

*Evaluation de la démarche qualité  
de l'ARRMEL*

**Octobre 2011**

# Partenaires et remerciements

---

## **Promoteur de l'action : ARRMEL**

Dr Patrice HUMBERT, Président de l'ARRMEL

Dr Rémi FOUBERT, Membre du Conseil d'administration de l'ARRMEL

## **Prestataire : ORS Réunion**

Dr Emmanuelle RACHOU, Directrice

Bérengère DASSA, Chargée d'études

## **Financier de l'action : CGSS-FIQCS**

Christophe LOUX, responsable de service

## **Partenaires : CHR-SAMU 974**

Dr Arnaud BOURDE, Chef de service

Geneviève COURTOIS, Secrétaire médicale

Nous remercions l'ensemble des partenaires ainsi que les médecins régulateurs de l'ARRMEL.

# Sommaire

---

Glossaire.....	4
Introduction.....	5
1/ la régulation.....	5
2/ la démarche qualité.....	7
La démarche qualité de l'ARRMEL.....	8
1/ l'élaboration des critères qualité.....	8
2/ les groupes d'analyse des pratiques.....	8
3/ l'évaluation.....	9
Méthode de l'évaluation.....	10
1/ la validation des critères qualité.....	10
2/ déroulement des GAP - satisfaction.....	10
3/ évolution de la qualité de la régulation.....	11
Résultats de l'évaluation.....	13
1/ validation des critères qualité et participation des médecins à l'évolution des critères.....	13
2/ déroulement des GAP - satisfaction.....	15
3/ évolution de la qualité de la régulation.....	17
Conclusion.....	19
Bibliographie.....	20
Annexes.....	21
1. liste des médecins libéraux inscrits aux GAP.....	21
2. méthode de sélection des dossiers de régulation pour les séances de GAP.....	22
3. questionnaire de satisfaction.....	23
4. avis du CPP outre mer.....	24
5. note d'information aux patients.....	25
6. fiche des dossiers à problèmes.....	26
7. synthèse des séances de GAP.....	27
8. grille initiale des critères qualité.....	31
9. grille finale des critères qualité.....	32

# Glossaire

---

ARRMEL : Association Réunionnaise des Régulateurs Médicaux d'Exercice Libéral

CHR : Centre Hospitalier Régional

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

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

GAP : Groupe d'Analyse des Pratiques

ORS : Observatoire Régional de Santé

PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

VSAV : Véhicule de Secours aux Victimes

# Introduction

---

## 1/ LA RÉGULATION

### **Le centre 15**

Le SAMU de La Réunion existe depuis 1980 et est installé au Centre Hospitalier Régional site Félix Guyon. Initialement prévu pour coordonner l'activité des SMUR de l'île, il est devenu avec la mise en place en 1992 du numéro 15 le coordonateur régional des partenaires de l'aide médicale [1].

Le SAMU a pour rôle :

- d'assurer une écoute médicale permanente au Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA ou Centre 15) par la présence de médecins régulateurs 24h/24 qui effectuent un diagnostic de gravité,
- de déclencher dans le délai le plus rapide la réponse la mieux adaptée au problème médical,
- de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation,
- d'organiser le transport du patient et de veiller à son admission à l'hôpital.

Les réponses proposées par le médecin régulateur varient selon la gravité de l'appel. Elles peuvent être :

- l'envoi d'une Unité Mobile Hospitalière d'un SMUR,
- l'envoi d'ambulance non médicalisé à domicile,
- l'envoi d'un VSAV, véhicule de secours aux victimes des pompiers,
- l'envoi d'un médecin,
- des conseils médicaux par téléphone.

Les motifs d'appels nécessitant une régulation sont estimés par les professionnels à 70% comme relevant de la médecine générale, en particulier pendant les horaires de pointe (19h00-07h00) qui sont ceux pendant lesquels les cabinets de ville sont fermés. Les régulateurs hospitaliers sont les premiers à exprimer leur relatif manque de compétence pour gérer ce type d'appel : on admet que des visites de médecins de garde ainsi que des transports en ambulance sont demandés, faute de régulation suffisamment « fine », de façon injustifiée.

Ainsi la nécessité de faire participer des médecins libéraux à la régulation des appels médicaux est un besoin largement exprimé parmi les professionnels de santé œuvrant dans le champ de la régulation des appels médicaux. C'est dans ce contexte qu'est né le projet de participation des médecins libéraux dans la régulation du CRRA du SAMU 974.

### **L'ARRMEL**

Depuis 2003, les médecins généralistes libéraux réunionnais participent à la régulation dans le cadre de la permanence des soins. Cette activité est portée par l'Association Réunionnaise des Régulateurs Médicaux d'Exercice Libéral (ARRMEL) et est financée par le FIQCS (financement de la Sécurité Sociale).

L'ARRMEL regroupe environ 25 médecins généralistes libéraux, installés en cabinet pour la plupart, qui ont choisi de participer au service rendu aux usagers en répondant aux appels qui arrivent au n°15 et qui ne présentent pas de problème d'urgence vitale mais relèvent de la médecine générale.

Le SAMU du CHR-site Félix Guyon met sa logistique à disposition de l'ARRMEL (auxiliaires de régulations, locaux, matériel informatique et téléphonique).

### L'organisation de la régulation

Le fonctionnement du SAMU-Centre 15 se fait sur le principe de la double régulation, associant une régulation médicale libérale et une régulation spécialisée hospitalière.

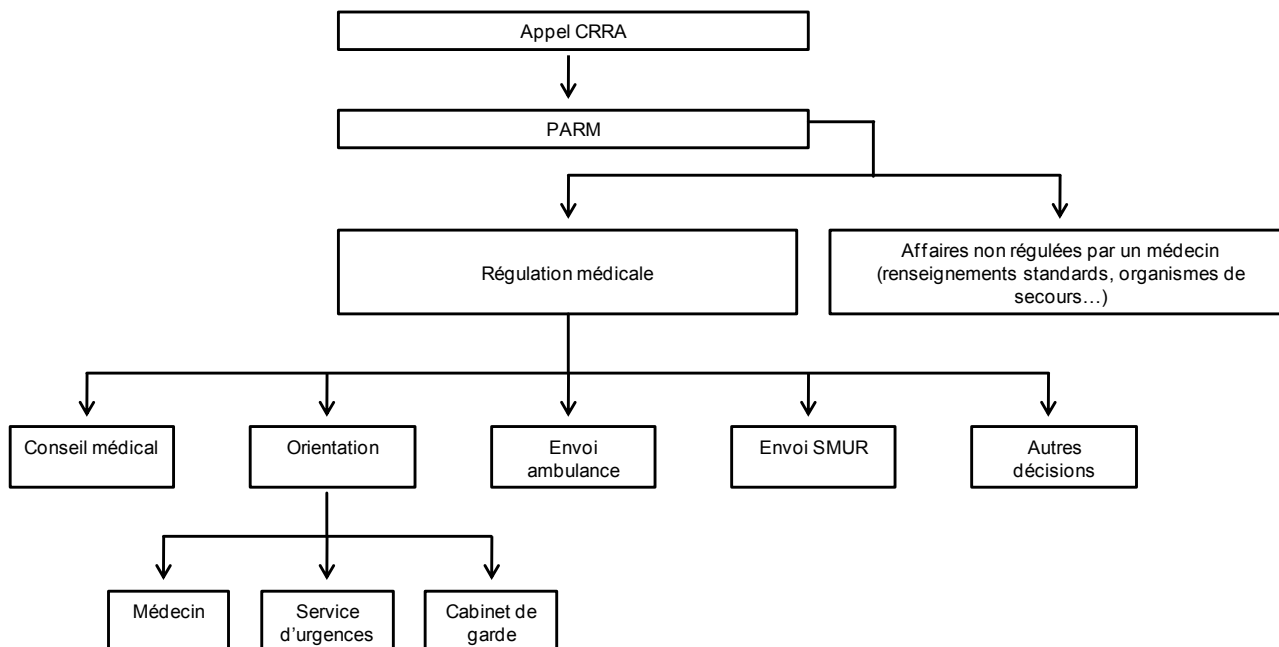
Les appels destinés aux régulateurs libéraux sont ceux relevant de la médecine de ville, par opposition aux appels « SMUR » (accidents de la voie publique, transferts inter-hospitaliers, grandes détresses vitales...), la limite entre ces deux types d'appel pouvant être mouvante (le soutien mutuel entre les médecins régulateurs s'imposant en cas d'afflux d'appels particulièrement important) [2].

Cette régulation se passe aux heures où les cabinets sont fermés : 19h-07h toutes les nuits, le samedi de 13h à 19h et les dimanche et jours fériés de 07h à 19h.

Après un interrogatoire téléphonique, les médecins peuvent donner des conseils médicaux (simple renseignement, conseil pour la prise d'un médicament...) ou orienter les patients vers un médecin de garde ou un service d'urgence.

L'avantage de la régulation par ces médecins généralistes est d'éviter de solliciter un médecin pour rien ou un patient d'attendre des heures dans un service d'urgence débordé par des patients venus spontanément alors que cela n'est pas forcément nécessaire [1].

Schéma d'organisation de la régulation du centre 15



## 2/ LA DÉMARCHE QUALITÉ

En réponse à la demande du FIQCS, et dans la suite de son évaluation externe réalisée en 2003-2004 [2], l'ARRMEL a souhaité engager en 2009 une démarche qualité.

Ces démarches qualité sont encouragées au niveau national, mais il n'existe pas pour le moment<sup>1</sup> de référentiel validé concernant la qualité dans le domaine de la régulation par les libéraux.

C'est pourquoi les professionnels de l'ARRMEL ont élaboré une liste de critères de qualité qu'ils souhaitent mettre en place.

L'objectif général de cette démarche est donc de mettre en place et appliquer des critères qualité de régulation par les médecins libéraux, l'objectif final étant l'amélioration de la qualité de la régulation.

Dans le cadre de ces activités, l'ARRMEL a sollicité l'ORS Réunion pour l'accompagner dans sa démarche.

---

<sup>1</sup> en 2009, lorsque l'ARRMEL a commencé sa démarche qualité

# La démarche qualité de l'ARRMEL

## 1/ L'ÉLABORATION DES CRITÈRES QUALITÉ

### **Définition et diffusion des critères qualité**

Il n'existait pas en 2008/2009, au début de la démarche qualité de l'ARRMEL, de référentiel validé concernant la qualité dans le domaine de la régulation par les libéraux, en dehors de la prescription téléphonique [3].

Les référents de l'ARRMEL ont donc élaboré en avril 2008 une première proposition de critères qualité qu'ils ont souhaité faire évaluer et évoluer par leurs pairs.

Ces critères ont été diffusés et discutés lors des premières séances de GAP.

La population cible est celle des médecins libéraux participants à la régulation au CRRA du SAMU 974, adhérents à l'ARRMEL (26 médecins).

## 2/ LES GROUPES D'ANALYSE DES PRATIQUES

### **Objectifs**

Les objectifs des groupes d'analyse des pratiques sont :

- l'évolution et la validation des critères qualité,
- l'appropriation par les médecins des critères et l'évolution des pratiques de régulation.

### **Population bénéficiaire**

La population bénéficiaire des GAP est composée de 2 groupes de 13 médecins inscrits pour participer aux analyses de cas. La composition des groupes a été déterminée par l'ARRMEL : un groupe « nord » et un groupe « ouest » ont été identifiés (annexe 1).

### **Contenu et organisation**

L'action a reposé sur la mise en œuvre de 3 séances d'analyse des pratiques.

Ces séances ont reposé sur :

- l'analyse par les médecins régulateurs selon les critères qualité définis au préalable, de 2 bandes sonores de régulation, tirées au sort, présentées à chacune des 3 séances.
- l'analyse par les médecins régulateurs selon les critères qualité définis au préalable, d'une bande sonore de régulation de dossiers ayant présenté des difficultés.

Le détail des modalités de sélection des dossiers de régulation se trouvent en annexe 2.

Pour chaque GAP, un modérateur parmi les médecins a été désigné.

La chargée d'études de l'ORS a été désignée comme secrétaire de séance.

### **Durée et nombre de séances**

Les séances ont duré 3h.

Chaque groupe a bénéficié de 3 séances réparties sur 1 an (d'avril 2010 à mai 2011).

#### **Calendrier des séances de GAP**

	Séance 1	Séance 2	Séance 3
Groupe "nord"	27/04/2010	10/11/2010	07/04/2010
Groupe "ouest"	26/05/2010	09/12/2010	11/05/2011



### **Déroulement des séances**

Chaque séance de GAP a duré 3h et s'est déroulé de la manière suivante :

- Écoute de la bande audio avec la grille de critères et le dossier papier anonymisé sous les yeux,
- Prise de parole du médecin qui a régulé pour apporter des informations complémentaires, son ressenti etc...
- Ressenti du médecin régulateur par rapport à la grille de critère,
- Tour de table : analyse de la régulation avec la grille de critère.
- Mini synthèse à l'aide de la prise de note de la secrétaire de séance.

En fin de séance, une synthèse sur les critères est réalisée pour déterminer lesquels sont pertinents, lesquels posent problème, etc...

Après chaque séance de GAP, une synthèse a été rédigée par l'ORS et diffusée à l'ensemble des régulateurs.

A la fin de la dernière séance de chacun des deux groupes, un questionnaire de satisfaction a été rempli par les médecins régulateurs participants (annexe 3).

### **3/ L'ÉVALUATION**

L'évaluation fait partie de la démarche qualité mise en place.

Les objectifs sont d'évaluer l'évolution et la validation des critères qualité, la participation des médecins aux groupes d'analyse des pratiques, la satisfaction des médecins et l'application des critères avant et après la mise en œuvre des GAP.

L'ARRMEL a choisi l'ORS pour réaliser cette évaluation.

# Méthode d'évaluation

L'évaluation de la démarche qualité porte :

- la validation des critères qualité et la participation des médecins à l'évolution des critères,
- la participation aux groupes d'analyse des pratiques et la satisfaction des médecins,
- l'évolution de la qualité de la régulation (application des critères).

## 1/ LA VALIDATION DES CRITÈRES QUALITÉ

Les données ont été recueillies à partir des compte rendus de séances de GAP et auprès des médecins d'ARRMEL.

Les indicateurs avec les variables à recueillir sont résumés dans le tableau ci-dessous.

**Critères d'évaluation de la démarche**

Critères	Indicateurs	Variables
<u>Validation et évolution des critères</u>	nombre de critères entretien qui ont évolué	nombre initial de critères entretien nombre final de critères entretien nombre de critères entretien reformulés nombre de critères entretien supprimés
	nombre de critères médicaux qui ont évolué	nombre initial de critères médicaux nombre final de critères médicaux nombre de critères médicaux reformulés nombre de critères médicaux supprimés

## 2/ DÉROULEMENT DES GAP - SATISFACTION

Les données ont été recueillies à partir des compte rendus de séances de GAP et auprès des médecins d'ARRMEL.

Les indicateurs avec les variables à recueillir sont résumés dans le tableau ci-dessous.

**Critères d'évaluation de la démarche**

Critères	Indicateurs	Variables
<u>Déroulement des GAP :</u>		
s'inscrire au GAP participer aux 3 séances	% de médecins inscrits aux GAP taux de participation aux GAP	nombre de médecins d'ARRMEL nombre de médecins inscrits aux GAP nombre et nom des participants à chaque séance
<u>Satisfaction des médecins</u>	organisation des GAP déroulement des GAP choix des critères retenus applicabilité des critères utilité des séances de GAP modifications des pratiques importance de la démarche qualité pérennisation de la démarche	nombre de médecins satisfaits nombre de médecins satisfaits nombre de médecins satisfaits nombre de médecins satisfaits nombre de médecins qui ont modifié leur pratique nombre de médecins satisfaits nombre de médecin favorables

### **3/ EVOLUTION DE LA QUALITÉ DE LA RÉGULATION**

Les données ont été recueillies par la chargée d'études de l'ORS à partir de l'écoute des bandes sonores : ces données ont été directement saisies sous un masque de saisie Epidata.

Les variables à recueillir sont celles permettant de déterminer si les critères qualité de la grille finale ont été appliqués (grille finale validée en annexe 7).

Les unités d'analyse sont les entretiens de régulation dans lesquels interviennent les médecins de l'ARRMEL.

La source est l'ensemble des affaires traitées par l'ARRMEL à la régulation du SAMU 974.

L'échantillon « avant » a été obtenu par tirage au sort de 55 affaires à partir de l'ensemble des affaires traitées par l'ARRMEL au cours du mois de février 2010.

L'échantillon « après » a été obtenu par tirage au sort de 55 affaires à partir de l'ensemble des affaires traitées par l'ARRMEL au cours du mois de mai 2011.

#### **Tirage au sort des dossiers de la phase « avant »**

- une semaine de 7 jours du mois de février 2010 a été tirée au sort.
- la liste de toutes les régulations par l'ARRMEL de cette semaine tirée au sort a été transmise à l'ORS par la secrétaire médicale du SAMU,
- 55 dossiers ont été alors tirés au sort à partir de cette liste (tirage au sort sous EXCEL avec la fonction « ALEA »),
- les numéros d'affaires des 55 dossiers de régulation tirés au sort ont été transmis à la secrétaire médicale du SAMU.

#### **Tirage au sort des dossiers de la phase « après »**

- une semaine de 7 jours du mois de mai 2011 a été tirée au sort.
- la liste de toutes les régulations par l'ARRMEL de cette semaine tirée au sort a été transmise à l'ORS par la secrétaire médicale du SAMU,
- 55 dossiers ont été alors tirés au sort à partir de cette liste (tirage au sort sous EXCEL avec la fonction « ALEA »),
- les numéros d'affaires des 55 dossiers de régulation tirés au sort ont été transmis à la secrétaire médicale du SAMU.

#### **Informations des patients**

Cette étude étant une étude observationnelle, l'accord des patients quant à l'utilisation des bandes sonores n'est pas obligatoire (avis du CPP en annexe 4).

Pour chaque dossier tiré au sort, une lettre d'information de l'étude a été envoyée au patient correspondant (annexe 5).

#### **Transmission des données à l'ORS**

Une fois les dossiers tirés au sort par l'ORS et transmis au SAMU :

- la secrétaire médicale du SAMU a extrait les bandes sonores et les dossiers papiers de ces 110 régulations et les a anonymisés,

- les bandes sonores anonymisées ont été gravées sur un CD et remises à l'ORS (l'ORS s'est engagé par convention écrite à détruire ou à rendre ces données à la fin du projet).

### **Gestion des données**

Les bandes sonores transmises à l'ORS (gravées sur un CD) ont été écoutées et étudiées par la chargée d'études de l'ORS, soumise au secret médical.

Les données ont été saisies sous Epidata version 3.1..

### **Analyse statistique des données**

L'analyse statistique des données a été réalisée par l'ORS à l'aide du logiciel Epiinfo version 5.3.1.

Les variables sont résumées par des effectifs et des pourcentages.

Les tests de comparaison avant/après ont été réalisés à l'aide de tests du Chi2. Une p-value inférieure à 5% a été considérée comme statistiquement significative.

# Résultats de l'évaluation

## 1/ VALIDATION DES CRITÈRES QUALITÉ ET PARTICIPATION DES MÉDECINS À L'ÉVOLUTION DES CRITÈRES

Avant la mise en place des séances de GAP, une grille de critère a été élaborée par les Docteurs P.HUMBERT et R.FOUBERT.

Cette grille comportait 2 types de critères (annexe 1):

- des critères d'entretien, au nombre de 8,
- des critères médicaux, au nombre de 9.

Les différentes séances de GAP, par l'écoute de bandes de régulations et les discussions entre médecins, ont permis de faire évoluer la grille de critères en reformulant, supprimant et ajoutant des critères.

Sept critères d'entretien ont évolué (reformulation, fusion ou suppression) et 2 nouveaux critères ont été ajoutés.

Sept critères médicaux ont évolué (reformulation, fusion ou suppression) et 3 nouveaux ont été ajoutés.

**Nombre de critères qui ont évolué**

	Nombre	
	critères d'entretien	critères médicaux
Critères reformulés	1	1
Critères supprimés	2	4
Critères ajoutés	2	3
Critères fusionnés	4	2
Critères initiaux	8	9
Critères finaux	7	7

Certains critères ont été d'emblée acceptés et validés par les médecins car ils apparaissaient à tous comme étant pertinents : il s'agit notamment des critères d'entretien « reformuler le motif d'appel » ou « écouter les compléments d'informations » et des critères médicaux « s'assurer de l'âge et du sexe » ou « histoire de la maladie, antécédents et traitements en cours »...

La reformulation de critères a porté essentiellement sur le terme « diagnostic ». En effet, les médecins ont relevé la difficulté en régulation téléphonique d'établir un diagnostic. Le terme de « conduite à tenir » semble plus approprié à la régulation médicale.

Des critères ont fusionné car ils étaient déjà formulés dans d'autres critères. Par exemple, le critère « si orientation vers un effecteur, donner un délai dans lequel cela doit être fait » ne semblait pas pertinent car le délai est sous entendu dans le critère « s'assurer que la décision est comprise et passage du contrat ».

De plus les médecins ont pris conscience de l'importance du dossier informatique et de son remplissage, d'où l'émergence d'un nouveau critère : « vérifier que les critères suivants sont bien écrits dans le dossier informatique : motif d'appel, symptômes, critères de gravité, antécédents et traitement en cours ».

Les séances de GAP ont par ailleurs été le lieu de discussions sur la régulation médicale en général et notamment sur sa systématisation par l'application de la grille de critère. L'importance d'être systématique paraît évidente pour un grand nombre de médecins car cela permet de poser les bonnes questions et de ne rien oublier.

Enfin le contexte d'appel (jour et heure de l'appel, nombre d'appels en attente...) semble important pour les médecins même si la plupart s'accorde à dire que la régulation ne doit pas changer selon le contexte.

Ainsi les séances de GAP ont ainsi permis d'élaborer une grille de critères validée par tous les médecins, comportant 7 critères d'entretien et 7 critères médicaux, permettant de mieux appréhender la régulation. Le compte rendu des GAP se trouvent en annexe 7.

**Evolution des critères qualité : comparaison grille initiale et grille finale**

	<b>Grille initiale</b>	<b>Grille finale</b>
<b>Critères d'entretien</b>	1 se présenter nominalement	1 se présenter nominalement
	2 reformuler le motif d'appel	2 reformuler le motif d'appel ou faire reformuler par le patient
	3 écouter les compléments d'information	3 demander à parler au patient (systématique pour les adultes, en cas de problème respiratoire pour les enfants)
	4 expliquer notre démarche "diagnostique"	4 écouter les compléments d'information, valoriser l'interlocuteur
	5 valoriser l'interlocuteur, le faire participer à l'action	5 intelligibilité de la communication (technologie, langue...)
	6 expliquer notre "diagnostic" et notre décision	6 faire part de sa réflexion au patient et indiquer clairement une conduite à tenir
	7 s'assurer que la décision a été comprise	7 s'assurer que la décision a été comprise et passage du contrat
	8 passage du contrat	
<b>Critères médicaux</b>	9 s'assurer de l'âge et du sexe	8 s'assurer de l'âge et du sexe
	10 s'enquérir de suite de l'état actuel du patient	9 vérifier les modalités de recueil des symptômes (fièvre prise avec un thermomètre...)
	11 reprendre l'histoire de la maladie	10 rechercher des critères de gravité
	12 s'enquérir des ATCD et des TTT en cours	11 reprendre l'histoire de la maladie, s'enquérir des ATCD et TTT en cours
	13 reprendre la symptomatologie actuelle	12 reprendre la symptomatologie actuelle pour faire une hypothèse diagnostique claire
	14 faire une hypothèse diagnostique claire	13 évaluer les moyens disponibles (médicaments à la maison; médecin accessible; moyen de locomotion...)
	15 si utile, s'enquérir des thérapeutiques disponibles	14 vérifier que les critères suivants sont bien écrits dans le dossier informatique : motif d'appel; symptômes; critère de gravité; ATCD et ttt en cours
	16 prescription par téléphone claire et reformulée par le patient	
	17 si orientation effecteur, donner un délai dans lequel cela doit être fait	

**SYNTHÈSE**

⇒ **Adoption par les médecins régulateurs d'une grille de critères comportant 7 critères d'entretien et 7 critères médicaux**

⇒ **Grille de critères comme outil d'aide à la régulation (systématisation de la régulation)**

⇒ **Importance du contexte pour les médecins (jour, heure, nombre d'appel en attente...)**

## 2/ DÉROULEMENT DES GAP - SATISFACTION

### **Participation des médecins**

Vingt six médecins généralistes libéraux sont inscrits à l'ARRMEL. Tous étaient volontaires pour participer à la démarche qualité.

Les médecins ont été répartis en deux groupes de 13 médecins. Chaque groupe a eu 3 séances de GAP.

La majorité des médecins a assisté aux trois séances de GAP prévues.

**Participation des médecins aux séances de GAP, 2010-2011**

	Groupe "nord"			Groupe "ouest"		
	GAP 1	GAP 3	GAP 5	GAP 2	GAP 4	GAP 6
Nombre d'inscrits	13	13	13	13	13	13
Nombre de présents	14	13		12	12	10

### **Satisfaction des médecins**

A la fin des 3 séances de GAP, un questionnaire de satisfaction a été donné à tous les médecins participants (annexe 3).

Vingt deux questionnaires remplis ont été recueillis.

Sur les 22 médecins répondants, la majorité était présente aux différents GAP :

- un médecin n'a participé qu'à une seule séance de GAP,
- 5 médecins ont participé à 2 séances de GAP,
- 15 médecins ont participé aux 3 séances de GAP prévues.

### Organisation et déroulement des GAP :

La majorité des médecins est satisfait de l'organisation et du déroulement des séances de GAP.

Cependant quelques remarques ont été émises :

- le nombre d'études de cas par séance est insuffisant (n=1),
- la qualité sonore des bandes audio est parfois insuffisante (n=1),
- les séances sont trop espacées (n=1),
- le déroulement des séances est trop répétitif (n=1).

**Satisfaction des médecins vis-à-vis de l'organisation et du déroulement des GAP**

	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait
Durée des séances	22	0	0
Rythme des séances	21	0	1
Nombre de médecins participants par groupe	21	0	0
Déroulement général des séances	14	8	0
Déroulement d'une étude de cas	14	7	1

### Choix des critères retenus :

La majorité des médecins est satisfait des critères entretien et médicaux retenus.

La plupart des médecins (n=19) pense que tous les critères sont applicables.

Un médecin pense que les critères retenus sont applicables mais pas de manière systématique, qu'il faut les adapter suivant le motif d'appel.

Deux médecins pensent que les critères ne sont pas applicable car ils ne sont pas assez spécifiques et sont trop contextuels (motifs d'appel, flux d'appel...).

**Satisfaction des médecins vis-à-vis des critères retenus**

Critères retenus	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait
Critères entretien	10	11	1
Critères médicaux	11	11	0

#### Utilité des séances de GAP :

La majorité des médecins (n=20) a trouvé les séances de GAP utiles à leur pratique.

Les différents raisons évoquées sont :

- partage des difficultés (n=4),
- partage d'expérience (n=4),
- systématisation de la régulation (n=4),
- plus de rigueur (n=3),
- uniformisation, méthode et langage commun (n=3),
- remise en question (n=3),
- prise de conscience des risques liés à ce type de communication (n=1).

Vingt et un médecins sur vingt deux répondants déclarent avoir modifier leur pratique suite aux séances de GAP. Les principales modifications apportées sont résumées dans le tableau ci-dessous.

**Modifications apportées par les médecins suite aux séances de GAP**

Critères entretien	Critères médicaux	Régulation générale
se présenter nominalement (n=5)	rechercher les critères de gravité (n=2)	systématisation/utilisation des critères (n=7)
expliquer la décision (n=3)	remplir le dossier informatique (n=2)	
parler au patient (n=2)	s'enquérir des antécédents (n=1)	

#### Démarche qualité ARRMEL :

La majorité des médecins (n=21) trouve la démarche qualité engagée par l'ARRMEL importante.

Cette démarche permet :

- l'amélioration des pratiques (n=8),
- le partage d'expérience (n=2),
- l'harmonisation des régulations (n=1),
- l'adaptation aux besoins (n=1).

Un médecin pense que cette démarche qualité doit être formalisée en l'absence de recommandations actuelles.

Enfin, la plupart des médecins répondants (n=21) recommanderait cette expérience à leurs confrères et souhaite que cette démarche perdure au sein de l'ARRMEL.

**SYNTHÈSE**

⇒ **Une bonne participation des médecins aux séances de GAP**

⇒ **Des médecins satisfaits et demandeurs d'une pérennisation de la démarche**



### 3/ EVOLUTION DE LA QUALITÉ DE LA RÉGULATION

La phase « avant » représente l'analyse des dossiers de régulation tirés au sort datant du mois de février 2010 : 49 dossiers de cette phase ont été analysés à l'aide de la grille de critères.

La phase « après » représente l'analyse des dossiers de régulation tirés au sort datant du mois de mai 2011 : 48 dossiers de cette phase ont été analysés à l'aide de la grille de critères.

#### **Les critères d'entretien**

D'une manière générale, les critères d'entretien ont été mieux appliqués durant la phase « après ».

En moyenne 5,8 critères sur 6 retenus ont été appliqués lors de la phase « après » contre une moyenne de 4,8 sur 6 lors de la phase « avant » (différence significative,  $p < 0,05$ ).

**Pourcentage des critères d'entretien appliqués**

Critères d'entretien	Critères remplis		
	avant	après	
se présenter nominalement	53% [38 ; 67]	92% [80 ; 98]	$p < 0,05$
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

Les améliorations des régulations se portent essentiellement sur trois critères d'entretien, les autres critères étant aussi bien appliqués dans la phase « avant » que dans la phase « après » :

- les médecins se présentent nominalement au patient beaucoup plus systématiquement (92% des régulations durant la phase « après » contre 53% des régulations durant la phase « avant »),
- ils reformulent ou font reformuler le motif d'appel au patient plus fréquemment,
- dans le cas où ce n'est pas le patient lui-même qui appelle mais un proche du patient, les médecins demandent plus fréquemment à parler au patient : dans 71% des régulations de la phase « après », les médecins demandent à parler au patient (contre 17% des régulations de la phase « avant »).

Par ailleurs la communication est bonne et intelligible dans 94% des régulations. Ce critère n'a pas pu être analysé comme les autres critères car il n'est pas pertinent de comparer ce critère avant et après les GAP. Après analyse, ce critère ne semble pas faire partie des critères qualité en tant que tel mais serait un critère de contexte.

#### **Les critères médicaux**

En moyenne 4 critères médicaux sur 6 retenus ont été appliqués lors de la phase « après » contre une moyenne de 3 sur 6 lors de la phase « avant » (différence significative,  $p < 0,05$ ).

Les changements principaux portent sur les critères « s'assurer de l'âge et du sexe » et « reprendre l'histoire de la maladie, s'enquérir des antécédents et traitements en cours » :

- pour environ la moitié des régulations de la phase « après » le critère « s'assurer de l'âge et du sexe » est appliqué contre seulement 8% des régulations de la phase « avant » (différence significative),

- le critère « reprendre l'histoire de la maladie, s'enquérir des antécédents et traitements en cours » est plus souvent appliqué lors de la phase « après » (80% des régulations de la phase « après » contre 46% des régulations de la phase « avant », différence significative).

Critères médicaux	Critères remplis		p
	avant	après	
s'assurer de l'âge et du sexe	8% [ 2 ; 20]	48% [33 ; 63]	p<0,05
rechercher les critères de gravité	26% [14 ; 41]	13% [ 5 ; 26]	NS
reprendre l'histoire de la maladie, s'enquérir des antécédents et traitements en cours	46% [31 ; 61]	79% [64 ; 89]	p<0,05
reprendre 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

En ce qui concerne le critère médical « vérifier que les critères suivants sont bien écrits dans le dossier informatique : motif d'appel, symptômes, critères de gravité, antécédents en cours », il n'y a pas de différence d'application entre la phase « avant » et la phase « après ». Dans 63% des régulations de la phase « après » 3 critères ou 4 étaient bien écrits dans le dossier médical, contre 50% des régulations de la phase « avant » (différence non significative). Le plus souvent ce sont les critères de gravité et les antécédents et traitements en cours qui ne sont pas écrits dans le dossier informatique.

Enfin la recherche de critères de gravité est rarement faite lors des régulations et l'application de ce critère n'a pas évolué entre les 2 phases.

D'une manière générale, les critères qualité sont plus appliqués après la mise en œuvre des séances de GAP (en moyenne 9,8 critères appliqués durant la phase « après » contre une moyenne de 8 critères appliqués durant la phase « avant »). Mais des efforts restent encore à faire, sur certains critères notamment.

La pertinence de certains critères restent encore à être discuté :

- le critère « recherche des critères de gravité », dans la mesure où les appels régulés ne présentent pas d'urgence vitale,
- le critère « intelligibilité de la communication » : après analyse, ce critère n'apparaît pas être un critère de qualité mais plutôt faisant partie du contexte de l'appel.

## SYNTHÈSE

- ⇒ Une amélioration des régulations par une meilleure application des critères suite aux séances de GAP
- ⇒ La recherche de critères de gravité rarement faite lors des régulations

# Conclusion

---

## **Les séances de GAP**

Les séances de GAP ont permis aux médecins régulateurs de l'ARRMEL d'élaborer une grille de critères qualité de régulation médicale. Les séances ont été le lieu de réflexion sur la régulation médicale et les moyens de l'améliorer. La grille de critère semble être un outil pertinent d'aide à la régulation. L'application des critères qualité et sa systématisation permet une meilleure régulation.

Des réflexions ont par ailleurs été engagées sur l'importance du dossier informatique et les moyens d'en faciliter le remplissage. Il a notamment été évoqué l'idée d'intégrer la grille de critère au masque de saisie. Enfin, il est à noter que le contexte d'appel (jour de l'appel, heure, nombre d'appels en attente...) semble important pour les médecins dans la mesure où il peut influencer sur leur régulation.

L'évaluation de la satisfaction des médecins généralistes régulateurs quant à cette démarche qualité, a montré que ces médecins étaient dans l'ensemble très satisfaits des séances de GAP. Ces séances ont été pour eux une occasion de partage d'expérience et de leurs difficultés, d'une remise en question de leur façon d'aborder les régulations.

L'élaboration de la grille de critères leur a permis d'uniformiser leur pratique de régulation, d'harmoniser leur langage, d'être plus rigoureux.

La majorité des médecins généralistes régulateurs souhaite que cette démarche perdure au sein de l'ARRMEL dans la mesure où elle favorise l'amélioration des pratiques de régulation.

## **L'application des critères qualité**

L'évaluation de l'application des critères qualité, par l'analyse des régulations avant et après la mise en œuvre des séances de GAP, a montré des modifications des pratiques des médecins suite à la tenue des séances.

Les critères qualité sont d'une manière générale plus appliqués après les séances de GAP.

Cependant certains critères semblent être plus difficilement appliqués. Il s'agit principalement du critère « recherche des critères de gravité ». La question de la pertinence de ce critère peut être posée dans la mesure où les appels qui sont régulés par les médecins généralistes de l'ARRMEL sont des appels ayant été triés une première fois par les PARM et ne présentant donc a priori pas d'urgence vitale.

Ainsi l'amélioration dans l'application des critères et la satisfaction des médecins généralistes régulateurs montrent l'importance de la mise en place des séances de groupe d'analyse des pratiques et de leur pérennisation.

Les critères qui ont été identifiés comme des indicateurs de la qualité pourraient être suivis annuellement par la mise en place d'un tableau de bord de la qualité.

# Bibliographie

---

- [1] LA REVUE DU SAMU 974, 2005. Les 25 ans du SAMU 974. *La Revue du SAMU 974, novembre 2005*. 33 p.
- [2] RACHOU, E., YOVANOVITCH, J.-D. Évaluation de la participation des médecins libéraux à la régulation du CRRR du Samu 974. Saint-Denis : ORS Réunion, 2005, 58 p.
- [3] HAUTE AUTORITE DE LA SANTE. Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale. Saint-Denis : HAS, 2009, 6 p. (Recommandations de bonne pratique, Synthèse des recommandations)
- [4] COMITE REGIONAL DE GESTION DU FONDS D'AIDE A LA QUALITE DES SOINS DE VILLE BRÉTAGNE. Organisation de la régulation des appels pour des actes non programmés dans le Finistère. 2003, 50 p.
- [5] MINISTERE DE LA SANTE. Arrêté du 24 juillet 2009 portant organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire à la Réunion.
- [6] SAMU DE FRANCE, SOCIETE FRANCAISE D'ANESTHESIE ET DE REANIMATION. Réception et régulation des appels pour les urgences médicales en dehors de l'hôpital, janvier 2006. Conférence d'experts
- [7] MINISTERE DE LA SANTE, MINISTERE DE L'AGRICULTURE. Circulaire n°88-23 du 28 décembre 1988 relative au concours du service public hospitalier et à la participation des médecins d'exercice libéral à l'aide médicale urgente : Conditions d'un partenariat.
- [8] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI. Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U : Journal officiel du 17 décembre 1987, pp. 14692-14694.
- [9] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en janvier 2010. Paris : 2010, 42 p.
- [10] UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE FRANCHE-COMTE. Evaluation de la régulation libérale et du dispositif de permanence des soins en Franche-Comté. 2010, 26 p.
- [11] UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX ILE DE FRANCE. Rapport sur la participation des médecins libéraux à la régulation en Ile de France. Paris : 40 p.
- [12] CHANTELOUP M., GADEL G. Les appels d'urgence au centre 15 en 1997. Etudes et résultats, 2000, n° 55, pp. 1-7.
- [13] HAUTE AUTORITE DE LA SANTE. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Saint-Denis : HAS, 2011, 76 p. (Recommandations de bonne pratique, Argumentaire)
- [14] HAUTE AUTORITE DE LA SANTE. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Saint-Denis : HAS, 2011, 29 p. (Recommandations de bonne pratique, Recommandations)
- [15] HAUTE AUTORITE DE LA SANTE. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Saint-Denis : HAS, 2011, 4 p. (Recommandations de bonne pratique, Fiche de synthèse)

# Annexe 1

---

## Liste des médecins libéraux inscrits au GAP

Groupe "nord"		Groupe "ouest"	
Nom	Prénom	Nom	Prénom
BOGO	Patrick	ABEMONTY	Luc Israël
BERAL	Jean-Michel	BARBA	Madeleine
COLOMB	Michel	BIOLAY	Jean Maurice
DE CHAZOURNES	Philippe	CADINOUCHE	Kathia
DURRIEU	Patrick	COURNOT	Ivan
FLEURENCE	José	FOUBERT	Rémy
FUCHSBAUER	Denis	JANIN	Julien
GREVILLE	Alain	KHOURY	Jean
HUMBERT	Patrice	LAVIELLE	Luc
JANKOWSKI	Nicole	MAGNIN	Pierre
LOUIS	Frédéric	QUEGUINER	Romain
MAILLOT	Patrick	SCHULZ	François
HANSROD	Shabeer	BEHAVANA	Jean Claude

## **Méthode de sélection des dossiers de régulation pour les séances de GAP**

### **Sélection des dossiers de régulation**

Pour chaque séance de GAP, deux dossiers ont été tirés au sort.

Pour chaque GAP, le tirage au sort a été réalisé de la manière suivante :

- une semaine de 7 jours, environ 2 mois avant la date prévue du GAP, a été tirée au sort.
- la liste de toutes les régulations par l'ARRMEL de cette semaine tirée au sort a été transmise à l'ORS par la secrétaire médicale du SAMU,
- deux dossiers ont été alors tirés au sort à partir de cette liste (tirage au sort sous EXCEL avec la fonction « ALEA »),
- les deux dossiers de régulation tirés au sort ont été transmis à la secrétaire médicale du SAMU,
- la secrétaire médicale du SAMU a extrait les bandes sonores et les dossiers papiers de ces deux régulations et les a anonymisé,
- Les bandes sonores anonymisées ont été gravées sur un CD et remises à l'ORS (l'ORS s'est engagé par convention écrite à détruire ou à rendre ces données à la fin du projet).

Cette étude étant une étude observationnelle, l'accord des patients quant à l'utilisation des bandes sonores n'est pas obligatoire (avis du CPP en annexe 4).

Ainsi pour chaque dossier tiré au sort, seule une lettre d'information de l'étude a été envoyée au patient correspondant (annexe 5).

### **Sélection des dossiers de régulation « à problèmes »**

Pour chaque séance de GAP, un dossier « à problème » a été tiré au sort parmi la liste des dossiers « à problème ».

La liste des dossiers « à problème » a été constituée par les médecins durant leur régulation : quant un médecin avait ressenti des difficultés lors d'une régulation, il devait noter le numéro de dossier sur une fiche (fiche des dossiers à problème, annexe 6) présente dans le cahier de régulation dans la salle de régulation du SAMU.

La bande sonore du dossier « à problème » tiré au sort a été extrait et anonymisé par la secrétaire médicale du SAMU, puis gravée sur un CD et remis à l'ORS.

Une lettre d'information a été envoyée au patient du dossier correspondant.

# Annexe 3



## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

1. A combien de GAP avez-vous participé ?  1 séance  2 séances  3 séances
2. Que pensez-vous de l'organisation des GAP ?  
Durée des séances :  bonne  trop longue  trop courte  nsp  
Rythme des séances :  bon  trop espacées  trop rapprochées  nsp  
Nombre de médecins participants par groupe de séances :  pas assez de participant  trop de participants  
 bon nombre de participant  nsp
3. Concernant le déroulement des GAP vous êtes :  
Déroulement général des séances :  satisfait  assez satisfait  peu satisfait  pas satisfait  
Déroulement d'une étude de cas :  satisfait  assez satisfait  peu satisfait  pas satisfait  
Si vous n'êtes pas satisfait, pourquoi ?.....
4. Concernant le choix des critères retenus, vous êtes :  
Critères qualité entretien :  satisfait  assez satisfait  peu satisfait  pas satisfait  
Critères qualité médicaux :  satisfait  assez satisfait  peu satisfait  pas satisfait
5. Pensez-vous que tous les critères retenus sont applicables ?  oui  non  nsp  
Si non, quels critères vous semblent difficilement applicables et pourquoi ?  
.....  
.....  
.....
6. Ces séances vous ont-elles été utiles ?  oui  non  nsp  
Si non pourquoi ? .....  
.....  
Si oui, en quoi vous ont-elles été utiles ?.....  
.....
7. Avez-vous apporté des modifications à votre pratique suite à ces séances ?  oui  non  
Si oui, sur quoi portent ces modifications ? .....  
Si non, pourquoi ? .....
8. Trouvez-vous la démarche qualité d'ARRMEL importante ?  oui  non  nsp  
Si oui pourquoi ? .....
9. Recommanderiez-vous cette expérience à vos confrères ?  oui  non  nsp
10. Souhaitez-vous que cette démarche perdure au sein de l'ARRMEL ?  oui  non  nsp

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

# Annexe 4

## COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES SUD-OUEST ET OUTRE MER III

REÇU LE 23 JUIN 2010

Président : Professeur Jean-Pierre DUPRAT

Madame Bérengère DASSA  
Observatoire Régional de la Santé  
12 rue Colbert  
97400 Saint-Denis

Bordeaux, le 28 avril 2010.

**Réf. CPP :** DC 2010/23

**Vos réf. :** demande d'avis consultatif étude démarche qualité ARRMEI

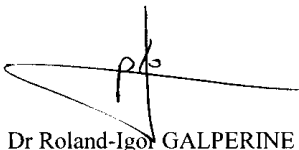
Vu la loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 Loi Huriot-Sérusclat modifiée le 9 août 2004,  
Vu le Code de la Santé Publique, notamment les articles L 1123-7 et R 1123-24 et R 1123-25, l'article L.1221-8-1 relatif aux activités de recherche, l'article L.1243-3 relatif aux collections d'échantillons biologiques humains,

En date du 28 AVRIL 2010, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique, le CPP Sud-Ouest et Outre Mer III a examiné **la demande de conseil** relative à un projet de recherche dont l'objectif est de vérifier la qualité de la régulation des appels aux SAMU.

Le tirage au sort d'une cinquantaine de bandes sonores de dialogues médecin/patient anonymisés est une étude observationnelle.

La recherche est hors du champ des dispositions de la Loi codifiée dans le Titre deuxième « Recherches biomédicales », Livre premier, première partie du Code de la Santé Publique (CSP).

Pour le Comité et le Président  
Le Secrétaire technique



Dr Roland-Igor GALPERINE

1/2

Service de Pharmacologie clinique – Groupe Hospitalier Pellegrin – Bât. IA  
Place Amélie Raba Léon – 33076 BORDEAUX CEDEX  
TÉL/FAX : 33-(0)5.57.81.76.07 – E-mail : cpp.soom3@u-bordeaux2.fr





## DOCUMENT D'INFORMATION

### Qualité de la prise en charge par les médecins généralistes des appels au n°15 (SAMU)

Madame, Monsieur,

Vous avez été amené à appeler le 15 (SAMU) pour vous-même ou l'un de vos proches.  
Un médecin généraliste a répondu à votre appel.

L'Association Réunionnaise des Régulateurs Médicaux d'Exercice Libéral (ARRMEL), en partenariat avec le SAMU et la sécurité sociale, souhaite améliorer la prise en charge des appels au 15. Pour cela, une étude sur la qualité de cette prise en charge est actuellement en cours.

Pour cette étude, des patients ayant appelé le 15 et ayant été pris en charge par un médecin généraliste sont tirés au sort et leurs dossiers seront analysés.

**Nous vous informons que votre dossier fait partie de la liste des dossiers tirés au sort.**

La consultation des dossiers relève du secret médical et de la responsabilité du SAMU.  
Les données seront analysées de façon confidentielle et anonyme.

N'hésitez pas à appeler la personne en charge de cette étude au SAMU, Mme COURTOIS au 0262 90 60 85 (les lundi-jeudi-vendredi de 10h30 à 18h30) pour toute question concernant l'étude.

Docteur P.HUMBERT  
Président de l'ARRMEL

Docteur A.BOURDE  
Chef de service SAMU 974

# Annexe 6



## CAHIER DES DOSSIERS A PROBLEMES

### Etude Démarche Qualité ARRMEL

*Veillez noter le numéro et la date des dossiers pour lesquels vous avez rencontré des difficultés/problèmes.*

Nom du médecin	Numéro de dossier	Date	Commentaires éventuels

# Annexe 7

---

## Synthèse des séances des GAP

Entre avril 2010 et mai 2011, 6 séances de groupes d'analyses des pratiques ont eu lieu (3 séances pour chaque groupe) :

- GAP 1 : groupe « nord » en avril 2010,
- GAP 2 : groupe « ouest » en mai 2010,
- GAP 3 : groupe « nord » en novembre 2010,
- GAP 4 : groupe « ouest » en décembre 2010,
- GAP 5 : groupe « nord » en avril 2011,
- GAP 6 : groupe « ouest » en mai 2011.

Après chaque séance, une synthèse a été rédigée.

## Synthèse des GAP 1 et 2

Les critères de la grille initiale (8 critères d'entretien et 9 critères médicaux) semblent être dans l'ensemble pertinents et applicables.

Néanmoins trois médecins sont contre le principe de grille de critères par crainte de la « robotisation » du médecin régulateur et par résistance à l'évaluation en général.

### Des propositions sur les critères ont été émises :

- Proposition de nouveaux critères qui semblent pertinents :
  - critère d'entretien : « qualité de la communication »
  - critère d'entretien : « demander à parler au patient »
  - critère médical : « évaluation des moyens disponibles »
  - critère médical : « recherche des critères de gravité »
  - critère médical : « vérifier que la température a bien été prise ».
- Proposition de critères à reformuler :
  - le mot « diagnostic » est à remplacer par « conduites à tenir ». Il est difficile d'établir un diagnostic par téléphone. Le terme « conduites à tenir » paraît plus approprié.
  - « s'enquérir de suite de l'état actuel du patient » serait à remplacer par « évaluer l'urgence et la gravité de la situation ».
- Propositions de critères à supprimer :
  - le critère d'entretien « expliquer notre démarche diagnostique »
  - le critère d'entretien « expliquer notre diagnostic et notre décision »

### Autres remarques émises :

- le contexte de l'appel semble très important pour les médecins régulateurs (jour et heure d'appel, nombre d'appels en attente),
- Il faut écrire le maximum d'informations sur le dossier informatique, y compris les signes médicaux négatifs.

Après ces deux séances de GAP, une nouvelle grille de critère a été élaborée, comportant 6 critères d'entretien et 9 critères médicaux.

### **Synthèse des GAP 3 et 4**

#### Discussion sur les critères :

- Critère 1 « se présenter nominalement ». Ce critère semble accepté par la majorité des médecins.
- Critère 2 « reformuler le motif d'appel ». L'importance de ce critère a été démontrée sur plusieurs cas. Ce que dit le patient à la PARM peut être différent de ce qu'il dit ensuite au médecin suite à sa discussion avec la PARM. D'autre part, la PARM peut se tromper ou mal interpréter ce que dit le patient. Il ne faut pas se fier entièrement à la PARM, d'où l'importance de reformuler le motif d'appel.
- Critère 3 « demander à parler au patient ». Ce critère semble très important. Il y a beaucoup d'informations dans la voix d'un patient. Mais se pose le cas des enfants : faut-il demander systématiquement à parler à l'enfant, est-ce pertinent ? Peut-être faudrait-il fixer un âge minimum pour lequel le médecin demanderait à lui parler (10 ans ?).  
Pour les adultes, demander à parler au patient doit être systématique.  
Pour les enfants : si l'appel concerne un problème respiratoire, quelque soit l'âge de l'enfant, il faut appliquer ce critère. Pour les autres motifs d'appel, ce critère ne semble pas pertinent.
- Critère 8 « vérifier les modalités de recueil des symptômes ». Ce critère n'est pas bien compris par les médecins. La formulation n'est pas claire. Il faudrait reformuler ce critère.
- Critère 14 « si orientation vers effecteur, donner un délai dans lequel cela doit être fait ». La majorité du GAP ouest a trouvé ce critère non pertinent. Le délai est très souvent sous-entendu. Proposition : le critère 14 pourrait être intégré dans le critère 6 « s'assurer que la décision a été comprise et passage du contrat ».
- Critère 15 « vérifier que les critères minimum sont bien écrits dans le dossier informatique ».  
Après discussion les critères minimum à écrire dans le dossier informatique seraient :
  - le motif d'appel,
  - les symptômes,
  - les critères de gravité s'ils existent,
  - les antécédents et traitements en cours.

#### Autres discussions :

- Le contexte de l'appel : le contexte de l'appel (heure d'appel, nombre d'appels en attente...) semble toujours aussi important pour les médecins. Ils aimeraient que le contexte d'appel soit pris en compte dans l'évaluation. Mais une régulation doit-elle changer selon le contexte ? Quel est l'objectif de la régulation ?
- Impression subjective : il faut éviter de se fier au ton de la personne appelante (personne calme, qui ne semble pas inquiète...). C'est un piège qu'il faut éviter.
- Systématisation de la régulation : faut-il être systématique ? Être systématique est une mesure de précaution et permet d'éviter des erreurs. La grille de critère aide à la systématisation.

- Utilité de la grille de critère : la grille de critère en régulation permet de ne rien oublier, d'être systématique. Mais certains médecins pensent que les critères de la grille ne sont applicables que dans des conditions optimales de régulation.
- Conseils médicaux : pour les régulations de conseil médical, la grille de critère ne semble pas applicable, ni pertinente. Proposition : ces régulations ne devraient pas être prises en compte lors de l'analyse par l'ORS.

Dans l'ensemble, la grille de critère semble mieux acceptée par les médecins régulateurs. Cette version de grille semble plus pertinente que la première version, toutefois des améliorations sont encore à apporter.

Après ces deux séances de GAP, une troisième grille de critères a été élaborée, comportant 7 critères d'entretien et 7 critères médicaux.

## **Synthèse des GAP 5 et 6**

### Discussion sur les critères :

- Systématisation de la régulation : faut-il être systématique ? Être systématique est une mesure de précaution et permet d'éviter des erreurs. Certaines régulations ont montré l'importance d'être systématique, surtout à des heures difficiles (au réveil...). Par ailleurs, poser des questions fermées peut permettre de faciliter la régulation, en particulier quand la compréhension est mauvaise. Cela permet de guider l'entretien et de recueillir plus facilement certaines informations comme les antécédents par exemple.
- Affichage de la grille : certains médecins trouveraient intéressant de pouvoir intégrer la grille de critères à l'informatique, sous forme de menus déroulants ou autres. Cela serait une aide pour la régulation. D'autres émettent l'idée de reformater et reformuler la grille sous forme de mots clés et de l'afficher à côté de l'écran d'ordinateur ; l'avoir sous les yeux permettrait de ne rien oublier.
- Critère de surveillance : serait-il pertinent de rajouter un critère de surveillance, de suivi ? Après réflexion, ce critère est implicitement inclus dans le critère 6 « faire part de sa réflexion au patient et indiquer clairement une conduite à tenir ». Dans la conduite à tenir, la surveillance est incluse.
- Impression subjective : encore une fois a été évoqué le fait de ne pas se fier au ton calme des appelants. Cela peut être trompeur.
- Remarque : il y a souvent une perte d'informations entre la discussion entre la PARM et l'appelant et le passage au médecin.

### Autres discussions :

- Cas des appels de détresse sociale : est-ce aux médecins généralistes régulateurs de gérer ce genre de cas ? Il faudrait avoir une ligne de conduite pour gérer ces appels. Se pose aussi le problème de la gestion des ivresses. Ici la grille de critère ne peut pas être appliquée. Il faudrait peut-être créer une fiche « gestion des ivresses » avec la conduite à tenir.
- Cas des intoxications : est-ce aux médecins généralistes régulateurs de gérer ce genre d'appel ?

- Réflexion sur le message d'attente : une réflexion a été engagée sur le message d'attente. Certains médecins trouvent que le message n'est pas adapté ; peut-être pourrait-on faciliter les régulations en le modifiant ? Par exemple, le message d'attente pourrait comporter des consignes comme « préparez la liste des médicaments que vous prenez », « vérifiez votre température avec un thermomètre », « restez à proximité du malade »...
- Réflexion sur la poursuite des GAP : quelques idées pour la poursuite des GAP :
  - choisir des critères pour sélectionner les dossiers de régulations vus en GAP ; faire des GAP à thème par exemple (par ex dossiers enfant ; dossiers intoxication...)
  - choisir uniquement des dossiers à problème.

Dans l'ensemble, la grille de critère semble avoir été acceptée et validée par les médecins régulateurs (grille finale en annexe 7).

L'analyse avant/après de la démarche GAP permettra de voir si les pratiques des médecins régulateurs ont changé et se sont améliorées.

# Annexe 8

## Critères qualité fiche de regulation médicale ARRMEEL (grille initiale) (grille réalisée par Drs Patrice HUMBERT et Rémi FOUBERT)

<b>Critères d'entretien</b>	1	se présenter nominalement
	2	reformuler le motif d'appel (permet de corriger les éventuelles erreurs PARM, de montrer que les différents acteurs de la régulation les "suivent", de ne pas faire répéter à l'appelant ce qu'il vient de dire ++...)
	3	écouter les compléments d'information (essayer de ne pas interrompre)
	4	expliquer notre démarche "diagnostique", pourquoi on pose telle ou telle question
	5	valoriser l'interlocuteur, le faire participer à l'action
	6	expliquer notre "diagnostic" et notre décision
	7	s'assurer que la décision a été comprise (éventuellement la faire reformuler par l'interlocuteur)
	8	passage du contrat ++ ("NOUS sommes d'accord pour faire ceci et cela...")
<b>Critères médicaux</b>	9	s'assurer de l'âge et du sexe
	10	s'enquérir de suite de l'état actuel du patient (=éliminer une aggravation survenue entre parm et régulateur, ou une sous estimation initiale)
	11	reprendre l'histoire de la maladie (demander éventuelles consultations récentes++)
	12	s'enquérir des ATCD et des TTT en cours (cette ligne et la précédente ont un ordre permutable)
	13	reprendre la symptomatologie actuelle si possible en parlant au patient ++
	14	faire une hypothèse diagnostique claire (si doute, expliquer clairement ce doute! La décision devant démontrer la logique de la démarche par rapport à ce doute)
	15	si utile, s'enquérir des thérapeutiques disponibles (au domicile ou à portée - voisins, famille...)
	16	prescription par téléphone claire et reformulée par le patient/appelant
	17	si orientation effecteur, donner un délai dans lequel cela doit être fait

# Annexe 9

## Critères qualité fiche de regulation médicale ARRMEL

(grille finale validée par les médecins de l'ARRMEL)

<b>Critères d'entretien</b>	1	se présenter nominalement
	2	reformuler le motif d'appel ou faire reformuler par le patient
	3	demander à parler au patient (systématique pour les adultes, en cas de problème respiratoire pour les enfants)
	4	écouter les compléments d'information, valoriser l'interlocuteur
	5	intelligibilité de la communication (technologie, langue...)
	6	faire part de sa réflexion au patient et indiquer clairement une conduite à tenir
	7	s'assurer que la décision a été comprise et passage du contrat
<b>Critères médicaux</b>	8	s'assurer de l'âge et du sexe
	9	vérifier les modalités de recueil des symptômes (fièvre prise avec un thermomètre...)
	10	rechercher des critères de gravité
	11	reprendre l'histoire de la maladie, s'enquérir des ATCD et TTT en cours
	12	reprendre la symptomatologie actuelle pour faire une hypothèse diagnostique claire
	13	évaluer les moyens disponibles (médicaments à la maison; médecin accessible; moyen de locomotion...)
	14	vérifier que les critères suivants sont bien écrits dans le dossier informatique : motif d'appel; symptômes; critère de gravité; ATCD et ttt en cours









Depuis 2003, les médecins libéraux réunionnais participent à la régulation des appels au SAMU dans le cadre de la permanence des soins. Cette activité est portée par l'ARRMEL et est financée par le FIQCS.

En réponse à la demande du FIQCS et dans la suite de son évaluation externe réalisée en 2003-2004, l'ARRMEL a souhaité engager en 2009 une démarche qualité par la mise en œuvre de groupes d'analyses de pratiques et l'évaluation de l'application de critères qualité. L'ARRMEL a sollicité l'ORS pour l'accompagner dans sa démarche.

Les groupes d'analyse de pratiques mis en place ont permis l'adoption par les médecins régulateurs d'une grille de critères qualité.

L'évaluation de l'application de ces critères, par l'analyse des régulations avant et après la mise en œuvre des GAP, a mis en évidence une amélioration des pratiques des médecins régulateurs.



Directrice de la publication  
Dr Irène STOJCIC

Responsable de rédaction  
Dr Emmanuelle RACHOU

Auteur  
Bérengère DASSA

Observatoire Régional de La Santé  
12, rue Colbert – 97400 Saint-Denis  
Tél : 02.62.94.38.13  
Fax : 02.62.94.38.14  
Site : <http://www.ors-reunion.org>  
Courriel : [orsrun@orsrun.net](mailto:orsrun@orsrun.net)  
Centre de documentation :  
[documentation@orsrun.net](mailto:documentation@orsrun.net)