

Année 2016

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VIGIER Anne
Née le 17/02/1986 au Chesnay

Présentée et soutenue publiquement le : 7 Juin 2016

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.

Président de thèse : **Professeur** AUBIN AUGER Isabelle

Directeur de thèse : **Docteur** KHALID Mohamed

DES de Médecine Générale

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VIGIER Anne
Née le 17/02/1986 au Chesnay

Présentée et soutenue publiquement le : 7 Juin 2016

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.

Président de thèse : **Professeur** AUBIN AUGER Isabelle

Directeur de thèse : **Docteur** KHALID Mohamed

DES de Médecine Générale

Remerciements

A Madame le Professeur Isabelle AUBIN AUGER, merci de m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse.

A Messieurs les Jurys, merci d'avoir accepté de juger mon travail.

A Monsieur le Docteur Mohamed KHALID, merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, de m'avoir soutenue et guidée tout au long de ce travail. Je te remercie pour tes conseils et ton perfectionnisme, avec le sourire, même en lendemain de garde.

A Thomas PERENNOU, je te remercie pour ton aide tout au long de mon recueil de données et de ta gentillesse. A Julien VAUX, un grand merci pour ton regard critique sur mes statistiques.

A tout le personnel du SAMU94, aux ARM et médecins généralistes de la PDSA pour leur travail si difficile et si précieux, et à tous mes collègues IADE, médecins et tous les autres, c'est un réel plaisir de travailler à vos côtés.

A tout mes collègues aides soignants, infirmiers et médecins des urgences de Massy, merci pour ces jours et ces nuits à tenter de soigner ensemble dans la bonne humeur.

A mes parents, ma sœur et mon frère, merci d'être toujours là dans les bons moments comme dans les mauvais, je sais que je pourrai toujours trouver refuge auprès de vous. Merci à ma marraine pour son oreille attentive.

A ma belle famille, merci de m'avoir si joliment accueillie parmi vous.

A Scarlett, merci pour chaque instant auprès de toi, à toutes ces étapes partagées, le Pérou, la coloc, la thèse et bientôt nos mariages, j'ai hâte de continuer mon chemin à tes côtés.

A Audrey, merci pour ton écoute, de la primaire à la médecine et de Rueil à Reims, notre amitié est faite pour durer.

A Florie, merci de m'avoir faite grandir, de ta franchise, de ton sens de l'humour déroutant, loin des yeux mais près du cœur.

A mes copines Sarah, Magda, Isa, Aurore avec vous les soirées filles prennent un tout autre sens, merci d'être si drôles et bienveillantes, à Stéphanie que j'aimerais toujours avoir en voyage avec moi, à Nanou pour notre amitié qui traverse les âges.

Aux copains de Bichat et aux plus one, Fabien, Eric, Jérôme, Anne-So, PA, MC, Manu, Cyrille, Camille, Alex, Mélanie, Folki, Mimi, Nico, Noé, Clara, Mélanie, Charlie, Sylvain, Etienne, Suela, Jean-Seb, Wlad, au ski, à Fouras, à Montpellier, en Tunisie ou tout simplement à Paris, avec vous le mot apéro prend tout son sens. A mon frangin Doudou et ma fillotte Emilie.

Aux Fadass, Adrien, Alban, Christophe, Samy, Fifi, Fabien, Koré merci de m'avoir un jour ouvert les bras et de ne jamais les avoir refermés, à Léa, Ellie, Morgy, Edith, Anne-Lise, Florence, Elsa et Matthieu pour être devenu indispensables et rendre nos fêtes encore plus belles.

A mon amour, je sais que tu trouves ces remerciements ringards, mais je t'aime.

Glossaire

ADELI : Automatisation DEs LIstes

AMU : Aide Médicale Urgente

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ARPS94 : l'Association départementale des médecins pour le regroupement de la Régulation médicale et de la Permanence des Soins ambulatoires dans le département du Val de Marne

ARS : Agence Régionale de Santé

BSPP : Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris

CAMU : Capacité de Médecine d'Urgence

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CRRAxX : Centre de Réception et de Régulation des Appels du département xx

DESC : Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DRM : Dossier de Régulation Médicale

EI : Ecart Interquartile

HAS : Haute Autorité de Santé

IC95% : Intervalle de Confiance à 95%

IDF : Ile-de-France

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Loi HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

MeaH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

MG : Médecin Généraliste

MMG : Maisons Médicales de Gardes

MT : Médecin Traitant

NHS : National Health Service

OR : Odds Ratio

PDS : Permanence De Soins

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires

QS : Qualité de Service

SAMI : Services d'Accueil Médical Initial

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SCM : Société Civile de Moyens

SFAR : Société Française d'Anesthésie Réanimation

SFMU : Société Française de Médecine Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

VSL : Véhicules de Secours Légers

Sommaire

I. Introduction	8
A. Histoire et législation de la PDSA en FRANCE.....	10
B. Organisation de la PDSA et de la régulation médicale en Ile de France	13
1. Description de la PDSA.....	13
2. Description de la régulation médicale	14
3. Articulation de la régulation médicale et de la PDSA.....	20
C. Démographie française et offre de soins	21
1. Densité de population et âge des franciliens	21
2. Densité de médecins en Ile de France	22
3. Variation des effectifs de médecins généralistes	23
D. Démographie et offre de soins dans le 94	24
1. Description du Val de Marne 94	24
2. PDSA 94.....	25
3. Bilan d'activité du CRRA 94-Centre 15	29
E. Evaluation de la régulation médicale : recommandations et études.....	31
1. Recommandations en France.....	31
2. Les études en FRANCE et à l'étranger	33
II. Matériel et Méthode	37
A. Lieu de l'étude.....	37
B. Population.....	37
1. Définition.....	37
2. Critère d'inclusion.....	37
3. Critères d'exclusion.....	38
4. Taille de l'échantillon.....	39

5. Méthode d'échantillonnage	40
C. Déroulement de l'étude	42
1. Première partie	42
2. Deuxième partie	44
3. Collecte de données	44
4. Critère de jugement principal	45
5. Critères de jugements secondaires.....	45
D. Analyse statistique.....	47
III. Résultats	48
A. Inclusion	48
1. Population exclue.....	48
2. Population sélectionnée	49
3. Patients inclus	50
B. Description de la population	51
C. L'observance des patients.....	53
1. L'observance réelle	53
2. L'observance déclarée.....	54
3. Les raisons de la non observance des patients.....	55
D. Les Facteurs influençant l'observance	56
1. L'observance et les données du patient et de l'appelant.....	56
2. L'observance et les données de l'appel	59
3. L'observance et le motif d'appel	60
4. L'observance et l'orientation proposée par le médecin régulateur	63
5. L'observance et la satisfaction de l'appelant	65
6. L'observance et la qualité de l'entretien lors de la réécoute	67

E. Comparaison entre l'orientation proposée au patient et son attitude effective à la suite de l'appel.....	69
F. Consultation après l'appel	71
G. Hospitalisation après l'appel.....	74
H. Modification du parcours de soins.....	76
I. Evaluation de la compréhension des appelants.....	78
IV. Discussion.....	80
A. Extrapolabilité	80
1. <i>Lieu de l'étude</i>	80
2. <i>Période de l'étude</i>	81
3. <i>Population étudiée</i>	81
4. <i>Population sélectionnée</i>	82
5. <i>Population incluse</i>	82
B. Observance.....	84
1. <i>Observance mesurée</i>	84
2. <i>Observance déclarée, raison de non observance</i>	85
C. Facteurs influençant l'observance	86
1. <i>Données du patient et de l'appelant</i>	86
2. <i>Données de l'appel</i>	87
3. <i>Motifs d'appel</i>	88
4. <i>L'orientation proposée : la consultation</i>	89
5. <i>L'orientation proposée : le conseil</i>	91
6. <i>La satisfaction des appelants</i>	92
7. <i>Qualité de l'entretien lors de la réécoute</i>	92
D. L'orientation des patients, leur attitude et la recherche de complications	94

1. Comparaison entre l'orientation en consultation et l'attitude des patients.....	94
2. Consultation après l'appel et proposition faite lors de cette consultation	94
3. Seconde consultation	96
4. Hospitalisation après l'appel	96
E. La modification du parcours de soins : comparaison de l'intention et de l'attitude effective des patients	99
F. Compréhension des recommandations par les appelants	101
V. Conclusion.....	103
VI. Annexe : Cahier d'observations.....	106
VII. Bibliographie	120

I. Introduction

La permanence de soins ambulatoires (PDSA) est un enjeu majeur de santé publique. Elle consiste en la possibilité pour tout patient de pouvoir obtenir une réponse d'un médecin à un problème de santé ne relevant pas de l'urgence immédiate lorsque les cabinets médicaux sont fermés. Son organisation a pour but de permettre une meilleure adéquation entre la demande de soins des patients et les ressources disponibles en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux.

Un des pivots de cette adéquation est l'existence d'une régulation préalable à toute consultation dans le cadre de la PDSA. Ce concept est introduit par le rapport de la commission DESCOURS (1) et confirmé par différentes lois et décrets ultérieurs.

Cette régulation médicale, organisée au sein des CRRA-Centres 15 ou au minimum interconnectée avec le 15, est réalisée par des médecins généralistes aux horaires de la PDSA. Ces derniers répondent ainsi aux appels ne relevant pas de l'aide médicale urgente et conseillent et/ou orientent les patients vers les différents acteurs de santé disponibles.

Une organisation optimale de la PDSA a un double enjeu : assurer une équité d'accès aux soins à tous sur le territoire et ainsi, permettre d'orienter de manière adéquate les patients vers les différents effecteurs disponibles de la permanence de soins, lorsque l'accès au médecin traitant est impossible.

On comprend donc bien le rôle primordial de la régulation médicale dans le dispositif de permanence de soins ambulatoires.

L'évaluation de la pratique de la régulation médicale recommandée par l'HAS (2) et d'autres organismes repose sur différents indicateurs, tels que le temps de réponse du centre de régulation médicale ou le nombre de rappels imprévus au centre de régulation médicale dans les 24 h suivant leur premier appel. Aucun d'eux ne porte sur l'observance des patients.

Cependant, l'évaluation de l'observance des patients permettrait de trouver des moyens d'améliorer leur prise en charge lors de leur appel au Centre 15.

L'objectif principal de notre étude était ainsi d'évaluer l'observance des recommandations téléphoniques données par les médecins généralistes du CCRA94 lors de la PDSA.

Les Objectifs secondaires étaient multiples :

- D'une part, la recherche des facteurs influençant l'observance des recommandations ; et
- D'autre part, la réalisation d'une évaluation globale de la régulation des appels au CRRA94 à travers les caractéristiques des patients et des appels, l'évaluation de l'attitude des patients en fonction de l'orientation proposée, la recherche de la survenue d'effets indésirables, la modification éventuelle du parcours de soins par l'appel au Centre 15 et enfin l'appréciation de la compréhension de l'orientation par les appelants.

A. Histoire et législation de la PDSA en FRANCE.

Avant 2003, la Permanence De Soins (PDS) était organisée de manière très disparate sur les territoires. Celle-ci n'avait aucun cadre légal et était planifiée par la profession médicale.

En effet, les soins ambulatoires en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux relevaient principalement de la responsabilité déontologique de chaque médecin généraliste. Ceux-ci avaient d'après le code de déontologie médicale le « *devoir (...) de participer aux services de garde de jour et de nuit* » (3).

Parallèlement, plusieurs structures participant à cette permanence de soins avaient déjà été créées :

- D'une part, les SAMU/SMUR et leur numéro d'appel unique départemental, le 15, permettaient d'ores et déjà la prise en charge et l'orientation de patients ne relevant pas de l'Aide Médicale Urgente (AMU).
- D'autre part, des organismes de médecins libéraux tel que SOS médecins assuraient des visites aux domiciles des patients aux horaires de fermeture des cabinets médicaux.
- Enfin, dans certains départements, dont le VAL DE MARNE (94), des médecins généralistes avaient créé des Maisons Médicales de Garde (MMG) pour tenter d'organiser la prise en charge des patients pendant la PDS.

En novembre 2001, suite à une grève illimitée des gardes des médecins libéraux dans un contexte d'augmentation de leur charge de travail, une réorganisation complète de la permanence de soins ambulatoires a été progressivement mise en place.

Ainsi le 22 janvier 2003, une réforme menée par le Sénateur DESCOURS (1) va définir la PDSA comme « *une organisation mise en place par les professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmées exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant* ».

Le décret du 15 septembre 2003 et l'arrêté ministériel du 12 décembre 2003 fixent les modalités d'organisation de la permanence des soins :

- Ils définissent les horaires de la PDSA.
- Ils divisent les départements en plusieurs secteurs, permettant d'adapter les moyens de la PDSA aux données démographiques.
- Et enfin, ils instaurent le principe suivant : l'accès au médecin de la permanence de soins doit faire l'objet d'une régulation préalable organisée par le service médical d'urgence.

En 2006, la loi de financement de la sécurité sociale (4) a défini la PDSA comme une mission de service public, et à ce titre, les médecins y participants bénéficient de la protection de l'Etat, pour les éventuels dommages subis ou causés, quelque soit leur statut.

En 2007, le rapport du Docteur GRALL (5), Conseiller Général des établissements de santé, réaffirme la nécessité d'un centre de réception des appels unique basé au SAMU-Centre 15, pivot d'une régulation médicale avant toute consultation dans le cadre de la PDSA. Il réaffirme par ailleurs le rapport relatif aux MMG (Juillet 2006) qui démontrait la pertinence de ces structures dans le cadre de la PDS et dont les préconisations ont été reprises par une circulaire spécifique en 2007 (6).

La mise en place des ARS et la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2010 (7) modifient la législation et l'organisation de l'AMU et de la PDSA :

- La loi HPST transfère ainsi à l'ARS l'organisation de la PDSA avec la rédaction de cahiers des charges régionaux.
- Elle définit les CRRA-Centre 15 (Centre de Réception et de Régulation des Appels) en les installant au sein des SAMU où peuvent exercer, conjointement aux côtés des médecins hospitaliers, des médecins libéraux. Ces derniers sont couverts par le régime de la responsabilité administrative qui s'applique aux agents de la fonction publique.
- De plus, elle instaure le 15 comme numéro téléphonique national d'accès à la régulation téléphonique des activités de PDSA et de l'AMU. Les plates-formes d'appels des associations de permanence de soins sont interconnectées avec ce numéro national.

La loi n° 2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, a instauré la mise en place d'un numéro national de permanence des soins, distinct du 15. Le directeur général de l'ARS déterminera pour chaque région lequel des deux numéros sera utilisé pour la PDSA. Les modalités de cette mise en place ne sont pas encore connues à ce jour.

B. Organisation de la PDSA et de la régulation médicale en Ile de France

La loi HPST a notamment confié au Directeur Général de l'ARS trois missions relatives à la PDSA :

- Le pilotage du dispositif de cette permanence ;
- La partie forfaitaire de son financement ; et
- La définition des territoires de permanence des soins ambulatoires.

En Janvier 2015, le nouveau Cahier des charges d'Ile de France « *formalise les principes généraux sur lesquels se fonde l'organisation du dispositif de PDSA en Ile-de-France, ainsi que les déclinaisons opérationnelles pour chacun des huit départements* » (8).

1. Description de la PDSA

La Permanence de Soins Ambulatoires permet la prise en charge ambulatoire des patients ayant une demande de soins non programmée aux horaires de fermetures des cabinets médicaux.

Ainsi, les horaires théoriques de la PDSA sont :

- De 20 heures à 8 heures tous les jours ;
- De 8 heures à 20 heures le dimanche et les jours fériés ;
- De 12 heures à 20h le samedi, le lundi lorsqu'ils précèdent un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Les patients ont accès à plusieurs lieux de consultation sans régulation médicale préalable :

- A domicile ; des médecins libéraux (tels que SOS médecins), se rendent directement au chevet des patients.
- Au sein de différentes structures telles que la Maison Médicale de Garde, le cabinet médical, les pôles de santé et les centres de santé ; les patients peuvent consulter sans rendez-vous des médecins généralistes postés.
- Et, en dernier recours, dans un Service d'Accueil des Urgences (SAU), où les patients sont examinés par un médecin urgentiste et peuvent éventuellement subir des examens médicaux.

2. Description de la régulation médicale

Depuis 2003, toute consultation dans le cadre de la PDSA doit théoriquement être au préalable régulée par un centre de régulation médicale. Ce principe a été réaffirmé par la loi HPST en 2010 :

« La régulation téléphonique des activités de Permanence Des Soins et d'Aide Médicale Urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la Permanence Des Soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels » (9).

L' HAS a rédigé des recommandations en 2011 sur l'organisation de cette régulation médicale : « *La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin régulateur. Elle a pour but de déterminer et de déclencher dans les meilleurs délais la réponse médicale adaptée à chaque situation* » (2).

a) Les acteurs de la régulation médicale : L'ARM, le médecin urgentiste et le médecin généraliste

Les Assistants de Régulation Médicale (ARM) exercent aux côtés de médecins régulateurs urgentistes et de médecins régulateurs généralistes au sein des CRRA-Centre 15.

Chaque appel au Centre 15 est réceptionné initialement par un ARM. Ce dernier est un personnel de la fonction publique exerçant dans un SAMU. Son rôle est d'assister le médecin régulateur dans la prise en charge du patient.

Sa fiche métier définit ainsi son rôle (10) :

- Accueillir, localiser et orienter les appels téléphoniques dans un contexte d'urgence et de détresse ;
- Prioriser l'orientation vers le médecin régulateur du SAMU centre 15, dans le cadre d'un travail en binôme, en fonction du degré d'urgence évalué ; et
- Gérer les flux et les moyens définis par le médecin régulateur, en assurant la traçabilité jusqu'à la fin de la prise en charge du patient.

Les médecins régulateurs urgentistes présents 24H sur 24 au sein des CRRA94 prennent en charge prioritairement les appels relevant de l'Aide Médicale Urgente. Ils sont titulaires du DESC (Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire) de médecine d'urgence, ou de la CAMU (Capacité de Médecine d'Urgence), formation éventuellement complétée par le Diplôme Universitaire de régulation médicale.

Enfin, les médecins généralistes régulateurs présents aux horaires de la PDSA (et parfois en dehors de ces horaires) prennent en charge les appels relevant de la Permanence Des Soins. Ils reçoivent une formation initiale et continue au sein des structures de SAMU- Centre 15, car, comme l'indique si justement le rapport du député P. BOENNEC en 2008 : les étudiants en médecine générale « *n'acquièrent dans leur cursus aucune expérience de la garde ambulatoire, aucune notion de régulation téléphonique, et finalement la réalité de la médecine de premier recours se limite pour eux à de très brefs aperçus. (...) la permanence des soins et la régulation téléphonique proprement dite ne figurent pas dans la maquette de formation obligatoire de troisième cycle* » (11). Ce constat est toujours d'actualité.

b) *Prise en charge initiale de l'appel*

L'ARM est le premier maillon de la chaîne de la régulation médicale.

A chaque appel, il procède de manière méthodique et chronologique :

- Création d'un dossier de régulation pour chaque appel ;
- Evaluation de la gravité de l'état de santé, par un interrogatoire précis et concis ;
- Analyse du motif d'appel et de la demande de l'appelant, par des questions ouvertes, avec un vocabulaire adapté ; et
- Saisie d'un maximum de coordonnées permettant de localiser et d'identifier le demandeur.

A partir des informations recueillies, plusieurs possibilités s'offrent à l'ARM :

- Analyser et gérer lui même l'appel après validation du médecin régulateur ;
- Transférer l'appel à un effecteur après accord du médecin régulateur ; ou

- Orienter l'appel en fonction de l'urgence, soit vers un médecin régulateur urgentiste, soit vers un médecin régulateur généraliste dans le cadre de la PDSA.

La prise en charge est ainsi toujours validée par un médecin régulateur qui détermine avec l'aide de l'ARM le niveau de réponse le plus approprié. Cependant, dans certaines situations engageant le pronostic vital immédiat, ils peuvent être amenés à déclencher promptement les moyens SMUR et premiers secours à leur disposition (« action réflexe »), cette démarche étant secondairement validée par le médecin régulateur.

Enfin, l'ARM peut être amenée en cas de nécessité, à guider les gestes de secourisme par téléphone en attendant les premiers secours.

c) Prise en charge de l'appel par le médecin régulateur

Pour chaque appel, le médecin régulateur, en fonction de l'anamnèse recueillie, jugera de la réponse la plus adaptée à donner au patient.

Si l'appel est transmis à un médecin urgentiste celui-ci pourra en priorité :

- Soit déclencher l'envoi d'un SMUR, s'il estime que l'état du patient nécessite l'intervention immédiate d'une équipe médicale mobile d'urgence et de réanimation ;
- Soit déclencher l'envoi d'un véhicule de prompts secours (pompiers) si l'état de santé du patient requiert la réalisation de gestes de secourisme en urgence ou la prise en charge d'une détresse vitale suspectée ou avérée ;
- Soit déclencher l'envoi d'une ambulance.

Si la régulation est confiée au médecin généraliste celui-ci pourra en priorité :

- Prodiguer un conseil sur la conduite à tenir, rassurer le patient, lui donner des consignes de surveillance, lui proposer d'aller consulter son médecin traitant aux heures ouvrables. Ce conseil, sans mise en œuvre de moyens, est proposé par le médecin régulateur lorsqu'une consultation médicale en urgence n'est, selon lui, pas requise, tout en rappelant au patient la nécessité de renouveler son appel en cas de besoin. L'ensemble de ces données est consigné dans le dossier médical.
- Lui prescrire oralement des médicaments présents dans sa pharmacie, adapter un traitement déjà en cours, ou éventuellement lui faxer une ordonnance. Cette télé-prescription doit être effectuée selon les recommandations HAS 2009 (12).
- L'adresser vers un médecin généraliste posté, s'il estime que le patient nécessite une consultation médicale sans délai, en l'absence de détresse vitale, et que ce dernier est en mesure de se déplacer. Les coordonnées du lieu de consultation doivent être indiquées au patient. L'ARM ou le médecin régulateur doivent s'assurer que celui-ci a les possibilités de s'y rendre.
- Lui envoyer un médecin généraliste de garde à domicile, si une consultation est nécessaire dans un délai court, en l'absence de détresse vitale et que le patient ne peut pas se déplacer ou que le régulateur juge inopportune toute mobilisation de ce dernier. Une fois le dossier transmis au médecin de garde effecteur, le centre de régulation s'assure du suivi de l'intervention si nécessaire.
- L'adresser au SAU par ses propres moyens, s'il pense que l'état de santé du patient requiert un cadre hospitalier pour une prise en charge adéquate, que

celui-ci ne présente pas de détresse vitale, et qu'il est en mesure de se déplacer. Lorsque le patient est adressé au service d'urgences de son secteur, le centre de régulation n'a pas pour obligation de prévenir le service receveur.

- L'adresser au SAU par le biais d'une ambulance, si son état de santé ne nécessite pas dans l'immédiat l'intervention d'un médecin au domicile, mais que son transport vers un milieu hospitalier doit s'effectuer sous surveillance et/ou en position allongée.

Le médecin urgentiste et le médecin généraliste ont également la possibilité d'orienter les patients vers les autres moyens disponibles s'ils le jugent nécessaire.

Dans tout les cas, le médecin régulateur (urgentiste ou généraliste) doit :

- Informer le patient de son état de santé, des hypothèses diagnostiques et des risques encourus ;
- Expliquer la réponse qu'il propose au patient, les conditions de sa prise en charge et le délai de la mise en œuvre lorsque cela est possible ;
- Vérifier la compréhension et l'adhésion du patient à sa décision ;
- A chaque appel, préciser au patient la possibilité de rappeler le centre 15 ou le médecin traitant en cas de persistance ou d'aggravation des symptômes.

d) Suivi de l'appel

Le suivi de l'appel est le plus souvent réalisé par les ARM, ces derniers connaissant à chaque instant la disponibilité, la position et la destination de chaque intervenant. Ils s'assurent de l'envoi aux patients des moyens recommandés par les médecins régulateurs et de leur devenir.

Lorsqu'un SMUR ou une équipe de prompts secours sont envoyés, les ARM récupèrent le bilan initial et le transfert au médecin régulateur, si nécessaire.

En cas de conseil médical seul, le suivi du patient est organisé selon des modalités définies et mentionnées par le médecin régulateur dans le dossier médical. Si un suivi médical n'est pas jugé nécessaire, le médecin le précise de façon explicite.

D'autres recommandations (11,13) proposent quant à elles un rappel systématique des patients en cas de conseil médical seul.

3. Articulation de la régulation médicale et de la PDSA

Le principe général de la continuité des soins est donc d'assurer à l'ensemble des citoyens un accès aux soins sur l'ensemble des 24 heures, par l'intermédiaire de l'Aide AMU ou de la PDS, la régulation médicale orientant vers l'un ou l'autre de ces axes.

La PDSA est ainsi organisée sur le territoire :

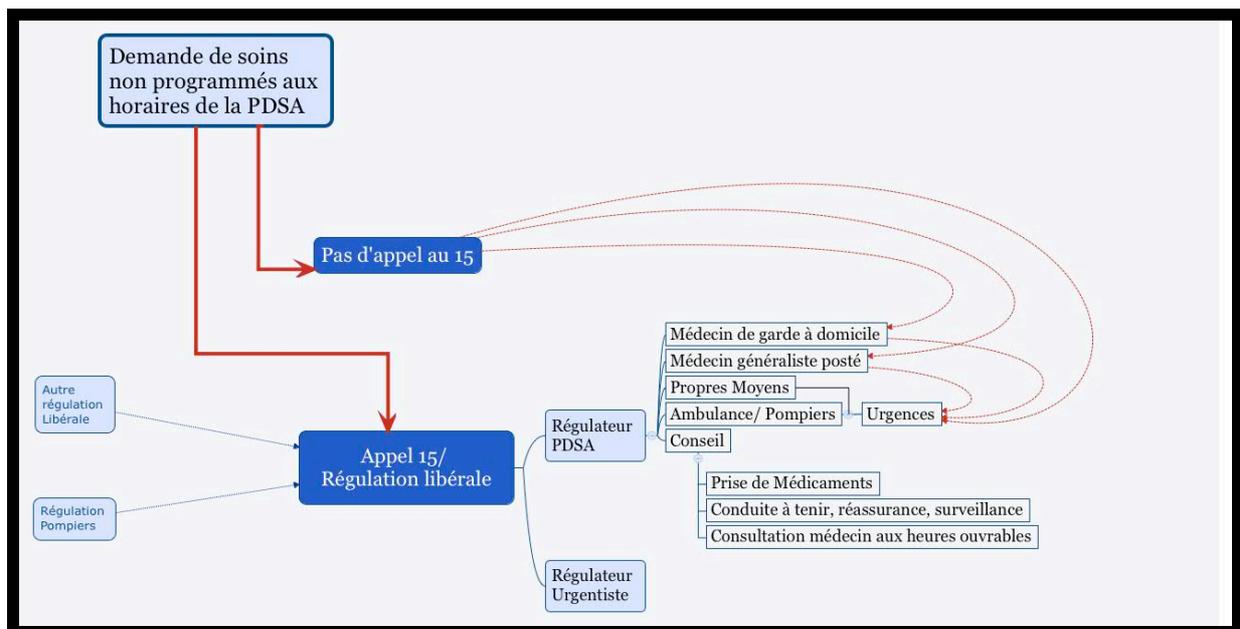


Figure 1 : Organisation de la PDSA et de la régulation médicale

C. Démographie française et offre de soins

1. Densité de population et âge des franciliens

En 2014, le recensement de la population en FRANCE métropolitaine estime à 65,8 millions le nombre d'habitants, dont 18,2% en ILE DE FRANCE (IDF) soit un total de 12 millions de franciliens.

L'IDF est ainsi la région la plus densément peuplée (Figure 2) et sa population s'accroît en moyenne de 0,7% par an depuis 1999. Les franciliens sont jeunes, en effet la proportion des moins de 20 ans en IDF est de 25,9% (24,6% en FRANCE), et la proportion des plus de 60 ans est de 18,9% (24,2% en FRANCE) (14).

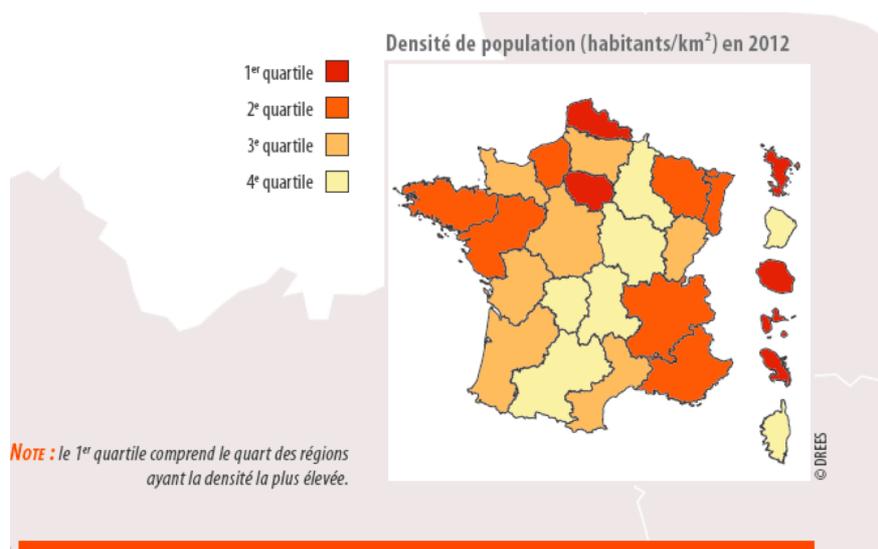


Figure 2 Densité de population (habitants/km²) en 2012, issue du recueil d'indicateurs régionaux 2014- offre de soins et état de santé (source INSEE) (15)

2. Densité de médecins en Ile de France

La densité de médecins généralistes (libéraux, salariés ou mixtes) est inférieure à la moyenne nationale en IDF avec, en 2015, 130 médecins pour 100.000 habitants (133,5 en FRANCE métropolitaine). Cependant la densité de médecins spécialistes et de chirurgiens dentistes y est supérieure à la moyenne (Figure 3).

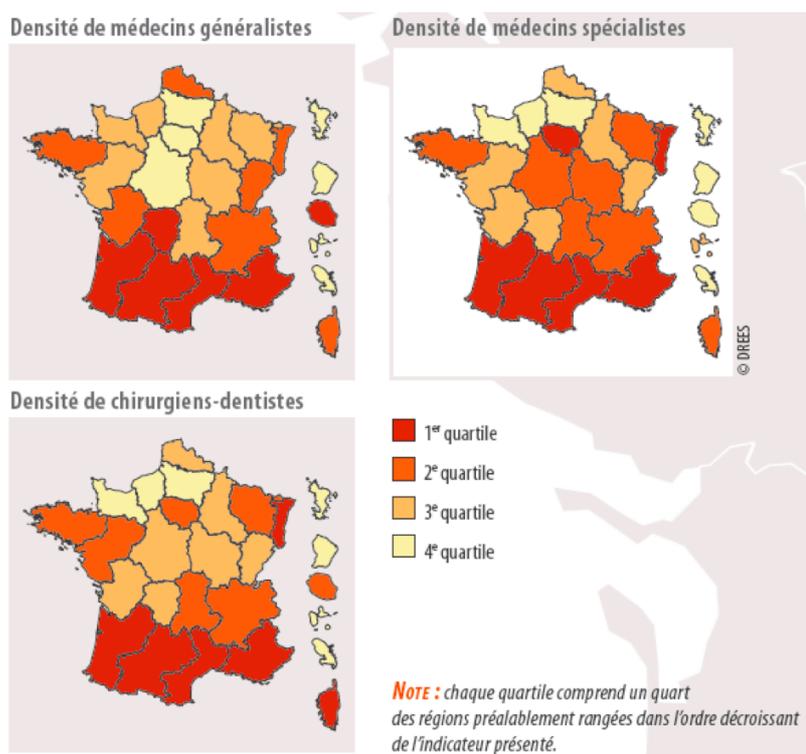


Figure 3 Densité de médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens dentistes libéraux ou mixtes pour 100.000 habitants en 2013, issue du recueil d'indicateurs régionaux 2014-offre de soins et états de santé (source DRESS-ADELI, INSEE) (14)

Variation des effectifs de médecins généralistes

L'effectif de médecins généralistes diminue de manière plus marquée en IDF par rapport au reste de la FRANCE métropolitaine, avec une baisse de 17,1% ces 8 dernières années (Figure 4).

Graphique n°102: Variation régionale des effectifs des médecins généralistes lib/mixtes – Période 2007-2015

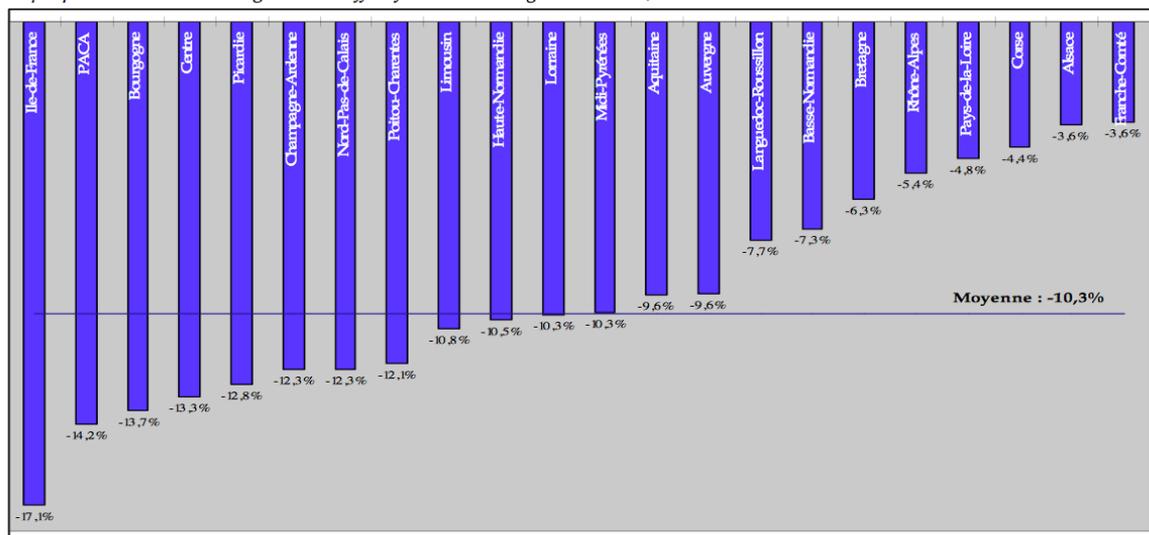


Figure 4 Variation des effectifs de médecins généralistes par région entre 2007 et 2015, issue des Atlas régionaux de la démographie médicale de 2015, réalisés par le Conseil de l'Ordre des Médecins (16)

Cette diminution de la densité de médecins généralistes, explique aisément la nécessité d'organiser de manière optimale la PDSA afin de répondre au mieux à la demande de soins des franciliens, ces derniers se retrouvant fréquemment dans l'impossibilité de consulter leur médecin généraliste aux heures ouvrables. En effet, dans une étude réalisée en 2008 par l'Ipsos en IDF, 56% des patients interrogés déclaraient pouvoir obtenir un rendez vous avec leur généraliste dans la journée, et en cas d'urgence, seuls 52% des patients avaient été examinés par leur médecin traitant (17).

D. Démographie et offre de soins dans le 94

1. Description du VAL DE MARNE 94

Le département du VAL DE MARNE a une superficie de 245 km², soit 2% de la superficie régionale. Il regroupait 1,357 millions d'habitants au 1^{er} Janvier 2014. Les moins de 20 ans représentent 25,9% de la population et ceux de plus de 60 ans 19% (14).

La densité de médecins généralistes y est inférieure à la moyenne nationale (et régionale), avec 116,5 médecins pour 100.000 habitants, soit 1.564 médecins sur le département (libéraux salariés ou ayant une activité mixte). Le nombre de médecins généralistes y est en forte baisse, avec une réduction des effectifs de 20,2 %. C'est la plus forte diminution en IDF après PARIS (16).

Sur le département, on retrouve 10 hôpitaux ayant une autorisation pour un Service d'Accueil des Urgences (SAU) adultes, dont 4 ayant également une autorisation pour un service d'urgences pédiatriques.

Le SAMU est localisé au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Henri MONDOR à Créteil. Il existe 2 sites autorisés pour le SMUR : le CHU Henri MONDOR et le Centre Hospitalier de VILLENEUVE SAINT GEORGES.

Le nombre d'entreprises de transport sanitaire est de 122, ce qui représente au niveau départemental 40 VSL (Véhicules de Secours Légers) et 317 ambulances.

Le 2^{ème} groupement d'incendie et de secours de la Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris (BSPP) assure la couverture du département avec 16 centres de secours sur le département.

Une ambulance de réanimation de la BSPP concourt à l'Aide Médicale Urgente, dans le cadre d'une convention BSPP-SAMU 94. Le centre opérationnel et la coordination médicale de la BSPP sont interconnectés avec le CRRA94-Centre 15 (18).

2. PDSA 94

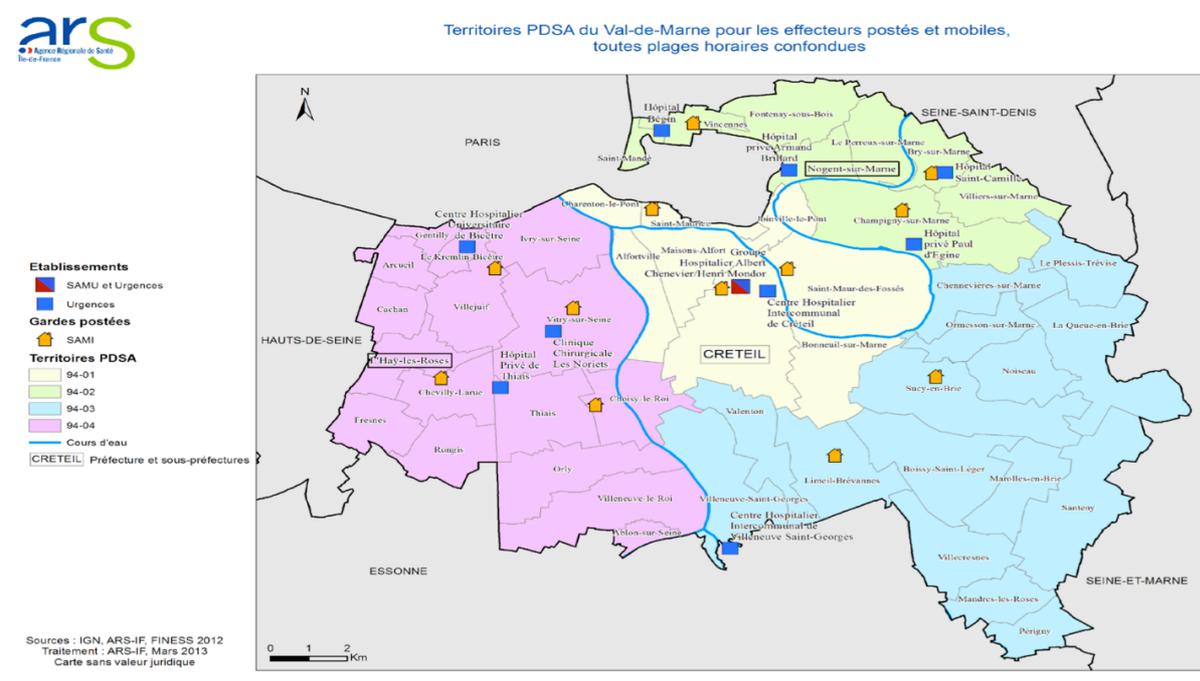


Figure 5 : Cartographie des territoires de permanence de soins du Val de Marne, issue du cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires d'Ile de France (18)

Il existe 4 territoires sur le département définissant un nombre d'effecteurs postés et d'effecteurs mobiles présents aux horaires de la PDSA (Figure 5).

a) Les médecins généralistes postés (19)

Depuis 2004, les médecins généralistes du VAL DE MARNE accueillent des patients dans le cadre de la PDSA au sein de Maisons Médicales de Gardes, nommées les

« SAMI », Services d'Accueil Médical Initial. Il existe 12 SAMI répartis sur le département, pour permettre un maillage territorial. Ces derniers sont ouverts tous les soirs de 20 heures à minuit, et les dimanches et jours fériés de 8h à 20h. Le samedi après midi ; 2 SAMI sont ouverts de 14 heures à 20 heures et 9 SAMI de 16 heures à 20 heures (Tableau 1).

L'accès aux SAMI ne fait actuellement pas l'objet d'une régulation médicale préalable obligatoire. Une partie des patients y accède de manière directe, compte tenu de l'ancienneté des structures au sein du département. Seuls 5 SAMI reçoivent des patients adressés directement par le SAU.

L'association des SAMI du VAL DE MARNE en organise la gestion, notamment en réalisant les tableaux de gardes des médecins. La participation à la PDSA est volontaire. Le nombre d'effecteurs y participant varie de 7 à 65 médecins par structure, avec une moyenne de 21 médecins installés par structure.

Au sein de la régulation du CRRA94-Centre 15, les ARM et les médecins disposent en permanence d'un tableau confirmant les horaires d'ouvertures des SAMI, le nombre et le nom des médecins présents et l'affluence de patients.

b) Les médecins de garde à domicile (18)

Deux organismes de médecins à domicile, prenant la forme de Sociétés Civiles de Moyens (SCM), MEDADOM et MEDIGARDE, assurent les visites à domicile dans le cadre de la PDSA depuis plusieurs années.

Quant à l'organisme SOS-médecin, il devrait prochainement, après signature d'une convention avec l'établissement siège du SAMU, pouvoir intervenir en tant qu'effecteur mobile dans le cadre de la PDSA.

Deux à huit médecins interviennent à domicile sur les horaires de la permanence de soins, de 20 heures à 8 heures toutes les nuits, le samedi de 12 heures à 20 heures et les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures (Tableau 1).

Chaque association possède sa propre régulation médicale, interconnectée avec le CRRA94-Centre 15. Les médecins de gardes peuvent être adressés aux chevets des patients, soit via la régulation du CRRA94-Centre 15, soit via la régulation des SCM.

La liste des médecins de garde est établie par chacun des organismes.

DEPARTEMENT DU VAL DE MARNE - EFFECTEURS MOBILES ET EFFECTEURS FIXES			
PLAGES HORAIRES	TERRITOIRES PDSA	Effecteurs fixes	Effecteurs mobiles*
Nuit du lundi au dimanche 20h-24h	4	12	8 (*)
Nuit du lundi au dimanche 0h-8h	4	0	4 (*)
Samedi 12h-20h	4	11	6 (*)
Dimanches, Jours fériés et ponts mobiles 8h-20h	4	12	6 (*)

(*) Répartition des territoires des effecteurs mobiles liée à l'intégration de SOS médecins Paris

Tableau 1 Synthèse de la répartition des effecteurs de la PDSA du Val de Marne, issu du cahier des charges de la Permanence Des Soins Ambulatoires d'Ile de France (18)

c) *La Régulation médicale*

Dans le VAL DE MARNE, la régulation médicale se trouve au niveau du CRRA94-Centre 15 du CHU Henri-MONDOR.

Les associations de médecins à domiciles y sont interconnectées. Le numéro d'accès au médecin de permanence est donc le 15.

La participation des médecins généralistes à la régulation médicale dans le cadre de la PDSA est assurée par l'Association départementale des médecins pour le regroupement de la Régulation médicale et de la Permanence des Soins ambulatoires dans le département du VAL DE MARNE (ARPS 94). Actuellement, 23 médecins généralistes, au statut de praticiens attachés, se relaient afin d'assurer la régulation à l'hôpital HENRI MONDOR.

Aux côtés de ces médecins généralistes, des médecins urgentistes ou réanimateurs prennent en charge la régulation médicale de l'AMU.

La régulation est commune entre médecins urgentistes et médecins généralistes. Aux horaires de la PDSA, cette régulation médicale est assurée par au moins un médecin urgentiste et deux médecins généralistes, présents sur place (Tableau 2).

Département du Val de Marne - 94 Schéma de régulation au CRRA-C15 Nombre de médecins régulateurs généralistes présents par plages horaires PDSA			
Période	Lundi au vendredi	Samedi	Dimanches, jours fériés et ponts mobiles
8 h-12h			3
12h-20h		2	
20h-24h	2		
24h-8h	2		

Tableau 2 : Nombre de médecins régulateurs généralistes présents aux horaires de la PDSA, issu du cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires d'Ile de France (18)

Pour chaque appel, l'ARM, en fonction des informations recueillies lors de son interrogatoire, transfère obligatoirement l'appel soit à un médecin urgentiste, soit à un médecin généraliste.

Sur le département du VAL DE MARNE, les médecins régulateurs ne pratiquent pas la prescription médicamenteuse téléphonique avec rédaction d'ordonnance.

En outre, deux médecins généralistes régulateurs sont présents au sein du CRRA94-Centre 15, et ce, même en dehors des horaires de la PDSA.

3. Bilan d'activité du CRRA 94-Centre 15

Le SAMU 94 a été créé en 1971. C'est le deuxième SAMU de FRANCE à avoir été créé. Il reçoit chaque jour entre 1500 et 1600 appels.

En 2014, 137634 Dossiers de Régulation Médicales (DRM) ont ainsi été créés, dont 74% régulés par des médecins généralistes (20).

Orientation proposée	Nombre	%
Conseil médical	30898	22,4
Consultation SAU	12820	9,3
Consultation SAMI	11639	8,5
Consultation Médecin Traitant	8973	6,5
Envoi médecin de garde	12051	8,8
Envoi Ambulance	30225	22,0
Envoi Pompiers	21955	16,0
Envoi SMUR	11292	8,2
Autre (Secouristes, police...)	7839	5,7

Tableau 3 Orientation des malades au décours de chaque DRM en 2014 au CRR94 (supérieur à 100% car possibilité de décisions multiples prises par dossier, médecins régulateurs généralistes et urgentistes)

En février 2014, 11.660 DRM ont été créés, 8.696 d'entre eux ont été régulés par des médecins généralistes, dont 5.283 aux horaires de la PDSA.

Plusieurs marqueurs de qualité de la régulation sont utilisés au sein du SAMU 94 : le délai de décroché des appels par l'ARM, le délai avant la mise en relation avec le médecin régulateur et le taux de charge, qui représente le temps passé en ligne par le médecin rapporté à son temps de travail total, permettant d'évaluer l'activité des médecins du Centre 15.

Tableau 4 : les marqueurs qualité du SAMU 94 en 2014

	janv-14	févr-14	mars-14	avr-14	mai-14	juin-14	juil-14	août-14	sept-14	oct-14	nov-14	déc-14
Délai avant ARM (sec)	29,00	30,05	25,96	26,72	26,21	31,24	25,76	24,25	27,13	29,02	32,67	44,20
Délai avant MG (min)	1,89	2,07	1,88	1,86	1,68	1,77	1,77	1,92	1,62	2,20	2,33	3,33
Taux de charge MG (%)	nc	nc	nc	nc	29,59	30,63	31,51	30,06	29,35	34,02	36,79	42,11

Sur l'année 2014, aux horaires de la PDSA et en dehors, le délai médian avant de parler à une ARM était de 28 secondes (Ecart Interquartile (EI) 26,02-30,94), celui avant de parler à un médecin généraliste de 1,9 minutes (EI 1,77-2,17) et le taux de charge médian des médecins généralistes de 31,07 % (EI 29,7-36,1). (Tableau 4)

E. Evaluation de la régulation médicale : recommandations et études

1. Recommandations en FRANCE

Plusieurs recommandations ont été faites sur la nécessité d'une évaluation régulière de la régulation médicale.

Dès 2006 une conférence d'experts rédigée par le SAMU de FRANCE et la SFAR, insiste sur le fait que l'évaluation de la régulation médicale s'inscrit dans la démarche qualité de l'établissement (21).

Le rapport GRALL de 2007 (5), précise qu'une démarche qualité doit être instaurée pour tous les acteurs. Celle ci repose sur l'analyse des dysfonctionnements, les indicateurs de suivi et d'analyse du fonctionnement des plateformes téléphoniques et sur l'évaluation périodique de l'activité des différents acteurs du dispositif de PDSA.

La même année Marc GIROUD, lors du congrès de médecine d'urgence (22), propose 40 indicateurs qualité de la permanence de soins tels que l'évaluation du dossier de régulation médicale, la réalisation d'études ciblées sur l'orientation des patients, l'évaluation de la pertinence médicale des actes de régulations ou encore la réalisation d'enquêtes de satisfaction par téléphone auprès d'échantillons de patients.

En 2008 la MeaH (Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitaliers) propose plusieurs indicateurs pour les différents corps de métier (23) par exemple :

- Pour les ARM, le pourcentage d'appels décrochés en moins de 60 secondes ou le pourcentage d'abandon > 40 secondes ;
- Pour les médecins régulateurs, le pourcentage d'appels décrochés avant 4 minutes ou le pourcentage d'abandon quelque soit l'attente.

La MeaH recommande aussi de lancer des enquêtes de satisfaction auprès des appelants, en proposant deux modalités, l'enquête téléphonique et l'enquête papier à domicile.

En 2011, l'HAS édicte des recommandations de bonne pratique sur la régulation médicale (2) et propose également plusieurs indicateurs, notamment :

- L'évaluation du temps de réponse du CRRA avec la réalisation de mesures de plusieurs durées : le délai de décroché de l'ARM, le délai entre le début de l'appel et la décision médicale, le délai entre l'appel et l'intervention de l'effecteur, la proportion des appels reçus décrochés en moins d'une minute ;
- L'évaluation de la qualité de la régulation avec le nombre de rappels imprévus par les patients au CRRA dans les 24 heures ;
- L'évaluation de la qualité du centre d'appels avec le nombre de jours dans l'année où une ligne de permanence n'a pu être tenue.

L'HAS recommande par ailleurs, de « *vérifier le processus de prise en charge des appels mais aussi la satisfaction des patients sur un mode d'enquête aléatoires* ».

Le cahier des charges régionales d'ILE DE FRANCE (8) réactualisé annuellement propose d'une part des indicateurs de la qualité de la régulation médicale tels que l'appréciation du nombre de dossiers de régulation et leur répartition par tranche

horaire et par régulateur, ou encore la comparaison de la répartition des réponses apportées par tranche horaire et par régulateur. D'autre part, il propose l'évaluation de l'impact de la régulation médicale par l'observation du nombre de passages aux urgences ou l'activité des transporteurs sanitaires aux horaires de la PDSA.

Enfin en 2015, la SFMU et Samu Urgences de FRANCE proposent un référentiel des SAMU Centre 15 (24) dans lequel, ils donnent des indicateurs quantitatifs incontournables tels que, le taux d'accueil du CRRA (soit le rapport entre le nombre d'appels répondus et le nombre d'appels distribués, réduit du nombre d'appels perdus avant 15 secondes), la Qualité de Service (QS) qui correspond à la proportion d'appels décrochés en un temps donné (60 secondes en FRANCE), ou encore le taux de charge des ARM et des médecins régulateurs (relatif au rapport entre le temps passé en communication et le temps logué au système de téléphonie). Ils proposent par ailleurs, comme indicateurs qualitatifs, ceux suggérés par le Docteur Marc GIROUD, huit ans plus tôt.

2. Les études en FRANCE et à l'étranger

a) A l'étranger

A l'étranger, plusieurs études ont tenté d'évaluer l'observance des patients lors de leurs appels à des centres de régulation médicale. Ainsi dans la littérature, une riche bibliographie traite de ce sujet, notamment issue de GRANDE BRETAGNE, des ETATS UNIS, du CANADA, de la SUISSE ou encore de la NORVEGE.

Certains travaux se sont cantonnés à estimer l'observance des patients orientés vers les urgences. En effet, une étude anglaise (25) comparait les fichiers des services

d'urgences à ceux de NHS direct, et concluait ainsi à un taux d'observance de 64,2% sans identifier réellement de facteurs favorisant.

D'autres études (26,27) ont évalué l'observance globale déclarée par le patient vis à vis des recommandations données et ont retrouvé des taux très élevés (88,1% et 97,2%). Les résultats mettaient en évidence une augmentation de l'observance lorsque les appels concernaient les enfants de moins de 1 an ou lorsque les appelants étaient très satisfaits de leur appel.

Des études (28,29) mesuraient l'observance vis à vis de l'orientation proposée, par l'étude des fichiers des centres de régulation et des lieux de consultations. L'observance ainsi mesurée variait entre 56% et 70% et atteignait des taux maximum lorsque des conseils seuls étaient prodigués ou lorsque les patients étaient dirigés aux urgences.

Enfin, une étude en NORVEGE (30) confrontait l'observance globale déclarée par les patients à l'observance réelle, par la réécoute des bandes téléphoniques, ce qui permettait de mettre en évidence un biais de mémorisation et/ou de compréhension important.

b) En FRANCE

En FRANCE, d'autres études se sont penchées sur l'évaluation de l'observance des patients après leur appel au Centre 15.

Un certain nombre d'entre elles s'est focalisé sur les conseils téléphoniques. Ainsi, deux études menées en SEINE SAINT DENIS (31,32) retrouvaient entre 86% et 87%

d'observance déclarée vis à vis des conseils donnés aux patients. Ces études n'ont pu identifier de facteurs favorisant l'observance. Une thèse basée sur l'évaluation des conseils seuls a été réalisée à l'université de NANTES (33). Elle confrontait l'observance déclarée par le patient, aux informations issues des réécoutes des enregistrements téléphoniques et déterminait ainsi que 71,9% des appelants reformulaient correctement les conseils donnés et que 97% d'entre eux se déclaraient observants. Cependant, 57% de ces personnes s'étant déclarées observantes ont toutefois décidé de consulter un médecin malgré l'absence de recommandations en ce sens.

Une étude, portant sur les consultations, comparait l'observance déclarée par le patient aux données du dossier du Centre 15 de GRENOBLE (34). Les résultats de ce travail soulignent que les patients déclaraient ainsi à 88,7% être observants alors que les données des dossiers retrouvaient une observance de l'ordre de 69,9%. Dans cette étude, l'observance était significativement plus élevée lorsque les patients étaient globalement satisfaits ainsi que lorsque les patients étaient orientés vers le médecin traitant et moins élevée lorsqu'un simple conseil ou une orientation vers le service d'urgence leur était proposée.

Enfin, une thèse réalisée au Centre 15 de CLERMONT-FERRAND (35) étudiait l'observance déclarée par le patient, à la fois pour le conseil et la consultation. Les patients déclaraient une observance de 88,09%, et cette dernière semblait influencée par la parentalité de l'appelant, le sexe du patient, la qualité de l'accueil lors de l'appel ou encore l'accord avec l'orientation proposée.

Ainsi, à la lecture de la littérature existante, nous avons orienté nos travaux vers une analyse plus globale et plus exhaustive de l'observance des recommandations téléphoniques faites par les médecins généralistes lors des appels au CRRA94 aux horaires de la PDSA, en tentant d'identifier des facteurs favorisants, et ce notamment, à travers l'étude de cette observance non seulement pour les conseils donnés mais également pour les consultations proposées. Pour ce faire, une comparaison précise entre l'attitude réellement adoptée par le patient à la suite de l'appel d'après ses déclarations et l'orientation recommandée par le médecin régulateur, a été menée dans le but évident de mieux évaluer et donc d'améliorer le parcours de soins des patients.

II. Matériel et Méthode

Il s'agit d'une étude monocentrique purement observationnelle se déroulant en deux parties : une partie prospective à travers la réalisation d'un questionnaire téléphonique et une partie rétrospective, à l'aide d'une réécoute des enregistrements de régulation au CRRA94-Centre 15.

A. Lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée au CRRA94, situé à l'hôpital Henri MONDOR à CRETEIL. Les rappels des patients et les écoutes des dossiers ont eu lieu en salle de crise du Centre 15.

B. Population

1. Définition

La population étudiée était celle ayant eu recours au CRRA94 aux horaires de la PDSA, soit directement par un appel au 15, soit suite à un transfert d'appel de patients par la régulation des sapeurs pompiers ou par la régulation de SOS médecin, et dont l'appel a été transmis à un médecin généraliste pour régulation.

2. Critère d'inclusion

Le critère d'inclusion était : tous les appels au CRRA94, par le malade ou un proche du malade, aux horaires de la PDSA, transmis pour régulation à un médecin généraliste.

3. Critères d'exclusion

Plusieurs critères d'exclusion ont été déterminés.

Notre étude portait sur la population générale. De ce fait, ont été exclus les appels émanant des professionnels de santé, des pompiers et de la police, l'objectif étant d'évaluer l'observance propre du patient.

Ce travail reposait notamment sur la réalisation d'un questionnaire auprès du malade ou de l'un de ses proches. Seuls ont été retenus les dossiers pour lesquels l'identité de ces derniers a pu être établie et pour lesquels le lien entre l'appelant et le patient était indiqué de manière patente dans le dossier du CRRA-Centre 15.

Les appels provenant des tiers en dehors des proches (tels que : les collègues de travail, les voisins, les badauds sur la voie publique etc.) ne permettant pas un recueil exhaustif des données du questionnaire, ont été exclus.

Pour des raisons évidentes, les demandes se limitant notamment à la rédaction d'un certificat de décès, à l'envoi d'une ambulance ou en provenance d'un organisme de téléassistance ont été exclues du fait de l'absence de régulation téléphonique en tant que telle par un médecin.

De même, les appels n'ayant pas été régulés du fait d'une interruption de la communication ou d'un changement d'avis du patient pendant l'attente entre la communication établie avec l'ARM et la mise en relation avec le médecin ne pouvaient être inclus dans cette étude.

Les patients dont le contexte social était trop complexe (par exemple, troubles psychiatriques majeurs, violences, ou nécessité de l'intervention des forces de l'ordre) n'ont évidemment pas été retenus.

Enfin, les appels des mineurs de moins de 16 ans ont également été exclus.

4. Taille de l'échantillon

Dans la littérature, lors de la réalisation de rappels des patients dans le cadre d'études sur la régulation médicale, le taux de réponse est variable. Ce dernier oscille ainsi entre 63% (étude réalisée en 2006 au Centre 15 de SEINE-SAINT-DENIS : 1.547 dossiers retenus, 966 questionnaires remplis après rappel (32)) et 88,7% (étude réalisée en 2003 au Centre 15 de GRENOBLE : 409 patients inclus (34)).

L'observance déclarée est plutôt stable dans la littérature, comprise entre 86% (étude réalisée en 2012 au Centre 15 de BOBIGNY, rappel de 441 patients (31)) et 97,2% (étude réalisée en 2012 par NHS direct en ANGLETERRE, rappel de 493 patients (27)).

L'observance réelle, évaluée à travers l'étude des dossiers ou des bandes téléphoniques, varie quant à elle entre 56% (étude suisse de 2004 : 748 patients inclus (28)) et 70% (étude américaine de 2004 : rappel de 278 patients (29)).

L'avis d'un médecin statisticien expert en Santé Publique a permis d'estimer la taille minimale de l'échantillon de patients nécessaire à notre étude, à savoir 450 appels, ce qui permettrait, avec un taux de réponse moyen de 80%, d'inclure environ 360 patients.

5. Méthode d'échantillonnage

a) *Nombre de sujets à inclure par tranche horaire et par jour*

L'étude de la répartition des appels durant un mois (février 2014), a permis de déterminer le nombre de sujets à tirer au sort par tranche horaire et par jour, pour obtenir un échantillon de malades proportionnel au nombre d'appels total (Tableau 5).

Cette démarche évitait ainsi le biais d'échantillonnage, lié notamment à la disparité du nombre d'appels en fonction des heures de la journée et des décisions prises par les médecins, ce qui garantissait en théorie une sélection représentative de la population ayant recours au CRRA94.

	00h-8h	8h-12h	12h-20h	20h-00h	Total
Lundi	6			8	14
Mardi	6			8	14
Mercredi	6			8	14
Jeudi	6			8	14
Vendredi	6			8	14
Samedi	6		21	9	36
Dimanche	8	10	18	8	44
Total Semaine	44	10	39	57	150

Tableau 5 : Nombre de sujets à inclure par tranche horaire et par jour

b) *Durée de l'étude*

Afin d'obtenir un échantillon de 450 appels, comme recommandé par notre statisticien, une analyse des appels pendant trois semaines était donc suffisante (Tableau 5).

c) Randomisation

Ainsi, sur l'ensemble de la population étudiée et en fonction du nombre d'appels à inclure par tranche horaire, un tirage au sort a été réalisé grâce à un logiciel en ligne (www.dcode.fr), garantissant une absence de biais de sélection.

d) Attitude adoptée en cas d'appels multiples

Lorsqu'un même patient contactait le CRRA94 à plusieurs reprises, l'attitude adoptée était la suivante :

- Lorsque le 2^{ème} appel ne modifiait pas la décision prise initialement, ce dernier n'était pas retenu ;
- En revanche, lorsque le 2^{ème} appel modifiait la décision initiale prise par le médecin avant son application par le patient, seul le rappel était pris en compte ;
- Enfin, si chacun des appels aboutissait à des décisions différentes avec des actions subséquentes des patients, les deux appels étaient pris en compte.

C. Déroulement de l'étude

Afin d'éviter un maximum de biais, l'étude s'est déroulée en deux phases distinctes (Annexe : Cahier d'observations).

1. Première partie

La première partie consistait en une étude prospective observationnelle avec réalisation d'un questionnaire téléphonique auprès des appelants dont les dossiers avaient été randomisés au préalable.

Le rappel se déroulait entre le 3^{ème} et le 8^{ème} jour après l'appel au Centre 15. Cet intervalle de temps permettait d'une part, de pouvoir évaluer l'évolution de la pathologie et les éventuelles consultations supplémentaires après l'appel, et d'autre part, de limiter le biais de mémorisation lié à un rappel trop tardif.

Afin de limiter le biais de prévalence (par exemple en cas d'hospitalisation du patient) et le biais de non réponse, 3 rappels étaient réalisés, et ce, lors de différentes journées de la semaine et à des créneaux horaires variables.

En cas d'échec des rappels, et ce, pour différentes raisons ; notamment l'absence de réponse après 3 rappels, le refus de répondre au questionnaire, l'impossibilité de joindre le malade dans les 8 jours (vacances, hospitalisation, absence prolongée...), une mauvaise saisie du numéro d'appel, ou enfin une communication difficile, voire impossible avec l'appelant (troubles psychiatriques importants, personnes malentendantes, barrière linguistique majeure...); un nouveau tirage au sort était réalisé pour sélectionner d'autres patients au sein d'une même tranche horaire, en respectant toujours le délai de 8 jours après l'appel initial.

Afin de faciliter le déroulement du rappel, un support regroupant les données suivantes, et propres à chaque patient, était adossé au questionnaire : date et heure d'appel initial, identité et âge du patient, lien entre l'appelant et le patient, motif d'appel relevé par l'ARM, et enfin, interrogatoire médical rédigé par le médecin.

L'objectif global de la thèse, était clairement explicité à chaque appelant. Ainsi l'information délivrée était la suivante : « *Cette étude a pour objet l'évaluation du rôle du centre 15 dans l'organisation de la PDSA* ». Evidemment, pour éviter tout biais d'information tel que l'effet « HAWTHORNE », aucune précision n'était apportée à l'appelant sur l'analyse qui serait faite de son observance des recommandations téléphoniques. Par ailleurs, après avoir réaffirmé au patient le caractère observationnel de l'étude et sa possibilité de mettre fin au questionnaire à tout moment, le recueil systématique de son consentement oral était réalisé.

Les questions portaient notamment sur les données du patient, les caractéristiques de l'appelant, le ressenti vis à vis de la prise en charge, les recommandations faites par le médecin au téléphone concernant la nécessité ou non de consulter, les conseils prodigués, l'attitude du patient à la suite de l'appel, l'observance d'après l'appelant, l'attitude éventuelle du patient si le 15 n'avait pas existé et la satisfaction globale vis à vis du CRRA94-Centre 15.

En cas d'interrogations complémentaires relatives à la thèse et ses objectifs, des explications plus précises étaient apportées sur le sujet. Etant donné le caractère observationnel de notre étude, lorsque ces interrogations étaient d'ordre purement médical, les patients étaient évidemment redirigés vers leur médecin traitant et/ou vers le Centre 15.

2. Deuxième partie

La deuxième partie de notre travail reposait sur une étude rétrospective toujours observationnelle des appels inclus :

- D'une part, une réécoute de l'appel initial était réalisée afin de relever les recommandations téléphoniques données par le médecin au patient et par la même, veiller au bon respect des critères définis par les recommandations de l'HAS (2) dans la relation médecin-malade lors des appels régulés au sein des Centre 15.
- D'autre part, une collecte des critères plus techniques de l'appel, tels que, le nombre d'appels horaire ou les durées d'attente et de conversation avec le médecin régulateur ou l'ARM, était accomplie.

La réécoute était effectuée après le rappel du patient pour limiter le biais par suspicion diagnostique ou par suspicion d'exposition.

3. Collecte de données

Les rappels et les réécoutes des enregistrements téléphoniques ont eu lieu exclusivement au SAMU Centre 15 de l'hôpital Henri MONDOR.

Afin de permettre le respect de l'anonymisation des données recueillies et de l'identité des patients, un numéro était attribué à chaque patient. De même, l'identité des personnels du SAMU ayant été amenés à prendre en charge les patients inclus, n'était pas relevé.

4. Critère de jugement principal

L'observance était le critère de jugement principal retenu. L'observance était définie comme la concordance entre la recommandation téléphonique donnée par le médecin régulateur lors de la réécoute de l'appel et la conduite tenue par le patient.

Cette évaluation de l'observance portait sur l'ensemble des recommandations prodiguées par le médecin, ces dernières allant du simple conseil médical à l'indication ou non de consulter.

Pour être considéré observant, le patient devait avoir respecté chacune des recommandations données par le régulateur.

5. Critères de jugements secondaires

Les critères de jugements secondaires étaient ainsi définis :

- L'étude des caractéristiques des patients et des appelants, des données de l'appel, des motifs d'appels, de l'orientation proposée par le médecin régulateur, de la satisfaction de l'appelant et de la qualité de l'appel avec une recherche des facteurs pouvant influencer l'observance de ces derniers.
- L'analyse des motifs de non observance d'après les propos recueillis auprès des patients.
- L'évaluation de la proportion de malades ayant utilisé des moyens de consultation plus intenses ou moins intenses que ceux proposés initialement par le médecin régulateur, à travers une comparaison du mode de consultation proposé lors de l'appel et de l'attitude réellement adoptée par le patient après l'appel.

- La description du devenir des patients après l'appel : les propositions formulées par le médecin consulté, l'existence ou non d'une seconde consultation spontanée ou sur les conseils d'un médecin, la nécessité d'une hospitalisation, et la survenue d'un éventuel décès.
- L'évaluation, dans l'hypothèse d'une absence d'existence du Centre 15, de la proportion de malades qui aurait été amenée à utiliser des moyens de consultation plus intenses ou moins intenses que ceux réellement réalisés après régulation médicale. Cette évaluation permettant l'analyse de l'impact potentiel de l'appel au CRRA94 sur le parcours de soins.
- La comparaison entre les recommandations faites par le médecin et celles déclarées par l'appelant, à travers l'utilisation du coefficient Kappa de concordance, évaluant la compréhension des conseils prodigués.

D. Analyse statistique

Pour rechercher les facteurs influençant l'observance, les données recueillies ont été analysées rétrospectivement.

Le résultat des variables continues ayant une distribution non gaussienne était exprimé par le biais de leur valeur médiane et de l' Ecart Interquartile (EI (Q1-Q3)).

En outre, des analyses bi-variées entre les deux groupes (patients observants et non observants) étaient réalisés, en utilisant pour les variables discontinues, le test d'indépendance du Khi-carré de Pearson ou le test exact de Fisher si les effectifs étaient insuffisants et pour les variables continues, le test de Student ou le test de Mann-Whitney en fonction du résultat du test de Shapiro-Wilk. Les tests étaient bilatéraux et la p value < 0.05 était considérée comme statistiquement significative. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Prism pour Apple (Version 6.0 Trial, ©1992-2012 GraphPad Software, Inc.).

Le coefficient Kappa de Cohen était calculé, pour chaque type de recommandations proposées, avec le logiciel Quickcalcs en ligne.

(<http://graphpad.com/quickcalcs/kappa1.cfm>, ©2016 GraphPad Software, Inc.).

III. Résultats

A. Inclusion

Entre le 30 janvier 2015 et le 20 février 2015, 5.244 patients ont appelé le Centre 15 dans le département du VAL DE MARNE aux horaires de la Permanence De Soins Ambulatoires et ont été pris en charge par des médecins généralistes régulateurs.

1. Population exclue

591 appelants (soit 11%) ont été exclus du tirage au sort.

Les principaux motifs d'exclusions retrouvés étaient liés (Tableau 6) :

- A un problème d'identification du patient ou de l'appelant dans les fichiers du Centre 15 ;
- A l'absence de relation clairement établie entre l'appelant et le patient, entraînant, de ce fait, une difficulté dans l'exhaustivité de la saisie des données du questionnaire ;
- A des appels émanant des professionnels de santé.

Figure 6 Flow chart

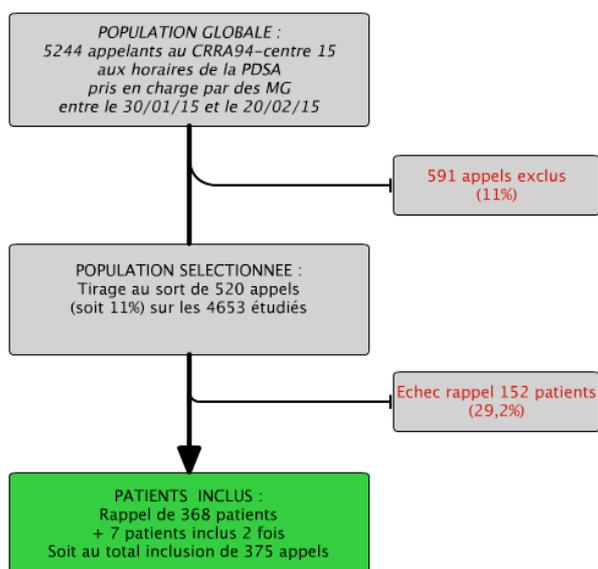


Tableau 6 Motifs d'exclusions des appels

Motifs Exclusions	Nombre de Patients	%
Appel par paramédical/médecin	132	22,34
Problème identité patient/ appelant, lien inconnu entre appelant et patient	148	25,04
Tiers non proche (voisin, badaud, collègue)	130	22,00
Pas de régulation : Constat de décès, communication coupée, demande information, refus de parler au médecin, transfert appel	91	15,40
Envoi pompiers/ambulance sans régulation, téléalarme	48	8,12
Contexte social compliqué, troubles psychiatriques importants, violence, envoi de la police	28	4,74
Appel de la Police	9	1,52
Envoi d'un SMUR	3	0,51
Mineur	2	0,34
Total	591	100,00

2. Population sélectionnée

Sur les 520 patients tirés au sort, 450 étaient issus de la randomisation initiale et 70 d'un second tirage au sort, conséquence d'une absence de réponse au rappel précoce (avant le 8^{ème} jour).

Dans cette population sélectionnée :

- 124 patients ont été injoignables au bout de 3 tentatives de contact et/ou dans un délai de 8 jours ;
- 7 patients ont refusé de répondre au questionnaire ;
- 5 patients n'ont pu être interrogés du fait de problèmes de communication (surdité ou troubles psychiatriques) ;
- 3 patients ont été secondairement exclus du fait d'une confusion entre plusieurs appels ;
- Et enfin, 13 numéros de téléphone étaient indisponibles.

3. Patients inclus

Le taux de réponse retrouvé dans cette étude était de 70,8%, soit un total de 368 patients ayant répondu au questionnaire.

De plus, dans cette population, 7 patients ont fait l'objet d'une double inclusion, consécutive à deux appels au centre 15 ayant conduit à deux décisions différentes. Du fait de cette double inclusion, le nombre total des patients inclus se portait donc au final à 375 (Figure 6).

B. Description de la population

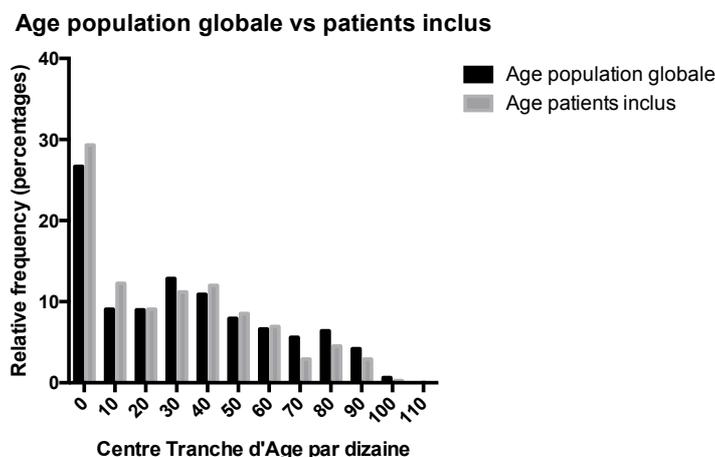
Concernant les critères liés au sexe, aux jours et aux horaires d'appels, la population étudiée était représentative de la population globale ayant eu recours au 15 dans le cadre de la PDSA en février 2015 ($p > 0,05$).

Tableau 7 Représentativité de la population étudiée

	population globale		population étudiée		population exclue		patients sélectionnés		patient inclus		echec rappel		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Age Patients	n=5244		n = 4653		n=591		n=519		n=375		n=151		< 0,0001
<15 ans	1876	35,8	1818	39,1	58	9,8	213	40,5	156	41,6	60	39,7	
15-59 ans	2308	44,0	2012	43,2	296	50,1	221	42,0	168	44,8	56	37,1	
>59ans	1060	20,2	823	17,7	237	40,1	85	16,2	51	13,6	35	23,2	
Sexe	n=5221		n=4630		n=591		n=520		n=375		n=152		0,7975
Femme	2960	56,7	2627	56,7	333	56,3	300	56,9	210	56,0	95	62,5	
Homme	2261	43,3	2003	43,3	258	43,7	220	41,7	165	44,0	57	37,5	
Jour appel	n=5268		n=4677		n=591		n=520		n=375		n=152		0,7406
Semaine	2308	43,8	2059	44,0	249	42,1	239	45,4	176	46,9	66	43,4	
Samedi	1332	25,3	1162	24,8	170	28,8	124	23,5	87	23,2	38	25,0	
Dimanche	1628	30,9	1456	31,1	172	29,1	157	29,8	112	29,9	48	31,6	
Heure appel	n=5268		n=4677		n=591		n=520		n=375		n=152		0,5471
00h-08h	1461	27,7	1314	28,1	147	24,9	132	25,0	96	25,6	38	25,0	
08h-20h	1878	35,6	1647	35,2	231	39,1	195	37,0	129	34,4	59	38,8	
20h-00h	1929	36,6	1716	36,7	213	36,0	203	38,5	150	40,0	55	36,2	
Appelant	n=5268		n=4677		n=591		n=520		n=375		n=152		< 0,0001
Tiers	3826	72,6	3286	70,3	540	91,4	344	65,3	246	65,6	103	67,8	
Patient	1442	27,4	1391	29,7	51	8,6	176	33,4	129	34,4	49	32,2	

La population étudiée était significativement plus jeune que la population générale et la proportion de tiers appelants moins importante (Tableau 7 et Graphique 1).

Graphique 1 : Comparaison de l'âge entre la population globale et la population incluse



Cependant, notre étude ne mettait pas en évidence de différences significatives entre la population étudiée et les patients inclus pour ces deux mêmes critères, à savoir :

- L'âge moyen de la population étudiée $30,03 \pm 0,3964$, l'âge moyen des patients inclus $28,26 \pm 1,341$, $p = 0,36$ (Mann-Whitney test) ;
- L'appel par le patient dans la population étudiée 29,74%, et dans la population incluse 34,4%, $p 0,07$ (Chi² test).

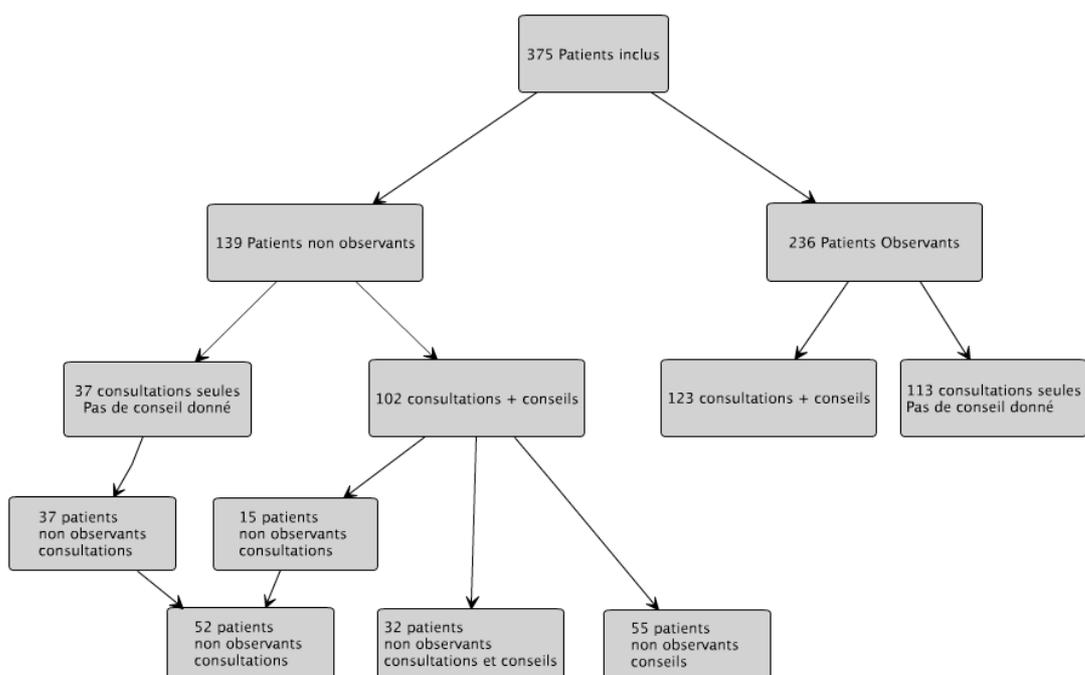
Pour l'ensemble des critères testés, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre la population incluse et les 152 patients n'ayant pu être rappelés.

C. L'observance des patients

1. L'observance réelle

L'observance réelle des patients évaluée à 62,9% dans notre étude est obtenue par comparaison entre les recommandations données par le médecin et l'attitude réellement adoptée par le patient à la suite de son appel au Centre 15 (236 patients observants versus 139 patients non observants). Parmi les 375 patients inclus, 225 ont reçu une orientation concernant la nécessité ou non de consulter, associée à des conseils. Les 150 autres ont tous été orientés vers une consultation seule, sans recommandation complémentaire. Ainsi, parmi les 139 patients non observants, 52 (soit 37,4%) ne l'ont pas été pour la consultation, 55 (soit 39,6%) pour le conseil et 32 (soit 23%) à la fois pour le conseil et la consultation (Figure 7).

Figure 7 : Observance des patients en fonction de l'orientation proposée



2. L'observance déclarée

L'observance déclarée, mesurée par la concordance entre l'orientation et les conseils déclarés par le patient et son attitude au décours de l'appel a été, quant à elle, estimée à 81,6%. Ainsi, 69 patients seulement, soit 18,4% de la population totale, se déclaraient non observants, dont 5 pensaient être non observants alors qu'ils respectaient l'orientation et/ou les conseils proposés par le médecin. Le taux de concordance entre l'observance réelle et l'observance déclarée était donc de 78,7%.

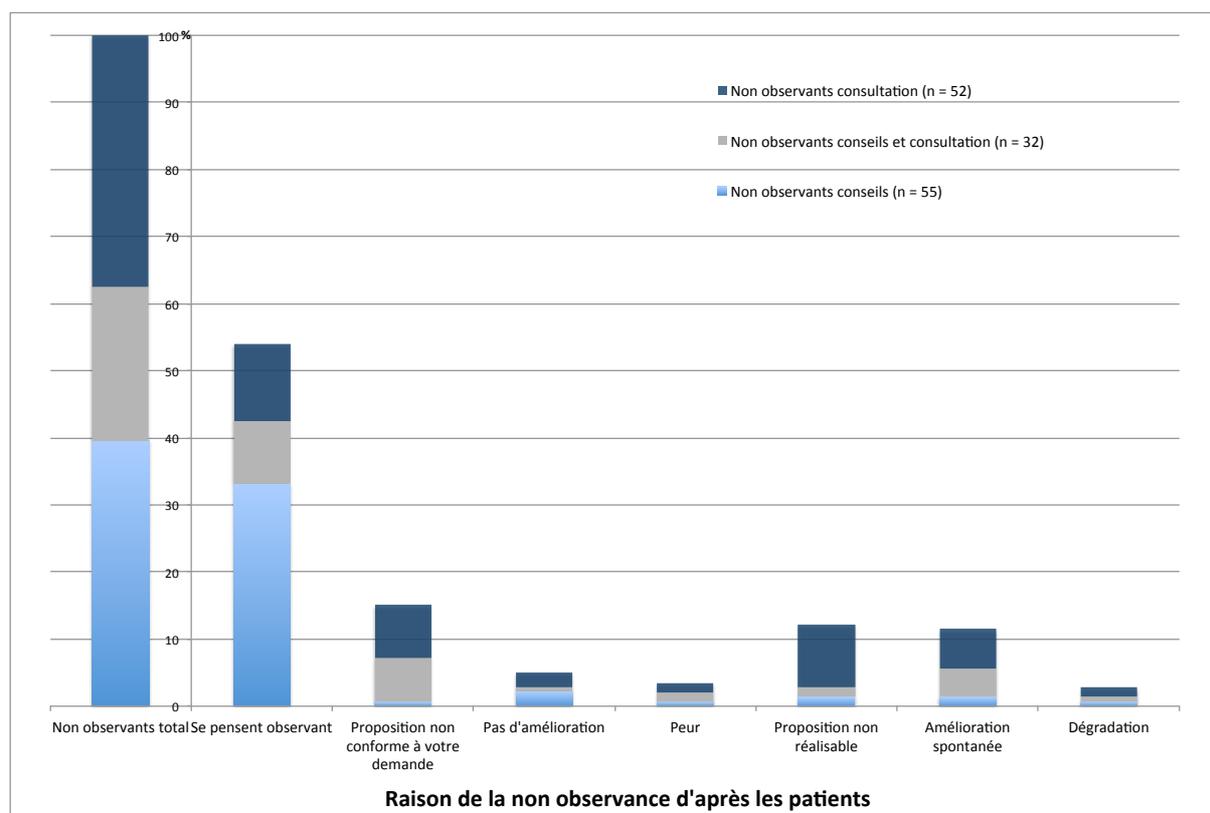
3. Les raisons de la non observance des patients

Les principales raisons de la non observance, déclarées par les patients, étaient les suivantes (Graphique 2) :

- Une recommandation émise par le médecin leur semblant irréalisable ou en désaccord avec leurs attentes (respectivement 12,2% et 15,1%) ;
- Une amélioration spontanée de leur état de santé (11,5%).

Il convient de noter de surcroît, que 75 patients (soit 54% des patients non observants) pensaient être observants alors qu'ils ne l'ont pas été.

Graphique 2 : Raison de la non observance d'après les patients



D. Les Facteurs influençant l'observance

1. L'observance et les données du patient et de l'appelant

L'âge moyen des patients était de 28 ans, majoritairement des femmes (56%), et l'appelant était le patient lui-même dans seulement 34,4% des cas. Dans la négative, les conjoints représentaient 16%.

Par ailleurs, un cinquième des patients avaient consulté avant leur appel au 15, et pour plus de la moitié de l'ensemble des patients, un sentiment d'anxiété ou de gravité vis à vis de leur état de santé était relevé.

Concernant les caractéristiques des patients et des appelants, l'étude ne mettait pas en évidence de différence significative entre les patients observants et non observants (Tableau 8).

Tableau 8 : Les caractéristiques des appelants et des patients et leur observance

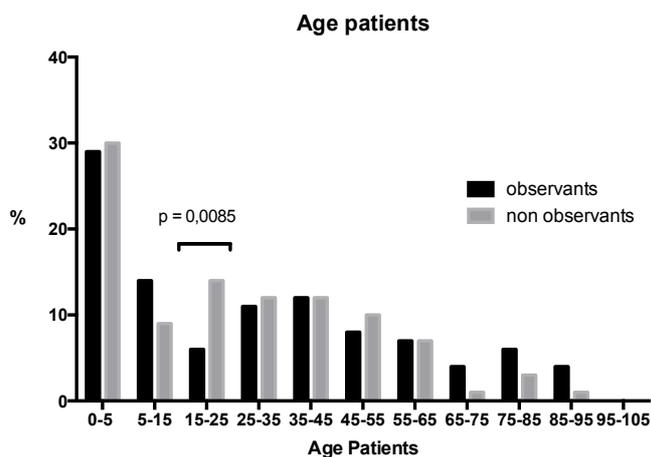
Caractéristiques patients et appelants	Total n= 375	% 100,0	Non Observants n = 139	% 37,1	p	OR	IC 95%
Age patient							
<5 ans	110	29,3	41	37,3		1	
5 à 24 ans	80	21,3	33	41,3	0,5788	1,182	0,6552 to 2,131
25 à 46 ans	93	24,8	36	38,7	0,885	1,063	0,6018 to 1,877
>46 ans	92	24,5	29	31,5	0,4584	0,7747	0,4313 to 1,391
Sexe Patient							
Homme	165	44,0	56	33,9		1	
Femme	210	56,0	83	39,5	0,2664	1,272	0,8318 to 1,945
Médecin traitant ?							
Oui	349	93,1	129	37,0	0,8787	1,066	0,4696 to 2,419
Non	26	6,9	10	38,5		1	
CMU							
Non	305	81,3	112	36,7		1	
Oui	70	18,7	27	38,6	0,7726	1,082	0,6339 to 1,847
Appelant = patient							
Oui	129	34,4	47	36,4		1	
Non	246	65,6	92	37,4	0,8543	1,042	0,6699 to 1,622
Lien appelant patient							
Parent	172	45,9	65	37,8		1	
Conjoint	40	10,7	15	37,5	0,9727	0,9877	0,4853 to 2,010
Enfant	13	3,5	5	38,5	1	0,8231	0,2383 to 2,843
Grands-parents	6	1,6	1	16,7	0,4145	0,3292	0,03761 to 2,882
Frère-Sœur	5	1,3	3	60,0	0,3737	2,469	0,4017 to 15,18
Autre famille	10	2,7	3	30,0	0,7458	0,7055	0,1762 to 2,825
Niveau étude appelant							
Pas de diplôme, BEPC, BEP/CAP	127	33,9	44	34,6	0,4664	1,262	0,6740 to 2,364
BAC à BAC+4	177	47,2	74	41,8	0,0733	1,711	0,9474 to 3,089
> BAC +4	71	18,9	21	29,6		1	
Consultation préalable							
Non	292	77,9	109	37,3	0,8437	1,052	0,6339 to 1,747
Oui	83	22,1	30	36,1		1	
Sentiment de gravité							
Oui	234	62,4	81	34,6		1	
Non	141	37,6	58	41,1	0,2055	1,124	0,6885 to 1,834
Sentiment d'anxiété							
Oui	329	87,7	122	37,1	0,9868	1,005	0,5305 to 1,905
Non	46	12,3	17	37,0		1	

Cependant, les patients d'âges extrêmes semblaient être plus observants, le sexe féminin pourrait être un facteur de mauvaise observance, et lorsque le niveau d'instruction était intermédiaire, le taux de patients observants était moins important.

En ce qui concerne le lien appelant-patient, même si les effectifs étaient faibles, les grands-parents étaient plus observants que les frères et sœurs.

Enfin, le fait d'avoir un médecin traitant, d'avoir la CMU, que l'appel soit réalisé par le patient lui-même ou par autrui, et le fait d'être anxieux semblait n'avoir aucun impact sur l'observance des patients.

Graphique 3 : Observance et âge des patients



L'étude détaillée des différentes tranches d'âges démontrait que les patients âgés de 15 à 25 ans étaient plus souvent moins observants que la population globale, et ce, de manière significative ($p= 0,0085$, OR 2,665, IC95% 1,299-5,467) (Graphique 3).

2. L'observance et les données de l'appel

Les patients inclus avaient eu recours au 15 majoritairement le week-end. Le temps d'attente avant la prise en charge de l'appel par l'ARM était inférieur à 60 secondes dans 71,5% des cas, et celui avant la mise en relation avec le médecin supérieur à 4 minutes dans 70% des cas. Le taux de charge représenté par le temps passé en ligne par le médecin par rapport à son temps de travail, permettant d'évaluer l'activité des médecins du Centre 15, était supérieur à 40% dans 72% des cas.

Données de l'appel	Total		Non Observants		p	OR	IC 95%
	n= 375	%	n = 139	%			
Heure appel							
00h-8h	87	23,2	31	35,6		1	
8h-20h	128	34,1	47	36,7	0,6624	1,129	0,6537 to 1,952
20h-00h	160	42,7	61	38,1	0,3123	1,314	0,7733 to 2,232
Jour appel							
lundi-jeudi	178	47,5	73	41,0	0,1327	1,38	0,9062 to 2,101
we	197	52,5	66	33,5		1	
Taux de charge							
7 à 40	105	28,0	33	31,4		1	
>40	270	72,0	106	39,3	0,1586	1,41	0,8734 to 2,277
	Médiane	EI (Q1-Q3)	Médiane	EI (Q1-Q3)			
Délai décroché ARM (secondes)	24	(9-67)	26	(9-67)	0,8463		
Délai avant médecin (minutes)	6,64	(3,5-10)	5,78	(3,4-9,4)	0,1844		
Durée médecin (minutes)	2,3	(1,4-3,6)	2,5	(1,6-3,9)	0,0668		

Tableau 9 : Observance des patients en fonction des données de l'appel

Les données de l'appel, telles que les délais de mise en relation avec l'ARM et le médecin, ne semblaient pas influencer l'observance des patients.

Toutefois, l'observance des patients était moindre le soir en semaine, et lorsque le taux de charge des médecins était supérieur à 40% (Tableau 9).

3. L'observance et le motif d'appel

D'après les médecins régulateurs, les motifs d'appels principaux étaient les problèmes pédiatriques, l'hyperthermie et les troubles digestifs.

Motif d'appel d'après médecin	Total n = 375	% 100	Non Observants n = 139	% 37,1	p	OR	IC 95%
Pédiatrie	84	22,4	28	33,3	0,4213	0,8108	0,486 to 1,353
Fièvre	70	18,67	38	54,3	0,0009	2,399	1,415 to 4,064
Problème digestif	58	15,47	24	41,4	0,4595	1,24	0,7007 to 2,194
Problème ORL	24	6,4	8	33,3	0,6955	0,8397	0,3497 to 2,016
Problème respiratoire	18	4,8	2	11,1	0,0195	0,2007	0,04543 to 0,8869
Problème Néphrologique/ urologique	17	4,53	6	35,3	0,8769	0,9228	0,3335 to 2,553
Problème dermatologique	16	4,27	8	50,0	0,2736	1,74	0,638 to 4,748
Problème cardio-vasculaire	14	3,73	5	35,7	0,915	0,9411	0,3089 to 2,868
Problème rhumatologique	13	3,47	7	53,8	0,2023	2,033	0,6689 to 6,178
Problème traumatolo/accident domestique	12	3,2	1	8,3	ns		
Problème neurologique	11	2,93	3	27,3	ns		
Problème psychiatrique	10	2,67	6	60,0	ns		
Problème hématologique	4	1,07	1	25,0	ns		
Problème gynécologique/obstétrique	6	1,6	1	16,7	ns		
Autre	18	4,8	1	5,6	ns		

Tableau 10 : Observance des patients en fonction de leur motif d'appel

Deux motifs d'appels impactaient l'observance de manière significative : la fièvre et les problèmes respiratoires (Tableau 10).

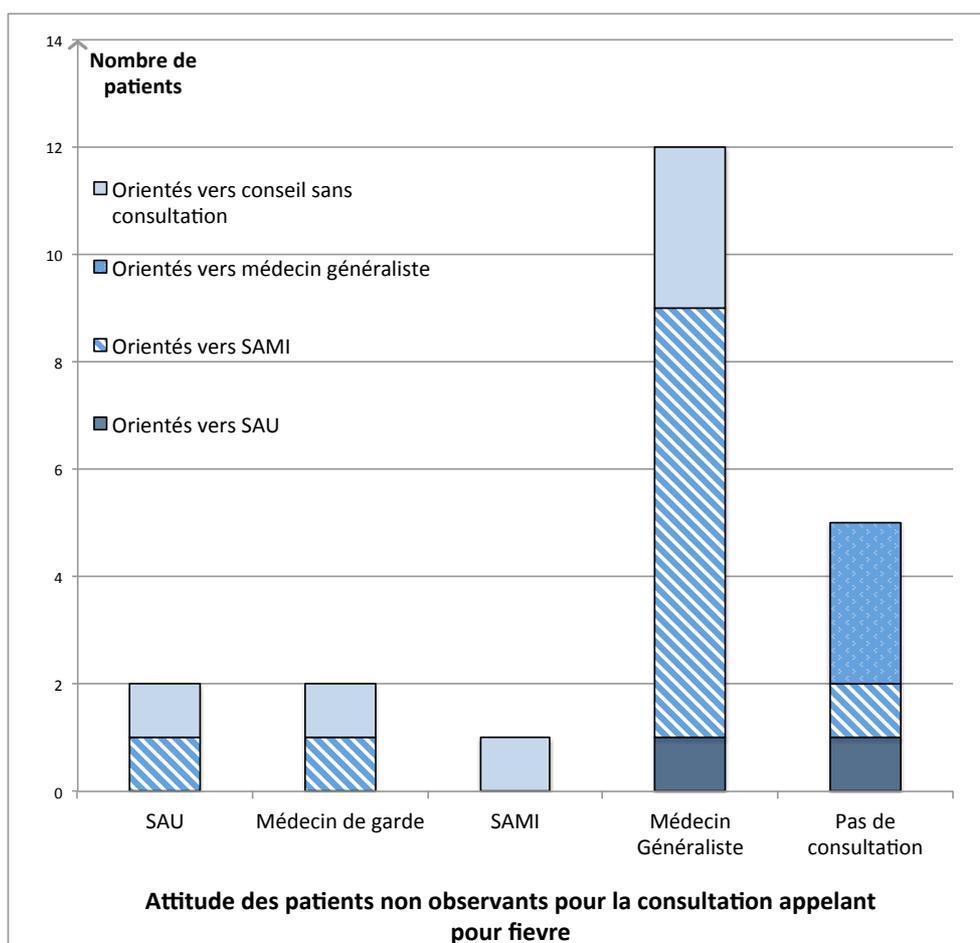
a) La fièvre

Les patients étaient moins observants lorsque la fièvre était le motif d'appel principal ($p= 0,0009$, OR 2,4, IC95% 1,4-4,06). Plus de la moitié d'entre eux (54,3%) recevait un conseil et seulement un tiers s'y conformait. Deux tiers des patients (67,1%) étaient adressés vers une consultation immédiate (urgences, médecin de garde ou SAMI), et 71% d'entre eux respectaient cette consigne. L'autre tiers était soit adressé vers le médecin généraliste, soit recevait des conseils seuls. Parmi ces derniers, 60% suivaient alors l'orientation proposée (Tableau 11).

Tableau 11 : Observance des patients appelant pour un syndrome fébrile

Appel pour fièvre	Total		Observants consultation et conseil		Observants consultation Non observants conseil		Observant conseils Non observants consultation		Non observants conseil et consultation	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	n = 70		n = 32	45,7	n = 16	22,9	n = 13	18,6	n = 9	12,9
Age <15 ans	30	42,9	16	53,3	7	23,3	5	16,7	2	6,7
Orientation Urgences	12	17,1	7	58,3	3	25,0	1	8,3	1	8,3
Orientation médecin de garde	8	11,4	4	50,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0
Orientation SAMI	27	38,6	13	48,2	3	11,1	7	25,9	4	14,8
Orientation médecin généraliste	11	15,7	4	36,4	4	36,4	2	18,2	1	9,1
Pas de consultation	12	17,1	4	33,3	2	16,7	3	25,0	3	25,0
Conseil	38	54,3	8	21,1	16	42,1	5	13,2	9	23,7

Le diagramme ci-après (Graphique 4), montre que la majorité des patients n'ayant pas suivi l'orientation du médecin régulateur a, soit consulté son médecin généraliste aux heures ouvrables, soit n'a pas consulté de médecin à la suite de l'appel.



Graphique 4 : Attitude des patients appelant pour fièvre, non observants pour la consultation, en fonction de l'orientation proposée par le régulateur

b) *Les problèmes respiratoires*

En cas de problèmes respiratoires, les patients étaient plus souvent observants ($p=0,0195$, OR 0,2, IC95% 0,05-0,89). En effet, seuls 2 patients (soit 11,2%) n'ont pas respecté l'orientation proposée par le médecin régulateur, ces derniers avaient par ailleurs moins de 15 ans.

Tableau 12 : Observance des appelants pour problèmes respiratoires

Appels pour problèmes respiratoires	Total		Observants conseil et consultation		Non observants conseil		Non observants consultation	
	n = 18	%	n = 16	88,8	n = 1	5,6	n = 1	5,6
Age <15 ans	5	27,8	3	60	1	20	1	20
Age > 59 ans	7	38,9	7	100	0	0	0	0
Orientation urgences	7	38,9	7	100	0	0	0	0
Orientation médecin de garde	3	16,7	3	100	0	0	0	0
Orientation SAMI	4	22,2	3	75	1	25	0	0
Orientation spécialiste	1	5,6	0	0	0	0	1	100
Pas de consultation	3	16,7	3	100	0	0	0	0
Conseil	4	22,2	2	50	1	25	1	25

Ainsi, le parent du premier n'a pas appliqué le conseil prodigué et le second n'a pas respecté l'indication d'une consultation avec un pneumologue, du fait d'une absence de disponibilité d'après son père (Tableau 12).

4. L'observance et l'orientation proposée par le médecin régulateur

a) L'observance et l'orientation vers une consultation

Un tiers des patients n'a pas été orienté par le médecin régulateur vers une consultation immédiate. Ce dernier a néanmoins recommandé à 50% d'entre eux de se rendre aux heures ouvrables chez un praticien relevant du domaine de la médecine générale ou d'une autre spécialité.

Par ailleurs, un tiers des patients était dirigé vers un service d'urgences, dont la moitié d'entre eux en ambulance privée.

Parmi les 182 autres patients orientés vers une consultation, près de la moitié était adressée au SAMI, près d'un quart vers un médecin de garde et le dernier quart vers le généraliste aux heures ouvrables (Tableau 13).

Tableau 13 : Observance des patients en fonction de leur orientation vers une consultation

Orientation proposée réécoute	Total	%	Non observants consultation	%	p	OR	IC 95%
Consultation	375		84	22,4		1	
Pas de consultation	67	17,9	18	26,9	0,3352	1,347	0,7355 to 2,467
Consultation différée	54	14,40	14	25,9	0,5018	1,255	0,6461 to 2,438
MT	48	12,8	12	25,0			
Spé	6	1,6	2	33,3			
Consultation immédiate sans envoi de moyens	138	36,80	40	29,0	0,0196	1,79	1,094 to 2,930
SAMI	88	23,5	26	29,5			
SAU	50	13,3	14	28,0			
Consultation immédiate avec envoi de moyens	116	30,9	12	10,3	0,0002	0,3	0,1554 to 0,5779
Médecin de garde	40	10,7	1	2,5			
Ambulance	62	16,5	7	11,3			
Pompiers	14	3,7	4	28,6			
Pas de consultation immédiate	121	32,3	32	26,4	0,1946	1,397	0,8419 to 2,317

Lorsqu'un moyen était adressé aux patients à leur domicile, tel qu'une ambulance privée, les pompiers ou un médecin de garde, l'observance des recommandations prodiguées par le médecin régulateur augmentait.

A contrario, l'orientation des patients vers une consultation immédiate aux urgences ou au SAMU, sans l'envoi de moyens (ambulance privée ou pompiers), était significativement un facteur de mauvaise observance. Enfin, l'absence d'orientation des patients vers une consultation immédiate n'avait pas d'impact leur observance.

b) L'observance et les conseils proposés

Parmi les 375 patients inclus dans l'étude, 60% d'entre eux avaient reçu un conseil. Dans un tiers des cas, ces conseils étaient multiples lors de l'appel. Dans 50% des cas, le médecin recommandait au patient une prise de médicaments ou dictait une conduite à tenir à son domicile.

Tableau 14 : Observance des patients en fonction des conseils proposés

Orientation proposée réécoute	Total	%	Non observants conseil	%	p	OR	IC 95%
Conseils	225	100,0	87	38,7		1	
Conseils Multiples	70	31,1	37	52,9	0,0033	2,355	1,321 to 4,196
Type de conseils							
Surveillance	52	23,1	24	46,2	0,1861	1,524	0,8143 to 2,852
Médicament	110	48,9	56	50,9	0,0002	2,81	1,611 to 4,901
CAT à domicile	116	51,6	51	44,0	0,0922	1,591	0,9252 to 2,736
Ecoute/Réassurance seule	25	11,1	5	20,0	0,079	0,387	0,1398 to 1,072
Ecoute/Réassurance seule, pas de consultation	11	4,9	2	18,2	0,21	0,337	0,07109 to 1,600

Cette multiplicité des conseils donnés diminuait de manière significative l'observance des recommandations par le patient.

De plus, les patients étaient significativement moins observants lorsque le médecin régulateur leur prescrivait par téléphone la prise de médicaments au domicile.

Enfin, l'attitude d'écoute et de réassurance adoptée par le médecin régulateur semblait favoriser l'observance des patients et ce, même en l'absence d'orientation de ces derniers vers une consultation (Tableau 14).

5. L'observance et la satisfaction de l'appelant

D'une manière globale, plus de 80% des appelants ont déclaré avoir été satisfaits par leur prise en charge par les médecins régulateurs et ce, à travers l'évaluation de multiples critères qualité.

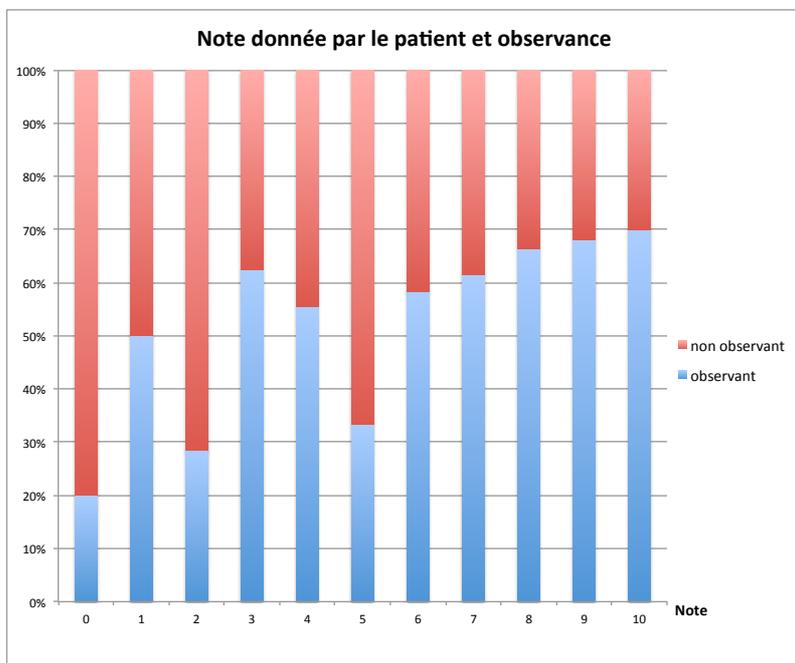
En outre, 95% des personnes interrogées renouvelleraient leur appel au 15 en cas de nécessité et conseilleraient également à un proche de faire de même.

Tableau 15 : Observance des patients et satisfaction de l'appelant

Statisfaction	Total	%	Non Observants	%	p	OR	IC 95%
	n = 375	100	n = 139	37,1			
Qualité Accueil							
Bon	320	85,3	110	34,4		1	
Mauvais	25	6,7	14	56,0	0,03	2,43	1,067 to 5,533
Neutre	30	8,0	15	50,0	0,0877	1,909	0,8999 to 4,050
Temps d'expression suffisant							
Oui	333	88,8	120	36,0		1	
Non	42	11,2	19	45,2	0,2446	1,466	0,7673 to 2,802
Compréhension de la demande par le médecin							
Oui	331	88,3	115	34,7		1	
Non	13	3,5	6	46,2	0,3918	1,61	0,5285 to 4,904
Partiellement	31	8,3	18	58,1	0,018	2,601	1,230 to 5,498
Compréhension orientation							
Oui	371	98,9	135	36,4	ns		
Non	4	1,1	4	100,0			
Pertinence orientation							
Oui	309	82,4	94	30,4		1	
Non	66	17,6	45	68,2	< 0,0001	4,901	2,766 to 8,684
Réponse à votre question par le médecin							
Oui	284	75,7	85	29,9		1	
Non	41	10,9	30	73,2	< 0,0001	6,385	3,058 to 13,33
Partiellement	50	13,3	24	48,0	0,012	2,161	1,174 to 3,979
Rappel au 15 si besoin							
Oui	354	94,4	128	36,2		1	
Non	21	5,6	11	52,4	0,1348	1,942	0,8027 to 4,699
Conseil à un proche appel 15							
Oui	357	95,2	129	36,1		1	
Non	18	4,8	10	55,6	0,0969	2,209	0,8504 to 5,739
	Médiane	EI (Q1-Q3)	Médiane	EI (Q1-Q3)			
Note (0 à 10)	8	(7-9)	8	(6-9)	0,0036		

La satisfaction de l'appelant semblait jouer un rôle majeur sur l'observance des patients. Ainsi, si l'appelant jugeait l'accueil de mauvaise qualité, sa demande incomprise, n'avoir pas obtenu de réponses claires à ses interrogations, ou avoir reçu une orientation non pertinente, l'observance de recommandations émises diminuait de manière significative (Tableau 15).

Nos résultats retrouvaient une corrélation certaine entre les notations moyennes attribuées au service du CRRA94 et l'observance des patients. Ainsi, 8% des patients observants et 19% des patients non observants avaient attribué une note inférieure ou égale à 5 à la régulation médicale ($p=0,012$, OR 0,3632, IC 0,1935-0,6828) (Graphique 5).



Graphique 5 : Observance des patients en fonction de la note donnée par l'appelant au service du 15

6. L'observance et la qualité de l'entretien lors de la réécoute

Lors de la réécoute des appels, la qualité de l'entretien était évaluée suivant les modalités proposées par la HAS.

Pour une partie de l'effectif, trois critères relatifs à la qualité de l'entretien étaient relevés, ainsi :

- La demande formulée par le médecin de communiquer directement avec le malade était réalisée dans près de 24% des appels réécoutes ;
- Une orientation et une conduite à tenir dictées par le régulateur directement aux malades étaient constatés dans seulement 28% des réécoutes ;
- Et enfin, l'information relative au délai nécessaire à l'envoi de moyens lorsque ces derniers étaient indiqués, était délivrée par le médecin dans 39% des cas.

Pour l'ensemble de la population, quatre autres critères étaient étudiés, ainsi :

- Dans 85% des cas, le médecin a tenté d'obtenir l'adhésion du patient au contrat de soins ;
- Dans 95% des cas, le régulateur s'assurait de la bonne compréhension des recommandations par les patients ;
- Dans 50% des cas, le médecin délivrait une information sur les hypothèses diagnostiques ;
- Et enfin, dans seulement 17% des cas, une proposition de rappel au centre 15, en cas de nécessité ressentie par le patient, était formulée.

Tableau 16 : Observance de la consultation et qualité de l'entretien

Qualité Entretien	Total	%	Non Observants consultation	%	p	OR	IC 95%
Demande à parler directement au malade	n = 130	100	n = 31	23,8			
Non	99	76,2	26	26,3	0,3358	1,85	0,6437 to 5,329
Oui	31	23,8	5	16,1		1	
Orientation proposée au malade si apte	n = 85	100,0	n = 21	24,7			
Non	62	74,7	21	33,9	0,0005	24,4	1,409 to 420,9
Oui	23	27,7	0	0,0		1	
Information du délai si envoi de moyens	n = 115	100	n = 9	7,8			
Non	70	60,9	4	5,7		1	
Oui	45	39,1	5	11,1	0,3102	2,06	0,5228 to 8,137
	n = 375	100	n = 84	24,7			
Information hypothèse diagnostique							
Non	191	50,9	39	20,4		1	
Oui	184	49,1	45	24,5	0,3485	1,26	0,7755 to 2,053
Vérification de la compréhension							
Non	18	4,8	6	33,3	0,2542	1,79	0,6502 to 4,920
Oui	357	95,2	78	21,8		1	
Recherche adhésion au contrat de soins							
Non	52	13,9	19	36,5	0,0084	2,29	1,221 to 4,277
Oui	323	86,1	65	20,1		1	
Proposition rappel au 15 si besoin							
Non	309	82,4	68	22,0		1	
Oui	66	17,6	16	24,2	0,6925	1,13	0,6076 to 2,117

Pour éliminer le biais de confusion lié aux différences importantes entre les appels ayant aboutit à une proposition de conseils et ceux où seule une orientation vers une consultation avait été donnée, une analyse de l'impact de ces critères sur l'observance de la consultation a été réalisée (pour rappel, observants consultation n=291, non observants consultation n=84).

Ainsi dans cette étude, les patients étaient significativement moins observants si le médecin régulateur n'avait pas tenté d'obtenir leur adhésion au contrat de soins, et si dans la mesure du possible, l'orientation n'avait pas été proposée directement au patient (Tableau 16).

E. Comparaison entre l'orientation proposée au patient et son attitude effective à la suite de l'appel

Orientation proposée \ Attitude	Rien	Conseil seul	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	SAMI	Médecin de garde	SAU	SAU après ambulance	SAU après pompiers	Total Orientation proposée
Ecoute/réassurance seule	9	0	1	0	0	0	1	0	0	11
Conseil seul	3	40	6	1	0	1	5	0	0	56
Médecin généraliste	1	8	36	0	0	0	2	1	0	48
Médecin spécialiste	0	2	0	4	0	0	0	0	0	6
SAMI	2	4	12	1	62	3	4	0	0	88
Médecin de garde	0	0	0	0	0	39	1	0	0	40
SAU	2	3	5	2	1	1	36	0	0	50
Ambulance	3	0	2	0	0	0	2	55	0	62
Pompiers	4	0	0	0	0	0	0	0	10	14
Total Attitude patient	24	57	62	8	63	44	51	56	10	375

Tableau 17 : Comparaison entre l'orientation proposée et l'attitude des patients, majoration et diminution de l'intensité de la consultation

Le tableau ci-dessus permet une évaluation de l'attitude adoptée par les patients à la suite de l'appel, et ce, en fonction de l'orientation proposée par le médecin régulateur. Ainsi, si 291 patients ont été observants à l'égard des recommandations de consultation, 84 (22,4%) n'ont pas respecté la destination indiquée par le médecin lors de l'appel.

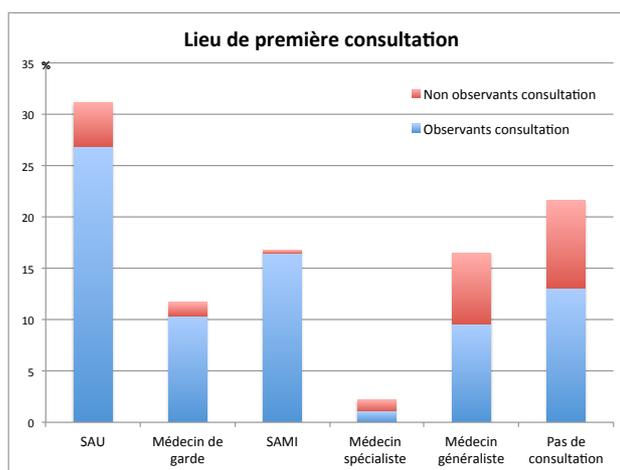
Parmi eux 26 patients (6,9%) ont consulté de manière plus « intense » que recommandée. A titre d'exemple : 15 patients n'ayant pas été orientés vers une consultation ont finalement décidé de consulter un médecin, dont 6 aux urgences. En outre, 7 patients adressés au SAMI ont pris l'initiative de se rendre chez un médecin de garde ou aux urgences.

Les 58 autres patients (15,5%) ont consulté de manière moins « intense » que recommandée. De ce fait, lorsqu'il était conseillé au patient de voir leur médecin généraliste aux heures ouvrables, 19% n'effectuaient pas cette démarche. De même, parmi les 50 patients orientés aux urgences sans envoi de moyens, 2 d'entre eux se sont rendus au SAMI ou chez le médecin de garde, 7 ont consulté un médecin généraliste ou spécialiste, et 5 n'ont finalement pas eu recours à une consultation.

F. Consultation après l'appel

Sur les 375 patients inclus, 308 patients ont été orientés vers une consultation. Au total 294 patients ont finalement consulté au moins une fois et pour plus de 80% d'entre eux dans les 12 heures suivant l'appel (Tableau 18).

Consultation	Total	%
1ère consultation <12h après l'appel		
Non	136	36,3
Oui	239	63,7
Lieu 1ère consultation <12h après l'appel		
SAU	111	29,6
Le médecin de garde	40	10,7
Sami	62	16,5
Le médecin traitant aux heures ouvrables	26	6,9
Pas de consultation < 12h	136	36,3
1ère consultation > 12h après l'appel		
Non	320	85,3
Oui	55	14,7
lieu de 1ère consultation >12h après l'appel		
SAU	6	1,6
Le médecin de garde	4	1,1
Sami	1	0,3
Le médecin traitant aux heures ouvrables	36	9,6
Le médecin spécialiste aux heures ouvrables	8	2,1
Pas de 1ère consultation >12h	320	85,3
2nde consultation dans les 3 jours suivant l'appel		
Non	318	84,8
Oui	57	15,2
Lieu de 2nde consultation		
SAU	14	3,7
Le médecin traitant aux heures ouvrables	31	8,3
Le médecin spécialiste aux heures ouvrables	12	3,2
Pas de 2nde consultation	318	84,8



Graphique 6 : Lieu de première consultation et observance

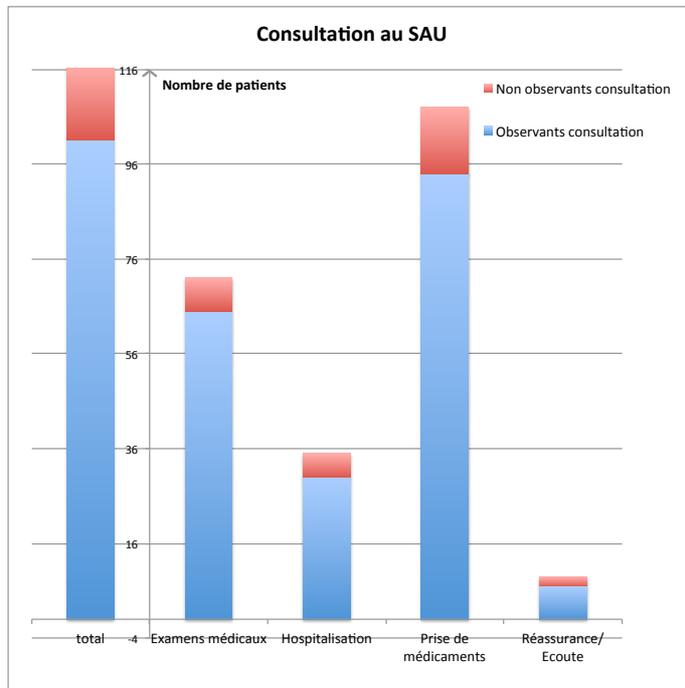
Tableau 18 : Consultations après l'appel

Cette première consultation avait lieu dans plus de 30% des cas aux urgences, 27% des patients suivant en cela le conseil du 15.

Les autres consultations immédiates se déroulaient au SAMI dans 16,5% des cas et chez un médecin de garde dans 10,7% des cas, seuls 6 patients n'avaient alors pas suivi les conseils médicaux.

Enfin, 16,5% des patients consultaient leur médecin généraliste et 21,6% ne consultaient pas du tout. Parmi eux, 40% avaient une attitude différente de celle proposée par le médecin régulateur (Graphique 6).

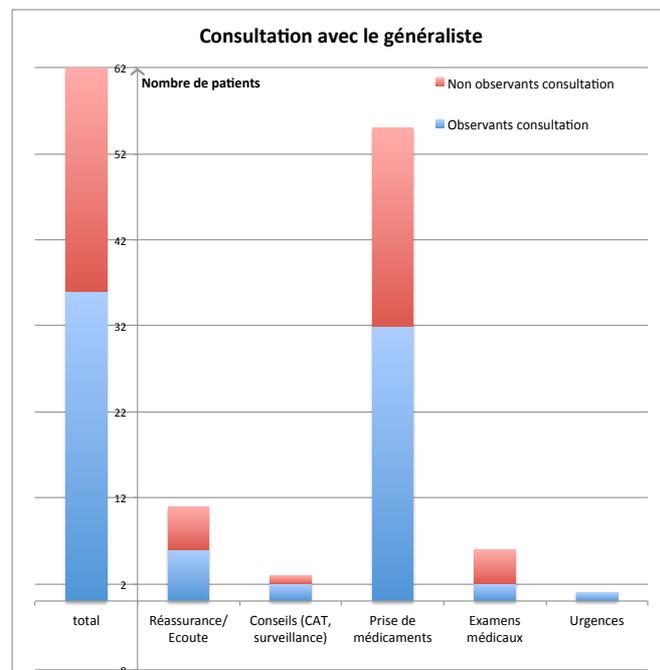
Les résultats mettent en évidence qu'une grande majorité des patients reçus en consultation a reçu une prescription médicamenteuse, que ces derniers aient été observants ou non.



Aux urgences, plus de 60% des patients ont bénéficié d'examens médicaux (dont 7 patients non observants) et 30% d'entre eux ont été hospitalisés (dont 5 patients non observants) (Graphique 7).

Graphique 7 : Consultation aux urgences et propositions faites au patient

Chez le généraliste, 6 patients seulement ont reçu une prescription d'examens médicaux, et seul un patient a été adressé aux urgences pour prise en charge antalgique dans le cadre d'une lombalgie (Graphique 8).



Graphique 8 : Consultation chez le médecin généraliste et propositions faites au patient

Parmi les patients ayant été examinés par un médecin suite à leur appel, 20% d'entre eux ont de nouveau consulté dans les 3 jours qui ont suivi, notamment chez leur médecin généraliste dans plus d'un cas sur deux (Tableau 18).

Seconde Consultation	Urgences	Médecin généraliste	Médecin spécialiste
Consultation Initiale			
Urgences	3	9	8
Médecin de garde	2	7	1
SAMI	7	14	3
Médecin généraliste	2	1	0
Orientation vers seconde consultation par			
Médecin urgentiste	0	0	6
Médecin de garde	2	0	1
Médecin du SAMI	2	4	2
Médecin du centre 15 (lors d'un rappel)	1	1	0
Médecin généraliste	1	0	0
Aucun médecin	8	26	3
Jour de la seconde consultation			
Le jour même	7	2	0
J1	3	7	6
J2	4	12	5
J3	0	10	1
Total	14	31	12

Tableau 19 : Jour, lieu et orientation vers une seconde consultation

Près d'un patient sur deux qui a consulté secondairement aux urgences ou chez le médecin généraliste, avait été initialement examiné au SAMI. Lorsque la seconde consultation a eu lieu chez un spécialiste, cette dernière avait été recommandée dans 75% des cas par un médecin. Enfin, les résultats confirment que la seconde consultation aux urgences était souvent plus précoce que celle se déroulant au cabinet du médecin généraliste (Tableau 19).

G. Hospitalisation après l'appel

Sur l'ensemble de la population étudiée, 35 personnes (soit un total de 9,3 %) ont été finalement hospitalisées suite à leur appel au Centre 15.

A la lecture des résultats, 30 patients ont bien pris en considération les recommandations de consultation dictées par le médecin régulateur : ainsi, 29 d'entre eux avaient été dirigés vers les urgences et un seul patient avait bénéficié de l'envoi d'un médecin de garde qui l'a, du reste, secondairement adressé aux urgences pour syndrome appendiculaire.

Observance	Numéro patient	Orientation		Age Patient	Motif d'hospitalisation
		Urgences	Autre		
Observants consultation	18	Oui		40 ans	Hémorroïde compliquée
	25	Oui		5 mois	Pneumopathie
	27	Oui		28 jours	Fièvre
	56	Oui		38 ans	Colique néphrétique
	65	Oui		90 ans	Vomissements et diarrhée
	85	Oui		62 ans	Alcoolisation aigue
	86	Oui		54 ans	Troubles neurologique sur VIH
	92	Oui		24 ans	Grossesse extra utérine
	110	Oui		84 ans	Fièvre, troubles de la conscience
	115	Non	Médecin de Garde	48 ans	Appendicite, adressé au SAU par médecin de garde
	118	Oui		91 ans	Surdosage en AVK, hémorragie gingivale
	136	Oui		86 ans	Vertiges et pace Maker
	137	Oui		29 ans	Abcès axillaire
	145	Oui		33 ans	Syndrome grippal et dyspnée
	155	Oui		86 ans	Dyspnée
	204	Oui		76 ans	Pneumopathie
	235	Oui		36 ans	Médiastinite
	259	Oui		6 ans	Douleur de hanche, boiterie
	286	Oui		82 ans	Dyspnée
	294	Oui		80 ans	Hématome sur cicatrice de néphrectomie
	301	Oui		22 ans	Colique néphrétique
	313	Oui		49 ans	Thrombose sur stent
	323	Oui		36 ans	Fièvre et troubles de la conscience
	333	Oui		27 ans	Péritonite appendiculaire
	345	Oui		52 ans	Vomissements sur néoplasie
	355	Oui		18 mois	Plaie de la main
	363	Oui		68 ans	Suspicion AIT
	156	Oui		59 ans	Pyélonéphrite obstructive
	344	Oui		53 ans	Colique néphrétique
	307B	Oui		39 ans	Douleur abdominale aigue
Non observants consultation	74	Oui		21 mois	Gastro-entérite, Pompiers mais partie sans être vu, SAU 3 jours après appel initial
	159	Non	SAMI	5 mois	Pneumopathie
	248	Non	Médecin de Garde	62 ans	Douleur sur néoplasie, refus médecin de garde et SAMI, antalgie
	352	Non	Médecin traitant	26 ans	Syndrome grippal, suspicion méningite (non confirmée)
	356	Non	Médecin traitant	49 ans	Douleur de hanche, antalgie

Tableau 20 : Trajectoire des patients hospitalisés

Les cinq autres patients hospitalisés non observants avaient cependant tous été adressés vers une consultation par le médecin régulateur (Tableau 20). Ainsi, aucune hospitalisation n'a eu lieu pour des patients n'ayant pas été adressés en consultation.

Par ailleurs, d'après ces résultats, aucun décès n'était relevé parmi les patients inclus dans cette étude.

H. Modification du parcours de soins

Intention \ Attitude	Conseil Pas de consultation	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	SAMI	Médecin de garde	SAU	SAU après ambulance	SAU après pompiers	Total Intention
Conseil seul	11	23	3	5	3	1	1	0	47
Médecin généraliste	5	4	0	2	3	1	0	0	15
Médecin spécialiste	1	0	1	0	0	0	0	0	2
SAMI	2	0	0	6	2	1	0	0	11
Médecin de garde	9	8	1	11	11	3	6	1	50
SAU	42	18	3	37	19	38	19	5	181
Ambulance	1	0	0	0	1	0	7	1	10
Pompiers	10	9	0	2	5	7	23	3	59
Total Attitude	81	62	8	63	44	51	56	10	375

Tableau 21 : Comparaison entre l'intention et l'attitude des patients, majoration et diminution de l'intensité de consultation

Le tableau ci dessus a permis une évaluation de l'impact éventuel de l'appel au centre 15 sur le parcours de soins des patients, à travers une comparaison entre l'attitude adoptée par les patients suite à leur appel et leur intention initiale, si le centre 15 n'avait pas existé (un recueil des réponses à la question suivante a été établi : « Qu'auriez-vous fait si le centre 15 n'existait pas ? »).

Le tableau confirme que seulement 81 patients (21,6%) ont eu recours à une consultation conformément à leur intention initiale.

Ainsi, 80 patients (21,3%) ont consulté de manière plus « intense » que prévue initialement. A titre d'exemple, sur les 47 patients qui n'avaient, à priori, pas l'intention initiale de consulter, seuls 25% d'entre eux n'ont finalement pas eu recours à un médecin, et 24 patients (soit 6% de la population totale) qui se seraient rendus aux urgences par leurs propres moyens, s'y sont rendus en ambulance ou avec les pompiers à la suite de leur appel au Centre 15.

Enfin, 214 patients (57,1%) ont consulté de manière moins « intense » que prévue initialement. Ainsi, parmi les 50 patients qui auraient appelé un médecin de garde, 58% d'entre eux ont soit consulté un médecin au SAMI ou dans un cabinet, soit n'ont finalement pas consulté du tout. De la même manière, 30% des patients qui se seraient rendu aux urgences ont eu une consultation immédiate avec un médecin de garde ou au SAMI, 10% ont été examinés de manière différée par un médecin généraliste ou spécialiste et 25% n'ont pas consulté du tout après leur appel au 15. En outre, parmi les 59 patients qui auraient sollicité les pompiers en appelant le n°18, seuls 3 patients ont effectivement été pris en charge par les pompiers, et la moitié n'a soit pas consulté, soit a consulté mais en dehors du SAU.

I. Evaluation de la compréhension des appelants

La compréhension des appelants a été évaluée à travers une comparaison, pour chaque orientation proposée, entre les recommandations dictées par le médecin régulateur selon les affirmations du patient (affirmations recueillies dans le questionnaire lors du rappel) et les orientations réellement prodiguées par le médecin régulateur à travers la réécoute des appels enregistrés.

Les résultats de cette comparaison retrouvaient globalement une concordance très importante entre les deux, avec un coefficient Kappa de Cohen toujours supérieur à 0,6.

Orientations proposées	D'après l'appelant (n)	D'après la réécoute (n)	Concordance observée (%)	Coefficient Kappa
Médecin généraliste	42	55	92,27	0,658
Médecin spécialiste	3	6	99,2	0,663
SAMI	91	97	97,87	0,943
Médecin de garde	49	46	97,6	0,892
SAU par vos propres moyens	58	51	97,07	0,882
Ambulance	65	73	96,27	0,876
Pompiers	14	14	100	1
Conseil seul	69	67	96,27	0,874
Conseil	201	225	87,73	0,751
Ecoute/réassurance	80	90	90,93	0,742
Surveillance	43	52	96,53	0,844
CAT à domicile	86	116	90,93	0,771
Médicament	86	110	91,47	0,78

Valeur Kappa	Interprétation
> 0,81	Accord presque parfait
0,61 - 0,80	Accord fort
0,41 - 0,60	Accord modéré
0,21 - 0,40	Accord faible
0 - 0,20	Accord très faible
< 0	Désaccord

Tableau 22 : Comparaison entre l'orientation proposée d'après l'appelant et d'après la réécoute

Lorsque les patients étaient adressés en consultation, le coefficient Kappa était considéré comme presque parfait si cette dernière était « immédiate » (SAMI, médecin de garde ou SAU), et l'accord des patients était fort pour les orientations vers le médecin généraliste ou spécialiste.

De surcroît, lorsque des conseils étaient prodigués, si les patients recevaient des conseils seuls ou relatifs à des consignes de surveillance, l'accord était considéré comme presque parfait. Concernant les autres types de conseils, le calcul du coefficient Kappa retrouvait quant à lui un accord fort.

IV. Discussion

A. Extrapolabilité

1. Lieu de l'étude

Cette étude a été réalisée au CRRA94, au sein d'un département qui présente plusieurs particularités. D'une part, le VAL DE MARNE bénéficie d'une dotation importante en structures de soins à travers une dizaine de SAU et une implantation forte des SAMI sur le territoire et ce, depuis de nombreuses années. D'autre part, ce département étant situé en région parisienne, l'accès aux ambulances privées y est facilité. Enfin, la présence de médecins généralistes régulateurs au sein du Centre 15 y est importante, quelque soit l'heure et notamment aux horaires de la PDSA.

Cependant, à l'instar des autres départements du territoire français, la pression des appels y est forte et augmente progressivement notamment en raison de la baisse progressive du nombre médecins généralistes (installés et remplaçants) ces dernières années. Cette sollicitation du Centre 15 est d'autant plus importante en période d'épidémie comme ce fut le cas lors de notre étude.

Ainsi, une organisation optimale de la permanence de soins ambulatoire, favorisée par une régulation médicale performante, représente un enjeu majeur pour ce département comme dans tout le pays.

2. Période de l'étude

L'étude s'est déroulée de la 5^{ème} semaine à la 8^{ème} semaine 2015, incluant une semaine de vacances scolaires, ainsi qu'un pic épidémique de grippe. En effet, en 2015, l'épidémie de grippe eut lieu de la 3^{ème} semaine à la 9^{ème} semaine, avec un taux d'incidence au pic lors de la 6^{ème} semaine parmi les plus élevés de ces 10 dernières années (827 pour 100000 habitants) (36).

Le nombre d'appels y était de ce fait plus important que l'année précédente à la même période. En effet, 5.244 patients ont appelé le Centre 15 et ont bénéficié d'une régulation par un médecin généraliste aux horaires de la PDSA sur 21 jours en 2015, alors qu'en 2014, ce même nombre a été atteint mais sur une durée de 28 jours (5.283 appels), soit une augmentation de 32% des appels journaliers. Cette augmentation peut aussi être appréciée par le taux de charge des médecins régulateurs qui était supérieur à la valeur cible de 40% pendant 70% du temps.

Cette situation peut expliquer l'aiguillage plus important vers les SAMI dans notre étude par les médecins régulateurs, avec néanmoins une proportion identique aux années précédentes, des autres orientations proposées.

3. Population étudiée

Dans notre étude, par rapport à la population générale, la population étudiée était moins âgée (respectivement 20,2% et 17,7% de patients âgés de plus de 59 ans) et l'appel était moins souvent réalisé par un tiers (respectivement 72,6% et 70,3% de tiers appelant).

Cette différence peut être imputée aux critères d'exclusions choisis. Pour rappel, ont été exclus les appels par les paramédicaux, par les tiers non proches ou lorsque le lien appelant-patient était inconnu et les appels conduisant à l'envoi d'ambulance sans régulation.

La population étudiée était néanmoins superposable à la population générale en terme de sexe, de jour d'appel et d'horaire d'appel.

4. Population sélectionnée

Le tirage au sort réalisé a permis d'obtenir une population homogène à la population étudiée sur les différents critères disponibles (âge, sexe, et proportion de tiers appelants), tout en respectant parfaitement notre souhait d'obtenir un échantillon de patients équivalent en terme d'horaire et de jour d'appel.

5. Population incluse

La population incluse avait un âge moyen de 28 ans, était majoritairement de sexe féminin et les appels étaient le plus souvent passés par un proche du patient, ces données étant superposables à d'autres études réalisées dans des Centres 15 en FRANCE (33,35).

Le taux de réponse de notre étude était de 70,8%. Ce taux est très supérieur à certaines études menées à l'étranger ayant un taux de réponse inférieur à 40% (27,29), mais légèrement en dessous d'autres études réalisées en FRANCE ou celui-ci était de l'ordre de 80% (31,34). Ce taux légèrement inférieur s'explique notamment par un nombre plus important de patients inclus et de ce fait, un nombre de rappels

plus conséquent à réaliser dans un temps imparti. En effet, plus de 20% des patients n'ont pu être contactés après 3 tentatives ou dans le délai déterminé de 7 jours.

A contrario dans notre travail, le nombre de patients n'ayant pas souhaité répondre à l'étude était restreint (soit 7 patients : la principale raison avancée étant le manque de temps), et aucun perdu de vue n'était à déplorer (tous les questionnaires ayant été remplis de manière complète et toutes les bandes ayant pu être réécoutées). Enfin, ce taux de réponse n'apportait que peu de biais du fait d'une absence de différences entre la population incluse et la population n'ayant pu être interrogée.

B. Observance

1. Observance mesurée

Le taux d'observance globale mesurée dans notre étude était de 62,9%. Le nombre de patients non observants se divisait à parts égales entre ceux qui n'ont pas suivi le conseil donné et ceux qui n'ont pas respecté l'orientation proposée vers une consultation. Dans la littérature, aucune autre étude à ce jour n'a tenté d'évaluer conjointement l'observance de la consultation et du conseil donné, aucun point de comparaison n'est donc possible.

Ce taux est celui obtenu par comparaison entre l'attitude déclarée par le patient lors du rappel et l'orientation exacte donnée au patient par le médecin régulateur. L'objectif d'une telle comparaison était d'obtenir la valeur la plus proche de la réalité, bien qu'il persiste un biais lié à la différence potentielle entre ce que le patient déclare avoir fait après l'appel et ce qu'il a réellement fait. Cette différence potentielle est ainsi évaluée à 25% lors d'une étude réalisée aux ETATS-UNIS (29). Dans notre étude, il était extrêmement difficile, voire impossible d'avoir accès à tous les lieux de consultations potentiels des patients à la suite de leur appel dans le département du VAL DE MARNE, et ainsi, vérifier la véracité des déclarations des patients.

En outre, d'autres études ont tenté d'évaluer soit l'observance de la consultation, soit l'observance des conseils donnés, d'une manière assez superposable à celle de notre travail.

A titre comparatif, notre étude retrouvait un taux d'observance de la consultation de 77,6%, supérieur aux taux retrouvés dans la littérature, ces derniers oscillants entre 60% (28) et 70% (29,34).

A contrario, dans notre thèse, le taux d'observance des conseils de 61,3% y était nettement inférieur à celui d'une autre thèse réalisée au CRRA93 qui l'évaluait à 86%. Cette différence de résultats peut-être imputée à différents facteurs et notamment, à l'utilisation de critères de réussite du conseil moins strictes, l'observance étant définie par l'adhésion à au moins un des critères alternatifs suivants : prise du médicament prescrit à la posologie prescrite, respect du conseil et/ou respect de l'orientation en consultation non urgente. De plus, la réécoute des bandes téléphoniques dans notre étude apportait vraisemblablement plus de précision quant à l'observance des conseils donnés par les médecins, au regard du questionnaire utilisé dans l'étude citée (31).

2. Observance déclarée, raison de non observance

L'observance déclarée, résultant de la concordance entre l'orientation et les conseils déclarés par le patient et son attitude au décours de l'appel était de 81,6%. Ce taux était donc bien supérieur à l'observance mesurée (62,9%). Ainsi, plus de la moitié des patients non observants se déclaraient observants. Ce résultat est cohérent avec les données de la littérature qui retrouvent une augmentation de 20% environ entre l'observance mesurée et l'observance déclarée (29,34).

Ces résultats confirment la pertinence d'une évaluation de l'observance, à partir de l'orientation effectivement proposée par les médecins régulateurs, et la nécessité d'évaluer la compréhension des appelants.

C. Facteurs influençant l'observance

Le critère de jugement principal a été choisi dans le but d'évaluer les facteurs influençant l'observance dans sa globalité. Finalement, ce dernier se retrouvait être un critère composite dans la mesure où le patient n'a été considéré comme observant que s'il respectait à la fois le conseil et l'orientation vers une consultation.

En effet, dans un souci d'évaluation de chacun des facteurs pouvant impacter de manière négative la santé du patient, il semblait pertinent de mesurer la non observance de chaque proposition faite par le médecin, telles que les consignes de surveillance, de prise de médicaments, de conduite à tenir au domicile et de consultation.

Ces éléments n'ayant à ce jour fait l'objet d'aucune étude en FRANCE, leur analyse a permis d'apporter des éléments nouveaux à la réflexion nécessaire autour de la régulation médicale dans le cadre de la PDSA. Cependant, le caractère composite de notre critère de jugement principal a complexifié l'analyse statistique des résultats (37). De ce fait, certaines données ont dû être évaluées soit sur l'observance de la consultation, soit sur l'observance des conseils, afin d'éviter toutes conclusions erronées.

1. Données du patient et de l'appelant

Les données relatives aux patients et aux appelants étaient sensiblement superposables à d'autres études réalisées en FRANCE dans les Centres 15 (34,35) en terme d'âge, de sexe, de niveau d'étude de l'appelant et de proportions d'appels passés par le patient lui même.

La seule donnée semblant influencer l'observance dans l'étude semblait être l'âge des patients. En effet, l'analyse détaillée des différentes tranches d'âges démontre que les patients âgés de 15 à 25 ans étaient moins souvent observants que la population globale incluse, et ce, de manière significative (OR 2,665, IC95% 1,299-5,467).

Cependant, ces résultats doivent être pondérés aux vues des données de la littérature. Toutes les études ayant évalué ce critère ne mettent pas en évidence de différence significative (25,28), à l'exception d'une, qui retrouve une influence de l'âge sur l'observance mais chez des patients âgés de moins de 1 an (26). Par ailleurs, l'évaluation multiple des différentes tranches d'âges réalisée dans l'étude a diminué la puissance statistique des résultats trouvés.

2. Données de l'appel

Dans notre population, si les horaires et les jours d'appels étaient superposables à ceux de la population générale, cela ne semblait pas influencer l'observance des patients.

Par ailleurs, lors de notre étude, du fait de l'épidémie grippale, les temps d'attente avant la mise en relation avec l'ARM ou le médecin régulateur et le taux de charge, étaient bien supérieurs aux valeurs habituelles du CRRA94 (Tableau 4) et aux normes recommandées par la MeaH de 2014. Dans un souci de qualité de service, cette dernière préconise un délai de mise en relation avec le médecin inférieur à 4 minutes pour 70% des appels transmis, ou encore un taux de charge des médecins inférieur à 40% (23). Ainsi, dans notre travail, les temps d'attente maximum préconisés étaient dépassés dans 70% des cas.

Une étude réalisée au CRRA₃₁ (38) retrouvait un changement des types de recommandations données au delà d'un seuil de 8 dossiers de régulation médicale par médecin et par heure, ce qui pourrait potentiellement influencer l'observance des patients.

Cependant dans notre thèse, nous n'avons pu mettre en évidence de modification significative de l'observance en fonction des délais d'attentes. Cela pourrait en partie s'expliquer par l'allongement majeur des temps d'attentes retrouvés dans l'étude.

3. Motifs d'appel

Les appels relatifs aux pathologies pédiatriques, à la présence d'un syndrome fébrile ou aux troubles digestifs représentaient les principaux motifs d'appels relevés.

Dans notre étude, seuls les appels pour syndrome fébrile ou pour problèmes respiratoires semblaient influencer l'observance des patients. Dans la littérature, une seule étude retrouve une modification de l'observance en fonction des motifs de recours aux soins (39). Les critères de jugement retenus dans cette étude n'étant pas superposables aux nôtres, l'analyse comparative est de ce fait rendue complexe. Cependant, comme dans notre thèse, on relève un taux d'observance significativement plus faible lorsque le patient appelait pour un syndrome fébrile, aussi bien lors d'un conseil seul que lors d'une orientation vers le SAU. Ainsi dans notre travail, ce taux d'observance était de l'ordre de 45,7%. Différents facteurs pourraient justifier de ce faible taux : d'une part, un facteur lié au stress, et au caractère « anxigène » de la fièvre notamment chez les enfants, conduisant les parents à consulter préférentiellement leur médecin généraliste et d'autre part, un

facteur lié à la multiplicité des conseils prodigués (dont la prescription téléphonique de paracétamol) souvent peu respectés par les appelants dans leur totalité.

Par ailleurs, pour les problèmes respiratoires, le taux d'observance était au contraire très élevé de l'ordre de 88,8%, probablement favorisé par les âges extrêmes des patients, ces derniers ayant été fréquemment orientés vers une consultation immédiate.

4. L'orientation proposée : la consultation

Dans notre étude, les orientations proposées se répartissaient ainsi : un tiers des patients était dirigé vers les urgences, un autre tiers était orienté vers une consultation immédiate avec un médecin de garde ou un médecin généraliste du SAMI, et au dernier tiers était proposé, à hauteur de 14%, une consultation retardée avec le médecin traitant ou le médecin spécialiste et à hauteur de 18% des conseils seuls.

Comparativement à deux autres études réalisées en FRANCE au sein du CRRA85 (40) et du CRRA38 (34), la proportion de conseils seuls était moins importante dans notre étude. Cette différence est probablement liée en partie à l'absence de Maisons Médicales de Gardes dans ces deux départements lors de la réalisation de ces études. Par ailleurs, du fait d'une offre de soins moins conséquente en VENDEE, on note également dans l'étude réalisée au CRRA85, un taux d'envoi d'ambulances moindre par rapport au département du VAL DE MARNE.

En outre, l'observance de la consultation était évidemment bien meilleure lorsque des moyens étaient envoyés au patient. A contrario, l'orientation du patient vers une consultation immédiate sans l'envoi de moyens associés, était un facteur de mauvaise observance, et ce, de manière significative. Enfin, le taux d'observance n'était pas influencé par l'orientation vers une consultation avec le médecin aux heures ouvrables ou la simple prescription d'un conseil sans consultation.

Deux études réalisées en FRANCE et en SUISSE retrouvaient quant à elles, une meilleure observance si le patient était directement adressé chez son médecin traitant (34) ou si des conseils sans consultation lui étaient proposés (28). Cependant, ces deux études avaient exclu de l'analyse les patients pour qui un moyen avait été envoyé.

Ainsi, ces différents résultats convergent et mettent l'accent sur une moins bonne observance de la consultation, lorsque les patients sont orientés vers une consultation urgente sans envoi de moyens, comparativement à ceux pour qui le médecin propose un conseil ou une consultation retardée.

L'observance moindre des patients lorsqu'ils sont orientés vers une consultation immédiate sans envoi de moyen pourrait s'expliquer d'après notre étude par une proposition ne correspondant pas à la demande du patient principalement lorsqu'il est orienté vers les urgences, ou par une proposition non réalisable d'après le patient principalement lorsqu'il est orienté vers le SAMI. Cette observance pourrait aisément être augmentée par la recherche systématique de l'adhésion du patient au contrat de soins proposé par le régulateur et la vérification systématique de l'existence d'un moyen de locomotion lorsqu'une consultation sans envoi de moyen est proposée.

5. L'orientation proposée : le conseil

Dans notre travail, la proportion des patients ayant reçu des conseils est de 60%. Ces conseils étaient majoritairement des prescriptions médicamenteuses téléphoniques et des conduites à tenir au domicile. Ces résultats sont superposables à ceux de l'étude réalisée en VENDEE (40).

Notre étude a mis en évidence une différence significative entre les conseils donnés aux patients observants et aux patients non observants. Tout d'abord, les patients non observants avaient significativement reçu plus de conseils multiples. En effet, la multiplicité des conseils augmente d'une part, la probabilité statistique de non observance et d'autre part, le risque de non observance de manière globale (41).

Par ailleurs, le risque de non observance était favorisé par une prescription médicamenteuse téléphonique, tel que le paracétamol. Cette prescription, considérée connue par tous et de ce fait, banalisée, était proposée bien souvent par le médecin sans précision sur les modalités posologiques, et sans vérification de sa disponibilité immédiate dans la pharmacie du patient.

Enfin, le rappel des patients ayant été réalisé quelques jours plus tard, un probable biais de mémorisation est à prendre en considération, ce d'autant plus qu'aucune suggestion sur leur attitude adoptée ne leur avait été soumise lors du questionnaire. Ce biais ne peut être évalué a posteriori, cependant le rappel précoce des patients (3^{ème} jour au 7^{ème} jour après l'appel) à certainement permis de le limiter.

Dans la littérature, l'étude réalisée au CRRA63 n'a quant à elle pas mis en évidence de différence significative sur l'observance des patients en fonction du type de conseil médical prodigué (35).

6. La satisfaction des appelants

Dans l'étude, la satisfaction était globalement excellente avec un taux de réponses favorables toujours supérieur à 75%, à l'instar d'autres études réalisées dans des centres de régulation téléphonique aussi bien en FRANCE qu'à l'étranger (26,29,33).

De plus, dans notre population, la satisfaction de l'appelant semblait jouer un rôle majeur sur l'observance des patients. Ainsi, une mauvaise qualité d'accueil, une incompréhension de la demande du patient et le fait de ne pas répondre à ses questions, diminuaient de manière significative l'observance de recommandations données.

Ces résultats sont similaires à d'autres études retrouvant ces mêmes critères comme facteurs influençant l'observance des conseils prodigués (30,35), ou l'observance de l'orientation vers une consultation (26,34).

7. Qualité de l'entretien lors de la réécoute

Peu d'études réalisées en FRANCE se sont penchées sur la qualité de l'entretien téléphonique. De manière superposable aux résultats de notre étude, deux enquêtes qualitatives réalisées au Centre 15 de LOIRE ATLANTIQUE (33,42) ont confirmé une vérification fréquente par les médecins régulateurs de la compréhension et de l'adhésion du patient à l'orientation proposée. Cependant, les autres critères qualité

recherchés lors de la réécoute des bandes téléphoniques y étaient moins respectés par les médecins régulateurs que dans notre étude.

Dans notre étude, le non respect de deux des critères qualités définis par l'HAS, notamment l'orientation directement proposée au patient, ou la recherche de l'adhésion de l'appelant au contrat de soins, était corrélé à une mauvaise observance. Les deux autres études citées (33,42) n'avaient, quant à elles, pas recherché de lien entre ces critères et l'observance des patients.

La mise en application systématique des recommandations de l'HAS améliore ainsi vraisemblablement la qualité de la régulation à travers notamment une meilleure observance des patients. On regrette cependant à ce jour l'absence de formation à la régulation médicale dans le cursus du praticien généraliste, entraînant parfois une méconnaissance totale ou partielle par le régulateur des critères édités par l'HAS.

D. L'orientation des patients, leur attitude et la recherche de complications

1. Comparaison entre l'orientation en consultation et l'attitude des patients

Dans cette étude, 84 patients n'ont pas respecté l'orientation proposée par le médecin régulateur soit 22% de notre population. Parmi eux, 26 patients (6,9%) ont augmenté l'intensité de leur consultation, notamment en se rendant aux urgences (3,7%) ou chez le médecin généraliste (1,9%). Les 58 autres patients (15,5%) ont au contraire diminué l'intensité de la consultation proposée, en sollicitant leur médecin traitant (5%) ou en ne consultant pas (7,7%).

La proportion de patients majorant l'intensité de leur consultation était relativement faible au regard des résultats d'une autre étude française (34), qui retrouvait une augmentation des moyens de consultation dans 20% des cas. Ces résultats sont à pondérer dans la mesure où la majorité d'entre eux se sont rendus chez leur médecin traitant. Le nombre de patients minorant l'intensité de leur consultation était quant à lui superposable à une autre étude réalisée aux USA (29).

2. Consultation après l'appel et proposition faite lors de cette consultation

Dans notre population, 294 patients (78,4%) ont consulté suite à leur appel dont 31,2% aux urgences, 28,5% chez un médecin généraliste en urgence (SAMI ou médecin de garde), 16,5% chez leur médecin traitant aux heures ouvrables et 2,2% chez un spécialiste. La proportion de patients consultant aux urgences ou chez le médecin traitant était relativement superposable aux données de la littérature (28).

Si la proportion de patients se rendant aux urgences sans y avoir été orientés était faible dans notre étude (14 sur un total de 117 patients, soit 12%), la proportion de ceux consultant leur médecin généraliste sans recommandation du Centre 15 y était relativement élevée (26 sur un total de 62 patients, soit 42%). Ces résultats sont sensiblement similaires à l'étude réalisée au centre 15 de GRENOBLE (34). Cette première consultation eut lieu le plus souvent dans les 12 heures suivant l'appel, en particulier aux urgences.

Aux urgences, des examens médicaux ont été réalisés chez 60% des patients (dont 7 patients (6%) non observants), et la moitié d'entre eux a d'ailleurs été hospitalisée (dont 5 patients (4%) non observants). Ce taux d'hospitalisation (30%) était plus élevé que celui retrouvé dans d'une étude multicentrique réalisée aux sein des urgences françaises dans le cadre de consultations non régulées médicalement (taux d'hospitalisation 19%) (43).

Parmi les patients consultant leur médecin généraliste, seul 6 patients (9%) ont bénéficié d'une prescription d'examens complémentaires et un seul patient (1,6%) a été dirigé vers les urgences pour une prise en charge antalgique. Ces taux retrouvés étaient moins élevés que dans l'étude réalisée par la DREES (44) auprès des médecins généralistes ou des médecins de garde à domicile, consultés en urgence (10% d'examens complémentaires, respectivement 4 et 8% d'orientation vers les urgences). Nos résultats étaient également moins élevés que dans une autre étude réalisée au CRRA38 (34) où 9,6% des patients adressés vers le médecin généraliste ont ensuite été orientés vers les urgences.

3. Seconde consultation

Parmi les patients ayant consulté après l'appel, seuls 20% d'entre eux ont bénéficié d'une seconde consultation dans les 3 jours suivants le contact avec le médecin régulateur du Centre 15, soit un total de 2 visites chez le médecin en trois jours pour 15% de la population étudiée.

Ainsi, près de la moitié de ces patients avait initialement consulté au SAMI et s'était ensuite rendue chez leur médecin généraliste soit pour une amélioration de leur état clinique jugée insuffisante, soit pour être rassurée. On note, non sans intérêt, qu'aucun d'entre eux n'a été adressé aux urgences.

Concernant les 14 patients consultant secondairement aux urgences, la moitié s'y était rendue le même jour, 6 d'entre eux y avaient été adressés par un médecin, et seul un patient, adressé par le médecin de garde, a été hospitalisé.

4. Hospitalisation après l'appel

Notre étude a mis en évidence un total de 35 patients finalement hospitalisés après leur passage aux urgences. Il est important de souligner que l'ensemble de ces patients admis à l'hôpital avait tous été orienté vers une consultation par le médecin régulateur lors de l'appel au centre 15.

Parmi les 30 patients observants pour la consultation, un seul n'avait pas été adressé aux urgences mais orienté vers un médecin de garde, ce dernier l'ayant, du reste, immédiatement redirigé vers les urgences.

Parmi les 5 patients non observants hospitalisés dans notre étude, un patient avait été adressé aux urgences avec les pompiers mais ce dernier avait finalement quitté l'établissement hospitalier sans avoir été examiné par un médecin urgentiste et deux autres patients non observants avaient été orientés vers une consultation immédiate. Les médecins régulateurs du Centre 15 avaient proposé aux deux autres patients de consulter, sans caractère d'urgence, leurs médecins généralistes respectifs aux heures ouvrables. Ces deux patients, arguant de leur inquiétude et de l'intensité de la douleur, ont pris l'initiative de se rendre aux urgences :

- Ainsi, le premier présentait un syndrome grippal, et a bénéficié d'une ponction lombaire pour suspicion de méningite, le diagnostic n'a finalement pas été confirmé ;
- Et, le second a été hospitalisé une nuit pour l'administration intraveineuse d'un traitement à visée antalgique.

Ces données soulignent ainsi qu'aucun de ces patients, bénéficiant d'une régulation par un médecin généraliste au Centre 15, n'a présenté de complications liées à un retard de soins.

Tous ces résultats tendent à confirmer le fort potentiel et la capacité des centres de régulation à améliorer le parcours de soins des patients, notamment aux horaires de la PDSA. Ainsi, notre étude met en exergue le fait que, pour l'ensemble des patients régulés, le niveau de soins employé semblait parfaitement adapté à leur état de santé et ce, même lorsque ces derniers avaient été non observants.

En outre, notre étude souligne l'absence totale d'effet délétère majeur. En effet, seul un patient consultant son médecin généraliste a été adressé aux urgences. Et parmi les patients se rendant secondairement aux urgences, un seul, adressé par le médecin de garde, a été hospitalisé. Tous les patients hospitalisés avaient été préalablement adressés vers un médecin lors de l'appel au centre 15 et ce, sans exception.

Enfin, notre thèse ne retrouve aucun décès précoce sur l'ensemble de la population incluse. Ce résultat très satisfaisant est cependant à pondérer par la présence d'un biais par survie sélective, puisqu'il est possible que certains patients non répondant aient été dans l'incapacité notoire de répondre au téléphone. Cependant, celui-ci est limité, au moins en partie, par le fait que les appels étaient réalisés par des tiers dans 66% des cas.

E. La modification du parcours de soins : comparaison de l'intention et de l'attitude effective des patients

Cette étude souligne l'importance d'une régulation médicale des appels au centre 15, à travers notamment une modification significative du parcours de soins. Ainsi, sur l'ensemble de la population étudiée dans cette étude, seuls 81 patients, soit 21,6% de la population totale, ont déclaré avoir eu une attitude similaire à leurs intentions avant l'appel.

Un biais lié au fait que l'intention des patients a été recueillie a posteriori doit néanmoins être pris en compte dans notre travail. Nonobstant ce biais, les bons résultats retrouvés semblaient peu impactés par ce dernier, dans la mesure où la grande majorité des patients ont déclaré avoir modifié leur intention initiale et ce, le plus souvent en diminuant l'intensité de la consultation.

En plus de ces capacités à modifier le parcours de soins, la régulation médicale des appels lors de la PDSA semble également pouvoir réduire les dépenses de santé. En effet, l'étude a fait ressortir une diminution de l'intensité de la consultation chez la majorité (soit 57,1%) de la population étudiée. Ainsi, une minorité (soit 34 %) des 181 patients qui avaient l'intention de se rendre aux urgences avant l'appel s'y est finalement rendue après l'appel. De plus, 81 patients n'ont pas consulté de médecin suite à la régulation, alors même que 86% d'entre eux affirmaient avoir l'intention de se rendre chez un médecin avant leur appel.

Aucune évaluation objective de l'impact économique de la régulation médicale aux horaires de la PDSA sur les dépenses de santé n'a été menée dans cette thèse, une étude complémentaire chiffrée permettrait de confirmer le potentiel de la régulation sur une éventuelle réduction des coûts.

A contrario, 20% des appelants dans notre étude ont augmenté l'intensité de leur consultation. Ainsi, même si parfois cette augmentation était liée à l'absence de disponibilité des moyens initialement envisagés ; pour une grande partie d'entre eux cette majoration de l'intensité de consultation était davantage liée à une nécessité de consulter plus urgemment et/ou avec des moyens plus conséquents.

Dans la littérature, une autre étude réalisée aux ETATS-UNIS a tenté, à l'instar de notre thèse, d'évaluer la modification du parcours de soins par la régulation. Il en ressort des résultats sensiblement superposables aux nôtres, à la différence près qu'une proportion légèrement plus faible de malades y avait diminué son intensité de consultation (29).

F. Compréhension des recommandations par les appelants

Dans cette étude, le niveau de compréhension des appelants était à l'évidence très important, et semble minimiser les potentiels défauts d'observance liés à des biais de mémorisation.

Concernant la nécessité de consulter un médecin, le taux de concordance entre les affirmations des patients et les informations recueillies par réécoute des bandes du CRAA94 était toujours supérieur à 90% et le coefficient Kappa supérieur à 0,6. A titre comparatif, une étude réalisée au QUEBEC (45) retrouvait un taux de concordance entre les données du dossier infirmier et les informations obtenues lors du rappel des patients de l'ordre de 73%, avec un coefficient de Kappa de 0,45. Ces taux étaient donc très inférieurs à ceux retrouvés dans notre étude.

Parmi les différentes orientations en consultation, la moins bonne concordance était relative à l'orientation des patients vers le médecin traitant. Une étude réalisée en SUISSE (28) retrouvait également une meilleure concordance lorsque le patient était orienté vers les urgences plutôt que vers un médecin généraliste ; le taux de concordance restait quant à lui excellent de l'ordre de 92% avec un coefficient kappa de 0,66. Ces résultats étaient également superposables à une autre étude réalisée en NORVEGE (30) qui comparait ainsi les dires des patients aux résultats issus de la réécoute des bandes de régulation.

Enfin, concernant les conseils proposés aux patients par le médecin régulateur, la concordance était également particulièrement élevée. Ainsi, une analyse dissociée pour chaque type de conseils faisait apparaître une excellente concordance, toujours supérieure à 90% et un coefficient de Kappa supérieur à 0,7. Dans la littérature, aucune étude ne semble avoir évalué ainsi la concordance. Seule une thèse réalisée au CRRA44 (33) comparait la retranscription du conseil selon le patient, au conseil relevé lors de la réécoute des bandes. Les résultats étaient assez superposables, retrouvant ainsi une reformulation exacte du conseil pour 65,3% des patients, et partielle pour 22,1% d'entre eux.

V. Conclusion

Ainsi, notre travail a porté sur l'analyse de l'observance des recommandations téléphoniques faites par les médecins généralistes lors des appels au CRRA94 aux horaires de la PDSA, dans le but d'évaluer et donc d'améliorer le parcours de soins des patients.

Notre étude a permis de mettre en évidence un taux d'observance globale important de ces recommandations médicales (62,9%), aussi bien sur le plan de l'orientation en consultation (77,6%) que sur le plan des conseils prodigués (61,3%) par les médecins régulateurs.

L'insatisfaction des patients est le principal facteur de risque de non observance retrouvé ($OR > 2$, $p < 0,05$). Aux vues de la littérature existante, ce résultat semble cohérent et offre une perspective intéressante d'amélioration du service proposé par les centres 15, à travers notamment la recherche systématique par le médecin d'une adhésion du patient au contrat de soins ($OR\ 0,4376$, $IC_{95\%}\ 0,2-0,8$, $p=0,008$), et ainsi, à un meilleur respect des recommandations de bonnes pratiques éditées par l'HAS en 2011.

Cette thèse met également en évidence comme autres facteurs de risque de non observance :

- Les appels pour syndrome fébrile (OR 2,4, IC95% 1,4-4,1, p=0,0009) ;
- l'orientation vers une consultation immédiate sans envoi de moyens au domicile (OR 1,79, IC95% 1,1-2,9, p=0,02) ; et
- La multiplicité des conseils, en particulier lorsqu'une prise médicamenteuse était recommandée.

En outre, afin d'obtenir un recueil le plus exhaustif possible des recommandations proposées par le médecin régulateur, tous les appels ont fait l'objet d'une réécoute, ce qui a permis de mettre en évidence une excellente compréhension par l'ensemble des appelants des prescriptions téléphoniques. En effet, une concordance toujours supérieure à 87%, avec un coefficient Kappa de Cohen supérieur à 0,66, est retrouvée entre l'orientation proposée par le médecin généraliste régulateur d'après le patient et la réécoute. Ainsi, les facteurs liés à la bonne compréhension du patient ne semblent pas être des éléments déterminants de l'observance.

Par ailleurs, l'analyse de la comparaison entre l'intention initiale des patients et leur devenir a permis de confirmer le rôle clef de la régulation PDSA dans la modification, et donc, dans l'optimisation du parcours de soins. En effet, notre étude relève, après régulation médicale, une intensité moindre de soins dans 57,1% des cas et à contrario, plus importante dans seulement 21,3% des cas.

Ces résultats encourageants permettraient probablement une diminution des coûts liés à ces consultations non programmées, qui rappelons-le, représentent un enjeu majeur de santé publique, tout en garantissant la sécurité des patients. Ainsi, aucun effet indésirable significatif n'a été relevé dans cette étude, tous les patients hospitalisés ayant été préalablement adressés par le médecin régulateur vers une consultation et aucun décès n'ayant été enregistré.

Au final, notre thèse réaffirme bien la nécessité d'un maintien d'un centre unique de réception des appels basé au SAMU-Centre 15, pivot d'une régulation médicale avant toute consultation dans le cadre de la PDSA, à travers la mise en exergue d'une très bonne observance des patients, d'une excellente compréhension des recommandations données, et la capacité démontrée, de cette régulation médicale assurée par le généraliste, à optimiser leur parcours de soins sans effet délétère retrouvé.

VI. Annexe : Cahier d'observations

**Thèse : observance des recommandations
téléphoniques par les patients appelant au
CRRA94-Centre 15 dans le cadre de la PDSA**

Cahier d'observations

Critères d'inclusion :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ■ Appel au 15 durant les horaires de la PDSA | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Régulation par un médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Appel par le patient ou un proche du patient | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Critères d'exclusion :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ■ Mineur < 16 ans | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Interrogatoire téléphonique impossible | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Constat de décès | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Demande d'ambulance sans régulation médicale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Numéro Identification SAMU

Numéro de rappel (par ordre croissant)

**Partie 1 : Informations issues du dossier médical
informatisé**

Date appel initial

__/__/__

Heure appel initial

__H__

Sexe du patient :

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Homme | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Femme | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Age du patient

__ Ans/ __ Mois

Codage motif appel par médecin :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problème hématologique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Problème cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Problème Traumatologique/ accident domestique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Ivresse aiguë | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Problème digestif | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Pédiatrie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Problème neurologique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Problème respiratoire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Problème dermatologique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Problème ORL | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Problème rhumatologique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Problème gynéco-obstétrique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Problème néphrologique/urologique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Problème pharmacologique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Problème psychiatrique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Malaise/ fatigue | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
-

Partie 2 : Informations issues du rappel

Jour du rappel / /

Médecin traitant Oui Non

CMU Oui Non

Appelant = personne concernée par l'appel ? Oui Non

Si non

Lien appelant-patient :

■ Parent Oui Non

■ Enfant Oui Non

■ Grands-parent Oui Non

■ Conjoint Oui Non

■ Frère-sœur Oui Non

■ Autre famille Oui Non

■ Ami Oui Non

Niveau d'étude :

■ Pas de diplôme Oui Non

■ Brevet des collèges Oui Non

■ CAP/BEP Oui Non

■ Bac général/pro/technique Oui Non

■ Bac +2 (BTS, autre) Oui Non

■ Bac +3/4 (licence, maîtrise) Oui Non

■ Bac +5 (master, école d'ingénieur, école d'art) Oui Non

■ Bac+ 7 (Doctorat, post-doctorat, thèse) Oui Non

Consultation dans les 5 jours précédents Oui Non

Sentiment de gravité Oui Non

Sentiment d'anxiété Oui Non

Qualité de l'accueil :

■ Bon Oui Non

■ Mauvais Oui Non

■ Neutre Oui Non

Temps d'expression suffisant Oui Non

Compréhension de la demande :

■ Oui Oui Non

■ Non Oui Non

■ Partiellement Oui Non

Orientation proposée d'après le patient :

■ Conseil Oui Non

■ Médecin de garde à domicile Oui Non

■ SAMI initialement Oui Non

■ SAMI en l'absence d'amélioration Oui Non

■ SAU par ses propres moyens initialement Oui Non

■ SAU par ses propres moyens en l'absence d'amélioration Oui Non

■ Ambulance Oui Non

■ Pompiers Oui Non

■ Médecin généraliste aux heures ouvrables initialement Oui Non

■ Médecin généraliste aux heures ouvrables en l'absence d'amélioration Oui Non

■ Médecin spécialiste aux heures ouvrables initialement Oui Non

■ Médecin spécialiste aux heures ouvrables en l'absence d'amélioration Oui Non

Si conseil, type de conseil :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ecoute/réassurance | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input checked="" type="checkbox"/> Surveillance | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input checked="" type="checkbox"/> Conduite à tenir à domicile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input checked="" type="checkbox"/> Prise d'un médicament | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Reformulation Conseil :

Compréhension de l'orientation Oui Non

Pertinence de l'orientation Oui Non

Réponse à la question posée :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input checked="" type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input checked="" type="checkbox"/> Partiellement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Proposition de rappel au 15 :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input checked="" type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ne sait pas | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Attitude immédiatement après l'appel :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ■ Surveillance | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Conduite à tenir à domicile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Prise des médicaments conseillés | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Médecin de garde à domicile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ SAMI | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ SAU par ses propres moyens | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Ambulance | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Pompiers | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Médecin généraliste aux heures ouvrables | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Médecin spécialiste aux heures ouvrables | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Pharmacie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Automédication | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Rien | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Rappel 15 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Autre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Rappel au 15 Oui Non

Si Oui :

Accueil :

- | | | |
|-----------|------------------------------|------------------------------|
| ■ Bon | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Mauvais | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Neutre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Modification de l'orientation :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Conseil | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Médecin de garde à domicile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> SAMI initialement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> SAMI en l'absence d'amélioration | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> SAU par ses propres moyens initialement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> SAU par ses propres moyens en l'absence d'amélioration | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Ambulance | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Pompiers | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste aux heures ouvrables initialement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste aux heures ouvrables en l'absence d'amélioration | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste aux heures ouvrables initialement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste aux heures ouvrables en l'absence d'amélioration | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si conseil, type de conseil :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ecoute/réassurance | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Surveillance | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Conduite à tenir à domicile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Prise d'un médicament | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Reformulation conseil

Attitude immédiatement après le rappel :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ■ Surveillance | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Conduite à tenir à domicile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Prise des médicaments conseillés | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Médecin de garde à domicile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ SAMI | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ SAU par ses propres moyens | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Ambulance | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Pompiers | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Médecin généraliste aux heures ouvrables | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Médecin spécialiste aux heures ouvrables | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Pharmacie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Automédication | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Rien | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Rappel 15 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Autre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Observance d'après le malade : Oui Non

Si non, raison de la non observance :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ■ Proposition non conforme à la demande de l'appelant | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Pas d'amélioration | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Peur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Proposition non réalisable | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Amélioration spontanée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Dégradation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Autre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Consultation médicale suite à l'appel :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Médecin de garde | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> SAMI | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant aux heures ouvrables | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste aux heures ouvrables | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> SAU | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Propositions du médecin consulté :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conduite à tenir au domicile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Réassurance/ écoute | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Surveillance | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Prise de médicaments | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Examens médicaux | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Consultation avec le médecin traitant | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Consultation avec le médecin spécialiste | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> SAU | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Consultation supplémentaire après l'appel

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Le jour même | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Le lendemain | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Le deuxième jour | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Le troisième jour | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si oui, lieu de consultation :

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ■ Le médecin de garde à domicile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Le médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Le médecin spécialiste | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Le SAMI | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Le SAU | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Autre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Propositions du médecin consulté :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ■ Conduite à tenir au domicile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Réassurance/ écoute | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Surveillance | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Prise de médicaments | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Examens médicaux | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Consultation avec le médecin traitant | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Consultation avec le médecin spécialiste | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ SAU | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Hospitalisation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Autre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Attitude si le 15 n'existait pas :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pompiers | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Ambulance | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> SAU | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> SAMI | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Automédication | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Pharmacie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste aux heures ouvrables | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste aux heures ouvrables | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Médecin de garde à domicile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Rien | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Ne sait pas | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Note de 0 à 10

Rappel au 15 si besoin

Oui Non

Recommandation du 15 à un proche

Oui Non

Commentaire libre

-

Partie 3 : Informations issues de la Réécoute

Durée appel __Min__

Attente avant ARM __Min__

Durée ARM __Min__

Délai ARM-médecin __Min__

Attente totale avant médecin __Min__

Durée Médecin __Min__

Orientation proposée :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conseil | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Médecin de garde à domicile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> SAMI initialement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> SAMI en l'absence d'amélioration | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> SAU par ses propres moyens initialement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> SAU par ses propres moyens en l'absence d'amélioration | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Ambulance | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Pompiers | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste aux heures ouvrables initialement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste aux heures ouvrables en l'absence d'amélioration | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste aux heures ouvrables initialement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste aux heures ouvrables en l'absence d'amélioration | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si conseil, retranscription :

Qualité de l'appel :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ■ Orientation proposée directement au malade si apte | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Proposition rappel au 15 si besoin | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Vérification de la bonne compréhension | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Demande de reformulation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Information de l'hypothèse diagnostic | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Information de la décision | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Information du délai si envoi de moyens | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Adhésion au contrat de soins | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Demande à parler au patient si apte | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Deuxième appel Oui Non

Si oui :

Date / /

Heure H

Modification de l'orientation :

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ■ Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Conseil | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Médecin de garde à domicile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ SAMI initialement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ■ SAMI en l'absence d'amélioration | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ SAU par ses propres moyens initialement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ SAU par ses propres moyens en l'absence d'amélioration | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Ambulance | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Pompiers | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Médecin généraliste aux heures ouvrables initialement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Médecin généraliste aux heures ouvrables en l'absence d'amélioration | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Médecin spécialiste aux heures ouvrables initialement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ■ Médecin spécialiste aux heures ouvrables en l'absence d'amélioration | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si conseil reformulation :

3^{ème} appel

Oui Non

Si oui :

Date

__/__/__

Heure

__H__

Commentaire

VII. Bibliographie

1. Descours C, Honoraire S. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Paris Ministère Solidar Santé Prot Soc [Internet]. 2003 [cited 2015 Apr 13]; Available from: <http://www.unof.org/IMG/doc-33.pdf>
2. HAS. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. 2011 Mar; Available from: www.has-santé.fr
3. Article 77 du Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant sur le code de déontologie médical.
4. Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. 296AD.
5. Docteur Jean-Yves GRALL. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Août, 2007.
6. Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.
7. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n° du juillet 2009 page 12184, 167AD.

8. Agence Régionale de Santé Ile-de-France. Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoires en île de France. Arrêté DGARS 22 Décembre 2014 – N° DOSMS-2014-324.
9. Article L6314 du code de la santé publique.
10. Ministère de la santé et des sports - Direction générale de l'offre de soins. Fiche métier Assistant de Régulation Médicale [Internet]. Available from: <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=117#ancr5>
11. M. PHILIPPE BOENNEC. Rapport d'information fait sur la permanence des soins. Oct 21, 2008.
12. HAS. Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale. 2009; Available from: www.has-sante.fr
13. Giroud Marc. La régulation médicale en médecine d'urgence. Réanimation. 2009 Dec; 18(8):737-41.
14. Insee. Ile de France : La région et ses départements [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 29]. Available from : www.insee.fr
15. Drees. Recueil d'indicateurs régionaux, offre de soins et état de santé. 2014.
16. Conseil National de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er Janvier 2015 [Internet]. 2015. Available from : www.demographie.medecin.fr

17. IPSOS santé, URML. Les situations d'urgence ressentie Rapport de l'enquête auprès des Franciliens. 2008.
18. Agence Régionale de Santé Ile-de-France. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires ; Déclinaison territoriale du Val-de-Marne. 2015 Jan;
19. Fernandes Lopes S. Etat des lieux de la permanence de soins ambulatoires en Ile de France [Internet]. Université Paris Diderot; 2013 [cited 2014 Dec 9]. Available from: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4517_FERNANDES_LOPES_these_Etats_des_lieux_de_la_Permanence_de_soins_ambulatoires_en_Ile-de-France.pdf
20. Rapport d'activité SAMU 94. 2014.
21. CONFERENCE D'EXPERTS S de FSF d'Anesthésie et de R. « Réception et régulation des appels pour les urgences médicales en dehors de l'hôpital ». 2006.
22. Giroud Marc. La qualité en régulation médicale. Conférence Congrès Urgences Paris 2007 659-671.
23. MEAH. Améliorer l'organisation des Centres 15, Chaque appel compte, Chaque seconde compte Rapport de fin de chantier pilote 2008.
24. Samu-Urgences de France (SUdF), Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). SAMU CENTRES 15 REFERENTIEL ET GUIDE D'EVALUATION. 2015.

25. Foster J, Jessopp L, Chakraborti S. Do callers to NHS Direct follow the advice to attend an accident and emergency department? *Emerg Med J.* 2003;20(3):285–8.
26. Joyce D. Moore; Robert M. Saywell; Nitesh Thakker; Thomas A. Jones. An analysis of patient compliance with nurse recommendations from an after-hours call center. *AM J Manag Care.* 2002;8(4):343–51.
27. Sally Brown*, Emily Henderson, Jennifer Howse and Greg Rubin. Patient views of single number access to urgent care services. *Family Practice* 2012; 2090:711–36–718.
28. Niemann S, Meer A, Simonin C, Abel T. Medical telephone triage and subsequent patient behaviour: How do they compare? *Emergency.* 2004;33:32–9.
29. Bogdan GM, Green JL, Swanson D, Gabow P, Dart RC. Evaluating patient compliance with nurse advice line recommendations and the impact on healthcare costs. *Am J Manag Care.* 2004 ; 10(8):534–42.
30. Hansen EH, Hunskaar S. Understanding of and adherence to advice after telephone counselling by nurse: a survey among callers to a primary emergency out-of-hours service in Norway. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011; 19:48.
31. Guinemer S. Evaluation de l'efficacité du conseil de médecine générale donné par un centre de régulation et de réception des appels (étude CMT93). Université de Paris-Nord; 2012.

32. Vartanian C et coll. Conseils téléphoniques au Centre 15 de la Seine-Saint-Denis. Etude prospective à propos de 1547 cas. La revue des SAMU. Médecine d'urgence-2006 ; 325-330.
33. Gwenaëlle James. Les conseils médicaux délivrés par les médecins régulateurs généralistes du Centre 15 de Loire-Atlantique : Etude descriptive et analytique sur une semaine de régulation. Université de Nantes. 20 octobre 2009. 89 pages.
34. Labarere J, Torres JP, François P. Patient compliance with medical advice given by telephone. Am J Emerg Med. 2003 Jul ; 21(4) :288-92.
35. 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'améliorations. Université de Clermont-Ferrand; 2011.
36. réseau Sentinelles, INSERM/UPMC, <http://www.sentiweb.fr>. Syndromes grippaux, saison 2014-2015 [Internet]. Available from: <https://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/?page=epidemies>
37. Michel Cucherat F de ML-L. Interprétation des essais cliniques pour la pratique médicale [Internet]. 2009 [cited 2016 Apr 13]. Available from: <http://www.spc.univ-lyon1.fr/polycop/critere%20composite.htm>
38. Susman G. Influence du nombre de dossiers horaires sur la décision du médecin régulateur de la permanence des soins en Haute-Garonne [Internet]. 2013 [cited 2014 Dec 17]. Available from: <http://thesesante.ups-tlse.fr/31/2/2013TOU31005.pdf>

39. De Coster C, Quan H, Elford R, Li B, Mazzei L, Zimmer S. Follow-through after calling a nurse telephone advice line: a population-based study. *Fam Pract.* 2010 Jun 1;27(3):271–8.
40. Lefort I-A. Régulation de la permanence de soins ambulatoires au SAMU 84 : Intérêt d'une procédure de rappel standardisée [Thèse de médecine générale]. Université de Nantes; 2013.
41. Marguerite Cognet EA-V. L'observance : Analyse critique des savoirs [Internet]. Laboratoire de Recherche : URMIS- UMR IRD 205; 2010. Available from: <http://www.unice.fr/urmis/>
42. Nicolas GOFFINET. Qualité de la relation téléphonique au SAMU – Centre 15 du CHU de NANTES [Thèse de médecine générale]. Université de Nantes; 2010.
43. Drees. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes Résultats N°212.* 2003 Jan;
44. Marie Gouyon. Les urgences en médecine générale. DRESS; 2006.
45. Leclerc B-S, Dunnigan L, Côté H, Zunzunegui M-V, Hagan L, Morin D. Callers' ability to understand advice received from a telephone health-line service: Comparison of self-reported and registered data. *Health Serv Res.* 2003;38(2):697–710.

Summary

Compliance of telephonic advice given by general practitioners of call *Centres 15* out-of-hours service have not been subject to many studies in spite of being a major issue of public health.

The main purpose of this study is to assess this compliance. Secondary objectives are research of non-compliance factors, assessing callers' understanding and assessing potential modification of patients' healthcare circuit. This observational prospective study carried out in *SAMU 94* and based on a telephonic survey has been completed with a retrospective analysis of the telephone record files. The main assessment criterion was the compliance, defined as the correspondence between prescriptions of general practitioners and the behavior of the patient.

In February 2015, 236 patients on 375 complied with the advice, ensuing a 62.9% rate. The main non-compliance factors observed ($p < 0.05$) were dissatisfaction of patients, ($OR > 2$), the lack of research of patients' adherence to medical care, or the prescription of an immediate consultation without any help sent to the patient ($OR 1.79$). The understanding of callers has proved to be excellent with a correspondence between the survey data and the playback exceeding 87% and a Kappa coefficient exceeding 0.65. Finally the patients' healthcare circuit has been adjusted in 78.4% of cases, which includes a lower intensity of care cases of 57%.

This study reveals the importance of a proper out-of-hours service medical regulation system, through the understanding and compliance of advice, which have been proven to be excellent, and the ability of this system to improve patients' healthcare circuit without any adverse event observed.

PERMIS D'IMPRIMER

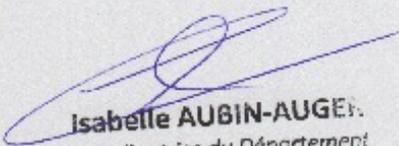
VU :

Le Président de thèse
Université *Paris Diderot*
Le Professeur *AUBIN-AUGER*

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

Date *28/4/2016*



Isabelle AUBIN-AUGER
Coordinatrice du Département
de médecine Générale
de l'Université Paris Diderot
15 Rue Henri Huchard
75890 PARIS Cedex 18

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Philippe RUSZNIEWSKI

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

Résumé

L'observance des recommandations téléphoniques données par les médecins généralistes des Centres 15 lors de la Permanence De Soins Ambulatoires (PDSA) a fait l'objet de peu d'études malgré son enjeu majeur en santé publique.

Notre objectif principal était l'évaluation de cette observance, avec comme objectifs secondaires : la recherche des facteurs de non observance, l'évaluation de la compréhension des appelants et de la modification éventuelle de leurs parcours de soins. Cette étude prospective observationnelle réalisée au SAMU 94 à partir d'un questionnaire téléphonique est complétée par une analyse rétrospective par réécoute des appels. Le critère de jugement principal était l'observance, définie par la concordance entre les recommandations du médecin régulateur et la conduite tenue par le patient.

En février 2015, sur 375 patients inclus, 236 furent observants soit 62,9%. Les principaux facteurs de non observance retrouvés (avec $p < 0,05$) sont l'insatisfaction des patients (OR > 2), l'absence de recherche d'adhésion des patients aux soins (OR 2,29) ou une consultation immédiate recommandée sans envoi de moyens (OR 1,79). Leur compréhension était excellente avec une concordance entre les données du questionnaire et celles de la réécoute supérieure à 87% et un coefficient Kappa supérieur à 0,65. Enfin, le parcours de soins des patients fut modifié dans 78,4% des cas, dont 57% en rétrogradant l'intensité de leur consultation.

Cette étude démontre l'importance d'une régulation médicale de qualité lors de la PDSA, à travers une compréhension et une observance des recommandations retrouvées excellentes et sa capacité à optimiser le parcours de soins des patients sans effet délétère retrouvé.

Mots clés : Observance, Permanence De Soins Ambulatoires, Régulation