

Mémoire original

Activité téléphonique en pédiatrie ambulatoire

Telephone activity in outpatient pediatric practice

R. Assathiany ^{a,*}, J.M. Rerolle ^b, C. Messica ^a, B. Chevallier ^b, M. Odievre ^a, Arepege ^a

^a Association pour la recherche et l'enseignement en pédiatrie générale, 18, rue Sainte-Sophie, 78000 Versailles, France

^b Service de pédiatrie, hôpital Amboise-Paré, AP-HP, 9, avenue Charles-de-Gaulle, 92100 Boulogne, France

Reçu le 8 août 2002 ; accepté le 12 avril 2003

Résumé

Objectifs. – Évaluer l'activité téléphonique en pédiatrie ambulatoire.

Méthodes. – Soixante-dix-neuf pédiatres appartenant à un organisme de formation médicale continue (l'Arepege) ont recueilli d'une façon prospective, les appels téléphoniques reçus personnellement du 4 au 6 décembre 2000. Le nombre, la durée, l'origine, le motif, et la réponse de chaque appel étaient notés.

Résultats. – Les 79 pédiatres ont reçu en 3 jours 4413 appels, soit, en moyenne 19 appels par jour et par pédiatre ; la durée des appels était brève, inférieure à 2 min pour 86 % d'entre eux ; chaque pédiatre passait en moyenne 26 min/j au téléphone ; la mère de l'enfant était l'interlocuteur téléphonique principal (82 % des appels). Le motif des appels était : une demande de rendez-vous (1035 appels, soit 23,5 %), une demande de conseils non liée à une pathologie aiguë (1416 appels, soit 32 %), la survenue d'un symptôme dans un contexte aigu (1961 appels, soit 44,5 %). Lorsque le motif de l'appel était une maladie, un rendez-vous de consultation était donné dans 26 % des cas.

Conclusion. – L'activité téléphonique en pédiatrie ambulatoire est importante ; elle ne génère aucune dépense de santé, mais comporte des risques qui pourraient être atténués par l'utilisation de grilles de réponses adaptées.

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objectives. – To assess the amount of telephone activity in outpatient pediatric practice.

Methods. – Seventy-nine pediatricians belonging to a continuing medical education group (Arepege) prospectively recorded data about all the telephone calls they took personally for 3 days, from 4 to 6 december 2000. They noted the number of calls each day and their duration, the caller, the reason for and the response to each call.

Results. – In 3 days, the 79 pediatricians received 4413 calls, for a mean of 19 calls daily for each practitioner. The calls were brief, 86% of them lasting less than 2 min; each pediatrician spent an average of 26 min a day on the telephone; most calls (82%) came from children's mothers. The reasons for the calls were: request for appointment (1035 calls, 23.5%), request for advice not associated with an acute disease (1416 calls, 32%), the onset of acute symptoms (1961 calls, 44.5%). An appointment was made in 26% of the cases for which the reason for the call was illness.

Conclusion. – Pediatric private practice involves substantial telephone activity, which generates no healthcare costs, but does present risks that might be attenuated by the use of appropriate algorithms for conducting these telephone interviews.

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Pédiatrie ambulatoire ; Téléphone ; Consultation

Keywords: Ambulatory care; Telephone; Child

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : assathiany@wanadoo.fr (R. Assathiany).

La consultation médicale est un acte clinique comprenant une collecte d'informations, un examen physique, pour aboutir à une orientation diagnostique. L'examen physique est indispensable à la démarche diagnostique. Malgré cela, le téléphone est devenu progressivement un outil fréquemment utilisé par les familles pour de simples demandes de conseils, mais aussi pour de véritables consultations, dans le cadre de maladies aiguës ou chroniques. Ce mode de consultation est privilégié par de nombreuses familles pour des raisons de commodité et de gain de temps. Le médecin est donc ainsi confronté à un exercice particulier qui est celui d'approcher le diagnostic de l'enfant, tout en étant privé de la possibilité de l'observer et de l'examiner. L'exercice de la pédiatrie rend compte, plus que d'autres spécialités, de la place importante que représente le contact téléphonique [1]. L'importance de l'activité de réponse téléphonique dans des services des urgences des hôpitaux a déjà été évaluée [2]. À l'inverse, il existe peu d'informations concernant le nombre d'appels quotidiens, les motifs d'appels des familles et le temps passé au téléphone par le pédiatre ambulatoire.

L'objectif du travail prospectif mené par un groupe de pédiatres libéraux était double :

- évaluer le temps consacré par le médecin au téléphone lors d'une journée de consultation ;
- analyser l'origine, le motif et le devenir des appels téléphoniques.

1. Matériel et méthodes

1.1. Matériel

Une étude prospective a été menée du 4 au 6 décembre 2000. Un questionnaire a été proposé à 98 pédiatres de la région parisienne, membres d'une association de formation médicale continue. Le questionnaire comprenait des questions précisant :

- les données personnelles du pédiatre participant à l'étude : âge, sexe, temps consacré quotidiennement aux consultations au cabinet ;
- l'organisation de la réponse téléphonique : présence d'un secrétariat téléphonique ; existence d'une permanence téléphonique — créneau horaire réservé aux appels des parents — ; neutralisation éventuelle du téléphone ;
- les caractéristiques des appels reçus par le pédiatre en personne : la nature de l'interlocuteur, la date, l'heure, la durée de la communication, le motif de l'appel et la suite donnée pour chaque appel.

1.2. Analyse statistique

Les données ont été analysées avec le logiciel Epi-info en utilisant le test du χ^2 . Le risque de première espèce consenti était de 5 %.

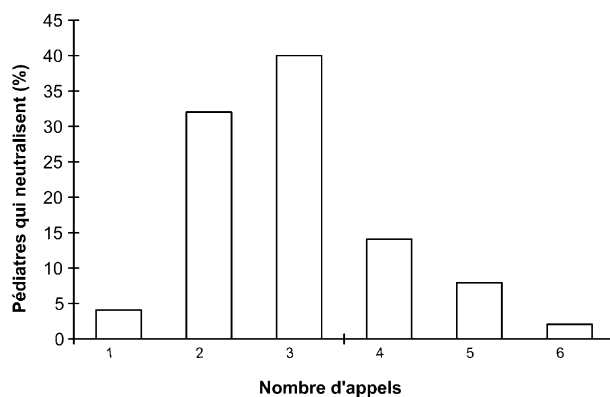


Fig. 1. Neutralisation du téléphone en fonction du nombre d'appels reçus lors de la consultation d'un même enfant.

2. Résultats

2.1. Nombre et caractéristiques des pédiatres participants

Parmi les 98 pédiatres sollicités, 19 (19 %) ont refusé de participer à l'étude pour des raisons variables (manque de temps, désintérêt). Soixante-dix-neuf pédiatres (81 %) — 51 femmes, 28 hommes — ont ainsi accepté d'y participer. Leurs caractéristiques socioprofessionnelles et leurs habitudes de prescription ont déjà été décrites [3,4].

2.2. Modalités de la réponse téléphonique

Soixante-six pédiatres de l'étude (83 %) utilisaient un secrétariat téléphonique sur place ou à distance. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative dans l'utilisation d'un secrétariat téléphonique entre les pédiatres femmes et hommes (89 vs 80 %, $p = 0,36$).

Une permanence téléphonique était organisée par 22 pédiatres (28 %) ; la durée moyenne du créneau ainsi proposé était de 30 min. Les pédiatres qui proposaient une permanence téléphonique avaient reçu davantage de communications téléphoniques (22 % d'appels supplémentaires).

Cinquante pédiatres, soit 63 %, avaient recours à la neutralisation du téléphone pendant le temps de leur consultation au cabinet. Les raisons de cette pratique étaient multiples : retard accumulé dans le déroulement de la consultation, spécificité d'une consultation d'un enfant ayant un problème psychologique, nombre d'appels jugé excessif au cours de la consultation avec le même enfant ; ainsi au bout de 3 appels interrompant une consultation avec le même enfant, 75 % des pédiatres qui avaient recours à cette pratique neutralisaient leur téléphone (Fig. 1).

2.3. Nombre et durée des appels reçus

Les 79 pédiatres avaient reçu pendant les 3 j de l'étude 4413 appels, soit une moyenne de 56 appels par pédiatre (13–125). Les médecins sans secrétariat téléphonique avaient reçu en moyenne davantage d'appels que ceux qui en étaient pourvus (86 vs 51 ; $p < 0,01$). La durée moyenne

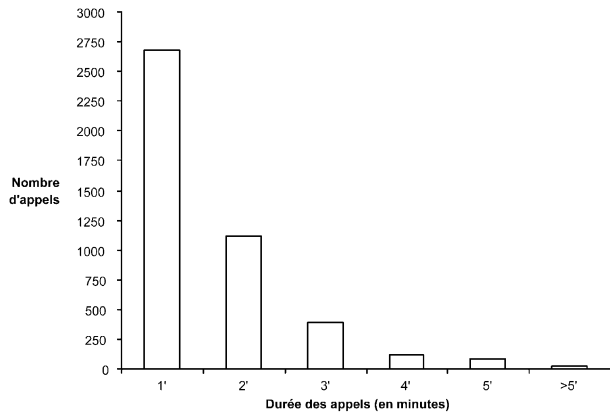


Fig. 2. Durée des appels téléphoniques.

totale des appels était de 78 min (17–261), soit un temps total consacré à la consultation téléphonique estimé à 26 min/j. La durée moyenne d'un appel était de 1 min 24 s (30 s–10 min), 86 % des appels duraient moins de 2 min (Fig. 2).

La durée de travail en cabinet pendant ces 3 j a été en moyenne de 22 h (12–36). Ainsi, pendant ces 3 j, la durée moyenne du temps passé à répondre au téléphone représentait 6 % (1–18) de la durée de consultation.

Pendant les 3 j de l'étude, les pédiatres femmes ont reçu en moyenne davantage d'appels que les pédiatres hommes (60 appels vs 47 ; $p = 0,02$) et ont passé en conséquence davantage de temps au téléphone (84 min vs 64 ; $p = 0,02$).

2.4. Modalités des appels

La mère de l'enfant était l'interlocuteur habituel du pédiatre : 82 % des appels étaient passés par la mère, 11 % par les pères ; 5 % des appels reçus provenaient d'autres professionnels de la santé (médecins, laboratoires, infirmières...), et 2 % avaient une autre origine (grands-parents, assistantes maternelles...).

Le motif des appels était une demande de rendez-vous (1036 appels, soit 23,5 %), une demande de conseils (1416 appels, soit 32 %) ou la survenue d'une affection aiguë (1961 appels, soit 44,5 %). Dans ce cas, la sphère ORL et/ou respiratoire prédominait ; les autres symptômes à l'origine des appels étaient, dans l'ordre décroissant : une fièvre aiguë, des troubles digestifs, une éruption (Tableau 1).

2.5. Devenir des appels reçus

Lorsque le motif d'un appel téléphonique était une maladie aiguë, un rendez-vous de consultation était proposé dans

26 % des cas ; dans 74 % des cas, un simple conseil de traitement et de surveillance a été donné, avec le plus souvent la proposition faite aux familles de pouvoir rappeler le pédiatre.

3. Discussion

Les pédiatres participant à l'étude étaient représentatifs de la population pédiatrique nationale pour l'âge : l'âge moyen, 49 ans dans notre groupe, varie entre 48 et 52 ans selon les régions de France ; en revanche, le taux de féminisation était plus important dans notre groupe (64 %) par rapport à la moyenne nationale (52 %) [5]. Le pourcentage élevé de pédiatres ayant accepté de participer à cette étude (81 %) s'explique probablement par leur appartenance à un groupe de formation médicale continue. Il était comparable à celui de 2 études précédentes faites par le même groupe [3,4].

La durée de travail des pédiatres au cours de ces 3 j, 22 h en moyenne — soit 7 h/j — est la durée de travail dans leur cabinet de ville ; l'exercice de la pédiatrie de ville ne se limite pas à la seule activité de consultation dans le cabinet ; les pédiatres ont souvent une activité externe (visites à domicile, travail dans une maternité, consultation hospitalière ou dans un centre de PMI).

Le nombre de 56 appels téléphoniques reçus en moyenne par chaque pédiatre pendant les 3 j (19/j) peut paraître relativement faible ; il s'agit en fait uniquement des appels arrivant au pédiatre, à l'exclusion de ceux qui s'arrêtent au secrétariat. Une étude comparable réalisée par un groupe de médecins généralistes français en 1985, montrait un nombre d'appels 2 fois moindre (9 appels par jour en moyenne) [6]. Une enquête faite auprès des pédiatres américains en 1981, a fait également état de résultats inférieurs avec un nombre d'appels téléphoniques par pédiatre, variant selon les États étudiés entre 29 et 51 par semaine [7]. Le plus grand nombre d'appels téléphoniques reçus par les pédiatres femmes au cours des 3 j de l'étude (60 vs 47 pour les pédiatres masculins) peut s'expliquer au moins partiellement par le fait qu'elles ont moins souvent de secrétariat téléphonique que leurs confrères masculins (80 vs 89 %). Une sous-population de pédiatres n'ayant pas de secrétariat téléphonique peut être individualisée : au nombre de 13 (17 %), ils reçoivent personnellement en permanence tous les appels téléphoniques ; le nombre d'appels reçus est très logiquement augmenté (86 appels reçus en 3 j) par comparaison aux pédiatres ayant un secrétariat (51 appels reçus en 3 j).

La durée moyenne des appels est brève, égale à 1 min 24 s ; elle est comparable à celle constatée chez les médecins généralistes (1 min 33 s par appel) [6], mais inférieure à celle rapportée par un groupe de 4 pédiatres libéraux qui l'évaluait à 3 min [7]. La demande de rendez-vous (presque 1/4 des appels reçus) contribue à raccourcir la durée des appels.

Le temps passé par jour, en moyenne, à répondre au téléphone était de 26 min dans notre groupe ; il est de 14 min dans l'étude faite auprès des médecins généralistes [6]. Le pourcentage de temps passé au téléphone, 6 %, est le même

Tableau 1
Symptômes et signes à l'origine des appels

	Isolés	Associés
ORL- respiratoire	548	2204
Fièvre	222	572
Troubles digestifs	184	305
Éruption	86	136
Total	1040	3217

que celui mentionné chez les pédiatres américains [8]. La mère de l'enfant est la personne qui téléphone le plus souvent au pédiatre, ce qui avait été déjà constaté dans le travail de Nouilhan et Dutau [7]. Il est important de noter qu'en cas de maladie, un simple conseil téléphonique est donné, dans un premier temps, dans presque 75 % des appels, évitant ainsi une consultation. L'importance de cette activité de conseils téléphoniques par les pédiatres est probablement méconnue ; elle est nettement supérieure au chiffre de 50 % mentionné dans 2 études [7,9].

La neutralisation du téléphone est largement répandue puisque près des 2/3 des pédiatres de l'étude y ont recours ; elle est parfois indispensable quand le téléphone n'arrête pas de sonner au cours de la consultation du même enfant, devenant ainsi extrêmement gênant. La patience vis-à-vis de ces appels itératifs au cours de la consultation est variable parmi les pédiatres : 75 % d'entre eux neutralisent leur téléphone au bout de 3 appels, mais 10 % le font après le cinquième appel, ce qui témoigne d'une grande tolérance. Notre étude n'a pas cherché à évaluer le niveau de satisfaction du pédiatre dans son usage du téléphone ; une enquête faite chez les pédiatres américains révèle que 42 % d'entre eux en sont insatisfaits. Cette insatisfaction se rencontre surtout chez les pédiatres ayant les caractéristiques suivantes : exercice dans un cabinet de groupe, absence de permanence téléphonique et de personnel paramédical pour filtrer les appels, impression de manque de temps pour l'activité téléphonique [10].

L'exercice de la consultation par téléphone est difficile puisqu'il se fonde uniquement sur les affirmations des parents, dont la fiabilité peut être prise en défaut ; il devrait être amélioré par l'utilisation de protocoles tels qu'il en existe aux États-Unis [11]. Le risque d'erreur diagnostique pose le problème de la responsabilité médico-légale de la consultation téléphonique, d'autant qu'il n'existe aucun document écrit. La bonne foi du médecin est donc difficile à prouver en cas de poursuite judiciaire. L'enregistrement sur support informatique de tous les appels téléphoniques reçus permettrait de pallier l'absence de dossier écrit ; à défaut il est conseillé que le médecin tienne une « main courante » de chaque appel reçu. L'importance de la consultation par téléphone, non rémunérée, est un facteur d'économie de la santé. La rémunération de cette activité téléphonique, existant dans certains pays (la Suisse par exemple) pourrait cependant se discuter.

L'activité téléphonique en pédiatrie a été peu étudiée auprès des pédiatres ayant une activité ambulatoire ; elle a été surtout évaluée dans les hôpitaux, utilisant parfois des cas simulés qui évaluent la pertinence des réponses données [12,13].

Les différentes données soulignées par cette étude rendent compte des difficultés inhérentes à ce mode d'exercice. Le nombre important d'appels quotidiens, en particulier pour une maladie aiguë chez un nourrisson ou un jeune enfant, l'inquiétude des parents, l'aspect intrusif de l'appel téléphonique survenant au cours d'une consultation parfois difficile, la brièveté de l'appel, témoignent de la difficulté de donner, sans examen clinique, une réponse pertinente à la situation

exposée. La prise de conscience par les médecins de ces difficultés, la crainte d'erreurs médicales et de ses éventuelles conséquences judiciaires peuvent inciter un certain nombre de pédiatres libéraux à opter pour des solutions extrêmes : refus de répondre au téléphone ou demander à voir systématiquement les patients au cabinet. Une étude récente menée à partir d'un cas simulé de diarrhée aiguë note un manque de pertinence de la réponse médicale dans 32 % des cas [14]. L'analyse des erreurs d'orientation mettait en exergue les difficultés inhérentes à ce mode d'exercice de la médecine (mauvaise analyse des familles, réponses inadaptées aux questions du médecin, oubli de questions essentielles). L'amélioration de la réponse téléphonique permettant une orientation pertinente de l'enfant, en fonction de la situation rapportée par la famille, passe par la mise au point de grilles d'aide à l'orientation. Plusieurs grilles faites de questions, dont l'énoncé et l'ordre seront validés, sont en cours d'élaboration en France ; de telles grilles sont déjà utilisées au Canada et aux États-Unis. Une évaluation récente, portant sur près de 2 millions d'appels téléphoniques pour une consultation pédiatrique a confirmé la valeur du support fourni par ces protocoles [15,16].

4. Conclusion

Cette étude a confirmé l'existence d'une activité importante de conseils téléphoniques en pédiatrie ambulatoire et a identifié les facteurs rendant ce mode d'exercice de la médecine périlleux, à une époque où la judiciarisation de la médecine est en cours. Malgré ces difficultés, la consultation téléphonique reste un mode de communication privilégiée par les familles. La mise en place de protocoles d'aide à la décision doit permettre de réduire le risque d'erreurs inhérent à ce mode d'exercice ; la rémunération de cette activité peut également se discuter.

Remerciements

Nous remercions vivement le docteur M. Chalumeau pour son aide méthodologique, les docteurs M. Bénazet, M. Hummel, J. Kemeny pour leur aide efficace, ainsi que tous les pédiatres de l'Arepege qui ont participé à ce travail :

G. Abihssira, E. Addi, J. Arberet, I. Aubier, O. Aubry, M.L. Aymard, C. Baldeyrou, F. Bardel, B. Baszanger, N. Batiq, MD. Bazot, N. Belamine, P. Bellocq, A. Benoit, F. Bernard, V. Bisror, C. Brette, I. Campergue, P. Casin, A. Claudel, C. Cohen, L. Cuny-Brain, A. Dahbar, I. Dauray, F. De Grenier, A. Delatour-Gantzer, J.N. Delcourt, M.C. Desforges, P. Dési, G. Deviers, M.N. Domalain, P. Dworzak, E. Fournier-Giorno, V. Frelaut, S. Gani, J.P. Gautier, M. Gerardin, M.F. Héraud, G. Hobeika, M.F. Housset, C. Jacquet-Lagrece, E. Jault, G. Jourdain, M. Ali Khader, M.C. La Rocca, F. Labbé-Filou, D. Laigneau, C. Lastman, E. Marinier, J. Marot, B. Mizzi, R. Mouy, E. Panajatopoulos, A. Pappo, M. Para-Fontaine, M. Plissier, J. Plot,

P. Quentin, M.F. Rames, M. Rault, D. Reboud, Y. Regnard, M. Ronzier, M. Roussel, A. Schreiber-Benquis, B. Suied, M.C. Targhetta, D. Ter Minassian, J. Tison, P. Touche, L. Tran, C. Vesin-Abecassis, M.H. Vincent, P. Zeig, I. Zenatti.

Références

- [1] Fosarelli PD. The telephone in pediatric medicine. *Clin Pediatr (Phila)* 1983;22:293–6.
- [2] Carbajal R, Barthez P, Viala J, Manceron V, Olivier-Martin M, Simon N. Évaluation des demandes de conseils téléphoniques pédiatriques dans un service d'urgences. *Arch Pediatr* 1996;3:959–63.
- [3] Chalumeau M, Salanave B, Assathiany R, Kémeny J, Bréart G. le groupe Arepege. Connaissance et application par les pédiatres de ville de la conférence de consensus sur les rhinopharyngites aiguës de l'enfant. *Arch Pédiatr* 2000;7:481–8.
- [4] Chalumeau M, Treluyer JM, Salanave B, Assathiany R, Chéron G, Crocheton N, et al. Off label and unlicensed drug use among French office based paediatricians. *Arch Dis Child* 2000;83:502–5.
- [5] Lettre aux pédiatres, n° 82, mars–avril 2001.
- [6] Bucquet D. Les appels téléphoniques reçus en médecine générale. *Le Concours médical* 1985;107:1375–9.
- [7] Nouilhan P, Dutau G. Le pédiatre et le téléphone. *Arch Pédiatr* 1995; 2:891–4.
- [8] Mendenhall R. Medical practice in the United States — a special report. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation; 1981.
- [9] Benjamin JT. Pediatric residents' telephone triage experience. Relevant to general pediatric practice? *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151:1254–7.
- [10] Fosarelli P, Schmitt BD. Telephone dissatisfaction in pediatric practice: Denver and Baltimore. *Pediatrics* 1987;80:28–31.
- [11] Schmitt BD. Pediatric telephone protocols. huitième édition. Denver: published by American Academy of Pediatrics,; 2001.
- [12] Carbajal R, Barthez P, Blanc P, Paupe A, Lenclen R, Olivier-Martin, et al. Conseils téléphoniques donnés aux urgences pour un cas pédiatrique simulé. *Arch Pédiatr* 1996;3:964–8.
- [13] Isaacman DJ, Verdile VP, Kohen FP, Verdile LA. Pediatric telephone advice in the emergency department: results of a mock scenario. *Pediatrics* 1992;89:35–9.
- [14] Chevallier B. Communication orale, non publiée, présentée à la journée du groupe de pédiatrie générale, Boulogne le 7 juin 2001.
- [15] Schmitt BD. Telephone triage. *Ann Emerg Med* 2000;35:99–100.
- [16] Poole SR, Schmitt BD, Carruth T, Peterson-Smith A, Slusarski M. After hours telephone coverage: the application of an area-wide telephone triage and advice system for pediatric practices. *Pediatrics* 1993; 92:670–9.