

Année 2021

2021 TOU3 1112

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Pauline GROSHENS

Le 18 novembre 2021

Observance des conseils médicaux délivrés par les médecins régulateurs généralistes dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires en Haute-Garonne

Directeur de thèse :

Dr Arnaud Ferouelle

JURY :

Monsieur le Professeur	Pierre MESTHÉ	Président
Monsieur le Professeur	Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Madame le Docteur	Pauline MUNIER	Assesseur
Monsieur le Docteur	Pierre MASSOL	Assesseur
Monsieur le Docteur	Arnaud FEROUELLE	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
		Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
		Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
		Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques
		Professeur ARLET Philippe	
		Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
		Professeur BOCCALON Henri	
		Professeur BOUTAULT Franck	
		Professeur BONEU Bernard	
		Professeur CARATERO Claude	
		Professeur CHAMONTIN Bernard	
		Professeur CHAP Hugues	
		Professeur CONTE Jean	
		Professeur COSTAGLIOLA Michel	
		Professeur DABERNAT Henri	
		Professeur FRAYSSE Bernard	
		Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
		Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
		Professeur GRAND Alain	
		Professeur JOFFRE Francis	
		Professeur LAGARRIGUE Jacques	
		Professeur LANG Thierry	
		Professeur LAURENT Guy	
		Professeur LAZORTHES Yves	
		Professeur MAGNAVAL Jean-François	
		Professeur MANELFE Claude	
		Professeur MASSIP Patrice	
		Professeur MAZIERES Bernard	
		Professeur MOSCOVICI Jacques	
		Professeur MURAT	
		Professeur RISCHMANN Pascal	
		Professeur RIVIERE Daniel	
		Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	

Professeurs Emérites

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédéricque	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUAUD Sandra

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELOLD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GÓMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARÉ Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements au jury :

Au président du jury :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ, Professeur des Universités, Médecin Généraliste.
Vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN, Professeur Associé de Médecine Générale, Médecin Généraliste.

Je vous remercie d'avoir accepté d'honorer ce travail de votre attention en acceptant de participer à ce jury de thèse. Je vous remercie également pour votre présence, votre investissement et votre écoute auprès des internes de médecine générale.

Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements.

Madame la Docteur Pauline MUNIER, Chef de Clinique des Universités, Médecin Généraliste.

Merci pour ton accompagnement et pour tes précieux conseils, de l'externat strasbourgeois à l'internat toulousain. Je te remercie d'avoir accepté mon invitation à ce jury de thèse.

Monsieur le Docteur Pierre MASSOL, Docteur en Médecine Générale, Médecin Généraliste.

Merci pour votre aide notamment au commencement de ce projet de thèse, pour votre accueil et votre implication au sein de la permanence des soins.

À mon directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Arnaud FEROUELLE, Docteur en Médecine Générale, Médecin Urgentiste.

Merci d'avoir accepté la direction de cette thèse et d'avoir porté de l'intérêt à ce travail. Merci pour ton soutien et ta disponibilité tout au long de l'élaboration de cette thèse.

Ton accompagnement et tes conseils ont été précieux.

Remerciements personnels :

À **mes parents**, voilà c'est terminé, « le contrat des 9 ans » arrive à échéance ! Je ne trouverai jamais assez de mots pour vous remercier. Merci pour tout : votre présence, votre soutien inconditionnel et tous vos sacrifices. Je vous aime très fort.

À **Marie et Léon**, merci pour votre présence, pour les repas de première année et ces deux années de colocation. J'essayerai d'exercer une médecine écologique, je vous le promets.

À **mes grands-parents, à mes oncles, tantes, cousins et cousines**, merci d'avoir accepté mes absences durant les repas de fête, merci pour votre amour et votre soutien. Merci à toi Sophie pour nos folles escapades loin des livres et pour me pousser à dépasser mes limites.

À **Florian**, pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. Merci pour ton soutien, ton humour, ta présence et ta patience qui est un plat qui se mange sans sauce.

À **Audrey**, pour ton perfectionnisme et tes longues relectures, pour ta présence à n'importe quelle heure du jour et de la nuit, pour ton expérience et ta maturité. Tu sais toute l'admiration que j'ai pour ta force et ton courage.

À **Maud, Ksénia et Renaud**, merci pour votre amitié. Merci à toi Renaud de m'avoir sauvée cette nuit de juillet 2015. Ksénia, merci pour ta présence, ta joie et ta bonne humeur. De Strasbourg à Toulouse, merci Maud pour ton écoute et pour cette amitié qui ne cesse de grandir. Tu es présente depuis les premières années, je t'en remercie.

À **Marie et Mathieu**, merci pour tout et en particulier pour ce semestre d'hiver à Saint Gaudens. Merci Marie de m'avoir supportée et d'avoir été là dans les moins bons moments. Merci pour tes petits repas, pour ta présence et ton soutien sans faille. Merci Mathieu d'avoir des « amis IDE migrants ». Je vous en suis reconnaissante.

À **Léa et Hugo**, merci pour toute la bonne humeur ayant agrémenté nos soirées carcassonnaises. Merci également pour tous les autres moments que l'on a partagés à la mer comme à la montagne, aux soirées jeux comme aux soirées musicales. Votre amitié m'est chère.

À **mes licornes à cornes**, merci pour votre compréhension face à mes absences, pour votre joie et votre bonne humeur, pour le plaisir constant de vous retrouver et pour nos rendez-vous annuels. Malgré la distance qui nous sépare, vous êtes toujours là.

À **Lisa**, merci pour ces 15 années d'amitié et pour ta joie permanente. Jetzt geht's los !

À **Vincent**, merci pour ces 10 années d'amitié, de soutien et pour ton humour, pas toujours compréhensible.

À l'externat :

Elise, Thomas et Gauthier, merci pour ces soirées et votre bonne humeur. Merci pour tous ces moments en stage, mais aussi pour nos sorties extérieures. Merci Inès pour ta présence et ton soutien. Marie G, merci pour les colles de première année, pour ton amitié et ta joie de vivre. Merci Pauline K, malgré la distance, j'ai toujours une pensée pour toi.

Aux colocs et amis, Julie V pour ta gentillesse, pour avoir partagé ton amour pour la médecine et pour m'avoir acceptée à tes côtés lors de certaines consultations. Merci à mes « presque colocs » carcassonnaises Marie G et Léa L. Merci Marie A pour ta présence et ton soutien, merci aussi à toi Philippe, ce premier confinement aura été si particulier. Merci à Camille et Cyrielle, vous savez l'aide que vous m'avez apportée et l'amitié que j'ai pour vous. Enfin, merci à Laura pour ton rhum réunionnais et ta bonne humeur, merci Daniella pour ta relecture et ton écoute attentive, merci Laura pour nos fous-rires et merci Théo pour ces parties de belotes endiablées.

À toute la team albigeoise, merci pour ce semestre d'été 2020 mais aussi pour nos retrouvailles aux quatre coins de l'Occitanie. Ségolène, merci pour ta douceur, ton écoute et j'attends la revanche au Munchkin. Céline, pour tes talons et tes aventures albigeoises pleines de rebondissements. Merci Paulo d'être toujours présent, de maintenir ce groupe, parfois dissipé, et merci pour ton humour et ta gentillesse.

À la team de l'AIMG-MP, à Loic qui m'a embarqué dans cette aventure, à Nolwenn, Laurie, Audrey et Elodie nos présidentes de choc. A Marion et Guillaume pour votre accueil, je vous dis merci ! Pensées à la team stage et à Elise P pour ton aide pendant ces deux dernières années. Bon courage à la nouvelle équipe, j'ai une pensée amicale pour vous tous et pour votre engagement.

À mes maîtres de stage, pour m'avoir transmis votre savoir et votre pratique m'ayant permis de devenir le médecin que je suis aujourd'hui. Merci à Claire et Arnaud Chabardès pour m'avoir apporté une autre vision de notre exercice. Merci à toi Laurence Bardy Brierre, de m'avoir tant appris en pédiatrie mais aussi pour ta présence lors de l'isolement lié au confinement. Merci à l'équipe médicale de Saint Béat pour votre accueil et merci en particulier à Laurent Fournes pour ce premier SASPAS. L'aventure continue ! Merci aussi à Anne Lagorce pour ce dernier stage gersois et pour ta bonne humeur.

Enfin, à tous ceux que j'oublie et qui ont croisé mon chemin durant ces longues années d'études, je vous dis MERCI !

TABLE DES MATIERES

<u>TABLE DES FIGURES.....</u>	<u>2</u>
--------------------------------------	-----------------

<u>TABLE DES TABLEAUX</u>	<u>2</u>
--	-----------------

<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u>	<u>3</u>
--	-----------------

<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>4</u>
---------------------------------	-----------------

MATERIEL ET METHODE	7
----------------------------------	----------

I. TYPE D'ETUDE.....	7
-----------------------------	----------

II. POPULATION.....	7
----------------------------	----------

III. DONNEES ETUDIEES.....	7
-----------------------------------	----------

IV. PROTOCOLE DE RECUEIL.....	8
--------------------------------------	----------

V. CRITERES DE JUGEMENT	9
--------------------------------------	----------

1. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL	9
--	---

2. CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES	9
---	---

VI. DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES	9
--	----------

VII. ANALYSES DES DONNEES.....	9
---------------------------------------	----------

<u>RESULTATS</u>	<u>11</u>
-------------------------------	------------------

I. DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE	11
--	-----------

II. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL	12
--	-----------

III. CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES	12
--	-----------

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	13
--	-----------

CARACTERISTIQUES DE L'APPEL.....	14
---	-----------

CARACTERISTIQUES RECUEILLIES LORS DU RAPPEL TELEPHONIQUE	15
---	-----------

SATISFACTION.....	18
--------------------------	-----------

<u>DISCUSSION</u>	<u>20</u>
--------------------------------	------------------

<u>CONCLUSION.....</u>	<u>28</u>
-------------------------------	------------------

<u>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</u>	<u>29</u>
--	------------------

<u>ANNEXES.....</u>	<u>33</u>
----------------------------	------------------

I. ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DU RAPPEL TELEPHONIQUE	33
---	-----------

II. ANNEXE 2 : PROCEDURES REGLEMENTAIRES	37
---	-----------

III. ANNEXE 3 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	38
---	-----------

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux	11
Figure 2 : Raisons rapportées de non-observance.....	12
Figure 3 : Répartition des patients en fonction de leur âge	13
Figure 4 : Répartition des appels en fonction du jour de la semaine	14
Figure 5 : Lien entre appelant et patient.....	14
Figure 6 : Répartition des motifs d'appel	15
Figure 7 : Attitude si numéro de régulation médicale non disponible	17
Figure 8 : Satisfaction globale.....	18
Figure 9 : Satisfaction concernant le temps d'attente	18
Figure 10 : Sensation d'écoute	19

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des appelants.....	13
Tableau 2 : Caractéristiques recueillies lors du rappel.....	16

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD	=	Affection Longue Durée
ARM	=	Assistant de Régulation Médicale
ARS	=	Agence Régionale de Santé
CCMU	=	Classification Clinique des Malades des Urgences
CHU	=	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	=	Couverture Maladie Universelle
CNIL	=	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM	=	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPP	=	Comité de Protection des Personnes
CRRA	=	Centre de Réception et de Régulation des Appels
DES	=	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DIU	=	Diplôme Interuniversitaire
DPC	=	Développement Professionnel Continu
DREES	=	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU	=	Diplôme Universitaire
DUMG	=	Département Universitaire de Médecine Générale
HAS	=	Haute Autorité de Santé
HPST	=	Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IDE	=	Infirmier Diplômé d'Etat
INSEE	=	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MMG	=	Maison Médicale de Garde
OMS	=	Organisation Mondiale de la Santé
PDS	=	Permanence Des Soins
PDSA	=	Permanence Des Soins Ambulatoires
SAMU	=	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	=	Service d'Accueil des Urgences

INTRODUCTION

Avant 2003, la permanence des soins (PDS) était organisée de manière très inégale sur le territoire français sans aucun cadre légal. Les soins ambulatoires en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux relevaient principalement de la responsabilité déontologique de chaque médecin généraliste. L'article 77 du code de déontologie médicale précise en 1995 que « c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit » (1).

Suite à une forte augmentation de la charge de travail des médecins libéraux et de certaines inégalités, une grève illimitée des gardes en novembre 2001 a permis de repenser l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

La réforme dite « Mattei » de 2002 a mis fin à l'obligation de garde (« tour de garde ») incombant aux médecins libéraux. Dans certains territoires, la réorganisation du système a favorisé de nouvelles approches de coopération avec notamment la création de maisons médicales de garde (MMG) ou de centres de réception et de régulation des appels (CRRA) (2).

La nouvelle organisation de la PDS a pour objectif de filtrer les demandes de soins non programmés pour réorienter celles dont les réponses peuvent être apportées par le médecin traitant dans le cadre d'une consultation programmée (3). Le but était ainsi de diminuer les actes et les visites non nécessaires en optimisant la réponse médicale de la permanence des soins.

Parallèlement, le nombre de passages dans les services d'urgences n'a cessé d'augmenter d'années en années. En effet, celui-ci a doublé de 1990 à 2004, passant de 7 à 14 millions de passages par an (4). Le dernier rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2018 souligne cette évolution. Les établissements de santé ont enregistré 21 millions de passages durant l'année 2016, soit une progression de 3,5% par rapport à 2015 (5). Environ 14% des patients passant par un service d'urgences sont classés CCMU1 dans la Classification Clinique des Malades des Urgences, c'est-à-dire présentant un état clinique jugé stable et ne justifiant pas de recours à des actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques. Cette classification, bien que subjective, suggère néanmoins que ces patients pourraient être gérés en médecine ambulatoire (6).

C'est dans ce contexte d'accroissement de la demande de consultations ambulatoires que les structures de PDSA ont été créées en 2003. Cela permet, grâce à une collaboration entre les établissements de santé et les médecins généralistes (7), d'effectuer les soins de premiers recours propres aux généralistes tout en déchargeant les structures de soins.

Le rapport du Dr. Grall en 2007, confirmé par la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) du 31 juillet 2009, précise que cette activité doit être régulée. Cette régulation médicale s'effectue au sein des CRRA par des médecins participant sur la base du volontariat. Cette participation reste cependant un devoir sur le plan déontologique (8) et son organisation est un enjeu majeur de santé publique afin de répondre aux besoins de soins de la population. Elle a pour objectif de permettre une meilleure adéquation entre la demande et les ressources disponibles en dehors des horaires habituels d'ouverture des cabinets médicaux (9). Les horaires réglementaires de fonctionnement de la PDSA sont répartis de manière quotidienne de 20h à 8h, les samedis de midi à 20h et les dimanches et jours fériés de 8h à 20h (10).

En Haute-Garonne, « Régul' 31 » est l'association qui réunit l'ensemble des médecins généralistes qui assurent la régulation libérale au sein des locaux du SAMU dans le département via le numéro d'appel 3966 (10). En 2018, la PDSA de Haute-Garonne a reçu 92 491 appels, régulés par 97 médecins généralistes. Cependant, face au contexte démographique actuel, des accords se mettent progressivement en place pour élargir ces plages horaires dans la régulation libérale (11). C'est le cas en Haute-Garonne où un accord a été établi entre la Régul'31 et la régulation SAMU-Centre 15 du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse pour instaurer une permanence le samedi matin de 8h à 12h. En cette période de pandémie au coronavirus, une permanence téléphonique en journée a également été mise en place afin de répondre à une plus forte demande.

De plus, en Occitanie, un volume annuel d'heures dit « renfort » est mobilisable dans la limite de 200 heures par département sans accord préalable de l'Agence Régionale de Santé (ARS) afin d'ajuster les effectifs en période épidémique ou d'afflux touristique (12).

Le territoire couvert par la PDSA est vaste. Le département de la Haute-Garonne comprend sept bassins de population : Cornebarrieu, L'Union, Muret, Revel, Toulouse, Saint-Gaudens et Villefranche de Lauragais et la superficie totale du territoire est de 6 309km² pour une population de 1 388 393 habitants (au 1er janvier 2018 - source INSEE) (13,14).

En termes de densité de population, la Haute-Garonne est dans les dix départements métropolitains les plus densément peuplés hors Ile-de-France (15).

Dans le contexte de régulation médicale de la PDSA, près de la moitié des dossiers bénéficient d'un conseil médical délivré par les médecins régulateurs (16).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a reconnu que la non-observance thérapeutique est un frein majeur des systèmes de santé dans la concrétisation des objectifs sanitaires dans le monde (17).

Cette non-observance entraîne des complications médicales et psychosociales, diminue la qualité de vie des patients, augmente la probabilité de développer des pharmacorésistances et provoque un gaspillage des ressources, tant médicales qu'économiques (18). Optimiser l'observance thérapeutique aurait ainsi plus d'impact en termes de santé mondiale que le développement de nouveaux médicaments (19).

A notre connaissance, aucune étude en Haute-Garonne n'a analysé l'observance par l'appelant lors d'une régulation médicale de PDSA.

L'objectif de cette étude est de déterminer l'observance des appelants et leurs caractéristiques lorsque des conseils médicaux sont délivrés par un médecin généraliste au cours d'un dossier de régulation médicale de la permanence des soins ambulatoires en Haute-Garonne.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, monocentrique, observationnelle descriptive, avec analyse rétrospective des données de régulation et rappels téléphoniques des appelants.

II. Population

Du lundi 02 novembre 2020 00h01 au dimanche 08 novembre 2020 23h59, l'ensemble des appelants pris en charge par le médecin généraliste régulateur ayant bénéficié d'un conseil médical et ayant donné leur consentement oral ont été inclus dans cette étude. A noter que sur notre période d'inclusion et de tension liée à la situation sanitaire, les horaires de la régulation ont été élargis à la journée. L'ensemble des appels de la PDSA et de la régulation de médecine générale en journée ont été inclus dans l'étude.

L'appel initial pouvait provenir du patient lui-même ou de l'un de ses proches et être directement issu d'un appel au 3966 ou faire suite à un transfert d'appel du 15, de la régulation des sapeurs-pompiers ou de la régulation de SOS médecins.

Étaient exclus : les appels avec envoi d'effecteur, ceux émanant de professionnels de santé ou ceux dont le motif était la réalisation de certificat de décès. Ont également été exclus, les dossiers avec identité incomplète de l'appelant ou dont le numéro de contre-appel n'était pas renseigné et également les appelants mineurs. Les appels où une barrière de langue ne permettait pas la réalisation du questionnaire n'ont pas été inclus.

Ont été déclarés perdus de vue, les patients ne répondant pas après la troisième tentative d'appel.

III. Données étudiées

Les données ont été extraites par voie informatique, via l'application de régulation «AppliSAMU®». Le recueil personnel et les données obtenues lors du rappel téléphonique ont été centralisées sur le logiciel Microsoft Excel 2016®. Les données recueillies ont été anonymisées afin de ne pas permettre l'identification des patients.

Ces données concernaient les données épidémiologiques de l'appelant, son âge, son sexe, son lieu de résidence, son lien de parenté avec le patient mais également sa satisfaction globale quant à l'appel réalisé (ainsi que sa satisfaction concernant le temps d'attente, l'écoute générale et le conseil donné). L'anxiété du patient, ses attentes, sa compréhension, sa capacité de reformulation du conseil reçu et l'observance rapportée par rapport à celui-ci ont été demandées. L'attitude immédiate après l'appel, l'évolution des symptômes, la prise médicamenteuse, le recours à une consultation ultérieure, son attitude s'il n'y avait pas eu le numéro d'urgence, son niveau d'étude, sa couverture sociale et le fait d'avoir un médecin traitant ont aussi été étudiés.

Les données propres à l'appel ont été également recueillies, à savoir : l'heure d'appel, le motif initial, le type de conseil délivré, la durée entre l'appel initial et le rappel téléphonique et la décision finale du médecin régulateur.

IV. Protocole de recueil

Les dossiers ayant été codés « conseil médical » c'est-à-dire, sans envoi d'effecteur de manière immédiate ou différée ont été extraits et analysés. Les appelants étaient contactés via le numéro de contre-appel, jusqu'à trois fois. Si l'appelant répondait mais n'était pas disponible lors de l'appel initial, une nouvelle date de rappel téléphonique lui était proposée.

Lorsqu'un patient a été amené à appeler plusieurs fois la PDSA pour le même motif, un seul appel a été comptabilisé. En revanche, une analyse spécifique de chaque appel a été effectuée si le patient a été amené à contacter la PDSA plusieurs fois pour des motifs différents.

Le consentement était demandé à l'oral lors du rappel téléphonique. Par ailleurs, l'objectif global de la thèse et son caractère observationnel étaient précisés à l'appelant ainsi que sa possibilité de mettre fin au questionnaire à tout moment. Afin de limiter un biais d'information tel que l'effet Hawthorne (situation dans laquelle les résultats d'une expérience ne sont pas dus aux facteurs expérimentaux mais au fait que les sujets ont conscience de participer à une expérience dans laquelle ils sont testés), aucune précision n'était apportée à l'appelant sur l'analyse qui serait faite de son observance des recommandations téléphoniques. Il était demandé au patient de reformuler les recommandations données par le régulateur et de décrire son attitude après l'appel.

Un questionnaire a été élaboré afin de permettre un recueil systématique des réponses lors du rappel (annexe 1).

V. Critères de jugement

1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était l'analyse du taux d'observance rapporté par l'appelant lors du rappel téléphonique. Pour être considéré comme observant, l'appelant devait avoir respecté la totalité des recommandations rapportées.

Les données d'observance portaient sur l'ensemble des recommandations prodiguées par le médecin, ces dernières allant du simple conseil médical, à la prise de médicaments jusqu'à l'indication ou non de consulter.

2. Critères de jugement secondaires

Les objectifs secondaires étaient l'analyse des caractéristiques de l'appel, de l'appelant, du motif d'appel ainsi que l'analyse des facteurs pouvant influencer l'observance et le devenir des patients après un appel à la PDSA.

VI. Dispositions réglementaires

Cette étude est hors loi Jardé. Elle ne relevait pas d'une autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP) (annexe 2).

De plus, cette étude était de caractère non interventionnel, le rappel ne modifiant ni l'évolution du patient, ni la prise en charge.

Le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse a signé un engagement de conformité à la méthodologie de référence MR-004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Après évaluation et validation par le délégué à la protection des données, elle est inscrite au registre d'étude du DUMG.

VII. Analyses des données

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel pValue (Medistica. pvalue.io, a Graphic User Interface to the R statistical analysis software for scientific medical publications. 2020.). Les tests de Mann-Whitney et Welch ont été utilisés pour l'analyse univariée des

variables continues, les tests de Fisher et du Chi2 ont été utilisés pour l'analyse univariée des variables discrètes. Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne \pm écart-type et les variables qualitatives ont été exprimées sous forme d'effectifs et de pourcentages. Le seuil de significativité des tests bilatéraux était défini par une valeur de $p < 0.05$. Puisqu'il s'agit d'une étude descriptive, il n'y a pas eu d'ajustement pour comparaisons multiples, ni d'analyse intermédiaire ni d'imputation des données manquantes.

RESULTATS

I. Description de la population d'étude

Durant la période d'étude du lundi 02 novembre au dimanche 08 novembre 2020, 806 dossiers de régulation ont été extraits de la base de données de la Régul31.

Après analyse, 780 dossiers étaient éligibles au rappel. Après application des critères d'exclusion, 522 appelants ont pu être inclus dans l'étude soit près de 65% de l'effectif total. Le taux de réponse était de 82% après trois tentatives de rappels téléphoniques.

L'ensemble du processus d'inclusion est résumé dans le diagramme de flux (Figure 1).

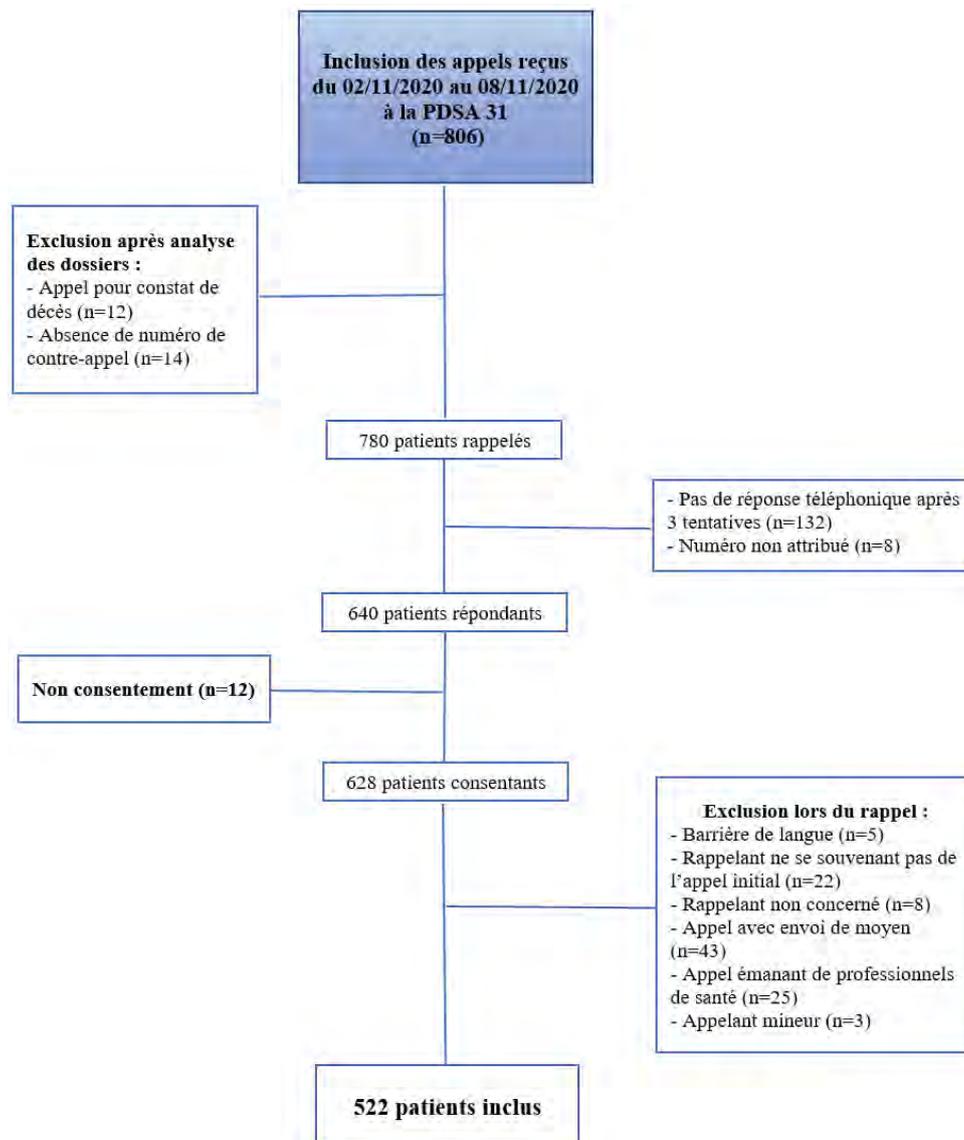


Figure 1 : Diagramme de flux

II. Critère de jugement principal

Le conseil médical délivré par le médecin régulateur était observé dans 87% des dossiers médicaux (n= 455). Soixante-sept patients, soit 13% des dossiers, déclaraient ne pas avoir suivi le conseil du médecin.

L'observance au sein de la population pédiatrique, c'est-à-dire inférieure à 15 ans, est de 93% (n= 142).

III. Critères de jugement secondaires

L'ensemble des caractéristiques descriptives de la population est représenté dans l'annexe 3.

L'analyse des raisons évoquées justifiant la non-observance des conseils médicaux est détaillée dans le graphique suivant :

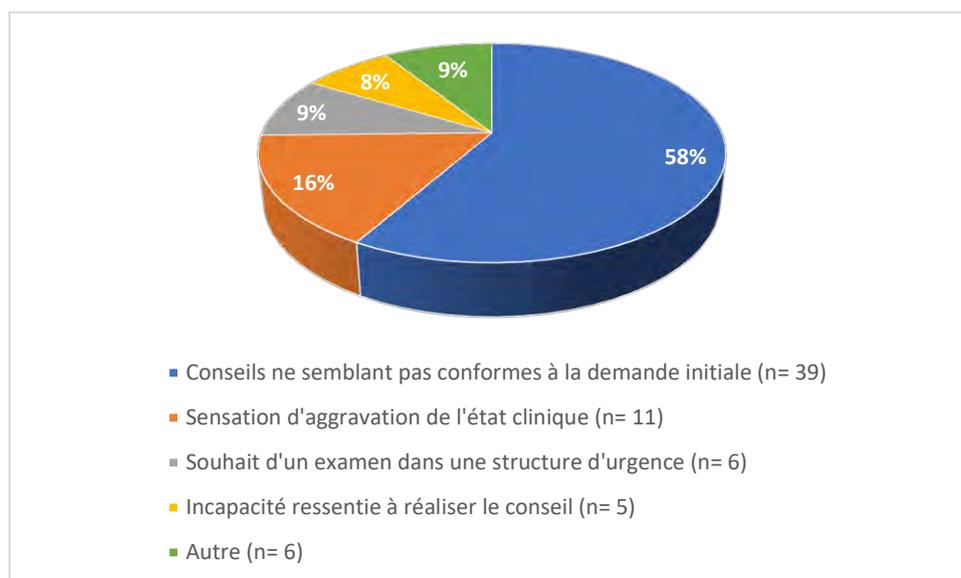


Figure 2 : Raisons rapportées de non-observance

Parmi les 9% restants (n= 6) de non-observants, deux patients n'avaient pas compris le conseil donné, deux autres appelants avaient remarqué une amélioration spontanée ne rendant pas le conseil nécessaire, un autre patient n'était pas d'accord avec le diagnostic donné au téléphone et a préféré consulter de lui-même un autre médecin, pour une autre personne le conseil donné n'était pas réalisable (médicaments à chercher mais sans ordonnance faxée).

Caractéristiques de la population

Le tableau ci-contre représente les données épidémiologiques de la population incluse dans l'étude.

Tableau 1 : Caractéristiques des appelants

	Population globale	%
Sexe	522	
Femme	298	57
Homme	224	43
Age (année médiane [Q25-75])	30.0 [10.0; 53.0]	

La répartition détaillée des appels selon l'âge est représentée ci-après :

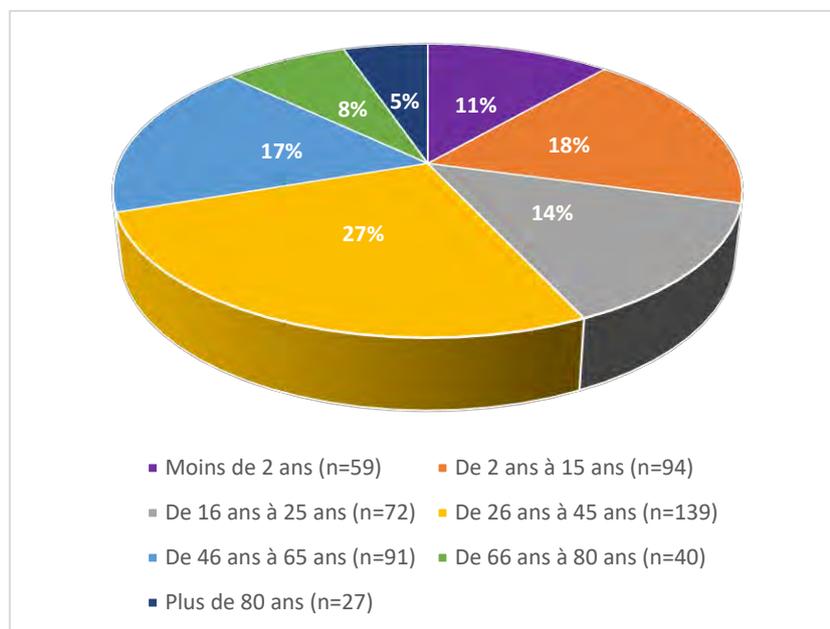


Figure 3 : Répartition des patients en fonction de leur âge

La population ayant rapporté avoir suivi les conseils médicaux avait une médiane de 28 ans [8.00; 52.0] alors que le groupe n'ayant pas suivi les recommandations téléphoniques semblait plus âgé avec une médiane à 37 ans [21.5; 57.0]. Pour autant, cette différence n'atteignait pas le seuil de significativité.

La population pédiatrique, c'est-à-dire ayant moins de 15 ans, concernait 29% des appels, soit 153 dossiers. Un peu plus de 15% des appelants (n=522) déclarant ne pas avoir suivi les conseils du médecin régulateur faisaient partie de cette population pédiatrique ($p = 0.013$).

Caractéristiques de l'appel

Près d'un tiers des appels ($n=168$) sur la semaine de recueil a été réceptionné le samedi.

La répartition jour/nuit des appels était uniforme, sans différence statistique entre les groupes.

Il ne semblait pas y avoir de lien entre le jour et l'heure d'appel et l'observance.

La répartition des appels en fonction du jour de la semaine est représentée par le graphique suivant :

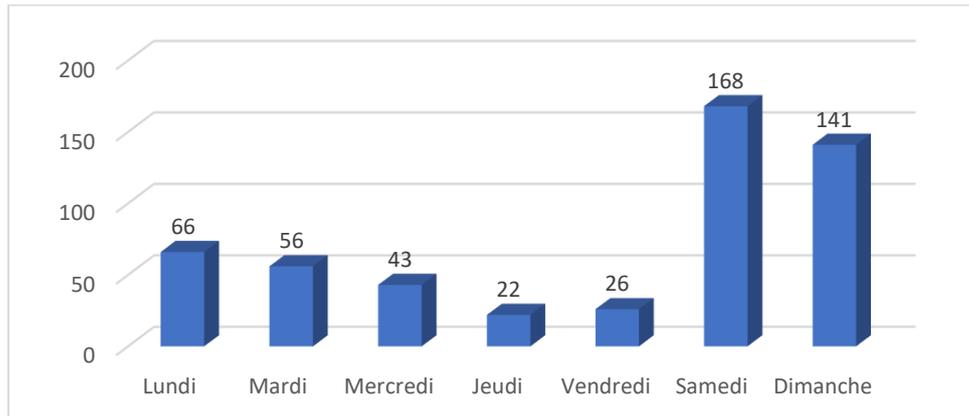


Figure 4 : Répartition des appels en fonction du jour de la semaine

La moitié des appels était effectuée par le patient lui-même ($n=263$). Malgré l'absence de significativité, il semblait exister une tendance d'association entre le fait que l'appelant soit le patient lui-même et l'inobservance des conseils médicaux délivrés ($p=0.086$).

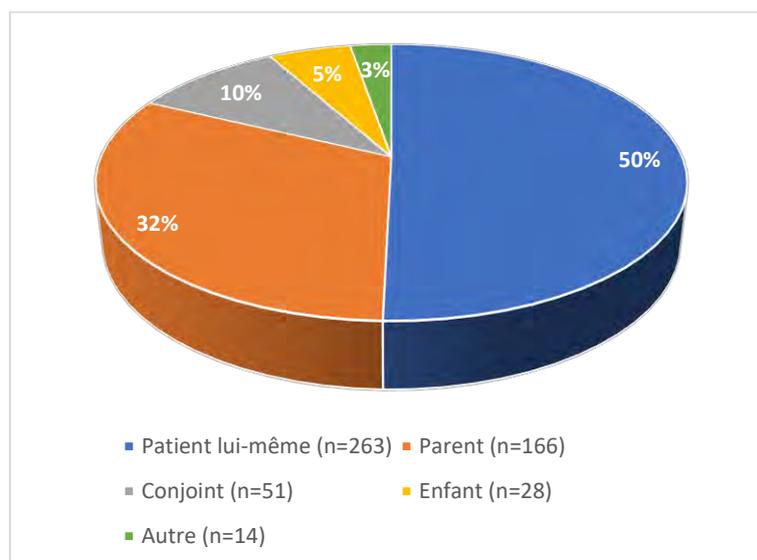


Figure 5 : Lien entre appelant et patient

Caractéristiques recueillies lors du rappel téléphonique

Près de trois appels sur quatre concernaient un problème médical, 15% étaient spécifiques à la Covid-19 et 10% des appels concernaient un problème traumatologique.

Seulement 2%, soit 10 appels, concernaient une question en rapport avec une thérapeutique.

Dans ce groupe où l'effectif est faible, l'observance a été complète.

La répartition des motifs d'appel n'était pas significativement liée à l'observance.

Le diagramme ci-contre représente le détail des motifs d'appel :

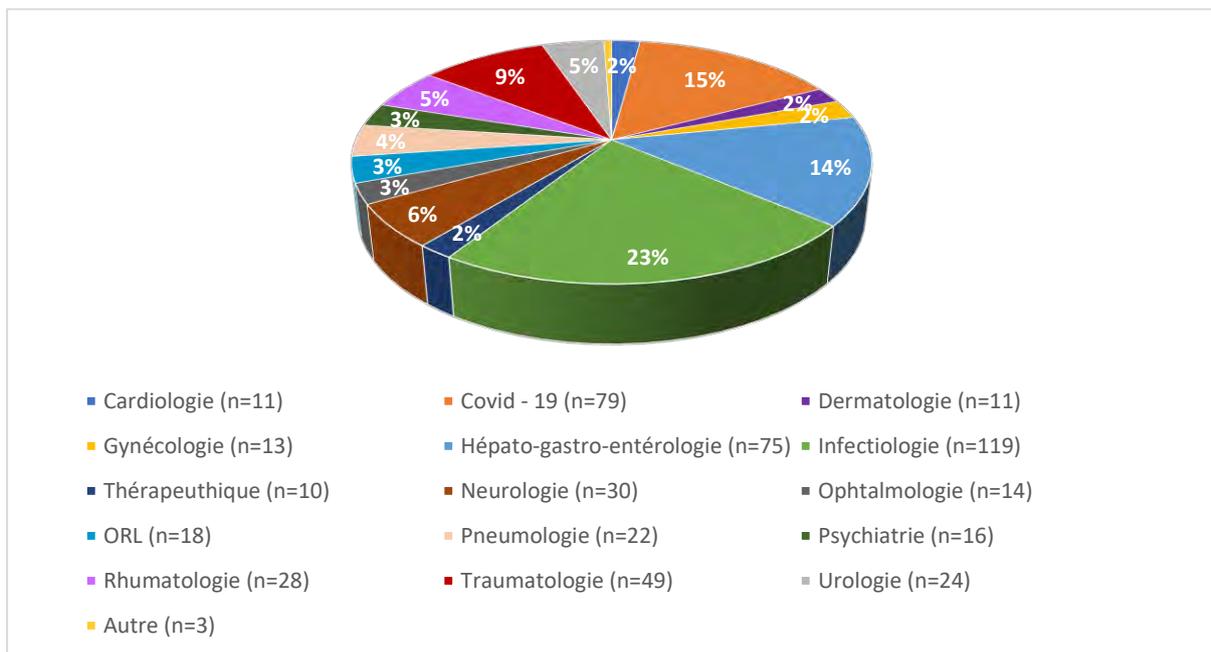


Figure 6 : Répartition des motifs d'appel

L'ensemble des caractéristiques recueillies lors du rappel est représenté par le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : Caractéristiques recueillies lors du rappel

	Observants	%	Non observants	%	p
Objectif initial de l'appel	455		67		
Obtenir un conseil médical	393	86	46	69	<0.001
Consulter un MG	38	8	14	21	
Contacter les urgences	14	3	7	10	
Avoir un renseignement sur un traitement	10	2	0	0	
Anxiété ressentie	455		67		
Très inquiet	236	52	51	76	<0.001
Inquiet	204	45	14	21	-
Pas du tout inquiet	15	3	2	3	-
Reformulation du conseil	452		67		-
Oui	449	99	64	96	0.031
Non	3	1	3	4	
Evolution ressentie par le patient	453		66		
Amélioration	384	85	41	62	<0.001
Stabilité	41	9	15	23	
Aggravation	28	6	10	15	
Attitude si pas de régulation	434		59		
Aller aux urgences	256	59	22	37	0.011
Voir le médecin traitant	44	10	9	15	-
Rester au domicile	130	30	28	47	-
Autre	4	1	0	0	-
Consultation ultérieure	409		51		
Oui MG	207	51	30	59	-
Oui SAU	189	46	5	10	-
Non	13	3	16	31	<0.01
Eviter urgences	448		62		
Oui	242	54	58	89	<0.001
Non	206	46	7	11	
CMU	401		63		
Oui	133	33	31	49	-
Non	268	67	32	51	0.013
Médecin traitant	433		64		
Oui	419	97	56	88	<0.01
Non	14	3	8	12	-
Niveau étude	276		43		
Sans diplôme	27	10	12	28	<0.001
Brevet	15	5	3	7	-
CAP/BEP	15	5	3	7	-
Bac	47	17	9	21	-
Bac +2	21	8	7	16	-
Bac +3/4	77	28	5	12	-
> Bac +5	74	27	4	9	-
Première fois PDSA	442		65		NS
Oui	246	56	25	38	-
Non	196	44	40	62	-
Lien entre appelant et patient	455		67		NS
Patient lui-même	219	48	44	66	
Autre	236	52	23	34	
Jour d'appel	455		67		NS
Heure d'appel	455		67		NS
Jour	251	55	30	45	-
Nuit	204	45	37	55	-
Pédiatrie	455		67		
Age < 15 ans	142	31	11	16	
Age > 15 ans	313	69	56	84	0.013

L'attitude que le patient aurait adoptée si le numéro de régulation n'était pas disponible est rapportée sur le graphique ci-dessous :

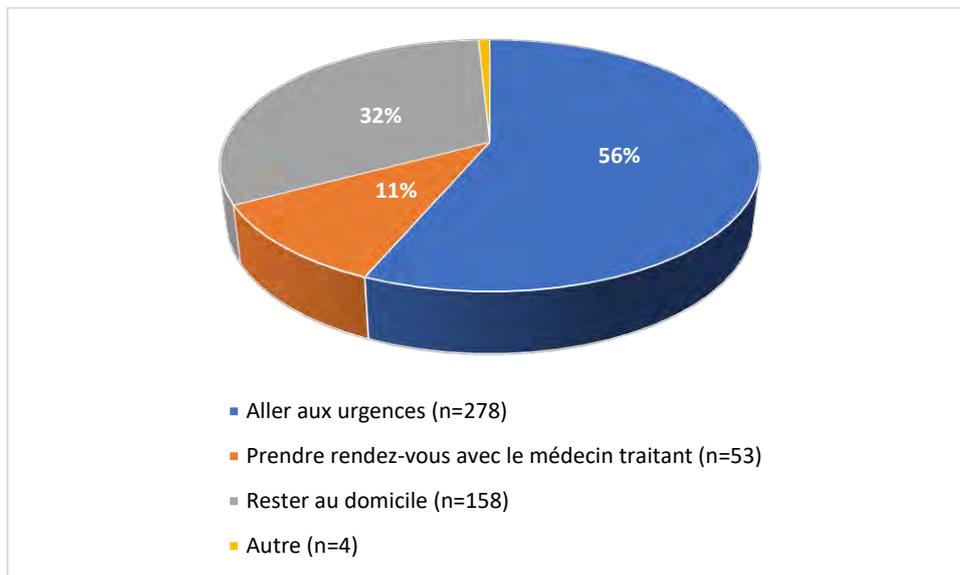


Figure 7 : Attitude si numéro de régulation médicale non disponible

Deux cent treize appelants (42%) rapportaient que le conseil reçu lors de leur appel à la PDS leur a permis d'éviter un passage dans un service d'urgence. Trois pour cent des appelants (n=18) s'étaient rendus au SAU alors que la recommandation téléphonique ne le préconisait pas. Il semblait exister un lien d'association significatif entre le fait qu'un patient ait suivi un conseil délivré et celui d'éviter une consultation aux urgences ($p < 0.001$).

D'après nos résultats, 82% des conseils (n=427) n'impliquaient pas de se rendre aux urgences. Sur ces 427 patients, 211 (49,4%) nous ont déclaré que le conseil leur avait permis d'éviter de se rendre aux urgences.

Par ailleurs, les patients se disant très inquiets (n = 251) nous ont rapporté avoir consulté un médecin généraliste ultérieurement et ce, de manière significative ($p < 0.01$).

Dans notre étude, un traitement a été prescrit dans 116 cas, soit 22% des appels. On remarque que, lors d'un conseil impliquant la prise d'un traitement, seuls cinq appelants (<1%) n'ont pas suivi le conseil délivré.

Satisfaction

En général, les appelants se disaient satisfaits par l'appel à la PDSA. La satisfaction globale est représentée dans la figure 8 :

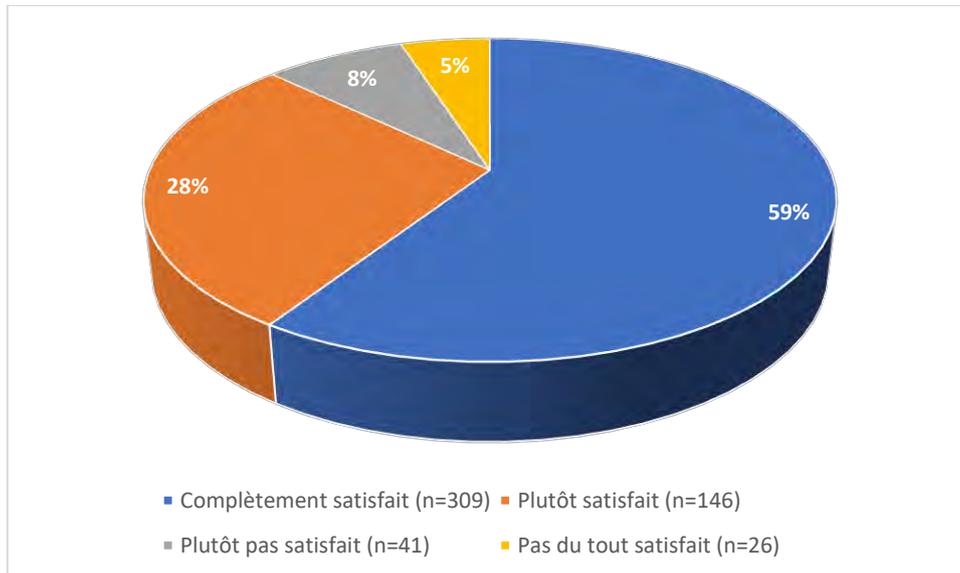


Figure 8 : Satisfaction globale

Un peu plus de 9 appelants sur 10, soit 475 patients, recommanderaient à un proche l'appel à la PDSA. Dans le groupe des non-observants, 48% n'étaient plutôt pas satisfaits et 37% ne l'étaient pas du tout. Quasiment la totalité (97%) des appelants se disant satisfaits de l'appel ont suivi les conseils délivrés par le médecin régulateur. Il semblerait exister un lien significatif entre la satisfaction globale et l'observance ($p < 0.001$).

La satisfaction vis à vis du temps d'attente est représentée dans la figure 9 :

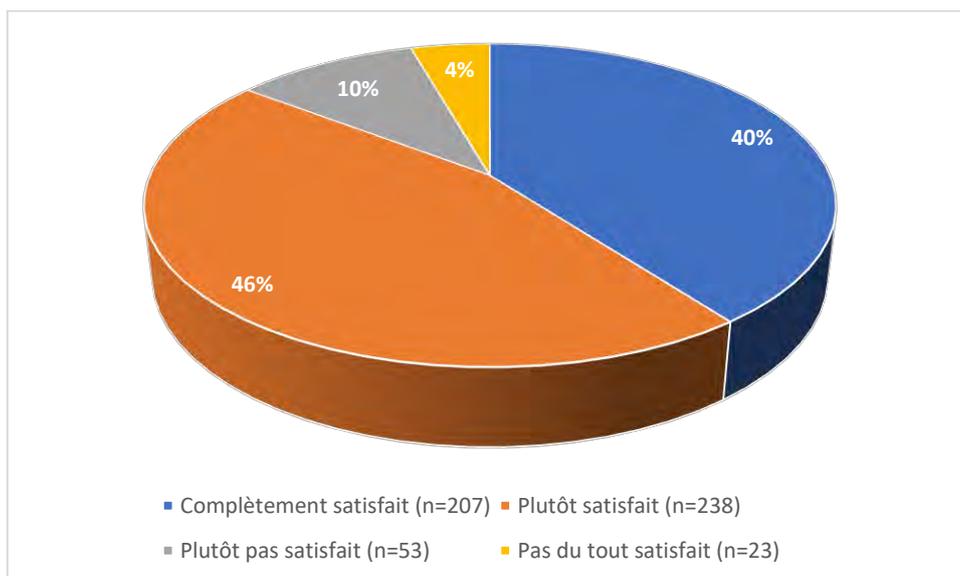


Figure 9 : Satisfaction concernant le temps d'attente

Dans le groupe ne suivant pas le conseil médical du médecin régulateur, 53% déclaraient n'être plutôt pas satisfaits du temps d'attente et 22% ne l'étaient pas du tout. Une proportion significativement plus élevée ($p < 0.001$) de patients qui étaient satisfaits du temps d'attente a suivi les conseils du médecin, comparé à ceux qui n'ont pas suivi les recommandations.

La sensation d'écoute de la population globale est représentée sur le graphique ci-dessous :

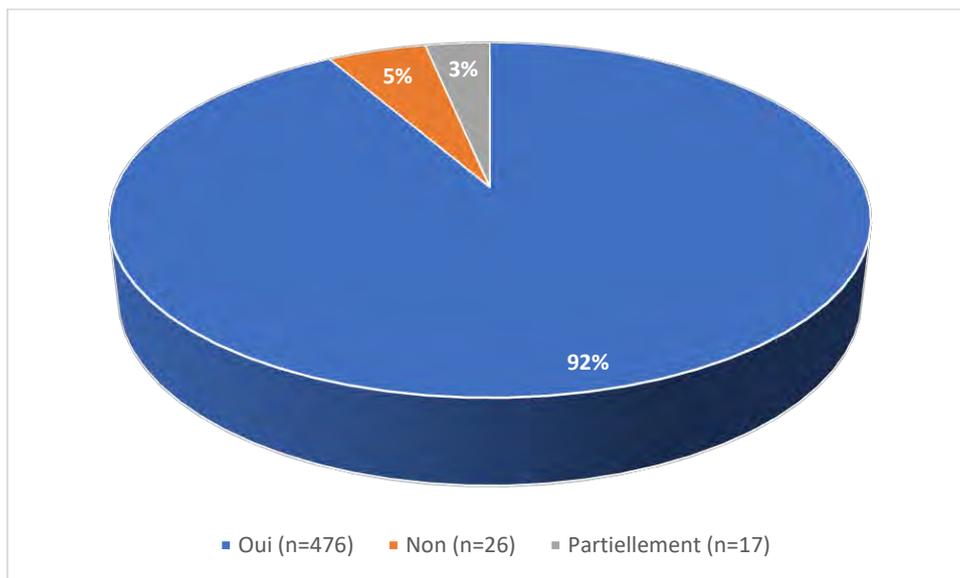


Figure 10 : Sensation d'écoute

Presque la moitié des personnes n'ayant pas suivi le conseil médical déclarait n'avoir été écoutée que partiellement (15%) ou pas écoutée du tout (33%). Il semblait exister un lien significatif ($p < 0.001$) entre la sensation d'écoute et l'observance.

Une très grande majorité des appelants (96%) disait avoir compris les recommandations du médecin régulateur. Dans 99% des rappels téléphoniques, l'ensemble des conseils délivrés lors de l'appel à la PDS a été reformulé par l'appelant afin d'appuyer sa bonne compréhension. Quatre pour cent des non-observants n'ont pas été capables de reformuler le conseil initial. Il semblait y avoir une tendance entre l'absence de reformulation et l'inobservance des conseils ($p = 0.031$).

DISCUSSION

L'observance des patients lors de leur prise en charge médicale est d'une importance capitale, que ce soit lors d'une consultation physique ou bien téléphonique.

Notre étude montre une très bonne observance des conseils médicaux délivrés par les médecins généralistes après un appel à la PDSA de Haute-Garonne avec près de neuf patients sur dix qui adhèrent et suivent les conseils délivrés.

La répartition des appels, bien qu'équilibrée entre le jour et la nuit, apparaît très hétérogène sur la semaine avec plus de la moitié d'entre eux passés le weekend. Cette répartition n'est pas surprenante compte tenu de la plus grande difficulté d'accès à la médecine de premier recours à ces périodes. Dans notre étude, nous avons inclus tous les appels régulés par les médecins généralistes sur une période d'une semaine et ce jour et nuit. La majorité des appels, soit près de 71% des dossiers régulés, a eu lieu pendant les horaires « habituels » de la PDSA.

Bien que non liée à l'observance, l'analyse du motif d'appel permet de mettre en évidence le large éventail de questions pour lesquelles le médecin généraliste régulateur doit être capable d'apporter une réponse claire et précise.

Ces appels à la PDS sont souvent associés à un certain niveau d'anxiété pour l'appelant. Dans notre étude, près de neuf appelants sur dix étaient inquiets ou très inquiets lors de l'appel initial. Le lien retrouvé entre l'anxiété et l'inobservance peut être expliqué par une difficulté accrue pour l'appelant d'adhérer au conseil médical lors d'une communication téléphonique. On peut supposer d'une part que la capacité d'attention est diminuée lorsque l'on est anxieux. Et d'autre part, que lors d'une consultation médicale physique, le patient se sent plus rassuré et adhère plus facilement au projet thérapeutique. Par ailleurs, le conseil téléphonique ne permet pas au régulateur d'avoir accès au langage non verbal et donc de capter la gestuelle du patient et ses appréhensions. De plus, nous avons mis en évidence qu'après un appel à la régulation, les appelants très inquiets ont plus souvent recours à une consultation ultérieure de médecine générale que les autres appelants moins inquiets.

La grande majorité des patients disposait d'un médecin traitant déclaré et ne semblait pas être en errance médicale. Nous pouvons expliquer le fait que les patients aient recours à la PDS aux heures d'ouverture des cabinets par la période de confinement qui a probablement participé à limiter l'accès aux cabinets médicaux et leurs disponibilités. Cependant, le suivi par un médecin

généraliste référent est statistiquement plus important dans la population observant les conseils délivrés. Ce lien n'est pas retrouvé dans la littérature.

Sur l'effectif total inclus, la moitié des patients a déclaré que le conseil téléphonique lui avait permis d'éviter de se rendre aux urgences. La PDS semble ainsi remplir un de ses objectifs principaux en permettant d'apporter une réponse à un grand nombre d'appelants qui, en l'absence de régulation, se seraient rendus aux urgences. Ce faisant elle permet une économie de ressources humaines et matérielles.

Après un appel à la PDS, 82% des appelants rapportaient une amélioration de leur état de santé. Seule une minorité, moins de 10%, a décrit une aggravation après l'appel. Bien que ces chiffres soient comparables à ceux retrouvés dans la littérature (20,21), nous n'avons étudié que les malades à qui des conseils médicaux ont été délivrés ; ceux à qui des moyens ont été envoyés et les appels transférés au 15 ont été exclus. Nous pouvons supposer que les patients inclus dans l'étude étaient dans un état clinique jugé moins grave par le médecin lors de la régulation initiale. Cette population, moins à risque que l'effectif global, a pu évoluer spontanément vers une amélioration de leur état de santé.

Dans notre étude, la proportion d'appels passés par le patient lui-même est d'un appel sur deux, cette donnée est supérieure à celle retrouvée dans la littérature qui est de 32 à 38% (22–24). Une des explications à cette différence entre les populations peut s'expliquer par le fait que nous avons ajusté cette variable lors du rappel téléphonique. En effet, il arrivait souvent qu'initialement un tiers appelle la PDS et que l'Assistant de Régulation Médicale (ARM) cote la provenance de l'appel, puis que le médecin demande à parler directement au patient et finisse l'échange téléphonique avec lui. Cette cotation peut expliquer ces différences de résultats entre notre étude et la littérature. De plus, on retrouve une tendance d'association entre l'inobservance et le fait que le patient soit concerné par l'appel. On peut émettre l'hypothèse qu'une tierce personne décidant d'appeler pourrait être plus observante et plus objective car non directement concernée alors que le patient lui-même ressent les symptômes et l'inquiétude personnelle pourrait biaiser son jugement. La demande et l'attente initiales peuvent aussi différer entre le patient et la tierce personne. De plus, nous avons mis en évidence dans notre étude un lien significatif entre l'observance et le fait que l'obtention d'un conseil soit l'objectif initial de l'appel. On peut imaginer que les patients attendant un conseil sont plus à l'écoute que ceux attendant l'envoi d'effecteur ou une consultation physique immédiate.

Dans notre étude, nous retrouvons un lien significatif entre l'inobservance et le fait d'être bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Le taux de bénéficiaires de la CMU dans notre étude était de 35% contre 9% en population générale (25). Ce chiffre supérieur à la moyenne est cependant retrouvé dans la description de la population ayant recours au centre 15 dans d'autres études (26). Nos chiffres sont probablement surévalués par un défaut méthodologique. L'absence de distinction entre CMU, Affection Longue Durée (ALD) et invalidité ainsi que sa place en fin de questionnaire ont pu contribuer à un biais d'information lors du recueil des données.

Sur les faibles effectifs, l'observance semblait moins bonne chez les patients n'ayant pas de diplôme, cependant l'importance des données manquantes (39%) ne nous permet d'en apporter une explication franche. Si ce lien n'est pas retrouvé dans la littérature concernant l'observance après un appel à la régulation médicale, d'autres études retrouvent un lien entre le niveau d'enseignement et une mauvaise observance (27,28). Il est statistiquement difficile d'isoler ce facteur d'autres facteurs de confusion potentiels comme le milieu de vie, l'existence de barrières ethnolinguistiques ou le niveau intellectuel (29). Le niveau d'éducation ne peut pas être incriminé indépendamment de ces autres facteurs. Par ailleurs, un faible niveau d'enseignement peut entraîner des difficultés de compréhension et une méfiance de la part des patients. Cette méfiance vis-à-vis du secteur médical, des traitements et de la vaccination est un sujet d'actualité. Nous retrouvons dans la littérature un travail de thèse montrant la couverture vaccinale antigrippale chez les personnels de santé libéraux du Grand-Rodez (30). Ce travail retrouve une couverture vaccinale inégale avec 54% de médecins vaccinés, 19% d'Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) et seulement 2% de préparateurs en pharmacie. Plus récemment, avec la pandémie à la Covid-19, nous retrouvons aussi des différences de la couverture vaccinale des différents professionnels de santé. Ainsi, selon les chiffres du bulletin épidémiologique de Santé Publique France, au 28 mai 2021, 75% des médecins généralistes rapportaient avoir un schéma vaccinal complet, contre 66% des pharmaciens d'officine, 61% des masseurs-kinésithérapeutes et 54% des IDE libéraux (31).

Dans notre étude, 62% des patients avaient déjà eu recours au centre de régulation mais moins de la moitié des appelants ont directement effectué le 3966. Ce faible taux peut s'expliquer, d'une part, par une méconnaissance du service de permanence des soins auprès de la population générale ; d'autre part, par le fait que le 3966 soit un numéro payant (0,06€ / min) alors que le

numéro 15 est gratuit. En effet, lors du questionnaire, certains appelants rapportaient de manière spontanée leur incertitude quant à l'identité de leur interlocuteur principal. La plupart déclarait avoir eu un médecin urgentiste au téléphone et n'avait pas conscience d'avoir parlé à un médecin généraliste. Concernant la création d'un numéro unique dédié à la PDSA, la décision a été une nouvelle fois ajournée en décembre 2020 par le gouvernement qui propose que le débat se poursuive ultérieurement (32).

Dans notre thèse, la satisfaction était globalement excellente. Nous retrouvons cette donnée dans les autres études réalisées dans des centres de régulation téléphonique aussi bien en France qu'à l'étranger (22,26,33). De plus, dans notre population, la satisfaction semble étroitement liée avec l'observance des patients. Ces résultats sont similaires à d'autres études retrouvant ce même critère comme facteur influençant l'observance des conseils prodigués (22,23,33–35). Une des explications de l'inobservance pourrait être liée à l'insatisfaction globale, l'insatisfaction concernant le temps d'attente et la sensation de ne pas avoir été écouté. Les problèmes ressentis par le patient étaient un temps d'attente trop long, un manque d'écoute et de communication. Cependant, le temps d'attente réel n'a pu être étudié dans notre analyse de données. L'évaluation de la satisfaction a été subjective, nous n'avons pas recueilli de mesure comme le temps de décrochage pour obtenir l'assistant de régulation médicale ni le temps d'attente pour obtenir le médecin. Il serait intéressant d'étudier ces facteurs dans une étude ultérieure.

Certains patients auraient voulu que les explications soient plus claires et reformulées. Les personnes insatisfaites des conseils prodigués ont apprécié pouvoir expliquer les points de mécontentements lors de ce rappel téléphonique.

Au contraire, d'autres appelants ont exprimé leur satisfaction quant à l'échange et surtout sur la vérification de la compréhension en fin d'appel. Quasiment tous les appelants, près de 99% de la population incluse, ont été capables de reformuler le conseil donné. Cette capacité de reformuler le conseil ne semblait pas significativement liée à l'observance et ceci malgré le fait que l'effectif du côté des appelants qui n'ont pas pu reformuler est très faible.

Nous avons vu dans notre étude que la grande majorité des appelants, près de 96%, mentionnait une bonne compréhension du conseil délivré. Il faut cependant souligner que malgré la bonne compréhension du conseil, on observait quand même 13% d'inobservance. Une des perspectives serait de vérifier la bonne compréhension du conseil. En effet, dans notre étude 4% des appelants déclaraient ne pas avoir compris en totalité ou partiellement les conseils

médicaux du médecin régulateur. Dans une étude portant sur la qualité de la relation téléphonique au centre 15, la vérification de la bonne compréhension était retrouvée dans 2 à 6% des appels selon le médecin régulateur (généraliste et urgentiste) (36).

Les données relatives aux patients et aux appelants sont superposables à d'autres études réalisées en France dans les centres 15 en termes d'âge, de sexe, de niveau d'étude de l'appelant (20,23,37–39). Aucune donnée caractéristique du patient en termes d'âge ou de sexe ne montre de différence significative dans le suivi du conseil donné. Cela semble en adéquation avec les résultats d'autres études retrouvées dans la littérature (20,23,37–39). La plupart ne mettait pas non plus en évidence de différence significative sauf deux travaux qui retrouvaient une influence de l'âge : pour l'une chez les patients de moins de 1 an (40) et chez les patients de 15 à 25 ans (26) pour l'autre. Cependant, dans ces deux études, l'évaluation multiple des différentes tranches d'âges a diminué la puissance statistique des résultats trouvés. De plus, la population de notre étude est relativement jeune comparée à la population générale (41). Cela peut être expliqué par notre méthodologie. En effet, les patients avec plus de comorbidités sont plus facilement orientés vers les urgences par les médecins régulateurs. De plus, un certain nombre d'appels, concernant une population gériatrique, est redirigé vers le médecin régulateur du SAMU en première intention par l'ARM. L'importance d'informer les populations sur l'offre de soins, ainsi que sur les motifs d'appels justifiant un recours aux soins d'urgences semble primordiale.

Nous ne retrouvons pas de différence significative en fonction du motif d'appel. Cette donnée est comparable aux autres études, sauf une (26) qui retrouve comme facteur de risque de non-observance les appels pour syndrome fébrile et pour problèmes respiratoires. Cependant, dans cette étude, la population d'étude était seulement de 375 patients et la multiplicité des différents motifs d'appel a diminué la puissance statistique de ces résultats. Une autre étude australienne (42) a montré une modification de l'observance en fonction des motifs de recours aux soins mais les critères de jugement retenus dans cette étude n'étaient pas superposables aux nôtres.

Les résultats de notre étude concernant l'observance globale sont en adéquation avec ceux déjà obtenus dans d'autres analyses.

En effet, une revue systématique de la littérature en 2012 incluant 54 articles retrouvait une observance variant de 56 à 98% (43). En France, une thèse portant sur l'observance des conseils médicaux en Ile-de-France le week-end retrouvait une observance globale de 85,7% (22).

Un travail similaire portant sur l'observance des conseils médicaux en Ile-de-France en semaine relevait une observance de 86,9% (44). Dans l'étude du Dr Bezon, l'observance atteignait 91,56% (37). Un travail de thèse portant sur l'observance des conseils après un appel au centre 15 Loire-Atlantique montrait une observance déclarée de 94% (21). Dans une étude britannique publiée en 2012 dans *The International Journal for Research in Primary Care* l'observance déclarée était très élevée, à plus de 95%, mais la comparaison est rendue difficile car leur système de santé est différent du nôtre (45).

Les chiffres décrits précédemment correspondent à l'observance rapportée par l'appelant. Certaines études s'intéressant à l'observance avec réécoute des bandes rapportent des chiffres inférieurs. Une étude suisse datant de 2004 retrouvait une observance de seulement 56% (46). Un travail de thèse portant sur l'observance des conseils après une recommandation téléphonique lors d'un appel au CRRA94 montrait une différence importante entre l'observance déclarée qui était de 81,6% et l'observance « mesurée » à 62,9% (26). Une autre étude réalisée à Grenoble montrait une observance déclarée à 88,7% alors qu'elle n'était que de 69,9% après jugement de l'examineur (47).

Notre étude comporte quelques limites. Ce travail de thèse n'a pas pour vocation de présenter une image fidèle et reproductible de toute la population ayant recours à la PDS. En effet, notre étude analyse une part de la régulation de médecine générale sur une période courte d'une semaine durant la pandémie à la Covid-19. Ainsi, elle ne peut être extrapolée à la globalité de la régulation médicale. La semaine d'inclusion correspond à la première semaine de novembre 2020, soit la première semaine du second confinement débuté le vendredi 30 octobre 2020. Cela pourrait aussi expliquer les 15% d'appels spécifiques à la Covid-19. Ce contexte sanitaire particulier est à prendre en compte dans la reproductibilité de nos résultats.

Cette étude comportait aussi un biais d'information lié à notre méthodologie. Les bandes téléphoniques n'étaient pas réécoutées, ainsi le recueil de données est basé sur un recueil seulement déclaratif. De plus, les conversations des appels à la PDS étant enregistrées, certains dossiers ne contiennent de manière écrite que le minimum nécessaire à la compréhension de la situation.

Vingt-deux appels ont été exclus du fait d'un oubli de l'appel initial ou du conseil délivré. Ce chiffre peut être directement lié à la méthodologie de notre étude, pouvant entraîner un biais de mémorisation du fait d'un intervalle libre entre l'appel initial et le rappel. En effet, dans notre étude, le délai de rappel se situait entre 25 et 67 jours après l'appel initial avec une durée médiane de 44 jours. Ce biais de mémoire a été présent dans certains dossiers où la prise en

charge médicale a été jugée « banale » pour les patients, les souvenirs leur revenant vite lorsque l'appelant leur évoquait le motif de recours. Il se pose également lorsque l'appelant a été sujet à appeler plusieurs fois la PDSA et ne se rappelait plus du motif à la date précisée par l'appelant. Le recueil a aussi été rendu impossible pour certaines personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Il conviendrait pour des études futures de recontacter les personnes entre 1 et 14 jours après l'appel pour limiter ce biais.

L'une des principales forces de notre étude est l'effectif des personnes incluses qui est satisfaisant par rapport aux autres études publiées (24,26,48). Le taux de personnes recontacté est de 82%. Celui-ci est légèrement supérieur aux autres études, variant de 67% à 76% (20,22,49,50). Notre méthodologie peut expliquer ce chiffre plus important. En effet, le rappel comprenant deux semaines de période scolaire, la présence de trois rappels téléphoniques et la proposition d'une date ultérieure en cas d'indisponibilité ont pu favoriser l'adhésion des individus contactés.

Une autre force de l'étude porte sur l'hétérogénéité de la population incluse avec une représentation des territoires urbains et ruraux.

Les régulateurs n'avaient pas connaissance du questionnaire de rappel ni des objectifs secondaires. La période d'inclusion d'une semaine a permis, grâce au système de roulement d'affectation, d'éviter une surreprésentation de régulateurs qui effectueraient plus de gardes que d'autres faussant ainsi l'analyse et la validité interne de l'étude.

Il existe peu d'études scientifiques sur la régulation médicale de la PDSA. Ce travail de thèse enrichit la littérature sur l'observance et intègre d'autres critères secondaires, pouvant servir de base à des travaux de recherche futurs.

La HAS (51) a édité en 2011 un rapport concernant les modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Dans ce rapport, de nombreuses recommandations sont émises notamment la vérification systématique de la compréhension de l'appelant puis l'assurance de son adhésion à la décision médicale. Ce rapport appuie aussi la nécessité d'une formation spécifique initiale et continue pour les médecins régulateurs. Cependant, à ce jour, il n'existe pas 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. Il existe quelques formations (DIU, DU) spécifiques à la régulation mais sans distinction entre médecins urgentistes et généralistes malgré la différence de pratiques entre les « deux » régulations. Quelques formations à la

régulation sont accessibles sur un mode de Développement Professionnel Continu (DPC) permettant un accès simplifié pour les médecins généralistes (52). Une formation spécifique permettrait probablement d'obtenir une meilleure observance de la part des patients et pourrait augmenter l'impact positif de la régulation médicale sur le système de santé.

Ce constat a déjà été évoqué par le Sénat dans un rapport en 2017 (53) sans réelle solution proposée pour l'instant.

D'autre part, l'enseignement des techniques de communication n'a été intégré que récemment dans le programme du DES de Médecine Générale. Désormais une compétence est spécifiquement dévolue à la « Relation, Communication & Approche centrée sur le patient » (46). Cette pratique est cependant principalement orientée sur les consultations en cabinet et non pas aux spécificités de la régulation médicale.

Les différentes études sur le sujet, confortées à la très bonne observance des conseils que nous avons retrouvée dans notre étude, nous font donc dire qu'il serait important de mieux faire connaître cette activité, notamment auprès des internes de médecine générale afin de promouvoir la régulation médicale et éventuellement de l'intégrer dans leur pratique future.

Ce constat a été aussi remonté dans la dernière enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sur l'état des lieux de la PDSA au 31 décembre 2020 (12). Ainsi, le manque de médecins demeure le principal facteur de fragilisation de l'organisation de la PDSA identifié, qu'il soit lié à la démographie médicale (faiblesse de la densité médicale et vieillissement des médecins en exercice) ou à la démobilisation des médecins libéraux. Les modalités organisationnelles (resectorisations, facteurs géographiques et manque de moyens) ont également pu être soulevées comme facteurs fragilisant l'organisation de la PDSA. Comme principales pistes d'améliorations, le CNOM désigne prioritairement les mesures financières, la mise à disposition de transports dédiés, la mise en place d'actions de communication et la plus grande participation d'étudiants et de médecins salariés. Le CNOM rappelle le rôle primordial du médecin généraliste dans la régulation médicale (55) avec notamment la nécessité d'un système « intégré » pour permettre d'orienter au mieux le patient durant la PDSA.

CONCLUSION

Notre étude a permis de mettre en évidence une observance globale très importante des conseils médicaux délivrés lors d'un appel à la régulation de médecine générale. L'observance est plus importante quand l'objectif initial est une demande de conseil, lorsque l'appelant est satisfait de l'appel dans sa globalité mais aussi lorsqu'il est satisfait du temps d'attente et lorsqu'il s'est senti écouté.

Les principales forces de l'étude sont l'hétérogénéité et l'effectif de la population qui est important comparé aux autres études, une méthodologie rigoureuse ayant permis un recueil systématique de nombreuses données.

A notre connaissance, cette thèse est le premier travail réalisé dans la région Occitanie à ce sujet.

Ce résultat permet d'envisager des perspectives d'amélioration du service par les centres de régulation à travers la recherche systématique, en fin d'appel, de l'adhésion du patient au contrat de soins et ainsi permettre un meilleur respect des recommandations de bonnes pratiques.

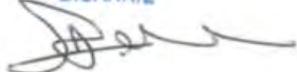
De plus, intégrer une formation à la régulation dès le troisième cycle des études médicales pour les internes en médecine générale pourrait permettre de rendre la permanence des soins plus accessible et attractive.

Au final, cette thèse réaffirme la nécessité du maintien et le rôle primordial d'une régulation libérale pour les conseils médicaux au sein des centres de régulation.

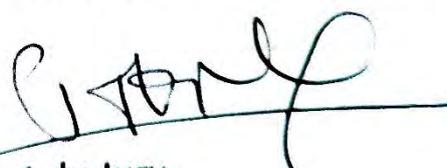
Elle démontre la très bonne observance des patients, la bonne compréhension des conseils reçus et la capacité à optimiser le parcours de soins grâce à cette régulation médicale assurée par le médecin généraliste.

Toulouse, le 26/10/2021

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



MU
Toulouse le 21/10/2021



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. 95-1000 sept 6, 1995.
2. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6855.html>
3. Discours et Honoraire - Rapport du groupe de travail opérationnel sur.pdf [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf
4. Les urgences médicales : constats et évolution récente. Cour des comptes [Internet]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/495>
5. La médecine d'urgence [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/27-7.pdf>
6. Les usagers des urgences premiers résultats d'une enquête nationale [Internet]. Carrasco. 2003. Disponible sur: <https://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/er212.pdf>
7. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
8. Commentaires du code de déontologie médicale.pdf [Internet]. Disponible sur: https://conseil57.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-304/34329/commentaires_du_code_de_deontologie_medicale.pdf
9. Permanence des soins en médecine ambulatoire - Cahier des charges de la région Occitanie [Internet]. Disponible sur: https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2020-01/CDC%20PDSA%20ARS%20OCCITANIE_VCONS_20191209.pdf
10. Régu'l 31 - Page d'accueil [Internet]. Disponible sur: <http://www.gereval.fr/regul31/>
11. Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la PDSA en médecine générale au 31 décembre 2019 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/txkhe1/cnom_rapport_pdsa_2019.pdf
12. CNOM - Rapport PDSA au 31 décembre 2020 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/9xbjbf/cnom_rapport_pdsa_2020.pdf
13. Classement par Population - Lieux Eurostat NUTS 3 (Occitanie) Classements de lieux. Disponible sur: https://datacommons.org/ranking/Count_Person/EurostatNUTS3/nuts/FRJ?h=nuts%2FFR623&hl=fr
14. Panorama de la Haute-Garonne - Dynamisme démographique et économique - Insee Analyses Occitanie. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2019693>

15. Classement des départements français par densité [Internet]. Disponible sur: <http://france.ousuisje.com/departements/classement/densite.php>
16. Regu 31. Données d'Activité 2018 - ORUMIP. 2018.
17. OMS | L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier [Internet]. WHO. World Health Organization. Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/>
18. Adherence to long-term therapies - Evidence for action [Internet]. Disponible sur: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf
19. Améliorer l'observance thérapeutique chez le patient chronique : une utopie ? [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02147810/document>
20. Julliard B. Devenir des patients ayant bénéficié d'un conseil médical au SAMU 14 en journée sans déploiement de moyen. 26 sept 2018;86.
21. Gwenaëlle J. Les conseils médicaux délivrés par les médecins régulateurs généralistes du Centre 15 de Loire-Atlantique : étude descriptive et analytique sur une semaine de régulation. [S.l.]: [s.n.]; 2009. 1 vol. (91 f.).
22. GRANDE R. Observance des conseils médicaux délivrés par les centres 15 d'Ile de France en période de PDSA le week-end.
23. LECORNET H. Observance des conseils médicaux délivrés par les centres 15 d'Ile-De-France en période de PDSA en semaine – [Internet]. 2018. Disponible sur: https://books.google.fr/books/about/Observance_des_conseils_m%C3%A9dicaux_d%C3%A9liv.html?id=L53guQEACAAJ&redir_esc=y
24. Julliard B. Devenir des patients ayant bénéficié d'un conseil médical au SAMU 14 en journée sans déploiement de moyen. :105.
25. Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) - Taux de couverture - Haute-Garonne | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001761086>
26. Vigier A. 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. éditeur inconnu; 2016. 254 p.
27. Deyo RA, Inui TS. Dropouts and Broken Appointments: A Literature Review and Agenda for Future Research. *Medical Care*. nov 1980;18(11):1146-57.
28. The effects of communication skills training on patients' participation during medical interview. Donald J.Cegala. Elsevier Enhanced Reader [Internet]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399100000938>
29. Bureau M. L'observance thérapeutique: ses facteurs et ses enjeux. :159.

30. Couverture vaccinale antigrippale des professionnels de santé libéraux dans le bassin de santé de Rodez [Internet]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2287/1/2018TOU31066.pdf>
31. SPF. COVID-19 : point épidémiologique du 17 juin 2021 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-17-juin-2021>
32. Amendement article 7 bis - Numéro unique 113 [Internet]. Disponible sur: https://www.pompiers.fr/sites/default/files/content/download-file/ppl_ameliorer_systeme_de_sante_amendement_521_seance_gvt_sas_suppression_113.pdf
33. Moore JD, Saywell RM, Thakker N, Jones TA. An Analysis of Patient Compliance With Nurse Recommendations From an After-Hours Call Center. *THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE*. 2002;8(4):9.
34. Labarère J, Torres J, Francois P, Fourny M, Argento P, Gensburger X, et al. Patient compliance with medical advice given by telephone. *The American Journal of Emergency Medicine*. 1 juill 2003;21(4):288-92.
35. St George IM, Cullen MJ. The Healthline pilot: call centre triage in New Zealand. *N Z Med J*. 28 sept 2001;114(1140):429-30.
36. GOFFINET N. . Qualité de la relation téléphonique au SAMU – Centre 15 du CHU de NANTES. [Thèse de médecine générale]. Université de Nantes; 2010.
37. Bezon DF, Clement PG. Observance par les patients du conseil téléphonique délivré pendant la permanence de soins. :19.
38. Grande R. Observance des conseils médicaux délivrés par les centres 15 d'Ile de France en période de PDSA le week-end. 2019;84.
39. Devenir des patients ayant bénéficié d'un conseil médical en nuit profonde par la régulation de médecine libérale Etude rétrospective de janvier à avril 2016 au sein du SAMU centre 15 du CHU de Poitiers [Internet]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/b25f752b-a74b-42ec-b5ce-5e73987effb0>
40. Moore JD, Saywell RM, Thakker N, Jones TA. An analysis of patient compliance with nurse recommendations from an after-hours call center. *Am J Manag Care*. avr 2002;8(4):343-51.
41. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio2
42. Tran DT, Gibson A, Randall D, Havard A, Byrne M, Robinson M, et al. Compliance with telephone triage advice among adults aged 45 years and older: an Australian data linkage study. *BMC Health Serv Res*. 1 août 2017;17:512.

43. Lindsay Blank, Joanne Coster, Alicia O’Cathain, Emma Knowles, Jonathan Tosh, Janette Turner. The appropriateness of, and compliance with, telephone triage decisions: a systematic review and narrative synthesis. *Journal of advanced nursing*. 2012.
44. Observance des conseils médicaux délivrés par les centres 15 d’Ile de France en période de PDSA de semaine.
45. Brown S, Henderson E, Howse J, Rubin G. Patient views of single number access to urgent care services. *Fam Pract*. déc 2012;29(6):713-8.
46. Niemann S, Meer A, Simonin C, Abel T. Medical telephone triage and patient behaviour: How do they compare? *Swiss Med Wkly*. 6 mars 2004;134(9-10):126-31.
47. LABARERE, MD J. Patient Compliance With Medical Advice Givenby Telephone [Internet]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675703000871>
48. Lemberger S. Suivi des conseils médicaux délivrés par les médecins régulateurs généralistes dans le cadre de la permanence des soins concernant la population pédiatrique dans le département de la Seine-et-Marne [Thèse d’exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2018.
49. Régulation de la continuité des soins par les médecins généralistes [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01472900/document>
50. Fatovich DM, Jacobs IG, McCance JP, Sidney KL, White RJ. Emergency department telephone advice. *Med J Aust*. 3 août 1998;169(3):143-6.
51. Modalités de prise en charge d’un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_regulation_medicale.pdf
52. MG FORM [Internet]. Disponible sur: <https://www.mgform.org/nos-formationen?libre=r%C3%A9gulation&date1=&date2=&themes=&cursus=&specialites=®ions=®ions=&format=&financement=>
53. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html#toc147
54. Présentation du D.E.S [Internet]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
55. La permanence des soins - CNOM data [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnominfographiepds2014.pdf>

ANNEXES

I. Annexe 1 : Questionnaire du rappel téléphonique

Questionnaire de rappel

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale et je me permets de vous contacter suite à votre appel au 3966 que vous avez passé début novembre. Dans le cadre d'une étude, nous étudions le devenir des patients et leurs ressentis après leur appel. Avez-vous 5 minutes à me consacrer afin de recueillir votre avis ?

Recueil du consentement :

Oui Non

Si non, puis-je vous rappeler plus tard ?

Si non, raison ?

.....

Etiez-vous concerné par l'appel ?

Oui Non

Si non, lien?

.....

Quel était votre but lors de votre appel ?

- Obtenir un conseil médical simple
- Avoir des informations sur un traitement
- Obtenir les coordonnées d'un médecin de garde pour une visite / une consultation
- Contacter les urgences
- Autre :

Comment définiriez-vous votre inquiétude sur votre état de santé au moment de l'appel ?

Très inquiet(e) Inquiet(e) Pas du tout inquiet(e)

Concernant le temps d'attente : Etes-vous :

- Pas du tout satisfait(e) Plutôt pas satisfait(e) Plutôt satisfait(e) Complètement satisfait(e)

Vous êtes-vous senti écouté ?

- Oui Non Partiellement

Avez-vous compris le conseil médical délivré ?

- Oui Non Partiellement

Si non : nature de la difficulté :

Pouvez-vous reformuler le conseil ? Oui Non

- Si oui :

Avez-vous suivi le conseil médical délivré ?

- Oui Non

Si non pourquoi ?

- Ce conseil ne semblait pas conforme à la demande initiale
- Vous ne vous sentiez pas capable de le réaliser
- Vous ne l'aviez pas compris
- Sensation de dégradation de l'état de santé
- Amélioration spontanée de l'état de santé
- Autre :

.....

Qu'avez-vous fait immédiatement après l'appel ?

- Conduite à tenir à domicile
- Prise des médicaments conseillés
- Médecin de garde à domicile
- SAU par vos propres moyens
- Médecin généraliste aux heures ouvrables

- Médecin spécialiste aux heures ouvrables
- Pharmacie
- Automédication
- Rien
- Appel du 15 ou autre numéro d'urgence
- Autre :

.....

Vous a-t-on prescrit un traitement ?

- Oui Non

L'avez-vous pris ?

- Oui Non

- Si non, pourquoi ?

.....

Comment ont évolué les symptômes ?

- Amélioration
- Stabilité
- Aggravation

Pensez-vous que le conseil délivré vous a permis d'éviter de vous rendre aux urgences ?

- Oui Non

Avez-vous consulté un médecin suite à votre appel ?

- Médecin traitant
- SAU
- Non

Au moment de votre appel, en l'absence de régulation téléphonique, quelle aurait été votre attitude ?

- Appel au médecin généraliste
- Aller aux urgences
- Rester à domicile
- Autre :

Concernant l'échange avec le médecin qui vous a délivré le conseil. Etes-vous :

Pas du tout satisfait(e) Plutôt pas satisfait(e) Plutôt satisfait(e) Complètement satisfait(e)

Recommanderiez-vous la PDSA à un proche ?

Oui Non

Avez-vous un médecin traitant ou médecin généraliste habituel ?

Oui Non

Si non : pourquoi ?

.....

Avez-vous la CMU ?

Oui Non

Aviez-vous déjà contacté la PDSA pour vous-même ?

Oui Non

Quel est votre activité professionnelle ? Niveau d'étude ?

- Pas de diplôme
- Brevet des collèges
- CAP/BEP
- Bac général/pro/technique
- Bac +2 (BTS, autre)
- Bac +3/4 (licence, maîtrise)
- Bac +5 (master, école d'ingénieur, école d'art)
- Bac+ 7 (Doctorat, post-doctorat, thèse)

II. Annexe 2 : Procédures réglementaires



Service mutualisé de gestion d'enquêtes
Procédures réglementaires - recherche en santé (Identifiant (ID) :543777)

Procédures réglementaires - recherche en santé

Date de soumission

10/06/2020 18:41:40

Type de recherche

Quel est le type de recherche vers lequel vous vous orientez et dont découleront les diverses procédures à effectuer?

Type de la recherche

Recherches impliquant la personne humaine et ne permettant pas d'évaluer : ni le fonctionnement de l'organisme humain, ni l'efficacité ou la sécurité d'actes diagnostiques, thérapeutiques ou préventifs. [A3]

Type de la recherche, en dehors du champ de la loi Jardé

Recherche auprès de patients [A1]

Recherche portant sur des patients

Questionnaires ou entretiens prospectifs (qui n'engendrent pas de modification de la prise en charge habituelle du participant) [A2]
--

Procédures

Votre recherche n'est pas soumise à la loi Jardé qui encadre les recherches impliquant la personne humaine.
--

Voici les différentes procédures à effectuer dans ce cas :
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Autorisation CNIL si étude multicentrique : CERFA n° 10769*03• Avis du comité d'éthique si publication |
|---|

Si vous souhaitez imprimer vos résultats concernant les procédures n'oubliez pas de cliquer sur la case "Envoyer" en bas à droite.

III. Annexe 3 : Caractéristiques de la population

Caractéristiques des appelants	Population globale	%
Sexe	522	
Femme	298	57
Homme	224	43
Age	522	
Moins de 2 ans	59	11
De 2 ans à 15 ans	94	18
De 16 ans à 25 ans	72	14
De 26 ans à 45 ans	139	27
De 46 ans à 65 ans	91	17
De 66 ans à 80 ans	40	8
Plus de 80 ans	27	5
Pédiatrie	522	
Age < 15 ans	153	29
Age > 15 ans	369	71
Jour d'appel	522	
Lundi	66	13
Mardi	56	11
Mercredi	43	8
Jeudi	22	4
Vendredi	26	5
Samedi	168	32
Dimanche	141	27
Heure d'appel	522	
Jour	281	54
Nuit	241	46
Lien appelant	522	
Appelant	263	50
Parent	166	32
Conjoint	51	10
Enfant	28	5
Autre	14	3
Recommandation	518	
Oui	475	92
Non	43	8

Caractéristiques des appelants	Population globale	%
CMU	464	
Oui	164	35
Non	300	65
Médecin traitant	497	
Oui	475	96
Non	22	4
Niveau d'étude	319	
Sans diplôme	39	12
Brevet	18	6
CAP/BEP	18	6
Bac	56	18
Bac +2	28	10
Bac +3/4	82	26
> Bac +5	78	24
Première fois à la PDSA	507	
Oui	221	44
Non	286	56
Anxiété	522	
Très inquiet	287	55
Inquiet	218	42
Pas du tout inquiet	17	3
Attitude si pas de régulation	493	
Aller aux urgences	278	56
Voir le médecin traitant	53	11
Rester au domicile	158	32
Autre	4	1
Satisfaction	522	
Complètement	309	59
Plutôt	146	28
Plutôt pas	41	8
Pas du tout	26	5

Caractéristiques des appelants	Population globale	%
Consultation ultérieure	460	
Oui MG	219	48
Oui SAU	18	4
Non	223	48
Sensation d'écoute	519	
Oui	476	92
Non	26	5
Partiellement	17	3
Eviter urgences	513	
Oui	213	42
Non	300	58
Evolution	519	
Amélioration	425	82
Stabilité	56	11
Aggravation	38	7
Objectif de l'appel	522	
Conseil médical	439	84
Voir un MG	52	10
Contacter les urgences	21	4
Traitement	10	2
Reformulation	519	
Oui	513	99
Non	6	1
Compréhension	520	
Oui	501	96
Non	2	0.4
Partiellement	17	3.3
Temps d'attente	521	
Complètement satisfait	207	40
Plutôt satisfait	238	46
Plutôt pas satisfait	53	10
Pas du tout satisfait	23	4

**Observance des conseils médicaux délivrés par les médecins régulateurs généralistes
dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires en Haute-Garonne**

Introduction : Afin d'assurer la continuité des soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) a pour objectif de répondre aux demandes de soins non programmés. Près de la moitié des dossiers médicaux régulés bénéficient d'un conseil médical.

Objectifs : Déterminer l'observance des appelants et leurs caractéristiques lors de conseils médicaux délivrés au cours d'un dossier de régulation médicale.

Matériel et méthode : Etude épidémiologique, observationnelle descriptive, menée du 02 au 08 novembre 2020 avec rappel téléphonique de tous les patients ayant contacté la régulation médicale de Haute-Garonne pour lesquels un conseil médical a été délivré et consentant à l'étude.

Résultats : Nous avons inclus 522 patients dans l'étude. Le conseil médical délivré par le médecin régulateur était observé dans 87% des dossiers médicaux (n= 455). Les facteurs influençant de façon significative l'observance des conseils étaient l'anxiété ressentie, l'objectif initial de l'appel, le niveau d'étude, le fait d'avoir un médecin traitant ou d'être bénéficiaire de la CMU mais aussi la satisfaction globale, la satisfaction concernant l'échange avec le médecin régulateur et la satisfaction concernant le temps d'attente.

Conclusion : La PDSA réaffirme son rôle majeur au sein des centres de régulation par la très bonne observance rapportée des conseils médicaux et confirme sa capacité à optimiser le parcours de soins des patients. Intégrer une formation à la régulation médicale dès le 3^{ème} cycle pourrait permettre de rendre la PDSA plus attractive.

Mots clés : permanence des soins ambulatoires, régulation médicale, observance, conseils médicaux

Compliance with medical advice during the permanent ambulatory care in Haute Garonne

Introduction : The Permanent Ambulatory Care (PAC) aims to respond to requests for unscheduled care during after-hours care. Almost half of regulated medical calls receive medical advice.

Objectives : Analyze the compliance of the advice given by the regulators and the factors influencing compliance.

Methods : Observational study, conducted from the 2nd to the 8th November 2020. Every patient who called the medical regulation of Haute-Garonne and who received a medical advice were recalled.

Results : We included 522 patients. The medical advice given by the regulator was heeded in 87% of the medical files (n = 455). Factors significantly influencing adherence to advice were the anxiety felt, the initial objective of the call, the level of study, the fact of having an attending physician or being a beneficiary of CMU but also the overall satisfaction, the exchange with the regulator satisfaction and waiting time satisfaction.

Conclusion : The PAC reaffirms its major role among assistance centers and its capacity to enhanced the patient healthcare circuit thanks to the very high compliance to the medical advice given. It could be more attractive if medical regulation was included from the 3rd cycle as a specific skill.

Key Words : after-hours care, patient compliance, permanent ambulatory care, medical advice