

UNIVERSITE DE LA REUNION

UFR SANTE

Année : 2021

N° : 2021LARE030M

**THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Application des critères de qualité en régulation lors de la
permanence des soins ambulatoires à La Réunion**

Présentée et soutenue publiquement le 10 juin 2021

Par Frédéric PERON

Né le 6 octobre 1992 à Carhaix-Plouguer

JURY

Président :

**Monsieur le Professeur des Universités Jean-Marc FRANCO, spécialiste en
médecine générale**

Assesseurs :

**Monsieur le Professeur Associé Patrick GAILLARD, spécialiste en médecine
générale**

Monsieur le Docteur François PIERSON, spécialiste en médecine générale

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Patrice HUMBERT, spécialiste en médecine générale

TABLE DES MATIERES

I.	PREAMBULE.....	1
A.	La permanence des soins ambulatoires.....	1
1.	Evolution de la permanence des soins ambulatoires en France.....	1
2.	Organisation de la PDSA sur le département de la Réunion	1
a.	La régulation des appels relevant de la PDSA.	1
b.	Les effecteurs de la PDSA.....	2
B.	Egalité et qualité des soins médicaux en France.....	3
1.	Le principe d'égalité : une notion historique.....	3
2.	Harmonisation des connaissances scientifiques et médicales	3
3.	Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)	4
II.	INTRODUCTION.....	6
III.	METHODES	8
A.	Période d'inclusion:.....	8
B.	Population étudiée :.....	8
C.	Déroulement d'un appel à la régulation libérale	8
D.	Critères d'inclusion	9
E.	Critères d'exclusion.....	9
F.	Diagramme de flux.....	9
G.	Grille de recueil de données :.....	10
H.	Variables qualitatives :.....	12
1.	Critères codés en variables qualitatives binaires :.....	12
2.	Critères codés en variables qualitatives modales :.....	12
I.	Ethique :.....	13
J.	Analyse des données.....	13
K.	Implication de l'interne	13

IV.	RESULTATS.....	14
A.	Taux d'application des critères de qualité d'entretien	15
B.	Taux d'application des critères médicaux.....	17
C.	Taux de report sur le dossier médical informatisé.....	19
V.	DISCUSSION	21
A.	Résultats importants :.....	21
B.	Force de l'étude :	22
1.	Absence de biais de sélection	22
2.	Amélioration du système de cotation :.....	22
C.	Faiblesses de l'étude :	22
1.	Biais de mesure et d'information	22
2.	Absence de double codage	22
3.	Critères peu pertinents :.....	23
4.	Critères confondants :	23
5.	Choix de la grille de critère de qualité :	23
D.	Comparaison avec étude de l'ORS en 2011 :.....	24
E.	Axes d'amélioration :	24
1.	Les régulateurs.....	24
2.	Modification de la grille de critères de qualité	24
VI.	CONCLUSION	26
VII.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	27
VIII.	ANNEXES.....	29
IX.	SERMENT D'HIPPOCRATE	34

LISTES DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES:

Tableau 1 Grille d'évaluation des critères de qualité en régulation médicale libérale	11
Figure 1 Critères d'entretiens non pondérés	15
Figure 2 Critères d'entretiens pondérés	16
Figure 3 Critères médicaux non pondérés	17
Figure 4 Critères médicaux pondérés	18
Figure 5 Critère 15 non pondéré	19
Figure 6 Critère 15 pondéré	20

LISTE DES ABREVIATIONS :

ARRMEL : Association Réunionnaise des Régulateurs Médicaux d'Exercice Libéral

ARM : Assistant de Régulation Médicale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNGE : Collège National des Généraliste Enseignants

DRM : Dossier Médical de Régulation

EBM : Evidence Based Medicine

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

FIQCS : Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

GAP ou GAPP : Groupe d'Analyse des Pratiques (entre Pairs)

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

MMG : Maison Médical de Garde

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SFMG : Société Française de Médecine Générale

I. PREAMBULE

A. La permanence des soins ambulatoires

1. Evolution de la permanence des soins ambulatoires en France

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) en France correspond à l'organisation d'offre des soins de santé non programmés assurée en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux. Avant 2003, celle-ci était encadrée par l'article 77 du code de déontologie médicale et constituait un devoir pour chaque médecin inscrit à l'Ordre des Médecins avec quelques exemptions possibles.

Durant l'hiver 2001, une grève d'envergure des médecins libéraux débute et dure plus de six mois. Les causes sont multifactorielles : explosion des demandes de soins non programmés, inégalité de la permanence des soins sur le territoire, épuisement physique et psychique des médecins libéraux, saturation des services d'accueil des urgences...

Face à cette crise, le ministre de la Santé de l'époque Monsieur MATTEI missionne un groupe de travail mené par le sénateur DESCOURS afin de trouver des solutions pérennes. Après plusieurs mois de recherche, un nouveau système voit le jour.

Le décret du 15 septembre 2003 définit les nouvelles modalités de la PDSA : la participation aux services de gardes des médecins libéraux devient volontaire et la gestion est départementalisée avec, entre autre, la création de maison médicale de garde (MMG) et d'une régulation des appels par des médecins libéraux. Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) de 2009, chaque département doit disposer d'une régulation médicale pour la PDSA, assurée soit par les médecins hospitaliers du Centre 15, soit par une régulation médicale libérale propre, interconnectée avec le service d'aide médicale urgente (SAMU).

2. Organisation de la PDSA sur le département de la Réunion

a. La régulation des appels relevant de la PDSA.

Sur ce département d'outre-mer, c'est l'Association Réunionnaise des Régulateurs Médicaux d'Exercice Libéral (ARRMEL) qui assure depuis novembre 2003 la régulation médicale lors de la PDSA. Elle s'effectue au SAMU 974 au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de la Réunion, site de Félix Guyon à Saint-Denis.

Une permanence y est assurée :

- du lundi au vendredi de 19 heures à 7 heures.
- le samedi de 14 heures à 7 heures.
- les dimanches et jours fériés de 7 heures à 7 heures.

L'équipe est composée de 36 médecins généralistes d'exercice libéral, volontaires pour assurer les gardes de régulation.

b. Les effecteurs de la PDSA

L'île est découpée en 10 territoires de PDSA dont les limites ont été arrêtées par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS)(Annexe 1). Les effecteurs assurent leurs consultations soit en cabinet médical de garde, soit en maison médicale de garde. Dans les maisons médicales de garde, on retrouve des praticiens conventionnés volontaires à cet exercice. Les cabinets de garde, eux, fonctionnent avec des médecins dont c'est l'activité principale. Ce distinguo est important car il permet de voir que sur notre département certains praticiens ont fait de la PDSA une profession à part entière, ce qui n'est pas la vocation principale de cette permanence qui repose, rappelons-le, sur la base du volontariat. Il y a 1 à 2 effecteurs par zone (1 effecteur pour 70 000 à 80 000 habitants environ).

Les horaires des MMG sont les suivantes :

- de 20 heures à minuit en semaine,
- de 14 heures à 20 heures le samedi,
- de 8 heures à 20 heures les dimanches et jours fériés.

Les cabinets de garde, pour la raison sus citée, sont ouverts de manière plus large, sortant par définition du strict cadre de la PDSA.

Les demandes de soins non programmés entre minuit et huit heures seront orientées par les régulateurs médicaux vers les services d'urgences les plus proches. Néanmoins, trois zones bénéficient en 2020 d'une permanence en nuit profonde sur l'île. Il s'agit de SOS OUEST pour le secteur du Port, SOS CLINISUD pour le secteur du Tampon et SOS NORD 974 pour le secteur de Sainte Clotilde et Saint Denis Est.

B. Egalité et qualité des soins médicaux en France

1. Le principe d'égalité : une notion historique

Selon l'article 1 de la déclaration universelle des droits de l'Homme et du citoyen : « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité. »

Aussi, selon le serment d'Hippocrate : « [...] Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions... ».

Egalement, selon le code de déontologie médicale, article 7 : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. »

Le principe d'égalité est donc très ancré dans notre société, encore plus dans notre système de soins en France.

Cette notion d'égalité repose sur deux grands piliers dans le domaine de la santé : l'accès aux soins pour tous et la même qualité de soins pour tous.

Afin de permettre un accès aux soins pour tous, le gouvernement créé le 19 octobre 1945 la Sécurité Sociale. Le but de cette institution publique est d'offrir à tous les Français un accès gratuit aux soins, peu importe la situation socio-économique du requérant.

Néanmoins, si l'accès aux soins pour tous est possible, cela ne préjuge pas de la qualité des soins médicaux prodigués par les professionnels de santé.

2. Harmonisation des connaissances scientifiques et médicales

Il existe aujourd'hui dans de nombreuses spécialités médicales des collèges de sociétés savantes qui ont pour objectif de synthétiser les connaissances et pratiques médicales actuelles afin d'améliorer la qualité des soins.

En médecine générale, deux associations ont été créées pour promouvoir, développer et enseigner les connaissances scientifiques et professionnelles dans tous les domaines d'exercice

de cette spécialité. Il s'agit du collège national des généraliste enseignants (CNGE), créé en 1983 et la Société Française de Médecine Générale (SFMG), créée en 1973.

Concernant la régulation médicale libérale, il n'existe pas à l'heure actuelle de guide regroupant les connaissances et pratiques professionnelles inhérentes à ce domaine d'activité. Néanmoins, un référentiel dénommé « SAMU Centre 15 » a été élaboré en mars 2015 par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), supervisée par la Haute Autorité de Santé (HAS).

A l'époque les indicateurs de qualité qui mesurent le service rendu au patient explorent plusieurs axes qualitatifs :

- la pertinence médicale de l'acte de régulation ;
- le service rendu aux patients : rapidité de la réponse, gestion du temps, satisfaction, échecs ;
- le service rendu aux partenaires ;
- le service rendu à la collectivité.

A la lecture de cet ouvrage, nous nous apercevons qu'il est axé sur l'efficacité de la régulation cependant la qualité médicale des appels n'est pas mentionnée.

3. Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

L'Evaluation des Pratiques Professionnelles est définie comme : « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par l'HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la pratique ». Elle est devenue obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2005 et intervient en réponse à l'évolution rapide des données à mobiliser dans l'exercice de notre métier. D'autre part, les exigences des usagers du système de santé n'ont cessé de s'accroître en termes de sécurité, de qualité et d'efficacité. Enfin, de nombreuses études ont mis en évidence une disparité des pratiques, pas toujours explicable, potentiellement facteur de perte de chance pour les patients.

L'EPP la plus répandue en médecine générale est représentée par les Groupes d'Analyses des Pratiques entre Pairs (GAPP ou GAP).

Un GAPP rassemble le plus souvent des médecins d'une même spécialité qui se réunissent assez régulièrement. Les participants sont invités à échanger autour de problèmes soulevés lors de la prise en charge de patients dans des dossiers pris aléatoirement autour d'un thème qui peut être préalablement défini. Ils fondent leurs analyses sur les données référencées

(recommandations type Evidence Based Medicine). Il en découle une amélioration des pratiques professionnelles et une valorisation individuelle et professionnelle des médecins.

II. INTRODUCTION

Sur l'île de la Réunion, les représentants de l'ARRMEL, soucieux d'harmoniser et d'améliorer la qualité de leurs prises en charge en régulation de PDSA décident d'élaborer en avril 2008 une liste de critères de qualités de régulation d'un appel. Elle est ensuite soumise à leurs confrères régulateurs lors de séances de GAP. Dans un premier temps, ces séances ont servi à discuter puis affiner cette liste de critères. Dans un second temps, ces séances ont eu pour objectif l'appropriation par les médecins des critères et l'évolution des pratiques de régulation.

En 2009, l'ARRMEL, conjointement à la demande du Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) décide d'engager une démarche qualité auprès de l'Observatoire Régionale de Santé (ORS) afin d'évaluer l'impact de cette liste de critères sur l'évolution des pratiques de régulation libérale en PDSA.

Une étude observationnelle rétrospective « avant/après application des critères de qualité » a été réalisée sur une cinquantaine d'appels. Les résultats ont fait apparaître qu'après les GAP, les critères de qualités avaient été plus appliqués lors des appels reçus en PDSA de manière significative, excepté sur le critère : « recherche de signe de gravité ».

Depuis cette étude, aucun suivi sur l'application de ces critères de qualité n'a été entrepris. Près de dix années plus tard, il nous apparaît pertinent de dresser un état des lieux de l'évolution des pratiques de régulation. Cette étude s'inscrit dans l'optique d'une amélioration continue de notre service de PDSA sur le département de l'île de la Réunion (974).

Notre question de recherche est la suivante :

Quel est le taux d'application des critères de qualité de la prise en charge d'un appel téléphonique reçu en régulation médicale libérale par les membres de l'ARRMEL au sein du SAMU974-Centre15 lors de la PDSA ?

L'objectif secondaire est de vérifier si la réalisation de GAP en routine depuis une dizaine d'année a permis d'améliorer le taux d'application des critères de qualité par rapport à la première étude réalisée par l'ORS.

L'hypothèse principale est que l'ensemble des critères de qualité sont appliqués lors de chaque appel reçu.

L'hypothèse secondaire est que les GAP ont permis d'améliorer le taux d'application des critères de qualité lors des appels en régulation.

III. METHODES

Pour répondre à cette problématique, nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle transversale.

A. Période d'inclusion:

Nous avons décidé d'inclure les appels passés entre le 1^{er} janvier et le 28 février 2019 afin de couvrir la période de vacances scolaires de l'été austral ainsi qu'une période hors vacances scolaires.

B. Population étudiée :

La population étudiée est représentée par les enregistrements audio du premier échange téléphonique entre l'appelant et le médecin régulateur libéral et le dossier médical informatisé correspondant.

Les enregistrements audio sont enregistrés et archivés sur le logiciel WORKSTATION®.

Le dossier médical de régulation (DRM) informatisé correspondant est créé, complété et archivé sur le logiciel Centaure®. Un même DRM informatisé peut donc être lié à différents appels téléphoniques. En effet, les moyens mis en œuvre par le médecin régulateur (ambulanciers, policiers, pompiers, médecin effecteurs mobiles, SMUR) ont l'obligation de faire un bilan de l'état de santé de la personne secourue au Centre 15. Les décisions qui en découlent sont ainsi notifiées dans le dossier informatisé du logiciel de régulation.

C. Déroulement d'un appel à la régulation libérale

- Un usager appelle le Centre 15.
- Réception de l'appel par l'Assistant de régulation médical (ARM). Celui-ci est chargé de créer un dossier de régulation informatisé et de recueillir le motif d'appel ainsi que l'identité de l'appelant. Si l'appelant n'est pas le patient, il s'enquiert également de l'identité du patient (enfants, personne muette, décès, etc...). Généralement, l'appelant est un proche du patient.
- Décision par l'ARM de transférer l'appel au médecin régulateur urgentiste ou au médecin régulateur libéral de l'ARRMEL selon le motif médical annoncé.

- Reprise de l'appel par le médecin régulateur libéral le cas échéant. Ce dernier s'enquiert à nouveau du motif de consultation. Il établit l'anamnèse ainsi les hypothèses diagnostiques au besoin puis propose une décision à son interlocuteur : une délivrance de conseil médical (la plupart du temps), l'orientation du patient vers les urgences, le cabinet de garde ou l'envoi d'un médecin à domicile, l'envoi d'une ambulance ou d'un SMUR. Il s'appuie sur la grille d'évaluation des critères de qualité à sa disposition lors de la régulation médicale de l'appel.
- Remplissage du DRM idéalement concomitant à l'appel (ou juste après le raccrochage). Elle doit au minimum contenir les informations suivantes : le motif d'appel, les symptômes, les critères de gravité, les traitements en cours, les antécédents personnels du patient, la conduite à tenir et le diagnostic suspecté ou retenu.
- Fin d'appel : raccrochage.

D. Critères d'inclusion

Le critère d'inclusion est le suivant : premier contact téléphonique entre un usager et le médecin régulateur libéral avec création d'un DRM.

E. Critères d'exclusion

Tout autre appel concernant un DRM déjà existant est exclu de l'étude.

Un appel régulé par un urgentiste est également exclu de l'étude.

F. Diagramme de flux

Les médecins membres de l'ARRMEL ont traité 8 451 appels concernant 5 625 dossiers de régulation médicale sur la période concernée, soit 59 jours.

Mme COURTOIS, la cadre du SAMU 974 nous a communiqué par voie électronique un tableau Excel[®] avec les numéros des 5 625 dossiers traités sur cette période.

La randomisation des DRM a été effectuée par la formule ALEA.ENTRE.BORNES du logiciel Excel[®].

En concertation avec l'Unité de Soutien Méthodologique du CHU de Saint Denis, nous avons décidé d'inclure 360 DRM. Notre échantillon est représentatif avec un intervalle de confiance à 95%, soit un risque alpha (ou marge d'erreur) à 5 %.

G. Grille de recueil de données :

La grille de recueil des données est constituée par la fiche des critères de qualité utilisée par les membres de l'ARRMEL (Tableau 1) en routine.

Elle a été utilisée dans son intégralité sans modification de son contenu.

Afin d'être le plus précis possible, nous avons décidé de scinder le critère 8 : « *S'assurer de l'âge et du sexe* » en deux sous critères pour détailler si chaque élément a bien été recherché durant la régulation téléphonique.

Sur le même principe, les critères N°11 « *Reprendre l'histoire de la maladie, s'enquérir des antécédents et traitements en cours* » et N°15 « *Vérifier que les critères suivants sont bien écrits dans le dossier informatique : motif d'appel; symptômes; critère de gravité; antécédents et traitements en cours; conduite à tenir et diagnostic suspecté* » ont été respectivement scindés en trois et sept sous-critères distincts.

Tableau 1 Grille d'évaluation des critères de qualité en régulation médicale libérale

Critères d'entretien	1/ Se présenter nominalement	0 / 1
	2/ Reformuler le motif d'appel ou faire reformuler par le patient	0 / 1
	3/ Demander à parler au patient (systématique pour les adultes, en cas de problème respiratoire pour les enfants)	0 / 1 / NC
	4/ Ecouter les compléments d'information, valoriser l'interlocuteur	0 / 1
	5/ S'assurer de l'Intelligibilité de la communication (technologie, langue...)	0 / 1 / NC
	6/ Faire part de sa réflexion au patient et indiquer une conduite à tenir	0 / 1 / NC
	7/ S'assurer que la décision a été comprise et passage du contrat	0 / 1 / NC
Critères médicaux	8/ S'assurer de l'âge et du sexe	Age 0 / 1
		Sexe 0 / 1
	9/ Vérifier les modalités de recueil des symptômes (fièvre prise avec un thermomètre, etc...)	0 / 1 / NC
	10/ Rechercher des critères de gravité	0 / 1 / 2 / NC
	11/ Reprendre l'histoire de la maladie, s'enquérir des antécédents et traitements en cours	Histoire de la maladie 0 / 1 / NC
		Antécédents 0 / 1 / NC
		Traitement en cours 0 / 1 / NC
	12/ Reprendre la symptomatologie actuelle pour faire une hypothèse diagnostique claire	0 / 1 / NC
	13/ Evaluer les moyens disponibles (médicaments à la maison; aidants ; médecin accessible; moyen de locomotion...)	0 / 1 / NC
	14/ Prescription claire par téléphone de la conduite à tenir	0 / 1 / NC
	15/ Vérifier que les critères suivants sont bien écrits dans le dossier informatique : motif d'appel; symptômes; critère de gravité; antécédents et traitements en cours; conduite à tenir +/- diagnostic suspecté	Motif d'appel 0 / 1
		Symptômes 0 / 1 / NC
		Critères de gravité 0 / 1 / NC
		Antécédents 0 / 1 / NC
		Traitement en cours 0 / 1 / NC
		Conduite à tenir 0 / 1 / NC

H. Variables qualitatives :

D'ordinaire, chaque critère analysé est assujéti d'une variable qualitative binaire :

OUI / NON.

Initialement, nous avons appliqué cette cotation sur les cent premiers appels de notre échantillon. Rapidement, il est apparu que certains appels ne satisfaisaient à aucune variable binaire.

Exemple : une demande de conseil sur l'oubli d'une pilule contraceptive. Les critères N°9 et 12 ne sont pas applicables.

Par conséquent, pour les besoins de l'étude et dans un souci de précision, la grille a subi une modification des variables appliquées.

1. Critères codés en variables qualitatives binaires :

Les critères 1, 2, 4, 8a, 8b et 15a sont codés en variables binaires :

- la variable « 1 » correspond à un critère appliqué lors d'un appel.
- la variable « 0 » correspond à un critère non appliqué lors d'un appel.

2. Critères codés en variables qualitatives modales :

Les critères 3, 5, 6, 7, 9, 11a, 11b, 11c, 12, 13, 14, 15b, 15c, 15d, 15e, 15f et 15g sont codés en variables qualitatives modales :

- la variable « 1 » correspond à un critère appliqué lors d'un appel.
- la variable « 0 » correspond à un critère non appliqué lors d'un appel.
- la variable « NC » correspond à une cotation non applicable à l'appel.

Le critère 10 : « Recherche des critères de gravité » bénéficie d'une cotation particulière décidé en concertation avec le directeur de thèse. Il est codé en variables qualitatives modales :

- la variable « 0 » correspond à une absence de recherche des critères de gravité.
- la variable « 1 » correspond à une recherche partielle des critères de gravité.

- la variable « 2 » correspond à une recherche approfondie des critères de gravité.

- la variable « NC » correspond à une cotation non applicable à l'appel.

I. Ethique :

Lors d'un appel au Centre 15, chaque conversation est enregistrée conformément à l'arrêté du 20 octobre 2011 fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire du code de la santé publique. Ceci constitue donc un accord de principe du patient autorisant dans le cadre de cette étude l'écoute de ces appels et la consultation des dossiers médicaux informatisés.

La déclaration CNIL N° 2216407 a été effectuée le 9 janvier 2020 sur le site internet correspondant.

J. Analyse des données

Elles seront analysées sous forme de tableaux avec le logiciel Excel® par un chercheur avec vérification de la validité des résultats par le service d'Unité de Soutien Méthodologique du CHU de Saint Denis.

Nous utiliserons des tests simples tels que la fonction MOYENNE.

K. Implication de l'interne

J'ai été impliqué dans la création du projet de recherche, dans la définition de la question de recherche, dans l'établissement du protocole, dans le recueil des résultats, dans l'analyse des données et dans la rédaction de la thèse.

IV. RESULTATS

Les résultats ont été intégrés sous forme de graphiques et scindés en deux parties : d'un côté les critères d'entretien et de l'autre les critères médicaux.

Certains critères ne furent applicables qu'à un faible nombre d'appels régulés, ne reflétant pas leurs véritables taux d'application. Des graphiques avec des taux pondérés viennent donc agrémenter nos résultats.

La formule utilisée pour pondérer le taux d'application d'un critère aux appels éligibles est la suivante :

$$\text{Taux d'application pondéré} = \frac{100 * \text{taux appliqué sur l'ensemble des appels}}{(100 - \text{taux appels non concernés (NC)})}$$

A. Taux d'application des critères de qualité d'entretien

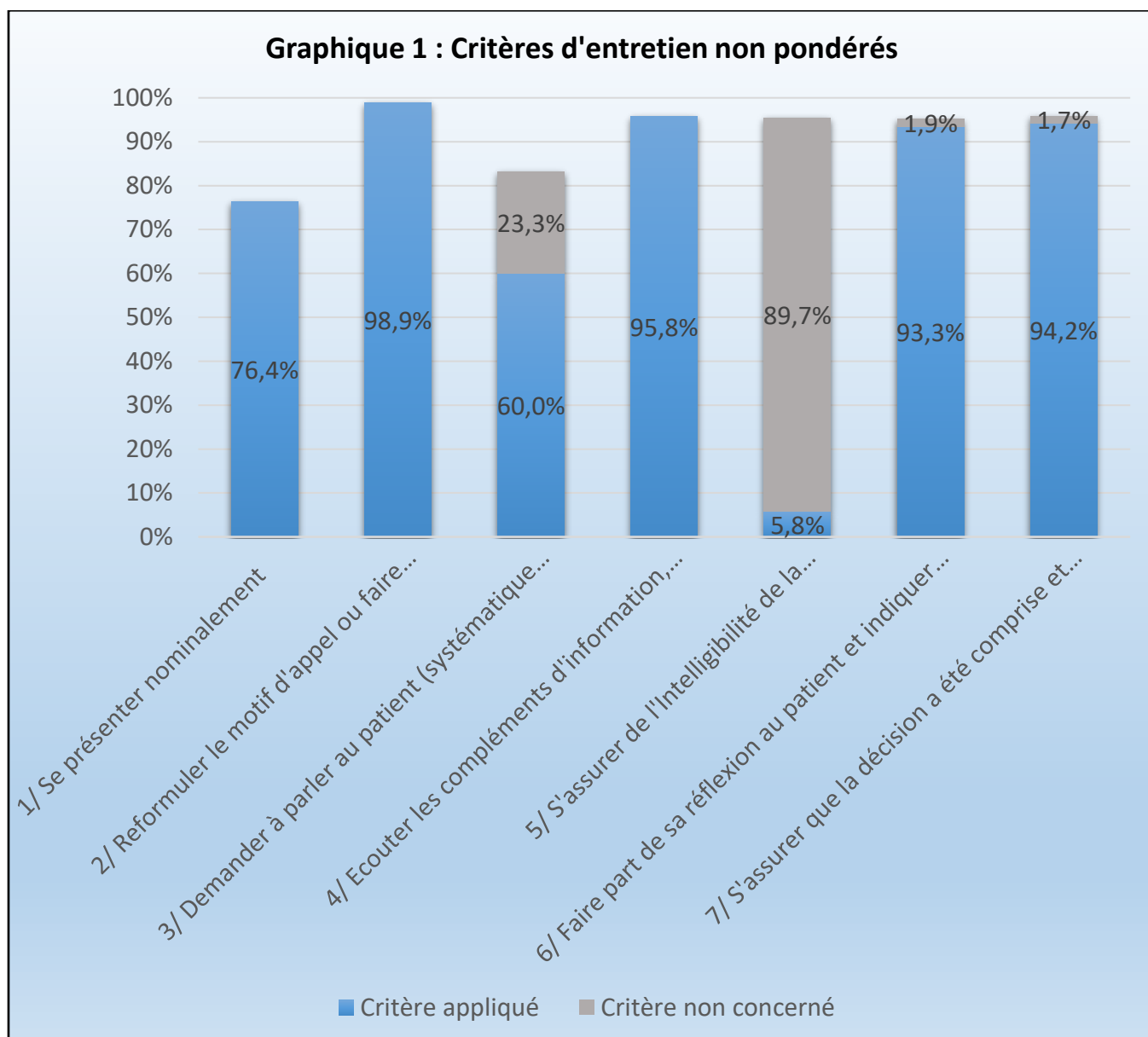


Figure 1 Critères d'entretiens non pondérés

On observe que les critères de qualité 2, 4, 6 et 7 sont appliqués à plus de 90% de l'échantillon. Concernant le critère 1, il n'est appliqué que dans 76,4% de la population cible, ce qui signifie que près d'un quart des régulateurs libéraux ne se présentent pas nominalement à l'appelant.

Concernant le critère 3, celui-ci n'est également appliqué que dans 60% des cas, cependant c'est un critère non concerné lors de 23,3%. A noter que lorsque le patient est l'appelant, le critère est considéré recherché par défaut.

Concernant le critère 5, il n'est applicable que dans 11,3% des appels. En effet, la plupart des appels ne posent pas de problème d'intelligibilité (réseau, langage, compréhension, ...).

En pondérant les critères on obtient les résultats suivants :

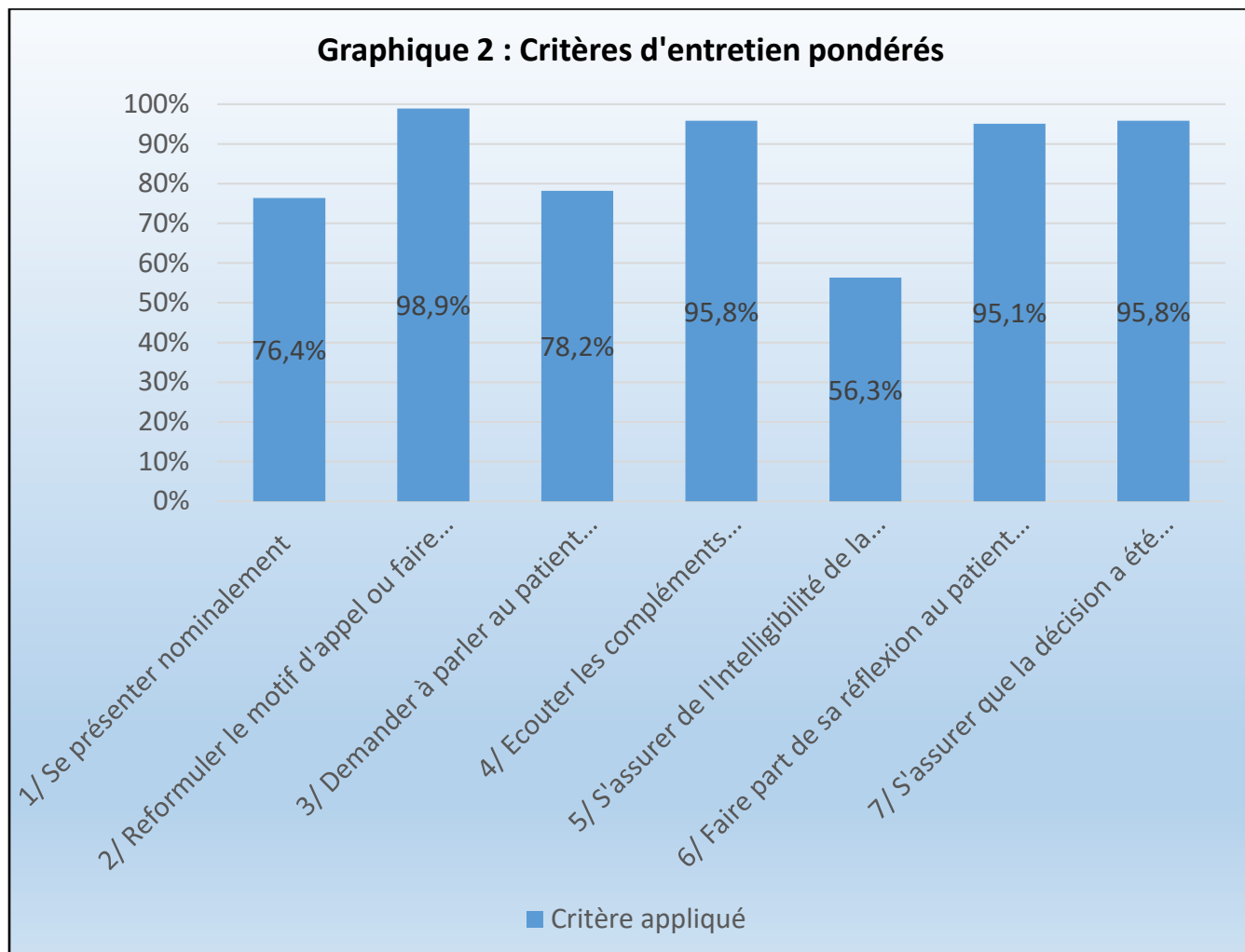


Figure 2 Critères d'entretiens pondérés

Le critère 3 est alors appliqué à 78,2% des appels éligibles. Cela signifie qu'une fois sur cinq environ, le régulateur ne demande pas à parler au patient alors qu'il le devrait...

Il est à noter que le critère 5 n'est recherché que dans 56,3% des appels éligibles.

B. Taux d'application des critères médicaux

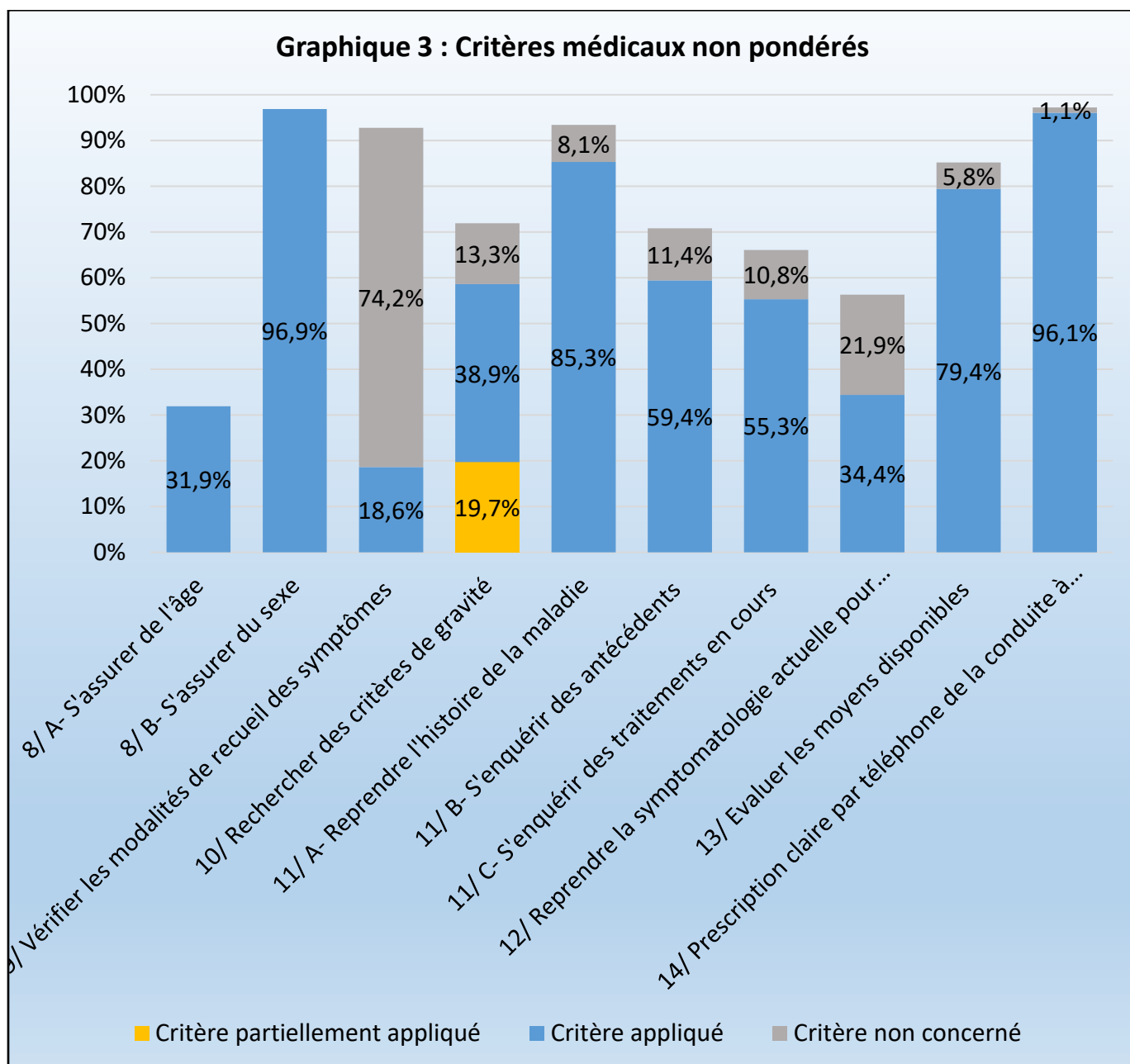


Figure 3 Critères médicaux non pondérés

On remarque que les régulateurs s'assurent de l'âge du patient dans seulement 31,9% des appels, ce qui est insuffisant. Pour autant, ils s'assurent presque toujours du genre de la personne. Cela étant, il est fréquent que la personne au téléphone soit facilement identifiable en genre à l'égard de son timbre vocal ou s'il répond positivement à la question fréquemment posée : « Vous êtes bien Monsieur/Madame ... ? »

Les critères 11-A, 13 et 14 sont bien appliqués lors des régulations (>79%).

Concernant la recherche des antécédents et des traitements en cours, ils ne sont respectivement demandés que dans 59,4% et 55,3% des appels régulés, ce qui semblent également insuffisants...

L'étonnement vient du critère 12 qui n'est appliqué que dans 34,4% des cas. Or, il constitue un pilier de la régulation médicale... A noter qu'il n'est pas concerné dans 13,3% des dossiers de régulation médicale.

Afin de mieux étudier les critères 9 et 10, il convient également de s'intéresser à leur taux d'application pondéré. En effet, ils ne sont respectivement éligibles que dans 25,8% et 86,7% des cas.

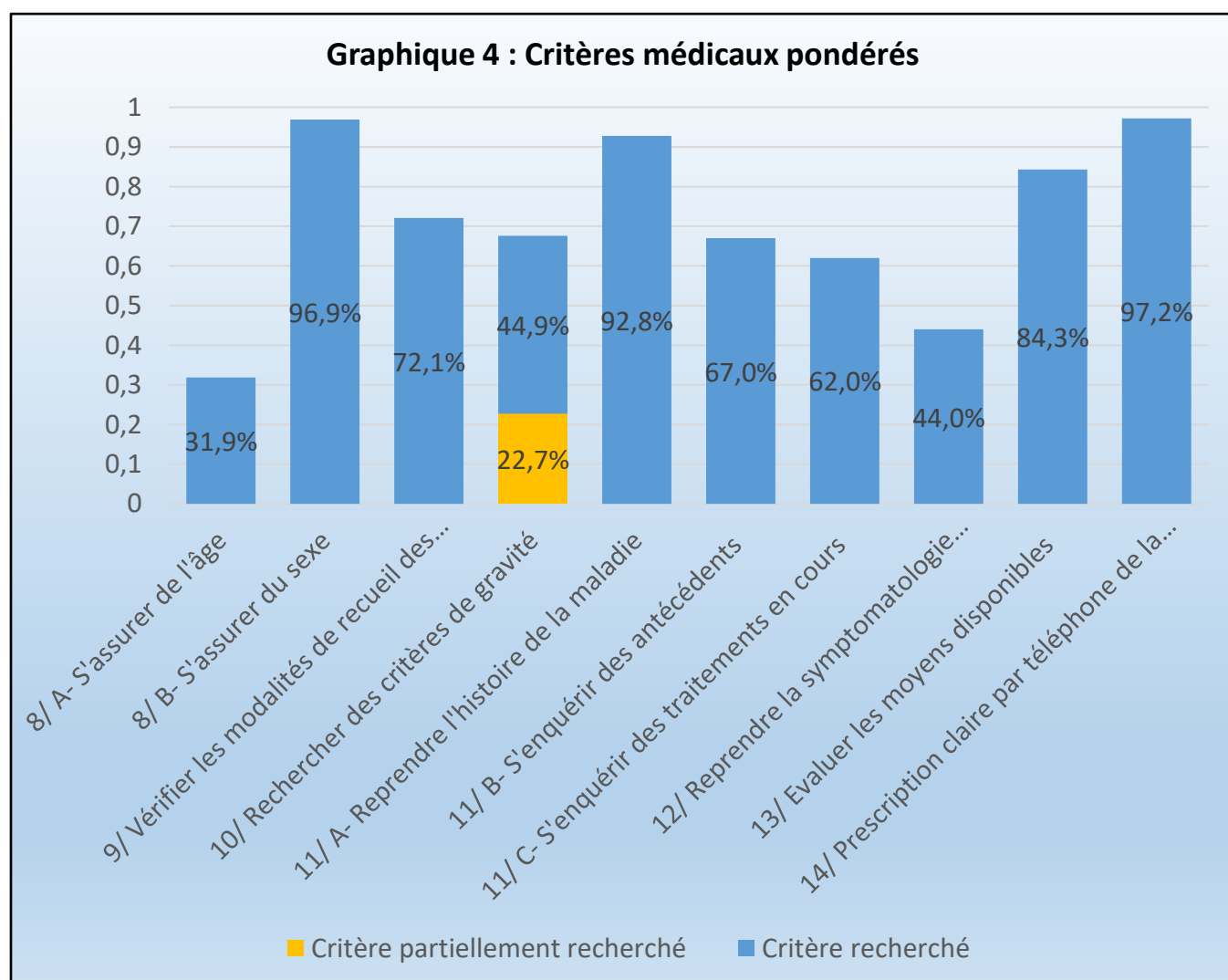


Figure 4 Critères médicaux pondérés

En pondérant le critère 9 on remarque qu'il est finalement appliqué dans presque trois quarts des appels (72,1%).

Par contre, la recherche des signes de gravité n'est pas souvent réalisée.... Elle est partiellement effectuée dans 22,7% et totalement effectuée dans 44,9% des cas, soit seulement 67,6% des appels en moyenne.

C. Taux de report sur le dossier médical informatisé

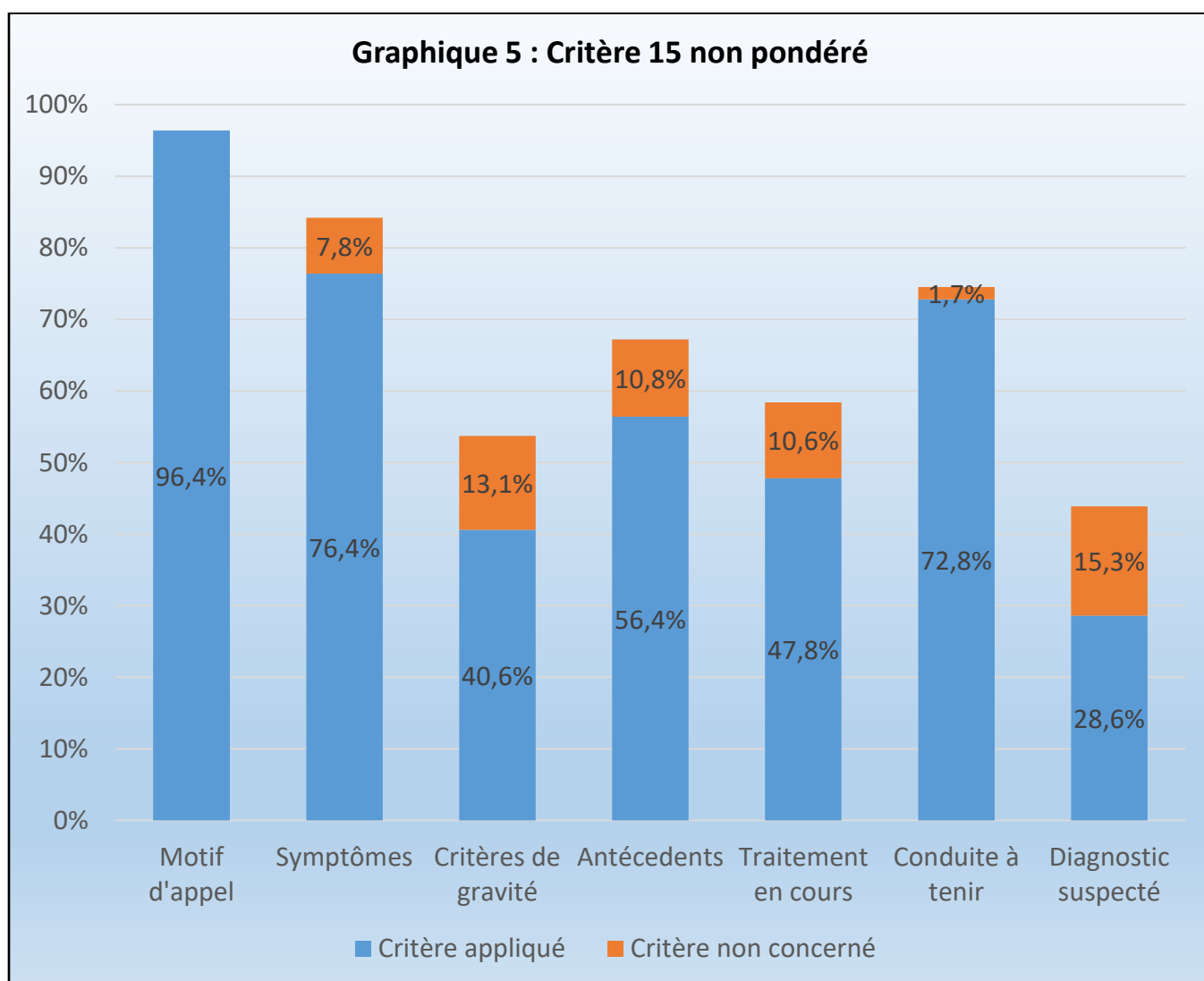


Figure 5 Critère 15 non pondéré

Le graphique 5 est le reflet du remplissage des dossiers médicaux informatique, il constitue une preuve médico-légale de l'échange téléphonique en cas de plainte ou de litige.

On constate que le motif d'appel, les symptômes et la conduite à tenir sont généralement bien renseigné sur la fiche de régulation, respectivement 96,4%, 76,4% et 72,8% des DRM.

Par contre, les critères de gravité, les antécédents et traitements en cours ainsi que le diagnostic suspecté sont largement sous reportés dans la fiche médicale informatisée....

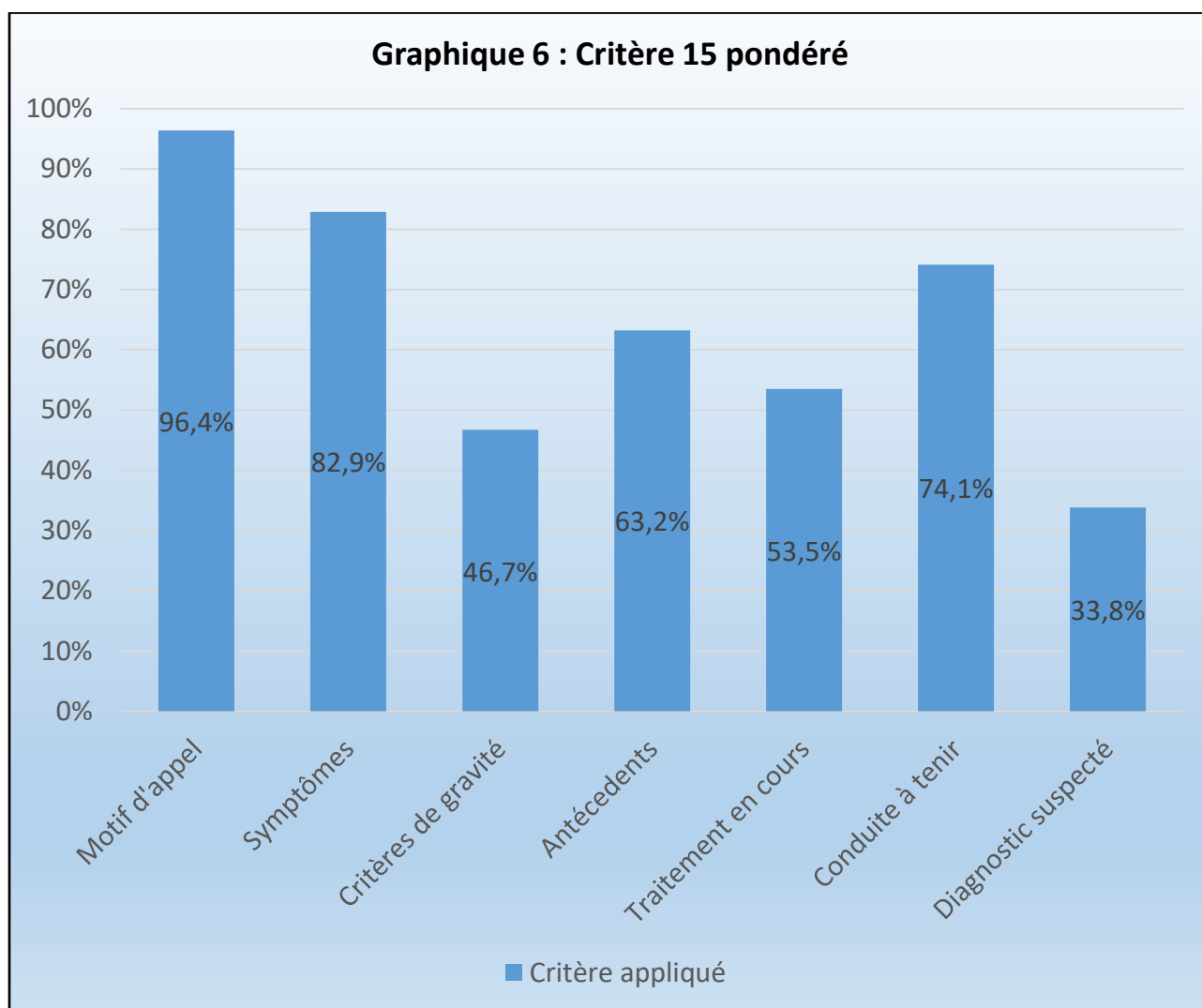


Figure 6 Critère 15 pondéré

En pondérant les critères uniquement aux appels éligibles, on remarque toujours que les critères de gravité, les antécédents, les traitements en cours et le diagnostic sont insuffisamment retranscrits dans les DRM. La base de données Thésaurus qui aide au codage diagnostique dans le logiciel Centaure a été consultée pour vérifier l'application du critère « diagnostic suspecté ». Cependant, celle-ci est souvent mal renseignée, une bonne partie des régulateurs y indiquent les symptômes du patient plutôt que leur suspicion diagnostique.

V. DISCUSSION

A. Résultats importants :

Les critères de qualité d'entretiens pondérés aux appels concernés sont globalement bien appliqués (à l'exception du critère 5). Ces résultats témoignent d'une volonté de la part des régulateurs d'uniformiser la qualité de leurs entretiens téléphoniques lors de la PDSA. A noter qu'une amélioration doit être faite sur le critère 1 : « Se présenter nominale », non appliqué dans près d'un quart des appels. La présentation nominale est un fondement de la relation médecin/patient et de la confiance qui en découle, aussi courte soit-elle dans le cadre de la régulation médicale.

Cependant, les résultats sont plus mitigés concernant les critères médicaux. L'histoire de la maladie, l'évaluation des moyens disponibles et la prescription claire d'une conduite à tenir sont recherchés sur la plupart des appels. Certains critères sont peu recherchés comme les antécédents, les traitements en cours ou l'hypothèse diagnostique. Ils sont pourtant clairs et ne prêtent pas à confusion. Un travail d'harmonisation des pratiques professionnelles doit être entrepris pour améliorer l'application de ces critères médicaux.

Aussi, notre étude a mis en évidence que certains critères ne sont applicables qu'à une infime partie de notre population, ils gagneraient peut-être à disparaître. En effet, les critères 5 « S'assurer de l'intelligibilité de la communication » et 9 « Vérifier les modalités de recueil des symptômes » ne sont respectivement applicables que dans 10,3% et 25,8% des appels reçus lors de notre étude. Cette notion soulève la question de leur pertinence en tant que critère de qualité d'un appel. Cette notion se confirme également dans les résultats de l'étude de 2011 menée par l'ORS.

Enfin, on observe que les dossiers informatisés de régulation (critère 15) sont trop souvent incomplets. Dans plus de la moitié d'entre eux, les régulateurs omettent de notifier si le patient présente des signes de gravité, s'il prend un traitement ou leur suspicion diagnostique. Le dossier médical informatisé constitue une preuve médico-légale de l'échange téléphonique dans le cas où l'enregistrement audio n'aurait pas fonctionné, son remplissage doit être le plus complet possible. Le thésaurus est souvent mal renseigné, la plupart des régulateurs y indiquent le symptôme principal du patient plutôt que leur suspicion diagnostique.

B. Force de l'étude :

1. Absence de biais de sélection

Notre échantillon d'appel est représentatif de la population étudiée car il résulte d'une randomisation par tirage au sort.

2. Amélioration du système de cotation :

La modification de la cotation de notre grille a permis de préciser certaines données, non disponibles lors de la première étude menée en 2009 par l'ORS.

C. Faiblesses de l'étude :

1. Biais de mesure et d'information

L'échantillon ne concerne que 6,4% des dossiers traités par l'ARRMEL durant la période d'inclusion. Il existe une marge d'erreur de 5% d'être non représentatif de la réalité. Ce biais de mesure est imputable aux fluctuations aléatoires de l'échantillonnage.

D'autre part, il existe un biais d'information. En effet, nous devrions retrouver pour certains critères un taux de « Non Concerné » identique, ce qui n'est pas le cas dans notre étude. Pour exemple, le critère 10 « Recherche des signes de gravité » n'est pas concerné dans 13,3% des appels alors que le critère 15c : « Les critères de gravité sont bien écrits dans le dossier informatisé » n'est pas concerné dans 13,1% des appels.

Aussi, nous nous sommes rendus compte au bout d'une centaine d'appels que certains critères n'étaient pas cotables avec notre premier système de cotation. Après ajustement, le chercheur a dû recommencer les écoutes depuis le début. Il existe alors un probable biais de mesure car certains appels ont été analysés deux fois et d'autres non.

2. Absence de double codage

Le recueil des données a été effectué par un seul chercheur. L'analyse aurait gagné en qualité si deux chercheurs avaient réalisé leur codage indépendamment et avaient mis leur résultat en commun. En cas de discordance, une réécoute de l'appel aurait été effectuée.

3. Critères peu pertinents :

Les critères 5 « S'assurer de l'Intelligibilité de la communication (technologie, langue...) » et 9 « Vérifier les modalités de recueil des symptômes (fièvre prise avec un thermomètre, etc...) » sont très peu concernés sur notre échantillon de population. Ils ne sont concernés respectivement que sur 10,3% et 25,8% de la population étudiée.

D'autre part, le critère 8/B « S'assurer du sexe [du patient] » ne semble pas très pertinent puisqu'il est recherché lors de presque tous les appels. Il n'apparaît pas essentiel dans la stratégie de prise en charge des patients.

Une modification de ces critères afin de les rendre plus appropriés serait à envisager.

4. Critères confondants :

C'est le cas des critères 6 « faire part de sa réflexion au patient et indiquer une conduite à tenir » et 14 « prescription claire par téléphone de la conduite à tenir » qui sont similaires. Leurs taux d'application non pondérés sont très proches (respectivement 93,3% et 96,1%) bien que non identiques du fait de notre biais d'information. Lorsque le critère 6 est appliqué, le critère 14 l'est forcément. Par contre, la réciproque ne l'est pas. Il serait pertinent de scinder d'un côté la réflexion d'un côté et de l'autre la conduite à tenir.

Il en va de même pour les critères 11/A « Reprendre l'histoire de la maladie » et 12 « Reprendre la symptomatologie actuelle pour faire une hypothèse diagnostique claire ». L'histoire de la maladie est en effet étroitement liée à la symptomatologie du patient. Il serait plus pertinent, et moins confondant, de scinder d'un côté l'histoire de la maladie et des symptômes du patient, et de l'autre la recherche d'une hypothèse diagnostique.

5. Choix de la grille de critère de qualité :

Cette grille de critère de qualité a été établie de manière empirique. Elle est issue de la recherche collective entre les membres de la régulation médicale de l'ARRMEL. Le but de notre étude étant de vérifier le taux d'application des critères de qualité de cette grille, il n'était pas pertinent d'en modifier le contenu.

D. Comparaison avec étude de l'ORS en 2011 :

L'analyse en mai 2011 avait porté sur 48 dossiers de régulation médicale, excepté pour le critère « Demander à parler au patient » appliqué sur seulement 35 dossiers concernés (*Annexe 2*).

Notre étude a été menée sur 360 DRM en 2019. De plus, le système de cotation des variables a été remanié entre les deux études. Une comparaison statistique n'est pas réalisable.

Notre hypothèse secondaire ne peut donc pas être vérifiée. On ne peut conclure si les Groupes d'Analyses des Pratiques permettent d'améliorer le taux d'application des critères de qualité lors des appels en régulation lors de la PDSA.

Pour cela, il faudrait réaliser une deuxième étude avec le même système de cotation sur des appels antérieurs à la création des GAP.

E. Axes d'amélioration :

1. Les régulateurs

Tout d'abord, au niveau des régulateurs libéraux, il faut améliorer l'adhésion de l'ensemble des membres à cette grille de critères de qualité. Cet objectif est réalisable lors de séance de Groupes d'Analyses des Pratiques. C'est d'ailleurs un des objectifs de travail de l'ARRMEL depuis plus de dix ans maintenant. Une solution possible consiste à évaluer pour chaque régulateur son taux d'application des critères de qualité sur une période donnée. Une autre possibilité serait d'intégrer la grille des critères de qualité directement dans le logiciel de régulation médicale pour optimiser son utilisation.

2. Modification de la grille de critères de qualité

En comparant aux données disponibles dans la littérature, on s'aperçoit qu'il existe de nombreuses données disponibles sur la gestion de flux des appels en régulation médicale mais très peu de données sur l'uniformisation de la qualité des appels reçus en régulation médicale

libérale. La régulation médicale libérale est une discipline relativement jeune, les référentiels et recommandations dans ce domaine sont très faibles pour le moment.

Récemment, en Octobre 2020, la Haute Autorité de Santé a publié un guide destiné aux personnels du SAMU intitulé : « SAMU : améliorer la qualité et la sécurité des soins ». Dans ce dernier, il est proposé une grille d'analyse pour la réécoute d'un enregistrement d'appel dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (*Annexe 3*).

Elle se compose d'une partie réservée à l'assistant de régulation médicale et une seconde réservée au médecin régulateur, libéral ou urgentiste. On y retrouve plusieurs éléments communs à notre grille de critère de qualité dont le découpage en deux parties : Décision et critères médicaux d'un côté et modalités de communication de l'autre.

Un critère intéressant proposé par l'HAS est le suivant : « En l'absence d'envoi d'effecteur, informer de la nécessité de rappeler le SAMU en cas d'aggravation ». Il peut s'intégrer dans notre critère 14 « Prescription claire d'une conduite à tenir » mais a la particularité d'être plus précis et moins subjectif dans son applicabilité.

Par ailleurs les critères de modalités de communication n'apportent pas réellement d'amélioration par rapport à la grille de l'ARRMEL...

Une grille modifiée avec les analyses de cette étude est proposée pour les membres de l'ARRMEL (*Annexe 4*).

VI. CONCLUSION

La grille des critères de qualité proposée par l'ARRMEL et utilisée en routine s'intègre parfaitement dans l'amélioration des pratiques professionnelles. Au travers de cette étude, nous avons découvert que les critères d'entretien étaient bien appliqués par l'ensemble des régulateurs libéraux tandis que les critères médicaux le sont moins constamment. Certains critères de la grille sont moins recherchés mais la construction et la cotation de la grille ont peut-être biaisé certains résultats de notre étude. Les séances de GAP constituent un lieu d'échanges entre les régulateurs de l'ARRMEL, favorable à l'incitation d'utiliser cette grille en routine lors de leur régulation médicale. Aussi, un remaniement de la grille de critères serait appréciable afin de la rendre plus performante. Son intégration future dans le logiciel de régulation médicale au SAMU974 semble être une piste à explorer.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. 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]. HAS. 2011. [cité 15 mars 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_regulation_medicale.pdf
2. SAMU 974 de la Réunion [Internet]. [cité 15 mars 2019]. Disponible sur : http://www.samu974.re/WebSAMU/?page_id=2939
3. Vrignaud T, Blottiaux E, Mimoz O, Blottiaux E, Migeot V, Debaene B, et al. Devenir des patients ayant bénéficié d'un conseil médical en nuit profonde par la régulation de médecine libérale: étude rétrospective de janvier à avril 2016 au sein du SAMU centre 15 du CHU de Poitiers. 2017.
4. Corincig N, Perrard J-L. Devoir de permanence de soins et modifications apportées par le dispositif de régulation: ressenti des médecins effecteurs ardéchois. Lyon, France; 2018.
5. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2003-880 sept 15, 2003.
6. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'états des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018 [Internet]. [cité 4 avr 2019]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2018.pdf
7. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. Revue française des affaires sociales. 2006;(2-3):91-119.
8. Descours C, Honoraire S. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. :19.
9. Observatoire Régional de la Santé. Evaluation de la démarche qualité de l'ARRMEL. p. 36.
10. 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]. HAS. 2011 [cité 11 avr 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/regulation_medicale_fiche_de_synthese.pdf
11. Société Française de Médecine d'Urgence. SAMU Centres 15 : Référentiel et guide d'évaluation [Internet]. SFMU. 2015. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur : https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/802/sfmu-sudf_referentiel_samu_2015.pdf

12. Haute Autorité de Santé. Guide Méthodologique : « SAMU : améliorer la qualité et la sécurité des soins » [Internet]. HAS. Octobre 2020. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur : https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/Guide_M%C3%A9thodologique_Qualit%C3%A9_SAMU_2020HAS.pdf

13. Agence régionale de Santé Océan Indien. Cahier des charges régional, permanence des soins en médecine ambulatoire, région Réunion [Internet]. ARS OI. Novembre 2016. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur : http://www.reunion.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_362_ars_oi_cahier_des_charges-1.pdf

14. Patrice François, Anne-Cécile Philibert, Gérard Esturillo, Élodie Sellier. Groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale. La Presse Médicale. janv 2012;4036(1):1.

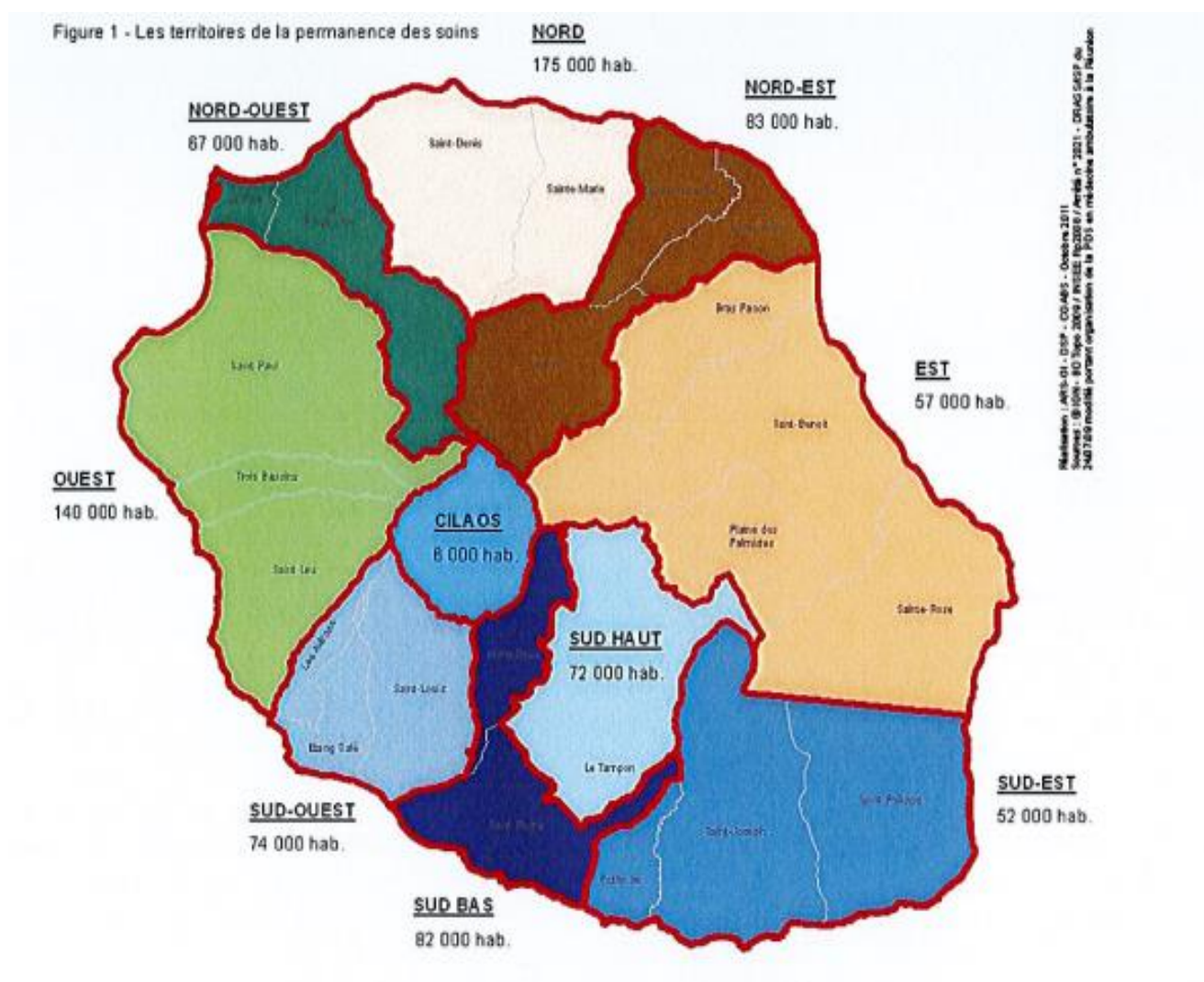
15. Giroud M. La qualité en régulation médicale. Congrès SFMU 2007. [Internet]. Disponible sur : https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_eformation/02_congres/Urgences/urgences2007/donnees/pdf/67_giroud.pdf

16. Haute Autorité de Santé. Communication du collège de la HAS relative à l'évaluation des pratiques professionnelles [Internet]. HAS. Mars 2006 [cité 18 févr 2021]. Disponible sur : https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/epp_et_has.pdf

17. Haute Autorité de Santé. Evaluation et amélioration des pratiques. Les groupes d'analyse de pratiques entre pairs « Peer review » [Internet]. HAS. 2006. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.irbms.com/download/documents/has-groupes-analyses-pratique-entre-pairs.pdf>

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Cartographie des territoires de PDSA à La Réunion



Annexe 2 : Résultats de l'étude de l'ORS

Pourcentage des critères d'entretien appliqués

Critères d'entretien	Critères remplis				
	avant		après		
se présenter nominalement	53%	[38 ; 67]	92%	[80 ; 98]	
reformuler ou faire reformuler le motif d'appel	63%	[48 ; 77]	100%		p<0,05
demander à parler au patient*	17%	[4 ; 41]	71%	[44 ; 90]	p<0,05
écouter les compléments d'information, valoriser l'interlocuteur	98%	[89 ; 100]	100%		NS
faire part de sa réflexion au patient et indiquer clairement une conduite à tenir	96%	[89 ; 99]	98%	[89 ; 100]	NS
s'assurer que la décision a été comprise, passage du contrat	100%		100%		

* n=35 dossiers analysés, ce critère ne s'appliquant pas pour les autres dossiers

Pourcentage des critères médicaux appliqués

Critères médicaux	Critères remplis				
	avant		après		
s'assurer de l'âge et du sexe	8%	[2 ; 20]	48%	[33 ; 63]	
rechercher les critères de gravité	26%	[14 ; 41]	13%	[5 ; 26]	NS
repandre l'histoire de la maladie, s'enquérir des antécédents et traitements en cours	46%	[31 ; 61]	79%	[64 ; 89]	p<0,05
repandre la symptomatologie actuelle pour faire une hypothèse diagnostique claire	80%	[66 ; 91]	98%	[89 ; 100]	NS
évaluer les moyens disponibles	85%	[66 ; 96]	94%	[80 ; 99]	NS

Annexe 3 : Grille d'analyse des appels proposée par l'HAS en Octobre 2020

Critère	Oui	Part ⁶⁹	Non	Commentaires éventuels
Modalités de communication				
Est courtois et poli				
Est à l'écoute de l'appelant/patient				
Accueille les émotions de l'appelant/patient et fait preuve d'empathie				
Dirige l'entretien				
Personnalise la relation (appelle l'appelant/patient par son nom)				
S'exprime avec un ton rassurant, utilise des mots positifs				
Utilise des mots facilement compréhensibles				
Désamorce l'insatisfaction si nécessaire				
Médecin régulateur				
Prise en compte des informations transmises par l'ARM et/ou prise de l'appelant en ligne et décision médicale				
Réalise une démarche systématique indépendamment des orientations données par les personnes ayant transmis l'appel				
Conduit une démarche diagnostique adaptée à la situation clinique				

⁶⁹ Partiellement.

Critère	Oui	Part ⁷⁰	Non	Commentaires éventuels
Conduit une appréciation du contexte				
Si nécessaire, prend l'appelant et/ou le patient (s'il est en mesure de parler au téléphone) en ligne				
Explique à l'appelant/au patient la situation, la ou les solutions proposées, les moyens engagés, l'orientation				
Recherche l'adhésion de l'appelant et/ou du patient et contractualise avec celui-ci				
En l'absence d'envoi d'effecteur, informe de la nécessité de rappeler le SAMU en cas d'aggravation				
Modalités de communication				
Est courtois et poli				
Est à l'écoute de l'appelant/patient				
Accueille les émotions de l'appelant/patient et fait preuve d'empathie				
Dirige l'entretien				
Personnalise la relation (appelle l'appelant/patient par son nom)				
S'exprime avec un ton rassurant, utilise des mots positifs				
Utilise des mots facilement compréhensibles				
Désamorce l'insatisfaction si nécessaire				

⁷⁰ Partiellement.

Annexe 4 : Proposition de nouvelle grille de critère de qualité d'un appel pour l'ARRMEL

1/ Se présenter nominalement	0/1
2/ Reformuler le motif d'appel ou le faire reformuler par l'appelant	0/1
3/ Demander systématiquement à parler au patient si ce n'est pas l'appelant (aux enfants uniquement en cas de troubles respiratoires)	0/1/NC
4/ Ecouter les compléments d'information, être poli et courtois, valoriser l'interlocuteur.	0/1
5/ Tenter de désamorcer l'insatisfaction si nécessaire	0/1/NC
6/ Emettre une hypothèse diagnostique au patient et l'argumenter au patient	0/1/NC
7/ Indiquer une conduite à tenir et s'assurer de la compréhension et de l'adhésion du patient.	0/1/NC
8/ En l'absence d'envoi d'effecteur, informe de la nécessité de rappeler le 15 si aggravation	0/1/NC
9/ Vérifier l'identité complète du patient et son âge	0/1
10/ Reprend les symptômes du patient ou les compléter	0/1/NC
11/ S'enquérir de la prise de traitement chronique	0/1/NC
12/ S'enquérir des comorbidités	0/1/NC
13/ Recherche les moyens disponibles au domicile du patient	0/1/NC
14/ Recherche à objectiver la fièvre, la tension artérielle ou la glycémie si nécessaire	0/1/NC
15/ S'est assuré de l'absence de signe de gravité en fonction du motif de l'appel	0/1/NC
16/ Report de TOUS les éléments suivants dans le dossier informatique (7): Motif d'appel Symptômes Gravité Comorbidités Traitement chronique Diagnostic Conduite à tenir	0/1/NC

IX. Serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”

Application des critères de qualité en régulation lors de la permanence des soins ambulatoire à La Réunion

Résumé

Introduction : Les médecins généralistes participent à la permanence de soins ambulatoires via la régulation libérale. Afin d'améliorer cette régulation, une grille de critères qualité a été instaurée à la Réunion en 2009 par les membres de l'ARRMEL.

L'objectif de cette étude est de définir le taux d'application des critères de qualité dix ans après l'élaboration de cette grille.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle transversale rétrospective de 360 appels reçus entre janvier et février 2019.

Résultats : Les critères d'entretien sont appliqués à plus de 75% par opposition aux critères médicaux beaucoup moins bien appliqués.

Il faut préciser que certains critères ne sont pas adaptés à la régulation et d'autres sont subjectifs.

Conclusion : Afin d'harmoniser la qualité de la régulation libérale, il serait nécessaire de faire évoluer la grille de critère de qualité et de renforcer son application par les médecins régulateurs. Les séances de GAP semblent être le lieu approprié pour effectuer ces changements.

Discipline

Médecine Générale

Mots-Clés

Permanences des soins ; Qualité des soins de santé ; Centre d'appels ; Île de la Réunion

Application of quality criteria in regulation during the permanent ambulatory care in Reunion Island

Abstract

Background : General practitioners participate in the permanence of outpatient care through emergency call centers. In order to improve this activity, a chart of quality criteria was introduced in Reunion in 2009 by the members of ARRMEL.

The study objective is to define the application rate of the quality criteria ten years after the chart development.

Method : This is a retrospective cross-sectional observational study of 360 calls received between January and February 2019

Results : The maintenance criteria are applied more than 75%. However, the medical criteria are not as frequently applied. Some criteria are not suitable for regulation and others are subjective.

Conclusion : To standardize the quality of liberal regulation, the chart of quality criteria has to be changed and its application by medical regulators strengthened. GAP sessions seem to be the right place to make these changes.

Discipline

General medicine

Keywords

Outpatient Care ; Quality of Health Care; Call centers ; Reunion Island