



HAL
open science

Identification des freins et des attentes exprimés par les Médecins Régulateurs Libéraux bretons quant à la mise en place d'un fichier commun d'aide à la régulation

Thomas Le Davadic

► To cite this version:

Thomas Le Davadic. Identification des freins et des attentes exprimés par les Médecins Régulateurs Libéraux bretons quant à la mise en place d'un fichier commun d'aide à la régulation. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01759144

HAL Id: dumas-01759144

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01759144>

Submitted on 20 Mar 2019

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
FACULTÉ DE MEDECINE
sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne

THÈSE EN VUE DU
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée par

Thomas LE DAVADIC

né le 10 Février 1987 à Lorient

**Identification des freins et des
attentes exprimés par les
Médecins Régulateurs
Libéraux bretons quant à la
mise en place d'un fichier
commun d'aide à la régulation**

**Thèse soutenue à RENNES
le 28 Avril 2016**

devant le jury composé de :

Jacques BOUGET
PU-PH CHU Rennes / *Président*

Claude ECOFFEY
PU-PH CHU Rennes / *Assesseur*

Françoise TATTEVIN
MCU Associé DMG Rennes / *Assesseur*

Jean Louis SAMZUN
Médecin Généraliste Lorient / *Directeur
de Thèse*

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie - Embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie clinique - Addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique - Médecine d'urgence - Addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique - Médecine d'urgence - Addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CHALES Gérard Professeur des Universités émérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités émérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur des Universités associé	Pédopsychiatrie - Addictologie

DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie - Radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne - Gériatrie et biologie du vieillissement - Addictologie
DELAVAL Philippe	Pneumologie - Addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie - Addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie - Transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités émérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
HOUOT Roch	Hématologie - Transfusion
HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie orthopédique et traumatologique

JEGO Patrick	Médecine interne - Gériatrie et biologie du vieillissement - Addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie - Addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie - Radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie - Transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie clinique - Addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Maryannick	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation - Médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEGUERRIER Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MALLEDANT Yannick	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses - Maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MORTEMOSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOULINOX Jacques	Biologie cellulaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie clinique - Addictologie

PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
POULAIN Patrice	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
RAVEL Célia	Histologie - Embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne - Gériatrie et biologie du vieillessement - Addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses - Maladies tropicales
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie - Addictologie
VERGER Christian Professeur des Universités émérite	Médecine et santé au travail
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique - Brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence

Nom Prénom	Sous-section de CNU
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie - Transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie - Embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie - Radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUILLET Benoit	Hématologie - Transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie - Embryologie et cytogénétique
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LE RUMEUR Elisabeth	Physiologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire
MARTINS Raphaël	Cardiologie
MASSART Catherine	Biochimie et biologie moléculaire
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie

MENARD Cédric	Immunologie
MENER Eric	Médecine générale
MILON Joëlle	Anatomie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
MYHIE Didier	Médecine générale
PANGAULT Céline	Hématologie - Transfusion
RENAUT Pierric	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
ROPARS Mickaël	Anatomie
SAULEAU Paul	Physiologie
TADIÉ Jean-Marc	Réanimation - Médecine d'urgence
TATTEVIN-FABLET Françoise	Médecine générale
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie clinique - Addictologie
VINCENT Pascal	Bactériologie/Virologie - Hygiène hospitalière

Remerciements

Au Professeur Jacques BOUGET, pour me faire l'honneur de présider cette thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Au Professeur Claude ECOFFEY et au Docteur Françoise TATTEVIN, pour avoir accepté de participer à ce jury et de juger ce travail. Veuillez recevoir mes sincères remerciements et mon plus grand respect.

Au Docteur Jean Louis SAMZUN, pour avoir accepté de diriger et de juger ce travail. Merci pour ta patiente et ta relecture attentive.

Aux Docteurs Frédéric CORNU, Renan LEROUX et Bertrand DAFFOS pour m'avoir ouvert les portes de leurs cabinets et permis de découvrir une médecine générale extrêmement riche qui continuera à influencer au quotidien sur ma pratique.

Aux Docteurs PENCOLÉ et MOSER, pour m'avoir accueilli et aidé à réaliser ce travail.

A tous les médecins qui ont croisé ma route et ont participé à faire de moi le soignant que je suis devenu.

A Marie, pour ton soutien et ton amour chaque jour.

A mes parents, ma soeur et toute ma famille pour tous les bons moments passés et à venir, merci d'être à mes côtés depuis toujours.

A mes co-internes de DESC pour tous ces moments passés, à Rennes ou à Brest, en votre compagnie.

A mes tous mes amis, de Lorient, de Rennes ou d'ailleurs, pour tous ces bons souvenirs à vos côtés et tous ceux qu'il reste à construire.

Table des matières

Introduction	11
Matériel et méthode	13
Echantillonnage	13
Organisation logistique et recueil des données	14
Elaboration du guide d'entretien	14
L'analyse des données	15
Résultats	16
La régulation libérale	16
Une activité spécifique	16
Consultation téléphonique	17
Régulation de nuit et de week end	18
Environnement et anxiété	18
Avantages et inconvénients des protocoles	19
Des avis contraires	19
Eviter les oublis/erreurs	20
Formation continue	20
Uniformisation des pratiques	21
Aspect médico-légal	22
L'art médical	23
Durée de l'appel	24
Automatisation de la régulation	24
Protocoles existants	25
Choix d'un protocole	26
Mise en forme générale	26
Différents modèles de protocole	27
Contenu du protocole	28
Format d'utilisation	30
Livret papier	30
Fiche informatique	30
Utilisation en direct ou différée	31
Informatique et papier ?	31
Critiques de protocoles existants sur la fièvre de l'enfant	32
Protocole du SAMU	32
Protocole du Groupe de Pédiatrie Générale	33
Protocole des médecins régulateurs libéraux toulousains	34
Discussion	35
Analyse des résultats	35

Fiabilité des résultats	37
Perspectives	38
Conclusion	40
Bibliographie	41
Glossaire	43
Annexe 1 : Guide d'entretien	44
Annexe 2 : Questionnaire quantitatif	46
Annexe 3 : Exemples de protocoles	47
Annexe 3.1 : Protocole SAMU - Fièvre chez l'enfant	47
Annexe 3.2 : Fiche protocole fièvre chez l'enfant - Toulouse	49
Annexe 3.3 : Groupe de Pédiatrie Générale fièvre de l'enfant	52
Annexe 4 : Résultats de l'étude	57
Annexe 5 : Caractéristiques de la population	58

Introduction

La régulation médicale libérale est une pratique récente née en 2002 suite à une période de grève initiée par les médecins généralistes. Ceux-ci revendiquaient entre autre de meilleures conditions de travail en ce qui concerne la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA). Une mission de réflexion sur la permanence des soins donnera alors naissance à la Circulaire DHOS/SDO n°2002-399 du 15 juillet 2002 qui constitue le point de départ de la nouvelle organisation de la PDSA. Elle prévoit un renforcement de la capacité de régulation des appels des centres 15 et définit en particulier la création d'un système de régulation des appels, en lien avec le 15, avec la participation d'un médecin libéral aux cotés du médecin hospitalier pour assurer la prise en charge des appels relevant de la médecine de ville [1].

Actuellement, l'organisation de la permanence des soins a été confiée, par la loi HPST du 21 juillet 2009 [2] aux Agences Régionales de Santé (ARS). Celles-ci ont rédigé un cahier des charges régional, qui précise l'organisation et les modalités de rémunération du dispositif de la PDSA. En Bretagne ce cahier des charges régional de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire est entré en vigueur le 1er juin 2012 pour cinq ans [3]. Un des éléments prévu concernant la régulation libérale est « *d'élaborer et mettre en œuvre des protocoles régionaux de régulation* ». Cette disposition rejoint les recommandations de l'HAS de 2011 concernant la régulation médicale [4] qui incitent « *les médecins régulateurs [à] s'aider dans leur démarche clinique avec des guides diffusés par des sociétés savantes ou professionnelles* » et recommande aux « *centres de régulation médicale [d']élaborer en interne des procédures de régulation médicale et des déclinaisons des protocoles de régulation médicale édictés par les sociétés savantes ou professionnelles* ». Cette recommandation trouve réponse dans le travail actuel de la Fédération des Associations Départementales pour l'Organisation de la Permanence des Soins en Bretagne (FADOPS Bretagne) pour mettre en place un fichier commun d'aide à la régulation sur la région Bretonne.

La Régulation Libérale est une discipline récente et il n'existe pas de référentiel dédié et validé sur le plan national et/ou par la communauté scientifique. Pour autant, l'utilisation de protocoles est une pratique médicale qui a déjà prouvé son intérêt dans divers domaines comme la réanimation [5] ou l'infectiologie [6]. Le seul ouvrage de référence existant pour la régulation médicale est le Guide d'aide à la régulation du SAMU de France qui s'adresse à la prise en charge des différentes situations d'urgences vitales et non à la PDSA. On y retrouve ainsi très peu de données sur la conduite à tenir concernant des situations médicales non urgentes requérant tout de même un avis médical, qu'il soit via un conseil téléphonique, une prescription téléphonique ou l'orientation vers une consultation médicale non urgente. Or ces situations représentent la grande majorité des appels reçus par la régulation libérale [7].

D'autre part, des travaux récents mettent en avant l'intérêt d'utiliser des protocoles dans la régulation libérale à travers deux évaluations des pratiques professionnels ayant été réalisée au CRRA de Toulouse [8,9]. Après utilisation d'un fichier d'aide à la régulation concernant les douleurs thoraciques et les douleurs abdominales atraumatiques, ces deux études montrent une amélioration des pratiques avec une augmentation significative de la recherche de signes de gravité. Pourtant, les principales difficultés relevées dans ces travaux ont été une adhésion difficile des Médecins Régulateurs Libéraux (MRL) à l'utilisation de ces protocoles, ainsi que des avis très divergents sur la forme que devait prendre ce référentiel. De plus, malgré le contexte d'une étude prospective pouvant entraîner un biais sur le recueil des données et l'amélioration de la recherches de certains symptômes et critères de gravité, le taux de retranscription dans le dossier médical de la majorité des symptômes et signes associés reste fréquemment inférieur à 50%. Un aspect déjà abordé par Watcher et al. [10] qui soulignait certaines limites de l'application de protocoles à la régulation téléphonique.

La régulation libérale est une discipline complexe qui n'est ni superposable à celle de l'AMU, car ne gérant pas des urgences vitales, ni assimilable à la médecine de ville, de par la spécificité d'un échange téléphonique responsable d'un entretien médical tronqué par rapport à une consultation classique. La décision médicale qui en découle est aussi différente de part la nécessité d'établir un tri avec une évaluation de la gravité et non un diagnostic médical. L'utilisation de protocoles d'aides à la régulation, tel que recommandé par l'HAS et relevant du cahier des charges de l'ARS, semble être encouragée par les résultats de ces travaux récents. Mais ceux-ci soulèvent aussi leur lot de questions, notamment sur l'efficacité des guides tels qu'ils sont utilisés actuellement, ainsi que la réticence des médecins à leur utilisation.

Dans le contexte actuel de la mise en place d'un fichier commun d'aide à la régulation par la FADOPS au niveau de la région Bretagne, l'objectif principal de cette étude a été d'identifier les freins et les attentes exprimés par les Médecins Régulateurs Libéraux bretons quant à la mise en place de ce fichier.

Matériel et méthode

Le but de ce travail étant d'étudier la variété des opinions et sentiments des médecins généralistes bretons quant à l'utilisation de protocoles ou de guides en régulation libérale, la démarche adoptée est avant tout compréhensive (ou interprétative) et appelle une méthodologie de type qualitative.

« En paradigme « interprétatif » (compréhensif), l'objet général de la recherche est le « monde humain » en tant que créateur de sens ; aussi la recherche qualitative interprétative a-t-elle pour but de comprendre la signification ou l'interprétation donnée par les sujets eux-mêmes, souvent de façon implicite, aux événements qui les touchent et aux « comportements » qu'ils manifestent (ceux-ci étant définis en termes d'« actions ») » [11]

La méthode utilisée est celle des Focus Group, qui sont des entretiens de groupe, semi structurés, modérés par un animateur et ayant pour but de collecter des informations à partir d'un nombre limité de questions définies à l'avance. La construction théorique a été faite à partir de l'analyse des données qualitatives, ce qui correspondait à une démarche inductive, interprétative.

Echantillonnage

L'échantillonnage a été réalisé selon une stratégie opportuniste. Dans le cadre d'une étude qualitative, le but n'est pas d'avoir une représentativité statistique mais une diversité des opinions et des comportements, cette diversité étant la source de la richesse des données [12,13]. La constitution des groupes de discussion s'est faite de manière aléatoire.

Les variables qui ont été retenues étaient les suivantes:

- Médecin généraliste, installé ou non, exerçant en région Bretagne (Pour des raisons logistiques l'échantillonnage a été réduit aux médecins exerçant dans les départements du Morbihan et de l'Ille et Vilaine)
- Type d'activité : rural, semi-urbain ou urbain
- Expérience professionnelle en régulation libérale et/ou effecteur libéral dans le cadre de la PDS (aucun minimum n'était requis)
- Le sexe : homme ou femme

Un questionnaire quantitatif (Annexe 1) était remis en début de séance à chaque participant afin de collecter les données caractéristiques des participants et pouvoir analyser la pertinence de l'échantillon choisi.

Organisation logistique et recueil des données

Il a été décidé de profiter des formations annuelles de la FADOPS pour recruter les participants et réaliser les Focus Group. En effet, celles-ci se déroulaient sur trois sessions successives fin 2014 à Saint Brieuc, Pleucadeuc puis Rennes et avaient pour thème la mise en place de protocoles de régulation au sein de la région bretonne.

La première rencontre a permis de rencontrer de nombreux médecins généralistes régulateurs libéraux et d'avoir des entretiens exploratoires et informels avec ceux-ci concernant le sujet abordés par l'étude.

Les Focus Group ont été organisés lors des deux sessions de formation suivantes. Chaque session réunissait des médecins différents. Avant la rencontre, les participants avaient reçu le guide d'entretien par mail afin de les informer sur le déroulement de la séance. Les discussions se sont déroulées sur une durée d'environ une heure et regroupaient 8 à 12 participants. L'animation et la modération des groupes était assurée par l'enquêteur principal assisté à chaque séance d'un médecin généraliste qui animait un second groupe en parallèle.

Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien qualitatif (Annexe 2) a été élaboré en amont et comprenait une introduction rappelant aux différents participant le principe de l'étude réalisée, le fonctionnement des Focus Group ainsi que les thèmes abordés.

Le but de ces entretiens de groupe étant d'explorer un sujet inconnu et d'en approfondir la compréhension, les thèmes choisis dans le guide d'entretien servaient de base aux discussions mais n'étaient en aucun cas limitatifs.

Pour explorer les différents aspects de ce sujet, il a de plus été décidé d'utiliser pendant les discussions un support visuel grâce à plusieurs modèles de protocoles existants, afin de recueillir l'avis des médecins participants sur différentes approches possibles. Le thème choisi a été celui de la fièvre de l'enfant qui est le motif d'appel le plus fréquent en régulation libérale [7] et qui bénéficie déjà d'outils conçus pour la régulation médicale. Ces documents (Annexe 3) étaient issus respectivement du protocole Fièvre chez l'enfant du Guide d'Aide à la Régulation au SAMU Centre 15 [14], du protocole utilisé par les MRL de Toulouse, qu'ils ont établi avec leur collègues pédiatres hospitaliers [15] et du protocole du Groupe de Pédiatrie Générale concernant la gestion d'un appel pour fièvre chez un enfant [16].

L'analyse des données

Les enregistrements réalisés lors des Focus Group ont tout d'abord été intégralement retranscrits. Ces verbatims ont été réalisés à l'aide d'un logiciel de traitement de texte (TextEdit et Pages) et d'un logiciel de reconnaissance vocale (Dragon Dictate). Les propos des participants ont été identifiés et anonymisés, les interventions du modérateur étant signalées en italique.

L'élaboration d'une grille thématique a été réalisée progressivement de manière inductive à partir du matériel issu des Focus Group, et déductive à partir des références externes issues de la littérature et des entretiens préliminaires. Cette étape a été réalisée à l'aide d'un logiciel d'analyse de données quantitatives (MAXQDA). L'analyse a été réalisée via une lecture approfondie en attention flottante des retranscriptions qui ont ensuite été découpées en idées selon un codage multithématique afin de mettre en évidence les concepts abordés lors des discussions. Lors de cette phase les hors-sujet ont été éliminés.

L'étape suivante consistait à associer à chaque concept issu de la phase précédente les éléments thématiques de la grille auquel il peut être rattaché. Une donnée pouvait ainsi être incluse dans plusieurs catégories. Un tableau récapitulant les extraits d'entretiens classés par catégorie constituait le résultat de l'étude (Annexe 4).

Résultats

L'étude était composée de 6 Focus Group qui se sont tenus le 7 Novembre 2014 à Pleucadeuc dans le Morbihan et le 17 Décembre 2014 à Rennes. Chacun a regroupé entre 6 et 11 Médecins Régulateurs Libéraux et/ou Effecteur Libéraux sur des sessions de 54,25 minutes en moyenne [36 min - 81 min]. La moyenne d'âge des médecins était de 52,72 ans [34 ans - 68 ans].

Au total, 48 médecins ont participé aux discussions de groupe, 36 hommes et 12 femmes, travaillant dans le Morbihan et l'Ille et Vilaine, en exercice rural, semi-urbain ou urbain. L'expérience moyenne de régulation libérale était de 6,95 ans [0,1 an - 11 an]. Les caractéristiques des MRL ayant participé à l'études sont regroupés dans un tableau (Annexe 5).

La régulation libérale

Une activité spécifique

L'activité de régulation médicale présente certaines particularités que n'ont pas manqué de relever les médecins présents. Ainsi MG A11 note que *« la spécificité de la régulation par rapport au travail en cabinet où on doit établir un diagnostic, c'est que dans certains cas on a une réponse et c'est pas la peine de chercher un diagnostic, c'est pas la peine d'aller plus loin et on prend la décision d'envoyer une ambulance ou d'un contact avec un médecin, on s'arrête là. Alors que dans notre démarche médicale par ailleurs on va plus loin, on cherche le diagnostic. Là, c'est pas la peine. Notre but c'est quelque part, le tri »*. La démarche n'est pas la même qu'en cabinet et ce n'est donc pas un diagnostic qui est recherché mais la mise en place d'une réponse adaptée à la demande et à l'évaluation du niveau de gravité. MG A5 : *« c'est une obligation de moyens, c'est pas une obligation diagnostic heureusement! »*.

Une activité différente y compris dans son rythme avec des consultations téléphoniques et un flux continu d'appel responsable d'une importante contrainte sur la durée de régulation, ce qui rend parfois l'exercice difficile, MG B5 *« Ce qu'on a au cabinet et la régulation c'est deux métiers totalement différents! Tu es bloqué par le temps et le risque d'erreur. Au cabinet tranquillement tu as 20 minutes, 30 minutes s'il le faut. C'est dans ton contexte, t'es sécurisé. En régulation il y a certains dimanches matin, où certains moments, tu te retrouves à traiter vraiment rapidement. Et c'est là qu'est le risque d'erreur, d'où l'intérêt des protocoles »*. S'y ajoute une population qui est différente de leur patientèle habituelle

avec qui ils ont leurs habitudes, MG C1 rappelle qu'il faut « *toujours avoir en tête que c'est une population qu'on ne connaît pas, donc pas avoir toujours ce même discours qu'on a avec nos patients qu'on connaît déjà* ».

Ces différentes contraintes qui se cumulent font qu'un motif classique de médecine générale peut tout de suite devenir plus compliqué qu'il ne devrait, MG B5 « *notre décision des fois elle est vachement simple : « Il a une otite, vous allez faire ça » « Ah oui mais je n'ai pas de voiture ». Donc ça complique la situation et tu es obligé de trouver une solution qui parfois te prend plus de temps que de poser ton diagnostic et de donner le conseil* ». Les problèmes de transports, d'accès à un soignant et au traitement deviennent des éléments majeurs de la prise en charge.

Consultation téléphonique

L'échange téléphonique rend aussi difficile certains aspects pourtant évidents dans une consultation classique et tous les éléments visuels ou tactiles doivent être obtenus autrement. De nombreuses informations non verbales habituellement accessibles de façon très spontanée vont alors devoir nécessiter une démarche active pour les obtenir, MG D4 : « *ce qu'on fait intuitivement au cabinet, là tu es obligé de susciter, de poser les questions* ». Certaines questions vont dépendre de la capacité de l'interlocuteur à apporter une réponse fiable, chose parfois difficile avec l'obstacle que représente la communication à distance, ainsi MG A7 considère que « *Tout ce qui est purpura tu le regardes par exemple, tu vas pas poser la question!* ». Ce sont effectivement des signes de gravité souvent facilement visibles par le MG lors d'une consultation au cabinet, MG D8 : « *mais par téléphone c'est extrêmement difficile* ».

Un autre problème soulevé est celui de la relation médecin/patient qui doit se nouer via une consultation téléphonique, pour MG B6 : « *en régulation, c'est vrai qu'on a pas forcément le temps ni les moyens de faire de la relation humaine. Quand t'as plein d'appels qui attendent...* ». De même les difficultés de compréhension peuvent être amplifiées, MG C1 « *même si par téléphone on va donner certains conseils... Là on a une population qu'on ne connaît pas, qui a peut-être parfois du mal à s'exprimer au téléphone* ». MG C4 se rappelle d'ailleurs une régulation pour une fièvre chez un enfant où, alors qu'il demandait à la mère si son enfant avait des taches ou des boutons, celle-ci l'informa qu'elle était non voyante. Une information qui n'était jusque-là pas connue alors que plusieurs interlocuteurs l'avaient déjà eu au téléphone « *Je dis « Mais comment vous faites pour donner les doses de paracétamol? » Effectivement, jusque-là personne ne lui avait posé la question [...]. L'ARM l'avais eu au téléphone et ne savait pas qu'elle était non-voyante. Donc forcément j'ai dit non, là on ne va pas y arriver!* ».

Régulation de nuit et de week end

La régulation libérale concerne des plages horaires où l'accès aux soins est particulier, que ce soit le soir ou le week end avec les Maisons Médicales de Garde (MMG) ou la nuit profonde où seuls les Effecteurs Mobiles Libéraux (EML) sont disponibles avec les services d'urgence, cela influe fortement sur la façon de prendre en charge un appel, MG A10 : « *la fièvre, par exemple chez un enfant, l'application qu'on aura sera tout à fait différente à neuf heures le matin et à deux heures du matin* ». La décision prise par le régulateur va énormément varier selon l'heure de la régulation, MG E4 parle ainsi de certaines situations où l'on va donner un conseil médical en sachant qu'il y a un risque que le(la) patient(e) rappelle : si cette situation se présente peu avant la nuit profonde il va choisir par excès la consultation à la MMG car « *de toute façon elle va rappeler dans une heure et la je n'aurais plus personne, tu vois ? Ton environnement c'est là qu'il va intervenir* ».

La plupart des médecins présents pointaient aussi du doigt les difficultés liées à la fatigue accumulée lors des régulations en nuit profonde. MG F5 « *Tu arrives en début de garde et on t'appelle parce que le gamin a de la fièvre, tout va bien! À quatre heures du matin [...] quand on appelle pour le même motif tu te rends compte que tu as oublié un truc* ». Une situation rapportée par d'autres, MG F3 « *la nuit quand tu n'as pas les neurones connectés [...], on est source d'erreurs* » ou encore MG D8 qui trouve « *dur* » la régulation en nuit profonde. Idem pour MG B10 qui y voit justement un des intérêts pour l'application d'un protocole : « *Le protocole moi ce que j'en attends c'est à quatre heures du matin, moi je suis crevé j'en ai ras-le-bol, j'ai pas arrêté toute la nuit, pour peu que s'en soit un qui me gave, qui gueule au téléphone, qui est agressif et tout, là il me faut un truc où toc, toc, toc toc, il me dit oui, il me dit non et puis (sifflement) j'ai même pas à réfléchir* ».

Environnement et anxiété

Ce sont deux aspects qui sont communs à toute consultation médicale : évaluer l'environnement psycho-social du patient ainsi que son niveau d'anxiété pour estimer sa capacité de compréhension et d'application des consignes ou des traitements prescrits, MG A10 « *Tu as des parents qui vont paniquer, d'autres qui vont assumer. C'est à nous en tant que régulateur d'évaluer la situation.* ». D'autre part MG E5 considère que le niveau d'anxiété peut être très variable d'une personne à l'autre sans refléter la gravité réelle de la situation : « *vous avez des mamans qui sont très inquiètes pour rien et vous avez des mamans [...] qui ne s'inquiète jamais, d'accord ? Donc je ne suis pas sûr que ce soit un élément discriminant sur le bon déroulement des choses à suivre ou pas ou la détections d'un événement qui va mal tourner* ».

Des paramètres difficiles à évaluer par téléphone, alors qu'ils sont un élément primordial pour certaines décisions, comme le conseil médical, qui représente la majorité des régulations de la PDSA et nécessite la participation du patient, MG E6 : « *le conseil*

médical ne peut exister que si il y a un environnement psychosocial suffisant ». Pour MG E2 : « Là où quelquefois tu vas te poser des questions c'est quand, par exemple, normalement tu arrives après avoir suivi ton protocole à un simple conseil. Mais ça va être variable parce que l'angoisse de la maman etc. va faire que tu vas préférer la faire examiner pour pas qu'elle ne te rappelle dans deux heures et que ça chamboule tout ». Cette évaluation difficile va donc avoir un impact sur la décision médicale et sur les moyens mis en oeuvre.

Avantages et inconvénients des protocoles

Des avis contraires

Certains médecins sont clairement pour la mise en place de protocoles au niveau de la régulation libérale, ainsi pour MG A3 « La question n'est pas de se dire est ce qu'il nous faut un protocole ou pas, c'est de se dire « Il faut qu'on mette en place un protocole, qu'est-ce qu'on doit mettre ? » On a besoin d'un protocole, il faut que ce soit une aide, il faut que ce soit simple, il faut qu'il contienne les questions essentielles. Après est-ce qu'il peut être référentiel ? Est-ce qu'il peut être systématique, homogène entre l'AMU et la régulation libérale ? Ça c'est différent. Mais le fait de devoir mettre en place un protocole aujourd'hui l'indication c'est oui! ». Il est aussi noté que d'utiliser des protocoles qui n'ont pas été conçus pour la régulation libérale semble peu adapté, MG A7 : « C'est vrai qu'en régulation il faut un protocole adapté parce que ce n'est pas tout à fait la même chose ». MG F1 rappelle aussi une notion importante qui est de réaliser une fiche qui convienne au groupe et pas seulement à l'individu, chacun prenant les éléments qui lui conviennent dedans : « Ça veut dire qu'effectivement ce qui ne pas te servir à toi pourra servir à un autre. L'idée de la fiche ce n'est pas qu'elle serve à une personne ».

A l'inverse certains médecins marquent rapidement une opposition franche à la mise en place d'un protocole, MG A9 pense qu'on « ne va pas suivre un protocole de toute manière. Après chacun fait à sa manière ». De même pour MG D4 « Les protocoles pendant la régulation, ça ne m'apporte rien. Parce qu'on n'a pas le temps de consulter des protocoles » et il préfère un travail en « groupe de pairs » plutôt que la mise en place et l'utilisation de fiches de régulation, il considère que le socle commun doit concerner la recherche d'éléments de gravité et que ce travail a déjà été réalisé par le Samu de France, « On le voit bien, la sur 10 ans ça n'a pas bougé : on parle des protocoles, des protocoles, des protocoles... Ça n'a pas bougé, et ça ne bougera pas. On n'aura pas de protocole [...], on aura un vague truc dans un coin qui ne sera pas regardé ». Pour MG D3 utiliser des protocoles revient à faire une médecine « à l'américaine » où « Tu ne fais plus de la médecine mais tu fais des check-list... ».

Eviter les oublis/erreurs

Un des avantages le plus souvent évoqué au sujet de l'utilisation d'un protocole est de lutter contre les oublis et erreurs qui peuvent survenir lors d'une régulation, pour MG C4 il permettrait « *de poser toutes les questions et de ne pas oublier de critères de gravité* », pour MG A5 : « *Un protocole ça peut apporter un plus dans la mesure où on oublie quelque chose, une question importante peut passer à l'as. Plus fatigué, plus stressé on peut parfaitement oublier une chose qui n'est pas un détail en soi* ». MG F5 considère que la fiche d'aide à la régulation serait utile pour « *pallier l'erreur humaine, pallier la fatigue* ». On retrouve par ailleurs ce point récurrent qui est de contrebalancer des erreurs qui pourrait survenir plus facilement dans certaines situations, MG A5 craint cet « *oubli qui un soir juste parce qu'on serait fatigué pourrait entraîner des conséquences qui serait dramatiques* ». En effet pour nombre de ces MRL la régulation en nuit profonde ou le week end dans un contexte de fatigue importante et/ou avec un nombre d'appels importants peut favoriser l'erreur d'évaluation de la situation et interférer dans la prise de décision. Pour MG C1 cela peut permettre de ne pas oublier de critère de gravité, en particulier dans ce contexte difficile « *sur les situations où on est pris un peu par le temps, ou en pleine nuit quand on est vraiment dans un état de fatigue...* ».

Formation continue

La médecine évoluant de façon permanente, il est nécessaire de se tenir à jour des dernières recommandations et c'est l'un des points sur lequel un fichier d'aide à la régulation pourrait être intéressant. Une notion largement abordée lors du Focus Group D, MG D2 : « *Au cours de notre pratique il y a des choses qui changent. Et ça peut être, en fait, qu'il y ai un protocole malgré tout pour pouvoir y revenir en fonction de l'évolution du temps. Si ça change ou que ça ne change pas, de pouvoir avoir quand même une référence à donner* ». Le protocole pourrait ainsi être une base de référence commune permettant de mettre à jour ses connaissances, MG D5 « *la mise au point de référentiels moi je trouve ça utile parce que ça rafraîchit mes connaissances [...] personnelles* » ou, comme le dit MG D7 : « *se remettre à niveau* ».

Certains ajoutent que cela peut aussi être un outil intéressant pour les sujets rarement abordés que le MRL n'aurait plus forcément l'habitude de prendre en charge. MG F4 évoque l'exemple des piqûres de vipère « *Ça fait longtemps que je n'en ai pas eu, et bien j'aimerais bien avoir une fiche qui me dise certains critères, pour les morsures animales dans le sens large, je ne sais pas...* ». Pour MG F5 le protocole aurait alors un rôle « *[d']aide-mémoire, pour remettre en mémoire des choses qu'on ne voit pas forcément souvent* ».

A ce sujet, plusieurs médecins comme MG D4 convergent sur un point et estiment que cette aide « *ne devrait pas être en salle de régul', ça devrait faire parti du kit qu'on a quand on accède à la régul'. En formation initiale on potasse chez-soi, ça devient sous*

cortical et après on arrive à s'en affranchir, à prendre de la distance et à rentrer dans ce métier de régulateur ». Car même s'il existe des livres de formation, ils ne sont pas toujours « adaptés à notre pratique » comme le relève MG A11. MG D4 va même jusqu'à imaginer, plutôt qu'un protocole, un « groupe de travail qui est chargé [...] dès qu'il y a une nouvelle reco, [...] il nous l'envoie. », « Chacun, par affinité, [...] est responsable de ça pendant une année, il diffuse et ça permet que tout le groupe se maintienne à niveau ». Une idée qui trouve des adeptes comme MG D7 qui trouve ça « intéressant pour améliorer les pratiques. Pour avoir quelque chose à travailler chez soi, et après l'utiliser au quotidien ».

Uniformisation des pratiques

Un des autres points sur lequel la majorité des MRL sont d'accords pour dire que le protocole serait utile concerne l'harmonisation des réponses qu'apportent les différents médecins à un problème donné. En effet la régulation libérale regroupe un nombre important de médecins généralistes qui ont des pratiques et des expériences variées pouvant influencer sur leur manière de réguler un appel. Or, alors que le patient peut choisir son médecin en cabinet de médecine générale, il appelle un numéro unique pour la PDSA et peut donc être étonné d'avoir une réponse différente à un même problème selon l'interlocuteur. Pour MG B10 : « *le problème c'est que justement on n'a pas des attitudes identiques ou similaires, il y a trop de disparités dans nos conclusions [...]. On n'a pas forcément la même attitude, [...] dans la même situation. Bon après tous les situations sont différentes aussi, donc voilà. Mais on sent bien qu'il y a des attitudes différentes donc le protocole peut permettre justement d'avoir une attitude un peu uniciste* ». MG E5 considère qu'un protocole permet de « *ne pas rendre régulateur dépendant la réponse à une problématique* ». MG F5 craint certaines pratiques que des médecins peuvent avoir dans leur cabinet et qui ne sont pas adaptés à la régulation libérale « *Vous avez une colique néphrétique, je vais vous donner des granules parce que je fais de l'homéopathie toute l'année et que ça marche bien. Ce genre de réponse, si on peut éviter ça ça me paraît très bien* ». Il estime donc qu'un protocole permettrait d'éviter ce genre de pratiques, de ne pas avoir « *une pathologie et [...] 150 réponses différentes* », ou comme ajouté MG F1 : « *ne pas laisser la place aux habitudes* ». MG D3 évoque certains services d'urgences où il a travaillé et qui n'utilisaient pas de protocole de prise en charge, il en découlait que « *chaque urgentiste [faisait] son raisonnement à sa sauce. Et c'est extrêmement dangereux. Je pense que des protocoles ça permet d'harmoniser tout le monde sur un raisonnement* ». Il considère qu'il faut qu'il y ait « *un consensus quelque part, écrit. C'est quand même nécessaire de l'écrire quelque part. Faut pas l'utiliser au moment de la régulation, mais il faut l'avoir quelque part dans le local.* ». MG B6 rapporte certaines utilisations des effecteurs qui ne lui paraissent pas adaptées et il voit dans un protocole un outil permettant d'éviter ce type de problème : « *l'EML était sorti pour une otite. Ça paraît invraisemblable. C'est peut-être pour ça qu'il faut des protocoles* »

A l'inverse certains émettent quelques réserves, comme MG E6 qui estime que « *chacun a différentes façons de travailler, et si on veut sélectionner une façon unique c'est peut-être illusoire vis à vis des différentes façons de travailler. Harmoniser les protocoles est ce que c'est aussi harmoniser aussi la façon de travailler?* » ou MG F3 : « *on a chacun notre façon de raisonner et on arrivera jamais à protocoliser tout ça, c'est pas possible* ».

Aspect médico-légal

Une crainte très fréquemment évoquée quant à l'utilisation de protocoles de régulation est celle de voir ces fiches d'aide devenir opposable et pouvant être considérée comme un élément à charge contre eux en cas de plainte. MG A5 pose la question « *Est-ce que c'est une aide ou est-ce que ça peut devenir une sanction ?* » pour laquelle MG A9 estime que « *Le jour où il sera écrit et à la disposition de tout le monde il sera opposable, c'est évident!* ».

Une question d'autant plus problématique que cette recommandation est inscrite au cahier des charges de l'HAS, MG A3 : « *Qu'il figure ou pas dans un cahier des charges, il faut pas que ce soit effectivement opposable ensuite. Donc où est ce qu'on l'inscrit ce protocole ? Dans quel cadre on l'inscrit ? Si on l'écrit quelque part, après s'il y a un problème sur une régulation, on pourra dire : « Est ce que vous avez posé les questions qui sont dans le protocole? »* ». En réponse à cet aspect certains considèrent que le protocole doit rester suffisamment « *flou* » pour ne pas prendre de risques en cas de plainte, MG A3 propose que l'on ne pose que « *cinq questions de base qui ne soient pas opposables, car celle-là de toute façon on doit les poser* », à l'inverse il estime qu'un protocole plus complexe pourra être reproché au régulateur s'il ne l'a pas suivi dans le détail : « *Si on rentre dans une arborescence écrite, institutionnelle, après on pourra dire « Oui mais ça, est-ce que à telle heure vous avez demandé ça? »* ». MG D3 se demande même si « *le fait qu'il n'y en ait pas officiellement, ça protège finalement au niveau médico-légal...* ».

Sur cette question MG D4 rappelle que « *De toute façon, on ne sera pas jugé par un médecin généraliste, ou un professeur...Voilà, on sera jugé par un médecin urgentiste [...] qui sera nommé et qui va juger en fonction des protocoles propres du SAMU ou de SAMU de France, c'est forcément de la médecine d'urgence, on ne sera pas jugé sur les protocoles que l'on fait entre nous aujourd'hui* ». Cette question est d'autant plus intéressante que la régulation reste une discipline particulière où chaque seconde de l'appel est enregistrée et archivée, une spécificité qui donne toute son importance à l'échange téléphonique entre le régulateur et le patient, les bandes sonores étant souvent le principal élément étudié lors d'une plainte. Ainsi MG E5 estime que le protocole aura peu d'influence et que « *de toute façon si t'as pas posé la question sur les bons items, l'enregistrement est là donc on te le reprochera* ».

De cet enregistrement permanent des échanges téléphonique le protocole peut donc devenir une protection comme le rapporte MG E6 : *« Une couverture médico-légale, parce qu'il faut se dire aussi que l'enregistrement c'est notre allié. Si les bonnes questions sont posées et qu'on a entendu des réponses claires et satisfaisantes, l'enregistrement c'est ton allié! »*. MG C4 pense que dans ce but le protocole peut permettre *« de renseigner les dossiers sur un plan médico-légal. On sait qu'on doit répondre à toutes les questions mêmes en négatif, donc qu'on les a posé »*. MG F5 apporte son expérience de SOS médecin ou le logiciel qu'ils utilisent permet dans chaque dossier patient de remplir rapidement une fiche de signes cliniques pour préciser leur présence ou leur absence : *« avec des items négatifs : tu coches pas de purpura, pas de raideur méningée, dyspnée, pas ceci, pas cela. Et ensuite la fiche se verrouille automatiquement et si jamais 15 jours plus tard le gamin a un purpura tu peux dire j'avais regardé, je l'ai coché! Et [avec cette ckeck-list] tu sais qu'à quatre heures du matin tu en oublies moins! »*. A ce titre il compare cela avec *« les procédures de certification d'aéronautique. On n'a rien inventé! »*.

L'art médical

L'un des aspects attendu par certains MRL est d'obliger à une certaine systématisation dans l'interrogatoire, MG A11 : *« d'avoir des automatismes »*. MG A5 rapporte que dans sa pratique il s'astreint à un interrogatoire fixe pour certaines pathologies : *« je sais que quand j'ai un gamin qui a de la fièvre je pose systématiquement toujours les mêmes questions »* et le canevas que pourrait lui apporter un protocole à pour lui un *« réel intérêt »*. MG C4 voit dans l'utilisation de protocole un outil qui *« permet d'être systématique [...] de poser toutes les questions et de ne pas oublier de critères de gravité »*.

A l'opposé plusieurs MRL craignent que cela ne rigidifie leur pratique et le déroulement de la consultation téléphonique, pour MG B4 *« ça donne un échange directif au téléphone qui nous prive d'informations spontanées que le patient pourrait nous donner. Et la je reviens au côté intuitif de notre profession »*. MG B3 ajoute qu'il y a *« toujours une contrainte de temps, une contrainte de questionnaire, on a différents facteurs qui interviennent qui ne sont pas estimables objectivement. Et le protocole est quelque chose qui est neutre, qui est objectif, qui en tout temps, en tout lieu, en toutes circonstances s'applique de la même façon. Ça, ça ne peut pas coller »*. MG D4 estime qu'en suivant un protocole pendant une régulation on va *« shunter l'intonation de la voix, le rythme, la perception qu'on a nous au téléphone, la façon dont on sent les choses, hein? Il y a beaucoup de choses comme ça qu'on rectifie uniquement parce qu'on dit : « On ne le sent pas celui-là! » »*. À la question de savoir si un protocole pourrait imposer certaines décisions MG C4 rappelle que *« le doute doit toujours bénéficier au patient »*, et l'instinct du régulateur doit donc permettre de ne pas tenir compte du protocole même s'il n'y a pas forcément de critère objectif pour justifier de cette décision. Il faut laisser la place à l'expérience personnelle du régulateur.

Durée de l'appel

Une des inquiétudes exprimée par les MRL quant à l'utilisation de protocole est celle de leur impact sur le temps de régulation. Nous l'avons déjà évoqué plus haut, certaines journées, comme les samedis et dimanches matin, sont particulièrement chargées avec un nombre d'appel qui rend la régulation très difficile et le temps consacré à chaque patient plus restreint. A ces contraintes s'ajoute déjà celle de l'utilisation d'un logiciel qui s'avère chronophage et certains craignent que l'ajout d'un protocole ne complique encore cet aspect, comme MG A11 : « *C'est vrai que globalement on n'a plus de la moitié du temps passé à la régulation à l'utilisation de l'outil informatique plus qu'à la prise de décision. Donc établir un protocole d'accord, mais il faudrait pas que ça alourdisse encore cette emprise de l'informatique et faut pas que ce soit chronophage. Parce que le niveau du temps, on [...] ne peut pas prendre plus de temps que ce qu'il y a actuellement.* » ou encore MG D7 : « *d'avoir un protocole sous les yeux, non. Ça ne va pas raccourcir le temps de consultation, de conseil au téléphone. Ça va plutôt le rallonger* ».

Derrière ces craintes, d'autres espèrent au contraire qu'un protocole puisse accélérer leur prise en charge en donnant un schéma restreint à suivre selon le motif d'appel, MG A10 : « *je pense aussi que le protocole doit nous permettre peut-être de réguler de façon plus rapide, de suivre un canevas* ». MG B1 le rejoint et estime que l'absence de protocole peut être néfaste : « *C'est un gain de temps déjà. On travail dans des conditions plus ou moins contraintes, donc voilà ça permet de gagner du temps. Si on a pas schéma pré-établi je pense que l'on perd du temps encore une fois. Et on est moins efficace. Donc gain de temps et efficacité* ». L'autre point sur lequel certains régulateurs espèrent une amélioration concerne la rapidité de prise de décision, MG A10 « *on pose une question[...], s'il y avait une hypotonie chez un nourrisson par exemple tout de suite c'était « Bon la régulation se sera pas un conseil médical ». Le protocole il aide en ça. Tout de suite la décision* ». La mise en place de décisions « réflexes » sur les fiches de régulation comme le fait dans certaines situations le SAMU permettrait ainsi d'écourter certaines régulation qui nécessiteront l'intervention d'un effecteur et ainsi d'économiser du temps qui est une ressource parfois rare en régulation libérale.

Automatisation de la régulation

Derrière la mise en place de protocole, de check-list ou d'autres systèmes comme le déclenchement automatique d'un effecteur pour certains motifs, les MRL craignent une automatisation de leur fonction, MG B10 : « *Le gros inconvénient de mettre des protocoles, c'est qu'un jour ça ne sera plus nous qui allons répondre au téléphone. Dans ces cas-là, un jour, il n'y aura plus besoin de nous. Ils vont te former, t'inventer de nouveaux métiers d'infirmières spécialisées [...] c'est l'extrême mais ils vont bien inventer des nouvelles professions. Enfin c'est le risque...* ». D'autres le voient plutôt comme un avantage comme MG A7 « *Est-ce qu'il ne peut pas y avoir une certaine délégation de tâches au PARM [...] sur*

certaines questions? », un point de vue qui n'est pas partagé par tous comme MG D4 qui imagine ce que cela pourrait donner en pratique : « Pourquoi est-ce qu'on voit un médecin? On a l'ARM qui pose des questions : « Bin là, vous êtes dans cette case la Monsieur, je vous envoie le médecin » ».

Une délégation de tâche qui existe pourtant déjà dans certaines situations comme le rappel MG B5 : *« Ceci dit, les permanencières commencent déjà à faire ce que tu dis. C'est-à-dire elle commence déjà à orienter, pas besoin de passer le médecin parce que le dimanche matin c'est blindé, « Ok, allez directement à la maison médicale ». Il y a déjà un pré-tri! ».* Cependant cette situation revient à une régulation « dégradée », utilisée lorsque le nombre d'appels est trop important pour pouvoir être correctement pris en charge, les PARM essaient alors de désengorger la régulation libérale en orientant directement certains appels vers un effecteur. Un transfert de compétence qui n'est pas clairement défini et la mise en place de protocoles pourrait alors permettre d'encadrer ce mode de fonctionnement.

Protocoles existants

Ces discussions ont d'ailleurs permis de voir que quelques protocoles existaient déjà et étaient utilisés par certains MRL. Ainsi, le déclenchement des EML est soumis au principe de la visite incompressible, MG A8 : *« C'est la notion de visite incompressible, pour aussi soulager l'hôpital public, éviter l'empilement des grands-mères et des grands-pères dans les couloirs des urgences. C'était surtout d'éviter et d'avoir une permanence des soins 24/24 sur les EHPAD et les structures comme ça déjà un petit peu encadré. Allez voir une otite à cinq minutes de l'hôpital si l'argument c'est je ne peux pas me déplacer, là on est plus du tout sur la même chose... ».* Cette définition édictée par l'HAS et dont le but est de rationaliser l'utilisation des ressources disponibles pour la PDSA pose cependant le soucis de son interprétation, MG A11 : *« Au départ on s'est dit : « Ah bin tiens, visite incontournable, incompressible : le mec qui ne peut pas se déplacer c'est le mort : le certificat de décès! Et ben non, on nous a dit qu'il fallait pas envoyer l'EML non plus... »*, ce qui peut aboutir à des fonctionnements différents selon le département.

Ainsi, comme le rappel MG A8, alors que dans le Morbihan l'ADOPS 56 a décidé de suivre strictement ce principe de visite incompressible et dont certains motifs ont été exclus d'un possible déclenchement d'EML : *« nous dans le 56 [...] fièvre de l'enfant, etc... [ont] été en grande partie exclu ».* A l'inverse les régulateurs de l'Ille et Vilaine déclenchent un EML pour un nombre plus important de motifs d'appel.

Cela a été aussi l'occasion de voir certaines difficultés que peuvent poser l'application d'un protocole, par exemple une recommandation de la Société Française de Pédiatrie qui consiste à adresser aux urgences tout enfant de moins de trois mois fébrile, une pratique qui n'est pas acceptée par tous : *« Je voudrais qu'on voit les urgences pédiatriques de Rennes en pleine période de gastro-entérite, on envoie un bébé, un nourrisson de trois mois ou de*

deux mois et trois semaines qui a 38°C de fièvre qui va bien qui pète la forme en pleine nuit. Et bien franchement ça me semble délétère d'envoyer le gamin aux urgences pédiatriques! ». Ces recommandations émanent de sociétés professionnelles très éloignées de la pratique de la médecine générale et de la régulation libérale, certains aimeraient pouvoir en adapter le contenu pour être plus proche des réalités de terrain auxquelles sont confrontés les régulateurs libéraux.

De même, plusieurs MRL ne connaissaient pas certaines particularités concernant les patients en HAD dans le département où ils régulent : l'HAD de Lorient possède une astreinte opérationnelle et ses patients ne dépendent normalement pas de la PDSA, alors que Vannes n'a qu'une astreinte téléphonique et il est donc convenu par accord avec l'ADOPS 56 qu'en cas de besoin l'EML peut être appelé pour se déplacer. MG B2 : « *Non mais c'est intéressant de soulever ça! Parce que tu nous dis ça, là, maintenant, mais quand on est à Vannes et qu'on a un patient qui est suivi par Lorient, là maintenant je vais savoir si ça peut attendre le lendemain c'est Lorient qui va s'en occuper ou même dans la nuit Lorient peut s'en occuper. Si c'est sur Vannes c'est pas la même chose. Ça on ne le sait pas!* ». La mise en place de fiche de régulation pourrait ainsi aider à diffuser aux MRL certaines règles de régulation qui existent déjà.

Choix d'un protocole

Mise en forme générale

De façon générale les MRLs demandent des protocoles qui soient simples, faciles à utiliser, MG B6 : « *Des schémas simples et tu sautes directement à celui qui t'intéresse* ». Ils redoutent les protocoles trop complexes qui nécessitent des ressources de temps et de concentration importantes pour être utilisés et espèrent quelque chose de plus visuel : MG C6 « *Ça doit sauter aux yeux! Si c'est trop long, trop détaillé...* ». MG C3 et MG C4 veulent quelque chose qui « *tienne sur une page* », que ce soit sur un ordinateur ou sur papier, idem pour MG F5 « *Condensé ! Ça tient sur une page, tu as tous les éléments importants* ». MG C6 ajoute que « *un protocole ça doit pas être trop détaillé, quitte à te renvoyer après sur autre chose si on veut* ». Sur ce point, MG B8 pense que le risque est « *de tomber dans des arbres décisionnels de plus en plus compliqués au fur et à mesure pour arriver à la question d'internat* ».

Un autre facteur qui revient est celui de l'aspect contraignant du protocole, MG D3 « *on est pas en train de checker à l'américaine oui/non, A/B/C/D/E comme ils le font* ». MG B8 voudrait « *Des grands cadres qui laissent la liberté* », ce sur quoi le rejoint MG C3 : « *Faut qu'il y ai quelques lignes directrices et après c'est toi qui bouche* ». MG A11 « *Il faut qu'il n'y ai que l'essentiel, que ce soit un guide, mais qu'on soit obligé de le suivre vraiment* ».

au pied de la lettre et que ce soit un guide mais pas un carcan. Un guide mais pas un carcan! ».

Concernant le fonctionnement du protocole, pour MG E5 « *la stratégie globale [...] quelque soit la question posée, c'est toujours aller du plus grave vers le plus simple* », MG E6 y ajoute que « *ce n'est pas la question qui compte, c'est ce que j'attends comme réponse, et qu'est ce que je vais avoir comme éléments pour avoir cette réponse là* ».

Un autre aspect envisagé est celui de pouvoir personnaliser la fiche selon ses préférences, en particulier si celle-ci est sous un format informatique. MG E1 imagine ainsi « *[le médecin régulateur] rentre dans son siège, il s'assoit avec ses affaires et il retrouve ses items qu'il a déjà corrigés d'une certaine façon. C'est l'idéal!* ».

Différents modèles de protocole

La fiche de régulation sous forme de check-list est une possibilité évoquée par quelques uns mais qui n'emporte pas l'adhésion de tous les MRL. Pour MG F3 « *On est plusieurs, on a chacun notre façon de raisonner et on arrivera jamais à protocoliser tout ça, c'est pas possible. Par contre une check-list oui, parce que ça c'est simple!* » en particulier la nuit lorsque la fatigue ne doit pas faire loucher un élément essentiel. Pour MG F5 cela « *permet la sécurisation du patient mais aussi la sécurisation du médecin* », il le fait d'ailleurs « *au quotidien à SOS dans [ses] dossiers patients* » via leur logiciel patient. A l'inverse, MG D3 voudrait un minimum de protocoles à retenir, mais pas des check-list : « *à l'américaine oui/non, A/B/C/D eux comme ils le font [...]. Tu ne fais plus de la médecine tu fais du check-list...* ». Ce type de protocole est en effet assez contraignant, imposant de valider de nombreux éléments et cela peut freiner certains régulateurs.

Les arbres décisionnels sont aussi largement évoqués avec des supporters comme MG F4 qui considère que « *l'arbre décisionnel est je crois dans notre culture professionnelle* ». MG B10 utilise déjà ce type de raisonnement dans sa tête lorsqu'il régule et imagine un protocole pour guider sa réflexion médicale : « *Globalement quand on m'appelle pour une douleur abdo, bon c'est : c'est gynéco, c'est digestif, toc j'ai mon arbre décisionnel* », en particulier la nuit dans des situations de fatigue importante. Mais d'autres MRL comme MG A11 voient dans ce type de protocole quelque chose de trop long pour être utilisé en régulation « *mais l'arborescence c'est trop long ! On va pas en sortir, pas d'arborescence! Si tu fais une arborescence tu vas jamais en finir* ». Le risque d'avoir un arbre décisionnel très complexe avec de nombreuses branches n'est pas vu de façon très positive comme le note MG F3 : « *L'appel à quatre heures de matin [...], il faut la short-list parce que à cette heure là tu n'es pas plus disponible que ça, [...] C'est pas l'arbre décisionnel avec 15 000 branches* ».

En revanche de nombreux MRL souhaitent une fiche de régulation très simple ne contenant que quelques items essentiels qui serait indispensable, pour MG A3 « *Il faut qu'il y ait quatre ou cinq questions de base que tout le monde normalement doit poser. Après on n'entre pas dans le détail, sinon on va avoir des protocoles qui vont faire cinq pages. [...] Ces cinq questions de base qui soient pas opposables celle-là de toute façon on doit les poser* ». Il est rejoint par MG A5 : « *c'est plus un mémo qu'il faudrait presque. Un mémo des choses essentielles. Les trucs à pas rater* » et MG A11 : « *Je pense que l'idée de, par thème, déterminer des questions incontournables qu'il faut vraiment pas oublier, moi ça me paraît être une bonne [chose]...* ». Pour elle ce fonctionnement permettrait de « *laisser la part à la décision et à l'humain* ». MG A3 y voit aussi un avantage en terme médico-légal : « *Alors que sur cinq questions généralistes par item, bon là c'est difficilement opposable parce que de toute façon par nature on les pose. Il faut que ça reste basique* ». MG F3 imagine cette fiche sous la forme d'une check-list très simple : « *Dans ta check-list tu peux mettre les questions fondamentales qui font que la tu dois te réveiller fortement ! Tu coches « oui », tu te réveilles* ».

Contenu du protocole

Au niveau du contenu MG A3 conçoit une fiche en plusieurs parties avec une première aide pour « *déterminer le motif, le diagnostic* » et ensuite une deuxième partie concernant la décision médicale : « *un protocole « Déclenchement de la réponse » : ça peut être la visite incontournable, est ce qu'il va y avoir une hospitalisation qui va être nécessaire ou pas? Si d'emblée c'est une hospitalisation on n'envoie pas d'EML et on ne donne pas de conseil téléphonique* ». MG C1 voudrait un fonctionnement similaire au raisonnement médical en éliminant en premier les urgences : « *De toute façon c'est notre mode de raisonnement à chaque fois quand même, à la régulation c'est : est ce qu'on a d'abord une urgence? Est ce que ça nous concerne nous ou l'AMU? Rapidement dans nos premières questions c'est la questions qu'on se pose. Et après est ce qu'on continue à discuter pour voir si on va lui envoyer un médecin, si il veut aller chez le médecin ou si on va lui donner un simple conseil. Donc faut qu'on ai vraiment les trois questions qui nous permettent tout de suite de basculer à l'AMU ou au moins de discuter avec l'AMU pour dire qu'est ce que tu en penses? Est ce qu'on est dans un truc qui a été mal aiguillé?* ».

Une constante que défendent tous les MRLs est que le protocole doit avant tout permettre de dépister les critères de gravité. MG C6 note d'ailleurs que « *Intellectuellement c'est aussi comme ça qu'on travaille [...], on élimine l'urgence et après on continue* ». Pour MG D4 « *en fait pour moi il y a un protocole unique et que j'utilise pour tous les cas d'appel : c'est éliminer les éléments de gravité dès le début qui justifieraient l'envoi d'un moyen médicalisé ou directement une ambulance rouge/pompier ou blanche/privée et puis après on déroule l'interrogatoire comme dans une consultation classique de médecine générale* ». Le but est de ne pas « *passer à côté d'un truc potentiellement dangereux* » comme le rappel

MG F5. Pour MG C1 une fois les éléments de gravité éliminés cela permet d'écartier une urgence potentielle et de prendre plus de temps pour la suite de la régulation : « *avec les signes de gravité je sais que déjà ça va aller très vite, [...] et ensuite on discute entre le conseil ou la visite médicale, mais on n'est plus dans l'urgence* » car comme beaucoup d'entre eux, il redoute surtout de ne pas détecter dans les temps une urgence : « *notre angoisse quand même à la régulation c'est de passer à côté d'un truc qui relève de l'AMU, d'une grosse urgence parce qu'on a oublié la question...* ».

Pour certains MRL, de cette recherche de signes de gravité ainsi que de la suite de l'interrogatoire peut découler une décision « *réflexe* » : certains signes cliniques s'ils sont présents doivent entraîner automatiquement une certaine décision, ou au moins un minimum requis dans le choix de l'effecteur. Pour MG A11 : « *Dans certains domaines, on pose une question, [...] en fonction de la réponse on déclenche tout de suite on va pas plus loin, ça sert à rien [...] quelquefois [...] pour trier, on est obligé de s'approcher très près d'un diagnostic. Mais quelquefois on a un élément qui fait que on s'arrête là.* », MG A9 ajoute à ce sujet qu'il y a « *des items qui vont impliquer directement le déclenchement d'une ambulance, des urgences, [etc]* ». Cette décision minimale permettant de ne pas déclencher un moyen insuffisant pour un motif donné, pour MG F4 « *ne pas se tromper et donner des conseils à quelque chose qui relève de l'AMU...* ». Pour MG A3 cela peut aussi éviter d'envoyer un EML sur quelque chose qui nécessitera une hospitalisation et où le passage d'un médecin mobile ne fera que retarder l'hospitalisation et utiliser inutilement une ressource médicale précieuse.

Au niveau du choix de l'effecteur les MRL rappellent essentiellement les règles de déclenchement de l'EML qui peuvent parfois poser des problèmes d'interprétations : MG A11 « *Parce qu'effectivement quand on énonce la chose comme ça, ça paraît évident : l'EML c'est les visites incontournables, [la] personne qui ne peut pas se déplacer. Alors qu'est-ce qu'une visite incontournable et qui ne peut pas se déplacer ? Non, mais c'est pas si simple que ça!* ». Des fonctionnements qui ne sont pas identiques entre les départements et qui sont sujet à débat. Pour MG C4 le choix de l'effecteur doit donc être guidé par le protocole : « *ça doit s'intégrer, le protocole d'utilisation des ressources c'est un vrai protocole. Qui on envoi à la MMG... Il doit y avoir des critères en tout cas, des critères de déclenchement.* ».

L'orientation vers la MMG ou vers un service d'urgence est plus consensuelle, que ce soit pour avoir un diagnostic ou un traitement pour la première, ou la nécessité de réaliser des examens complémentaires pour le second, un transport pouvant être demandé en cas de besoin. Pour le conseil médical, les MRL considèrent qu'il doit s'appliquer par défaut lorsque la situation ne relève pas d'un des moyens évoqués précédemment. Mais il nécessite quand même certaines conditions pour pouvoir être correctement appliqué : MG E6 « *le cas du conseil, [...] il ne peut exister que si il y a un environnement psychosocial suffisant* ».

Format d'utilisation

Livret papier

Le format papier reçoit un accueil plutôt partagé de la part des MRL, car si certains comme MG A10 ou MG B6 imaginent avoir « *un classeur de référence quelque part* » ou, comme MG C1 « *un petit livre [...] que tu puisses relire [...] quand tu as un moment de consultation où c'est plus calme* », d'autres comme MG A7 trouve ce format « *ingérable* ». Pour MG A8, concernant le classeur de référence, il rapporte son expérience personnelle de médecin en EHPAD ou ce format est utilisé avec pour conséquence que personne ne les consultent et il ne sont donc pas appliqués : « *on fait aussi beaucoup de protocoles, mais personne ne les regarde* ».

Fiche informatique

Concernant la façon dont serait mis à disposition des MRL le fichier d'aide à la régulation, la majorité des régulateurs présents imaginent plutôt utiliser une version informatique. Pour MG B6 « *ce système là [...] ne pourrait exister qu'à travers l'interface informatique. Il faudrait que sur l'écran apparaissent les questions à poser. S'il s'agit de feuilleter un guideline, je ne sais pas vous, mais moi ça ne marchera jamais* ». MG B2 le voudrait « *facile d'accès* », accessible par des « *mots-clés* » pour MG B5. La question de la facilité d'utilisation de l'outil informatique pose tout de même problème, MG B6 fait ainsi remarquer : « *Déjà qu'on a du mal à apprivoiser le logiciel Centaure avec tous ces items pas toujours faciles à chercher...* ». Ainsi MG C6 voudrait quelques chose de rapide à utiliser : « *Est ce qu'on peut concevoir... Un clic et que tout s'ouvre? On perd pas de temps...* ». L'idéal qu'ils imaginent serait une intégration dans le logiciel de régulation où comme l'évoque MG A11 « *[ils] cliquent dans la bible (NDA : la bible fait référence au menu déroulant pour coder le motif de l'appel dans le logiciel Centaure 15) « motif de l'appel », et paf t'as le truc qui apparaît* », elle estime qu'il faut que le protocole soit une aide et non une contrainte informatique supplémentaire, les régulateur ayant déjà un nombre important d'information obligatoires à saisir dans le dossier ce qui prend du temps et génère déjà un nombre important de clics : « *il faut qu'il soit à notre disposition et pas qu'on soit à la disposition du protocole* ». Pour MG A10 cela pourrait consister en une simple « *icône [...], que tu puisses cliquer, qui va te remémorer les cinq questions essentielles* ». Certains MRL comme MG E1 et MG F1 imaginent un système de panneaux qui s'enchaînent en fonction des choix validés, passant d'une première page de vérification d'identité et de critères d'urgences, jusqu'à une page d'aide à la décision.

Utilisation en direct ou différée

Quelques uns restent réticents à l'utilisation d'une fiche de régulation pendant l'appel téléphonique, que ce soit au format papier ou informatique. Pour MG D4 « *ça ne devrait pas être en salle de régul, ça devrait faire parti du kit qu'on a quand on accède à la régul, en formation initiale on potasse chez-soi* ». Idem pour MG E2 Qui estime que le fiche de régulation doit être suffisamment simple pour être mémorisée et ainsi elle n'aurait pas besoin d'être consultée pendant la régulation : « *Mémorisée parce que l'expérience montre que t'as pas le temps de sortir de ton truc, surtout avec les nouveaux logiciels qui te demandent de plus en plus. Le nouveau Centaure demande de plus en plus de clics à droite et à gauche, et la c'est compliqué!* ». Un avis que ne rejoins pas MG A8 pour qui « *un protocole doit être écrit avec un outil informatique, qu'on puisse le suivre, parce que des protocoles on peut en avoir des dizaines, voire des centaines, en fonction des cas. Et le régulateur ne peut pas apprendre tous les protocoles je pense, et les ressortir comme ça de mémoire...* ».

Informatique et papier ?

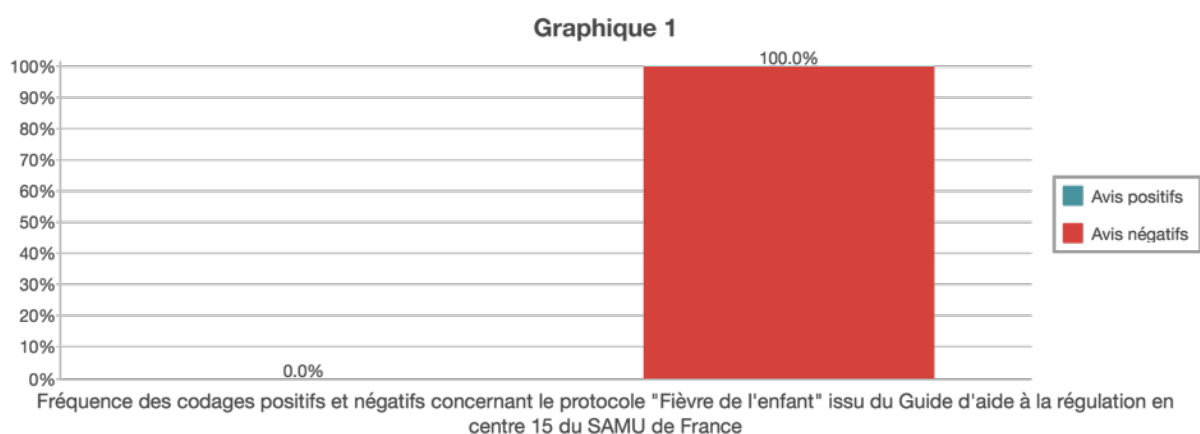
Une solution évoquée à plusieurs reprises serait d'utiliser à la fois une fiche informatique pendant la régulation, si le médecin régulateur le souhaite, et d'avoir à disposition un support papier permettant de travailler dessus lors de la formation initiale, ou à tête reposée quand ils le veulent dans un but de formation continue. Soit pour convenir aux différents publics, comme l'évoque MG C1 : « *Moi je pense qu'il faudrait avoir deux supports: un support internet ou informatique pour ceux qui aiment ça et un support papier, ou écrit, avec un livret où il y a tout dedans que ce soit simple à trouver* ». Soit en imaginant deux outils complémentaire, MG A11 : « *Je pense que ça peut être intéressant d'avoir un truc très concis, utilisable tout de suite, en live. Et puis avoir quelque chose de plus étoffé, qu'on garde à la maison et qu'on lit tranquillement de temps en temps* », un deuxième document qui pourrait contenir plus d'informations sur les choix faits dans la fiche de régulation ainsi que les différentes références sur lesquelles repose le contenu médical, MG C4 : « *là tu as toutes les questions fondamentales à poser, et là tu as un peu l'explications, une espèce d'article que tu lis [...], l'explication, la philosophie...* ».

Critiques de protocoles existants sur la fièvre de l'enfant

Protocole du SAMU

Le protocole sur la fièvre de l'enfant issu du Guide d'Aide à la Régulation au SAMU Centre 15 n'emporte clairement pas l'adhésion des MRL. Cette fiche d'aide est pourtant destinée à la régulation téléphonique mais son point de vue centré sur l'urgence vitale, ainsi que son format de présentation ne conviennent pas au régulateurs libéraux. Au niveau de la présentation et sur un plan visuel, MG B6, E5 et F3 la jugent « *illisible* », pour MG F5 « *Déjà la première page, je la vois, je suis pas régulateur, c'est imbuvable. On n'a pas envie de le lire* ». Au niveau du type de contenu qu'elle propose MG A3 considère que c'est un protocole « *hospitalier* », MG D2 relève qu'elle n'est pas adaptée à leur pratique : « *on est toujours un peu décalé par rapport à ça, on n'a jamais la convulsion normalement, ça a déjà été réglé par l'AMU* ».

L'absence complète de critique positive concernant ce protocole ne fait que confirmé le peu d'intérêt que lui accorde les MRL (Graph. 1)

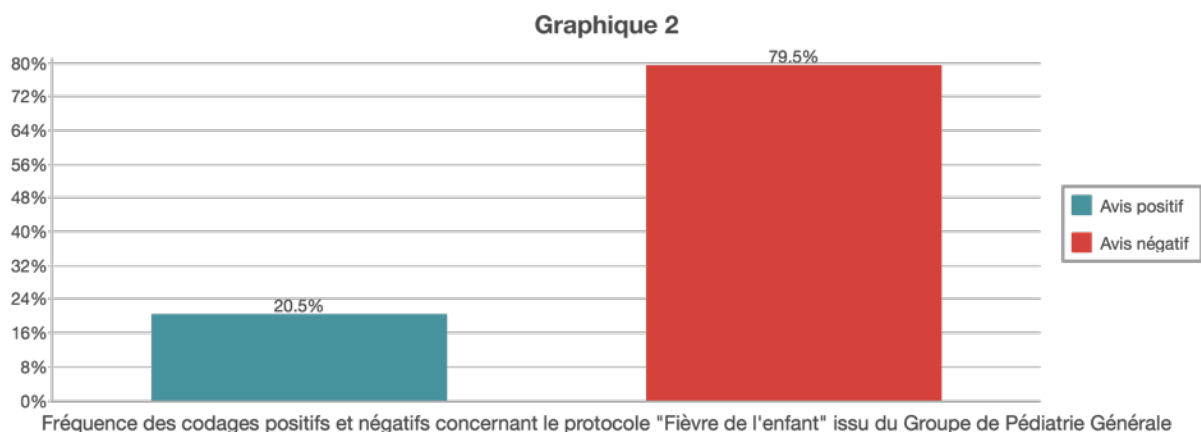


Protocole du Groupe de Pédiatrie Générale

Ce protocole reçoit un accueil plutôt mitigé, certains régulateurs comme MG C6 le trouve « adapté », « *Si tu l'as sous les yeux en posant les questions c'est peut-être pas mal... [...] peut-être plus adapté à une consultation en live* », MG C3 le trouve même « plus rapide ». D'autres comme MG C2 le trouve « pas mal, mais il est un peu long! ». MG A11 bien que n'appréciant pas particulièrement ce protocole trouve que le cadre résumant les différents items à la fin de la fiche est intéressante : « *À la limite, le récapitulatif visuel de celui-là est pas si mal* ».

Pour la majorité des MRL présents, ce protocole n'est pas adapté à leur pratique et est difficilement utilisable en régulation libérale. Pour MG A7 « *si les questions sont déjà posées, il n'y a pas besoin de médecin! [...] C'est une question d'internat!* », d'ailleurs les régulateurs du Focus Group A le compare plutôt à un protocole de triage au niveau des ARM. Pour MG A10 l'utiliser pendant la régulation n'est « *pas envisageable! C'est trop dense, il y a trop de choses!* ». MG D1 le trouve « *soporifique* », « *radical pour s'endormir* ». Certains lui reprochent d'ailleurs l'approche sous forme de questions qui selon MG E6 « *peut induire en erreur [...] parce que si la question est mal posée sur le protocole, [...] est ce que je vais vraiment avoir la réponse?* ». Pour MG C1 « *Si on dit pathologie chronique on sait quelles questions on va poser, on a pas besoin d'avoir les questions!* ».

Bien que contenant quelques éléments intéressants, l'avis global concernant ce protocole pourtant conçu pour de la régulation téléphonique reste plutôt négatif (Graph. 2).

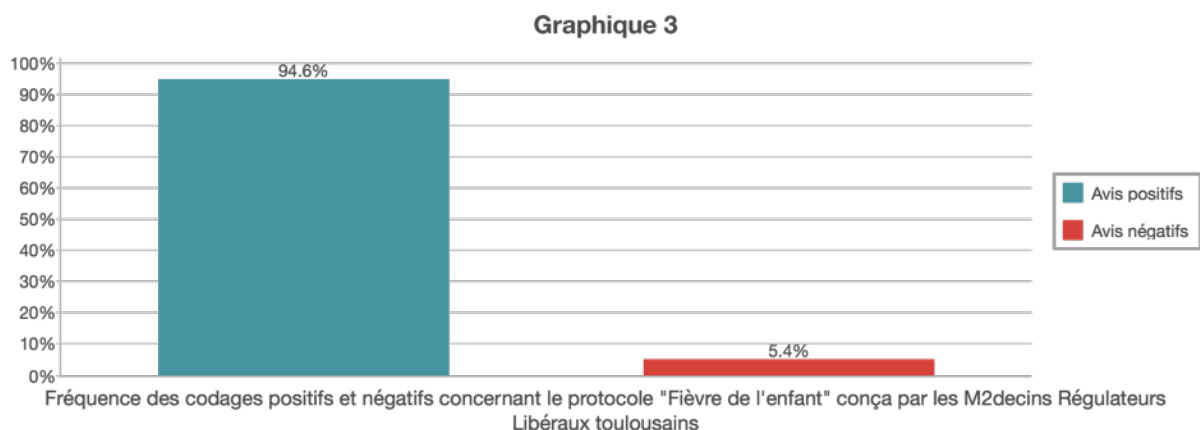


Protocole des médecins régulateurs libéraux toulousains

MG C4 et MG C6 ne le trouve « *pas clair* », essentiellement car ils ne comprenaient pas pourquoi il ne proposait que des possibilités de transport médicalisé pour les enfant fébriles de moins de trois mois. En pratique cette partie du protocole était construite d'une façon un peu particulière, car partant du principe qu'un enfant de moins de 3 mois doit être systématiquement vu dans un service d'urgence. Il ne listait donc que les éléments de gravité devant nécessiter un transport médicalisé et non une simple consultation aux urgences. Une incompréhension qui soulève un problème de clarté et de lisibilité sur cette première partie.

A l'inverse, une grande majorité des MRL présents appréciaient particulièrement ce protocole. MG D4 le juge « *proche de notre pratique* », un critère également relevé par MG A2 qui apprécie aussi « *Sa rapidité déjà, et les sorties rapide (NDA : les décisions réflexes) [...] en fonction des items* ». MG A7 aime surtout son côté « *progressif* » : « *il va permettre de gagner du temps parce qu'il va éliminer d'abord les urgences, après savoir si on va déclencher, envoyer un médecin de garde et ensuite si c'est le conseil, c'est le conseil en fait qui est le plus chronophage donc c'est la dernière position qu'on va prendre, donc c'est assez bien fait* ». Pour MG D7 le protocole des régulateurs toulousains « *est le plus frappant... Visuellement synthétique, carré et permet de voir en un coup d'œil* ». MG E2 « *c'est visuel, je regarde et je vois tout. Et effectivement sur cette fiche telle qu'elle est faite, t'as pas besoin de perdre ton temps* ».

A la question de choisir un des trois protocoles pour l'utiliser en régulation libérale c'est presque toujours ce protocole qui est sélectionné par les MRL et la fréquence des codages positifs le concernant (Graph. 3) ne fait que souligner ce choix.



Discussion

En Bretagne la FADOPS travaille actuellement à la mise en place de protocoles au sein de la régulation libérale. Une démarche qui répond à l'un des cinq objectifs inscrits par l'HAS dans le cahier des charges de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire, entré en vigueur le 1er juin 2012 [3]. Cette étude s'inscrit donc dans ce cadre et a pour but de déterminer quels sont les attentes et les freins exprimés par les MRL bretons à ce sujet afin de pouvoir les prendre en comptes lors de la conception de ce fichier commun d'aide à la régulation.

Analyse des résultats

Pour de nombreux régulateurs libéraux, la mise en place de protocoles est avant tout perçue comme une aide afin de minimiser les risques liés à l'activité de régulation. En effet un des premiers points abordés concernait la possibilité d'oublis ou d'erreurs qui peuvent survenir, en particulier sur les périodes d'activité en nuit profonde et lors des flux importants d'appels le week end. La crainte d'oublier un élément qui pourrait entraîner une perte de chance au patient est effectivement très présente et certains voient dans les protocoles un moyen de systématiser l'entretien téléphonique, pour ne pas omettre d'élément de gravité.

En allant plus loin dans cette réflexion, certains MRL y voient une possible protection médico-légale qui garantirait que les éléments décisifs soient recherchés et consignés dans le dossier médical.

A l'inverse, le caractère opposable potentiel de ces protocoles, est craint par plusieurs régulateurs. En effet, ceux-ci redoutent qu'en cas de procédure judiciaire sur une de leur régulation, il puisse leur être reproché de ne pas avoir suivi scrupuleusement le protocole existant. Celui-ci est perçu comme un élément rigide auquel on ne pourrait déroger. Pourtant on pourra noter qu'en 2012 et 2013 la MACSF/le Sou Médical et la SHAM ne rapportent qu'une faible sinistralité concernant la régulation médicale, la majorité des mises en causes concernant qui plus est la régulation d'AMU [17,18]. Les procédures judiciaires restent donc rares et l'analyse repose principalement sur l'enregistrement sonore de la régulation. L'expression de cette crainte est d'autant plus intéressante que les protocoles sont le plus souvent conçu pour protéger le médecin d'un point de vue médico-légal [4,9].

Un autre aspect est lié à la variabilité des réponses qui peuvent être apportées aux patients pour un même motif d'appel. Les MRL espèrent ainsi uniformiser leurs pratiques à travers l'utilisation de protocoles de régulation. L'Inspection Générales des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale de l'Administration qui dès 2006 soulignait, dans son rapport sur la régulation libérale de la PDSA, le contenu « extrêmement hétérogène et non contrôlé » des réponses téléphoniques apportées qui variaient en fonction des « compétences ou

convictions du régulateur, ou bien de l'abondance du flux d'appels à traiter » et recommandait déjà la mise en place de protocoles professionnels [19].

Cependant, d'autres régulateurs y voient le caractère contre-intuitif de ces fiches d'aides qui pourraient rigidifier l'entretien médical, le rendre directif et altérer une relation médecin/patient déjà difficile lors d'une consultation téléphonique. Ils souhaitent avoir un protocole qui ne soit pas un carcan mais une aide dont le régulateur peut se détacher si cela le nécessite, que ce soit sur des éléments objectifs, ou sur un simple doute, celui-ci devant « *toujours bénéficier au patient* ».

D'autre part, un des aspects évoqués serait l'utilisation de la fiche d'aide à la régulation comme un support de formation continue qui permette aux MRL de se tenir à jour des dernières recommandations. Un protocole qui, selon le régulateur interrogé, est perçu comme un élément pouvant intervenir à différents niveaux de leur formation et pourrait servir pendant l'appel téléphonique, mais aussi en dehors de la régulation, pour la formation initiale des nouveaux régulateurs, ou pour se remettre à niveau.

Enfin, une des craintes exprimées par les MRL concerne la contrainte de temps à laquelle ils sont soumis. En effet, le temps imparti à la gestion de chaque appel est déjà très réduit (en heure de pointe les MRL gèrent jusqu'à 18 dossiers par heure [20]). Certains craignent que l'utilisation d'un protocole vienne alourdir leur tâche, d'autant plus qu'au niveau informatique le logiciel de régulation Centaure 15, peu ergonomique, monopolise déjà une partie du temps alloué à la régulation.

En pratique, ces différents éléments influencent directement les choix que font les MRL lorsqu'on leur demande quel type de protocole ils voudraient utiliser:

- La mise en forme la plus simple possible est souvent recherchée, ne contenant que l'essentiel par soucis de rapidité et pour ne pas gêner la gestion de la consultation à distance et du logiciel informatique de régulation.
- Le désir de consacrer une part importante du protocole à éliminer les critères de gravité suit la logique du raisonnement médical, mais est aussi mise en avant pour éviter les erreurs et oublis qui pourraient survenir lorsque les conditions de régulation sont difficiles.
- Un protocole peu directif laissant une large part à l'appréciation du régulateur afin de ne pas entraver la relation médecin/patient et de parer à l'opposabilité qui est vécu comme une crainte, etc...

Ces aspects sont d'ailleurs confirmés par les critiques qu'ils émettent à l'encontre des trois protocoles étudiés. Ceux issus du Guide d'aide à la Régulation du Samu de France et du Groupe de Pédiatrie Générale, bien que conçus pour des médecins régulateurs, ne recueillent que très peu d'avis positifs. Ils sont jugés illisibles et inexploitable pendant un

acte de régulation téléphonique et ne répondent généralement pas à leurs attentes, car trop éloignés des motifs de médecine générale qui caractérisent la régulation libérale.

À l'inverse le protocole conçu par les médecins régulateurs libéraux toulousains, qui ont donc la même pratique et les mêmes contraintes, recueille une majorité d'avis positifs et est presque systématiquement choisi comme étant celui qu'ils pourraient utiliser dans leur pratique.

Ces divergences de point de vue présents chez les régulateurs bretons sont intéressantes car elles montrent la grande diversité de perception des protocoles par les MRL et certains expriment en effet des réticences que l'on retrouve dans l'évaluation des pratiques professionnelles réalisée par Perréard M. en 2014 [9].

Il paraît donc essentiel de mieux appréhender ces opinions et de les prendre en compte lors de la conception et de la mise en place d'un protocole destiné aux régulateurs libéraux comme prévu par le travail de la FADOPS.

Fiabilité des résultats

La population étudiée possédait les caractéristiques recherchées pour notre étude. La répartition des participants au sein de chaque Focus Group était fondée sur le volontariat. Le choix de restreindre géographiquement l'échantillon aux médecins de deux des quatre départements bretons a été décidé pour des raisons logistiques et n'avait pas d'influence majeure sur l'échantillonnage. Effectivement, il ne s'agissait pas ici d'être représentatif de la population source mais de faire émerger les différentes opinions pour recueillir un maximum de points de vue différents et l'effectif ciblé dans notre méthode a permis de recruter suffisamment de MRL pour obtenir une diversité et une saturation suffisantes des données [12,13].

Le recueil des données a été réalisé par plusieurs modérateurs avec un guide d'entretien servant de support pour limiter l'impact de la personnalité du modérateur sur les réponses obtenues. Cependant des contraintes de temps n'ont pas permis de faire appel à des modérateurs spécifiquement formés, ainsi la qualité de l'émulation de groupe peut avoir été influencée par la technique de modération. On notera en particulier le Focus Group B où certaines données n'ont pu être retenues de part d'une trop grande influence du modérateur sur les questions abordées.

Certains groupes ont de plus subi un effet de leadership avec un ou plusieurs membres qui ont dominé les échanges, ce qui a pu influencer les réponses du groupe et diminuer la variabilité des opinions exprimées. Pour autant l'analyse des données n'a pas retrouvé de diminution de la variété des réponses dans ces groupes.

L'analyse des résultats a été réalisée par l'investigateur de l'étude dont l'expérience limitée du codage et de l'analyse interprétative en recherche qualitative peut être responsable d'un biais d'interprétation. Pour limiter cet aspect l'analyse a fait appel à une première démarche d'attention flottante suivie de la phase de codage multithématique afin de limiter le risque de circularité et mettre l'accent sur les ressemblances et les différences pouvant émerger des différents points de vue exprimés par les participants. De plus il n'a pas été retenu de réaliser un double codage car celui-ci est peu approprié à une démarche inductive où l'accent est mis sur l'interprétation du chercheur et la qualité analytique de son travail [21,22].

Perspectives

Les résultats de notre étude montrent que les attentes et les freins exprimés par les MRL bretons quant à la mise en place d'un fichier commun d'aide à la régulation libérale sont multiples et très hétérogènes, pouvant être diamétralement opposés aux bénéfices attendus par l'utilisation de protocoles. Il peut parfois en résulter un certain rejet lorsque le protocole ne répond pas à ces besoins. A l'inverse un protocole conçu par des médecins régulateurs libéraux toulousains, dont on peut supposer qu'ils ont des besoins et des attentes similaires, semble emporter une adhésion beaucoup plus importante. Un aspect qui semble rejoindre les résultats de Watcher et al [10] qui constatait une diminution de l'efficacité d'un protocole lorsqu'il était évalué par une équipe différente de celle qui l'avait conçu.

Les données obtenues à travers notre étude permettent d'envisager la conception d'un fichier d'aide à la régulation qui soit le plus proche possible de leurs attentes. Dans ce but il semble intéressant de ne pas limiter sa conception à un contenu médical validé, mais d'essayer de prendre en compte l'intégralité des aspects évoqués lors des groupes de discussions. Un travail sur son ergonomie, son aspect visuel et sa logique interne sont primordiaux pour pouvoir répondre au mieux aux attentes exprimés par les MRL bretons et ainsi espérer une meilleure adhésion et une utilisation efficiente de ce protocole. D'autres pistes intéressantes ont été soulevées lors des discussions de groupe, que ce soit la possibilité de personnaliser ces protocoles, ou celle d'utiliser différents formats de diffusions. Ces deux aspects permettraient de pouvoir concilier certains besoins antinomiques exprimés par les participants et de répondre au besoin exprimé de pouvoir utiliser ce protocole pendant la consultation mais aussi en dehors (par exemple lors de la période de formation initiale, ou dans le cadre de la formation continue).

Ces résultats sont intéressants pour le travail mené actuellement par la FADOPS, d'autant plus qu'il n'existe que très peu de données disponibles sur ce sujet dans la littérature médicale. Une perspective intéressante serait désormais d'utiliser ces résultats pour concevoir ce protocole avec le concours des MRL bretons, puis ensuite évaluer son

impact sur les pratiques professionnelles. Il serait également intéressant de prendre en compte ces données pour travailler sur les évolutions futures des logiciels professionnels de régulation médicale afin d'y intégrer, lors de la conception, les éléments jugés pertinents par les MRL.

Conclusion

Les résultats de notre étude montrent que les attentes et les freins exprimés par les MRL quant à l'utilisation d'un fichier commun d'aide à la régulation sont variés et très hétérogènes. La divergence des avis émis à ce sujet rend complexe la conception d'un protocole pouvant répondre à leurs besoins. Cependant il est important de les prendre en compte pour minimiser les réticences d'utilisation de la part des MRL.

Il ne paraît ainsi pas adapté de vouloir répondre à une problématique aussi riche, intimement liée aux spécificités de leur pratique de médecin régulateur libéraux, en leur proposant un document conçu par et/ou pour des tierces personnes n'ayant pas les mêmes attentes et ne prenant pas en compte leurs besoins.

L'analyse des résultats a permis d'extraire un certain nombre d'idées qui pourront être utilisés pour conceptualiser des protocoles adaptés à la pratique des régulateurs libéraux bretons, au plus proche de leur besoin, et dont l'évaluation pourra être effectuée dans un second temps.

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : *LE DAVADIC Thomas*

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

*Identification des freins et des attentes exprimés par les
Médecins Régulateurs Libéraux bretons quant à la
mise en place d'un fichier commun d'aide à la régulation.*

Rennes, le *13/04/2016*

Docteur Jean-Louis SAMZUN

01 - GÉNÉRALISTE

55, rue Claire Drocq

56100 LORIENT 02 97 31 95 96

Le Directeur de thèse

56 1 02259 1 24 1

CAB 007 752 26

Rennes, le *23 mars 2016*

Le Président de jury

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

18 AVR. 2016

Le Président de l'Université
de Rennes1

D. ALIS
D. ALIS

Bibliographie

1. Circulaire DHOS/SDO n° 2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville
2. Loi HPST (loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires)
3. Cahier des charges régional de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire Bretagne 2012-2016, ARS Bretagne, juin 2012
4. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, HAS, mars 2011
5. Quintard H1, Tran-Marsalla L, Esquirole C, Ichai C. Economic and clinical impact of a controlled sedation procedure in an intensive care unit. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2012 Oct; 31(10):778-82
6. Navas D, Caillon J, Potel G. Bon usage des antibiotiques à l'hôpital. Évaluation des pratiques professionnelles de prise en charge des pneumopathies communautaires. *Presse Med* 2005;34:1687-95
7. Jarossay A. Analyse de la typologie des régulations libérales au Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) centre 15 du Morbihan en 2011 en vue de l'élaboration de protocoles de régulation [thèse]. Rennes:Univ. Rennes I; 2013
8. Castano B. Élaboration d'un fichier d'aide à la régulation de la douleur thoracique atraumatique. Évaluation des pratiques des médecins régulateurs de l'ARMEL avant et après utilisation de ce référentiel [thèse]. Toulouse:Univ. Toulouse III; 2014
9. Perréard M. Élaboration d'un fichier d'aide à la régulation de la douleur abdominale aigue atraumatique chez l'adulte. Évaluation des pratiques des médecins régulateurs de l'ARMEL avant et après utilisation de ce référentiel [thèse]. Toulouse:Univ. Toulouse III; 2014
10. Wachter DA, Brillman JC, Lewis J, Sapien RE. Pediatric Telephone Triage Protocols: Standardized Decisionmaking or a False Sense of Security? *Ann Emerg Med.* 1999 April; 33(4): 388–394
11. Lessard-Hébert M, Goyette G, Boutin, G. Recherche qualitative : fondements et pratiques. Montréal : Éditions Nouvelles; 1995
12. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale [Internet].* 2002;3(2):81–90

13. Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. Méthode de recherche: s'approprier la méthode du focus group. La revue du Praticien Médecine Générale, N° 645, Vol. 18; 03/2004
14. Bagou G, Berthier F, Bertrand C. Protocole fièvre de l'enfant, issu de Guide d'aide à la régulation au SAMU centre 15. 2e éd Paris:SFEM éditions; 2009
15. Thiery F et coll. Séminaire de formation à la régulation de permanence de soins. La régulation pédiatrique. Fiches protocoles de la région de Toulouse, SMUR Pédiatrique
16. Merlange R. Évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux régulateurs concernant le syndrome fébrile de l'enfant de moins de dix ans dans le cadre de la permanence des soins du CRRA du Samu de Rouen [thèse]. Rouen:Univ. Rouen; 2012
17. Rapport du conseil médical du Sou Médical-groupe MACSF sur l'exercice 2013. Panorama des risques professionnels en santé
18. Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM). La synthèse du Panorama du risque médical. 2013 Disponible:
[http://it4.interactiv-doc.fr/Frmviewer.aspx?
a&c_code=Panorama_Sham_synthese_2013_pdf_330&numpage=0](http://it4.interactiv-doc.fr/Frmviewer.aspx?a&c_code=Panorama_Sham_synthese_2013_pdf_330&numpage=0)
19. Blanchard P, Dupont M, Ollivier R, Ferrier C. Inspection générale des affaires sociales, inspection générale de l'administration. Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Paris : IGAS; 2006
20. Rapport annuel ADOPS 56, 2015
21. Ayache M, Dumez H. Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ?. Le Libellio d'Aegis, 2011, 7 (2 - Été), pp.33-46.
22. Point S. Le codage à visée théorique. Recherche et Applications en Marketing December 2006 vol. 21 no. 4 61-78

Glossaire

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

ARS : Agences Régionales de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

FADOPS : Fédération des Associations Départementales pour l'Organisation de la Permanence des Soins en Bretagne

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

MRL : Médecins Régulateurs Libéraux

AMU : Aide Médicale Urgente

MG : Médecin Généraliste

FG : Focus Group

GPG : Groupe de Pédiatrie Générale

MMG : Maison Médicale de Garde

EML : Effecteur Mobile Libéral

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ADOPS 56 : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins du Morbihan

HAD : Hospitalisation à Domicile

Annexe 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien Focus Group

I- Présentation de l'étude

La régulation libérale présente un mode d'exercice particulier qui répond à des spécificités médicales et législatives particulières. Pour autant, il n'existe pas actuellement de référentiel médical qui lui soit dédié, l'essentiel des guides disponibles dans ce domaine étant destinés à l'Aide Médicale Urgente (AMU). Le but de cette étude est donc d'identifier les besoins spécifiques des Médecins Régulateurs Libéraux afin d'y apporter une réponse adaptée lors de l'élaboration d'un fichier d'aide à la régulation.

Cette étude est une analyse qualitative se déroulant sous forme de réunions appelées Focus Group dont le déroulement permettra de recueillir un maximum d'informations sur vos besoins en terme de régulation libérale. L'analyse des données permettra dans un second temps l'élaboration d'un cahier des charges pour l'élaboration des protocoles d'aide à la régulation.

II- Qu'est ce qu'un Focus Group?

Le Focus Group est une technique d'entretien de groupe permettant de collecter des données sur un nombre limité de question/thèmes définis à l'avance. Le but n'est pas d'obtenir un consensus mais au contraire d'approfondir un sujet et de fournir un large éventail d'avis, d'expériences personnelles, afin d'identifier vos attentes face à la problématique posée. La dynamique de groupe est ici utilisée pour faire ressortir les différents points de vue dans la discussion.

En pratique le focus group se déroulera en une première partie de 2h le matin pour échanger sur les expériences et avis de chacun en rapport avec les questions et thèmes listés ci-après. Un modérateur animera la discussion pour permettre à chaque point de vue d'être exprimé, et éviter les divergences avec le sujet. Toute la discussion sera enregistrée et retranscrite intégralement pour l'analyse qualitative des données, un questionnaire court remis en début de séances servira à récolter des données épidémiologiques sur le groupe (âge, sexe, activité, ...) pour analyser la représentativité du groupe par rapport à la population étudiée. Toutes ces données seront bien sûr anonymisées.

Dans un second temps, la journée sera destinée à un travail en petits groupes pour l'élaboration d'ébauches de fiches d'aide à la régulation, basées sur vos expériences personnelles et sur les données de la littératures, ainsi que sur les protocoles déjà existant s'ils sont disponibles. Un nouveau temps de focus group sera utilisé en fin de journée pour discuter de ces travaux et des choix retenus par les différentes groupes.

Pour terminer, un debriefing sera effectué pour valider avec vous les principales informations récoltées et clore cette journée.

III- Thèmes abordés

Le thème de cette session est d'identifier vos attentes et vos besoins en terme d'aide à la régulation. A ce titre plusieurs questions vont guider les échanges réalisés lors du focus group pour aborder les différents aspect de cette thématique. D'autres aspects peuvent bien sûr être abordés au fil des discussions et pourront alors être intégrés lors des sessions suivantes.

De façon générale:

- Qu'attendez-vous de ces protocoles de régulation dans votre pratique?

En terme de contenu:

- Quelle place et sous quelle forme envisagez-vous l'aide au diagnostic? L'aide à la décision?
- A partir de votre expérience personnelle, quelles sont les situations pour lesquelles vous jugez indispensable et/ou adaptée une réponse de type conseil téléphonique? Visite au médecin de garde? Déclenchement d'un EML? Déclenchement d'un Transport?
- Quel est votre ressenti par rapport aux différents protocoles disponibles (ci-joint)? Sont-ils adaptés à votre pratique de la régulation?

En terme de contenant :

- Quel format vous semblerait le plus adapté à l'utilisation de ces fiches de régulation?
- Quelles contraintes, ou choix d'ergonomie vous semblent important pour l'utilisation de ces protocoles en régulation libérale?

Enfin:

- Quelles craintes ou hésitations avez-vous quant à l'utilisation de ces protocoles dans votre pratique?

Annexe 2 : Questionnaire quantitatif

Questionnaire sur votre pratique:

Ce questionnaire permet de définir les caractéristiques du groupe et permet l'analyse des résultats obtenus lors de cette session, il est bien sur anonyme.

• Département d'installation: 22 / 29 / 35 / 56

• Age:

• Sexe: H / F

• Votre type d'activité professionnelle:

- Libérale: urbaine semi-urbaine rurale

- Autre (vacation hospitalière, médecin coordinateur, urgences, etc):

• Durée d'installation:

• Depuis quand pratiquez vous la régulation libérale?

• Etes vous effecteur mobile? Oui Non

- Si oui, depuis quand?

• Avez-vous déjà pratiqué en tant que régulateur SAMU? Oui Non

• Etes vous satisfait du déroulement de cette séance? (durée, organisation, etc)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• Etes vous satisfait des sujets abordés lors des discussions?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Annexe 3 : Exemples de protocoles

Annexe 3.1 : Protocole SAMU - Fièvre chez l'enfant

9.5/ PROTOCOLE SAMU FIEVRE CHEZ L'ENFANT

Protocole du SAMU

FIEVRE CHEZ L'ENFANT

1. identifier l'appelant, le lieu d'intervention et le patient
 2. déterminer le niveau de priorité de l'appel initial
 - . P1: enfant qui convulse ou a convulsé, détresse respiratoire,
 - . P2: autres cas.
 3. chercher à savoir
 - . état de conscience,
 - . température et depuis quand?
 4. conseiller en attendant la régulation médicale et l'arrivée des secours
- Mise en PLS et dégagement de la bouche d'un enfant qui convulse ou semble inconscient pour l'appelant.
5. appliquer les procédures dégradées si l'appel ne peut être régulé immédiatement
- En cas de niveau P1, déclencher un effecteur (MG, AP, VSAV) qui intervienne sans délai.

Médecin régulateur

Régulation

1. critères positifs absolus et relatifs, critères de gravité
 - . valeur chiffrée de la température, méthode de mesure, durée de l'épisode fébrile, moyens antipyrétiques mis en œuvre et noms des médicaments,
 - . retentissement général: comportement (boit-il? joue-t-il? comment réagit-il?), aspect général (aspect de la peau, infection ORL ou pulmonaire évidente, troubles digestifs, signes de déshydratation...),
 - . autres enfants ou adultes malades, diagnostic et traitements prescrits,

Critères de gravité:

 - . convulsion prolongée,
 - . convulsions répétées,
 - . hypotonie,
 - . déshydratation,
 - . purpura,
 - . tout enfant de moins de trois mois, quelle que soit la durée de la fièvre.
2. niveau d'urgence
 - . R1: convulsion en cours qui ne cesse pas pendant l'interrogatoire téléphonique (en moins de trois minutes), purpura,
 - . R2: autres critères de gravité,
 - . R3: fièvre depuis plus de 48h,
 - . R4: fièvre depuis moins de 48h chez l'enfant dont le comportement et l'aspect sont normaux.
3. conseils médicaux
 - . en attendant l'arrivée des secours
 - . déshabiller l'enfant,
 - . mettre en PLS et dégager la bouche d'un enfant qui convulse ou qui est en phase post-convulsive.

 - . en l'absence de nécessité d'envoi de secours
 - . déshabiller l'enfant,
 - . conseiller de lui donner à boire souvent, même la nuit,
 - . conseiller la prise de paracétamol (15 mg/kg, 4 fois par jour) éventuellement complétée et/ou alternée avec l'ibuprofène (5mg/kg, 4 fois par jour au-delà de 6 mois), éviter l'aspirine tant que l'enfant n'a pas été examiné par un médecin
 - . réaliser un enveloppement frais,
 - . surveiller l'enfant pendant les 48 premières heures de la fièvre et consulter un médecin au-delà ou plus tôt si l'enfant a un comportement inhabituel, si la fièvre est mal tolérée ou si l'aspect de sa peau est anormal.

4. bilan et niveau de soins attendu par le premier secours professionnel

- . mise en PLS et dégagement de la bouche d'un enfant qui convulse ou est en phase post-convulsive,
- . oxygénothérapie (6L/min),
- . déshabillage de l'enfant.

5. bilan et mise en condition par le SMUR

Traitement symptomatique, diagnostic étiologique (voir également la fiche: convulsion de l'enfant).

Orientation, suivi

1. critères d'orientation du patient

- . toute fièvre chez un nourrisson de moins de trois mois justifie une consultation médicale sans délai,
- . SU, soins intensifs ou réanimation: selon l'état clinique de l'enfant.

2. suivi d'affaires

- . s'assurer que l'appelant a compris les conseils de surveillance, de traitement et de consultation d'un médecin,
- . faire prévenir les parents (enfant en garderie ou à l'école) pour prendre en charge leur enfant,
- . s'assurer que le premier médecin intervenant en cas de purpura dispose de ROCEPHINE®, CLAFORAN®, AUGMENTIN®.

Procédures dégradées

1. de régulation

L'envoi d'un moyen de transport vers un SU est une procédure dégradée lorsque la permanence des soins ne permet pas une consultation médicale dans un délai raisonnable (défaut de R3).

2. l'orientation

En l'absence de MG ou de pédiatre, adresser vers un SU.

Outils d'aide au raisonnement

Si l'enfant fébrile a un comportement ou un aspect normal, la consultation d'un médecin n'est justifiée qu'au-delà de 48h de fièvre ou si les parents ne disposent pas de médicament antipyrétique.

L'apyrexie n'est pas un objectif, c'est l'inconfort qui justifie le traitement antipyrétique.

Avant examen médical, un seul médicament doit être prescrit.

La fièvre du nourrisson de moins de trois mois est toujours pathologique et impose une consultation médicale sans délai. Entre trois et six mois, consultation est nécessaire sauf en cas de virose évidente.

A propos de...

La fièvre est définie comme une température supérieure à 38,0°C. Cependant, 15 % des mesures domestiques ne sont pas fiables.

La fièvre est un symptôme dont il faut rechercher la cause, ses complications sont rares.

C'est le premier motif des consultations pédiatriques non programmées (80 %).

Les moyens antithermiques conseillés par téléphone doivent être adaptés au niveau de compréhension et de surveillance de l'entourage.

Le bain antithermique est mal donné voire dangereux 8 fois sur 10, il peut être conseillé si l'appelant le réalise dans de bonnes conditions (mesure de la température de l'enfant et de l'eau, bain pendant dix minutes sous surveillance permanente 2°C en dessous du niveau de la température).

Bibliographie

AUTRET-LECAS C, JONVILLE-BERA AP. Fièvre de l'enfant: quel traitement médicamenteux?

Revue du praticien, médecine générale 2003;17(598):5-6.

Site internet de la société Française de Pédiatrie: <http://www.sfpediatrie.com/>

D'après «Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15»

Annexe 3.2 : Fiche protocole fièvre chez l'enfant - Toulouse

II-2-a Fiche protocole : la fièvre chez l'enfant

COMPRENDRE

Premier motif de demande de conseil, le plus banal et le plus angoissant
S'enquérir de la technique de prise de la température, parfois simple impression ;
privilégier la prise de température rectale avec thermomètre électronique

Température rectale sup, 38°C à moins de 3 mois
Température rectale sup, 38,5°C à plus de 3 mois

Risque : convulsion fébrile, déshydratation

ELEMENTS IMPORTANTS

AGE : élément primordial

SYMPTOMES ASSOCIES

Référentiel : recommandation HAS sur la prise en charge de la fièvre chez l'enfant

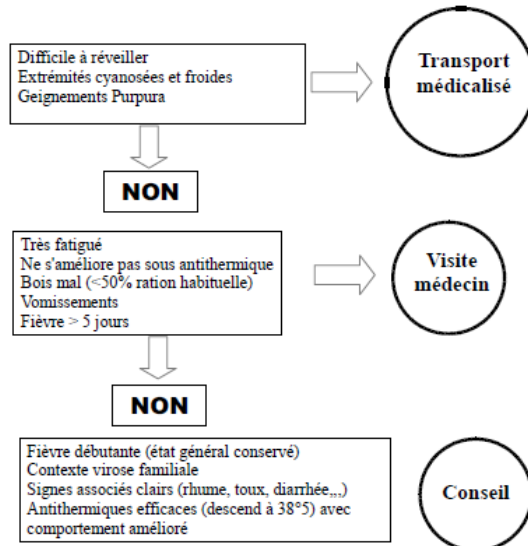
Moins de 3 mois

Urgences

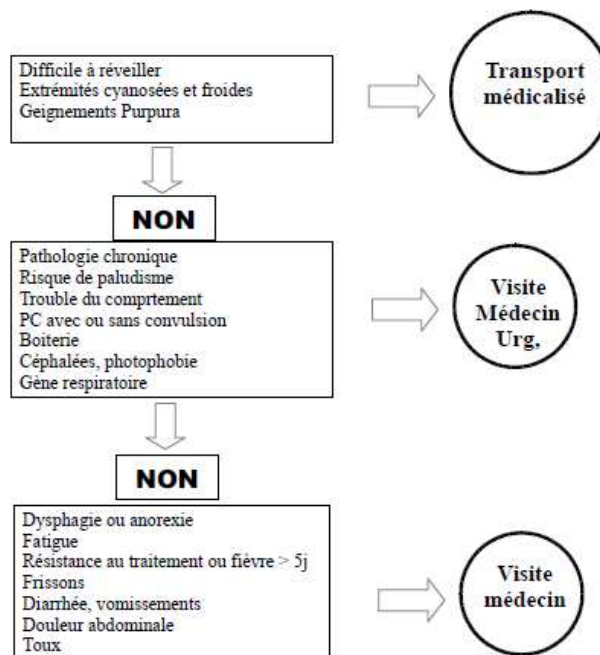
Qualité du cri	Gémissement ou cri faible ou cri aigu
Réactions aux stimulations parentales	Pleurs permanents ou absence de réponse
Eveil	Apathique, somnolent
Couleur	Pâle ou cyanosé ou marbré ou gris
Hydratation	Yeux cernés, muqueuses sèches
Contact avec l'entourage	Pas de sourire, indifférent ou anxieux

Transport
médicalisé

Entre 3 mois et 2 ans



Après 2 ans



II-2-b Fiche protocole : gêne respiratoire chez l'enfant de moins de 3 ans

COMPRENDRE

Bronchiolite chez le moins de 3 mois en période hivernale, asthme et laryngite après 3 mois, toujours envisager le corps étranger

Agir en état respiratoire compensé car l'insuffisance respiratoire décompensée est proche de l'arrêt cardiorespiratoire

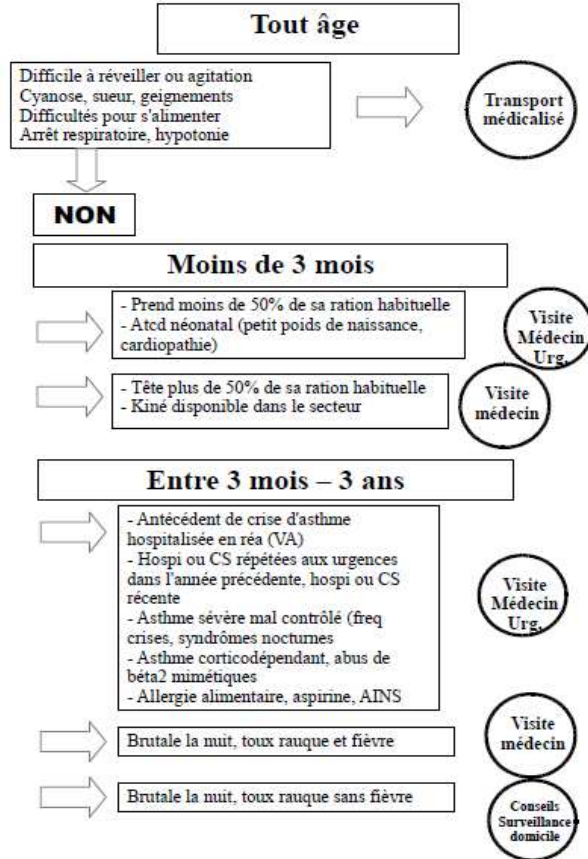
Risque : La détresse respiratoire est la 1ère cause de l'arrêt cardiorespiratoire de l'enfant

ELEMENTS IMPORTANTS

AGE : élément primordial

SYMPTOMES ASSOCIES et ATCD

Référentiel : Reconnaître l'enfant gravement malade
European Resuscitation Council 2005



Annexe 3.3 : Groupe de Pédiatrie Générale fièvre de l'enfant

9.6/ PROTOCOLE GROUPE DE PEDIATRIE GENERALE FIEVRE - DE 2 ANS

Protocole du Groupe de Pédiatrie Générale

FIEVRE AIGUË DU NOURRISSON

Température rectale > 38,0°C ou une température axillaire > 37,3°C.
La température rectale est la plus fiable et constitue la référence.*

PRE-REQUIS

Dans une journée, la température atteint habituellement son maximum entre 17h et 19h.

La fièvre est une réponse bénéfique de l'organisme. Elle aide à combattre les infections.
Elle n'entraîne des lésions par elle-même que lorsqu'elle dépasse 41,7°C.

Le degré de la fièvre n'est pas un indicateur fidèle de la gravité de la maladie qui l'entraîne.
Une maladie bénigne, telle qu'un rhume, peut donner une fièvre très élevée et a contrario, une infection sévère peut être associée à une fièvre légère ou modérée.

La fièvre peut précipiter une convulsion hyperthermique; mais plus que le degré de fièvre atteint c'est la rapidité de la montée qui déclenche des convulsions.

QUESTIONS

1: Quel âge a votre enfant et quelle température a-t-il?

- Moins de 3 mois et T° > 38°C
- Entre 3 et 6 mois et T° > 38,9°C
- Entre 6 mois et 24 mois, et T°C > 40,5°C

OUI consultation immédiate

NON le voir dans la journée

2: Depuis quand a-t-il de la fièvre?

Fièvre depuis plus de 48 heures?

OUI consultation immédiate

NON

3: Quel est le comportement de l'enfant?

- Est-il mou ou ne bouge pas? - Est-il inconscient ou avez-vous du mal à le réveiller?

OUI appeler le SAMU

NON

4: Éruption cutanée?

- A t-il des petites taches rouges ou violacées sur la peau (description d'un purpura).
- Les taches s'étendent elles sur son corps?

OUI

appeler le SAMU

NON

5: Votre enfant pleure-t-il de manière inhabituelle?

- Pleurs quasi-constants, incontrôlables
- Pleure quand on le touche ou le mobilise le voir rapidement

OUI

NON

6: Est ce que lorsque la fièvre descend, l'enfant est toujours aussi abattu?

OUI

le voir rapidement

NON

7: A t-il du mal à respirer?

- Cette difficulté persiste t-elle après débouchage du nez?
- Tousse t-il?

OUI

le voir rapidement

NON

8: A t-il des maux de têtes importants?

- Est -il agité?
- Porte t-il les mains à la tête?

OUI

le voir rapidement

NON

9: A t-il des antécédents de convulsions?

OUI

le voir dans la journée

NON

10: Symptômes associés?

- A t-il mal en urinant? - Ses urines sont elles rouges?
- A t-il de la diarrhée ou des vomissements?

OUI

le voir dans la journée

NON

11: Avez vous une idée sur l'origine de la fièvre?

12: Êtes vous inquiète, voulez vous que je le voie?

OUI

le voir dans la journée

RECAPITULATIF VISUEL

I. APPEL SAMU (15 ou 112)

- Troubles de la conscience
- Hypotonie
- Troubles de la coloration: cyanose,
- Éruption purpurique

II. CONSULTATION URGENTE

- Age < 3 mois
- Age entre 3 et 6 mois si T° > 38,9
- Age > 6 mois si T° > 40,5
- Troubles respiratoires associés
- Troubles du comportement
- Pleurs inconsolables ou maux de tête.

III. CONSULTATION DANS LA JOURNEE

- Mauvaise prise des biberons
- T° > 39°
- Antécédents de convulsions
- Troubles digestifs associés
- Hématurie ou douleur en urinant
- Inquiétude maternelle

IV. CONSULTATION LE LENDEMAIN

- Fièvre isolée persistante
- Obstruction nasale
- Pleurs intermittents

V. TRAITEMENT A DOMICILE

L'ENFANT PEUT ETRE TRAITE A LA MAISON AVEC UN CONSEIL TELEPHONIQUE DE TYPE SYMPTOMATIQUE SEULEMENT SI:

- L'enfant ne présente pas une altération de son état général (amorphe, mou, hypoactif, somnolent)
- L'enfant présente des symptômes mineurs associés à une atteinte gastro-intestinale ou nasale
- D'autres membres de la famille présentent une atteinte mineure avec les mêmes symptômes
- Les parents se sentent rassurés avec le conseil téléphonique de traiter à domicile

Conseiller aux parents de rappeler ou de consulter si les symptômes se majorent.

9.7/ PROTOCOLE GROUPE DE PEDIATRIE GENERALE FIEVRE + DE 2 ANS

Protocole du Groupe de Pédiatrie Générale

FIEVRE AIGUË DE L'ENFANT DE PLUS DE 2 ANS

Température rectale > 38,0°C
Température auriculaire > 38°C
ou une température axillaire > 37,5°C

PRE-REQUIS

Valeur surtout ++++ des signes associés: céphalées, douleurs abdominales, éruption. Et du comportement de l'enfant.
Attention aux épidémies: une fièvre en période grippale n'est pas toujours une grippe +++.
Savoir ne pas méconnaître une pathologie chronique: déficit immunitaire, drépanocytose, troubles métaboliques: interroger pour le savoir.
Rechercher la notion de voyage à l'étranger (paludisme jusqu'à preuve du contraire) dans les deux mois précédents.
Faire déshabiller l'enfant au moment de l'appel téléphonique (idéalement appel téléphonique dans la pièce où est l'enfant, pièce bien éclairée et enfant réveillé).

QUESTIONNAIRE DE BASE

Quel âge a-t-il?
Est-il suivi pour une maladie particulière (déficit immunitaire, drépanocytose, insuffisance surrénale)?: si oui, le voir en urgence.
Est-il parti récemment en pays étranger (paludisme): si oui, voir en urgence.
Prend-il habituellement un traitement tous les jours?: si oui lequel?
A-t-il déjà été vu par un médecin pour cet épisode fébrile?
Depuis quand la fièvre est-elle présente: si > 5 jours, le voir dans la journée
A-t-il déjà convulsé avec la fièvre?

QUESTIONNAIRE SPECIFIQUE

1: Comment est votre enfant?
A-t-il du mal à se réveiller ou dort-il tout le temps?
A-t-il du mal à répondre aux questions simples que vous lui posez?
A-t-il du mal à respirer et ses lèvres sont-elles bleues?
Voyez-vous des tâches rouges sur le corps qui s'étendent (demander à ce qu'il soit déshabillé)

OUI

appeler le SAMU

NON

2: Son comportement a-t-il changé?
A-t-il perdu connaissance (avec des mouvements anormaux)
A-t-il mal à la tête, à la nuque, craint-il la lumière ou le bruit?
A-t-il du mal à respirer?
A-t-il du mal à marcher ou boite-t-il?
Est-il pâle ou mal coloré?

OUI

consultation urgente

NON

3: Autres questions

Refuse -il de manger? A-t-il des selles liquides ou vomit-il?
Le trouvez vous fatigué? A-t-il mal au ventre?
A-t-il des frissons ou a-t-il tout le temps froid? Tousse t-il?
La fièvre persiste t-elle malgré un traitement bien conduit?

OUI

consultation dans la journée

NON

4: S'assurer de son comportement normal par des questions positives

- Mange t-il normalement - Le trouvez vous rassurant?
- Joue t-il comme d'habitude?

OUI

Traitement ambulatoire et demander à être rappelé si la fièvre persiste le lendemain ou si des signes nouveaux apparaissent

NON

consultation dans la journée

5: Êtes vous inquiète, voulez vous que je le voie?

OUI

Le voir dans la journée

RECAPITULATIF VISUEL

I. APPEL SAMU (15 OU 112)

. Il n'arrive pas à se réveiller Il a du mal à respirer avec des lèvres bleues
. Il ne répond pas aux questions Il a des tâches rouges sur le corps qui s'étendent

II. CONSULTATION URGENTE

. Pathologie chronique susceptible de se décompenser . Boiterie
. Retour récent de voyage en région d'endémie palustre . Gêne respiratoire
. Trouble du comportement
. Céphalées , douleurs de la nuque, thermo ou phonophobie
. Perte de connaissance avec ou sans convulsions

III. CONSULTATION DANS LA JOURNEE

. Dysphagie ou anorexie . Douleurs abdominales
. Fatigue . Inquiétude ou souhait de la mère
. Résistance aux antipyrétiques
. Fièvre > 5 jours
. Frissons
. Diarrhée, vomissements
. Toux

Annexe 4 : Résultats de l'étude

Annexes sur CD-Rom :

Focus Group A :

- Focus Group A - Matrice des Codes
- Focus Group A - Matrice de codage des segments

Focus Group B :

- Focus Group B - Matrice des Codes
- Focus Group B - Matrice de codage des segments

Focus Group C :

- Focus Group C - Matrice des Codes
- Focus Group C - Matrice de codage des segments

Focus Group D :

- Focus Group D - Matrice des Codes
- Focus Group D - Matrice de codage des segments

Focus Group E :

- Focus Group E - Matrice des Codes
- Focus Group E - Matrice de codage des segments

Focus Group F :

- Focus Group F - Matrice des Codes
- Focus Group F - Matrice de codage des segments

Annexe 5 : Caractéristiques de la population

Session	Médecin	Dpt	Âge	Sexe	Activité Libérale	Activité autre	Durée d'installation	Régulateur	Expérience régulation	EML	Expérience EML	Régulation SAMU	Satisfaction séance	Satisfaction sujet
Focus Group A	MG A1	35	60	H	Semi-urbaine		30	✓	11	✓	NC	<input type="checkbox"/>	10	10
	MG A2	56	53	F	Rurale		25	✓	10	✓	0,5	✓	5	5
	MG A3	35	67	H	NC		35	<input type="checkbox"/>		✓	2	<input type="checkbox"/>	10	10
	MG A4	56	65	F	Rurale		30	✓	10	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	8	NC
	MG A5	56	51	H	Urbaine		18	✓	11	<input type="checkbox"/>		✓	6	6
	MG A6	56	62	F	Urbaine	Médecin coordonateur SESSAD	34	✓	10	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	7	6
	MG A7	56	66	H	Urbaine		36	✓	10	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	7	8
	MG A8	56	46	H	Semi-urbaine		14	<input type="checkbox"/>		✓	NC	<input type="checkbox"/>	8	8
	MG A9	56	62	H	Rurale		25	✓	10	✓	2	<input type="checkbox"/>	8	8
	MG A10	NC	67	H	Rurale		40	✓	1	✓	NC	<input type="checkbox"/>	8	8
	MG A11	56	52	F	Semi-urbaine		22	✓	10	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	7	8
Focus Group B	MG B1	56	55	H	Semi-urbaine		26	✓	1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	7	8
	MG B2	56	34	F	Semi-urbaine		0	✓	1	<input type="checkbox"/>		✓	8	8
	MG B3	56	NC	H	NC	NC	NC	<input type="checkbox"/>	NC	<input type="checkbox"/>	NC	<input type="checkbox"/>	NC	NC
	MG B4	56	57	H	Rurale		28	<input type="checkbox"/>		✓	2	<input type="checkbox"/>	7	7
	MG B5	56	54	H	Urbaine		10	✓	10	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	5	5
	MG B6	56	34	H	Rurale		1,5	✓	0,1	✓	1,5	<input type="checkbox"/>	7	7
	MG B7	56	43	H	Urbaine		12	<input type="checkbox"/>		✓	2	<input type="checkbox"/>	9	8
	MG B8	35	65	H	NC		11	✓	10	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	6	9
	MG B9	35	35	H	Rurale		6	<input type="checkbox"/>		✓	11	<input type="checkbox"/>	NC	NC
	MG B10	35	48	F	Semi-urbaine		14	✓	10	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	8	6
Focus Group C	MG C1	35	48	F	Urbaine	0	14	✓	3	✓	2	<input type="checkbox"/>	8	7
	MG C2	35	61	H	Semi-urbaine	0	31	<input type="checkbox"/>		✓		<input type="checkbox"/>	6	6
	MG C3	35	58	H	Semi-urbaine	0	30	✓	5	✓	5	<input type="checkbox"/>	8	8
	MG C4	35	56	F	Urbaine	0		✓	4	✓	2	<input type="checkbox"/>	7	5
	MG C5	35	44	H	Urbaine	0	11	<input type="checkbox"/>		✓	NC	<input type="checkbox"/>	5	6
	MG C6	35	54	H	Urbaine	0	24	✓	10	✓	2	✓	10	10
Focus Group D	MG D1	35	62	H	Rurale		34	✓	7	✓	2	<input type="checkbox"/>	7	7
	MG D2	56	55	F	Urbaine		25	✓	10	<input type="checkbox"/>		✓	5	1
	MG D3	56	41	H	Semi-urbaine	Somaticien clinique Psy/ Réserviste base commandos Lorient	7	<input type="checkbox"/>		✓	2,5	<input type="checkbox"/>	7	9
	MG D4	35	37	H	Urbaine		4	✓	11	✓	1	✓	7	7
	MG D5	35	38	H	Semi-urbaine		4	✓	2	✓	0,5	<input type="checkbox"/>	8	8
	MG D6	56	60	H	Rurale		11	✓	14	✓	2,5	<input type="checkbox"/>	8	8
	MG D7	35	58	H	Urbaine		21	✓	4	<input type="checkbox"/>		✓	8	8
	MG D8	35	50	H	Urbaine		18	✓	2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	9	9
Focus Group E	MG E1	35	52	H	Rurale	Médecin coordonateur	22	✓	3	✓	NC	✓	6	7
	MG E2	NC	68	H	NC	Médecin coordonateur	37	✓	11	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	9	9
	MG E3	35	66	F	NC			✓	2	✓	NC	✓	2	1
	MG E4	56	60	H	Semi-urbaine		28	✓	8	<input type="checkbox"/>		✓	8	8
	MG E5	35	50	H	Urbaine		17	<input type="checkbox"/>		✓	2,5	<input type="checkbox"/>	9	9
	MG E6	35	52	H	Semi-urbaine		14	✓	11	✓	11	<input type="checkbox"/>	8	8
Focus Group F	MG F1	35	46	F	Urbaine		5	✓	5	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	8	8
	MG F2	56	52	F	Rurale	Maitre de stage	21	✓	1	✓	NC	<input type="checkbox"/>	8	9
	MG F3	35	46	H	Urbaine		16	✓	8	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	7	7
	MG F4	35	43	H	Semi-urbaine	Médecin coordonateur	22	✓	6	✓	NC	<input type="checkbox"/>	9	10
	MG F5	35	51	H	Urbaine		21	✓	11	<input type="checkbox"/>		✓	9	8
	MG F6	NC	45	H	Semi-urbaine		15	<input type="checkbox"/>		✓	0,5	<input type="checkbox"/>	9	8
	MG F7	35	49	H	Rurale		17	<input type="checkbox"/>		✓	0,25	<input type="checkbox"/>	8	8

LE DAVADIC Thomas - Identification des freins et des attentes exprimés par les Médecins Régulateurs Libéraux bretons quant à la mise en place d'un fichier commun d'aide à la régulation

58 feuilles, 3 graphiques, 1 tableau, 30cm.-Thèse : (Médecine) ; Rennes 1;2016 ;
N°

Résumé : Objectif : Évaluer les freins et les attentes exprimés par les médecins régulateurs bretons (MRL) quant à la mise en place d'un fichier commun d'aide à la régulation en région Bretagne.

Matériel et Méthode : Réalisation de plusieurs Focus Group composés de médecins régulateurs libéraux exerçant dans le Morbihan et l'Ille-et-Vilaine.

Résultats : L'usage de protocoles en régulation libérale suscite de nombreuses réactions divergentes parmi les MRL. Un même aspect est jugé différemment selon le régulateur et il est donc difficile de répondre précisément à leur besoins. D'ailleurs, les protocoles conçus par des médecins n'ayant pas l'expérience de la régulation libérale sont vivement critiqués, au contraire de celui conçu par des MRL.

Conclusion : Notre étude a mis en valeur ces avis hétérogènes, qui doivent être pris en compte lors de la mise en place d'un fichier commun d'aide à la régulation, afin de concevoir un document répondant au mieux à leurs besoins.

Abstract : Objective : Evaluate obstacles and expectations expresses by Breton regulating doctors (RD) on the establishment of a common help file in Brittany.

Methods : Realization of several focus group composed of liberals regulating doctors practicing in Morbihan and Ille-et-Vilaine.

Results : The use of help files raises many divergent reactions among the RD. One aspect is judged differently according to the regulator and therefore it is difficult to precisely meet their needs. Furthermore, protocols designed by doctors with no experience of telephone triage are heavily criticized, unlike the one designed by RD.

Conclusion : Our study highlighted these heterogeneous opinions to be taken into account in the establishment of a triage protocol, in order to design a document that best meet their needs.

Rubrique de classement : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots clés : Permanence des soins; Soins ambulatoire; Téléphone; Triage; Protocole; Focus groupes

Keywords : After-Hours-Care; Ambulatory Care; Telephone; Triage; Protocol; Focus Group

Jury : Président : Monsieur le Professeur Jacques BOUGET
PU-PH CHU Rennes / Président

Assesseurs : Monsieur le Professeur Claude ECOFFEY
PU-PH CHU Rennes / Assesseur

Madame le Docteur Françoise TATTEVIN
MCU Associé DMG Rennes / Assesseur

Monsieur le Docteur Jean Louis SAMZUN
Médecin Généraliste Lorient / Directeur de Thèse

Adresse de l'auteur :

Mr LE DAVADIC Thomas, 11 rue Nantaise, 35000 RENNES