sans diagnostic, et les problèmes ORL (0,7%).

▷ Les patients étaient orientés à 45% vers les urgences du CHU Michallon, 50% vers des cliniques (UPATOU) de l'agglomération grenobloise.

▷ Pour le transport vers l'hôpital : 35% ont eu recours à leurs propres moyens de locomotion, 58% à une ambulance ; dans 7% des cas, le SMUR a été sollicité (Tableau 8). Ces données sont comparables à l'étude de 2008 (8) réalisée sur l'envoi des patients aux urgences par SOS Médecins Grenoble.

La classe 3 de la CCMU était la plus représentée quelque soit le mode de transport choisi. Le SMUR a été appelé pour des malades en CCMU 3 ( 40%), CCMU 4 (40%) et CCMU 5 (20% et seul patient de cette classe). Les patients en CCMU 4 ont été transportés par ambulance (78%) ou SMUR (22%). (Tableau 9)

Le SMUR n'a été utilisé que pour des patients avec un diagnostic ayant trait au domaine cardiovasculaire.

L'ambulance a servi à transporter, en premier lieu, des malades avec pathologie étiquetée cardiovasculaire (35%), digestive (20%) ou psychologique (15%).

Pour les pathologies cardiovasculaires, 61% ont été transportées par ambulance, 22% par le SMUR et 17% par moyens personnels.

Effectif N = 69	Effectif	%		Effectif	%
<b>Motifs d'hospitalisation</b>			<b>Orientation :</b>		
. Bilan diagnostique	46	66,7	. CHU	31	44,9
. Facteurs de gravité ou d'aggravation	46	66,7	. Clinique mutualiste	21	30,4
. Geste ou traitement curatif urgent	24	34,8	. Clinique des cèdres	12	17,4
. Maintien au domicile impossible	10	14,5	. Clinique belledonne	2	2,9
			. CHS St Egrève	3	4,3
<b>Types de pathologies :</b>			<b>Modes de transport :</b>		
. Problème clinique aigu	62	89,9	. Personnel	24	34,8
. Déstabilisation d'une maladie chronique	7	10,1	. Ambulance	40	58
. Pb somatique non traumatique médical	43	62,3	. SMUR	5	7,2
. Pb somatique non traumatique chirurgical	15	21,7			
. Pb traumatique	3	4,3			
. Psychologique	8	11,6			
<b>Classes diagnostiques détaillées :</b>			<b>Classes diagnostiques suite :</b>		
. Général	2	2,9	. Respiratoire	6	8,7
. Digestif	14	20,3	. Urologie	6	8,7
. ORL	1	1,4	. Dermatologie	1	1,4
. Cardiaque	23	33,3	. Psychologique	8	11,6
. Ostéoarticulaire	6	8,7			
. Neurologie	2	2,9			

**Tableau 8 : Motifs et caractéristiques des hospitalisations**

Transport	CCMU					Diagnostic									
	1	2	3	4	5	1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*	8*	9*	10*
Personnel	-	16,7	83,3	-	-	8,3	25	4,2	16,7	4,2	4,2	12,5	12,5	4,2	8,3
Ambulance	-	15	67,5	17,5	-	-	20	-	35	12,5	2	7,5	-	15	-
SMUR	-	-	40	40	20				100	-	-	-	-	-	-

**Tableau 9 : Répartition des moyens de transport en pourcentage selon les diagnostics établis la gravité clinique**

\* : 1= Général, 2=Digestif, 3=ORL, 4=Cardiovasculaire, 5=Ostéoarticulaire, 6=Neurologie, 7=Respiratoire, 8=Urologie, 9=Dermatologie, 10=Psychologique

#### b) Caractéristiques du sous échantillon « patients hospitalisés »

Nous avons pu mettre en évidence un lien statistiquement significatif entre, d'une part, le devenir des patients, et d'autre part, plusieurs variables caractéristiques de la population étudiée et de l'activité liée à SOS Médecins: l'horaire des visites, l'âge des patients, le lieu d'examen initial, l'existence d'une pathologie chronique, l'urgence ressentie, l'appel préalable auprès d'un autre intervenant, l'évaluation de la gravité clinique. (Tableau 10)

Ainsi, par rapport aux individus restés au domicile, nous constatons que les patients hospitalisés comportaient plus :

- de personnes âgées : 32% de plus de 75 ans (12,5% chez les non hospitalisés), 41% de personnes entre 40 et 75 ans (contre 24%) ; les moins de 15 ans représentaient 9% des hospitalisés dont 1/3 de nourrissons.
- de patients atteints d'une pathologie chronique : 65% contre 34% chez les « non hospitalisés »
- d'appels avec urgence ressentie (96% contre 83%)
- de demande première auprès d'un autre intervenant (65% contre 33%) et notamment auprès du SAMU (41% contre 13%)
- de patients vus en déplacement (94% contre 67%) et très peu en consultation (5,8%)
- d'interventions de nuit (46% contre 27%), en première partie de nuit (24%) comme en deuxième (22%).
- de pathologies graves (85% avec CCMU > ou = à 3 contre 6% chez les « non hospitalisés »)

Cependant, nous n'avons pu établir un lien statistiquement significatif :

- entre la répartition homme/femme et l'hospitalisation
- avec la répartition des visites entre le week-end et la semaine.

Concernant les diagnostics des patients hospitalisés, le test de comparaison par khi 2 n'était pas fiable en raison d'effectifs théoriques < 5. Néanmoins, on pouvait constater que les principaux diagnostics répertoriés au sein des patients hospitalisés appartenaient aux classes suivantes : (Tableau 12)

- Cardiovasculaire (33% contre 3% chez ceux restant au domicile)
- Digestif ( 20% contre 16%), Psychologique (11,5% vs 7%), Urologie (9% vs 7%).

.Hospitalisés N= 69 .Non hospitalisés N=574	Hospitalisés		Non Hospitalisés		Chi 2 calculé	Chi 2 théorique	Degré de liberté	p valeur
	N	%	N	%				
<b>Horaire de visite :</b>								
De nuit	32	46,3	156	27,2	9,8	3,84	1	0,0017
De 20h à 0h	17	24,6	96	16,7	9,2	5,99	2	0,0103
De 0h à 8h	15	21,7	70	12,2				
De Week-end	21	30,4	229	39,9	2,3	3,84	1	0,1277
<b>Sexe : *</b>					1,3	3,84	1	0,2547
Homme	34	50	245	42,8				
Femme	34	50	328	57,2				
<b>Age : *</b>					38	9,49	4	<0,0001
0 à 2 ans	2	2,9	55	9,6				
2 à 15 ans	4	5,9	129	22,5				
15 à 40 ans	12	17,6	179	31,2				
40 à 75 ans	28	41,2	138	24,1				
+ de 75 ans	22	32,4	72	12,6				
<b>Lieu d'examen :</b>					22,5	3,84	1	<0,0001
Consultation	4	5,8	186	32,4				
Visite	65	94,2	388	67,6				
<b>Pathologie chronique *</b>	43	63,2	196	34,2	21,9	3,84	1	<0,0001
<b>Urgence ressentie</b>	66	95,7	476	82,9	7,5	3,84	1	0,0061
<b>Appel antérieur</b>	45	65,2	191	33,3	27,1	3,84	1	<0,0001
Au MT	15	21,7	96	16,7	1,1	3,84	1	0,2977
Au SAMU	28	40,6	73	12,7	36,1	3,84	1	<0,0001
<b>Diagnostics :</b>					Chi 2 non réalisé car certains effectifs théoriques sont < à 5			
. Aucun	-	-	18	3,1				
. Général	2	2,9	60	10,5				
. Digestif	14	20,3	94	16,4				
. ORL	1	1,4	141	24,6				
. Cardiovasculaire	23	33,3	17	3				
. Ostéoarticulaire	6	8,7	50	8,7				
. Neurologie	2	2,9	19	3,3				
. Respiratoire	6	8,7	52	9,1				
. Urologie	6	8,7	42	7,3				
. Dermatologie	1	1,4	28	4,9				
. Psychologique	8	11,6	39	6,8				
. Autres	-	-	14	2,4				
<b>CCMU 1 et 2</b>	10	14,5	541	94,2	11,26	3,84	1	0,0008
<b>CCMU 3 et 4</b>	59	85,5	33	5,8				

**Tableau 10 : Association entre les caractéristiques de la population, l'activité de SOS et l'hospitalisation des patients**

\* Hospitalisés= 68 et Non hospitalisés= 573

## 3.2. Etude à 72 heures de l'évolution de la situation des patients

632 patients ont été rappelés à partir de 72 heures après la première visite. 10 personnes sont restées injoignables, dont une femme hospitalisée initialement et non retrouvée, et un homme qui n'a pu répondre étant en absence prolongée à l'étranger.

Dans presque 50% des cas, c'est le patient lui-même qui a répondu ; dans 46%, le référent indiqué a bien été contacté. Dans 4,6% des rappels, les informations ont été obtenues auprès d'un référent non attendu, dont dans 2,7% des cas un membre du personnel hospitalier.

Sur l'ensemble des patients réinterrogés, 93% sont au domicile à 72 heures, et 7% sont encore hospitalisés.

### 3.2.1. Evolution de l'état de santé

Au bout de 72 heures, 26% des patients se déclarent guéris, 57% en nette amélioration, 14% avec un état similaire, 0,3 % en aggravation et 2,4% présente un nouveau symptôme. Chez les patients hospitalisés initialement, on notait moins de guérison (6%), 1,5% d'aggravation, mais 76,5% d'amélioration. La proportion d'état inchangé était similaire.

	Ensemble de la population		Domicile		Hospitalisés	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Guérison	166	26,3	162	28,7	4	5,9
Amélioration	359	56,8	307	54,4	52	76,5
Inchangé	90	14,2	80	14,2	10	14,7
Aggravation	2	,3	1	,2	1	1,5
Nouveau symptôme	15	2,4	14	2,5	1	1,5
Total	632	100,0	564	100,0	68	100,0

### 3.2.2. Devenir des patients restés au domicile

Sur les 564 patients que nous avons pu joindre, 552 (soit 98%) sont toujours au domicile et 2% (12 personnes) sont hospitalisées à 72 heures de la première visite.

#### 3.2.2.1. Réalisation des examens et suivi des traitements prescrits

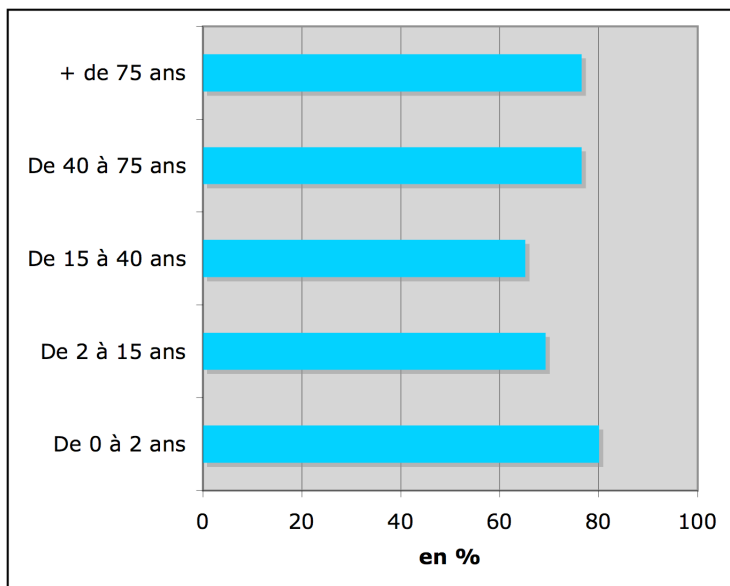
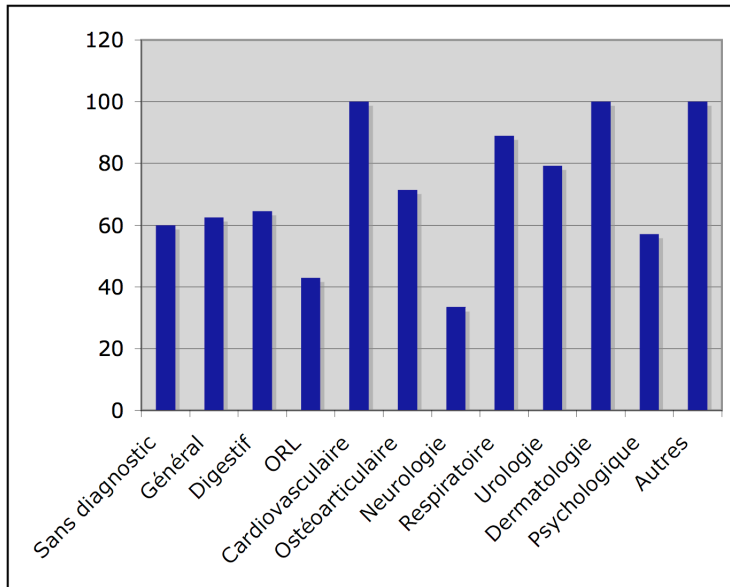
▷ Sur les 564 patients restés au domicile initialement, 142 ont eu une prescription d'examen complémentaires. Le taux de réalisation de ces examens s'élevait à 72%.

L'exécution des bilans complémentaires était mieux suivie chez les nourrissons (80%) et les personnes de plus de 40 ans (76,5%). (Figure 9)

Les patients porteurs d'un diagnostic d'origine cardiovasculaire (100%), dermatologique (100%), endocrinologique ou gynécologique (100%), respiratoire (89%) et urologique (79%) avaient un taux de réalisation plus important. Par contre, les patients avec une pathologie

ORL (43%), psychologique (57%) ou sans diagnostic ( 60%), ont moins respecté les consignes. (Figure 8)

Sur les 40 patients qui n'ont pas réalisé leurs examens, les motifs invoqués le plus fréquemment étaient : - une guérison ou amélioration clinique (37,5%), - la prise d'un autre rendez-vous de consultation entre-temps (30%), et - le manque de temps (20%). A 72 heures, 17,5% de ces patients avaient partiellement effectué leurs examens.



**Figures 8 et 9 : Taux de réalisation (en %) des examens prescrits, suivant le diagnostic et l'âge**

▷ Par ailleurs, sur les 498 patients qui ont bénéficié d'une prescription thérapeutique, 96% l'ont bien suivi.

Les motifs principaux de non suivi restaient l'amélioration ou la guérison cliniques (28%) et une nouvelle consultation entre-temps (22%). Un patient a démarré son traitement

contrairement aux consignes fixées, un autre attendait les résultats des examens para cliniques ordonnés, un autre souhaitait un nouvel avis médical.

### 3.2.2.2. Données générales sur les nouvelles consultations

Sur l'ensemble des patients réinterrogés et maintenus au domicile (564), **28,2%** (soit 159 patients) ont de nouveau consulté dans les 72 heures suivant la visite de SOS Médecins. Le délai moyen de « re-consultation » est de 45 heures± 20 ( 6 - 72) avec une médiane de 48 heures soit 2 jours.

#### a) Motifs de consultation

Les motifs de nouvelle consultation les plus fréquents étaient la persistance des symptômes (48%), un contrôle clinique ou un nouvel avis demandé par SOS (24%), le souhait d'un autre point de vue médical par le patient (23%), une aggravation de l'état clinique ou l'apparition d'un nouveau symptôme (21%), la présentation de résultats de bilans (20%) et l'adaptation du traitement (10,7%).

#### b) Intervenants consultés

Parmi les patients restés au domicile, 16% ont revu leur médecin traitant, 4,5% un médecin spécialiste, 3,2% SOS médecins, 3% les urgences hospitalières et 0,9% un ostéopathe. Les patients restants (4) ont revu un autre professionnel. Parmi les patients « re-consultant », 57% se sont tournés vers leur médecin traitant, 10,7% vers les urgences hospitalières.

#### c) Présentation des résultats d'examens para cliniques

Sur les 159 patients qui ont de nouveau consulté, 38% (soit 61 personnes) avaient eu des examens complémentaires prescrits. 33% d'entre eux (20 individus) n'ont pas présenté les résultats de ces bilans lors de leur nouvelle visite car :

- dans 65% des cas, ils ne les avaient pas réalisés,
- 25% n'avaient pas encore les résultats à disposition,
- et 10% les avaient oubliés.

### 3.2.2.3. Profil des nouveaux consultants

Le test d'indépendance du chi 2 nous a permis de mettre en évidence plusieurs associations statistiquement significatives entre la « re-consultation » au cours des 72 heures suivant la première visite, et un certain nombre de variables caractérisant la population, l'activité ou le suivi recommandé par SOS Médecins. (Tableau 11)

Ainsi, on pouvait constater que les patients sollicitant une nouvelle consultation comprenaient plus :

- de personnes au-delà de 40 ans (46,5%) et légèrement plus de nourrissons ;
- de patients ayant été vus de nuit (35%), notamment en deuxième partie de nuit (17,5%);
- de personnes vues en visite (80%);

Effectif N=564	Nouvelle consultation		Pas de nouvelle consultation		Chi 2 calculé	Chi 2 théorique	ddl	p valeur
	Effectif	% (dans ce groupe)	Effectif	% (dans ce groupe)				
<b>Age</b>					11,5	9,49	4	0,0218
0 à 2 ans	15	9,4	37	9,2				
2 à 15 ans	32	20,1	97	24				
15 à 40 ans	38	23,9	138	34,2				
40 à 75 ans	46	28,9	90	22,3				
+ de 75 ans	28	17,6	42	10,4				
<b>Horaire de visite</b>					6,6	5,99	2	0,037
De 0h à 8h	28	17,6	41	10,1				
De 8h à 20h	103	64,8	298	73,6				
De 20h à 0h	28	17,6	66	16,3				
<b>Sexe</b>					0,3	3,84	1	0,5976
Homme	70	44	168	41,6				
Femme	89	56	236	58,4				
<b>Lieu d'examen</b>					14,94	3,84	1	0,0001
Consultation	32	20,1	150	37				
Déplacement	127	79,8	255	63				
<b>Pathologie chronique</b>	64	40,3	129	31,9	3,5	3,84	1	0,0611
<b>Urgence ressentie</b>	136	85,5	330	81,5	1,3	3,84	1	0,253
<b>Appel antérieur</b>	73	45,9	115	28,4	15,8	3,84	1	<0,0001
Au MT	36	22,6	58	14,3	5,7	3,84	1	0,017
Au SAMU	32	20,1	40	9,9	10,8	3,84	1	0,001
<b>CCMU</b>					28,12	5,99	2	<0,0001
Classe 1	42	26,4	180	44,4				
Classe 2	97	61	212	52,3				
Classe 3 & 4	20	12,6	13	3,2				
<b>Diagnostics</b>					22,8	19,68	11	0,0186
Aucun	6	3,8	12	3				
Général	25	15,7	35	8,6				
Digestif	22	13,8	72	17,8				
ORL	24	15,1	111	27,4				
CV	7	4,4	9	2,2				
OA	19	11,9	30	7,4				
Neurologie	4	2,5	15	3,7				
Respiratoire	14	8,8	38	9,4				
Urologie	15	9,4	26	6,4				
Dermatologie	6	3,8	22	5,4				
Psychologique	14	8,8	24	5,9				
Autres	3	1,9	11	2,7				



<b>Traitement prescrit</b>	137	86,2	356	87,9	0,3	3,84	1	0,5757
<b>Examens demandés</b>	61	38,4	81	20	20,4	3,84	1	<0,0001
<b>Détails sur la maladie</b>	126	79,2	323	79,8	0,018	3,84	1	0,8929
<b>Surveillance indiquée</b>								
Aucune	30	18,9	167	41,2	25,13	3,84	1	<0,0001
Avec	129	81,1	238	58,8				
Rapprochée	73	45,9	122	30,1	12,6	3,84	1	0,0004
A distance	100	62,9	174	43	18,2	3,84	1	<0,0001
<b>Etat de santé</b>								
Guérison	23	14,5	139	34,3	22,54	5,99	2	<0,0001
Amélioration	101	63,5	206	50,9				
Etat identique ou aggravé	36	21,9	60	14,8				

**Tableau 11 : Associations entre les caractéristiques médicales, d'activité et de suivi et la « re-consultation » dans les 72 heures**

- d'appels préalables à un autre intervenant (46%), aussi bien le médecin traitant que le SAMU ;
- de pathologies susceptibles de s'aggraver (CCMU 3 et 4) ou nécessitant des bilans complémentaires (CCMU 2), mais moins de patients en CCMU 1 ;
- de pathologies appartenant aux classes diagnostics suivantes : cardiovasculaire, diagnostics généraux, urologie, psychologique, ostéo-articulaire et sans diagnostic initial. Les pathologies digestives, respiratoires, dermatologiques et surtout ORL sont en proportions moindres.
- de patients ayant eu une prescription d'examens complémentaires (38%).
- de patients avec une surveillance recommandée (81%), en cas de nécessité, par SOS Médecins ; et ce, pour une surveillance rapprochée ou à distance. Les patients sans aucune indication de « re-consulter » sont effectivement moins présents (19% contre 41%). Notons que les patients, pour lesquels il avait été demandé de consulter de nouveau rapidement, l'ont effectivement fait dans 50% des cas ; pour ceux qui devaient consulter ou prendre contact au-delà de 48h après la visite de SOS, le taux de nouvelle consultation est de 37%.
- de personnes avec un état non amélioré à 72h, depuis la visite de SOS Médecins (22%).

Par contre, on ne pouvait conclure à la dépendance de la variable « nouvelle consultation dans les 72 heures » et des variables suivantes :

- le sexe
- l'existence d'une pathologie chronique
- la notion d'urgence dans la demande du patient
- la prescription d'un traitement lors de la première visite
- l'explication de l'évolution attendue de la maladie, de ses complications potentielles...

### 3.2.2.4. Devenir suite à cette nouvelle consultation

Vingt-deux patients, soit 3,9% des patients restés au domicile, ont été hospitalisés suite à une nouvelle consultation (ce qui correspond à 13,9% des nouvelles consultations). 137 patients sont gardés au domicile.

#### a) Patients non hospitalisés

A l'issue de la consultation, 60,5% des patients ont vu une modification de leur traitement : 53% des re-consultants ont bénéficié de l'instauration de nouvelles thérapeutiques, 16% ont eu un traitement supprimé, et 25% une demande de nouveaux examens (14% d'analyses biologiques, 10% d'examens radiologiques). 7% ont été orientés vers une consultation spécialisée. ( Tableau 12)

Sur les 83 patients dont l'ordonnance a été modifiée, on constatait cependant, après analyse précise des nouveaux traitements prescrits ou supprimés, que 37% des changements n'offraient pas de réelle avancée thérapeutique (exemple : adjonction d'un spray nasal antiseptique à la place de sérum physiologique chez un enfant de 2 ans).

Actes entrepris	Effectif	%
<b>Modification thérapeutique</b>	83	60,6
<b>Nouveaux traitements</b>	73	53,3
<b>Traitements supprimés</b>	22	16,1
<b>Avancée thérapeutique</b>	52	62,7
<b>Nouveaux examens</b>	34	24,8
. Biologie	19	13,9
. Radiologie	14	10,2
. Consultation spécialisée	7	5,1
<b>Arrêt de travail</b>	4	2,9

**Tableau 12 : Prescriptions faites aux patients non hospitalisés après « re-consultation ».**

#### b) Patients hospitalisés secondairement

14% des patients revenant consulter ont été hospitalisés suite à ce nouvel examen. Parmi ces 22 patients, l'orientation vers les urgences, en cas d'aggravation, avait été envisagée par SOS Médecins dans 32% des cas. Pour les 68% autres, l'hospitalisation n'était pas prévue.

▷ Soixante-douze heures après la visite de SOS, 10 (45%) patients hospitalisés secondairement étaient sortis.

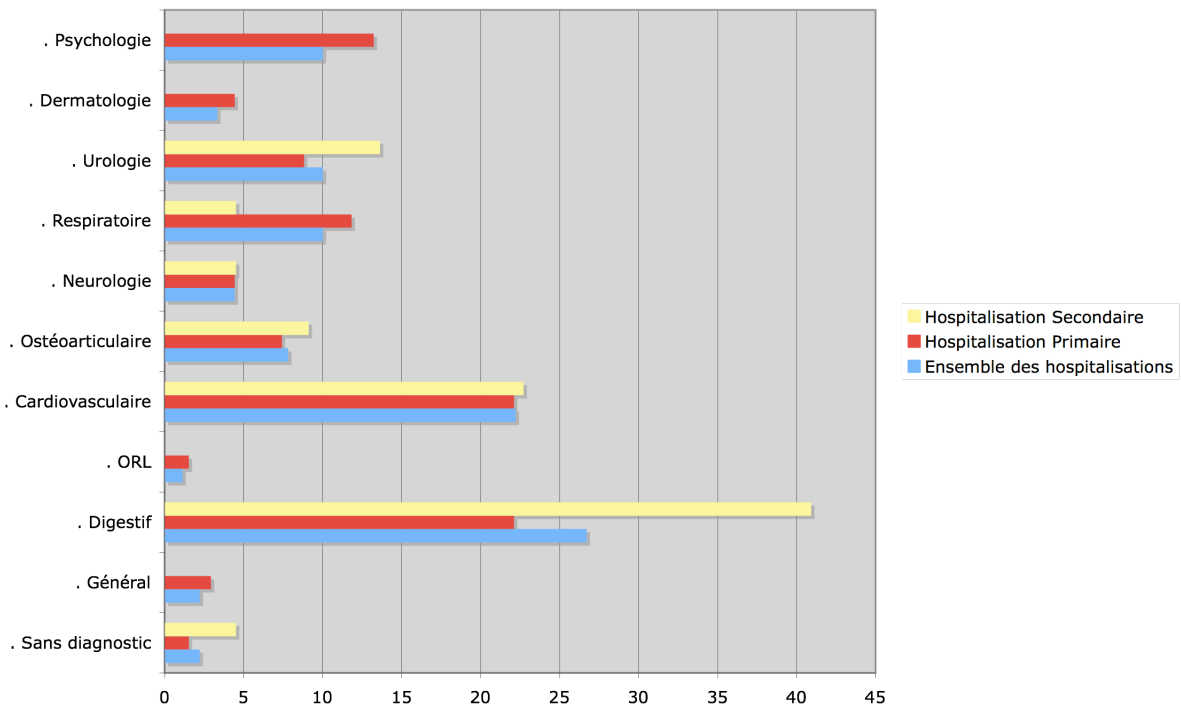
Pour les 12 personnes toujours en observation, le délai moyen de « re-consultation » avait été de 30 heures ± 13 (12 - 48) avec une médiane de 24 heures, et de 28 heures +/- 15 pour l'ensemble des hospitalisés secondaires.

La durée moyenne d'hospitalisation pour ces patients déjà sortis était de 21h ± 25 (1 - 72) avec une médiane de 8h.

20% des patients sortis de l'hôpital sont restés moins de 6 heures en observation, 50% entre 6 et 24 heures, 30% entre 24 et 72 heures.

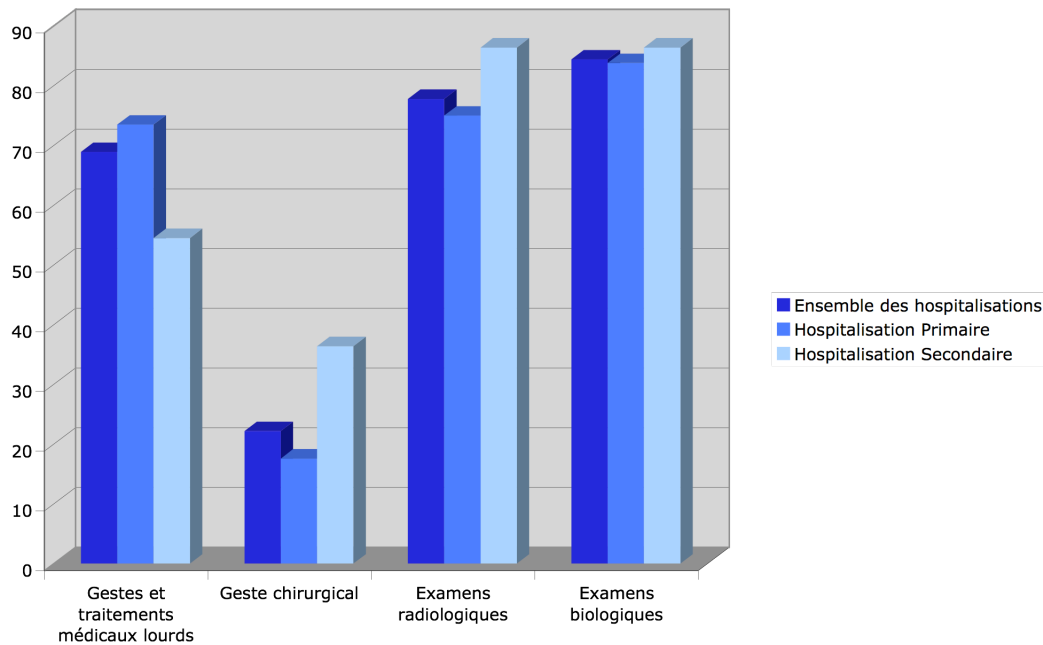
▷ Au niveau des diagnostics, on retrouvait 41% de pathologies digestives, 23% de troubles cardiovasculaires, 14% d'urologie, 9% d'ostéoarticulaire.

Le diagnostic porté à l'hôpital correspondait dans 45% des cas à celui établi par SOS Médecins. (Figure 10).



**Figure 10 : Répartition (en %) de la nature des diagnostics hospitaliers suivant le type d'hospitalisation.**

▷ Au cours de leur séjour, les patients secondairement hospitalisés ont bénéficié de gestes médicaux importants dans 54% des cas, d'un traitement chirurgical (36%), d'examens radiologiques (86%), et d'examens biologiques (86%). Les 10 patients sortis avant les 72 heures ont reçu une ordonnance de traitements dans 80% des cas et 30% ont « re-consulté » après leur sortie d'hôpital. (Figure 11).



**Figure 11 : Répartition (en %) des actes pratiqués à l'hôpital, suivant le type d'hospitalisation.**

► Profil et trajectoire des hospitalisés secondaires

. Les patients hospitalisés dans un deuxième temps ne présentaient pas de différence statistiquement significative avec les autres nouveaux consultants concernant la répartition en classes d'âge (chi 2 calculé à 5,732, ddl=3, p valeur=0,1254). Les 0 à 15 ans rassemblaient 9% des nouveaux hospitalisés, les 15 à 40 ans 36,4%, les 40 à 75 ans 31,8% et les plus de 75 ans 22,7%.

. Par contre, on note une plus grande proportion d'individus masculins (64%). Le chi 2 calculé est de 4, ddl=1, p valeur= 0,0459.

	Homme	Femme	Totaux
Non hospitalisé	40,9	59,1	100,0
Hospitalisé	63,6	36,4	100,0
Totaux	44,0	56,0	100,0

. Les diagnostics établis par SOS Médecins pour ces patients appartenait, par ordre décroissant d'importance, aux sphères :

- digestive (41%)
- urologique (13,5%)
- sans diagnostic (13,5%)
- respiratoire (9,1%)

. Ces mêmes pathologies ont été classées en CCMU 2 dans 68% des cas, CCMU 3 dans 27% et CCMU 1 dans 4,5% (1 patient).

. Les patients hospitalisés secondairement ont eu plus (82%) de bilans complémentaires prescrits par SOS, par rapport aux autres « re-consultants » ( 32% d'entre eux ).

	Pas d'examens	Examens prescrits	Totaux
Non hospitalisés	67,9	32,1	100,0
Hospitalisés	18,2	81,8	100,0
Totaux	61,0	39,0	100,0

Chi 2 calculé à 19,7 pour un ddl= 1 et une p valeur<0,0001.

. On remarquait également un lien statistiquement significatif avec l'indication de surveillance rapprochée si nécessaire : les nouveaux hospitalisés comportaient nettement plus de patients avec cette consigne que les autres « re-consultants » (**82%** contre 40%). Chi 2 calculé à 13,3, ddl=1 et p valeur=0,0003.

Par contre, pas de différence objective avec le critère de surveillance à distance : 54,5 % des nouveaux hospitalisés en avaient bénéficié.

. Les patients hospitalisés suite à une nouvelle consultation ont, par rapport aux restes des nouveaux consultants, revu :

- pour 18%, leur médecin traitant, contre 63,5% chez les autres re-consultants. (p<0,05)
- Pour 9%, un spécialiste, contre 17,5% « « « . (p>0,05)
- Pour 32%, les urgences hospitalières, contre 7% « « « . (p<0,05)
- Pour 41%, SOS médecins, contre 6,5% « « « . (p<0,05)

(Tableau 13)

On note un lien statistiquement significatif entre les patients hospitalisés secondairement et les motifs de « re-consultation » suivants :

- La présentation de résultats d'examens complémentaires (pour 41% d'entre eux contre 17% aux autres nouveaux consultants).
- La persistance des symptômes (68% contre 44,5%)
- Par contre, très peu de patients hospitalisés secondairement ont « re-consulté » pour un contrôle clinique ( 4,5% contre 27%).

(Tableau 13)

	Hospitalisés 2 <sup>nd</sup> airement		Non Hospitalisés		Chi2 corrigé	ddl	p valeur
	Nombre	%	Nombre	%			
<b>Intervenants revus :</b>							
MT	4	18,2	87	63,5	14,1	1	0,0002
Spécialiste	2	9,1	24	17,5	0,5	1	0,4943
Urgences	7	31,8	10	7,3	9,5	1	0,0020
SOS Médecins	9	40,9	9	6,6	19	1	<0,0001
<b>Motifs de « re-consultation » :</b>							
Présentation de bilans	9	40,9	23	16,8	5,5	1	0,0196
Persistance des symptômes	15	68,2	61	44,5	4,3	1	0,0392
Contrôle clinique conseillé	1	4,5	37	27	5,3	1	0,0218
Aggravation	6	27,3	27	19,7	0,3	1	0,5956
Nouvel avis souhaité par le patient	6	27,3	31	22,6	0,04	1	0,8348

**Tableau 13 : Intervenants revus et motifs de nouvelle consultation suivant le devenir des « re-consultants »**

### 3.2.3. Devenir des patients hospitalisés initialement

Soixante-douze heures après la première visite, 33 (48%) des patients hospitalisés immédiatement étaient encore en observation ; 35 (52%) étaient sortis de l'hôpital.

▷ Pour ces derniers, la durée moyenne de séjour était de 30 heures ± 25 (3-72) avec une médiane à 24h.

17% de ces patients ressortis de l'hôpital sont restés moins de 6 heures en observation, 26% entre 6 et 24 heures, 57% entre 24 et 72 heures.

▷ Les diagnostics hospitaliers appartenait préférentiellement aux classes suivantes :

- Digestive et Cardiovasculaire ( 22% chacune)
- Psychologique (13%)
- Respiratoire (12%)
- Urologie (9%)
- Ostéoarticulaire (7%) (Figure 10)

Sur les 22 patients envoyés à l'hôpital pour motif cardiaque ou vasculaire, 8 (36%) ont été répartis dans d'autres classes diagnostiques (notamment le système respiratoire pour 3 d'entre eux). Deux patients envoyés pour œdème pulmonaire aigu présentaient en fait une pneumopathie avec insuffisance respiratoire ; trois patients adressés pour syndrome

coronarien aigu avaient, pour l'un, une pancréatite aiguë, pour les 2 autres, une crise d'angoisse ; deux patients adressés pour embolie pulmonaire souffraient, l'un, d'une pneumopathie et l'autre, d'une poussée d'insuffisance cardiaque. Pour les autres classes répertoriées, la correspondance est plutôt correcte avec un taux d'adéquation égal à 76,5% de manière globale. (Figure 10).

▷ 73% des hospitalisations primaires ont nécessité des soins médicaux lourds, 18% un avis ou geste chirurgical, 75% des examens radiologiques et 84% des investigations biologiques. Un traitement de sortie a été prescrit chez 83% des patients sortis avant 72 heures, 23% d'entre eux ont de nouveau consulté après leur sortie d'hôpital. (Figure 11).

### 3.3. Approche de l'efficacité de SOS Médecins à travers le suivi des recommandations

#### 3.3.1. Etude de l'observance des patients

Sur l'ensemble des patients consultant de nouveau dans les 72 heures, 42% (67 personnes) ont respecté toutes les consignes de suivi laissées par SOS Médecins contre 58% (92) qui ne les ont pas suivies intégralement.

##### 3.3.1.1. Causes de non respect des consignes

- . Sur les 92 patients n'obéissant pas aux recommandations, 30 (soit 32,5%) n'avaient reçu aucune recommandation de « re-consulter » ultérieurement.
- . Les 62 autres, qui avaient une indication de surveillance, n'ont pas respecté le délai de « re-consultation » imparti dans 55% des cas ; un peu plus de la moitié a consulté trop tôt, l'autre moitié plus tardivement que prévu.
- . Pour 61% d'entre eux, l'intervenant revu n'était pas celui indiqué.
- . Dans 45% des cas, le motif de nouvelle consultation n'était pas en rapport avec les motifs inventoriés par SOS Médecins.

##### 3.3.1.2. Motifs de nouvelle consultation et intervenants revus

Les patients qui n'ont pas suivi les consignes se sont plus orientés vers les urgences hospitalières et moins chez leur médecin traitant, par rapport à ceux qui ont suivi les recommandations. (Tableau 14)

	Consignes suivies (N=67)	Consignes non suivies (N=92)	p valeur
	N (%)	N (%)	
<b>Intervenants</b>			
. Médecin traitant	48 (71,6)	43 (46,7)	0,0017
. Urgences	3 (4,5)	14 (15,2)	0,0305
. Spécialiste	8 (11,9)	18 (19,6)	0,1993
. SOS Médecins	7 (10,4)	11 (12)	0,7669
. Autres	2 (3)	7 (7,6)	0,2128
<b>Motifs de consultation</b>			
. Persistance des $\Sigma$	27 (40,3)	49 (53,3)	0,1062
. Aggravation	8 (11,9)	25 (27,2)	0,0193
. Contrôle conseillé	28 (41,8)	10 (10,9)	<0,0001
. Adaptation traitement	10 (14,9)	7 (7,6)	0,1404
. Bilan de résultats	19 (28,4)	13 (14,1)	0,0271
. Nouvel avis souhaité	7 (10,4)	30 (32,6)	0,0011

Tableau 14 : Intervenants revus et motifs de consultation suivant le respect des consignes



Les non observants ont nettement plus re-consulté pour les motifs suivants :

- aggravation de l'état clinique
- souhait d'un avis médical autre de la part du patient

et moins en fonction d'un contrôle clinique conseillé ou de la présentation de résultats de bilans, contrairement aux observants. (Tableau 14)

### 3.3.1.3. Origine et profil des patients non observants

On ne retrouvait pas d'association statistiquement significative entre le respect des consignes et les variables liées à l'activité de SOS Médecins (tranche horaire, lieu d'examen, nature de l'appel ...), le diagnostic établi et les prescriptions réalisées. (Tableau 15)

De même, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre le suivi des recommandations et l'indication d'une surveillance rapprochée.

Variables	Nombre	%	p valeur
<b>Sexe</b>			
. Homme	44	47,8	0,2579
. Femme	48	52,2	
<b>Visite de :</b>			
. Nuit	31	33,7	0,7549
. Jour	61	66,3	
. Week-end	39	42,4	0,9106
. Semaine	53	57,6	
<b>Lieu d'examen</b>			
. Consultation	23	25	0,0724
. Déplacement	69	75	
<b>Appel antérieur</b>	39	42,4	0,2965
<b>Prescriptions d'examens</b>	33	35,9	0,4483
<b>Surveillance rapprochée</b>	38	41,3	0,1719

**Tableau 15 : Associations non significatives entre le respect des consignes et les variables démographiques ou caractérisant l'activité**

Par contre, on a pu mettre en évidence un lien statistiquement significatif entre le respect des consignes et les variables suivantes :

- l'âge
- la notion de pathologie chronique
- le degré de gravité clinique (CCMU)
- l'indication de surveillance à distance éventuelle.

De manière statistiquement significative ( $p=0,0006$ ), il ressort que, les patients re-consultants qui n'ont pas respecté les consignes comptent beaucoup plus de patients entre 2 et 15 ans

(30% contre 6%), légèrement plus de nourrissons (9,8% contre 9%) mais nettement moins de d'adultes de plus de 40 ans (26% contre 33%) et de plus de 75 ans (10% contre 28%).

Pour les 2 à 15 ans, le pourcentage de respect des consignes données chute à 12,5%.

Le respect des recommandations augmentait en fonction de la gravité clinique établie à l'aide de la CCMU : 21% de suivi chez les patients en CCMU 1, 46% en CCMU 2 et 65% en CCMU 3 (et 4 incluse). Les non observants étaient composés de 36% de CCMU 1, 56,5% de CCMU 2 et 7,5% de CCMU 3 (test significatif avec p valeur à 0,002).

Les patients n'ayant pas suivi les consignes comportaient, de manière statistiquement significative (p= 0,001), moins de patients avec pathologie chronique : 29,3% contre 55,2% chez les observants.

Dans le groupe de patients non observants, les individus sous surveillance à distance envisagée étaient moins présents : 44,6% contre 88% en cas de suivi des consignes (test significatif avec p<0,0001).

### 3.3.1.4. Performance et utilité des consignes

On ne retrouvait aucune différence statistiquement significative entre le respect des consignes et les modifications thérapeutiques ou prescriptions éventuelles chez les patients non hospitalisés secondairement. (Tableau 16)

56% des patients n'ayant pas respecté les consignes ont reçu une modification de leur traitement contre 67% chez les observants. Cependant, de manière statistiquement significative (p=0,0415), la réelle utilité du changement thérapeutique effectué est plus importante chez les patients suivant les recommandations, que l'inverse. Trois quarts des modifications apportées étaient pertinentes chez les patients ayant suivi les instructions, contre 53% en cas de non respect.

Par ailleurs, on ne notait pas de lien statistiquement significatif entre le respect des consignes et l'hospitalisation secondaire (16% d'hospitalisation suite à la nouvelle consultation chez les non observants et 10% en cas de respect des consignes, avec une p valeur= 0,2909)

N=137	Consignes suivies	Consignes non suivies	p valeur
	N (%)	N (%)	
<b>Modification thérapeutique</b>	40 (66,7)	43 (55,8)	0,1984
.Réelle avancée thérapeutique (N=83)	30 (75)	23 (53,5)	0,0415
.Nouveaux traitements	35 (58,3)	38 (49,4)	0,2958
.Traitements supprimés	11 (18,3)	11 (14,3)	0,5220
<b>Nouveaux examens demandés</b>	19 (31,7)	15 (19,5)	0,1014

**Tableau 16 : Répartition des nouvelles prescriptions suivant le respect des instructions.**

## 3.3.2. Eclairage sur les groupes non observants

### 3.3.2.1. Enfants de 2 à 15 ans

#### a) Caractéristiques de cette population

Un lien statistique significatif a permis de confirmer une nette prépondérance masculine au sein des jeunes âgés de 2 à 15 ans : 60,5% contre 42% pour l'ensemble de la population étudiée ( $p < 0,0001$ ).

Le taux de pathologie chronique était nettement inférieur dans cette tranche d'âge, avec seulement 14% de maladie chronique.

Les 2-15 ans comprenaient moins de patients n'ayant jamais fait appel à SOS Médecins, que le reste des consultants : 13% contre 29%. (test significatif avec  $p = 0,003$ )

Par rapport au reste de la population, les 2-15 ans ont plus consulté :

- le week-end: 48% contre 40 % sur l'ensemble des patients restés au domicile (lien statistiquement avéré avec  $p = 0,0287$ ).
- en journée que la nuit ( 81% le jour et 19% la nuit contre 70% de jour et 30% la nuit pour les autres patients) (test significatif avec  $p = 0,0145$ )
- au cabinet de consultation : 56% contre 30% pour les autres patients ( différence statistiquement significative avec  $p < 0,0001$ )

Les enfants de 2 à 15 ans sont moins passés par un autre intervenant avant de joindre SOS : 22,5% contre 37% pour le reste des appelants.( avec  $p = 0,0028$ )

Ils ont surtout consulté pour:

- des pathologies ORL ( 37%)
- des problèmes de la sphère digestive ( 19%)
- des diagnostics généraux (16%)
- des pathologies respiratoires (9%)
- et dermatologiques (8%)

Les 2 à 15 ans se répartissent en deux catégories de CCMU :

- 51% de CCMU 1 ( contre 36% pour le reste de la population)
- 49% de CCMU 2 ( contre 57% « « « « « « « )

Ils ne nécessitaient pas, pour la grande majorité, d'examens ou prescriptions complémentaires.

Dans le cas d'une recommandation de surveillance à distance, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les patients âgés de 2-15 ans et les autres. ( $p = 0,1297$ )

L'absence de lien statistiquement significatif permet d'affirmer que les patients entre 2 et 15 ans présentaient un taux d'indication de surveillance rapprochée similaire au reste de la population ( $p = 0,9242$ ).

## b) Causes de non suivi

Seuls 12,5% des patients âgés entre 2 et 15 ans, qui ont consulté à nouveau, ont bien respecté les consignes.

La proportion de patients de 2 à 15 ans qui ont « re-consulté », sans recommandation préalable, était statistiquement plus importante: 34% contre 15% pour les autres classes d'âge ( $p=0,0121$ )

. Pour ceux ayant bénéficié d'une indication de suivi :

- Le délai de « re-consultation » suggéré a été respecté dans 52% des cas chez les patients de 2 à 15 ans et 78% dans le reste de la population, mais sans différence statistiquement significative retrouvée ( $p=0,0519$ )
- Seulement 33% des 2-15 ans ont revu l'intervenant conseillé, contre 78% pour le reste de la population. (lien statistiquement significatif avec  $p<0,0001$ )
- Concernant les motifs de « re-consultation » : 71% des 2-15 ans ont revu un médecin pour une raison prévue contre 79% pour le reste de la population. (pas de différence statistiquement significative  $p=0,4649$ )

## c) Intervenants consultés et motifs invoqués

Les enfants de 2 à 15 ans ont revu par ordre décroissant :

- le médecin traitant (43,8%)
- un médecin spécialiste (28,1%)
- les urgences hospitalières (18,8%)
- SOS Médecins (12,5%)

Par rapport au reste des « re-consultants », on note cependant une différence statistiquement significative pour un seul intervenant, à savoir le médecin spécialiste, vers lequel se tournent plus les patients de 2 à 15 ans ( 28,1% contre 13,4% pour le reste de la population avec  $p=0,0439$ )

Les 2-15 ans ont revisité un médecin, par ordre décroissant, :

- dans 56% des cas, en raison de la persistance des symptômes,
- dans 34%, en raison d'une aggravation ou d'une récurrence des troubles,
- dans 28%, en raison du souhait d'un deuxième avis médical,
- dans 16%, en vue de présenter des résultats de bilans.
- dans 6% des cas, pour un contrôle clinique conseillé ou une adaptation de traitement.

Pour deux de ces motifs, on note une différence statistiquement significative : les 2 à 15 ans ont plus « re-consulté » en raison d'une aggravation supposée (34% contre 17% avec  $p=0,0335$ ) et nettement moins pour un contrôle clinique (6% contre 28% avec  $p=0,0088$ ).

#### d) Evaluation de la performance de SOS

On ne retrouvait aucune association statistiquement significative entre le groupe des 2-15 ans et les variables suivantes :

- modification thérapeutique effectuée
- réel changement thérapeutique
- prescription de nouveaux examens
- hospitalisation secondaire

Pour les non hospitalisés :

- . 63% des 2-15 ans ont bénéficié d'une modification thérapeutique à l'issue de cette nouvelle consultation avec dans 74% des cas un réel changement de traitement.
- . 17% ont eu de nouveaux examens complémentaires à faire.

Deux patients de moins de 15 ans ont été hospitalisés secondairement soit 6%.

### 3.3.2.2. Patients classés en CCMU 1

#### a) Caractéristiques de ce groupe

.Les patients regroupés en CCMU 1 sont composés, de manière statistiquement significative ( $p < 0,0001$ ), de patients plus jeunes ( $< 40$  ans) : 13% de nourrissons, 30% de 2 à 15 ans, 33% de 15 à 40 ans soit 76% de moins de 40 ans, contre 9%/23%/31% soit 63% de moins de 40 ans dans la population totale étudiée.

.On a pu constater chez les patients dont la visite a été classée en CCMU 1 une proportion moins importante de pathologie chronique (28% contre 38%) (test significatif avec  $p = 0,0104$ ).

. Les CCMU1 passaient moins par un autre intervenant avant de joindre SOS Médecins (27% ont appelé un autre intervenant contre 38% pour l'ensemble des autres classes de CCMU). (avec  $p = 0,0061$ )

. Les patients en CCMU 1 présentaient, par rapport au reste de la population étudiée, une distribution diagnostique statistiquement différente, avec une plus grande proportion d'ORL (31,5%), de digestif (19%), de diagnostics généraux (14%), de dermatologie (7%), et de neurologie (3,6%). ( $p < 0,0001$ )

. Les CCMU 1 ont bénéficié d'un peu moins d'explications de leur maladie que les autres classes (75% contre 82,5%) mais avec un taux raisonnable. ( $p = 0,0373$ )

. Les patients en CCMU 1 ont eu nettement moins d'indication de surveillance : 55% d'entre eux n'ont aucune surveillance recommandée contre 22% dans le reste de la population. 62% des patients sans surveillance envisagée après la première visite sont classés en CCMU 1.

Par contre, aucun lien statistiquement significatif n'a été mis en évidence entre les patients classés en CCMU 1 et les variables suivantes :

- Sexe
- Lieu d'examen
- Urgence ressentie par le patient
- Prescription initiale d'un traitement

### b) Causes de non suivi

Parmi les nouveaux consultants, 45% des patients classés en CCMU 1 ont revu un médecin alors qu'ils n'avaient aucune surveillance recommandée (contre 9% pour le reste des « re-consultants ») (Différence statistiquement significative avec  $p < 0,0001$ ).

De même, 61% d'entre eux ont respecté le délai de re-consultation fixé contre 76% pour les autres consultants (lien significatif avec  $p = 0,0142$ ).

On ne constatait pas de différence statistiquement significative concernant le suivi de l'orientation indiquée et du motif de « re-consultation » envisagé. 70% des patients en CCMU 1 ont revu l'intervenant mentionné par SOS et « re-consulté » pour un motif adéquat.

### c) Intervenants rencontrés et motifs invoqués

Les patients en CCMU 1 ont « re-consulté » essentiellement auprès de leur médecin traitant (à 64%) ou d'un spécialiste (19%), plus rarement aux urgences (5%).

Les principaux motifs de nouvelle consultation étaient la persistance des symptômes (52%), un nouvel avis souhaité par le patient lui-même (31%) ou l'aggravation de l'état clinique (29%).

### d) Evaluation de la performance de SOS Médecins

Nous n'avons pu mettre en évidence aucun lien statistiquement significatif entre les fréquences observées chez les patients en CCMU 1 et les autres, en ce qui concerne la modification du traitement, la réelle utilité du changement thérapeutique ou les nouveaux examens prescrits.

56% des patients re-consultants en CCMU1 ont eu un changement de traitement, dont 48% avaient une utilité réelle (contre 69% dans les autres classes de CCMU).

Un seul patient (2,4%), ayant « re-consulté » et en CCMU 1, a été hospitalisé secondairement contre 18% pour les autres consultants : cette différence apparaissait comme statistiquement significative avec une  $p$  valeur = 0,0122.

## 3.3.3. Point sur les patients sous surveillance rapprochée

### 3.3.3.1. Déterminants de cette population

On a pu constater de manière statistiquement significative ( $p = 0,0005$ ) un lien entre surveillance rapprochée et l'âge. Les individus avec indication de surveillance rapprochée éventuelle étaient plus âgés ; avec 47% de plus de 40 ans, 31% de moins de 15 ans et 22% de 15-40 ans.

Concernant le sexe, pas de lien statistiquement significatif.

Les patients présentant une pathologie chronique ont bénéficié de plus de recommandation de surveillance rapprochée que ceux sans affection permanente ( 44% contre 29%) (lien statistiquement avéré,  $p=0,0005$ ).

37% des individus considérant leur appel comme urgent ont eu une recommandation de surveillance immédiate, contre 24,5% pour ceux sans urgence ressentie. (lien statistique significatif,  $p= 0,0209$ ).

Les patients qui ont disposé d'une surveillance rapprochée, ont été vus, de manière statistiquement significative ( $p=0,0106$ ), en plus grande proportion la nuit (33% contre 24%). 43% des patients vus de nuit présentaient une indication de surveillance rapprochée. Par contre, aucune association significative avec la variable visite de week-end.

On a pu constater de manière statistiquement significative ( $p<0,0001$ ) que les classes diagnostiques bénéficiant le plus d'une indication de surveillance rapprochée étaient

- Neurologie ( 63%)
- Urologie (61%)
- Cardiovasculaire (56%)
- Respiratoire (52%)
- Digestif ( 50%)
- Sans diagnostic ( 39%)

De manière statistiquement significative ( $p<0,0001$ ), on a pu constater que le taux de surveillance rapprochée augmentait avec la gravité clinique (CCMU IV 100%, CCMU III 97% et CCMU II 37,5%).

Enfin, les patients avec examens complémentaires demandés reçoivent plus d'indication de surveillance rapprochée (60% contre 26%).(lien significatif avec  $p<0,0001$ ).

### **3.3.3.2. Délais de « re-consultation », intervenants revus et motifs**

Concernant le délai de « re-consultation », les 29 patients avec surveillance rapprochée seule (c'est-à-dire sans surveillance à distance conseillée) ont respecté le délai indiqué (dans les 24h ouvrables) dans 48% des cas. Le délai moyen avant de consulter de nouveau s'élevait à 42 heures dans ce groupe également.

Les patients avec indication de surveillance rapprochée potentielle ont revu dans :

- . 49% des cas le Médecin traitant,
- . 18% un Spécialiste,
- . 16% SOS médecins,
- . 15% les urgences hospitalières,
- . et 4% un autre praticien.

Les motifs de nouvelle entrevue les plus fréquents étaient :

la persistance des signes (44%), un bilan clinique recommandé par SOS (31,5%) (différence significative statistiquement avec  $p=0,0382$ ), une présentation de résultats de bilans (30%) (test significatif avec  $p= 0,0037$ ), le souhait d'un nouvel avis médical (22%).

### 3.3.3.3. Devenir après la consultation, performance de l'indication

Au sein des nouveaux consultants, 47% des patients sous surveillance rapprochée ont eu une modification thérapeutique (contre 59% pour les autres), mais cette différence n'était pas statistiquement significative ;

38% ont reçu un (des) nouveau(x) traitement(s) contre 55% des patients sans surveillance rapprochée. (Lien statistiquement significatif avec  $p=0,0403$ ) ;

Par contre, on note un pourcentage plus important de patients ayant vu l'arrêt d'un de leurs traitements: 20,5% contre 9.

Au total, parmi les patients ayant bénéficié d'une modification de traitement, la proportion de réelle avancée thérapeutique est semblable qu'il y ait eu, ou pas, indication de surveillance rapprochée (soit environ de 67% de vrai changement)

De même, on ne notait pas plus de nouveaux examens complémentaires prescrits chez les patients avec surveillance rapprochée.

Les patients sous surveillance rapprochée présentaient, de manière statistiquement significative ( $p=0,0003$ ), **un taux d'hospitalisation secondaire plus élevé que le reste des consultants** (25% contre 5%).





## 4. Discussion

---



## 4.1. Discussion des principaux résultats

### 4.1.1. Description de la population et de l'activité de SOS Médecins Grenoble

#### 4.1.1.1. Population et caractéristiques de l'activité

Notre étude a permis de décrire la population prise en charge par SOS Médecins Grenoble. Notre échantillon comportait 641 patients correspondant à 643 séances, soit 92% des 699 séances comptabilisées par la structure SOS Médecins.

Notre série, avec un âge moyen de 36 ans +/- 25 et un ratio hommes/femmes de 3/4, présentait une répartition comparable aux données de l'étude réalisée sur les recours aux médecins urgentistes de ville par la DREES en octobre 2004 <sup>(10)</sup> et aux statistiques d'activité de SOS Médecins France <sup>(6)</sup> avec une part prédominante d'enfants de moins de quinze ans atteignant 30% de l'effectif (40% chez les hommes). Les 15-40 ans, avec près d'un tiers de l'activité recensée, représentaient la classe principale. Le taux des 75 ans et plus était de 15%. Notre population différait sensiblement de celle vue pour recours non programmés par les médecins généralistes de ville <sup>(12)</sup>, qui rencontraient dans le même temps un peu moins de 23% d'enfants de moins de quinze ans (contre 12,5% dans leur pratique habituelle). La part de pédiatrie dans l'activité des urgences hospitalières était d'un peu plus de 25% selon l'enquête de la DREES portant sur les usagers des urgences <sup>(18)</sup>.

Deux remarques émergent de ces observations :

- l'activité de la structure SOS Médecins Grenoble s'est modifiée depuis 2005 <sup>(7)</sup>, avec **une part d'activité pédiatrique en nette augmentation (+7%)**
- le recrutement de notre enquête montre la tendance à une **plus forte consommation médicale des classes extrêmes en âge** d'une part (c'est-à-dire les moins de 15 ans et les plus de 75 ans), et d'autre part, des femmes. La population de la ville de Grenoble <sup>(14)</sup> était constituée en 2007 de 14% de moins de 15 ans et 8,5% de plus de 75 ans. La proportion d'hommes sur l'agglomération était égale à 48,4%.

Le taux de pathologie chronique égal à 37% allait dans le sens de la « jeunesse » de la population étudiée.

La plus grosse part de l'activité de SOS Médecins Grenoble (60%) s'effectuait en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, soit 31% la nuit et le reste le week-end. L'activité de deuxième partie de nuit n'était pas négligeable avec 13% des interventions. Ces données montrent l'importance de la structure SOS Médecins dans la permanence locale des soins, notamment dans la prise en charge des urgences nocturnes. La particularité de SOS Médecins était de présenter une fréquentation croissante de 6 heures jusqu'au pic d'activité de 11h/Midi puis relativement stable et élevée jusqu'à 20 heures, et enfin, une diminution progressive jusqu'au creux d'activité entre 3h et 5h (avec un pic entre 23h et minuit cependant). Ces données sont en correspondance totale avec l'enquête de la DREES sur les urgentistes de ville <sup>(10)</sup> et confirment les différences observées avec l'activité des généralistes en cabinet <sup>(12)</sup>, dont l'activité est concentrée sur la journée et rare la nuit (9%) et le week-end.

Par rapport à l'étude de 2005 réalisée sur SOS Médecins Grenoble <sup>(7)</sup>, la distribution de l'activité est similaire, mais toutefois, on note une différence notable concernant **le délai d'intervention qui a augmenté** en trois ans. De 46% des interventions effectuées dans la demi-heure (les 2/3 dans l'heure), on est passé à un délai moyen 1h22 avec 23% des séances dans les trente minutes (50% dans l'heure). Ce délai était plus court concernant les visites seules (60% dans l'heure) et la nuit (70% dans les 60 minutes). Cette différence peut s'expliquer par :

- l'augmentation de l'activité de SOS Médecins, qui, malgré une activité de consultation en cabinet fixe plus importante (50% en 2010), engendre des temps d'attente plus longs ;
- mais aussi par l'influence de la période examinée dans l'étude de 2005 <sup>(7)</sup>, qui se déroulait en août, période de vacances pendant laquelle les patients plus jeunes peuvent être partis, et les conditions de circulation sont plus faciles.

Cependant, ce délai d'intervention diminuait nettement en fonction de la gravité clinique de la visite.

L'origine de l'appel reste un point primordial. Dans notre étude, nous avons pu constater que plus du tiers des patients avait joint un autre intervenant avant de se tourner vers **SOS** ; principalement **le SAMU** (15%), en particulier la nuit (28%) et en cas d'urgence ressentie, et le médecin traitant (17%) en journée. En 2005 <sup>(7)</sup>, seulement 6,3% des patients étaient orientés par le 15. Cette augmentation est certainement le reflet de la **collaboration accrue** entre les deux structures dans le cadre du partenariat établi <sup>(5)</sup>.

Par ailleurs, on pouvait remarquer que l'activité de consultation en cabinet fixe a doublé depuis 2005 <sup>(7)</sup> en passant de 14% à 30% en 2008 de parts d'activité. Aujourd'hui, les consultations représentent 50% des séances de SOS Médecins.

Au niveau médical, les pathologies les plus fréquemment rencontrées appartenaient aux domaines suivants : ORL 20% (40% en pédiatrie), digestif, général (syndromes viraux...) et respiratoire. Avec l'âge, les proportions de diagnostics ORL et généraux chutent et celles des problèmes urologiques, rhumatologiques et cardiovasculaires grimpent pour atteindre près de 20% de troubles cardiaques chez les plus de 75 ans.

L'enquête de la DREES <sup>(10)</sup> notait la même répartition pour les pathologies gérées par les urgentistes de ville comme pour les recours urgents en médecine générale en cabinet <sup>(12)</sup> ; l'activité médicale diffère de celle des urgences hospitalières <sup>(18)</sup>, qui prennent en charge 48% de problèmes traumatiques contre 6% dans notre étude.

Les médecins de SOS considéraient 85% des personnes examinées dans notre enquête dans un état stable dont 50% en CCMU 2. Les patients avec un état susceptible de s'aggraver regroupaient 12% des séances, le pronostic vital n'était en jeu que dans 2,5% des cas ( un seul patient en CCMU 5). La gravité des pathologies rencontrées augmentait avec l'âge des patients et lors des visites de nuit de manière statistiquement significative.

On peut observer quelques variations par rapport au travail de E. Trillat en 2005 <sup>(7)</sup> qui retrouvait 88% de patients en état stable dont 73% en CCMU 2, 10% de CCMU 3 et seulement 6 cas (1%) de patients avec pronostic vital menacé. Les écarts sont probablement dus à une sous-estimation des patients en CCMU 1 dans cette première enquête et à la période choisie pour la semaine de recueil.

Nos données diffèrent des résultats de l'étude de la DREES sur les urgentistes de ville <sup>(10)</sup> et les médecins de ville <sup>(12)</sup> qui montraient une proportion plus importante de patients classés en CCMU 3 (28%). **Nos relevés concernant le niveau de gravité clinique se rapprochent plus de ceux des urgences hospitalières** <sup>(18)</sup> qui totalisent 88% d'état stable pour 11% de CCMU 3 et 2,5% d'états graves. Les classes 1 et 2 de la CCMU étaient les plus représentées, sauf pour le domaine cardiovasculaire où les états susceptibles de s'aggraver étaient plus fréquents.

#### 4.1.1.2. Etude du devenir et des recommandations en fin de visite

▷ Notre travail retrouvait un taux d'hospitalisation initiale égal à **10,7%**, presque comparable au taux (9%) indiqué dans l'étude de la DREES de 2004 auprès des urgentistes de ville <sup>(10)</sup>, mais inférieur à celui des urgences hospitalières (20%) <sup>(18)</sup>. La description de l'activité de SOS Médecins Grenoble en 2005 <sup>(7)</sup> ne présentait que 6,2% d'hospitalisation, pourcentage plus proche de celui constaté lors des recours urgents traités par les généralistes en cabinet <sup>(12)</sup>. L'étude de la pertinence des hospitalisations effectuées par SOS Médecins sur un mois <sup>(8)</sup> constatait 7% d'hospitalisations.

L'hospitalisation concernait, dans **90% des situations, un problème clinique aigu**, en rapport avec un problème somatique médical dans 62% des cas, chirurgical (22%) ou psychologique (12%). Les problèmes traumatiques restent marginaux (4%), étant certainement orientés directement vers les urgences hospitalières (48% des patients adressés aux urgences souffrent d'un problème traumatique, mais seuls 8% seront hospitalisés) <sup>(18)</sup>. Les patients adressés par les médecins généralistes présentent plus de motifs traumatiques mais moins de psychiatriques que SOS <sup>(12)</sup>.

Les patients étaient **principalement hospitalisés pour des diagnostics cardiovasculaires** dans un tiers des cas, digestifs pour un cinquième, psychologiques (11%) et pneumologiques (9%). Les mêmes classes sont retrouvées dans les diagnostics d'hospitalisation faits aux urgences <sup>(4)</sup>.

Nous avons pu dégager de manière statistiquement significative plusieurs caractéristiques propres aux patients hospitalisés : ils étaient globalement plus âgés (trois quarts ont plus de 40 ans et un tiers plus de 75 ans), atteints d'une pathologie chronique. Deux tiers avaient joint un autre intervenant au préalable, surtout le SAMU (40%), et ressentaient un sentiment d'urgence plus fort. Les patients sont plus vus de nuit (46%), en visite (94%) et présentaient au moins un état susceptible de s'aggraver dans 85% des cas.

Les patients hospitalisés via les urgences sont également plus âgés (49% de plus de 70 ans) mais on note moins de patients avec un état susceptible de s'aggraver (33%) <sup>(18)</sup>.

Ces données montrent que les patients hospitalisés par SOS Médecins sont des **patients** souvent **fragiles, âgés**, qui ont ressenti un **vrai caractère d'urgence** (premier recours fréquent au 15), et considérés en **état susceptible de s'aggraver rapidement**. La plus grande fréquence d'hospitalisation la nuit peut s'expliquer par le fait que les pathologies les plus graves sont rencontrées la nuit (plus de 40% des tableaux cliniques classés au moins en CCMU 3) mais aussi par le manque d'autres solutions en cas de nécessité d'examen complémentaires.

Concernant le mode de transport pour se rendre aux urgences, le **SMUR n'a été sollicité que dans 7% des indications**, soit pour 5 patients : 2 en CCMU 3, 2 en CCMU 4 et 1 en CCMU 5. Cette probable sous utilisation se reflétait dans le fait que **78% des patients en CCMU 4 ont été transportés par ambulance** et 22% par le SMUR. La classe 3 était la plus représentée quel que soit le mode de transport indiqué.

Ces chiffres diffèrent des données recueillies auprès des urgences <sup>(18)</sup> où les arrivées se font à 75% par moyens personnels, 14% par ambulance ou pompiers, et 3% par le SMUR. Dans l'étude de 2005 <sup>(7)</sup>, le SMUR n'avait jamais été employé, l'ambulance sollicitée dans 60% des cas et les moyens propres au patient dans 38%.

Les deux patients en CCMU 4 transportés par le SMUR présentaient un œdème aigu pulmonaire (OAP) et un syndrome coronarien ST+. Quatre OAP (patients de plus de 80 ans), un syndrome coronarien ST – (homme de 84 ans), une suspicion d'hémorragie méningée (70

ans), une insuffisance hépato cellulaire avec anasarque (65 ans), un AVC cérébelleux (76 ans) et une suspicion d'embolie pulmonaire (44 ans) ont été hospitalisés par ambulance.

▷ Pour les patients maintenus au domicile (90%) :

- Un traitement a été prescrit dans 87% des cas, à raison de 2,2 +/- 1 médicament par patient (deux remèdes maximum pour 2/3 des patients). Dans les références collectées <sup>(10)</sup><sup>(8)</sup><sup>(11)</sup>, on constate que les médecins généralistes prescrivent un traitement dans, au moins, 90% des cas et les urgences hospitalières dans maximum 70% des cas. Les médecins proposent en moyenne 2,5 médicaments par séance urgente (3,7 sinon) et 4 principes actifs ou plus dans 25% des ordonnances <sup>(8)</sup>.

Les **antalgiques et anti-inflammatoires** non stéroïdiens sont la catégorie la plus prescrite (67%) suivie des **antibiotiques** (34%). A la différence de la médecine de ville, les principes à visée cardiovasculaire et les psychotropes sont peu souvent administrés <sup>(12)</sup>.

- Des **examens complémentaires** ont été demandés dans **25%** des séances, dont un tiers en urgence. L'étude de la DREES <sup>(11)</sup> indiquait 16% d'examens para cliniques ordonnés par les médecins généralistes, taux augmentant avec l'âge, ce qui correspond à notre enquête.

Pour la surveillance ultérieure, 80% des malades ont reçu des explications détaillées sur leur maladie et l'évolution attendues.

**65% ont bénéficié d'une indication de surveillance** éventuelle après la visite :

- 35% avec surveillance rapprochée immédiate, **11% avec indication de revenir consulter dans les 24 heures** ouvrables suivant la visite, soit pour des résultats d'examens urgents, soit pour un avis spécialisé déterminant pour la conduite à tenir.

- Près de 50% pour une surveillance à distance, **31% devant revenir consulter au-delà de 48 heures ou prendre contact pour un suivi ultérieur.**

L'orientation conseillée en cas de surveillance rapprochée concernait dans 80% des cas SOS Médecins ou le Médecin traitant, 12% l'hospitalisation et 3% un médecin spécialiste. La surveillance à distance était confiée soit au médecin traitant (90%) soit au spécialiste (17%). L'enquête auprès des urgentistes de ville (10) révèle un taux de recommandation de suivi de 53% (36% auprès du médecin traitant, 17% vers un spécialiste) contre 35% d'indication chez les généralistes de ville. Nos données apparaissent un peu supérieures mais plus conformes à celles du suivi recommandé par les médecins urgentistes libéraux.

Le suivi est largement orienté vers le médecin traitant, SOS Médecins proposant ses services uniquement en cas de besoin immédiat dans les 24 heures, si le médecin traitant est absent notamment.

### 4.1.2. Devenir à 72 heures

A 72 heures, **28% de nos patients avaient de nouveau consulté**, avec un délai moyen de 45 heures +/- 20, principalement en raison de la persistance des symptômes (près de 50%), d'un contrôle clinique conseillé (près d'un quart) mais également par souhait d'un nouvel avis ou d'une aggravation du tableau initial (20% chacun). Plus de la moitié de ces patients ont revu leur médecin traitant, 16% un médecin spécialiste, 12% SOS Médecins et un peu plus de 10% les urgences hospitalières. On constate de manière globale que les patients, comme recommandé par SOS Médecins, se sont plutôt tournés en priorité vers leur médecin généraliste attiré et moins vers les urgences.

Notre étude nous a permis de définir un profil précis du patient revenant en consultation, malheureusement sans pouvoir le comparer à d'autres séries, les données de la littérature faisant cruellement défaut dans ce domaine.

L'analyse statistique a pu mettre en évidence des critères favorisant une nouvelle consultation :

- l'âge : les nourrissons (40%) et surtout les plus de 40 ans (66% de nouvelle consultation au-delà de 75 ans)
- la visite au domicile, surtout de nuit (notamment entre minuit et 8h);
- l'appel préalable à un autre intervenant ;
- la gravité de la pathologie ;
- l'appartenance à certaines classes diagnostiques, notamment cardiovasculaire, urologique, psychologique et diagnostics généraux ;
- la prescription initiale d'examen complémentaires (43% de nouvelle consultation) ;
- l'indication de surveillance (35% de « re-consultation »), rapprochée (37%) comme à distance (36%) ; 15% de « re-consultation » chez les patients sans surveillance.
- un état de santé n'évoluant pas ou s'aggravant.

Quelques remarques s'imposent :

. Les personnes plus âgées sont majoritaires chez les nouveaux consultants du fait souvent d'un terrain plus fragile, à surveiller de plus près, et d'une meilleure observance générale. Une inquiétude plus grande liée au domaine de la santé peut expliquer aussi cette tendance, de même pour les parents d'enfants en bas âge.

. La plus grande gravité des pathologies rencontrées la nuit et en visite conditionne également le recours à une nouvelle consultation.

. **La prescription d'examen complémentaires et d'une surveillance clinique ultérieure entraîne à priori un meilleur suivi.**

14% des nouveaux consultants (22 patients) soit **4%** des patients maintenus au domicile suite à la première visite, ont été **hospitalisés secondairement**. Pour deux tiers de ces patients, l'hospitalisation n'avait pas été envisagée par SOS Médecins.

45% de ces patients (10 au total) étaient déjà sortis au bout de 72 heures. La durée moyenne de séjour était de 21h +/- 25 avec 70% d'hospitalisation de moins de 24 heures.

A l'inverse, chez les patients hospitalisés initialement, un peu plus de la moitié était de retour au domicile à 72 heures, pour une durée moyenne d'hospitalisation de 30 heures +/- 25 et 43% de séjours de moins de 24 heures. Les **demandes d'hospitalisation apparaissent donc plutôt justifiées**, avec un taux faible de simples consultations aux urgences.

Pour les patients hospitalisés initialement, on constatait une **bonne concordance entre le diagnostic** établi avant l'hospitalisation et celui réalisé à l'hôpital même, soit un taux de 75%.

Le domaine cardiovasculaire présentait une adéquation entre diagnostics plus faible (64%).

Pour les hospitalisés secondairement, on retrouvait 45% de diagnostics comparables. Par rapport aux hospitalisations initiales, le domaine digestif est largement en tête des indications avec 41%, suivi par l'urologie et les patients sans diagnostic précis. Les 12 cas sans correspondance des diagnostics concernaient : deux appendicites aiguës considérées comme des syndromes viraux intestinaux initialement, deux cholécystites aiguës (dont une avec péritonite) étiquetées sans diagnostic ou sub-occlusion, une péricardite tamponnade prise pour une colique hépatique, une colite infectieuse pour une gastro-entérite aiguë, un AVC cérébelleux pour un vertige positionnel bénin, une fracture de rotule pour une simple contusion, un dysfonctionnement de neurostimulateur cérébral pour de l'anxiété, un syndrome coronarien aigu ST négatif passé inaperçu. Par ailleurs, une myalgie simple a été adressée pour embolie pulmonaire et une hépatite pour une surinfection d'ascite. Les diagnostics hospitaliers se divisaient en 70% de somatique médical et plus de 20% de chirurgical.



Les patients hospitalisés secondairement possédaient une distribution comparable en âge à celle des autres re-consultants mais une plus grande part d'individus masculins (64%). La gravité de leur état clinique était évaluée initialement à 68% de classe 2 et 27% de classe 3. Plus des 4/5 avaient reçu une prescription d'examens complémentaires soit largement plus que les autres consultants (32%), et 82% également étaient sous indication de surveillance rapprochée (contre 40% chez les autres « re-consultants »).

Ils ont été revus en priorité par SOS Médecins (40%) et les urgences hospitalières (32%) et nettement moins par leur médecin traitant (18%) (lien statistiquement significatif) ; et principalement en raison de la persistance des symptômes et la présentation de résultats para cliniques (40%).

Même si, en grande partie (plus de 50%), ces patients ont été hospitalisés secondairement par erreur diagnostique au départ ou mauvaise évaluation de la gravité, la prescription d'examens complémentaires de « débrouillage » et l'accent mis sur l'importance d'une surveillance rapprochée, ont permis de « rattraper » ces sujets dans un deuxième temps. Sur les 159 patients qui ont de nouveau consulté, 61 (38%) avaient eu des examens complémentaires prescrits par SOS ; 29,5% d'entre eux ont été hospitalisés secondairement contre 4% chez les patients sans biologie ou radiologie demandées. **Les examens complémentaires semblent donc offrir une aide précieuse dans notre étude pour l'orientation et l'aide au diagnostic des patients non hospitalisés initialement, porteurs de pathologies plus sérieuses.**

On remarquera qu'au total, **90 patients** ont été **hospitalisés**, immédiatement ou secondairement, soit **14% de notre échantillon** de départ.

### 4.1.3. Approche de l'efficacité à travers le suivi des consignes

Notre deuxième objectif principal avait pour but de mesurer l'efficacité de la structure SOS Médecins Grenoble à travers l'analyse du suivi des recommandations multiples faites par les médecins suite à la première visite.

Les prescriptions, l'orientation préconisée ont-elles été respectées ? Les patients ont-ils consulté de nouveau à bon escient ?

Les consignes laissées par le médecin de SOS revêtaient plusieurs aspects :

- Premièrement, l'indication d'un traitement ou d'examens complémentaires ;
- Une notion de prévention et d'enseignement, avec les explications relatives à la nature de la pathologie diagnostiquée, de son évolution attendue, des signes devant alerter ou au contraire rassurer...
- La recommandation d'une surveillance, rapprochée ou à distance, fortement conseillée ou éventuelle suivant l'évolution clinique ;
- En cas de surveillance conseillée, la liste des motifs devant conduire le patient à revoir un médecin ;
- Mais également le délai à respecter avant de consulter de nouveau si nécessaire ;
- Enfin, le type d'intervenant à qui s'adresser.

▷ Pour les patients restés au domicile, on observait un taux de **suivi des traitements de 96%** et des **examens complémentaires de 72%**, la proportion de réalisation augmentant avec l'âge pour ces derniers. Ces données sont superposables aux relevés d'observance des prescriptions chez les patients des médecins généralistes <sup>(11)</sup>, avec peut-être un peu moins

d'examens réalisés dans notre étude. L'adhésion du patient âgé aux consignes <sup>(11)</sup> est généralement plus forte et peut expliquer de meilleurs taux de suivi.

▷ Les médecins ont détaillé l'évolution attendue de la maladie dans 80% des cas, mais sans retentissement significatif sur la fréquence des nouvelles consultations ou des hospitalisations secondaires. Les patients, sur différentes enquêtes réalisées <sup>(11)</sup>, sont généralement pleinement satisfaits des explications fournies par le médecin, avec des taux pouvant atteindre 95%.

▷ Sur l'ensemble des patients ayant de nouveau consulté, **42% ont respecté l'ensemble des paramètres définissant les recommandations.**

Ainsi, parmi les 92 patients non observants :

. Un tiers ont revu un médecin sans aucune indication de nouvelle consultation formulée par SOS Médecins ( contre 15% de « re-consultation » globalement chez les patients sans surveillance).

A contrario, les patients auxquels SOS Médecins avaient demandé de revoir un praticien, soit de manière rapprochée dans les 24 heures soit plus à distance, ont « re-consulté » moins que prévu (même si leur pourcentage de nouvelle séance est nettement supérieur à la moyenne) : 50% pour ceux qui devaient revoir un spécialiste ou présenter des résultats urgents dans les 24 heures, 37% pour ceux qui devaient effectuer un contrôle ou bilan au-delà de 48 heures.

Pour les deux tiers restants, qui étaient sous surveillance :

. 55% n'ont pas suivi le délai de nouvelle consultation,

. 61% ont contacté un intervenant non indiqué,

. 45% ont revu pour un motif non envisagé par SOS dans leur cas.

L'enquête réalisée par la DREES en 2004 <sup>(11)</sup> notait un taux de suivi de l'orientation conseillée par les généralistes installés en ville de 60%, soit largement supérieur au notre. La différence s'explique peut-être par une confiance plus limitée, de la part du patient, en SOS Médecins par rapport au médecin traitant, en cas d'aggravation ou de non amélioration ? Néanmoins, les patients ne respectant pas les consignes ont consulté plus particulièrement les urgences hospitalières (15% contre 4,5%) et moins leur médecin traitant (47% contre 76%). SOS Médecins a été contacté dans les mêmes proportions quelle que soit la qualité de suivi des consignes. Les motifs évoqués en cas de non observance confirment ce souhait d'un nouvel avis, qui ressort de manière statistiquement significative comme raison avancée pour « re-consulte », de même que l'aggravation du tableau clinique. Par contre, la présentation de résultats ou le contrôle clinique conseillé sont moins fréquents en cas de non suivi des instructions.

▷ Nous avons pu démontrer qu'il existait une association statistiquement significative ( $p < 0,005$ ) entre l'inobservance et, l'appartenance à la classe des 2-15 ans, et l'affiliation au groupe de patients avec état jugé stable sans nécessité d'actes complémentaires (CCMU 1).

A l'inverse, les patients avec une pathologie chronique connue et ceux sous surveillance à distance ont plus respecté les consignes.

Le repérage puis l'identification de ces populations pourraient permettre d'améliorer leur prise en charge ultérieure en adaptant les recommandations à leur égard. Ces patients constituent une population jeune, sans pathologie chronique, consultant plutôt en journée ou le week-end, après avoir appelé directement SOS Médecins, et se rendent plus au cabinet fixe,

pour des pathologies de types ORL, digestif ou général, avec, au final, un état jugé stable dans tous les cas.

La principale cause d'inobservance chez ces jeunes patients « re-consultant » est justement d'avoir ... consulté de nouveau ! et souvent sans respecter l'orientation indiquée.

▷La performance et la pertinence des recommandations fournies par SOS Médecins pouvaient être étudiées à travers l'analyse des changements thérapeutiques réalisés secondairement et le taux d'hospitalisation secondaire.

En effet, en s'attardant sur le devenir des patients vus en seconde consultation, on pouvait constater une proportion de modifications thérapeutiques similaire (autour de 60%) quel que soit le suivi des consignes fixées, mais avec une différence notable cependant :

l'examen des prescriptions effectuées par le deuxième intervenant montrait que le changement réalisé n'avait de réelle utilité thérapeutique que dans 53% des situations contre 75% en cas de respect des consignes de SOS Médecins.( lien statistique significatif).**Les patients respectant les recommandations ont bénéficié de changements thérapeutiques plus pertinents.**

Chez les 2-15 ans comme les patients en CCMU 1, nous n'avons pu établir aucune différence statistiquement significative concernant les modifications thérapeutiques (réelles ou pas) par rapport aux autres nouveaux consultants. On observe cependant un taux de réel changement thérapeutique chez 48% des patients en CCMU 1 ayant « re-consulté » contre 69% pour les autres classes de CCMU.

Le taux d'hospitalisation secondaire chez les patients ne respectant pas les consignes de nouvelle consultation était de 16% contre 10% chez les observants, mais sans différence statistiquement significative. Chez les 2-15 ans, seulement 6% d'hospitalisation secondaire suite à une nouvelle consultation et 2,4% pour les patients en CCMU 1 ( contre 18% pour les autres classes). **On peut confirmer que les groupes peu respectueux des consignes ont été très peu hospitalisés secondairement.**

## 4.2. Forces et faiblesses de notre étude

### 4.2.1. Points forts

Notre étude prospective nous a permis de contrôler les critères d'inclusion et d'exclusion constituant notre échantillon, de choisir les données recueillies et de limiter la perte d'informations.

La participation de l'équipe médicale de SOS Médecins Grenoble était bonne, avec un taux de remplissage du premier questionnaire évalué à 92% ; l'intégralité des médecins titulaires a participé (au moins deux fois chacun) à l'étude et les mêmes remplaçants ( dont trois futurs membres permanents) ont souvent pris part eux aussi à ce travail.

La taille de l'échantillon donnait une valeur statistique satisfaisante aux résultats concernant la description de l'activité de SOS Médecins et le devenir des patients.

Notre étude a pu analyser le suivi précis des recommandations et le devenir des patients vus en urgence, en médecine ambulatoire, un sujet encore peu exploité dans la littérature française.

98% des patients ont été rappelés à partir de 72 heures, diminuant fortement le risque de biais d'interprétation, et, dans 96% des situations, l'interlocuteur était le patient lui-même ou un référent attendu (parent, conjoint, médecin...). On peut donc considérer les réponses fournies comme relativement fiables.

### 4.2.2. Points faibles

▷ . Notre questionnaire initial ne reposait pas sur une revue exhaustive de la littérature concernant l'évaluation des pratiques et structures de soins.

. Les données recueillies sur l'activité ne peuvent être extrapolées à une année complète, l'étude ayant été réalisée sur deux mois, sur des journées choisies au hasard, même si le but était d'observer l'activité de SOS Médecins un maximum en dehors des périodes de vacances des patients (et des médecins) pour approcher au plus juste l'implication de SOS Médecins dans le réseau de soins grenoblois.

. Les éléments motivant une éventuelle surveillance ultérieure étaient laissés à l'appréciation des médecins : nous n'avons pas défini au préalable quelles propositions pouvaient être considérées comme des éléments de suivi. De même pour les motifs d'hospitalisation initiale.

. Les biais de saisie : les médecins ont parfois rempli les questionnaires à distance de la visite.

▷ . Notre questionnaire de suivi n'a pas été rédigé suite à l'élaboration d'une bibliographie approfondie.

. Dans ce formulaire figuraient de nombreuses questions ouvertes qui ont nécessité une analyse secondaire, et l'établissement de nouvelles variables.

. Quelques biais ont pu être notés <sup>(20)</sup> :

- Biais de désirabilité sociale : c'est-à-dire la tentation de répondre positivement aux questions par crainte de « représailles » lors d'une future visite ou consultation.

- Biais d'acquiescement, corollaire du précédent.

- Biais dus aux déclarations des sujets, même si le rappel à partir de 3 jours seulement limitait les oublis et les confusions, à priori.

## 4.3. L'observance des prescriptions : une question centrale.

Résoudre le problème de la non-observance thérapeutique (non adherence en anglais) représenterait un progrès plus important que n'importe quelle découverte biomédicale selon l'Organisation Mondiale de la Santé. <sup>(21)</sup>

La notion d'observance en médecine revêt une importance toute particulière, du fait de ses conséquences médicales et économiques, et se définit comme l'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions ou recommandations médicales. Des études récentes <sup>(22)</sup> ont montré que l'observance était associée à une optimisation des résultats, indépendamment du traitement assigné (actif ou placebo). Plusieurs essais cliniques validés (CHARM, BHAT...) ont mis en évidence, quel que soit le traitement reçu, de meilleurs résultats concernant la mortalité, en cas de bonne observance.

### 4.3.1. Déterminants de l'observance

Cette dernière reste un processus complexe, global (ne se limitant pas aux seules prescriptions médicamenteuses) et multifactoriel.

Plusieurs facteurs influencent et déterminent le niveau d'observance <sup>(22)</sup>:

► Des facteurs dépendants du médecin :

La simplicité de la prescription et la fréquence des visites de suivi sont des facteurs positifs. Le taux d'observance est inversement proportionnel au nombre de prises journalières et à la complexité de la prescription <sup>(21) (23)</sup>. Les consultations régulières permettent de « relancer » l'observance.

La qualité de la relation thérapeutique et de l'information apportée est primordiale : expliquer les modalités du traitement en détail, les effets secondaires éventuels, les attentes et les bénéfices espérés, savoir établir un lien de confiance avec le patient et répondre à ses interrogations.

► Des facteurs liés à la maladie :

Une pathologie perçue comme dangereuse et grave entraînera une meilleure observance qu'une maladie silencieuse ou l'existence de facteurs de risque. L'efficacité du traitement, le déni éventuel rentrent en jeu également.

► Des facteurs liés au patient et à son environnement :

Une bonne image de soi et une autonomie satisfaisante sont des facteurs positifs. Les croyances inappropriées (véhiculées parfois par l'entourage proche), les troubles du comportement concourent à une mauvaise observance. Un entourage avec une attitude positive, compréhensif et facilitant joue un rôle prépondérant également. L'âge du patient intervient de manière significative dans le suivi des consignes.

### 4.3.2. Comment améliorer l'observance ?

#### Application à la pratique de SOS Médecins Grenoble

Les méthodes efficaces sont multiples et doivent être associées, une approche unique étant rarement satisfaisante <sup>(22)</sup>. Les grands axes retenus pour viser une meilleure observance sont :

► La facilitation de la prise médicamenteuse, en adaptant les prescriptions à la situation du patient, à son âge, à ses possibilités et à ses besoins. Les médicaments sont-ils tous indispensables ? La posologie, la forme, les horaires de prises sont-ils adaptés ?

Sur ce plan, SOS Médecins présente un taux de prescription de médicaments en deçà des médecins généralistes de ville et n'apparaît pas un prescripteur outrancier.

► Le développement de l'éducation du patient et/ou de sa famille. Dans la pratique quotidienne, les médecins de SOS sont amenés à prendre en charge un grand nombre de pathologies bénignes, concernant des patients jeunes, et qui normalement ne devraient pas nécessiter de nouvelle consultation.

La régulation des appels via le standard téléphonique occupe ici une grande importance, de même que les conseils prodigués par les médecins eux-mêmes. Les consignes de suivi à l'issue de la consultation doivent permettre, en cas d'affections peu graves, d'éviter au maximum les nouvelles consultations inutiles, facteurs d'engorgement des structures de soins dans leur ensemble. Il faut parvenir à rassurer et responsabiliser les patients et les parents des jeunes enfants, en leur fournissant de manière explicite tous les éléments propres à prendre une décision justifiée de nouvelle consultation.

► L'importance du suivi. La fréquence des visites est un facteur positif d'observance. Se dessine derrière cette notion le rôle primordial d'une coordination entre les différents acteurs de soins sur le terrain. Notre étude retrouvait un faible taux d'appel à un autre professionnel pendant la visite (5%), rendant compte d'une collaboration insuffisante entre SOS Médecins et le médecin traitant notamment, ne serait-ce que pour maintenir une continuité de soins ou de suivi après la visite initiale. Plus le patient est encadré, par un réseau de prise en charge réactif et harmonisé, son médecin adhérent à son projet de soins, plus l'observance est grande <sup>(13)</sup>.

SOS médecins doit développer un réseau d'interaction plus solide avec les services de pédiatrie notamment, mais également avec le réseau des généralistes installés, pour pallier à ce « nomadisme » médical de certains groupes de la population.

► Le renforcement de la relation médecin malade. Les travaux d'Assal <sup>(22)</sup> <sup>(24)</sup> ont permis d'évaluer les étapes nécessaires à l'amélioration de la prescription des traitements, auprès de généralistes de ville et d'urgentistes. Reformuler les problèmes du patient, établir un lien entre les symptômes et le diagnostic, bien expliquer les modalités du traitement en termes simples, évoquer les principaux effets secondaires, apparaissent comme des points essentiels dans la relation liant un médecin à son patient. Le praticien devra tenir compte des croyances et sentiments du malade et s'inspirer des stades de changement de comportement selon le modèle de Prochaska <sup>(23)</sup> pour améliorer sa façon de prescrire. Pour 85% de nos patients, nous prescrivons un traitement alors que le patient ne se sent pas concerné (précontemplation) ou est encore ambivalent (contemplation) <sup>(23)</sup>. Finalement, il est impérieux de renforcer constamment l'importance du traitement et de ses effets bénéfiques auprès du patient.

SOS Médecins, en tant que structure ambulatoire dédiée au premier recours et n'effectuant pas de suivi de patient, voit sa tâche bien plus ardue, l'établissement d'une relation de

confiance réciproque avec le malade prenant souvent du temps. Ses médecins doivent, en un minimum de temps, parvenir à la compréhension par le malade de son affection et le faire adhérer au projet de soins mis en place. Le contact étroit avec les médecins traitants et les autres professionnels de santé prenant en charge le malade, doit permettre de renforcer cette relation de confiance et faire progresser les pratiques.

#### **4.4. Evaluation de l'efficacité de la structure SOS Médecins Grenoble : une étude à poursuivre.**

L'efficacité constitue l'une des multiples dimensions relatives à la qualité des soins, au même titre que l'accès aux soins, la réactivité ou l'efficacité<sup>(25)</sup>.

Nous avons tenté d'approcher cette notion à travers la mesure d'indicateurs objectifs : le nombre d'hospitalisations secondaires, la durée d'hospitalisation des patients adressés aux urgences, les modifications thérapeutiques réellement effectuées à la suite d'une nouvelle consultation, le suivi des recommandations faites par SOS Médecins. Certains indicateurs peuvent se révéler insuffisants, telle l'existence d'une hospitalisation secondaire, qui peut recouvrir un double sens : elle peut être considérée comme « positive » suite à une aggravation clinique ou à la réception de résultats biologiques anormaux, ou négative suite à une erreur diagnostique de SOS Médecins lors de la première visite ou d'une sous-estimation de la gravité initiale. L'avis des médecins hospitaliers, quant à la justesse de l'indication, aurait pu être recueilli pour confirmer évaluer la décision prise par SOS Médecins. De même, pour les nouvelles consultations, l'opinion de l'intervenant revu (Médecin traitant, Urgences...) aurait eu son importance, pour juger de l'intérêt de cette nouvelle visite et mesurer l'efficacité réelle des prescriptions de SOS Médecins.

Une nouvelle étude prenant en compte l'avis de l'ensemble des professionnels de santé rencontrés par les patients dans les 72 heures procurerait une évaluation plus précise de l'efficacité de la structure.

Une autre notion proche de celle d'efficacité est l'efficience, qui se réfère à l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les meilleurs résultats. Elle renvoie à la capacité d'un système de santé à fonctionner à moindres frais sans diminuer les résultats possibles. L'efficience est devenue un indicateur cher aux pouvoirs publics en matière d'économie de santé.

Qu'en est-il du coût réel de SOS Médecins par rapport aux autres acteurs de la permanence des soins ? Il n'existe pas actuellement en France d'études précises comparant les coûts des différentes formes d'intervention en permanence des soins, hormis sur des échantillons restreints et pour quelques pathologies limitées<sup>(4)</sup>. L'article de Barra E. et Carles J.<sup>(4)</sup>, sans se vouloir exhaustif ou partisan, permet de montrer le coût moindre de l'intervention de SOS Médecins par rapport aux urgences hospitalières quelle que soit la pathologie, qu'un transport en ambulance pour une pathologie non vitale revient quatre fois plus cher que l'intervention au domicile, que les maisons médicales de garde ne deviennent compétitives financièrement qu'à partir de 18 actes quotidiens. Bien entendu, ces données n'ont qu'une valeur indicative mais révèlent le besoin d'une évaluation précise, et validée par tous les acteurs de la Permanence des soins des coûts réels engendrés par leur activité respective.

Efficacité, efficience, qualité des soins, autant de paramètres qui permettront de consacrer la place de SOS Médecins dans l'organisation des soins de l'agglomération grenobloise, siège d'une demande accrue en interventions de premier recours <sup>(26) (27)</sup>.

- l'activité des urgences hospitalières du CHU de Grenoble a augmenté de 6% entre 2006 et 2009 (79472 passages en 2009) mais de 12% depuis 2007;
- les UPATOU de la clinique des Cèdres et de la clinique mutualiste réunies ont présenté une augmentation d'activité de 38% sur la même période.
- SOS Médecins a vu son nombre d'actes croître de 56% depuis 2005.

Face à cet afflux, justifié ou pas, tous les acteurs concernés, et en premier lieu SOS médecins, doivent « s'unir » pour offrir aux patients un parcours de soins lisible et efficace, auxquels ils choisiront d'adhérer pleinement. SOS Médecins, par son statut de partenaire privilégié, aussi bien du médecin généraliste, qu'il seconde quand il est débordé (ou absent) ou ne peut se rendre au domicile, que des urgences hospitalières et du SAMU, avec qui il travaille en partenariat étroit, a un rôle prépondérant à jouer dans cette organisation. L'amélioration continue des pratiques professionnelles passe par une remise en question permanente, mais ne peut se concevoir dans une logique purement économique ou scientifique et doit prendre en compte des notions, telles que l'accessibilité aux soins, qui reste un de ses points forts, ou la réactivité, qui se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé. Elle rassemble des concepts plus humains, comme la dignité, la confidentialité, le respect du patient. Il s'agit de remettre le patient au centre des soins, en le faisant participer aux choix, et en lui donnant la possibilité, grâce à une information claire sur sa maladie et les options envisageables, de décider en toute conscience des options à prendre. L'écoute, l'empathie restent primordiales comme facteurs notamment d'une bonne observance, donc d'une meilleure efficacité.





## Conclusion

---



## **THESE SOUTENUE PAR :**

Alexandre LABROSSE

## **TITRE : Suivi à 72 heures des patients vus par SOS Médecins Grenoble. Etude descriptive prospective de mars à mai 2008.**

## **CONCLUSIONS :**

L'objectif actuel des pouvoirs publics en matière de santé est de parvenir à créer un système de permanence de soins fiable, cohérent, lisible et adapté à une demande croissante de recours urgents. L'activité des urgences hospitalières comme des structures urgentistes de ville ne cesse en effet d'augmenter chaque année. SOS médecins Grenoble a effectué en 2009 plus de 62 000 actes dont un peu plus de 50% en consultation fixe.

Ainsi, l'action de SOS Médecins Grenoble s'inscrit parfaitement dans ce dispositif en cours de finalisation, en complément notamment de l'action du médecin généraliste installé en ville, et en tant que partenaire privilégié du SAMU sur le terrain.

Notre étude a permis de mieux caractériser l'activité et le devenir des patients vus par SOS Médecins Grenoble :

Les patients (N=641, 643 séances) étaient âgés de 36 ans en moyenne, dont 30% de moins de 15 ans, près de deux tiers de moins de 40 ans et 15% de plus de 75 ans. SOS Médecins effectuait 60% de son activité en dehors des horaires d'ouverture des autres cabinets, dont 31% la nuit notamment entre minuit et 8 heures. Le délai d'intervention a augmenté depuis 2005, 50% des séances étaient réalisées dans l'heure suivant l'appel. Dans un tiers des séances, les patients avaient fait appel à un autre intervenant au préalable, en particulier en cas d'urgence ressentie. L'activité de consultation fixe au cabinet (30%) a doublé depuis 2005. Les diagnostics les plus fréquents faisaient partie des domaines ORL, digestif, général et respiratoire. L'état clinique des patients était jugé stable dans 88% des cas, susceptible de s'aggraver pour 12%, et mettant en jeu le pronostic vital pour 2,5%. La gravité des pathologies rencontrées augmentait la nuit et avec l'âge. 10,7% des patients ont été hospitalisés initialement, le plus souvent par moyens personnels ou ambulance (60%) mais rarement par le SMUR (7%) qui peut apparaître sous-utilisé. Pour les patients restant au domicile, le taux de prescription médicamenteuse était de 87%, d'examens complémentaires de 25%, de surveillance ultérieure (rapprochée ou à distance) de 65%, et de recommandation de nouvelle consultation de 42%.

Dans les 72 heures suivant la visite, 28% des patients maintenus au domicile ont de nouveau consulté, 57% auprès de leur médecin traitant, 16% d'un spécialiste, 12% de SOS Médecins et 10% des urgences hospitalières. Le taux de nouvelle consultation était plus élevé chez les nourrissons et les plus de 40 ans, les patients vus en visite (80%) ou de nuit (36%), présentant un état de santé plus grave initialement. Ces patients ont revu un praticien pour des problèmes généraux, cardiovasculaires, urologiques ou psychologiques. La prescription initiale d'examens para cliniques ou d'une surveillance a conduit les patients à « re-consulter » plus largement. 4% des patients restés au domicile ont été hospitalisés secondairement. Ils comportaient plus d'hommes en proportion, avaient bénéficié d'examens complémentaires et

d'une indication de surveillance rapprochée dans 82% des cas. Ces patients ont contacté plus particulièrement lors d'une nouvelle consultation SOS Médecins (40%) ou les urgences hospitalières (30%). Pour les patients hospitalisés initialement par SOS, près de la moitié était encore hospitalisée à 72 heures (17% sont ressortis au bout de 6 heures) ; les diagnostics établis étaient en accord avec ceux de l'hôpital dans trois quarts des cas.

L'analyse des recommandations faites a permis d'objectiver un taux de suivi des prescriptions médicamenteuses de 96%, des examens complémentaires de 72%. En cas de nouvelle consultation demandée par SOS Médecins, 50% seulement ont effectivement revu un médecin de façon rapprochée, 37% à distance. Parmi les nouveaux consultants, seuls 42% ont respecté toutes les consignes formulées par SOS médecins : 30% de ces consultations ont eu lieu en dehors de toute indication de revoir un médecin. Les non observants se sont plus tournés vers les urgences que vers leur médecin traitant. Les deux groupes respectant le moins les consignes étaient les 2-15 ans et les patients classés en CCMU1, c'est-à-dire une population jeune, sans pathologie chronique, consultant en journée pour des motifs cliniques plutôt bénins touchant les sphères ORL, digestive et générale.

L'étude de la performance et de l'efficacité passait par la mesure de l'utilité des traitements prescrits secondairement aux patients : 40% des nouvelles consultations ont débouché sur une réelle modification thérapeutique, le respect des recommandations entraînant de manière statistiquement significative une plus grande pertinence dans les indications de traitement (75% de changement thérapeutique utile). Enfin, la mise sous surveillance rapprochée des patients était plutôt portée à bon escient aux vues du taux plus élevé d'hospitalisation secondaire rencontré chez ces patients (25%).

L'activité de SOS Médecins Grenoble est quasiment comparable à celle observée chez les associations urgentistes décrites dans l'étude de la DREES en 2004, hormis une demande de suivi et d'orientation plus importante, associée à un taux d'hospitalisation plus élevé. Localement, l'évolution s'est faite dans le sens d'une augmentation de l'activité, notamment de consultation (gérant des pathologies plus bénignes), mais aussi vers un accroissement du nombre de situations graves.

L'observance des patients vus par SOS Médecins atteint au mieux le seuil de 50% (sauf pour les prescriptions médicamenteuses), alors même que le suivi des consignes en cas d'affections aiguës est réputé plus performant. Une bonne observance est associée à de meilleurs résultats, indépendamment du traitement donné. Améliorer l'observance apparaît comme un objectif primordial pour toute structure de soins, sous peine de mettre en péril son efficacité. La démarche n'est pas forcément aisée dans le cadre d'une médecine d'urgence ambulatoire, où le retour d'informations sur le devenir des patients est rare. Renforcer la relation Médecin/Malade, l'éducation des patients, le suivi par des recommandations claires et ciblées, et développer activement la communication avec les différents acteurs du système de soins, sont autant de pistes à développer par SOS Médecins pour parfaire l'observance, donc la qualité des soins prodigués.

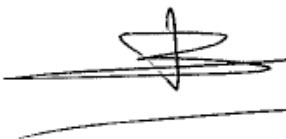

L'efficacité de la structure SOS Médecins devra être évaluée, par une étude des coûts engendrés, pour compléter l'approche globale de son efficacité réelle, et définir précisément son positionnement par rapport aux intervenants principaux (Généralistes en cabinet, les Urgences hospitalières, le SAMU) sur l'échiquier de la permanence des soins de l'agglomération Grenobloise.

L'ensemble de ces composantes permettra d'asseoir la position de SOS Médecins comme un acteur central au sein d'un réseau coordonné et interactif regroupant, d'une part, les médecins généralistes installés (qu'ils peuvent seconder efficacement tant dans les périodes de permanence des soins que pour les visites à domicile), et d'autre part, le binôme Urgences-SAMU, pour lequel SOS Médecins constitue un effecteur privilégié sur le terrain de par son rôle d'aide pertinente à la décision d'hospitalisation et de filtre visant à éviter l'engorgement des urgences par des pathologies « bénignes » relevant d'une prise en charge ambulatoire.

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

**GRENOBLE, le 7/10/2010**

**LE DOYEN**

**B. SELE**

**LA PRESIDENTE DE THESE**



**PROFESSEUR F. CARPENTIER**



## Annexes

---



## ANNEXE 1 : Secteurs de Garde- Grenoble. Arrêté préfectoral.

Annexe II décrivant les dispositifs particuliers par secteur  
Chapitre I : l'agglomération de Grenoble

Article 1 / 1 : Généralités :

L'agglomération comporte 24 communes réparties en 4 secteurs selon les listes figurant en annexe I. Tous les médecins installés sur ces 24 communes, mais eux seuls, peuvent participer à la permanence sur chacun des 4 secteurs. Les tableaux de permanence sont gérés par la FIPSEL.

Article 1 / 2 : le secteur 1 : la ville de Grenoble :

La permanence des soins sera confiée à 2 associations : AM2G et SOS-Médecins. SOS Médecins se verra confier 2 jours de garde par semaine selon les modalités suivantes :

- Les semaines paires du lundi huit heures au mardi huit heures et du jeudi huit heures au vendredi huit heures.

- Les semaines impaires du mardi huit heures au mercredi huit heures et du vendredi huit heures au samedi huit heures

- SOS-Médecins effectuera un week-end sur quatre du samedi huit heures au lundi huit heures en commençant la semaine 24.

Le reste du planning sera confié à AM2G. Le planning sera adapté pour que SOS-Médecins effectue 1/3 des jours fériés dont un Noël et un 1er Janvier sur 3, sans toutefois avoir ces 2 jours fériés durant la même période.

Ce planning commence à 8 heures du matin car c'est la même association qui assure l'astreinte de jour ouvrable ou la permanence de jours fériés puis la permanence de nuit à la même date, ce qui facilite l'organisation pour les régulateurs comme pour les effecteurs.

Une évaluation sera faite au bout d'un an : si une association ne remplit pas ses obligations, la répartition des plages entre les 2 associations sera révisée.

Article 1 / 3 : Le secteur 2 : Agglomération Ouest :

- Il est constitué des communes ou parties de communes suivantes : Fontaine, Saint-Egrève, Saint-Martin-le-Vinoux (jusqu'aux 2000 route de Clémencières et 2000 route de Narbonne), Sassenage (jusqu'au 52 avenue de Valence, les côtes et le lotissement Pras-Paris exclus), Seyssinet-Pariset (jusqu'au 101 route de St Nizier inclus), Seyssins (jusqu'au 180 route de St Nizier inclus).

- Extension du secteur : Noyarey dont le hameau d'Ezy, Proveysieux, et les parties restantes des communes citées plus haut.

Article 1 / 4 : Le secteur 3 : Agglomération Sud :

- Il est constitué des communes ou parties de communes suivantes : Bresson, Echirolles, Eybens, Poisat, Le Pont-de-Claix (jusqu'au camp de vacances EDF exclus),

- Extension du secteur : Champagnier, Claix et la partie restante de Pont-de-Claix.

Article 1 / 5 : Le secteur 4 : Agglomération Est :

- Il est constitué des communes ou parties de communes suivantes : Corenc, Gières, Meylan, La Tronche, Saint-

Martin-d'Hères,

-  
Extension du secteur : Venon, Biviers, Montbonnot-Saint-Martin.

Article 1 / 6 : Organisation pour les secteurs 2, 3 et 4 :

Le médecin assure la permanence sur les extensions de secteurs de la façon suivante :

-  
Le médecin régulateur oriente les patients qui peuvent se déplacer vers les cabinets de garde de l'agglomération.

-  
Si une visite paraît nécessaire, le médecin régulateur la propose au médecin de permanence qui ne fait que les visites indispensables et compatibles avec le reste de son activité.

-  
Si l'état du patient justifie de toutes façons une hospitalisation ou si une visite s'avère incompatible avec les nécessités de la permanence pour le reste du secteur, le régulateur fera transporter le patient en ambulance vers un service d'urgences.

Page 4

---

Ce dispositif doit être évalué à la fois pour le remplissage des tableaux et pour le fonctionnement des secteurs. Le rattachement des extensions de secteurs est fait à titre expérimental pour 6 mois, à partir du 1er juillet 2006, puis une évaluation sera faite pour savoir si ce système doit être pérennisé ou adapté. La FIPSEL paraît la mieux placée pour réaliser ces évaluations.

Article 1 / 7 : Les tableaux de permanence :

Les tableaux seront remplis par trimestre : Ils seront ouverts aux médecins des 4 secteurs pendant 10 jours puis complétés par SOS

médecins 38. La chronologie de remplissage se fera ainsi :

-  
les dix premiers jours de Novembre pour Janvier, Février et Mars

-  
les dix premiers jours de Février pour Avril, Mai et Juin

-  
les dix premiers jours de Mai pour Juillet, Août et Septembre

-  
les dix premiers jours de Juin pour Octobre, Novembre et Décembre.

Les tableaux de permanence sont gérés par la FIPSEL.

Article 1 / 8 : Astreinte de jours ouvrables et de samedi :

Pour la totalité de l'agglomération de Grenoble, un médecin est à disposition du Centre 15 pour réaliser des visites urgentes de

8 heures à 20 heures les jours ouvrables. Ce service complémentaire de la permanence des soins est assuré par les association AM2G et

« SOS médecins ». Les communes concernées figurent en annexe I. Les dates sont les mêmes que pour la permanence des soins de nuit

et de jours fériés :

-  
SOS assure Les semaines paires du lundi huit heures au mardi huit heures et du jeudi huit heures au vendredi huit heures.

-  
Les semaines impaires du mardi huit heures au mercredi huit heures et du vendredi huit heures au samedi huit heures

-  
SOS médecins 38 effectuera un week-end sur quatre du samedi huit heures au lundi huit heures en commençant la semaine

24.

Article 1 / 9 : Cabinets de garde :

1/ Un cabinet de pédiatrie géré par une association de pédiatres est ouvert dans les locaux de la clinique

mutualiste des Eaux  
Claires à Grenoble.

-  
promoteur « L'APPUI » ou Association Pour la Pédiatrie d'Urgence de l'Isère

-  
adresse du cabinet :  
Clinique mutualiste des Eaux Claires,  
8-12, rue Docteur Calmette 38 000 Grenoble

-  
horaires d'ouverture :  
le samedi de 12 heures à 20 heures  
les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures

-  
conditions d'accès :  
accès après régulation téléphonique.  
2/ Il existe 3 cabinets de médecine générale assurant la permanence des soins pour les patients des 24 communes de l'agglomération de Grenoble selon l'arrêté de sectorisation.  
Cabinet de garde de Grenoble - SOS médecins

-  
promoteur : « SOS médecins 38 »

-  
adresse: 1 avenue du 8 mai 1945 Echirolles

-  
Horaires:  
de 14h à 21H du lundi au samedi, et de 8h à 24h le dimanche et jour férié

-  
Condition d'accès: 3 modes d'accès

-  
SUR RDV auprès de notre standard au 04.38.701.701

-  
SUR orientation par le Centre 15.

-  
SUR orientation par les urgences de la mutualiste ou du CHU.  
Il n'y a pas d'accès direct au cabinet, sauf bien sûr urgence absolue.  
Cabinet de garde de Grenoble - Joffre

-  
promoteur : Mme le Dr CAPERAN

-  
4, Bd Maréchal Joffre 38000 Grenoble-

-  
Horaires : Tous les soirs de 20h à 24h, le samedi de 12h à 24h, les dimanches et jours fériés de 8 h à 24 h.

-  
Conditions d'accès : accès libre et sur orientation par le Centre 15 ou les services d'urgence du CHU.

Cabinet de garde de Grenoble Mutualiste :

-  
promoteur  
« AM2G et Association de permanence des soins de Fontaine (ADUM) »

-  
adresse :  
Clinique mutualiste des Eaux Claires,  
8-12, rue Docteur Calmette 38 000 Grenoble

-  
Horaires : Tous les soirs de 20h à 24h, le samedi de 14h à 24h, les dimanches et jours fériés de 9h à 24 h -

Conditions d'accès : accès uniquement après régulation par le Centre 15 et sur orientation par l'UPATOOU de la clinique mutualiste

Tous les médecins installés sur les 24 communes de l'agglomération peuvent participer à la permanence dans ce cabinet de garde. Ils sont prioritaires sur d'éventuels remplaçants. Un tableau de garde nominatif est établi par la FIPSEL et suit la même procédure que les tableaux des secteurs.

ANNEXE 2 : Questionnaire initial rempli par le médecin de SOS Médecins.

Questionnaire 1

Date :  
Nom du médecin :  
Heure de visite :  
Heure d'appel :

Nom du patient :  
Age du patient :  
Sexe : M  F   
Lieu d'examen :  consultation  
 domicile  
 maison de retraite  
 autre : .....  
Pathologie chronique ?  oui  non  
Avez vous déjà appelé SOS ?  oui  non

**Qui rappeler à 72h ? Nom :**

Lien avec le patient :  
Tél (fixe et portable)

**Horaires auxquels on peut le joindre**

**1. Estimez-vous que votre demande était urgente ?**

Oui  Non

**2. Avez-vous fait appel initialement à un autre intervenant qui vous a orienté sur SOS médecins ?**

non  oui :  MT  urgences  
 15  autre : .....

**3. Avez-vous un médecin traitant ?**

oui  non

**4. Quel est le motif d'appel clinique ? (voir kobby)**

**5. Diagnostic ou hypothèse retenus :**

**6. Classification CCMU initiale :**

**7. Gestes pratiques et thérapeutiques administrés pendant la visite :**

non  oui  saturation : taux ?  glycémie capillaire  
 ECG  réanimation  
 bandelette urinaire  autre : ....  
 injection

**8. Traitement prescrit au patient :  oui  non**

Si Oui : (Donner svp le nom des médicaments prescrits et la durée de ttt) :

- Paracétamol  Ibuprofène  Autre antalgique : ....
- Autres :

**9. Avez-vous prescrits des examens complémentaires ?  oui  non**

Si oui :

- Biologie :  NFS  CRP  iono  autre : .....
- Imagerie :  Rx  Echo  Scanner  Autre : ....

**Dans quels délais ?**  en urgence  dans les 24 heures ou plus

**10. Devenir du patient après visite :**

**10.1 Domicile**

**10.1.1 Arrêt de travail ?  oui durée : .....  non**

**10.1.2 Consignes ultérieures de suivi :**

**A/ Détail de l'évolution normale de la maladie :**  oui  non

**B/ Nécessité d'une surveillance immédiate rapprochée :**  oui  non  
. Eléments de surveillance : (**détailler**)

. Résultats d'examens paracliniques urgents déterminants pour la conduite à tenir ultérieure ?  oui  non

. Si aggravation ou non amélioration malgré les premiers soins, moyens à mettre en œuvre :

- a) Rappeler SOS :  oui  non
- b) Médecin traitant :  oui  non
- c) Hospitalisation :  oui  non  
Lettre laissée sur place :  oui  non
- d) Autre : ....

**C/ Surveillance à distance :**  oui  non

Reconsulter le MT : pourquoi ?

Consulter un spécialiste : pourquoi ?

**D/ Avez-vous joint pendant la visite**

le médecin traitant : (motif) :

un spécialiste : (motif) :

Autre (samu,...) : (motif) :

**10.2 Hospitalisation :**

**Motifs :**

Lieu :  Aux urgences :  CHU  Mutualiste  Cèdres  Belledonne  
 En service : .....

Transport :  personnel  ambulance  SAMU

## **Note explicative du questionnaire pour les médecins**

En premier lieu, merci à tous de bien vouloir participer à cette enquête dans le cadre de ma thèse future.

Voici quelques précisions concernant certains points du questionnaire que vous allez remplir :

- *Dans les renseignements « administratifs » du haut de la première page :*

- . par le terme « pathologie chronique », il s'agit d'identifier les patients présentant une affection nécessitant un suivi régulier et/ou un traitement quotidien (diabète, insuffisance cardiaque...) et non pas forcément un sujet appelant pour le même motif à chaque visite.

- . **Bien noter lisiblement svp les coordonnées** téléphoniques et le nom de la personne à rappeler.

- *Parmi la plupart des questions suivantes seules quelques unes nécessitent un commentaire détaillé :*

- . votre **hypothèse diagnostique**

- . le **nom et la durée des traitements** prescrits

- . les **éléments de surveillance rapprochée** du patient

- . les **motifs d'hospitalisation, de reconsultation** auprès de SOS ou d'un autre confrère.

En cas de moindre souci ou incompréhension, n'hésiter pas à m'appeler au 06 XX XX XX XX.

LABROSSE Alexandre

**ANNEXE 4 : Note explicative remise aux patients susceptibles d'être rappelés à partir de 72 heures.**

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions par avance de bien vouloir participer à cette étude qui s'inscrit dans le cadre d'une thèse en médecine générale dont le sujet porte sur **le suivi à 72 heures** de l'ensemble des patients vus sur une journée par les médecins de SOS.

Dans ce but, avec votre accord préalable, merci de répondre ce jour aux quelques questions que le médecin va vous poser. Par la suite, je me permettrais de vous rappeler par téléphone dans les 3 à 5 jours qui vont suivre, pour vous soumettre à un nouveau questionnaire visant notamment à savoir comment a évolué votre état de santé, si vous avez dû reconsulter, être hospitalisé...dans le but de mieux connaître l'évolution de votre santé et les moyens mis en œuvre pour améliorer celle-ci dans les 72 heures qui ont suivi la visite.

Vos réponses nous seront précieuses pour évaluer le suivi des patients que nous sommes amenés à soigner et à améliorer nos pratiques le cas échéant.

Pour cela, il est important de donner au médecin assurant la visite les **coordonnées précises auxquelles l'on peut vous rappeler et les horaires où l'on peut vous joindre** facilement.

Dans le cas où vous ne seriez pas disponible dans les 3 à 5 jours qui arrivent, merci de le préciser, en sachant que vous pouvez rappeler en cas de problème ou si l'on n'a pas pu vous joindre au **04 38 701 701** .

Bien entendu, l'ensemble des données que vous nous fournirez sont couvertes par le secret médical et votre identité ne fera l'objet d'aucune divulgation.

Merci pour votre participation.

LABROSSE Alexandre  
Interne en Médecine  
3<sup>ème</sup> année d'internat

## ANNEXE 5 : Questionnaire de rappel à 72 heures

### Questionnaire à 72 heures

Personne interrogée :

- Patient
- Référent autre attendu :
- Autre :

Date :

#### 1) Devenir du patient à 72 heures de la visite :

##### 1.1 Etat de santé

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> guérison       | <input type="checkbox"/> aggravation        |
| <input type="checkbox"/> amélioration   | <input type="checkbox"/> décès              |
| <input type="checkbox"/> état identique | <input type="checkbox"/> nouveaux symptômes |
|   | <input type="checkbox"/> autre              |

##### 1.2 a) Examens paracliniques réalisés ?

- oui
- non Pourquoi ? .....
- Si oui : résultats : .....

##### b) Traitement pris

- oui
- non Pourquoi ? .....
- Si arrêt de travail :  suivi  non suivi

##### 1.3 Est-il au domicile ? oui non

##### 1.3.1 Avez-vous reconsulté dans les 72h ?

- non  oui  médecin traitant
- spécialiste
- urgences hospitalières
- SOS médecins
- appel au 15
- autre : .....

. dans quels délais :

- . avec les résultats des examens prescrits par SOS ?  oui
- non. Pourquoi ?

. Motif :

##### 1.3.2 Suite à cette(ces) nouvelle(s) consultation(s) :



- a) Avez-vous eu de nouveaux traitements ?  non  oui  
Lesquels ? .....
- b) Certains ont-ils été supprimés ?  non  oui Lesquels ?
- c) D'autres examens complémentaires ont-ils été prescrits ?  
 non  oui Lesquels ?
- d) Arrêt de travail  prescrit ?  prolongé ?
- e) Décision d'hospitalisation ?  non  oui  
⇒ transport : personnel  ambulance  SAMU  pompiers   
sur place
- Motif :

#### 1.4 Si hospitalisé dans les 72 heures:

- urgences  service médical  service chirurgical  autre :

##### 1.4.1

1.4.1.1 Initialement

1.4.1.2 Secondairement

- a)  hospitalisation non envisagée initialement  
 consigne laissée par le médecin en cas d'aggravation  
 décision suite à une nouvelle consultation :  MT  
cf Q 1.3.1&2  urgences  
 15  
 SOS Méd  
 autre :
- autre :

#### 2) Pour tout patient hospitalisé (initialement ou secondairement) :

- a) **A 72 heures :**  toujours hospitalisé  
 retour à domicile (durée d'hospitalisation : ...)
- b) **• Diagnostic retenu** par le service à 72 heures (si toujours hospitalisé) :
- Bilan en cours** à 72 heures :
- c) **Diagnostic de sortie d'hôpital** (seulement si patient sorti avant 72h)
- d) **Traitement de sortie :**
- e) **Avez-vous reconsulté depuis votre sortie ?**  
 non  oui

## ANNEXE 6 : Classification Clinique des Malades des Urgences.

**CCMU 1 :** état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser à l'accueil des urgences.

**CCMU 2 :** état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser à l'accueil des urgences.

**CCMU 3 :** état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans le service d'accueil des urgences (hors UHCD) sans engager le pronostic vital.

**CCMU 4 :** situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences et ne comportant pas la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

**CCMU 5 :** situation pathologique engageant immédiatement le pronostic vital avec réalisation dès l'entrée du patient de manœuvres de réanimation.

**CCMU D :** patient décédé à l'arrivée aux urgences et aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise.

**CCMU P :** problème psychiatrique isolé ou, associé à un état lésionnel ou un pronostic fonctionnel jugé stable.



## Bibliographie

---



1. **Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports : GRALL JY.** Rapport. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Juillet 2007.
2. **Code la Santé Publique.** Article L.6314-1, résultant de la loi HPST du 21 Juillet 2009.
3. **Code la Santé Publique.** Article R.6315-1, modifié par décret n° 2010-344 du 31 Mars 2010-art 214.
4. **Cabanis JN., Smadja S., Guérin P., Carles J., Barra E., Ringard D., Lemoine D., Ducasse JL.** Dossier. SOS Médecins. *Cahiers hospitaliers*. Juin 2007. N°235, pages 5-17.
5. **SAMU de France – SOS Médecins France.** Convention de partenariat. 29 Septembre 2005.
6. **Institut de Veille Sanitaire.** Surveillance de la Médecine ambulatoire par le Réseau SOS Médecins. *Résultats nationaux 2006/2009*. Mai 2009, pages 1-6.
7. **Trillat E.** Activité de SOS Médecins Grenoble : étude prospective déclarative durant une semaine. *Thèse de Médecine*. Grenoble. 2006.
8. **Douplat M.** Pertinence de l'envoi des patients aux urgences par SOS Médecins Grenoble. *Thèse de Médecine*. Grenoble. 2008.
9. **Bohyn E.** Prise en charge des situations complexes chez les personnes âgées de 75 ans et plus, vues à leur domicile par SOS Médecins Grenoble et susceptibles de nécessiter une hospitalisation. *Thèse de Médecine*. Lyon 1. 2009.
10. **DREES : Gouyon M.** Les recours aux médecins urgentistes de ville. *DREES : Etudes et résultats*. Avril 2006. N° 480.
11. **DREES : Collet M., Gouyon M.** Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. *DREES : Etudes et résultats*. Fév 2008. N° 625.
12. **DREES : Gouyon M., Labarthe G.** Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. *DREES : Etudes et résultats*. Mars 2006. N° 471.
13. **ANAES.** Qualité des soins : Revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire. *Service évaluation en secteur libéral*. Nov 1999.
14. **INSEE.** Recensement de la population 2007 [en ligne] [www.recensement.insee.fr](http://www.recensement.insee.fr)
15. Site internet officiel du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble. Rubrique SAMU. [www.chu-grenoble.fr](http://www.chu-grenoble.fr)
16. **Chabrol A.** Un terrain à déminer d'urgence. *Magazine de l'Ordre National des Médecins*. Juin-Juil. 2008.
17. **URMEL.** Livre blanc sur l'organisation de la permanence des soins en Médecine Libérale. Juillet 2001.
18. **DREES : Baubeau D., Carrasco V.** Les usagers des urgences. *DREES : Etudes et résultats*. Jan 2003. N° 212.
19. **DREES : Amar E., Delbosc A., Pereira C.** Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. *DREES : Etudes et résultats*. Nov 2005. N° 440.
20. **Coste J., Leplège A.** Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications. Editions Estem. 2001.

21. **Reach G.** La non-observance thérapeutique : une question complexe. Un problème crucial de la médecine contemporaine. *Médecine, Concepts et Outils*. Volume 2, Numéro 9, 411-5, Nov 2006.
22. **Gallois P., Vallée JP.** L'observance des prescriptions médicales : quels sont les facteurs en cause ? Comment l'améliorer ? *Médecine, Stratégies*. Volume 2, Numéro 9, 402-6, Nov 2006
23. **Golay A., et al.** Améliorer l'observance médicamenteuse. *Médecine Hygiénique*. 2004.
24. **Assal JP., Fabre J.** *Prescrire un médicament*. Editions Roche. 1992.
25. **IRDES : Or Z., Com-Ruelle L.** La qualité des soins en France : Comment la mesurer pour l'améliorer ? *IRDES*. Déc 2008. DT n° 18.
26. **Statistiques annuelles des établissements.** [www.sae-diffusion.sante.gouv.fr](http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr)
27. **Langlois R.** Statistiques annuelles 2009. *SOS Médecins Grenoble*. Document fourni par la structure.



Qui diis memorem laudes, repetamque fideles  
 Ingenij dotes, Hippocratisque docus.  
 Democriti auditor Phœbea, ô, Coë propago,  
 Certius an quis te tradidit artis opes?

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*







