



HAL
open science

Évaluation de l'observance de l'appelant aux conseils des médecins généralistes régulateurs du centre 15 de Haute-Savoie aux horaires de la permanence de soins ambulatoires

Aurore Cappucci, Claire Gustin

► To cite this version:

Aurore Cappucci, Claire Gustin. Évaluation de l'observance de l'appelant aux conseils des médecins généralistes régulateurs du centre 15 de Haute-Savoie aux horaires de la permanence de soins ambulatoires. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03369259

HAL Id: dumas-03369259

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03369259>

Submitted on 7 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2021

**EVALUATION DE L'OBSERVANCE DE L'APPELANT AUX
CONSEILS DES MEDECINS GENERALISTES REGULATEURS DU
CENTRE 15 DE HAUTE-SAVOIE AUX HORAIRES DE LA
PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRES**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Aurore CAPPUCCI

Et

Claire GUSTIN

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 06/10/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Patrick IMBERT

Membres :

Monsieur le Docteur Thierry DEWAELE (directeur de thèse)

Monsieur le Professeur Guillaume DEBATY

Monsieur le Docteur Thierry ROUPIOZ

Monsieur le Docteur Vincent RIALLE

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérard	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
 PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
 MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
 PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
 PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
 MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Remerciements d'Aurore

Je remercie le Docteur Thierry DEWAELE pour nous avoir soutenues et épaulées tout au long de notre thèse.

Au Professeur Patrick IMBERT, merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse.

Merci au Professeur Guillaume DEBATY, au Docteur Vincent RIALLE et au Docteur Thierry ROUPIOZ d'avoir libéré du temps dans vos plannings chargés pour faire partie de notre jury.

Un grand merci au Dr Jérôme JUND sans qui les statistiques seraient restées un mystère indéchiffrable.

Merci également à Madame Cécile KEROUREDAN, secrétaire au SAMU 74, de son aide précieuse pour le recueil des données.

Je remercie encore le docteur Thierry ROUPIOZ, d'avoir accepté notre travail de thèse au sein du CRRA du 15 de Haute-Savoie.

Je tiens à remercier particulièrement mes maîtres de stages et les médecins qui m'ont accompagnée dans mon parcours d'interne. Vous m'avez montré les nombreux aspects de ce métier si passionnant et profondément humain, vous m'avez ainsi confortée dans l'idée que la médecine générale est la bonne voie à suivre. J'espère vous faire honneur en exerçant la médecine avec toutes les valeurs dont j'ai pu être témoin à vos côtés.

Merci à ma tutrice, le Docteur Sophie AUGROS, qui m'a aiguillée dans mon parcours scolaire.

Je dois bien sûr remercier ma famille, sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui. Je ne répèterais jamais assez à quel point votre soutien et votre guidance me sont précieuses.

Je porte une attention particulière à Guy, Marie-Claude, Sophie et Philippe, votre accueil et votre bienveillance me vont droit au cœur. Il me tarde de partager encore de nombreux moments en votre compagnie.

A Madame Himmel MOUISSAT, je te remercie énormément car ton travail et ton accompagnement ont pavé le chemin de mon épanouissement.

A mes amis, merci pour tous ces précieux moments partagés, votre écoute et votre soutien en toutes circonstances.

A ma co-thésarde Claire GUSTIN, je te remercie de ton sérieux et de ta bonne humeur, tu as été une source de motivation pour avancer tout au long de ce travail.

Il y a une dernière personne que j'aimerais remercier mais à qui je ne pourrais pas transmettre ce message. A ma maman, qui m'a mise au monde et a forgé la personne que je suis aujourd'hui, malgré toutes les difficultés traversées, je te remercie.

Remerciements de Claire

Au Professeur Patrick IMBERT, d'avoir accepté de présider cette thèse.

Au Docteur Thierry DEWAELE, d'avoir proposé d'encadrer cette thèse et de nous avoir aiguillé au cours de ce travail.

Au Professeur Guillaume DEBATY et au Docteur Vincent RIALLE, d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Au Docteur Thierry ROUPIOZ, de nous avoir accueilli au centre de régulation et d'évaluer notre travail.

Au Docteur Jérôme JUND, de son travail et de son aide pour comprendre et interpréter nos données.

A Madame Cécile KERouredan, secrétaire au SAMU 74 de son aide à récolter nos données patients.

A tous nos relecteurs de dernières minutes et aux oreilles attentives qui nous ont soutenues pendant ce travail.

A tous mes Maîtres de stage et Professeurs pour leur soutien au fil des stages et merci de partager ce savoir-faire et ce savoir-être avec vos étudiants.

Aux équipes médicales et paramédicales, pour leur motivation et d'accueillir autant de mini-doc parmi eux.

A l'équipe du cabinet médical des Gets, qui m'a fait découvrir le travail en station.

Au Docteur Lauren BESSON, ma tutrice, pour m'avoir encouragée à tout moment.

A mes parents et plus largement à ma famille, proche comme (un peu plus) éloignée, toujours présente. Aux futurs parents de la mini-Totoro à venir.

A tous les copains, qui n'auront pas besoin d'être nommé pour se reconnaître et pour savoir que nos instants, parfois (trop) fugaces, sont indispensables.

A toutes les rencontres faites ces dernières années, à tous ces éclats de rire partagés, aux batailles de SHA entre baleines, à ces séances de montagne et ces séjours animés grâce à Roro sous les étoiles.

A ma co-thésarde Aurore CAPPUCCI, pour le meilleur comme pour le pire, et surtout pour m'avoir supportée ces longs mois de travail.

Abréviations

ARM : Assistant de Régulation Médicale

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CHANGE : Centre Hospitalier Annecy Genevois

CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

HAS : Haute Autorité de Santé

OR : Odd Ratio

PDSA : Permanence des soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAS : Service d'Accès aux Soins

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

WE : Week-End

Sommaire

A. Introduction.....	12
B. Matériel et Méthode	17
1. Matériel	17
2. Méthode d'observation.....	19
2.1. Recueil des données	19
2.2. Modalités de rappel.....	19
3. Méthode d'évaluation	21
3.1. Critère principal	21
3.2. Critères secondaires	21
3.3. Analyse statistique	22
4. Ethique.....	23
4.1. CNIL	23
4.2. Sécurité des données	23
C. Résultats.....	24
1. Description de la population.....	25
2. Description des appels	27
3. Description du ressenti des appelants	30
4. Observance	31
5. Analyse de l'observance selon les caractéristiques des appelants	32
6. Analyse de l'observance selon les caractéristiques des appels	34
7. Description des motifs de non observance.....	39
7.1. Non réalisable	39
7.2. Pas en accord	40
7.3. Anxiété	40
7.4. Modification de la situation	40
7.5. Sentiment de disproportion	40
8. Motifs d'insatisfaction	41

D. <u>Discussion</u>	42
1. Objectif principal	42
2. Objectifs secondaires	45
2.1. Caractéristique des appelants.....	45
2.2. Caractéristique des appels.....	45
2.3. Motifs d'inobservance	47
2.4. Satisfaction des appelants	48
3. Forces de l'étude	50
4. Limites de l'étude	52
5. Extrapolabilité des résultats	54
6. Ouverture	55
E. <u>Conclusion</u>	57
F. <u>Bibliographie</u>	59
Annexes.....	62

A. Introduction

Le centre de régulation des appels du 15, joue un rôle important dans la prise en charge des patients aux horaires de la permanence des soins ambulatoire (PDSA). Chaque appelant au centre 15 a la possibilité de parler à un médecin pour convenir d'une prise en charge et d'une orientation adaptée à la situation du patient.

Historiquement, la régulation téléphonique était assurée par les praticiens hospitaliers. Les médecins généralistes libéraux sont rapidement venus leur prêter main forte devant la multiplication des appels, surtout les week-ends et jours fériés.

En 2005, l'article R6311-8 du code de la santé publique (1) officialise la participation des praticiens libéraux à la régulation aux horaires de la PDSA. Il est modifié par le Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 - art. 3 (2) pour permettre l'organisation de la régulation médicale par les libéraux en dehors des horaires de la PDSA selon les besoins de la population.

Face à un problème de santé urgent hypothétique aux horaires de la PDSA, l'attitude de la population est de se présenter directement aux urgences (3) pour 45 % des patients interrogés en Essonne ; 18 à 21 % des patients appelleraient le 15 et la même proportion de patients appellerait SOS médecins. Pendant la crise du coronavirus, la consigne a été largement répandue d'appeler le centre 15 en cas de problème de santé urgent, pour orienter le patient vers un lieu de consultation adapté et limiter la surcharge des services d'urgences.

Lors d'un appel au centre 15, un agent de régulation médicale (ARM) prend en charge la communication. Son rôle est de constituer un dossier avec les informations administratives concernant l'appelant et le patient. Il doit aussi évaluer l'urgence de la situation. En cas de suspicion de pronostic vital engagé à court terme, il peut envoyer

un SMUR réflexe et transférer l'appel à un médecin régulateur. Pour les situations d'urgences vitales relatives ou les demandes de conseil médical, l'appel sera transféré au médecin urgentiste ou au médecin généraliste régulateur.

Le médecin régulateur peut proposer plusieurs prises en charge (4) :

- Un conseil médical et en cas d'évolution défavorable, l'appelant est encouragé à recontacter le centre 15.
- Une prescription médicamenteuse par téléphone : le médecin peut proposer de prendre un traitement présent dans la pharmacie familiale, d'adapter un traitement préexistant.
- Orienter vers une consultation médicale par ses propres moyens : soit en communiquant les coordonnées du médecin de garde soit en adressant aux urgences.
- Une consultation différée chez son médecin traitant.
- Une intervention d'un médecin à domicile : il peut envoyer le médecin traitant ou un généraliste de proximité au domicile lorsque c'est possible.
- L'envoi d'ambulance pour transport vers un établissement de santé : si le patient a des difficultés à se déplacer ou nécessite une surveillance particulière.
- L'envoi des sapeurs-pompiers ou secouristes.
- L'envoi d'un SMUR.
- Le médecin régulateur doit parfois guider les gestes de premier secours en attendant l'intervention du SAMU/des pompiers.

Les horaires de la permanence de soins ambulatoires (PDSA) sont (5) :

- Tous les jours de 20h00 à 8h00
- Les dimanches et jours fériés de 8h00 à 20h00
- Le samedi à partir de 12h00
- Le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi matin lorsqu'il suit un jour férié.

La régulation médicale assurée par les médecins urgentistes 24h/24 est renforcée par un ou plusieurs médecins généralistes selon les heures d'affluence. La Haute-Savoie est un département touristique saisonnier, la densité de population augmente principalement à l'est du département sur les reliefs montagneux en saison hivernale. Il est prévu davantage de médecins généralistes en régulation médicale pour couvrir cet afflux de population (6) (Tableau 1), sur les 4 semaines de février, un médecin généraliste est présent la journée de 8h à 19h.

Tableau 1 Régulation médicale par les médecins généralistes en Haute Savoie (6)

Régulation libérale centre 15

JOURS	8h-9h	9h-10h	10h-11h	11h-12h	12h-13h	13h-14h	14h-15h	15h-16h	16h-17h	17h-18h	18h-19h	19h-20h	20h-21h	21h-22h	22h-23h	23h-0h	0h-1h	1h-2h	2h-3h	3h-4h	4h-5h	5h-6h	6h-7h	7h-8h	JOURS			
LUNDI	0 ³⁵											1	2	1											LUNDI			
MARDI	0 ³⁵											1	2	1											MARDI			
MERCREDI	0 ³⁵											1	2	1											MERCREDI			
JEUDI	0 ³⁵											1	2	1											JEUDI			
VENDREDI	0 ³⁵											1	2	1											VENDREDI			
SAMEDI	3			2			2			3			2			1											2	SAMEDI
DIMANCHE	3			2			2			3			2			1											2	DIMANCHE
PONTS et JOURS FÉRIÉS	3			2			2			3			2			1											2	PONTS ET JOURS FÉRIÉS

0, 1, 2 Nombre de médecins régulateurs des appels de médecine générale par tranche horaire

La population de la Haute-Savoie comme partout en France a accès facilement à un avis médical. L'observance est définie par *Haynes R.B. et coll* en 1979 comme « l'importance avec laquelle les comportements (en terme de prises de médicaments, de suivi de régime, de changements des habitudes de vie) d'un individu coïncident avec les conseils médicaux ou de santé » (7). En 2004, la Revue Médicale Suisse (RMS) évalue l'observance médicamenteuse, toute pathologie confondue à 50% (8).

Plusieurs travaux ont évalué l'observance en régulation médicale dans divers départements en France. Il faut distinguer deux types d'observances : réelle et ressentie. L'observance réelle correspond à la concordance entre l'action du patient et le conseil du médecin. Elle est déterminée grâce au dossier médical, elle est objective. L'observance ressentie est définie par un appelant qui se dit observant lorsqu'on l'interroge, elle est subjective.

En 2016, une thèse montre une observance réelle à 62.9% (sur l'orientation et le conseil) dans le Val-De-Marne (9). Elle note une discordance avec l'observance ressentie du patient calculée à 81.6%. La recommandation irréalisable, le désaccord avec les attentes du patient, ou une amélioration spontanée de l'état de santé, sont les principales raisons de non-observance.

Une autre thèse de 2018 (10) montre une observance de 87,4% dans la région Ile-De-France. Elle concerne uniquement l'observance ressentie du patient. Les facteurs favorisant l'observance retrouvés étaient le faible temps d'attente, la bonne qualité d'échange avec le prescripteur, la consigne de surveillance simple. Les facteurs limitant l'observance étaient la nécessité de se déplacer, la consigne d'aller en maison médicale de garde et l'engagement d'une dépense financière.

Dans le Puy-de-Dôme en 2011 (11), l'observance déclarée par les appelants est de 91,56%. De nouveau, la qualité de la communication et la pertinence des conseils sont valorisées par les appelants. Il conclut sur l'importance des techniques de communications du régulateur, cela passe par un bon accueil de l'appelant, comprendre sa demande et exprimer les conseils de façon claire.

Ces travaux montrent une différence entre l'observance réelle et ressentie suite à un appel du centre 15. Aucune étude sur l'observance des appelants auprès du centre 15 de Haute-Savoie n'a été retrouvée. Ce département a pour particularité l'afflux de touristes en hiver et l'isolement de la population en montagne rendant parfois difficile l'accès à un établissement de santé.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'observance des appelants aux conseils des médecins libéraux régulateurs du centre 15 de Haute-Savoie, aux horaires de la PDSA.

Les objectifs secondaires sont :

- Etudier l'observance ressentie et la comparer à l'observance réelle
- Isoler les facteurs modifiant l'observance des appelants aux conseils donnés en prenant en compte la particularité saisonnière du département.
- Etudier les motifs de non-observance ainsi que le profil des appelants et des appels correspondants à chaque motif.
- Recueillir la satisfaction des appelants et les motifs d'insatisfaction éventuels

B. Matériel et méthode

1. Matériel

Il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique rétrospective. Les appelants au centre 15 de Haute-Savoie étaient interrogés par téléphone quelques jours après leur appel au centre 15, puis le dossier médical du CRRA était consulté.

La population étudiée correspond aux appelants du centre 15 de Haute-Savoie qui ont été en contact avec un médecin généraliste régulateur aux horaires de la PDSA.

Les critères d'inclusion étaient : les personnes appelant le centre 15 de Haute-Savoie lors des horaires de la PDSA et qui ont reçu un ou plusieurs conseils de la part du médecin généraliste régulateur. Cet appel pouvait concerner eux-mêmes ou un proche.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les patients non joignables après deux tentatives d'appels et un message vocal laissé au premier appel.
- Le refus de participation de l'appelant
- Une communication impossible ou difficile (problème de réseau téléphonique, mauvaise compréhension de la langue française par l'appelant ou appelant non francophone ou anglophone).
- L'appel par un tiers non proche (appel passé pour un collègue de travail, un voisin, une personne en détresse dans un lieu public ou par un professionnel dans l'exercice de ses fonctions)
- L'appelant n'avait pas d'information des suites de la prise en charge
- Le manque de données dans le dossier médical

- Les appels pour une demande de transport sans régulation médicale
- Les appels avec à l'issue de la régulation, un envoi de transport, une intervention de pompiers ou du SMUR
- Les appelants mineurs
- L'appelant a déjà été inclus dans l'étude, il ne pouvait pas être inclus une seconde fois.

- Taille de l'échantillon

L'objectif a été d'inclure 500 appels. A la vue du nombre d'appels, nous avons sélectionné un appel sur deux afin de privilégier la répartition sur les différentes périodes d'appels.

- Unité de temps et de lieu

Les appelants du centre 15 de Haute-Savoie sur les horaires de la PDSA ont été contacté pendant une période de vacances scolaires hivernales comprenant au moins 2 zones en vacances.

2. Méthode d'observation

2.1. Recueil des données

Les données ont été recueillies par deux moyens :

- Un questionnaire par téléphone (Annexe 1) à destination des appelants. Le SAMU 74 fournit la liste des appelants en contact avec un médecin généraliste régulateur aux horaires de la PDSA et qui n'ont pas abouti à un envoi de transport, de VSAV ou d'une équipe SMUR et leurs coordonnées grâce au logiciel de régulation START et le requêteur de statistiques WEBI.
- Après accord oral de l'appelant, le dossier du SAMU 74 à propos de l'appel a été consulté pour récolter les informations notées par le médecin. La période d'appel, la durée d'appel, les notes et consignes du médecin régulateur ont été ainsi recueillies.

2.2. Modalités de rappel

Chaque appelant a été recontacté par téléphone, par l'une des deux investigatrices via une ligne téléphonique ouverte spécialement pour l'étude. Un message de présentation était laissé sur les boîtes vocales, avec la possibilité de rappeler eux-mêmes les investigatrices lorsqu'ils étaient disponibles. Les appelants ont été recontactés une seconde fois lorsqu'ils n'avaient pas répondu au premier appel.

A chaque appel, l'investigatrice se présente et, à la fin du questionnaire, explique brièvement la thèse aux participants. Un mail décrivant la thèse de façon plus détaillée était proposé aux participants qui le souhaitaient. Ce mail était envoyé le soir de chaque journée de recueil aux patients ayant communiqué leur adresse mail. Les participants avaient la possibilité de

contacter les investigatrices par mail ou par téléphone/SMS dans les 2 semaines suivant le recueil pour indiquer leur refus de participation. Le dossier du patient était alors retiré de l'étude.

3. Méthode d'évaluation

3.1. Critère principal

Le critère de jugement principal est l'évaluation de l'observance réelle de l'appelant.

L'observance réelle est définie par l'adéquation totale entre les consignes du médecin généraliste régulateur et les actions du patient. Lorsque le médecin donne plusieurs conseils, le patient est considéré observant s'il a suivi l'ensemble des consignes.

3.2. Critères secondaires

Différents types de critères secondaires ont été distingués :

- Les caractéristiques de l'appelant tels que le sexe de l'appelant, sa tranche d'âge, sa catégorie socio-professionnelle, avoir un médecin traitant déclaré, s'il est touriste ou autochtone et s'il est véhiculé au moment de l'appel.
- Les caractéristiques de l'appel : la période d'appel (nuit, jour férié), la durée de l'appel, lien de l'appel avec la COVID et lien entre l'appelant et le patient lorsque le patient n'appelait pas pour lui-même, le motif d'appel, la catégorie du conseil : prise de médicament, conseil médical, consultation aux urgences, consultation du médecin de garde ou réévaluation par le médecin traitant.
- Le ressenti de l'appelant : la satisfaction, les attentes de l'appelant au moment de l'appel, l'observance ressentie et la compréhension des consignes.

L'observance ressentie est définie par : un appelant se disant observant lorsqu'on lui pose la question lors du questionnaire téléphonique.

Une analyse des motifs d'insatisfaction a été rajoutée a posteriori. Dans le questionnaire, il était demandé de coter la satisfaction. Lorsque l'appelant était moyennement ou pas satisfait, il leur était demandé la raison de leur insatisfaction. Ces réponses ont été classées par thèmes et le nombre d'occurrence par thème comptabilisé. Des statistiques descriptives ont pu en être déduites. Pour plus d'objectivité chaque motif a été classé par thème par les deux investigatrices.

3.3. Analyse statistique

Le docteur Jérôme Jund, statisticien au Centre Hospitalier Annecy Genevois, a réalisé l'analyse statistique. Une première analyse univariée par un test du Khi-deux de Pearson ou un test de Fisher selon la taille des effectifs. Avec un risque alpha à 5%, les données sont significatives avec un p inférieur à 0.05. Ensuite, sur les caractéristiques statistiquement significatives et sur l'âge, une analyse multivariée a été conduite, elle a nécessité trois pas.

4. Ethique

4.1. CNIL

Une démarche auprès de la CNIL a été faite en amont de notre recueil de données. Il s'agit d'une méthodologie de référence MR-004, soit des « recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé ». Cette référence a été choisie car il s'agit notamment d'une enquête de satisfaction auprès des appelants du Centre 15 de Haute-Savoie.

4.2. Sécurité des données

Les données ont été sécurisées et anonymisées. Chaque document contenant des données de patients a été crypté et sauvegardé par un mot de passe grâce au logiciel 7-Zip.

Pour anonymiser les données, un tableau avec le numéro de l'appelant, le mail, le numéro de dossier et un code patient correspondant a été créé. Ce fichier était verrouillé par un mot de passe. Un second tableau contenant le code patient et les données recueillies à l'aide du questionnaire et du dossier médical était également protégé par mot de passe.

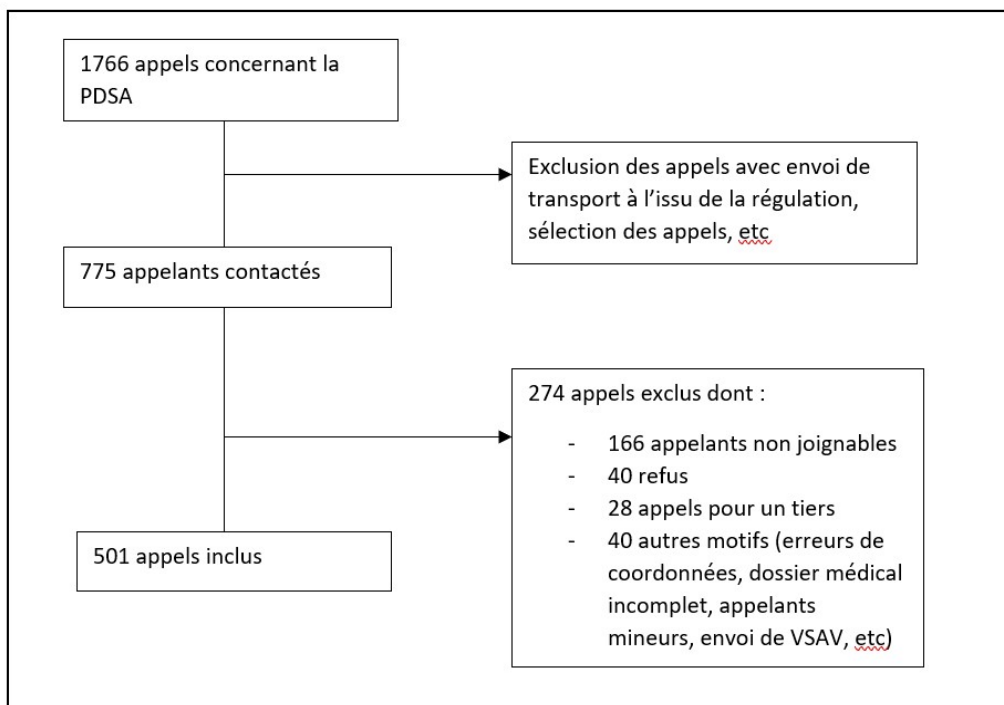
Les mots de passe choisis étaient des mots de passe complexes comprenant au moins 8 caractères avec une majuscule, un chiffre ou un caractère spécial.

Les tableaux étaient conservés sur des systèmes de stockages externes. Les disques contenant les données informatiques étaient conservés dans des lieux différents.

C. Résultats

Sur la période des vacances scolaires d'hiver 2021, aux horaires de la PDSA, 8045 dossiers de régulation ont été créés. 4253 ont été réglés par des médecins généralistes et 1902 ont été réglés par des médecins urgentistes. Nous avons sélectionné un appel sur deux jusqu'à obtenir 501 inclusions.

Flow-chart (Figure 1)



1. Description de la population

67% des appelants inclus sont des femmes (Tableau 1).

La tranche d'âge principale est celle des 35-45 ans (31%), puis les 25-35 ans (28%) (Figure 2).

La catégorie socio-professionnelle (Figure 3) la plus représentée est celle des employés (32% des appelants).

92% des appelants déclarent avoir un médecin traitant, 90% sont des habitants locaux et 88% avaient au moment de l'appel un véhicule à leur disposition.

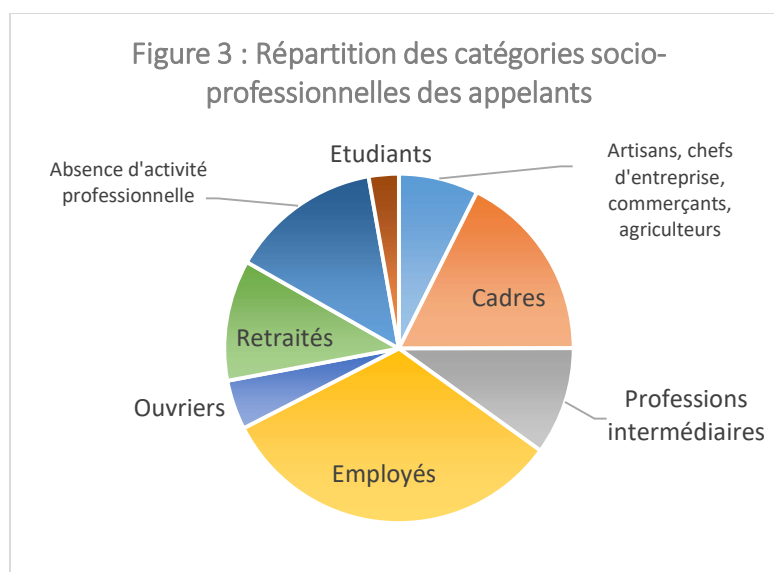
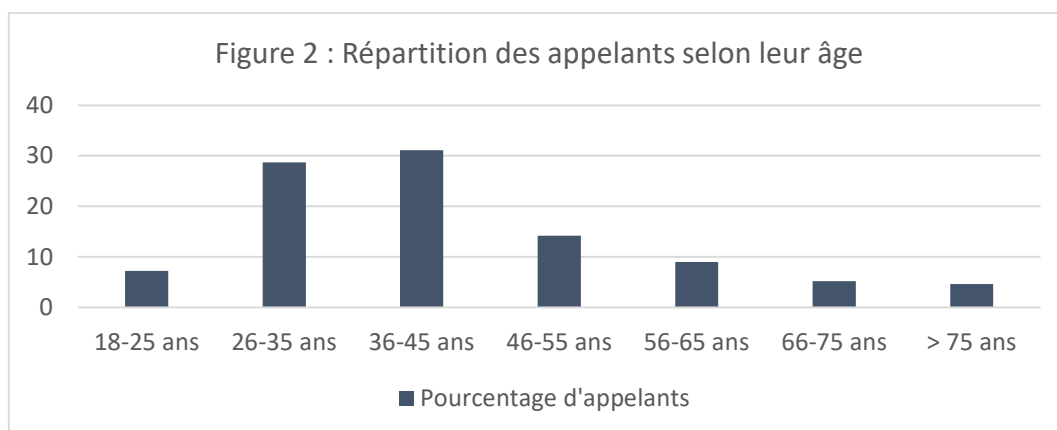


Tableau 1 : Caractéristiques des appelants

	Nombre	%
<u>Sexe</u>		
F	340	67,9
H	161	32,1
<u>Âge</u>		
18-25 ans	36	7,2
26-35 ans	144	28,7
36-45 ans	156	31,1
46-55 ans	71	14,2
56-65 ans	45	9
66-75 ans	26	5,2
> 75 ans	23	4,6
<u>CSP</u>		
Artisans, chefs d'entreprise, commerçants, agriculteurs	37	7,4
Cadres	88	17,6
Professions intermédiaires	50	10
Employés	163	32,5
Ouvriers	23	4,6
Retraités	56	11,2
Absence d'activité professionnelle	70	14
Etudiants	14	2,8
<u>MT déclaré</u>		
Oui	465	92,8
Non	36	7,2
<u>Touriste</u>		
Oui	49	9,8
Non	452	90,2
<u>Véhiculé</u>		
Oui	443	88,4
Non	58	11,6

2. Description des appels

41% des appels étudiés ont été passés sur une période de nuit en semaine et 31% des appels ont été passés la journée en WE (Tableau 2).

42% des appels ont été passés par des parents pour leur enfant, 33% par le patient lui-même. Le reste des appels a été passé pour un proche.

Les trois principaux motifs d'appel (Figure 4) concernent une infection, des problèmes de gastro-entérologie et des problèmes locomoteurs. 13% des appels sont en lien avec le coronavirus.

La majorité des prises en charge durent entre 6 et 10 min, la durée moyenne d'un appel est 7 min et 36 sec. Le délai de rappel est compris entre 2 et 7 jours avec une moyenne à 3 jours.

Au total, 548 conseils ont été donnés suite à la régulation des 501 appels (Figure 5). 42% des appels sont clôturés par un simple conseil médical, 27% nécessitent une consultation chez un médecin de garde et 18% une consultation aux urgences. Le conseil de consulter le médecin de garde est donné dans 60% des cas le week-end et jours fériés en journée, 21% la nuit et 18% en semaine de nuit (Figure 6).

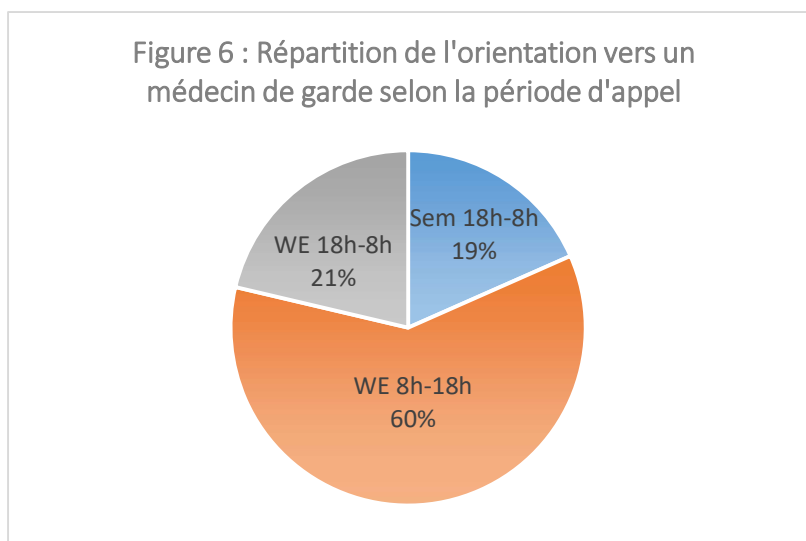
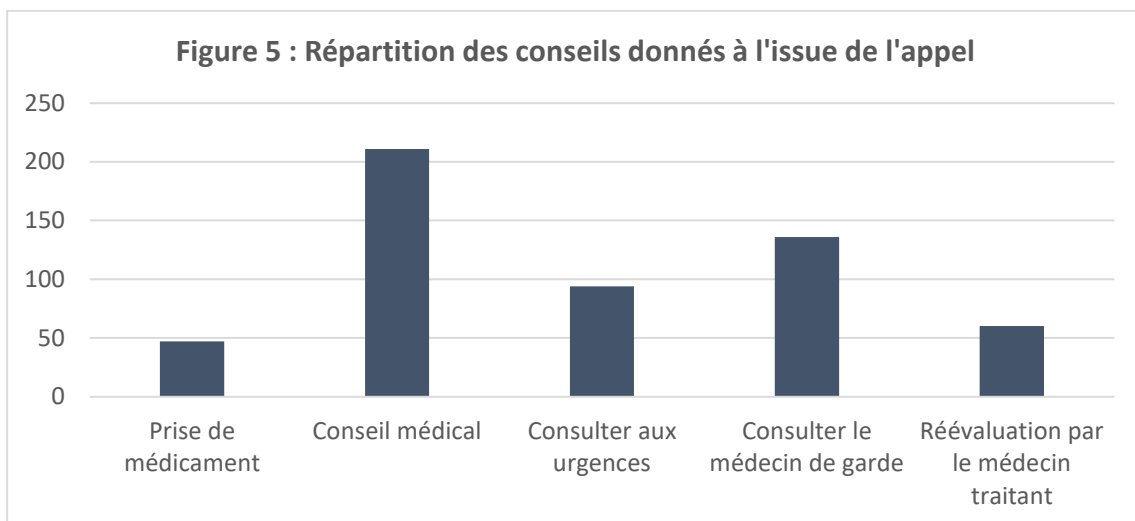
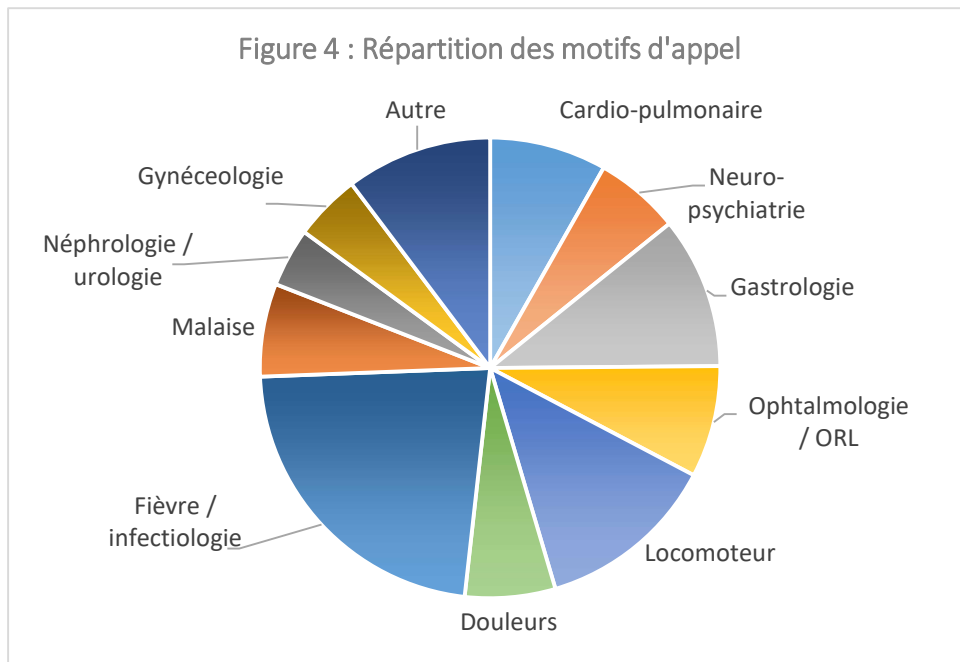


Tableau 2 : Description des appels

	Nombre	%
<u>Période d'appel</u>		
Semaine 18h-8h	206	41,1
WE JF 8h-18h	157	31,3
WE JF 18h-8h	138	27,5
<u>Origine de l'appel</u>		
Lui-même	168	33,5
Enfant	214	42,7
"Proche"	119	23,8
<u>Motif</u>		
Cardiologie	13	2,6
Neurologie	20	4
Psychiatrie	12	2,4
Gastro-entérologie	57	11,4
Pneumologie	31	6,2
Ophtalmologie/ORL	42	8,4
Locomoteur	68	13,6
Douleurs	34	6,8
Fièvre/infectiologie	121	24,2
Malaise	35	7
Néphrologie/urologie	22	4,4
Gynécologie/ Obstétrique	25	5
Allergies	11	2,2
Dermatologie	12	2,4
Iatrogénie	32	6,4
<u>En lien avec COVID</u>		
Oui	67	13,4
Non	434	86,6
<u>Durée de l'appel</u>		
1-5 min	173	36,9
6-10 min	213	45,4
> 10 min	83	17,7
<u>Conseil donné</u>		
Prise de médicament	47	9,4
Conseil médical	211	42,1
Consulter aux urgences	94	18,8
Consulter le médecin de garde	136	27,1
Réévaluation par le médecin traitant	60	12

3. Description du ressenti des appelants

Les appelants avaient une ou plusieurs attentes en contactant le 15, au total 537 attentes sont recueillies (Tableau 3) : 69% étaient demandeur d'un conseil médical, 30% souhaitaient savoir où consulter, 7% s'attendaient à un médecin à domicile ou à un envoi de moyen.

85% des appelants se déclarent satisfaits de la communication et 4,8% ne sont pas du tout satisfaits.

Tableau 3 : Description du ressenti des appelants

	Nombre	%
<u>Attente en appelant le 15</u>		
Conseil médical	347	69,3
Lieu de consultation	152	30,3
Envoi d'un médecin à domicile	21	4,2
Demande de transport	17	3,4
<u>Satisfaction</u>		
Satisfait	430	85,8
Moyennement satisfait	47	9,4
Pas satisfait	24	4,8
<u>Observance ressentie</u>		
Oui	422	84,2
Non	79	15,8
<u>Compréhension des consignes</u>		
Complète	458	91,4
Incomplète	43	8,6

4. Observance

Parmi les 501 appelants, 389 ont suivi le conseil du médecin régulateur. L'observance réelle est calculée à 77.6% (Tableau 4).

84.2% des appelants se sont déclarés observant, soit 422 appelants sur les 501 interrogés. Parmi eux, 384 patients étaient réellement observants.

Cinq patients interrogés se sont dit non-observants alors qu'ils avaient bien suivi les consignes données.

La cohérence entre l'observance objective et l'observance ressentie est calculée à 91.4%.

Tableau 4 : Analyse de l'observance des appelants

		Observance réelle		Total
		Oui	Non	
Observance ressentie	Oui	384 (76.6%)	38 (7.5%)	422 (84.2%)
	Non	5 (1%)	74 (14,7%)	79 (15.8%)
Total		389 (77.6%)	112 (22.4%)	501

5. Analyse de l'observance selon les caractéristiques des appelants

Le sexe ne montre pas de différence significative sur l'observance réelle, avec un p à 1 (Tableau 5).

L'âge n'est pas un facteur modifiant l'observance, p est à 0.286, IC 99% [0.275 ; 0.289].

La catégorie socio-professionnelle a un impact sur l'observance, les ouvriers et les cadres sont parmi les plus observants (respectivement 91.3% et 89.8%). Les moins observants sont les personnes sans activité professionnelle et les étudiants (respectivement 65.7% et 71.4%). La différence est significative avec un p à 0.006, IC 99% [0.004 ; 0.007].

Sur l'analyse multivariée (Tableau 7), en prenant pour référence les cadres, les employés sont 4 fois plus à risque d'être non observant que les cadres (OR 4.073, $p = 0.004$). Les personnes sans activité professionnelle sont 6 fois plus à risque de ne pas suivre les conseils du médecin régulateur (OR 6.242, $p = 0.001$).

Avoir un médecin traitant déclaré n'est pas un facteur prédictif de l'observance.

Les touristes ne sont pas significativement moins observants que les locaux (p à 0.281), et le fait d'avoir un véhicule à disposition au moment de l'appel n'est pas un facteur modifiant l'observance (p à 0.182).

Tableau 5 : Etude de l'observance et des caractéristiques des appelants

	Nombre	Observant		p [IC 99%]
		Nombre	%	
Sexe				1
F	340	264	77,6	
H	161	125	77,6	
Âge				0.286 [0.275 ; 0.298]
18-25 ans	36	25	69,4	
26-35 ans	144	116	80,6	
36-45 ans	156	120	76,9	
46-55 ans	71	53	74,6	
56-65 ans	45	33	73,3	
66-75 ans	26	20	76,9	
> 75 ans	23	22	95,7	
CSP				0.006 [0.004 ; 0.007]
Artisans, chefs d'entreprise, commerçants, agriculteurs	37	27	73	
Cadres	88	79	89,8	
Professions intermédiaires	50	40	80	
Employés	163	119	73	
Ouvriers	23	21	91,3	
Retraités	56	47	83,9	
Absence d'activité professionnelle	70	46	65,7	
Etudiants	14	10	71,4	
MT déclaré				0.298
Oui	465	364	78,3	
Non	36	25	69,4	
Touriste				0.281
Oui	49	35	71,4	
Non	452	354	78,3	
Véhiculé				0.182
Oui	443	348	78,6	
Non	58	41	70,7	

6. Analyse de l'observance selon les caractéristiques des appels

Dans l'analyse univariée, la période d'appel influe sur l'observance (Tableau 6), avec des patients plus observants en journée, les week-ends et jours fériés (84.1%), et moins observants la nuit en week-end de 18h à 8h (71%). Les nuits de semaine, l'observance se rapproche de l'observance globale avec un chiffre à 77.2%. Le p est à 0.026, IC [0.022 ; 0.030].

L'analyse multivariée invalide cette influence, il n'y a donc pas de lien établi entre la période d'appel et l'observance.

Lorsque le médecin donne plusieurs conseils, le nombre d'appelants observants diminue avec seulement 62.5% d'observants dans cette catégorie, p à 0.011. Cette valeur reste significative en multivariée (Tableau 7), avec un p à 0.042 et un odd ratio à 2.255.

Selon le type de conseil donné, il n'y a pas de différence mise en évidence.

L'observance est modifiée par l'attente de l'appelant du centre 15. Il sera plus observant si sa demande concerne un lieu de consultation (84,9%, p = 0.014). Il sera moins observant si sa demande est l'envoi d'un médecin à domicile (52.4%, p = 0.012). Pour un conseil médical ou une demande de transport, il n'y a pas de modification significative de l'observance.

Il n'y a pas de variation d'observance notable en fonction de l'origine de l'appel.

Le motif de l'appel n'est pas un élément déterminant de l'observance, aucune des quinze catégories étudiées ne montre de différence par rapport aux autres.

Lorsque les appels ont un lien avec la COVID 19, l'observance n'est pas modifiée.

La durée de l'appel au centre 15 ne modifie pas l'observance.

La satisfaction modifie l'observance du patient, en effet le p est à 0 avec un IC de [0 ; 0]. Les appelants se disant satisfaits sont observants à 80.5% ; ceux l'étant moyennement le sont à 72.3% et les appelants non satisfaits de la prise en charge le sont à 37.5%.

Après ajustement en multivariée (Tableau 7), l'observance ne varie pas de façon significative chez les patients moyennement satisfaits (OR 1.221, p = 0.648). Les patients non satisfaits ont un risque 9.4 fois plus élevé que les patients satisfaits d'être non observants.

Tableau 6 : Etude de l'observance et des caractéristiques des appels

	Nombre	Observant		p [IC 99%]
		Nombre	%	
Période d'appel				0,026 [0.022 ; 0.030]
Semaine 18h-8h	206	159	77,2	
WE JF 8h-18h	157	132	84	
WE JF 18h-8h	138	98	71	
Origine de l'appel				0,166 [0.157 ; 0.176]
Lui-même	168	123	73,2	
Enfant	214	174	81,3	
"Proche"	119	92	77,3	
Motif				
Cardio	13	9	69,2	0,5
Neuro	20	14	70	0,414
Psychiatrie	12	9	75	0,730
Gastro	57	45	78,9	0,868
Pneumo	31	28	76,8	0,116
Ophtalmo/ORL	42	32	76,2	0,847
Locomoteur	68	53	77,9	1
Douleurs	34	27	79,4	0,837
Fièvre/infectio	121	93	76,9	0,9
Malaise	35	29	83,9	0,533
Néphro/uro	22	16	72,7	0,601
Gynéco	25	16	64	0,135
Allergies	11	10	90,9	0,469
Dermato	12	10	83,3	1
Iatrogénie	32	24	75	0,826
En lien avec COVID				0,27
Oui	67	56	83,6	
Non	434	333	76,7	
Durée de l'appel				0,420 [0.408 ; 0.433]
1-5 min	173	137	79,3	
6-10 min	213	159	74,6	
> 10 min	83	67	80,7	

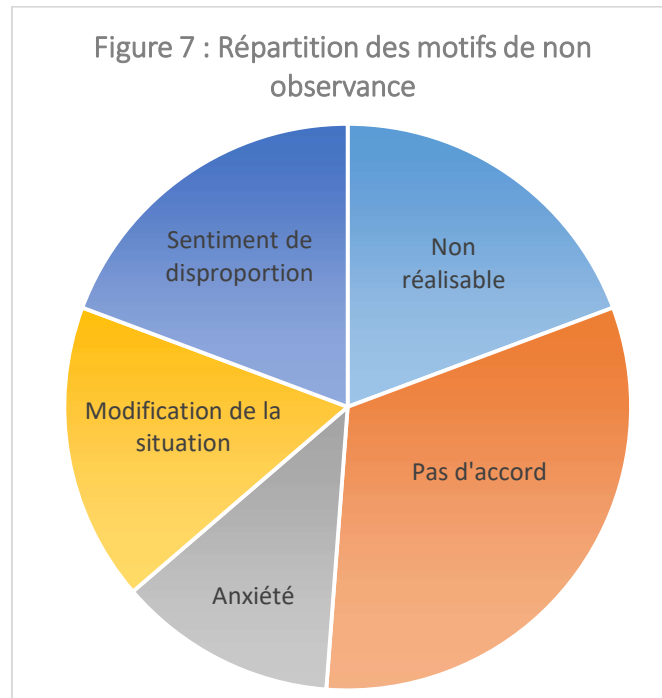
	Nombre	Observant		p [IC 99%]
		Nombre	%	
Nombre de conseil				0,011
1 conseil	453	359	79,2	
2 conseils	48	30	62,5	
Conseil donné				
Prise de médicament	47	35	74,5	0,714
Conseil médical	211	161	76,5	0,587
Consulter aux urgences	94	70	74,5	0,492
Consulter le médecin de garde	136	107	78,7	0,81
Réévaluation par le médecin traitant	60	45	75	0,621
Attente en appelant le 15				
Conseil médical	347	272	78,4	0,562
Lieu de consultation	152	129	84,9	0,014
Envoi d'un médecin à domicile	21	11	52,4	0,012
Demande de transport	17	10	58,8	0,074
Satisfaction				0 [0 ; 0]
Satisfait	430	346	80,5	
Moyennement satisfait	47	34	72,3	
Pas satisfait	24	9	37,5	

Tableau 7 : Analyse multivariée (En gris : la catégorie avec la meilleure observance servant de base pour calculer l'OR.)

	Significativité (p)	Odd ratio
Période d'appel	0.292	
WE JF 8h-18h		
Semaine 18h-8h	0.953	1.020
WE JF 18h-8h	0.190	1.575
Nombre de conseil		
1 conseil		
2 conseils	0.042	2.255
Satisfaction		
Satisfait	0	
Moyennement satisfait	0.648	1.221
Pas satisfait	0	9.481
Sexe		
Femme		
Homme	0.267	1.384
Âge		
	0.261	
18-25 ans	0.097	11.642
26-35 ans	0.195	6.254
36-45 ans	0.097	10.352
46-55 ans	0.076	12.498
56-65 ans	0.070	12.165
66-75 ans	0.053	11.994
> 75 ans		
CSP		
	0.033	
Cadres		
Artisans, chefs d'entreprise, commerçants, agriculteurs	0.063	3.233
Professions intermédiaires	0.109	2.566
Employés	0.004	4.073
Ouvriers	0.694	1.412
Retraités	0.634	1.579
Absence d'activité professionnelle	0.001	6.242
Etudiants	0.373	2.369
Compréhension des consignes		
Complète		
Incomplète	0	41.490

7. Description des motifs de non observance

79 appelants se sont déclarés inobservants. Il pouvait y avoir plusieurs motifs de non-observance, soit un total de 88 motifs analysés. (Figure 7)



7.1. Non réalisable

17 appelants (soit 3.4% des appelants) disent ne pas avoir pu suivre les consignes.

Parmi ces appelants, 29,4% n'avaient pas de véhicule à disposition (contre 11.3% dans la population étudiée) rendant ce résultat significatif.

70,6% des appels non observant pour le motif « non réalisable » ont duré 6 à 10 min, 29.4% ont duré 1 à 5 min, aucun appel n'a duré plus de 10 min.

De façon significative, les appelants ayant reçu un simple conseil médical sont moins nombreux et les appelants recevant la consigne de consulter le médecin de garde étaient plus nombreux que dans la population étudiée.

7.2. Pas en accord

28 appelants n'étaient pas d'accord avec la consigne donnée. Plus souvent lorsque l'appelant téléphone pour lui-même ou un proche, et plus rarement pour un enfant.

Les appelants souhaitant un envoi de médecin à domicile sont plus nombreux dans cette catégorie.

La CSP des employés est la plus représentée de façon significative avec p à 0,041.

Les appelants en désaccord avec la consigne étaient moins satisfaits que la population étudiée.

7.3. Anxiété

11 appelants se trouvaient anxieux après leur appel, uniquement la nuit que ce soit en semaine ou le week-end et lorsque la durée de l'appel est entre 6-10min.

Les appelants de cette catégorie étaient significativement moins satisfaits.

7.4. Modification de la situation

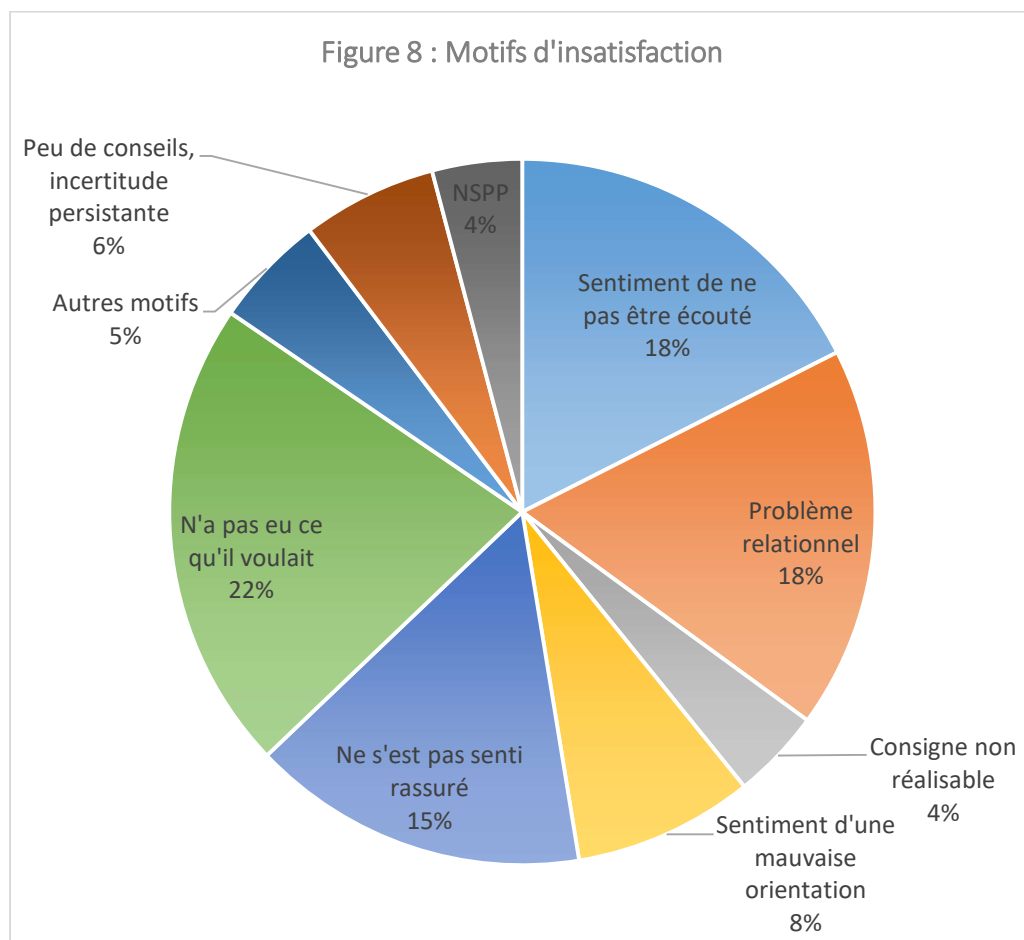
15 appelants non observant ont jugé que leur situation s'était modifiée. Le seul paramètre montrant une différence est le conseil de prendre un médicament, les appelants sont significativement plus nombreux dans cette catégorie.

7.5. Sentiment de disproportion

17 appelants jugeaient que la consigne était disproportionnée, plus fréquemment pour un conseil médical ou consulter aux urgences.

8. Motifs d'insatisfaction

L'étude des motifs d'insatisfaction a été faite a posteriori. 71 appelants ont déclaré être moyennement satisfaits ou insatisfaits de leurs appels. 97 motifs d'insatisfaction ont été répertoriés et catégorisés (Figure 8). Le motif principal d'insatisfaction est le fait que l'appelant n'a pas eu ce qu'il souhaitait à la fin de la communication (médecin sur place, envoi de transport, etc). 17% des appelants rapportent un sentiment de ne pas être écouté ou un problème relationnel et 15% n'ont pas été rassurés à l'issue de l'appel.



D. Discussion

1. Objectif principal

L'observance réelle retrouvée dans cette étude est de 77,6% et l'observance ressentie est de 84,2%. La cohérence entre l'observance réelle et l'observance ressentie est de 91,4%, c'est-à-dire les patients réellement observants et qui se disaient observants, ainsi que les patients qualifiés de non observants qui se disaient non observants.

Plusieurs thèses ont évalué l'observance suite aux appels de la régulation médicale aux horaires de la PDSA.

En 2016, une étude (9) dans le Val-de-Marne [94] retrouve une observance réelle à 62,4%.

L'accès aux soins de la population du Val-de-Marne est différent de celui de la Haute-Savoie, les territoires sont très différents ainsi que la gestion des appels au centre 15.

En Haute-Savoie, il faut contacter le centre 15 pour avoir accès aux coordonnées du médecin de garde, le centre 15 reçoit par conséquent de nombreux appels de patients demandeurs des coordonnées du médecin de garde, favorisant leur observance dans cette catégorie de conseils.

Le Val-de-Marne présente un profil urbain avec une superficie de 245 km², alors que la Haute-Savoie présente des zones urbaines, des zones rurales et des zones de montagnes sur une superficie de 4 388 km² (12). Le Val-De-Marne dispose de 10 services d'urgences contre 7 pour la Haute-Savoie (13), ils ont également 12 maisons médicales dans le département qui ne nécessitent pas de régulation par le 15 pour y accéder. La densité de médecins est de 116,5 pour 100 000 habitants dans le Val-de-Marne contre 95,9 pour la Haute-Savoie (14).

Les patients du Val-de-Marne ont donc un plus grand nombre d'options pour consulter que les patients de Haute-Savoie, disposant d'un nombre moins important de maisons de garde et de services d'urgences pour une superficie bien plus étendue et dotée de zones d'accès difficiles surtout en hiver. Ces éléments peuvent expliquer une meilleure observance du conseil médical en Haute-Savoie.

L'observance ressentie dans le Val-de-Marne est à 81.6%, un chiffre relativement proche des données de notre étude. La cohérence entre l'observance réelle et ressentie dans l'étude du Val-de-Marne est à 78.7%, bien inférieure à celle de notre étude à 91.4%. Une des forces de cette étude est la réécoute des bandes des appels passés au centre 15 pour définir l'observance réelle, apportant une analyse plus fine de l'observance réelle, expliquant en partie les différences de taux d'observance.

Un travail a estimé l'observance des appelants au centre 15 du Puy-De-Dôme (11) à 91,6%. L'échantillon de cette étude est de 403 appelants inclus avec un recueil de l'observance uniquement déclaratif. En 2018, une autre thèse évalue par questionnaire en Ile-De-France (10) l'observance déclarée des appelants au 15 à 87,4%. Ils évaluent dans ces deux cas une observance ressentie supérieure à celle retrouvée dans notre étude.

En 2001, une thèse sur le département de l'Isère (15) étudie l'observance réelle, évaluée à 62,3% et l'observance subjective à 88,8%.

Dans l'Aude, une étude de 2014 (16) montre une observance déclarative (ou subjective) de 80%.

L'évaluation de l'observance réelle en Haute-Savoie est supérieure à celles des autres études dans des départements différents. L'observance ressentie mesurée dans notre

étude est systématiquement inférieure aux autres études. La concordance entre observance réelle et ressentie était donc meilleure dans notre étude.

Dans l'ordre des questions posées par téléphone sur notre étude, le questionnaire mentionnait d'abord ce que le médecin régulateur a dit et ensuite ce que le patient a fait. Il est possible que l'observance ressentie ait été sous-évaluée à cause de cet ordre de questionnement qui poussait l'appelant à bien se souvenir du conseil du médecin avant de juger de sa propre observance.

Cette méthode de questionnement a permis de mettre en évidence les appelants ayant mal compris les consignes. 43 appelants parmi les 501 interrogés avaient mal compris les consignes ou les avaient mal rapportées lors du questionnaire téléphonique. Un biais de mémoire peut être en cause, surtout que 5 patients se sont dit non observants alors qu'ils l'avaient été.

2. Objectifs secondaires

2.1. Caractéristiques des appelants

La catégorie socio-professionnelle a un impact sur l'observance. Les plus observants sont les ouvriers et les cadres. Les étudiants et les sans-emplois sont 6 fois plus à risque de ne pas suivre le conseil du médecin. Mais en pratique courante, il n'est pas forcément pertinent de demander l'emploi de l'interlocuteur lorsqu'il appelle pour un conseil médical. Même si ce facteur est discriminant, il ne permet pas à première vue de modifier les pratiques du 15 pour optimiser l'observance.

L'étude dans le Val-de-Marne (9) étudiait l'observance en fonction du niveau d'étude (pas de diplôme ; bac à bac + 4 et supérieur à bac + 4), sans montrer de différence significative. Cela n'est cependant pas tout à fait comparable à la CSP.

Le lien entre l'appelant et le patient, le fait d'avoir un médecin traitant n'a pas non plus montré de différence dans les études sus-citées.

Les critères d'âge ou de sexe sont en lien avec l'observance dans d'autres études mais ces données sont isolées et différentes pour chaque étude (9–11,15).

De manière générale, les caractéristiques des appelants ont peu d'impact sur l'observance, cela avait déjà été souligné en 2001 en Isère (15).

2.2. Caractéristiques des appels

La multiplication du nombre de conseils lors de l'appel diminue l'observance. Lorsque 2 conseils ou plus sont donnés, les chances de non observance sont multipliées par 2,3. Dans la mesure du possible, il semble préférable de ne donner qu'un seul conseil. Dans la définition même de l'observance réelle choisie dans cette étude, il faut que le

patient ait suivi tous les conseils donnés par le médecin, le patient a plus de risque de ne pas être observant pour l'un des deux conseils. Ce résultat est cohérent avec l'étude effectuée dans le Val-de-Marne (9).

Le motif d'appel n'a montré aucun impact sur l'observance dans notre étude, alors que dans le Val-de-Marne (9), lorsque le motif d'appel était la fièvre, les patients étaient moins observants ; lorsque le motif était un problème pneumologique, les patients étaient plus observants.

Quand l'appelant est demandeur d'un envoi de transport ou de médecin à domicile, il sera moins observant. Ceci souligne l'importance de faire préciser la demande au patient et éventuellement d'argumenter la prise en charge.

Dans l'Aude (16), les patients appelant le week-end étaient moins observants que les patients appelant la semaine, nous n'avons pas retrouvé ce lien dans notre étude.

H. Lecornet (10) en Ile-de-France met en évidence dans son étude que lorsque la consigne est une surveillance simple, l'observance est meilleure alors que lorsqu'il faut consulter en maison médicale de garde l'observance diminue.

Vigier A. (9) dans le Val-de-Marne, constate l'effet inverse, les patients recevant un conseil simple ont été moins observants et plus enclins à consulter un médecin (de garde ou aux urgences), alors que les patients orientés vers une consultation étaient plus observants.

Argento P. (15) en Isère note que le patient est plus observant lorsque la consigne est d'aller consulter un médecin libéral en différé (83.9%). Il sera moins observant lorsque la consigne est de consulter au SAU (64%) ou un simple conseil médical (61.4%).

Les résultats de Vigier A. et Argento P. sont concordants, ceux de Lecornet H. sont à l'opposé. Dans notre étude, nous ne notons pas de différence d'observance selon le type de conseil délivré par le régulateur.

Le contexte de pandémie actuelle peut avoir joué un rôle dans cette différence d'attitude suite au conseil du médecin régulateur. En mars 2020, les patients étaient plus réticents à consulter aux urgences ou à voir un médecin de peur d'être contaminé par la COVID-19 (17). Ils avaient donc moins tendance à aller aux urgences en premier lieu, et parfois cela pouvait même amener à des retards de prise en charge de pathologies sévères (18–20). On peut imaginer que les patients, plus sensibilisés aux risques de consulter aux urgences, suivaient plus scrupuleusement les conseils du médecin régulateur.

2.3. Motifs d'inobservance

Le premier motif d'inobservance est le désaccord de l'appelant avec la prise en charge proposée. Ce résultat coïncide avec l'étude en Aude (16) qui montre que la première cause d'inobservance est le désaccord du patient avec la prise en charge. Idéalement, la prise en charge est décidée d'un commun accord entre l'appelant et le régulateur cependant la demande de l'utilisateur n'est pas toujours à la mesure de la situation et aux moyens disponibles sur le terrain.

Le second motif d'inobservance est la difficulté à réaliser la consigne donnée par le régulateur. Il existe un lien entre le motif d'inobservance « non réalisable » et l'absence de véhicule à disposition. La majorité des médecins régulateurs sont déjà très attentifs

sur ce point, ils s'assurent que le conseil donné est réalisable et s'il ne l'est plus, l'appelant est encouragé à recontacter le 15.

2.4. Satisfaction des appelants

D'une manière générale, les patients interrogés étaient satisfaits à la suite de leur appel au 15 de Haute-Savoie puisque 85.8% des appelants s'estimaient complètement satisfaits, et seulement 24 appelants (4,8%) n'étaient pas du tout satisfaits.

La satisfaction est un facteur prédictif majeur de l'observance, le risque d'inobservance est multiplié par 9 lorsque l'appelant n'est pas du tout satisfait.

L'étude réalisée en Isère en 2001 (15) a relevé la satisfaction des appelants à 84.1%, incluant les patients très ou plutôt satisfaits. L'auteur constate une multiplication des recours aux systèmes de soins chez les patients insatisfaits.

L'étude des motifs d'insatisfaction retrouve que les appelants ne sont pas satisfaits principalement lorsqu'ils n'ont pas eu ce qu'ils attendaient de l'appel, souvent un envoi de transport ou un médecin à domicile. 17% des appelants rapportent ne pas s'être senti écouté et autant ont considéré avoir été mal accueillis, ou avoir eu des difficultés de communication avec le régulateur lors de l'appel.

La satisfaction et la bonne qualité d'échange avec le régulateur est mise en avant en Ile-de-France (10), avec 66.9% d'observants lorsque la qualité d'échange est considérée bonne par le patient.

Dans le Puy-De-Dôme (11), les qualités relationnelles influent sur l'observance et notamment la qualité de l'accueil, lorsque le motif de l'appel semblait compris par le

régulateur et lorsque les appelants avaient compris et jugé adapté le conseil médical téléphonique.

L'importance des qualités d'accueil et de communication de l'ARM et du médecin régulateur est reconnue et utilisée par la HAS dans la grille d'évaluation de la qualité d'un entretien téléphonique (21). Il est attendu du régulateur qu'il soit courtois, à l'écoute de l'appelant et empathique.

3. Forces de l'étude

Pour limiter le biais de mémoire, tous les questionnaires téléphoniques ont été soumis dans les 7 jours suivant l'appel au centre 15, avec une moyenne de rappel à 3 jours.

Le taux de participation est de 64,6%. Il est légèrement inférieur à celui des autres travaux qui avaient un taux de participation entre 67,1% et 70,8%. Le principal motif d'exclusion est le caractère non joignable des appelants, malgré deux essais d'appel et un message vocal systématique, il s'agit de 166 sur 775 appels (21,4%). L'exclusion pour refus de participation est seulement de 40 appels sur 775 appels sélectionnés, soit 5,2% des appels.

La taille de l'échantillon est de 501 inclus. Cela représente une proportion intéressante du nombre total d'appels passés sur la période sélectionnée puisqu'un total de 1766 appels ont été réglés par les médecins généralistes. Par conséquent, 28.3 % des appels orientés au médecin régulateur généraliste ont pu être analysés. Les autres études similaires ont inclus entre 300 et 463 appels (9,11,15,16).

Pour limiter toute confusion, les appelants ayant effectué plusieurs appels pour des motifs différents sur la période n'ont été inclus qu'une seule fois.

Un autre intérêt de cette étude est la comparaison entre les déclarations du patient et les données du dossier médical du SAMU 74. Elle a permis de faire la distinction entre l'observance réelle et l'observance ressentie, ce qui limite le biais déclaratif. En effet, 7.6% des appelants se disant observants ne l'ont pas été et 1% des patients observants se sont dit non observants.

Pour contrôler les biais de confusions, une analyse multivariée a été réalisée. Toutefois, toute étude est sujette à un biais de confusion en lien avec des facteurs externes non envisagés par les investigateurs.

4. Limites de l'étude

Les patients moins observants étaient potentiellement plus à risque de ne pas répondre à l'enquête, pouvant engendrer un biais de sélection par voie de recrutement.

Les patients les plus graves, ou hospitalisés n'étaient pas toujours joignables, il est difficile de prédire si les patients les plus sévères sont plus ou moins observants que les autres. C'est le biais des perdus de vue.

Lors d'un questionnaire téléphonique, il peut y avoir des erreurs de compréhension ou d'interprétation entre l'enquêteur et l'appelant, occasionnant un biais de subjectivité de l'enquêteur. Pour limiter cela au maximum, la question était posée le plus clairement possible, la réponse étant précisée en cas de doute.

La catégorisation des réponses au questionnaire est en partie influencée par l'interprétation de l'enquêteur, il peut y avoir une différence d'interprétation entre les enquêteurs. Pour limiter cela au maximum, l'enquêteur face à une situation douteuse la soumettait au second enquêteur et la décision de catégorisation était prise ensemble. Si la situation était trop complexe ou la réponse peu claire, elle pouvait être retirée des inclusions.

Pour contrôler un biais de sélection sur l'échantillonnage, l'idéal aurait été d'avoir une période plus longue avec un tirage au sort. Cela aurait permis une meilleure répartition des appels sélectionnés sur les différentes périodes. Cependant le temps de rappel aurait été augmenté avec le risque de majorer le biais de mémoire.

L'écoute des bandes audio aurait permis une analyse encore plus précise de l'observance. Nous avons pris le parti de ne pas écouter les bandes pour deux raisons principales : le délai de recrutement des appels aurait été allongé et le nombre d'appels

inclus sur la période aurait été diminué. Les données d'observance ont été validées sur dossier médical lorsque celui-ci était assez complet, ce qui était le cas pour la majorité des dossiers étudiés sur la période, les dossiers incomplets ou douteux n'ont pas été inclus.

Un des critères secondaires de l'étude était de définir si le fait d'être touriste était un facteur influençant l'observance. En effet, on imagine que l'affluence de population dans ce territoire montagneux, accidentogène et pas toujours facile d'accès, influence la qualité des soins. Dans le contexte de la pandémie à la COVID 19, les stations de ski étaient fermées, ce qui a fait chuter le tourisme en Haute Savoie. Par conséquent, le recrutement de touristes sur la période était insuffisant pour conclure.

5. Extrapolabilité des résultats

Les résultats de l'étude peuvent être extrapolés à d'autres périodes de l'année. Nous avons choisi une période de vacances scolaires hivernale, pour son attrait aux touristes français et étrangers. Or, il y a eu peu de touristes donc, peu d'accidents de sports de montagne. Il semble que le profil des appels soit similaire aux appels à l'année.

Il est difficile de comparer nos résultats aux autres départements français, comme nous avons pu le voir avec l'étude dans le Val-de-Marne. Certains départements montagneux tels que l'Isère ou la Savoie pourraient présenter des résultats similaires. Toutefois l'organisation des CRRA n'est pas tout à fait la même qu'en Haute-Savoie.

Les résultats ne sont pas applicables aux pays étrangers, il y a trop de différences de système de régulation. Dans les pays tels que la Suisse, la Belgique et le Royaume-Uni, les appels d'urgence sont régulés uniquement par du personnel paramédical ou des opérateurs formés (22–25).

6. Ouverture

L'étude idéale pour jauger de l'observance réelle des appelants au 15 en France serait une étude prospective multicentrique recrutant des appelants au 15 tout au long de l'année, dans toute la France, par un tirage au sort. Les appelants seraient interrogés par questionnaire dans un délai court suivant leur appel au centre 15. Les réponses données sur l'attitude adoptée par le patient seraient vérifiées auprès des services concernés (urgences, maisons médicales de garde, médecin traitant...) pour valider leurs propos. La pertinence d'une telle étude se discute du fait des différentes organisations de chaque département.

Actuellement des changements sont en train de s'opérer dans les CRRA avec des études pilotes dans plusieurs départements français. En Isère, une version du projet SAS (Service d'Accès aux Soins) (26) est en cours d'expérimentation au CRRA. L'axe principal du projet est d'assurer un décrocher rapide, en moins de trente secondes pour chaque appel au centre 15, faire une évaluation brève de l'urgence de la situation pour envoyer au plus vite les moyens nécessaires.

En parallèle, ils évaluent la mise en place d'un agenda commun par le logiciel MEDUNION permettant aux médecins libéraux de libérer des plages d'urgence à disposition des médecins régulateurs. Le but serait d'adresser des patients aux heures ouvrables dans les cabinets de ville proches, lorsqu'ils ne nécessitent a priori pas de prise en charge hospitalière. Cela ne concerne pas les horaires de la PDSA directement, mais certains patients sont obligés d'attendre le soir, aux horaires de garde, pour être vus en urgence. Ces patients-là pourraient être adressés à des médecins généralistes aux heures ouvrées, pour soulager les médecins de garde et les patients qui préféreront certainement consulter en journée.

Il est aussi question de financement par la CPAM d'un transport médicalisé vers les maisons médicales de gardes, lorsqu'un conditionnement hospitalier n'est pas nécessaire. Si ce projet aboutit, il résoudrait le problème des patients/appelants non véhiculés qui nécessitent d'être vus par le médecin de garde.

E. Conclusion

L'observance des appelants au centre 15 aux horaires de la PDSA en Haute-Savoie est très satisfaisante puisque 77.6% des appelants ont suivi les conseils donnés. Ces données sont meilleures que dans les autres départements examinés dans des études similaires.

L'observance ressentie est de 84,2%. La cohérence entre l'observance réelle et l'observance ressentie est de 91.4%.

Les facteurs modifiant l'observance sont :

- La satisfaction de l'appelant : globalement, la satisfaction des appelants interrogés est très bonne. Au total 95.2% des appelants s'estimaient complètement ou moyennement satisfaits. Seuls 4.8% des interrogés se disaient non satisfaits. Plusieurs motifs d'insatisfaction se révèlent : lorsque l'appelant n'a pas obtenu ce qu'il voulait (souvent un médecin à domicile ou un transport), lorsqu'il ne s'est pas senti écouté, qu'il a été mal accueilli ou qu'il a trouvé difficile de communiquer avec le médecin régulateur.
- L'augmentation du nombre de conseils : il est préférable de favoriser une seule consigne par appelant.
- La catégorie socioprofessionnelle : les cadres sont parmi les plus observants, à l'inverse, les étudiants et les sans-emplois le sont moins.

Les principales raisons d'inobservances avancées par l'appelant sont le désaccord de l'appelant avec la prise en charge et l'impossibilité à réaliser la consigne donnée par le régulateur. Ces situations peuvent être évitées en restant vigilant aux attentes des patients, et en recherchant leur adhésion à la prise en charge proposée.

Une piste d'amélioration des pratiques du CRRA serait de sensibiliser davantage les médecins régulateurs et les ARM à l'importance des techniques de communications et de proposer des formations.

F. Bibliographie

1. Sous-section 3 : Participation des médecins d'exercice libéral. (Articles R6311-8 à R6311-13) - Légifrance [Internet]. [cité 13 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000022497217/2010-07-18>
2. Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.
3. Séjour PDD. Permanence des soins ambulatoires en Essonne : attitude de la population face à un problème de santé urgent et sa connaissance du système de permanence des soins. 9 févr 2017;91.
4. SAMU : amélioration de la qualité et de la sécurité des soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3211255/fr/samu-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins
5. La permanence des soins ambulatoires [Internet]. [cité 6 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/la-permanence-des-soins-ambulatoires>
6. PDSA_Cahier des charges [Internet]. calameo.com. [cité 13 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0046915087f5bb8d631dd>
7. J-F d'Ivernois, R Gagnayre. Le défi des maladies chroniques. In: Apprendre à éduquer le patient - Approche pédagogique : l'école de Bobigny. 5e édition. Maloine; 2016.
8. Netgen. Améliorer l'observance médicamenteuse [Internet]. Revue Médicale Suisse [Internet]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2480/23788>
9. VIGIER, Anne. Analyse prospective et rétrospective de l'observance des recommandations téléphoniques faites par les médecins généralistes lors des appels au CRRA94 aux horaires de la PDSA et optimisation du parcours de soins des patients. [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5095_VIGIER_Anne_these.pdf
10. Lecornet H. Observance des conseils médicaux délivrés par les centres 15 d'Ile de France en période de PDSA de semaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2018.
11. Bezon F. Le conseil médical téléphonique délivré pendant la permanence de soins au SAMU - Centre 15 du Puy-de-Dôme: étude de son observance et des facteurs d'amélioration [Thèse d'exercice]. [Clermont-Ferrand, France]: Université de Clermont I; 2011.
12. Démographie, histoire et géographie / Votre département / Politiques publiques / Accueil - Les services de l'État en Haute-Savoie [Internet]. [cité 22 août 2021].

- Disponible sur: <https://www.haute-savoie.gouv.fr/Politiques-publiques/Votre-departement/Demographie-histoire-et-geographie>
13. Structures d'urgence / Samu - Urgences de France [Internet]. [cité 22 août 2021]. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/sudf/annuaires/autres/>
 14. Densité de médecins généralistes libéraux | L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/densite-de-medecins-generalistes-liberaux>
 15. Argento P. Etude prospective de l'observance du conseil médical après régulation par le CRRA - Centre 15 de l'Isère. [La Tronche]: Faculté de médecine de Grenoble; 2001.
 16. Pettinotti O. Adhésion du patient aux conseils donnés par le médecin régulateur de la permanence des soins au Centre 15 de l'Aude [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2014.
 17. Tschakowsky T, Becker von Rose A, Consalvo S, Pflüger P, Barthel P, Spinner CD, et al. [Numbers of emergency room patients during the COVID-19 pandemic]. *Notf Rettungsmedizin*. 8 juill 2020;1-10.
 18. Metzler B, Siostrzonek P, Binder RK, Bauer A, Reinstadler SJ. Decline of acute coronary syndrome admissions in Austria since the outbreak of COVID-19: the pandemic response causes cardiac collateral damage. *Eur Heart J* [Internet]. 16 avr 2020 [cité 1 janv 2021]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184486/>
 19. Garcia S, Albaghdadi MS, Meraj PM, Schmidt C, Garberich R, Jaffer FA, et al. Reduction in ST-Segment Elevation Cardiac Catheterization Laboratory Activations in the United States During COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Cardiol*. 9 juin 2020;75(22):2871-2.
 20. O'Brien CM, Jung K, Dang W, Jang H-J, Kielar AZ. Collateral Damage: The Impact of the COVID-19 Pandemic on Acute Abdominal Emergency Presentations. *J Am Coll Radiol JACR*. nov 2020;17(11):1443-9.
 21. Haute Autorité de Santé. Grille d'analyse pour la réécoute d'un enregistrement d'appel dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles au SAMU [Internet]. 2020 [cité 20 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/plugin/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3212317
 22. Les acteurs [Internet]. SPF Santé publique. 2016 [cité 13 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.health.belgium.be/fr/les-acteurs>
 23. Centrale 144 | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève [Internet]. [cité 13 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/urgences/centrale-144>
 24. When to call 999 [Internet]. nhs.uk. 2020 [cité 13 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.nhs.uk/nhs-services/urgent-and-emergency-care-services/when-to-call-999/>

25. When to use NHS 111 [Internet]. nhs.uk. 2020 [cité 13 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.nhs.uk/nhs-services/urgent-and-emergency-care-services/when-to-use-111/>
26. CHUGA/SAMU, CDOM, URPS. Projet pilote expérimentateur du service d'accès aux soins. Candidature du département de l'Isère. [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwimssTG_-TwAhUqAWMBHZOzAn0QFjABegQIBBAD&url=https%3A%2F%2Fwww.cdom38.org%2Fmedias%2Fcoronavirus%2FPROJET_PILOTE_EXPERIMENTATEUR_DU_SERVICE_DACCES_AUX_SOINS.pdf&usg=AOvVaw2Stn7r-G3Fh_GBHVcyWYg

Annexe 1 : Questionnaire

Référence du patient (code patient) :

Temps évalué à : 5 min

1. Présentation étude, demande accord participation... Date de rappel :
2. Pour qui avez-vous contacté le 15 ? Famille, enfant, ami, conjoint, vous-même ?
3. Pourquoi avez-vous appelé ?
 - Pathologie cardiaque
 - Pathologie neurologique
 - Pathologie psychiatrique
 - Pathologie digestive
 - Pathologie pneumologique
 - Pathologie ophtalmo / ORL
 - Pathologie de l'appareil locomoteur
 - Douleurs
 - Fièvre
 - Malaise
 - Pathologie néphrologique / urologique
 - Pathologie gynécologique / obstétricale
 - Traumatologie
 - Dermatologie
 - Allergie
 - Iatrogénie
4. Votre appel avait-il un lien avec la COVID ? Oui/non
5. Quel(s) conseil(s) le médecin vous-a-t-il donné ?
 - Prise de médicament
 - Conseil médical et rappeler si problème
 - Conseil de consulter aux urgences
 - Conseil de consulter un médecin de garde = orientation PDS
 - Conseil de réévaluation par médecin traitant à distance
 - Envoi d'un transport, SAMU
6. A. Qu'avez-vous fait après votre appel au centre 15 ? B. Avez-vous suivi les conseils ou certains conseils ? Oui/non. C. Pourquoi ?
 - Difficilement réalisable
 - Pas en accord avec la conduite à tenir
 - Sentiment d'anxiété vis-à-vis de la prise en charge
 - Situation modifiée dans les suites de l'appel
 - Proposition disproportionnée
7. Quelles étaient vos attentes en appelant le 15 ?
 - Conseil médical
 - Orientation vers un lieu de consultation
 - Envoi d'un médecin à domicile
 - Demande de moyen, transport
8. A. Vous concernant, quelle est votre année de naissance ? B. Quelle est votre profession ?
C. Avez-vous un médecin traitant déclaré ?
9. A. Etes-vous touriste ou local ? B. Etiez-vous véhiculé lors de l'appel au 15 si besoin ?
10. Au final avez-vous été satisfait (1), moyennement satisfait (2), ou pas satisfait (3) de votre appel au 15 ?

Annexe 2 : Analyse des motifs de non observance

	Nombre	% dans la catégorie	% dans les motifs d'inobservance	p	IC 99%
Non réalisable	17				
Période d'appel				0,951	[0,946 ; 0,957]
Semaine 18h-8h	7	3,4	41,2		
WE et JF 8h-18h	6	3,8	35,3		
WE et JF 18h-8h	4	2,9	23,5		
Origine de l'appel				0,283	[0,271 ; 0,295]
Lui-même	9	5,4	52,9		
Enfant	5	2,3	29,4		
"Proche"	3	2,5	17,6		
En lien avec COVID				0,264	
Oui	4	6	76,5		
Non	13	3	23,5		
Durée de l'appel				0,047	[0,041 ; 0,052]
1-5 min	5	2,9	29,4		
6-10 min	12	5,6	70,6		
> 10 min	0	0	0		
Nombre de conseil				0,673	
1 conseil	15	3,3	88		
2 conseils	2	4,2	11,8		
Conseil donné					
Prise de médicament	2	4,3	11,8	0,668	
Conseil médical	2	0,9	11,8	0,011	
Consulter aux urgences	4	4,3	23,5	0,538	
Consulter le médecin de garde	9	6,6	52,9	0,024	
Réévaluation par le médecin traitant	2	3,3	11,8	1	
Attente en appelant le 15					
Conseil médical	13	3,7	76,5	0,603	
Lieu de consultation	5	3,3	29,4	1	
Envoi d'un médecin à domicile	0	0	0	1	
Demande de transport	0	0	0	1	
Satisfaction				0,862	[0,853 ; 0,870]
Satisfait	15	3,5	88,2		
Moyennement satisfait	1	2,1	5,9		
Pas satisfait	1	4,2	5,9		
Sexe				0,06	[0,820 ; 0,870]
F	13	3,8	76,5		
H	4	2,5	23,5		

	Nombre	% dans la catégorie	% dans les motifs d'inobservance	p	IC 99%
Âge				0,83	[0,820 ; 0,840]
18-25 ans	2	5,6	11,8		
26-35 ans	4	2,8	23,5		
36-45 ans	5	3,2	29,4		
46-55 ans	4	5,6	23,5		
56-65 ans	1	2,2	5,9		
66-75 ans	1	3,8	5,9		
> 75 ans	0	0	0		
CSP				0,129	[0,120 ; 0,138]
Artisans, chefs d'entreprise, commerçants, agriculteurs	1	2,7	5,9		
Cadres	0	0	0		
Professions intermédiaires	2	4	11,8		
Employés	6	3,7	35,3		
Ouvriers	0	0	0		
Retraités	2	3,6	11,8		
Absence d'activité professionnelle	4	5,7	23,5		
Etudiants	2	14,3	11,8		
MT déclaré				0,349	
Oui	15	5,6	88,2		
Non	2	3,2	11,8		
Touriste				0,678	
Oui	2	4,1	11,8		
Non	15	3,3	88,2		
Véhiculé				0,036	
Oui	12	2,7	70,6		
Non	5	8,6	29,4		
Compréhension				1	
Complète	16	3,5	94,1		
Incomplète	1	2,3	5,9		
Pas en accord	28				
Période d'appel				0,857	[0,848 ; 0,866]
Semaine 18h-8h	13	6,3	46,4		
WE et JF 8h-18h	8	5,1	28,6		
WE et JF 18h-8h	7	5,1	25		
Origine de l'appel				0,019	[0,016 ; 0,023]
Lui-même	12	7,1	42,9		
Enfant	5	2,3	17,9		
"Proche"	11	9,2	39,3		
En lien avec COVID				0,155	
Oui	1	1,5	96,4		
Non	27	6,2	3,6		

	Nombre	% dans la catégorie	% dans les motifs d'inobservance	p	IC 99%
Durée de l'appel				0,433	[0,421 ; 0,446]
1-5 min	8	4,6	34,8		
6-10 min	13	6,1	56,5		
> 10 min	2	2,4	8,7		
Nombre de conseil				0,503	
1 conseil	27	6	96,4		
2 conseils	1	2,1	3,6		
Conseil donné					
Prise de médicament	1	2,1	3,6	0,501	
Conseil médical	14	6,6	50	0,433	
Consulter aux urgences	4	4,3	14,3	0,628	
Consulter le médecin de garde	8	5,9	28,6	1	
Réévaluation par le médecin traitant	2	3,3	7,1	0,559	
Attente en appelant le 15					
Conseil médical	16	4,6	57,1	0,204	
Lieu de consultation	6	3,9	21,4	0,398	
Envoi d'un médecin à domicile	4	19	14,3	0,024	
Demande de transport	3	17,6	10,7	0,063	
Satisfaction				0	[0 ; 0]
Satisfait	12	2,8	42,9		
Moyennement satisfait	6	12,8	21,4		
Pas satisfait	10	41,7	35,7		
Sexe				0,68	
F	18	5,3	64,3		
H	10	6,2	35,7		
Âge				0,043	[0,038 ; 0,048]
18-25 ans	5	13,9	17,9		
26-35 ans	4	2,8	14,3		
36-45 ans	6	3,8	21,4		
46-55 ans	4	5,6	14,3		
56-65 ans	5	11,1	17,9		
66-75 ans	3	11,5	10,7		
> 75 ans	1	4,3	3,6		

	Nombre	% dans la catégorie	% dans les motifs d'inobservance	p	IC 99%
CSP					
Artisans, chefs d'entreprise, commerçants, agriculteurs	0	0	0		
Cadres	5	5,7	17,9		
Professions intermédiaires	5	10	17,9		
Employés	9	5,5	32,1		
Ouvriers	0	0	0		
Retraités	5	8,9	17,9		
Absence d'activité professionnelle	1	1,4	3,6		
Etudiants	3	21,4	10,7		
MT déclaré				0,133	
Oui	24	5,2	85,7		
Non	4	11,1	14,3		
Touriste				0,34	
Oui	4	8,2	14,3		
Non	24	5,3	85,7		
Véhiculé				0,232	
Oui	27	6,1	96,4		
Non	1	1,7	3,6		
Compréhension				0,081	
Complète	23	5	82,1		
Incomplète	5	11,6	17,9		
Anxiété	11				
Période d'appel				0,018	[0,015 ; 0,021]
Semaine 18h-8h	5	2,4	45,5		
WE et JF 8h-18h	0	0	0		
WE et JF 18h-8h	6	4,3	54,5		
Origine de l'appel				0,236	[0,225 ; 0,247]
Lui-même	5	3	45,5		
Enfant	2	0,9	18,2		
"Proche"	4	3,4	36,4		
En lien avec COVID				1	
Oui	1	1,5	9,1		
Non	10	2,3	90,9		
Durée de l'appel				0,046	[0,041 ; 0,052]
1-5 min	1	0,6	11,1		
6-10 min	8	3,8	88,9		
> 10 min	0	0	0		
Nombre de conseil				0,285	
1 conseil	9	2	81,8		
2 conseils	2	4,2	18,2		

	Nombre	% dans la catégorie	% dans les motifs d'inobservance	p	IC 99%
Conseil donné					
Prise de médicament	0	0	0	0,611	
Conseil médical	8	3,8	72,7	0,06	
Consulter aux urgences	3	3,2	27,3	0,44	
Consulter le médecin de garde	0	0	0	0,041	
Réévaluation par le médecin traitant	2	3,3	18,2	0,629	
Attente en appelant le 15					
Conseil médical	6	1,7	54,5	0,326	
Lieu de consultation	2	1,3	18,2	0,517	
Envoi d'un médecin à domicile	2	9,5	18,2	0,073	
Demande de transport	1	5,9	9,1	0,319	
Satisfaction				0,024	[0,020 ; 0,028]
Satisfait	8	1,9	72,7		
Moyennement satisfait	0	0	0		
Pas satisfait	3	12,5	27,3		
Sexe				0,343	
F	6	1,8	54,5		
H	5	3,1	45,5		
Âge				0,137	[0,128 ; 0,145]
18-25 ans	2	5,6	18,2		
26-35 ans	1	0,7	9,1		
36-45 ans	5	3,2	45,5		
46-55 ans	1	1,4	9,1		
56-65 ans	0	0	0		
66-75 ans	2	7,7	18,2		
> 75 ans	0	0	0		
CSP				0,099	[0,091 ; 0,107]
Artisans, chefs d'entreprise, commerçants, agriculteurs	0	0	0		
Cadres	1	1,1	9,1		
Professions intermédiaires	0	0	0		
Employés	3	1,8	27,3		
Ouvriers	1	4,3	9,1		
Retraités	1	1,8	9,1		
Absence d'activité professionnelle	3	4,3	27,3		
Etudiants	2	14,3	18,2		
MT déclaré				0,563	
Oui	10	2,2	90,9		
Non	1	2,8	9,1		

	Nombre	% dans la catégorie	% dans les motifs d'inobservance	p	IC 99%
Touriste				1	
Oui	1	2	9,1		
Non	10	2,2	90,9		
Véhiculé				0,37	
Oui	9	2	81,8		
Non	2	3,4	18,2		
Compréhension				0,242	
Complète	9	2	81,8		
Incomplète	2	4,7	18,2		
Modification de la situation	15				
Période d'appel				0,846	[0,836 ; 0,855]
Semaine 18h-8h	7	3,4	46,7		
WE et JF 8h-18h	5	3,2	33,3		
WE et JF 18h-8h	3	2,2	20		
Origine de l'appel				0,895	[0,887 ; 0,903]
Lui-même	6	3,6	40		
Enfant	6	2,8	40		
"Proche"	3	2,5	20		
En lien avec COVID				0,705	
Oui	1	1,5	6,7		
Non	14	3,2	93,3		
Durée de l'appel				0,78	[0,769 ; 0,791]
1-5 min	7	4	46,7		
6-10 min	6	2,8	40		
> 10 min	2	2,4	13,3		
Nombre de conseil				0,646	
1 conseil	13	2,9	86,7		
2 conseils	2	4,2	13,3		
Conseil donné					
Prise de médicament	5	10,6	33,3	0,009	
Conseil médical	6	2,8	40	1	
Consulter aux urgences	0	0	0	0,086	
Consulter le médecin de garde	4	2,9	26,7	1	
Réévaluation par le médecin traitant	2	3,3	13,3	0,698	
Attente en appelant le 15					
Conseil médical	11	3,2	73,3	1	
Lieu de consultation	3	2	20	0,57	
Envoi d'un médecin à domicile	0	0	0	1	
Demande de transport	1	5,9	6,7	0,409	

	Nombre	% dans la catégorie	% dans les motifs d'inobservance	p	IC 99%
Satisfaction				1	[1 ; 1]
Satisfait	14	3,3	93,3		
Moyennement satisfait	1	2,1	6,7		
Pas satisfait	0	0	0		
Sexe				0,783	
F	11	3,2	73,3		
H	4	2,5	26,7		
Âge				0,94	[0,934 ; 0,946]
18-25 ans	2	5,6	13,3		
26-35 ans	4	2,8	26,7		
36-45 ans	6	3,8	40		
46-55 ans	2	2,8	13,3		
56-65 ans	1	2,2	6,7		
66-75 ans	0	0	0		
> 75 ans	0	0	0		
CSP				0,149	[0,140 ; 0,159]
Artisans, chefs d'entreprise, commerçants, agriculteurs	2	5,4	13,3		
Cadres	0	0	0		
Professions intermédiaires	1	2	6,7		
Employés	8	4,9	53,3		
Ouvriers	0	0	0		
Retraités	0	0	0		
Absence d'activité professionnelle	4	5,7	26,7		
Etudiants	0	0	0		
MT déclaré				1	
Oui	14	3	93,3		
Non	1	2,8	6,7		
Touriste				0,173	
Oui	3	6,1	20		
Non	12	2,7	80		
Véhiculé				0,689	
Oui	13	2,9	86,7		
Non	2	3,4	13,3		
Compréhension				1	
Complète	14	2,3	93,3		
Incomplète	1	3	6,7		
Sentiment de disproportion	17				
Période d'appel				0,347	[0,335 ; 0,359]
Semaine 18h-8h	7	3,4	41,2		
WE et JF 8h-18h	3	1,9	17,6		
WE et JF 18h-8h	7	5,1	41,2		

	Nombre	% dans la catégorie	% dans les motifs d'inobservance	p	IC 99%
Origine de l'appel				0,908	[0,900 ; 0,915]
Lui-même	6	3,6	35,3		
Enfant	8	3,7	47,1		
"Proche"	3	2,5	17,6		
En lien avec COVID				0,713	
Oui	1	1,5	5,9		
Non	16	3,7	94,1		
Durée de l'appel				0,265	[0,253 ; 0,276]
1-5 min	3	1,7	18,8		
6-10 min	10	4,7	62,5		
> 10 min	3	3,6	18,8		
Nombre de conseil				0,217	
1 conseil	14	3,1	82,4		
2 conseils	3	6,3	17,6		
Conseil donné					
Prise de médicament	2	4,3	11,8	0,668	
Conseil médical	2	0,9	11,8	0,011	
Consulter aux urgences	7	7,4	41,2	0,025	
Consulter le médecin de garde	8	5,9	47,1	0,091	
Réévaluation par le médecin traitant	1	1,7	5,9	0,707	
Attente en appelant le 15					
Conseil médical	12	3,5	70,6	1	
Lieu de consultation	3	2	17,6	0,296	
Envoi d'un médecin à domicile	1	4,8	5,9	0,523	
Demande de transport	0	0	0	1	
Satisfaction				0,609	[0,596 ; 0,622]
Satisfait	14	3,3	82,4		
Moyennement satisfait	2	4,3	11,8		
Pas satisfait	1	4,2	5,9		
Sexe				0,6	
F	13	3,8	76,5		
H	4	2,5	23,5		
Âge				0,253	[0,242 ; 0,264]
18-25 ans	4	8,3	17,6		
26-35 ans	6	4,2	35,3		
36-45 ans	3	1,9	17,6		
46-55 ans	4	5,6	23,5		
56-65 ans	0	0	0		
66-75 ans	1	3,8	5,9		
> 75 ans	0	0	0		

	Nombre	% dans la catégorie	% dans les motifs d'inobservance	p	IC 99%
CSP				0,496	[0,483 ; 0,509]
Artisans, chefs d'entreprise, commerçants, agriculteurs	2	5,4	11,8		
Cadres	1	1,1	5,9		
Professions intermédiaires	1	2	5,9		
Employés	9	5,5	52,9		
Ouvriers	0	0	0		
Retraités	1	1,8	5,9		
Absence d'activité professionnelle	2	2,9	11,8		
Etudiants	1	7,1	5,9		
MT déclaré				0,115	
Oui	14	3	82,4		
Non	3	8,3	17,6		
Touriste				0,226	
Oui	2	6,1	17,6		
Non	14	3,1	82,4		
Véhiculé				0,122	
Oui	13	2,9	76,5		
Non	4	6,9	23,5		
Compréhension				0,172	
Complète	14	3,1	82,4		
Incomplète	3	7	17,6		

THÈSE SOUTENUE PAR : Aurore CAPPUCCI et Claire GUSTIN

TITRE : EVALUATION DE L'OBSERVANCE DE L'APPELANT AUX CONSEILS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES RÉGULATEURS DU CENTRE 15 DE HAUTE-SAVOIE AUX HORAIRES DE LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRES

CONCLUSION :

La régulation du centre 15 joue un rôle important dans la prise en charge des patients aux horaires de la permanence de soins ambulatoires (PDSA). L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'observance des usagers aux conseils du médecin généraliste régulateur du centre 15 de Haute-Savoie aux horaires de la PDSA. Nos objectifs secondaires étaient d'isoler les facteurs modifiant l'observance, d'étudier les motifs de non-observance, et d'évaluer la satisfaction des appelants ainsi que les motifs d'insatisfaction.

Il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique rétrospective. Un questionnaire téléphonique a été soumis aux appelants du centre 15 de Haute-Savoie ayant reçu un conseil du médecin régulateur libéral. Nous avons ensuite consulté le dossier médical du CRRA pour vérifier les consignes du médecin régulateur.

Parmi les 501 patients inclus, l'observance réelle est à 77.6 %, l'observance ressentie est 84.2 %. Des facteurs modifiant l'observance ont été isolés : la satisfaction de l'appelant multiplie par neuf l'observance ; la catégorie socio-professionnelle (les ouvriers et les cadres étaient les plus observants, les étudiants et sans-emplois l'étaient moins) ; le nombre de conseils donnés (les appelants étaient moins observants lorsqu'il y a plus d'un conseil donné). Les raisons d'inobservance principales étaient le désaccord de l'appelant avec la prise en charge proposée et l'impossibilité de réaliser la consigne. 95.2 % des appelants s'estimaient satisfaits ou moyennement satisfaits. Les principaux motifs d'insatisfaction étaient : l'appelant n'a pas obtenu ce qu'il attendait ; ne s'est pas senti écouté ou a trouvé la communication avec le régulateur difficile.

L'observance réelle calculée était supérieure à celle trouvée dans les études précédentes dans d'autres départements. L'importance des qualités relationnelles du régulateur ont été mises en évidence par plusieurs études, notamment l'écoute et l'accueil agréable. Il est préférable de se limiter à un seul conseil si possible, de rester vigilant aux attentes des appelants et de rechercher leur adhésion à la prise en charge.

Ce travail montre une bonne observance et une très bonne satisfaction des appelants du centre 15 de Haute-Savoie sont les principaux résultats de ce travail. Pour limiter au maximum l'insatisfaction de l'appelant et ainsi l'inobservance, les qualités de communication sont essentielles.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le :

15.10.21
LE DOYEN

Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr. Patrick IMBERT

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ **Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

”

EVALUATION DE L'OBSERVANCE DE L'APPELANT AUX CONSEILS DES MEDECINS GENERALISTES REGULATEURS DU CENTRE 15 DE HAUTE-SAVOIE AUX HORAIRES DE LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRES

RÉSUMÉ :

Introduction : Le centre de régulation du 15 joue un rôle important dans la prise en charge des patients aux horaires de la PDSA. L'objectif principal est d'évaluer l'observance des usagers aux conseils du médecin généraliste régulateur du centre 15 de Haute-Savoie aux horaires de la PDSA. Les objectifs secondaires sont d'isoler les facteurs modifiant l'observance, d'étudier les motifs de non-observance, et d'évaluer la satisfaction des appelants et les motifs d'insatisfaction.

Matériel et méthode : Etude observationnelle monocentrique rétrospective. Un questionnaire téléphonique est soumis aux appelants au centre 15 de Haute-Savoie ayant reçu un conseil du médecin régulateur libéral. Le dossier médical du CRRA est ensuite consulté pour vérifier les consignes du médecin régulateur.

Résultats : Parmi les 501 patients inclus, l'observance réelle est à 77.6%, l'observance ressentie est 84.2%. Les facteurs modifiant l'observance sont : la satisfaction de l'appelant qui multiplie par 9 l'observance ; la catégorie socio-professionnelle (les ouvriers et les cadres étaient les plus observants, les étudiants et sans-emplois l'étaient moins) ; le nombre de conseil donnés (les appelants étaient moins observants lorsqu'il y a plus d'un conseil donné). Les raisons d'inobservances majoritaires sont le désaccord de l'appelant avec la prise en charge proposée et l'impossibilité de réaliser la consigne. 95.2% des appelants s'estimaient satisfaits ou moyennement satisfaits. Les principaux motifs d'insatisfaction sont : l'appelant n'ayant pas obtenu ce qu'il attendait ; ne s'étant pas senti écouté ou ayant trouvé la communication avec le régulateur difficile.

Discussion : L'observance réelle est supérieure à celle trouvée dans les études précédentes sur d'autres départements. L'importance des qualités relationnelles du régulateur ont été mises en évidence par plusieurs études, notamment l'écoute et l'accueil agréable. Il est préférable de se limiter à un seul conseil si possible ainsi de rester vigilant aux attentes des appelants et de rechercher leur adhésion à la prise en charge.

Conclusion : L'observance et la satisfaction des appelants en Haute-Savoie sont très bonnes. Pour limiter au maximum l'insatisfaction de l'appelant et ainsi l'inobservance, les qualités de communication sont essentielles.

MOTS CLÉS : Observance, adhésion, régulation médicale, centre 15, SAMU, permanence de soins ambulatoires

FILIÈRE : Médecine générale