



HAL
open science

Prévalence des demandes de patients non vus en face à face en médecine générale

Célestin Guillouet

► **To cite this version:**

Célestin Guillouet. Prévalence des demandes de patients non vus en face à face en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02270844

HAL Id: dumas-02270844

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02270844v1>

Submitted on 26 Aug 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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 janvier 2019

par

Célestin GUILLOUET

Né le 4 septembre 1986 à Caen (Calvados)

TITRE DE LA THÈSE :

Prévalence des demandes de patients non vus en face à face
en médecine générale

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Monsieur le Dr LE BAS François

Monsieur le Dr GABEREL Thomas

Monsieur le Dr GONCALVES Pascal (Directeur de Thèse)

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie

M. DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M. DENISE Pierre	Physiologie
M. DERLON Jean-Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Neurochirurgie
Mme DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M. DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M. DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M. ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M. FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M. GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M. GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et
prévention	
M. HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M. HAMON Martial	Cardiologie
Mme HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M. HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. médecine péri-
opératoire	
M. HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. HURAUULT de LIGNY Bruno <small>Éméritat jusqu'au 31/01/2020</small>	Néphrologie
M. ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M. JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M. LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et
prévention	
M. LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et
prévention	
M. LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M. LEPORRIER Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
M. LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M. LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M. MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M. MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M. MARTINAUD Olivier	Neurologie
M. MAUREL Jean	Chirurgie générale
M. MILLIEZ Paul	Cardiologie
M. MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie

M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	------------------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	----------------------	---------

Année Universitaire 2018 / 2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS
HOSPITALIERS**

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle Éméritat jusqu'au 31/08/2019	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie

M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÜÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER-NOEL Sophie <small>(fin 31/08/2021)</small>	Médecine générale
M.	LE BAS François <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale

Remerciements :

A monsieur le Professeur Xavier LE COUTOUR,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude et mes sentiments les plus respectueux.

A monsieur le Docteur François LE BAS,

Vous m'avez fait l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Merci pour votre investissement auprès du département de médecine générale de Caen.

Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A monsieur le Docteur Thomas GABEREL,

Tu m'as fait l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Merci d'avoir accepté de juger mon travail qui ne fait pourtant pas parti de ta spécialité.

C'est un immense honneur de te compter parmi les membres de ce jury.

Merci pour cette rencontre incroyable lors d'un tonus, pour ces chirurgies passées ensemble, pour ta confiance, pour ces parties de golf, pour les bonnes bouffes et pour toutes les années à venir que nous partagerons en famille.

A monsieur le Docteur Pascal GONCALVES, mon cher directeur de thèse,

Tu m'as fait l'honneur d'encadrer et de diriger ma thèse.

Nous avons vécu un vrai marathon avec une préparation toute en longueur, mis à mal par mes doutes à mi-parcours, puis une fois la tête relevée, un finish magnifique.

Tu auras été pour moi un leader inspirant et débordant d'idées.

Merci pour ce sujet qui m'a passionné. Merci pour ta disponibilité et ta persévérance.

Je t'en serai éternellement reconnaissant.

A monsieur le Docteur Vincent KOWALSKI,

Merci pour ton regard avisé et ton apport pour les statistiques.

A tous les investigateurs de l'étude,

Merci pour votre investissement et votre soutien.

Dédicaces :

A mes parents, qui ont toujours cru en moi.

Loin d'être une vocation d'enfant, être médecin n'était pas gagné d'avance. Mais vous m'avez toujours soutenu et fait confiance.

Je vous aime.

A mes amis et compagnons d'étude, Julien, Loic, Léa, Raf, Charlotte, Raphael, Hubert, Ségolène, Romain, Diane, Aurore, Yassine, Pierre et Laurent.

Merci pour toutes ces montagnes gravies ensemble et à toutes ces émotions partagées.

A tous mes amis rencontrés au collège, au lycée et à la fac,

Louis-Grégoire, Etienne, Max, Rafy, Julia, Alex, Xav, Olivier, Pierre, Chadi, Toto, Hélène,

Vous m'avez tous rendu meilleur et j'espère vous faire honneur.

A Milan, mon vieux compagnon de route.

Merci pour ton amitié sans faille.

A chacun de mes formateurs, médecins et paramédicaux,

Vous avez façonné le médecin que je suis et je vous en serai éternellement reconnaissant.

A mes pairs qui m'ont fait confiance pour mes débuts en libéral, les Docteurs Bricout, Bennia, Bureau-Hebert, Trigatti, Pesnel, Armand, Dary, Szwarc et toute l'équipe d'SOS médecins Caen et enfin à l'équipe d'H4D.

Merci à toute ma famille et ma belle-famille.

Merci à Capucine pour le bonheur que tu nous apportes.

Et enfin, merci à toi Maud, ma femme, mon double,

Merci de m'avoir accompagné durant toutes ces années d'études ponctuées de doutes,

Merci pour ces moments de bonheur passés près de toi, et pour ceux encore à venir,

Je t'aime.

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AVK : Anti Vitamine K

FPMT : Forfait Patientèle Médecin Traitant

HAS : Haute Autorité de Santé

INR : International Normalized Ratio

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

SMS : Short Message Système

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Figures

Figure 1 : Le questionnaire	10
Figure 2 : Recueil des données	14
Figure 3 : Prévalence moyenne des demandes par jour	15
Figure 4 : Comment la demande a-t-elle été faite ?	17
Figure 5 : Quel était le motif principal de la demande ?	17
Figure 6 : Comment caractérisez-vous cette demande ?	18
Figure 7 : Durée estimée pour gérer cette demande	18
Figure 8 : Comparaison de la prévalence des demandes sur 4 jours entre les médecins installés et les médecins remplaçants	20
Figure 9 : Prévalence moyenne des demandes en fonction du nombre de patients vus en consultation par jour et par médecin	21

Tableaux

Tableau 1 : Avantages et inconvénients des différents moyens de communication	5
Tableau 2 : Caractéristiques des investigateurs	13
Tableau 3 : Prévalence des demandes	15
Tableau 4 : Caractéristiques des demandes en pourcentage du total des demandes	16
Tableau 5 : Selon le motif, quels étaient les sentiments des investigateurs ?	19
Tableau 6 : Selon le motif, quelle était la durée estimée de la demande	19
Tableau 7 : Différences de motifs dans les demandes des médecins remplaçants et des médecins installés	21

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
1.1. CONTEXTE	1
1.2. ETAT DES CONNAISSANCES SUR LE SUJET.....	2
1.3. OBJECTIFS DE L'ETUDE	8
2. METHODE	9
2.1. TYPE D'ETUDE	9
2.2. LE QUESTIONNAIRE.....	9
2.3. RECRUTEMENT DES INVESTIGATEURS	11
2.4. PERIODE DE RECUEIL DES DEMANDES	11
2.5. CRITERES D'INCLUSION	11
2.6. RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNEES	12
3. RESULTATS	13
3.1. DONNEES DESCRIPTIVES	13
3.2. ANALYSE DES DONNEES	19
4. DISCUSSION	22
4.1. LIMITES ET FORCES.....	22
4.2. LA PREVALENCE DES DEMANDES DE PATIENTS NON VUS EN FACE A FACE	23
4.3. LES CARACTERISTIQUES DES DEMANDES DE PATIENTS NON VUS EN FACE A FACE.....	24
4.4. COMMENT AMELIORER LA QUALITE DE LA REPONSE FAITE AUX DEMANDES ?	26
4.5. COMMENT DIMINUER LE NOMBRE DE DEMANDES DERANGEANTES ?	26
4.6. COMMENT REVALORISER CES DEMANDES QUI ENGAGENT LA RESPONSABILITE MEDICALE ?	28
5. CONCLUSION :	29
6. BIBLIOGRAPHIE	30
7. ANNEXES	32

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

Les demandes des patients non vus en face à face

Les consultations de médecine générale se déroulent majoritairement en présence du patient. Les médecins généralistes sont également sollicités en dehors d'une rencontre en face à face : demandes téléphoniques/mail de conseils ou de suivi, demandes de la part de proches ou d'autres professionnels de santé.

Ce type de demande a un impact sur la qualité de la réponse apportée pour le patient : les données recueillies et prises en compte sont moins nombreuses et de moins bonne qualité. Elles offrent moins de possibilités d'élargir sur d'autres problèmes de santé.

La fréquence, les caractéristiques de ces demandes et le temps médical consacré pour y répondre ne sont pas connus.

1.2. Etat des connaissances sur le sujet

Médecins et patients estiment qu'une consultation sur vingt aurait pu être traitée par téléphone. [1]

1.2.1. *Le point de vue des patients*

Plus de 3 patients sur quatre (81%) disent ne pas être gênés par l'interruption de leur consultation par un appel téléphonique. Lorsqu'ils appellent eux même, ils sont 43% à penser que le médecin ne devrait pas répondre.

Un patient sur deux est favorable à un mode de communication via le téléphone portable du médecin, 41% pour le mail et 23% pour le SMS.

Les motifs des appels sont des demandes d'ordonnance (28,5%), des conseils médicaux (28%), des interprétations d'examen (25%), des demandes de certificat (9,5%) ou un soutien moral (5%). [2]

Dans cette étude, 60% des patients interrogés déclaraient avoir déjà appelé leur médecin généraliste pour une autre raison qu'une prise de rendez-vous, et 80% étaient contre la rémunération des appels au cabinet.

1.2.2. *Le point de vue des médecins*

La communication

Dans le cadre de la régulation médicale téléphonique, le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) bénéficie de recommandations édictées par la HAS (Haute Autorité de Santé) en 2011. Il n'en existe pas pour le médecin à son cabinet. [3,4]

Les médecins généralistes ne changent pas fondamentalement leur comportement communicatif au téléphone en comparaison à la consultation en face à face. A la différence de l'entretien en face à face, la consultation téléphonique est souvent mono-thématique et plus courte. [5]

La formation

Communiquer à distance avec un patient s'apprend. [6]

Les médecins doivent être formés à l'activité téléphonique qui nécessite une expertise dans les techniques d'interrogatoire avec des protocoles précis. [7]

Le secrétariat doit bénéficier aussi d'une formation pour juger du motif et de son urgence potentielle. Une recommandation HAS 2009 invite par exemple les secrétariats à rediriger les suspicions d'AVC directement vers le SAMU avec l'aide de protocoles. [8,9]

Dans le cadre d'une formation sur la téléconsultation, la SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste) a mené une étude auprès de médecins généralistes libéraux sur la manière dont ils géraient ces appels à leur cabinet. Ils ont modifié leurs pratiques à la suite de l'étude, notamment concernant la prise de notes dans le dossier médical. Ils ont aussi changé leurs manières de répondre au téléphone (absence de messagerie, plages horaires dédiées aux réponses téléphoniques, filtrage des appels et formation du secrétariat à la gestion des appels). [10]

La responsabilité du médecin généraliste

Il revient au médecin de se défendre lorsque sa responsabilité est engagée et certaines recommandations pour la pratique ont été proposées [11] :

- s'assurer de l'identité et des coordonnées du correspondant
- identifier précisément la demande et son degré d'urgence
- pas de recommandations personnalisées à un inconnu
- proposer une consultation physique si nécessaire
- s'assurer de la bonne compréhension des instructions
- respecter le secret médical
- conserver une trace écrite ou un enregistrement sonore
- les mails doivent être réservés aux seuls patients connus du médecin
- utilisation d'un secrétariat formé au filtrage des appels

Le téléphone

Le temps consacré à répondre aux demandes a été peu étudié et est très variable d'une étude à l'autre. La littérature retrouve des durées allant de 90 minutes [12] à 7h [13] de conseils téléphoniques par semaine.

Le bénéfice du téléphone a été mis en évidence dans certains suivis psychiatriques avec des avis courts mais répétés plus efficaces qu'une seule consultation présenteielle. [14]

Une étude parue en 2002 en Angleterre rapportait une diminution de 30 à 50% du besoin de consultation en face à face grâce à la gestion téléphonique de la demande le jour même et une réduction de 15 à 20% du besoin de consultations lors d'un suivi. [15]

Mais cette gestion n'était pas un gain de temps pour la pratique et les patients traités par téléphone seulement revenaient 1,5 fois plus souvent que ceux traités en face à face. [16]

1.2.3. Les différents modes de communication : avantages et inconvénients

« Le téléphone a des avantages, surtout appréciés par les patients, malgré des inconvénients, surtout perceptibles par les médecins ». [6]

Les médecins généralistes sont aussi disponibles par d'autres moyens de communication que le téléphone : 47 % échangent par e-mails avec leurs patients et 48 % donnent leur numéro de téléphone portable. [13]

Tableau 1 : Avantages et inconvénients des différents moyens de communication

[11]

	Avantages	Inconvénients
Téléphone	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion des urgences immédiate - Continuité des soins - Rapidité d'accès pour le patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Identité de l'interlocuteur incertaine - Degré d'urgence difficile à évaluer - Pas de prescription directe - Absence de trace écrite automatique - Interruption de consultation - Risque de rupture du secret médical
SMS	<ul style="list-style-type: none"> - Rapidité de transmission - Accusé de réception possible - Trace écrite - Transmission de photos possible 	<ul style="list-style-type: none"> - Identité du lecteur incertaine - Pas de prescription directe
e-mail	<ul style="list-style-type: none"> - Rapidité de transmission - Réponse au moment qui convient le mieux - Accusé de réception possible - Trace écrite - Transmission de photos ou de documents - Prescription d'ordonnance autorisée * 	<ul style="list-style-type: none"> - Identité du lecteur incertaine - Problème de la "remise en main propre" pour les certificats
Fax	<ul style="list-style-type: none"> - Rapidité de transmission - Accusé de réception possible - Trace écrite - Pièce jointes possibles 	<ul style="list-style-type: none"> - Identité du réceptionneur incertaine
Courrier postal	<ul style="list-style-type: none"> - Trace écrite - Accusé de réception possible - Documents avec signature manuscrite 	<ul style="list-style-type: none"> - Identité du réceptionneur incertaine - Délais de traitement allongés - Pas de prescription directe

* Article 34 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie concernant la prescription médicale par courriel.

Le fax et le courrier postal sont plus souvent utilisés à la suite d'un échange préalable par l'un des 3 premiers moyens de communication (téléphone, SMS ou mail). Leur utilisation peut être considérée comme anecdotique.

1.2.4. Le cadre législatif et éthique de ces modes de communication en médecine générale

Secret médical et confidentialité des données

La loi protège les données de santé (dossiers et courriers) et le secret professionnel. Le secret médical est opposable à tous les médecins et s'applique quelles que soient les conditions de recueil de l'information sur le patient. [17,18]

L'absence de face à face lors de l'échange d'information médicale implique de s'assurer de l'identité de la personne avec qui les informations sont échangées. [6]

Responsabilité engagée

Tout médecin qui se trouve en présence, ou informé, d'un malade ou d'un blessé en péril doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. Même si rien n'oblige le médecin à répondre au téléphone en dehors du contexte de la permanence des soins, une fois celui-ci décroché, il ne peut se défaire de l'obligation de porter assistance si besoin. La responsabilité du médecin est toujours engagée dans les suites d'un appel téléphonique pour avis médical. [19-21]

La continuité des soins

Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée mais le patient n'est pas pour autant déchargé de ses responsabilités. Si le médecin est tenu de veiller à la continuité des soins du patient, encore faut-il que ce dernier les requiert en se rendant à son cabinet et non seulement en lui passant un appel téléphonique. [22-24]

Le balisage des échanges

Le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) ainsi que les assureurs médicaux mettent en garde sur l'intérêt de noter les informations échangées pour les opposer en cas de conflit. [10,19]

Absence d'honoraires

Le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire. [25,26]

1.3. Objectifs de l'étude

1.3.1. *Objectif principal*

L'objectif principal de cette étude est de mesurer la prévalence des demandes de patients non vus en face à face en médecine générale.

1.3.2. *Objectifs secondaires*

Les objectifs secondaires sont de caractériser ces demandes :

- Comment les demandes sont-elles faites ?
- Quels sont les motifs principaux de ces demandes ?
- Comment ces demandes sont-elles perçues par les médecins ?
- Quel temps médical est consacré pour y répondre ?

Nous avons souhaité connaître les réponses à ces questions afin d'améliorer la gestion de ces demandes dans le quotidien du médecin généraliste.

2. METHODE

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale descriptive utilisant un mode de recueil de données prospectif.

2.2. Le questionnaire

En l'absence de questionnaire validé, celui-ci a été conçu avec la littérature, l'expérience et à l'aide d'un questionnaire (en annexe) utilisé lors d'une étude sur les appels téléphoniques en consultation. [2,13,27,28]

Une attention particulière a été portée sur la faisabilité du questionnaire en cours de consultation (figure 1). Pour cela, il a été testé, et affiné, en avril 2018 avec 4 médecins généralistes.

Figure 1 : Le questionnaire

Questionnaire de thèse juin 2018 « Prévalence des demandes de patients non vus en face à face en médecine générale », C. GUILLOUET

Entourer le jour :	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
--------------------	-------	-------	----------	-------	----------

I. COMMENT LA DEMANDE A-T-ELLE ETE FAITE ? (Une seule réponse à cocher)

A. Par téléphone

1. Demande faite par le patient lui-même
2. Demande faite par un proche du patient
3. Demande faite par un professionnel de santé

B. Par une tierce personne en face à face

C. En différé (Par fax, SMS, email, via la secrétaire)

1. Demande faite par le patient lui-même
2. Demande faite par un proche du patient
3. Demande faite par un professionnel de santé

II. QUEL ETAIT LE MOTIF PRINCIPAL DE LA DEMANDE ? (Une seule réponse à cocher)

A. Un conseil médical

1. Faisant suite à un problème de santé vu récemment en consultation
2. A propos d'un nouveau problème de santé

B. Une interprétation/gestion d'un INR

C. Une interprétation d'un autre examen complémentaire (imagerie, biologie...)

D. Une demande de prescription

1. De médicament (renouvellement d'ordonnance, hypnotiques...)
2. De matériel médical (semelles, lit médicalisé,...)
3. Paramédicale (soins infirmiers, kinésithérapie,...)
4. D'examen complémentaire
5. De bon de transport
6. Autres :

E. Une modification de prescription (non substituable, rupture du médicament...)

F. Un certificat médical (Arrêt/accident de travail, assurance, APA, MDPH, sport, journée enfant malade,...)

G. Une demande administrative (prise de rdv avec un spé, règlement de consultation, double d'un document,...)

H. Une demande d'information sur l'état de santé d'un patient

I. Un courrier (adressage à un autre spécialiste,...)

J. Autres :

III. COMMENT CARACTERISEZ-VOUS CETTE DEMANDE ? (Plusieurs réponses possibles)

A. Gain de temps

B. Perte de temps

C. Vous a déconcentré / perturbé

D. Justifiait une consultation médicale

E. Relevait d'un oubli de votre part lors d'une consultation précédente

F. Aurait du être géré par un autre professionnel de santé

G. Autres :

IV. DUREE ESTIMEE POUR GERER LA DEMANDE : (Une seule réponse à cocher)

A. Moins de 2 minutes

B. Entre 2 et 5 minutes

C. Plus de 5 minutes

V. COMMENTAIRES

2.3. Recrutement des investigateurs

Les investigateurs étaient tous médecins généralistes et ont été recrutés au sein d'un réseau professionnel personnel et en fonction de leur motivation.

Après une première approche physique ou par mail qui nous a permis d'identifier la motivation à participer à l'étude, ils ont été rencontrés sur leurs lieux de travail pour expliquer le protocole et remettre les questionnaires.

2.4. Période de recueil des demandes

Le recueil a été fait sur une période de 4 jours pleins dans une même semaine et celui-ci se s'est déroulé la semaine 22 (du 28 mai au 1er juin) ou la semaine 23 (du 4 au 8 juin) en 2018, en fonction des disponibilités des investigateurs.

2.5. Critères d'inclusion

Une demande devait être formulée sans face à face avec le patient concerné. Celle-ci pouvait être faite par le patient lui même mais aussi par une tierce personne (ami, famille, professionnel de santé). Dans le cas d'une tierce personne, la demande pouvait être formulée en face du médecin, le patient concerné restant absent physiquement.

Tous les moyens de communication étaient possibles.

Il fallait aussi un secrétariat, qu'il soit sur place ou à distance.

Critère d'exclusion

Nous avons exclu toutes les demandes de rendez-vous, y compris en l'absence d'un secrétariat joignable.

2.6. Recueil et traitement des données

2.6.1. *Recueil des données*

Les investigateurs étaient encouragés à répondre au questionnaire dès la fin de la gestion de la demande afin de ne pas laisser passer de demandes ou de détails sur les caractéristiques de celles-ci.

Les questionnaires étaient classés par jour de la semaine. Et chaque lot de questionnaire était associé à un investigateur. Cela permettait de connaître combien de demandes étaient faite par jour et par investigateur.

Le recueil des données a été réalisé avec l'aide du logiciel Excel®.

2.6.2. *Traitement des données manquantes*

En cas de remplissage erroné d'un questionnaire (réponse manquante ou deux cases cochées au lieu d'une seule pour les questions I, II et IV), les réponses n'étaient pas comptabilisées.

Pour la réponse J (motif = autre) à la question II, nous avons remplacé le commentaire de l'investigateur par la réponse correspondante dans les autres propositions.

2.6.3. *Analyse des données*

Pour l'analyse des données, nous avons mis en évidence les réponses dont les effectifs étaient les plus importants et certaines associations de résultats. Ces données ont ensuite été croisées pour observer les liens entre les associations de réponses.

3. RESULTATS

3.1. Données descriptives

Tableau 2 : Caractéristiques des investigateurs

Nombre d'investigateurs		18
Type d'exercice	Médecin installé	(13) 72%
	Médecin remplaçant	(5) 28%
Sexe	Homme	(14) 78%
	Femme	(4) 22%
Age moyen en années [min-max]		37,1 [29-60]
Nombre de consultations moyen par jour [min-max]		28,7 [12-37]
Mode d'exercice	En groupe (à 2 ou plus)	18
	Seul	0
Type de secrétariat	Sur place	18
	A distance	0

Figure 2 : Recueil des données

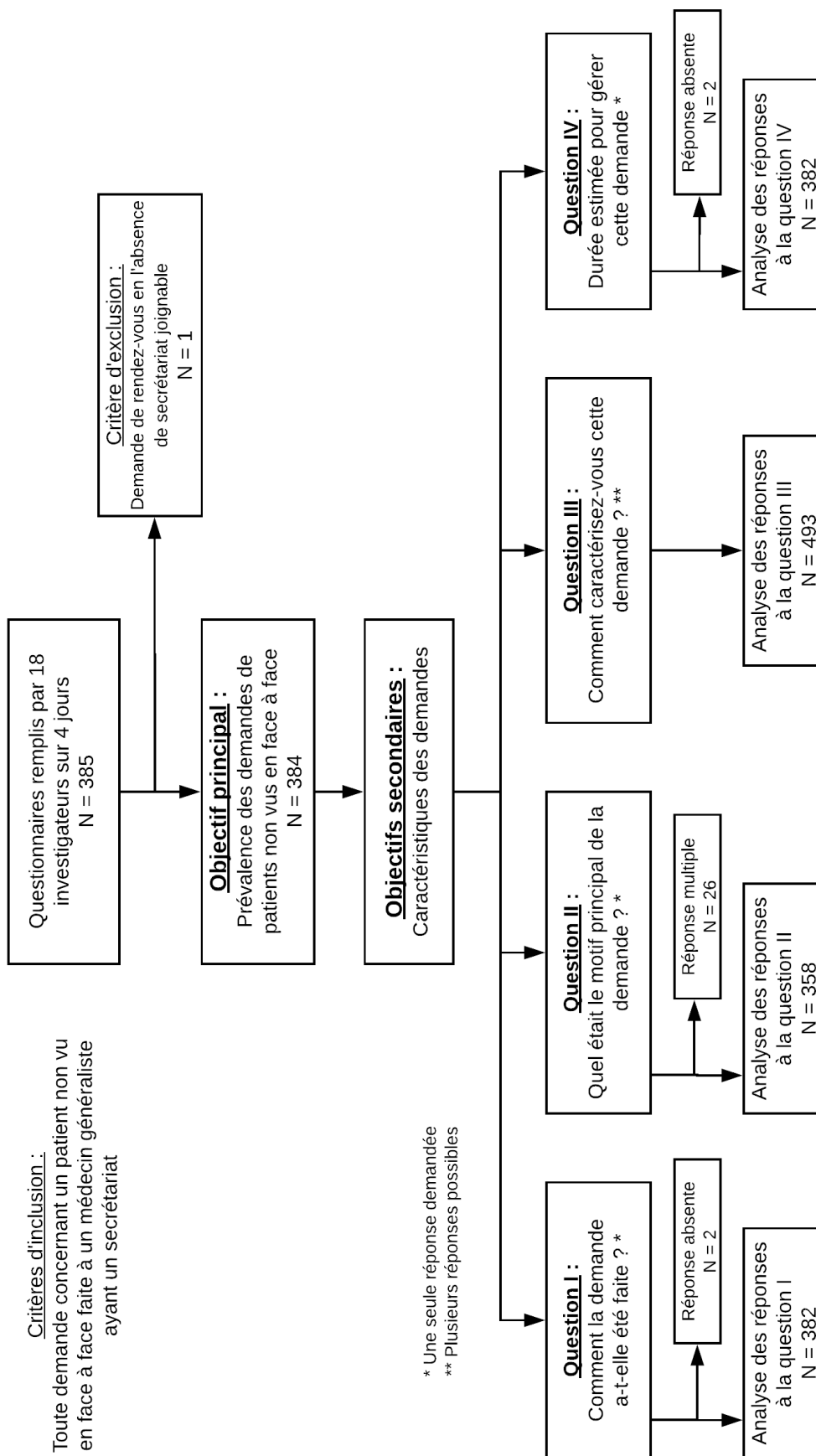


Tableau 3 : Prévalence des demandes

Nombre de demandes moyen par jour [min-max]	
Lundi ($n_d = 123$; $n_i = 17$)	7,2 [0-12]
Mardi ($n_d = 57$; $n_i = 14$)	4,1 [0-9]
Mercredi ($n_d = 57$; $n_i = 14$)	4,1 [1-8]
Jeudi ($n_d = 60$; $n_i = 12$)	5 [0-15]
Vendredi ($n_d = 87$; $n_i = 15$)	5,8 [1-18]

Nombre de demandes moyen sur 4 jours [min-max]	
Pour les Médecins installés	24,5 [5-61]
Médecins remplaçants	13,2 [7-22]
Tous les investigateurs	21,3 [5-61]

n_d = nombre de demandes
 n_i = nombre d'investigateurs

Figure 3 : Prévalence moyenne des demandes par jour

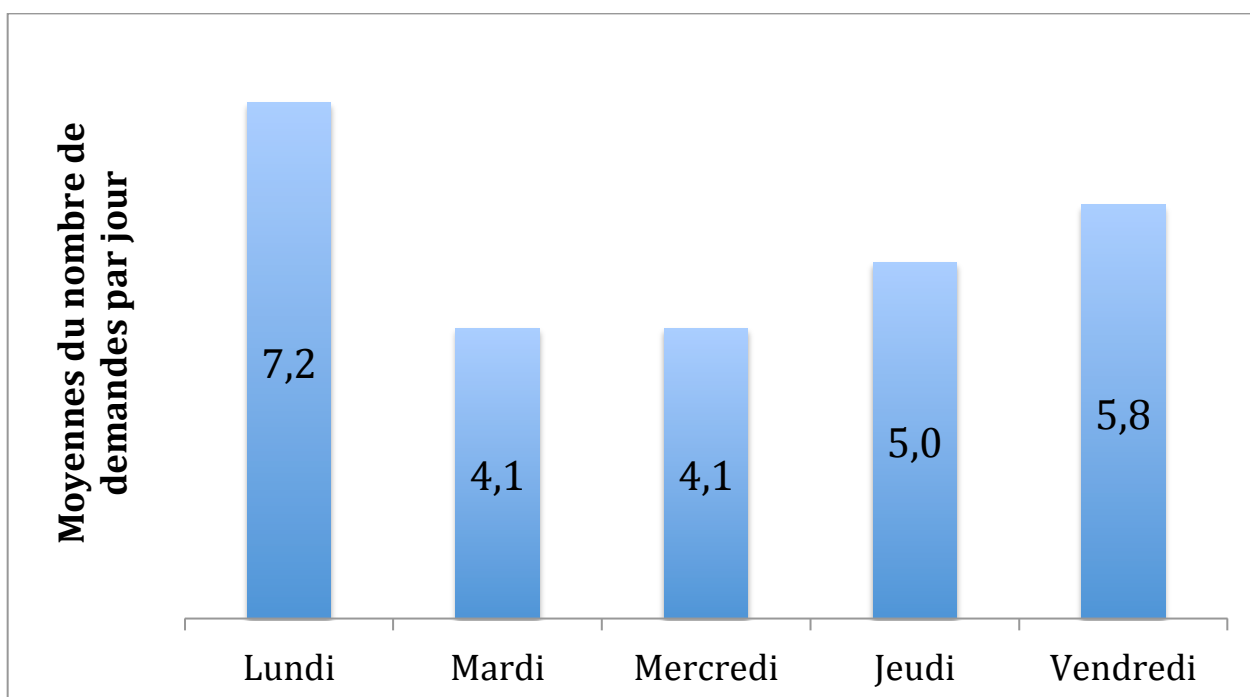


Tableau 4 : Caractéristiques des demandes en pourcentage du total des demandes (N=384)

Comment la demande a-t-elle été faite ?		
Par téléphone : par le patient	(39)	10,2%
par un proche du patient	(24)	6,3%
par un professionnel de santé	(48)	12,5%
Par une tierce personne en face à face	(44)	11,5%
En différé : par le patient	(117)	30,5%
par un proche du patient	(40)	10,4%
par un professionnel de santé	(70)	18,2%
Total	(382)	99,5%
Quel était le motif principal de la demande ?		
Conseil : faisant suite à un problème de santé déjà vu	(48)	12,5%
sur un nouveau problème de santé	(19)	4,9%
Interprétation/Gestion d'un INR	(35)	9,1%
Interprétation d'un autre examen complémentaire	(18)	4,7%
Prescription : de médicament	(68)	17,7%
de matériel médical	(21)	5,5%
paramédicale	(15)	3,9%
d'examen complémentaire	(19)	4,9%
de bon de transport	(14)	3,6%
autre	(2)	0,5%
Modification de prescription	(12)	3,1%
Certificat médical	(27)	7,0%
Demande administrative	(31)	8,1%
Demande d'information sur la santé d'un patient	(24)	6,3%
Réalisation d'un courrier	(5)	1,3%
Total	(358)	93,2%
Comment caractérisez vous cette demande ? (plusieurs réponses possibles)		
Gain de temps	(88)	22,9%
Perte de temps	(219)	57,0%
Déconcentré/Perturbé	(60)	15,6%
Justifiait une consultation	(70)	18,2%
Oubli lors d'une consultation précédente	(15)	3,9%
Aurait dû être gérée par un autre professionnel de santé	(26)	6,8%
Autre	(15)	3,9%
Durée estimée pour gérer la demande		
< 2 minutes	(278)	72,4%
entre 2 et 5 minutes	(74)	19,3%
> 5 minutes	(30)	7,8%
Total	(382)	99,5%

Figure 4 : Comment la demande a-t-elle été faite ?

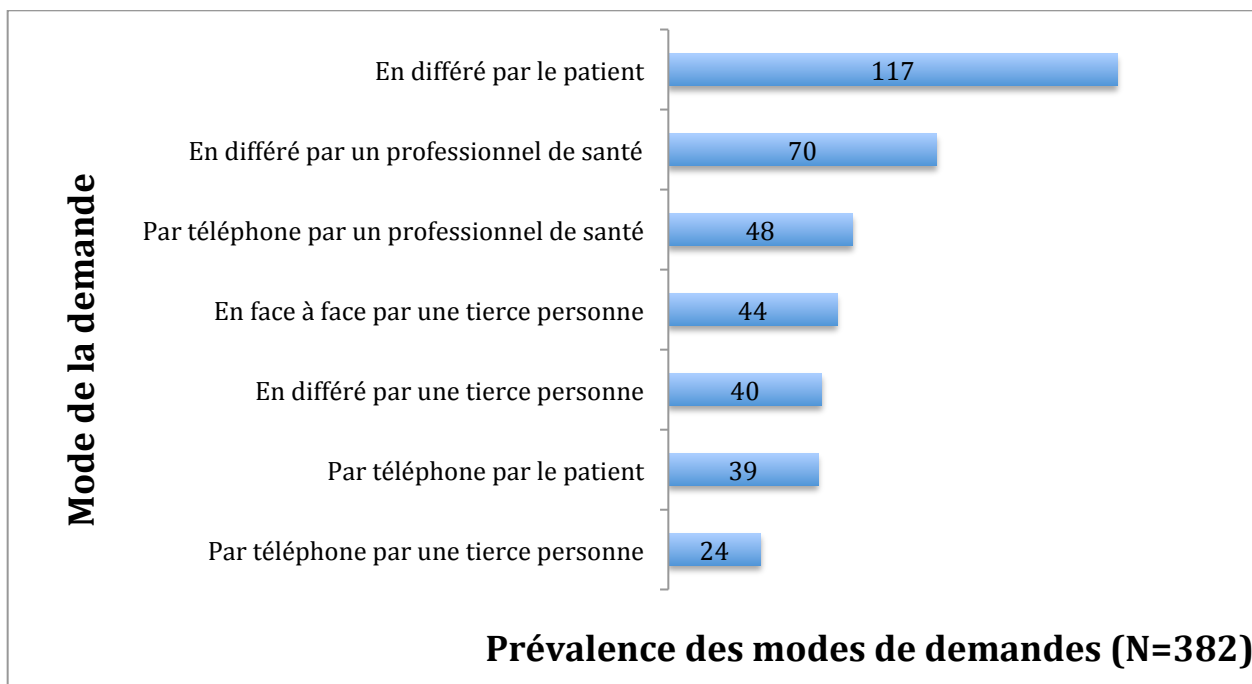


Figure 5 : Quel était le motif principal de la demande ?

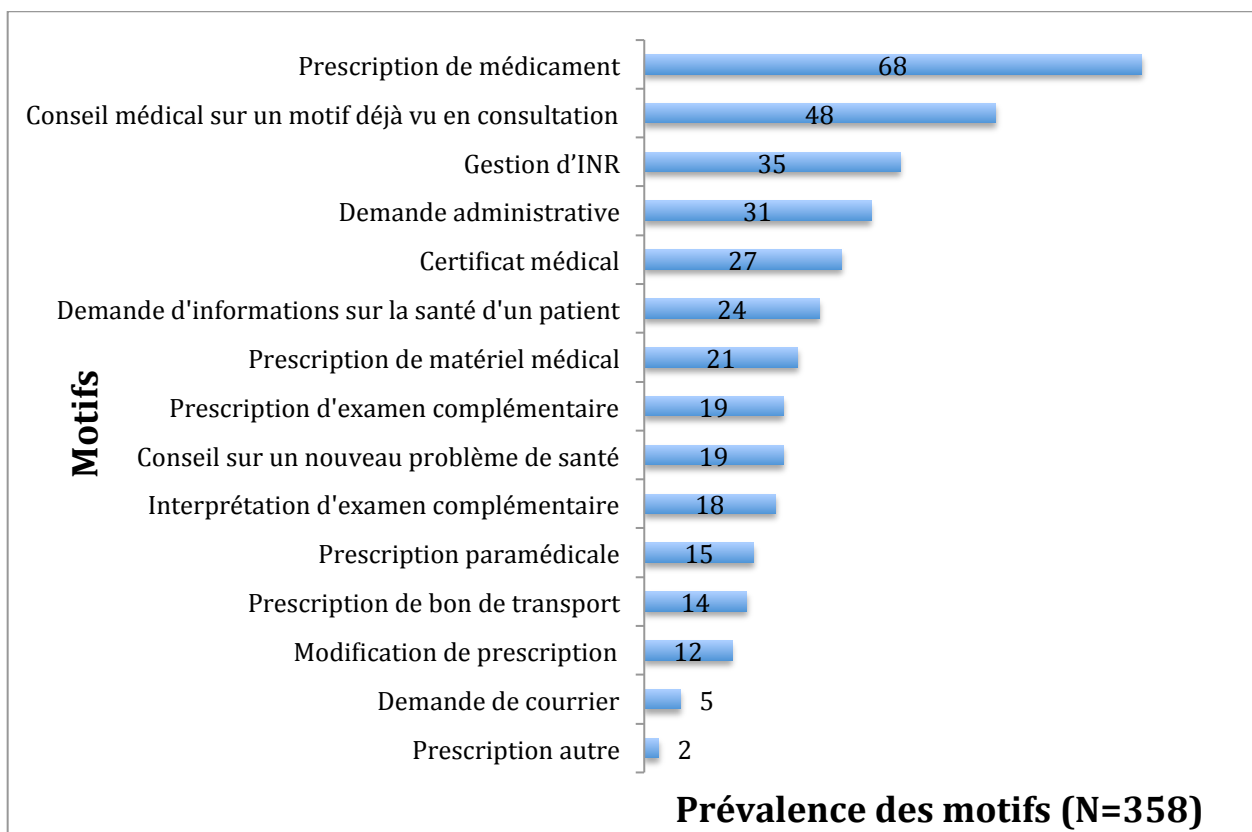


Figure 6 : Comment caractérisez-vous cette demande ?

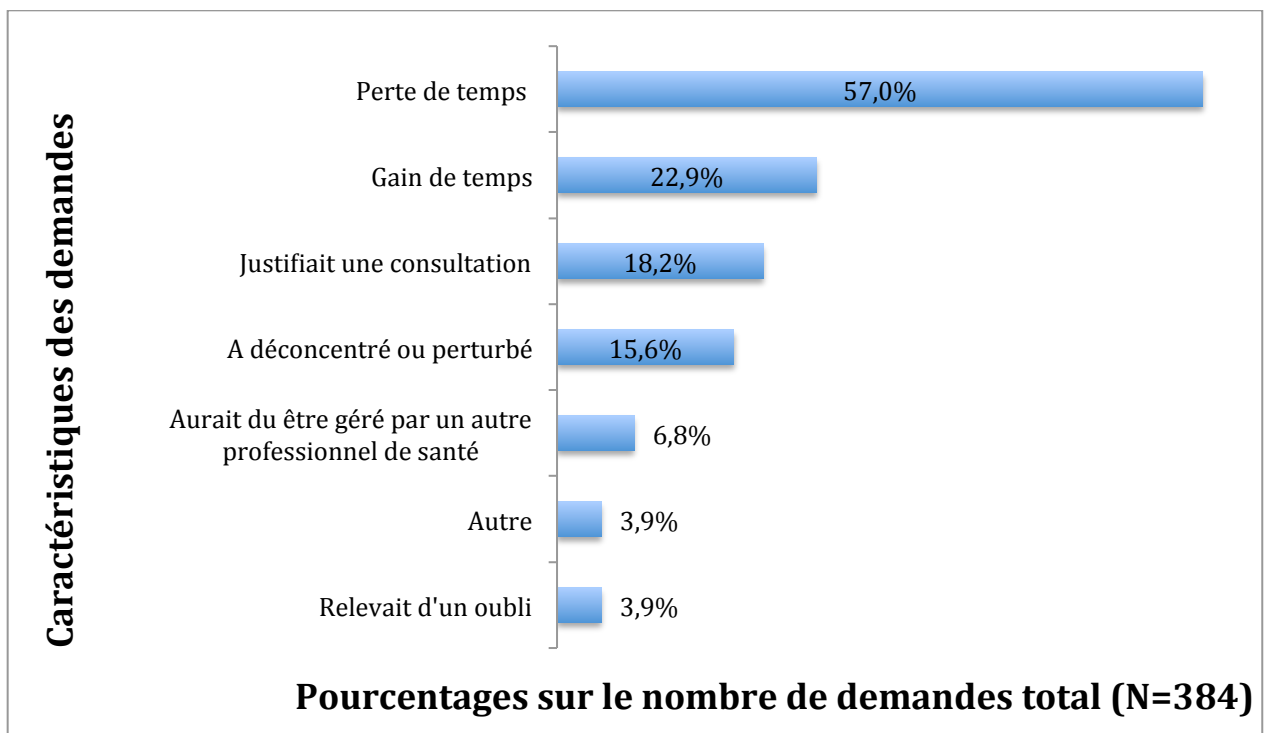
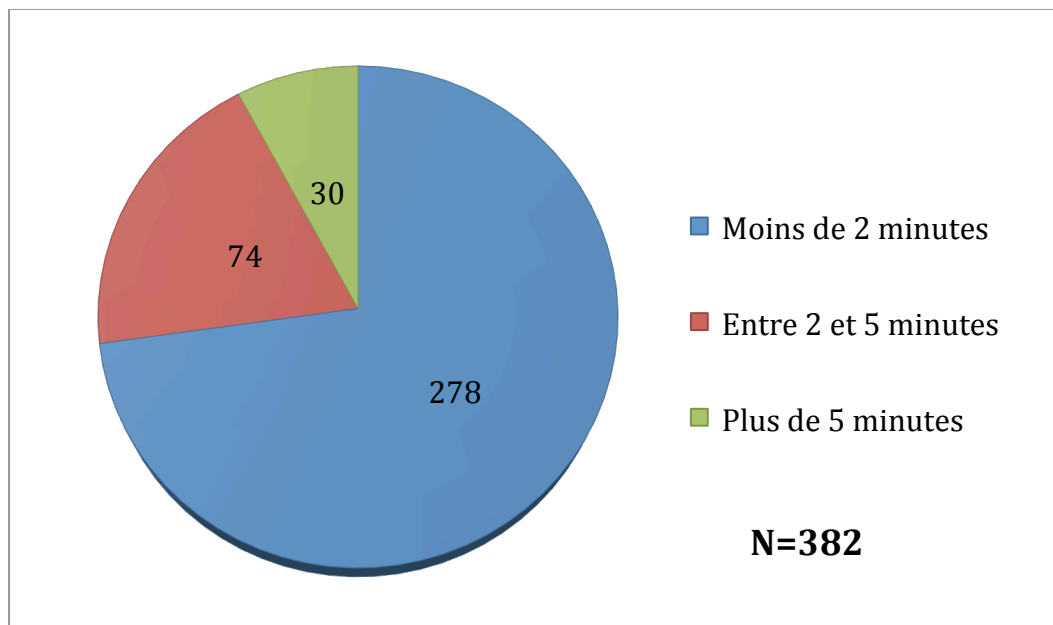


Figure 7 : Durée estimée pour gérer cette demande



3.2. Analyse des données

3.2.1. *Motifs et caractéristiques des demandes*

Tableau 5 : Selon le motif, quels étaient les sentiments des investigateurs ?

Motifs principaux	Comment caractérisez-vous cette demande ?			
	Gain de temps	Perte de temps	Déconcentré	Justifiait une consultation
Prescription médicament (n=68)	(13) 19%	(39) 57%	(8) 12%	(15) 22%
Conseil post consultation (n=48)	(12) 25%	(24) 50%	(10) 21%	(11) 23%
Gestion d'INR (n=35)	(23) 66%	(8) 23%	(2) 6%	(0) 0%
Demande administrative (n=31)	(3) 10%	(25) 81%	(10) 32%	(2) 7%
Tous les conseils médicaux (n=67)	(17) 25%	(33) 49%	(15) 22%	(21) 31%
Toutes les prescriptions (n=151)	(29) 19%	(89) 59%	(17) 11%	(25) 17%
Total (n=358)	(86) 24%	(199) 56%	(59) 17%	(66) 18%

3.2.2. *Motifs et durées estimées des demandes*

Tableau 6 : Selon le motif, quelle était la durée estimée de la demande

Motifs principaux	Durée estimée pour répondre à la demande		
	< 2 min	entre 2 et 5 min	> 5 min
Prescription de médicament (n=67)	(57) 85%	(9) 13%	(1) 2%
Conseil post consultation (n=48)	(36) 75%	(7) 15%	(5) 10%
Gestion d'INR (n=35)	(29) 83%	(6) 17%	(0) 0%
Demande administrative (n=30)	(17) 57%	(10) 33%	(3) 10%
Tous les conseils (n=67)	(48) 72%	(10) 15%	(9) 13%
Toutes les prescriptions (n=150)	(124) 83%	(22) 15%	(4) 3%
Total (n=356)	(256) 72%	(71) 20%	(29) 8%

3.2.3. Temps passé par semaine à gérer les demandes

Le temps passé à gérer les demandes des patients non vus en face à face en médecine générale a été estimé entre 20 minutes et au moins 73 minutes sur une période de 4 jours. Le calcul est détaillé en annexe.

3.2.4. Variabilités des investigateurs

3.2.4.1. Différences entre médecins installés et remplaçants

L'une des grandes différences dans les caractéristiques des investigateurs était la variable installés/remplaçants. Nous avons donc voulu savoir si la prévalence des demandes était différente dans les 2 groupes.

Figure 8 : Comparaison de la prévalence des demandes sur 4 jours entre les médecins installés et les médecins remplaçants

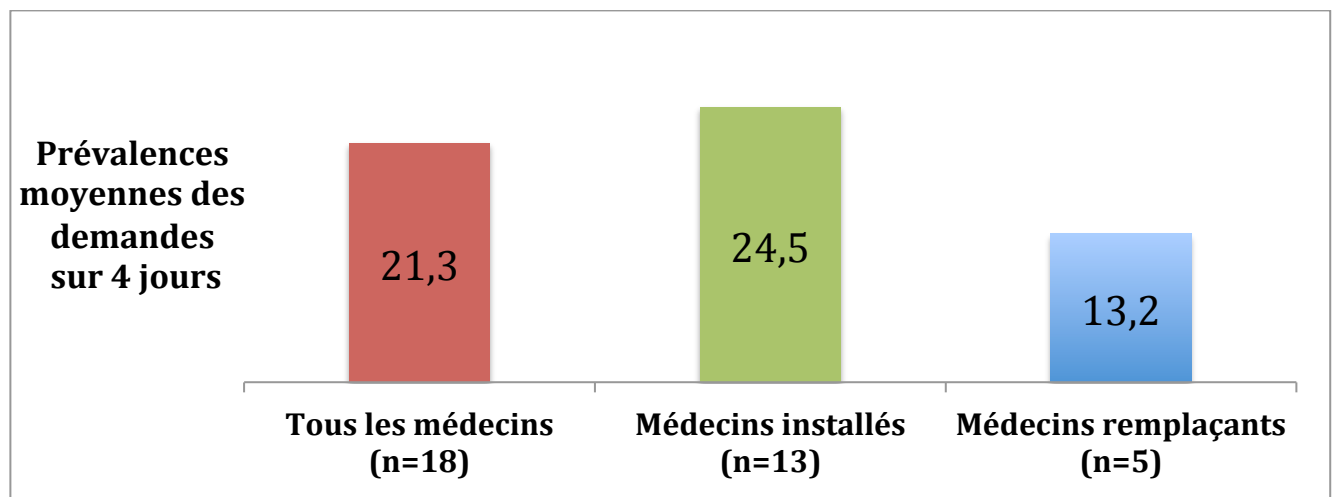


Tableau 7 : Différences de motifs dans les demandes des médecins remplaçants et des médecins installés

Motifs	remplaçants (n=5*)	installés (n=13*)
Prescription médicament (n=68)	10 (15%)	58 (85%)
Conseil post consultation (n=48)	12 (25%)	36 (75%)
Gestion d'INR (n=35)	9 (26%)	26 (74%)
Demande administrative (n=31)	3 (10%)	28 (90%)
Tous les conseils médicaux (n=67)	15 (22%)	52 (78%)
Toutes les prescriptions (n=151)	24 (16%)	127 (84%)

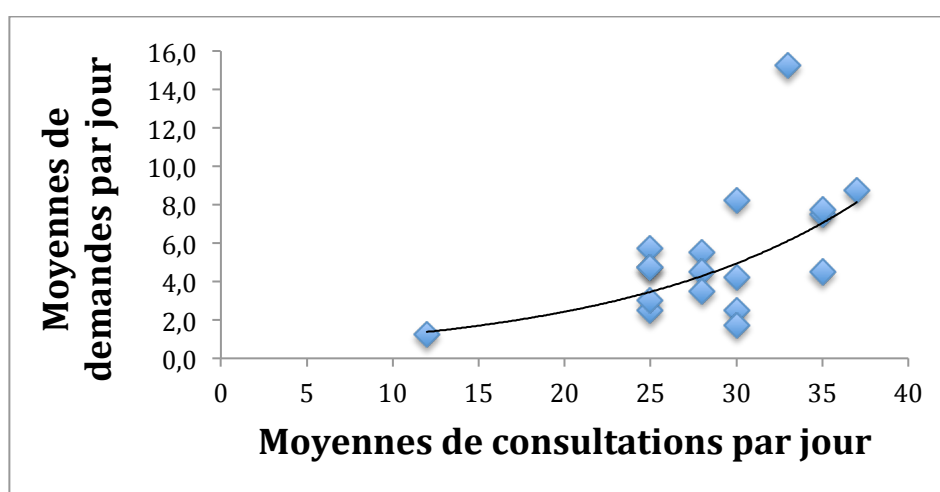
* L'effectif des remplaçants (n=5) correspondait à 28% de l'effectif total des investigateurs.

3.2.4.2. *Sentiments de gain ou de perte de temps par investigateur*

Les demandes ayant entraîné un sentiment de gain de temps ou de perte de temps n'étaient pas significativement corrélées à la durée estimée de la demande (p=0,706 pour le gain de temps et p=0,158 pour la perte de temps).

3.2.4.3. *Nombre de demandes en fonction de l'activité*

Figure 9 : Prévalence moyenne des demandes en fonction du nombre de patients vus en consultation par jour et par médecin



La prévalence moyenne des demandes par jour était significativement corrélée au nombre de patients vus en face à face (p=0,029).

4. DISCUSSION

4.1. Limites et forces

4.1.1. *Limites*

Le choix des investigateurs parmi un réseau personnel a entraîné un biais de sélection. Le choix d'une population de médecins inconnus n'aurait pas permis de s'assurer de l'exhaustivité du recueil, primordial dans une question de prévalence. Dans ce sens, il n'y a pas eu de calcul du nombre d'investigateurs nécessaire et la représentativité de la population des médecins généralistes est limitée.

La période non épidémique du recueil (mai/juin) a probablement sous estimé le nombre de demandes mais a augmenté le nombre d'investigateurs participant à l'étude.

Bien que nous ayons testé le questionnaire, trente d'entre eux ont présenté des données manquantes ou ininterprétables (7,8%), réduisant la puissance des analyses.

4.1.2. *Forces*

La collecte de données en consultation est l'un des points forts de notre étude, souvent difficile à mettre en place en médecine libérale. Il n'y a pas eu d'investigateurs perdus de vue, et tous, ont témoigné d'un recueil exhaustif des demandes, ce qui montre une adéquation du mode de recueil choisi avec les conditions d'exercice.

La durée du recueil (4 jours pleins sur une même semaine) a permis de limiter un biais de sélection du jour par les investigateurs, sachant que les médecins déclarent consulter 9 demi-journées par semaine en moyenne. [29]

4.2. La prévalence des demandes de patients non vus en face à face

Il y a eu dans notre étude 21,3 demandes en moyenne sur 4 jours, représentant un temps de gestion de 20 à 73 minutes par médecin sur 4 jours.

Ces données sont difficilement comparables à d'autres études et restent, à notre connaissance, les seules sur les demandes des patients non vus en face à face en dehors des demandes de rendez-vous.

L'URPS Ile de France retrouvait une moyenne de 15 appels reçus directement par jour et 9 appels émis. C'était 33 minutes passées au téléphone par jour mais ces résultats incluaient aussi les médecins sans secrétariat avec les demandes de rendez-vous. Ces demandes de rendez-vous concernaient 47,7% des appels reçus au cours de cette étude, limitant toute comparaison avec nos résultats. ^[13]

Le Baromètre URML Bretagne documentait 30 appels par semaine d'une durée hypothétique à 3 minutes par appel, équivalent à 90 minutes de conseils téléphoniques. Mais dans notre étude, les demandes supérieures à 2 minutes ne correspondaient qu'à 27% du total des demandes. ^[12]

Notre étude permet d'apporter une précision sur les demandes qui requièrent un avis médical tout en intégrant des données de terrain.

Le nombre de demandes faites aux médecins remplaçants (13,2 demandes) était inférieur à celui des médecins installés (24,5 demandes). Nous supposons que les demandes non urgentes pouvaient attendre le médecin installé, contrairement aux demandes urgentes. Seulement 10% des demandes administratives totales étaient demandées aux remplaçants alors que ces derniers représentaient 25% de l'effectif des investigateurs. Les gestions d'INR ne pouvant pas attendre par définition, c'est bien 25% d'entre elles qui étaient traitées par les remplaçants.

4.3. Les caractéristiques des demandes de patients non vus en face à face

Les 4 principaux motifs des demandes étaient la prescription médicamenteuse (17,7%), les conseils sur un problème de santé déjà connu (12,5%), la gestion des INR (9,1%) et enfin, les demandes administratives (8,1%). D'autres études ont évoqué les motifs mais ils n'étaient jamais aussi détaillés que les notre.

Les patients interrogés sur leur dernier appel passé au médecin demandaient principalement une ordonnance, suivi par ordre de fréquence, d'un conseil médical, du résultat d'un examen et de la demande d'un certificat. [2]

Une autre étude incluant 14 médecins de la Loire retrouvait en premier les commentaires concernant un examen complémentaire, suivi des conseils médicaux et des demandes de courriers ou d'ordonnances. Les motifs divergent ici mais ce n'était pas l'un des objectifs de l'étude, seulement une constatation, incluant notamment les demandes de rendez-vous estimées à 20% des appels. [27]

Pour l'URPS des médecins d'Ile de France [13], il y avait 99,1% des appels qui ne comportaient qu'un seul motif alors que pour notre étude, 26 demandes (7%) comptabilisaient au moins 2 motifs.

Y avait-il plus souvent des motifs multiples dans notre étude ? C'est peut être la conséquence de l'inclusion d'autres modes de demande que par téléphone. Notamment celles faites en différé qui ont peut être entraîné plus de motifs.

C'est en appréciant mieux la prévalence des motifs des demandes de patients qu'on apprécie mieux les points sur lesquels insister en consultation pour améliorer la prise en charge des patients.

Le sentiment de perte de temps dominait (57%) et concernait principalement les demandes administratives (81%). Les demandes administratives déconcentraient aussi plus souvent le médecin (32% contre moins de 20% pour toutes les autres demandes) et demandaient plus de temps que les autres (43% étaient >2 minutes contre moins de 25% pour toutes les autres demandes). Mais seulement 7% des demandes administratives auraient justifié une consultation. C'est en échangeant avec

l'un des investigateurs que nous avons pu percevoir une explication. Celui-ci ayant précisé qu'il préférerait gérer certaines demandes administratives seul et en dehors des consultations à l'aide du dossier médical.

A contrario, l'impression de gain de temps apparaissait dans moins d'un quart des demandes et c'était la gestion de l'INR qui en était le motif principal (66%). Dans la pratique, ajuster un INR est relativement simple et cela ne déconcentrait pas beaucoup nos investigateurs (6%). Dans tous les cas, ils ne justifiaient jamais une consultation (0%).

Il était intéressant de connaître le point de vue du médecin concernant ces demandes pour en comprendre l'impact quotidien dans son activité. Ces sentiments sont totalement subjectifs et font intervenir de nombreux facteurs de confusion. Nous retiendrons surtout ici l'aspect dérangent de la majorité des demandes justifiant l'intérêt porté à l'étude de nos investigateurs.

Beaucoup d'autres données croisées apportaient des informations intéressantes mais manquaient de puissance pour être mises en évidence dans nos résultats. Un exemple avec les bons de transport qui auraient du être gérés par un autre professionnel de santé dans 36% des cas (contre <10% pour tous les autres motifs). Mais avec seulement 14 bons de transports demandés pour les 18 investigateurs, ce type de résultats n'avait pas sa place dans notre analyse des données.

L'analyse des résultats et des documents utilisés dans cette étude nous a permis d'aborder 3 questions essentielles auxquelles nous avons tenté de répondre :

- Comment améliorer la qualité de la réponse faite aux demandes ?
- Comment diminuer le nombre de demandes dérangelantes ?
- Comment revaloriser ces demandes qui engagent la responsabilité médicale ?

4.4. Comment améliorer la qualité de la réponse faite aux demandes ?

Se former

La régulation téléphonique est nécessaire à la continuité des soins, au conseil et à la prévention en santé. Mais elle impacte la qualité des soins en cours et entraîne un risque d'erreurs médicales. [1,5,6,27,30]

Réguler une demande par téléphone est une activité spécifique du médecin avec ses propres codes. Soigner par téléphone est un acte difficile et non inné, même pour de bons cliniciens. La prise en charge d'un patient autrement qu'en consultation doit être enseignée. [3,5,7,19,24,27,31-33]

4.5. Comment diminuer le nombre de demandes dérangeantes ?

Renforcer l'éducation thérapeutique du patient

Il faut apporter aux patients les clés d'une meilleure autonomie dans leur santé avec un bénéfice appréciable des 2 côtés. [2,6,15,27]

Voici quelques exemples de solutions pour 3 des 4 principaux motifs retrouvés dans notre étude :

- Prendre l'habitude de préciser sur les ordonnances l'évolution naturelle de la maladie (motif : conseils faisant suite à un problème de santé déjà vu en consultation).
- Améliorer la gestion autonome de l'INR (motif : gestion de l'INR).
- Inciter les patients à pré-remplir les documents administratifs avec les informations dont ils disposent (motif : demande administrative).

La prescription de médicament, qui était la demande la plus fréquente, relève de la propre responsabilité du médecin prescripteur.

Filtrer les appels par un secrétariat

C'est un prérequis qui a été systématiquement rappelé dans chaque étude sur le téléphone au cabinet. Il s'agit là de limiter les demandes à celles qui nécessitent un avis médical afin de réduire l'impact du téléphone en cours de consultation. [2,8,19,24,31-33]

Identifier les motifs qui pourraient être délégués

Certaines demandes administratives pourraient être gérées par des assistants médicaux (duplicata d'ordonnance, pré-remplissage de documents administratifs) [34] ou encore laisser la tâche des équilibrations d'INR entièrement aux pharmaciens qui bénéficient déjà d'un accord avec la sécurité sociale pour l'éducation aux AVK [35]. Mais la délégation de tâche est délicate à mettre en place pour les médecins qui ne sont pas tous prêts à ce genre d'exercice.

Envisager des créneaux pour gérer ces demandes en dehors des consultations

Plus de la moitié des patients n'y sont pas favorables mais selon les médecins, c'est 1,7 appels par jour qui sont considérés comme dérangeants et 0,6 par jour susceptibles d'entraîner une erreur médicale (oubli d'un médicament sur l'ordonnance après une interruption téléphonique par exemple ou une rupture du secret médical devant le patient présent). Dans notre étude, c'était en moyenne 3,2 demandes sur 4 jours (15,6%) qui ont déconcentré/perturbé le médecin. [2,12,16,27,29]

Un cabinet de groupe pourrait proposer que chaque médecin soit disponible à tour de rôle sur des temps dédiés.

Nous avons questionné a posteriori les investigateurs au sujet des 4 principaux motifs retrouvés et leurs souhaits, soit de ne plus avoir à gérer ces demandes en dehors d'une consultation, soit à être rémunéré pour l'acte effectué.

Une majorité souhaitait ne plus avoir à gérer les INR d'une part et être rémunéré pour la gestion des demandes administratives d'autre part. Pour les 2 premiers motifs (prescription de médicament et conseil médical), les avis étaient partagés.

4.6. Comment revaloriser ces demandes qui engagent la responsabilité médicale ?

Au regard des risques et de la responsabilité engagée dans la gestion de ces demandes, c'est bien à de véritables consultations que les médecins font face. Dès lors, la question de la rémunération de ces actes se pose. [19,31,36]

En 2012, l'URPS médecins d'Ile de France recommandait déjà aux pouvoirs publics de reconnaître et valoriser le télé-conseil qui représentait, dans leur étude, l'équivalent de 25 consultations par semaine. [13]

Depuis 2017, un dispositif d'accompagnement AVK est l'un des axes de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) du pharmacien. [34] Les médecins n'ont pas de valorisation pour cette gestion qui correspond pourtant à la 3^{ème} demande la plus importante de notre étude (9,1% des motifs).

Les codes de la santé publique et de déontologie interdisent aujourd'hui la rémunération du conseil téléphonique mais depuis septembre 2018, une loi autorise certains actes de télémédecine et leur facturation avec remboursement par la sécurité sociale. [37] Pour la loi HPST (Hopital, Patients, Santé, Territoires) de 2009 [37,38], ces demandes sont similaires à des consultations à distance et devraient normalement entrer dans le cadre de la télémédecine.

Ces demandes ne devraient-elles pas faire partie intégrante de ce qu'on appelle désormais les téléconsultations au regard du système de santé ?

On pourrait sinon, imaginer un nouvel acte de gestion administrative ou encore un forfait gestion d'INR à l'année pour les patients sous AVK.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, le FPMT (Forfait Patientelle Médecin Traitant) permet de valoriser le « volet de synthèse médicale » et le « suivi » du patient ayant déclaré le médecin comme Médecin Traitant. Allant de 5 à 70 euros par an pour les patients aux antécédents les plus lourds, le FPMT reste loin de compenser l'ensemble de ces tâches.

5. Conclusion :

Nous connaissons déjà la dimension prépondérante des demandes faites en parallèle des consultations présentiels y compris leurs aspects dérangeants mais ce travail trouve sa force dans l'étude contextuelle des demandes.

Les données recueillies permettent d'identifier quelles caractéristiques sont à analyser en priorité pour fluidifier la continuité des soins en évitant de perturber les rencontres en face à face.

Ces demandes n'échappant à aucun médecin généraliste, l'étude nous a permis de proposer des recommandations pour améliorer leur prise en charge dans le quotidien des médecins :

Recommandations aux médecins :

- Filtrer les appels par un secrétariat
- Se former à répondre aux demandes pour améliorer la qualité de la réponse et limiter les erreurs médicales induites
- Anticiper les conseils post-consultation en précisant l'évolution naturelle des pathologies sur l'ordonnance.
- Favoriser l'éducation thérapeutique du patient ou créer des protocoles pour la gestion des INR
- Réfléchir à des créneaux dédiés de conseils téléphoniques (cabinets de groupes)

Recommandations aux institutions :

- Encourager la formation professionnelle à la réponse aux demandes
- Encourager le partage de compétence avec des assistants médicaux par exemple
- Réfléchir aux modes de rémunération pour valoriser ces temps médicaux

6. Bibliographie

- [1] Stevenson M, Marsh J, Roderick E. Can patients predict which consultations can be dealt with by telephone? Br J Gen Pract. nov 1998;48(436):1771-2.
- [2] Van Ballenberghe Pedrosa J. L'appel téléphonique au cabinet du médecin généraliste : point de vue des patients [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01195905/document>
- [3] Giroud M, Pateron D. Régulation médicale : la HAS édicte des recommandations sur la prise en charge d'un appel. Ann Fr Médecine Urgence. 1 janv 2012;2(1):4-6.
- [4] Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale [Internet]. 2011 mars. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1061039/fr/modalites-de-prise-en-charge-d-un-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale
- [5] Hewitt H, Gafaranga J, McKinstry B. Comparison of face-to-face and telephone consultations in primary care : qualitative analysis. Br J Gen Pract. 1 mai 2010;60(574):e201-12.
- [6] Hoerni B. Le téléphone dans la pratique de la médecine. Bull Académie Natl Médecine. 2004;188(3):431-9.
- [7] Higgs R, Blache G, Peters M, Armstrong E, Jessopp L. Telephone consultation requires appropriate training. BMJ. 5 juill 2003;327(7405):53.
- [8] Faurre Y. Triage par la secrétaire médicale des recours urgents et non programmés en médecine générale : étude des déterminants de l'obtention d'un rendez-vous pour le jour même. [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2012. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00767624/document>
- [9] Haute Autorité de Santé. Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse) [Internet]. 2009 mai. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_830203/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse
- [10] De Lacoste M, Decroix G, Delabar A, Carrié L, Duhoux B, Quétel A. Teleconsultation : les pièges à éviter. Revue MACSF. avr 2012;12(45).
- [11] Trinchet I. Usage des technologies de communication dans la relation médecin-malade: impact sur la responsabilité du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2008.
- [12] Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Le temps de travail des médecins généralistes : Une synthèse des données disponibles. Quest Déconomie Santé [Internet]. juill 2009;(144). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/2009/questions-d-economie-de-la-sante.html>
- [13] URPS Ile de France. Les appels téléphoniques en consultation chez le médecin généraliste [Internet]. 2012 avr. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/etude/etude-appels-telephoniques-recus-emis-medecin-generaliste-lui-meme-consultation-a-cabinet/>
- [14] Mitka M. Telemedicine eyed for mental health services: approach could widen access for older patients. JAMA. 8 oct 2003;290(14):1842-3.
- [15] Oldham J. Telephone use in primary care. BMJ. 7 sept 2002;325(7363):547.
- [16] McKinstry BH. Telephone consultations may not save time. BMJ. 23 nov 2002;325(7374):1242.
- [17] Article L1110-4 relatif au secret médical. Code de la santé publique.
- [18] Article 432-9 relatif aux correspondances. Code pénal.
- [19] Hoerni B, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Appels téléphoniques de patients et déontologie médicale [Internet]. 1998 juill. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/teleph.pdf>
- [20] Article 223-6 relatif à la non assistance à personne en danger. Code pénal.

- [21] Article R4127-9 relatif à la non assistance à personne en danger. Code de la santé publique.
- [22] Article R4127-47 relatif à la continuité des soins. Code de la santé publique.
- [23] Article 7 - Non discrimination | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Code de déontologie. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-7-non-discrimination-231>
- [24] Hocquet-Berg S. Pas de consultation médicale par téléphone! [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.revuegeneraledudroit.eu/blog/2016/01/12/pas-de-consultation-medecale-par-telephone/>
- [25] Article 53 - Honoraires | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 29 févr 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-53-tact-et-mesure-277>
- [26] Article R4127-53 relatif aux honoraires du médecin. Code de la santé publique.
- [27] Guillaume J, Vallée J, Bonnefond H, Charles R. Appels téléphoniques au cours de la consultation de médecine générale Revue de morbi-mortalité en groupe d'analyse de pratiques. Médecine. 1 janv 2013;9(1):41-6.
- [28] Supper I, Écochard R, Bois C, Paumier F, Bez N, Letrilliart L. Recherche en Médecine Générale : un tiers des généralistes prêts à participer. Médecine. janv 2012;8(1):39-45.
- [29] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les emplois du temps des médecins généralistes [Internet]. 2012 mars. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
- [30] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. La santé au bout du fil. Santé Homme [Internet]. oct 2004;(373). Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/373.asp>
- [31] Deau X, Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'activité médicale téléphonique auprès du patient : Peut-on admettre la prescription téléphonique et à quelles conditions ? [Internet]. 2004 oct. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-activite-medecale-telephonique-aupres-du-patient-peut-admettre-la-prescription-telephonique-et-que-724>
- [32] Collège des Médecins du Québec. Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://lemedecinduquebec.org/archives/2015/3/courriels-textos-et-autres-modes-de-communication-que-faire-et-que-ne-pas-faire/>
- [33] Amalberti R, Brami J. Consultations virtuelles avec les patients. In: Audit de sécurité des soins en médecine de ville [Internet]. Springer, Paris; 2013. p. 35-50. (Collection Progrès en Sécurité des Soins). Disponible sur: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-2-8178-0348-7_3
- [34] Union nationale des caisses d'assurance maladie, Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, Union des syndicats de pharmaciens d'officine, Union nationale des pharmacies de France, Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie. Avenants n°1 à la Convention Nationale des Pharmaciens [Internet]. déc, 2017. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants>
- [35] Béguin F. Fin du numerus clausus, médecins salariés... les mesures du plan santé. Le Monde [Internet]. 17 sept 2018; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2018/09/17/fin-du-numerus-clausus-des-medecins-salaries-4-000-assistants-medicaux-les-grandes-mesures-du-plan-sante_5356428_1651302.html
- [36] Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards Croisés Sur Léconomie. 24 avr 2009;(5):144-58.
- [37] Article L6316-1 relatif à la télémédecine. Code de la santé publique.
- [38] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 78 [Internet]. juill, 2009. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article_78

7. ANNEXES

Annexe 1 : Calcul du temps passé à gérer les demandes

Le temps passé à gérer les demandes des patients non vus en face en médecine générale a été estimé entre 20 minutes et au moins 73 minutes sur une période de 4 jours.

→ Les 20 minutes sont calculées en prenant le temps minimal : 0 minutes pour les demandes <2min, 2 minutes pour les demandes entre 2 et 5 minutes et enfin, 5 minutes pour les demandes supérieures à 5 minutes.

→ Les 73 minutes sont calculées en prenant le temps maximal (sauf au delà des 5 minutes, n'ayant pas fixé de limite) : 2 minutes pour les demandes <2min, 5 minutes pour les demandes entre 2 et 5 minutes et enfin, 5 minutes pour les demandes >5 min.

Exemple de calcul : pour les demandes de moins de 2 minutes du lundi, en prenant le temps maximal (2 minutes) le calcul est le suivant :

Pourcentage de demandes de moins de 2 min (72,4%) x Moyenne de demande/j (lundi par exemple : 7,2) x 2 (en minutes) = 10,4 minutes

Nb : à l'inverse, le temps minimal pour ces demandes correspond donc à 0 minutes.

Annexe 2 : Grille de recueil des appels pour l'étude de l'URPS Ile de France en 2010

20/04/10

N°identifiant XXXX

Section généralistes

Grille de recueil des appels téléphoniques reçus par le MG lui-même en consultation à son cabinet

Consigne : Vous devez choisir 2 journées de consultation représentatives et différentes, qui seront choisies dans le mois suivant la réception de ce courrier, afin de recueillir uniquement les appels que vous recevez.

Date J1 :

Nombre de consultations sur la journée :

N° des appels		1 ^{er} appel	2 ^e appel	3 ^e appel	4 ^e appel	5 ^e appel	6 ^e appel
Heure de l'appel							
Durées des appels (en minutes)							
Origine de l'appelant <i>(veuillez cocher la case correspondante)</i>	Patient						
	Famille						
	Confrère						
	Autres						
Motifs de l'appel <i>(veuillez cocher la case correspondante)</i>	Prise de rendez-vous						
	Conseils sur une prescription antérieure						
	Conseils sans consultation antérieure						
	Autres						
Suites données aux appels reçus <i>(veuillez cocher la case correspondante)</i>	Prise de rendez-vous						
	Conseils ou résultats examens						
	Prescriptions sans consultation (ex duplicata, certificat, renouvellement)						
	A rappeler						

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : GUILLOUET Célestin

TITRE : Prévalence des demandes de patients non vus en face à face en médecine générale

RÉSUMÉ :

INTRODUCTION : Les médecins généralistes sont souvent sollicités en dehors d'une rencontre en face à face : demandes de conseils, de prescription ou de suivi, demandes de la part de proches ou d'autres professionnels de santé. Nous avons mesuré la prévalence de ces demandes et leurs caractéristiques. METHODE : C'est une étude épidémiologique transversale descriptive. Nous avons étudié toutes les demandes de patients non vus en face à face de 18 médecins ayant un secrétariat à l'exclusion des demandes de rendez-vous. Le recueil s'est fait en 2018 sur une période de 4 jours de la semaine 22 ou 23. Chaque demande était caractérisée à l'aide d'un questionnaire conçu pour l'étude. RESULTATS : Il y a eu en moyenne 21,3 demandes reçues par médecin sur 4 jours. Elles étaient majoritairement faite par un patient en différé (30,5%). Les motifs principaux étaient la prescription de médicaments (17,7%), un conseil médical post-consultation (12,5%), la gestion d'un INR (9,1%) et une demande administrative (8,1%). Les médecins jugeaient ces demandes comme une perte de temps dans 57% des cas et un gain de temps dans 22,9% des cas. Les demandes ont requis un temps de gestion compris entre 20 et 73 minutes sur 4 jours. DISCUSSION : Une amélioration de la réponse apportée au patient passe par le biais de recommandations pratiques. Une formation à l'entretien téléphonique et la création de créneaux dédiés à la gestion des demandes font parti de nos recommandations. L'activité du médecin et sa responsabilité sont impactés par ces demandes quotidiennes, elles doivent être revalorisées.

MOTS-CLÉS : Médecine Générale, Moyens de communication, Acte gratuit, Téléconsultation, Régulation médicale et Responsabilité médicale.

TITLE : Number of patient requests not seen face-to-face in general practice

RESUME :

INTRODUCTION : General practitioners are often asked outside a face-to-face meeting : requests for advice, prescription or follow-up, requests from relatives or other health professionals. We measured the prevalence of these requests and their characteristics. METHOD : This is a descriptive transverse epidemiological study. We studied all the requests of patients not seen during face-to-face meetings from 18 general practitioners with a secretarial office excluding requests for appointments. The data collection was done in 2018 over a period of 4 days in week 22 or 23. Each request was characterized using a survey designed for the study. RESULTS : There were an average of 21.3 requests received per doctor over 4 days. They were mostly made by a patient in deferred (30,5%). The main reasons were the prescription of drugs (17.7%), a post-consultation medical advice (12.5%), the management of an INR (9.1%) and an administrative request (8.1%) . The doctors considered these requests as a waste of time in 57% of the cases and a saving of time in 22.9% of the cases. The requests required a management time between 20 and 73 minutes over 4 days. DISCUSSION : An improvement in the response to the patient is made through practical recommendations. Telephone interview training and the creation of slots dedicated to the management of applications are part of our recommendations. The activity of the doctor and his responsibility are affected by these daily demands, they must be revalued.

KEY WORDS : General Practice, means of communication, free act, Teleconsultation, Medical regulation, Medical liability