

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

### THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement  
le 3 juillet 2014 à Poitiers  
par **Mademoiselle Marie-Christine HALMEL**

Facteurs déterminant le choix de consulter  
à la Maison médicale de garde ou aux Urgences de Saintes  
pendant la fermeture des cabinets de médecine générale

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

**Membres** : Madame le Professeur Elisabeth SOLAU-GERVAIS  
Monsieur le Professeur Jean-Philippe NEAU

**Directeur de thèse** : Monsieur le Professeur Thierry VALETTE

## LISTE DES ENSEIGNANTS

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (surnombre)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (surnombre)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (de septembre à décembre)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

**Professeur des universités de médecine générale**  
GOMES DA CUNHA José**Professeur associé des disciplines médicales**  
MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique**Professeur associé de médecine générale**  
VALETTE Thierry**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

BINDER Philippe  
BIRAULT François  
FRECHE Bernard  
GIRARDEAU Stéphane  
GRANDCOLIN Stéphanie  
PARTHENAY Pascal  
VICTOR-CHAPLET Valérie

**Enseignants d'Anglais**

DEBAIL Didier, professeur certifié  
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

**Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine**

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

**Professeurs émérites**

1. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier le Pr GOMES DA CUNHA qui a accepté de présider ma thèse.

Merci également au Pr SOLAU qui a bien voulu modifier son emploi du temps pour faire partie de mon jury.

Je remercie également le Pr NEAU qui a gentiment accepté de compléter mon jury, au moment où je commençais à perdre l'espoir d'accomplir cette formalité dans les temps impartis.

Enfin, je remercie mon directeur de thèse, le Pr VALETTE, pour son soutien et son aide lorsque je me retrouvais bloquée. Votre rapidité à répondre à mes questions et à relire mes écrits m'a beaucoup aidée.

Pour le travail de statistiques, je tiens à remercier Stéphanie Rouanet. Tu as eu l'amabilité de t'occuper de cette partie et de tout m'expliquer avec une grande patience. Sans toi, ce projet n'aurait pas pu voir le jour. Je t'en serai éternellement reconnaissante.

Concernant la réalisation du travail d'enquête, je voudrais remercier plusieurs personnes :

Je remercie la direction du centre hospitalier de Saintes et le Dr Borde de m'avoir autorisée à effectuer mon travail d'enquête dans les différents services concernés.

Dr Boursier, vous avez accepté que j'enquête dans votre service et vous avez aplani les difficultés qui se sont présentées à moi. Merci beaucoup pour votre soutien. Vos qualités humaines font de vous quelqu'un d'exceptionnel.

Dr Wardi, vous m'avez autorisé à enquêter dans votre service. Je vous en remercie.

Dr Matis, vous m'avez renseignée sur tout ce qui concerne la maison médicale de garde de Saintes. Merci de m'avoir aidée.

M. Rulier, cadre des urgences adultes : Grâce à votre intervention, la distribution de mes questionnaires aux patients est devenue possible.

Mme Mahaud, cadre des urgences pédiatriques : Vous avez contribué à ce que toute ma démarche se déroule confortablement. Merci d'avoir briefé votre équipe et d'avoir répondu rapidement à toutes mes questions. J'ai beaucoup apprécié votre amabilité.

Merci à l'ensemble des médecins des urgences (adultes et pédiatriques) et des médecins de garde à la maison médicale d'avoir joué le jeu. Sans vous, je n'aurais pas eu matière à faire ce travail.

Merci au personnel d'accueil des urgences et à toute l'équipe de pédiatrie. A chacun de mes passages, vous m'avez accueillie dans la bonne humeur. Merci pour votre constance à distribuer mes questionnaires, malgré votre charge de travail.

Pour le travail en amont de cette thèse, je souhaiterais remercier le Dr Bouges, de l'ARS. Vous m'avez aidé à préciser mon sujet, en collaboration avec le Pr Valette. Merci de m'avoir aidé à corriger mes questionnaires.

Merci également au Dr Bisson et au Dr Robin, de la Rochelle, qui m'ont aidée à établir la première version de mon questionnaire.

Enfin, je tiens à remercier mes proches.

Fabien, tu m'as soutenue constamment, y compris dans les moments difficiles. Je te remercie d'avoir pris le relais dans les tâches quotidiennes quand c'était nécessaire ;-)  
Avec tout mon amour..

Lulu : Malgré tes propres difficultés, tu as été un soutien quotidien pour moi. Merci d'être là.  
Avec toute mon amitié.

Merci à ma famille qui a été d'un soutien sans faille depuis le début de cette aventure. Maman, tu vas enfin pouvoir souffler ;-)

Je remercie ma petite équipe de relecture : ma tante Hélène, Lulu et Fabien. Grâce à vous, ce travail est plus que présentable. Un remerciement particulier pour les jolies reformulations de ma tante Hélène qui rendent la lecture de cet ouvrage bien plus agréable que la version originale.

Chère Pauline, nous ne nous sommes pas beaucoup vues, mais tu m'as aidée à organiser la rédaction de cette thèse de façon logique : une vraie révélation ! Merci pour cela et pour ton amitié.

Chère Axelle, tu n'as pas pu être présente le jour J. Merci de m'avoir aidée à relativiser les difficultés. Avec toi, tout paraît plus facile.

Merci aussi à Alexandra qui m'a accueillie chaque fois que j'en avais besoin. Tu es un véritable rayon de soleil. J'espère te revoir bientôt.

# PLAN

INTRODUCTION.....	9
GENERALITES.....	10
I. Permanence des soins en Poitou-Charentes.....	10
1. Définitions.....	10
1.1 Permanence des soins.....	10
1.2 Permanence des soins en établissements de santé.....	10
1.3 Permanence des soins ambulatoires.....	10
2. Organisation de la permanence des soins ambulatoires.....	11
2.1 Organisation générale.....	11
2.2 Régulation.....	11
2.3 Effectation.....	12
II. Permanence des soins à Saintes.....	13
1. Localisation des services de permanence.....	13
2. La Maison Médicale de Garde.....	14
3. Accès aux services de permanence.....	15
3.1 Accès aux urgences adultes.....	15
3.2 Accès aux urgences pédiatriques.....	15
3.3 Accès à la maison médicale de garde.....	15
4. Parcours des patients arrivant par leurs propres moyens.....	16
4.1 Parcours des adultes.....	16
4.2 Parcours des enfants.....	17
MATERIEL ET METHODE.....	18
I. Type d'enquête, objectif.....	18
II. Population ciblée.....	18
III. Taille de l'échantillon nécessaire.....	18
IV. Période d'enquête.....	19
V. Distribution des questionnaires.....	19
VI. Confidentialité, anonymat.....	20
VII. Appariement des questionnaires.....	20
VIII. Récupération des questionnaires.....	21
IX. Sélection de l'échantillon.....	21
1. Critères d'inclusion.....	21
2. Critères d'exclusion.....	21
X. Traitement des données.....	21
XI. Méthodes statistiques.....	22
RESULTATS.....	23
I. Caractéristiques des patients.....	24
1. Sexe.....	24
2. Age.....	25
3. Provenance géographique.....	27
4. Mode de règlement.....	28
4.1 Description générale.....	28
4.2 Description des tiers-payants.....	28
5. Pathologies rencontrées.....	29

II. Choix du lieu de consultation.....	31
1. Intention initiale de consulter.....	31
1.1 Motifs de consultation à la MMG.....	32
1.2 Motifs de consultation aux urgences.....	33
2. Lieu de consultation choisi par les patients.....	34
3. Changement d'avis sur le lieu de consultation.....	35
4. Lieu de consultation constaté par les médecins.....	36
5. Adéquation du lieu de consultation.....	37
5.1 Lieu de consultation nécessaire.....	37
5.2 Adéquation du lieu de consultation constaté par les médecins.....	38
5.2.1 Adéquation des consultations à la MMG.....	38
5.2.2 Adéquation des consultations aux services d'urgences.....	39
III. Facteurs susceptibles d'influencer le choix des patients.....	40
1. Le centre 15.....	40
2. L'infirmière d'orientation et d'accueil.....	41
3. Connaissance de la MMG.....	42
IV. Passages directs à la MMG.....	43
1. Estimation du nombre de passages directs à la MMG.....	43
2. Influence de la connaissance préalable de la MMG.....	43
2.1 Conseillers des patients connaissant déjà la MMG.....	44
2.2 Conseillers des patients ignorant l'existence de la MMG.....	45
3. Adéquation des consultations en accès direct.....	45
4. Estimation des passages directs non régulés par le centre 15.....	46
V. Déterminants de la consultation aux urgences ou à la MMG.....	47
1. Patients n'ayant pas changé d'avis sur leur lieu de consultation.....	47
2. Patients ayant modifié leur choix de lieu de consultation.....	48
VI. Comparaison des caractéristiques des patients.....	49
1. Comparaison des caractéristiques des adultes.....	49
2. Comparaison des caractéristiques des enfants.....	50
2.1 Age.....	51
2.2 Provenance géographique.....	51
2.3 Pathologies générales.....	52
2.4 Pathologies médicales.....	53
DISCUSSION.....	54
I. Forces et faiblesses de l'étude.....	54
1. Les faiblesses.....	54
1.1 Population ciblée dans la distribution.....	54
1.2 Moment de distribution du questionnaire.....	54
1.3 Défaut de distribution des questionnaires.....	55
1.4 Compréhension du questionnaire.....	55
1.5 Imprécision des données recueillies.....	55
1.6 Questionnaires non transmis aux médecins.....	55
1.7 Questionnaires non remplis par les médecins.....	56
1.8 Qualité des médecins remplissant les questionnaires.....	56
2. Les forces.....	57
2.1 Lieux d'enquête.....	57
2.2 Inclusion des patients de la MMG en accès direct.....	57
2.3 Confidentialité des réponses et préservation de l'anonymat.....	57
2.4 Puissance de l'étude.....	57

3. Justification des choix d'enquête.....	57
3.1 Lieu d'enquête.....	57
3.2 Distribution continue.....	58
3.3 Evaluation de l'adéquation du lieu de consultation par les médecins.....	58
3.4 Classification des pathologies par discipline et par appareil.....	58
II. Résultats principaux.....	59
1. Facteurs déterminant la consultation à la MMG.....	59
1.1 Proposition de l'IOA.....	59
1.2 Connaissance de la MMG.....	60
1.3 Conseil du centre 15.....	61
1.4 Seule structure ouverte.....	62
1.5 Temps d'attente plus court.....	63
2. Facteurs déterminant la consultation aux urgences.....	63
3. Facteurs non déterminants.....	63
3.1 Convenance du mode de paiement.....	63
3.2 Gravité apparente des symptômes.....	63
III. Résultats secondaires.....	64
1. Adéquation du lieu de consultation.....	64
1.1 Adéquation des consultations à la MMG.....	64
1.2 Adéquation des consultations aux urgences.....	64
2. Problème des passages directs à la MMG.....	66
IV. Résultats de quelques auteurs.....	66
1. Etudes concernant la réorientation depuis les urgences.....	66
2. Etudes concernant la MMG.....	68
3. Etudes concernant les urgences pédiatriques.....	69
4. Etudes concernant l'influence de la PDSA sur l'engorgement des urgences.....	71
CONCLUSION.....	72
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	73
ANNEXES.....	76
ANNEXE I : Questionnaire remis aux urgences pédiatriques.....	76
ANNEXE II : Questionnaire destiné aux adultes.....	77
ANNEXE III : Questionnaire destiné aux enfants (MMG, urgences adultes).....	78
ANNEXE IV : Questionnaire des médecins.....	79
RESUME.....	80
MOTS CLÉS.....	81

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>ALD</b>	Affection Longue Durée
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CCMU</b>	Classification Clinique des Malades des Urgences
<b>CMU</b>	Couverture Maladie Universelle
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Etudes, de L'Evaluation et des Statistiques
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IC</b>	Intervalle de Confiance
<b>IGAS</b>	Inspection Générale des Affaires Sociales
<b>IOA</b>	Infirmière d'Orientation et d'Accueil
<b>MMG</b>	Maison Médicale de Garde
<b>NS</b>	Non Significatif
<b>OR</b>	Odds Ratio
<b>ORL</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
<b>PDS</b>	Permanence Des Soins
<b>PDSA</b>	Permanence Des Soins Ambulatoires
<b>PDSES</b>	Permanence Des Soins en Etablissements de Santé
<b>SAMI</b>	Service d'Accueil d'Aide Médicale Initiale
<b>SAMU</b>	Service d'Aide Médicale Urgente

# INTRODUCTION

Depuis 1996, le recours de la population aux services d'urgences a connu une progression d'environ 4 % par an. Une tendance à la stabilisation a cependant été constatée en 2010 [1].

Parallèlement, on constate qu'une proportion non négligeable des consultations aux urgences relève de la médecine générale et contribue à l'engorgement de ces services [2].

Pour tenter de résorber cet engorgement, dès 2003, des actions ont été entreprises pour répondre de façon plus adéquate à la demande de soins non programmés [3]. Notamment, les gardes de médecine générale ont été réorganisées dans un système plus global de Permanence Des Soins (PDS), avec la création de nombreuses Maisons Médicales de Garde (MMG) et l'intervention de médecins régulateurs libéraux.

Il en résulte que pendant les heures de fermeture des cabinets médicaux libéraux, les personnes en quête d'une consultation médicale rapide peuvent se tourner vers plusieurs options: la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), les services hospitaliers d'urgences ou, dans certaines agglomérations, les associations de médecins de garde telles que « SOS médecins » ou « Allo garde Royan ».

Tout acte médical pendant la période de PDS est censé être régulé en amont, souvent par le biais d'un appel au centre 15. Cependant, plus de 50 % des actes de PDS ne le seraient pas et beaucoup de patients se présentent spontanément aux sites de consultation dédiés et aux services d'urgences [4].

**Sur quels critères ces patients s'appuient-ils pour choisir leur lieu de consultation ? Ce choix est-il approprié à leur situation ?**

Le travail qui suit a pour vocation de répondre à ces questions.

Par le biais d'une enquête menée au centre hospitalier de Saintes pendant la PDSA, nous allons déterminer les critères de choix du lieu de consultation de ces patients, ainsi que l'influence du centre 15, de l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil (IOA), et de la connaissance antérieure de la MMG sur ce choix. Nous vérifierons aussi l'adéquation du lieu de consultation de ces patients.

# GENERALITES

## I. PERMANENCE DES SOINS EN POITOU-CHARENTES

### 1. Définitions

#### 1.1 Permanence des soins

La permanence des soins (PDS) est une mission de service public qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés :

- tous les jours de 20h00 à 8h00
- les dimanche et jours fériés à partir de 8h00,

et en fonction des besoins de la population, évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante :

- le samedi à partir de 12h00
- le lundi à partir de 8h00 si le mardi est férié
- le vendredi et le samedi à partir de 8h00 s'ils suivent un jour férié [5].

La PDS se décline en Permanence Des Soins en Etablissements de Santé (PDSES) et PDSA.

#### 1.2 Permanence des soins en établissements de santé

La PDSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence [6] :

- la nuit, à partir de 20h00 le plus souvent, et jusqu'à 8h00 le lendemain
- le week-end (sauf le samedi matin)
- les jours fériés.

#### 1.3 Permanence des soins ambulatoires

La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) a pour objet de répondre aux besoins de soins non urgents, non programmés, en dehors des heures d'ouverture des cabinets de médecine générale [7].

Les horaires de PDSA sont les mêmes que ceux cités pour la PDS.

## **2. Organisation de la PDSA**

### **2.1 Organisation générale**

Depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 [8], les Agences Régionales de Santé (ARS) sont chargées de l'organisation de la PDS.

Les modalités de la PDS sont élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé.

### **2.2 Régulation**

Tout accès au dispositif de PDSA est régulé. Ce mode d'accès est unique et exclusif :

- soit par l'appel téléphonique au numéro « 15 »
- soit par l'appel téléphonique à toute autre plate-forme interconnectée avec le centre de réception et de régulation des appels.

La régulation est assurée par des médecins hospitaliers et libéraux formés à cette activité et opérant sur le même plateau technique.

Les médecins régulateurs libéraux sont recrutés sur la base du volontariat. Ils sont inscrits au tableau du département concerné et sont mobilisés pendant les périodes de PDSA. Leur nombre varie de 1 à 3 selon le département, le jour, l'horaire et le contexte épidémique.

Les associations de PDSA organisent la régulation libérale en collaboration avec le SAMU-centre 15.

#### Fonctionnement pratique

Lors de l'appel d'un patient, les renseignements utiles sont pris par le personnel assistant de régulation médicale.

Selon la nature de l'appel, le patient est mis en relation avec le médecin régulateur libéral ou avec le régulateur hospitalier du SAMU.

Une réponse adaptée à sa situation lui est fournie :

- conseil téléphonique avec possibilité de conseil thérapeutique
- téléprescription avec envoi de l'ordonnance à la pharmacie de garde
- orientation vers le point fixe de consultation (cabinet médical du médecin de permanence, MMG, maison de santé...)
- déclenchement d'une visite au domicile par le médecin effecteur
- orientation vers une consultation aux urgences ou envoi d'une ambulance privée, des sapeurs-pompiers ou du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), uniquement par le régulateur hospitalier du SAMU.

## 2.3 Effectation

Chaque département est divisé en secteurs de PDS, au nombre de :

- 8 dans les Deux-Sèvres
- 8 dans la Vienne
- 15 en Charente
- 20 en Charente-Maritime.

Il y a un médecin de garde par secteur. Ce nombre peut être augmenté selon les périodes et les tranches horaires, en fonction de l'activité de chaque secteur.

L'effectation de la PDSA s'arrête à minuit. Elle est assurée par les médecins sur la base du volontariat et se fait préférentiellement en point fixe.

Dans certaines conditions, le médecin effecteur peut être amené à établir un certificat de décès à domicile, sur demande de la régulation.

En cas de situation exceptionnelle ou de crise sanitaire, le directeur général de l'ARS peut demander le renforcement du planning d'astreinte.

En cas d'impossibilité de combler un planning d'astreinte, le préfet peut procéder à des réquisitions.

### Rémunération de l'astreinte

L'agence Régionale de Santé (ARS) détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la PDS, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

La rémunération des médecins inscrits au tableau de garde s'élève à :

- 70 € par heure pour un médecin régulateur. Cette rémunération augmente pendant les fêtes de fin d'année (103,5 € par heure).
- 50 € par tranche de 4 heures pour un médecin effecteur, soit :
  - 50 € de 20h00 à minuit du lundi au vendredi
  - 150 € de 12h00 à minuit le samedi
  - 200 € de 8h00 à minuit les dimanche et jours fériés
  - 200 € de 8h00 à minuit les vendredi et samedi qui suivent un jour férié, le lundi qui précède un jour férié, à condition que le secteur ait prévu un médecin de permanence pendant cette plage horaire.

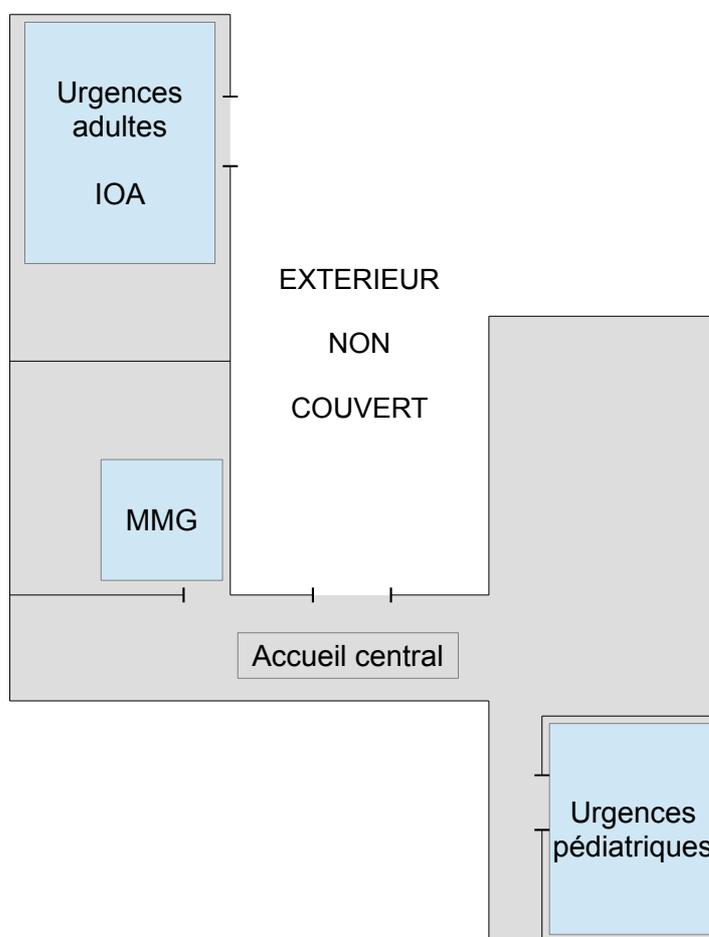
## II. PERMANENCE DES SOINS A SAINTES

### 1. Localisation des services de permanence

Dans le secteur 19 de Charente-Maritime (Saintes), les sites de PDS sont regroupés au sein du centre hospitalier de la ville de Saintes :

- La permanence des soins hospitaliers de premier recours est assurée par le service d'urgences adultes et le service d'urgences pédiatriques.
- La PDSA est assurée à la MMG par le médecin généraliste de permanence.

La situation des différents locaux est représentée par le schéma suivant :



## **2. La Maison Médicale de Garde**

La MMG est le lieu fixe d'effectation de la PDSA dans le secteur 19 de Charente-Maritime (Saintes).

Elle est située dans des locaux de consultation, au rez-de-chaussée du centre hospitalier.

Ces locaux sont dédiés aux consultations hospitalières pendant la semaine.

Pendant le week-end et les jours fériés, la salle d'attente et un cabinet de consultation sont utilisés pour la MMG.

Les horaires d'ouverture sont :

- le samedi : 15h00-19h00 et 21h00-23h00
- les dimanche et jours fériés : 9h00-12h00, 15h00-19h00 et 21h00-23h00.

Le règlement des consultations s'effectue directement auprès du médecin. L'avance des frais est la règle, sauf en cas de tiers-payant.

### Tarif des actes

Le tarif des consultations régulées est [9] :

- de 8h00 à 20h00 : 49,50 €
- de 20h00 à 0h00: 65,50 €

Ces actes peuvent être majorés :

- 5 € pour les enfants de 0 à 2 ans
- 3 € pour les enfants de 2 à 6 ans

La visite régulée pour constat et certificat de décès est rémunérée par le versement d'une majoration forfaitaire de 90 € appliquée à l'indemnité d'astreinte.

### **3. Accès aux services de permanence**

L'accès aux sites de PDS doit s'effectuer après régulation du SAMU-Centre 15. Cette régulation est accessible par la composition d'un numéro téléphonique unique : le « 15 » [10].

#### **3.1 Accès aux urgences adultes**

Le service d'urgences adultes bénéficie d'une entrée dédiée, indépendante du reste de l'hôpital.

Les patients venant par leurs propres moyens s'enregistrent dans le service auprès des agents administratifs. Ils rencontrent ensuite l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil (IOA) présente dans les locaux.

La validation de leur orientation par l'IOA leur donne accès au service, après avoir patienté en salle d'attente.

#### **3.2 Accès aux urgences pédiatriques**

L'accès aux urgences pédiatriques nécessite un passage par l'entrée principale de l'hôpital.

En période de PDS, l'enregistrement administratif s'effectue à l'accueil central (cf. schéma p.13) de 9h00 à 20h00.

De 20h00 à 9h00, cet enregistrement est assuré à l'accueil des urgences adultes.

En cas de passage préalable par les urgences adultes, les enfants rencontrent l'IOA.

En cas d'arrivée par le hall central de l'hôpital, le passage aux urgences pédiatriques est direct.

#### **3.3 Accès à la maison médicale de garde**

Les patients de la MMG doivent s'enregistrer au niveau des urgences adultes. Ils rencontrent alors l'IOA qui valide cette orientation.

Ils se dirigent ensuite vers la salle d'attente de la MMG pour patienter jusqu'à leur consultation.

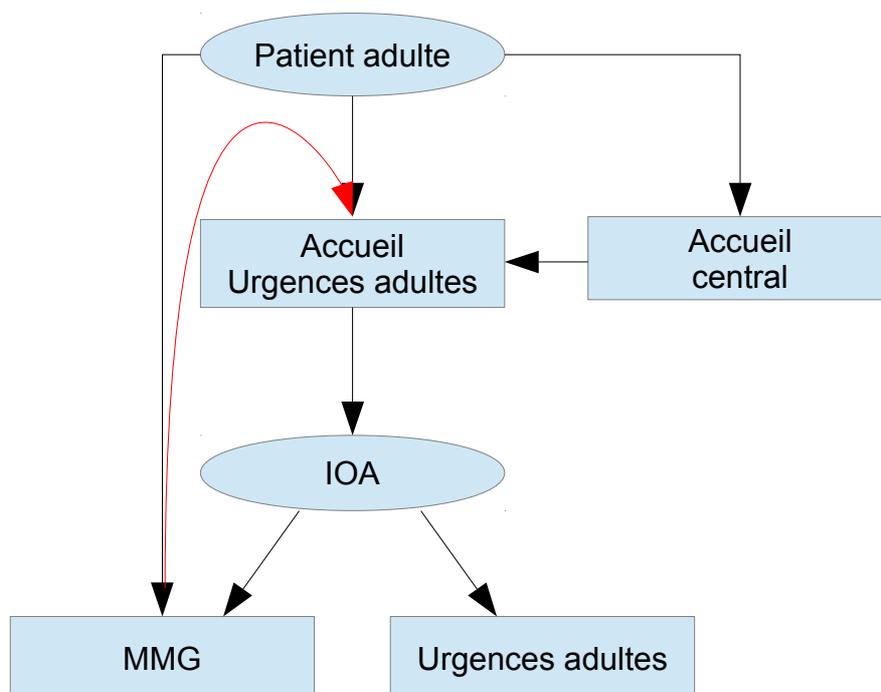
Un accès direct est observé : ces patients arrivent par l'entrée principale du centre hospitalier et s'installent dans la salle d'attente de la MMG.

Pour pallier cet accès direct, le passage devant l'IOA a été rendu obligatoire depuis le 12 mai 2013 pour toute consultation à la MMG, régulée ou non par le centre 15.

## 4. Parcours des patients arrivant par leurs propres moyens

### 4.1 Parcours des adultes

Le parcours des patients adultes arrivant au centre hospitalier pour une consultation est représenté par le schéma suivant :



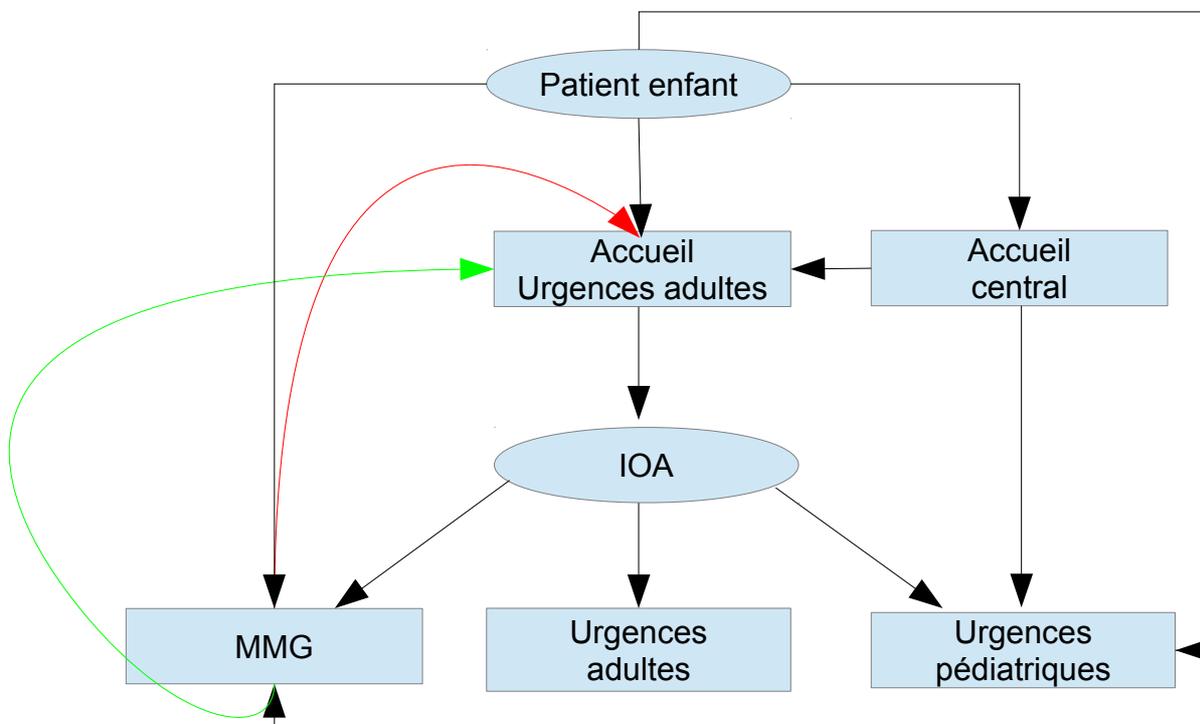
La flèche rouge représente la redirection effectuée depuis le 12 mai 2013 auprès des patients en accès direct.

Le rôle de l'accueil central est uniquement informatif. En cas de souhait du patient de consulter à la MMG, le personnel précise l'accès au site.

Il oriente également les patients en accès direct vers l'IOA afin que leur situation soit évaluée.

## 4.2 Parcours des enfants

Le parcours des enfants (âge inférieur à 18 ans) consultant avec un accompagnateur est schématisé ci-dessous.



Les patients de pédiatrie ont deux accès directs possibles :

- vers la MMG
- vers les urgences pédiatriques.

L'IOA évalue la situation des patients et les dirige vers la MMG, les urgences adultes (pour la traumatologie) ou les urgences pédiatriques.

Le personnel de l'accueil central

- enregistre les patients venant pour une consultation aux urgences pédiatriques, sans tri
- redirige les patients venant pour une consultation à la MMG vers l'IOA située aux urgences adultes.

Le personnel des urgences pédiatriques a la possibilité de rediriger les patients vers la MMG.

La flèche rouge représente la redirection effectuée depuis le 12 mai 2013 auprès des patients en accès direct pour la MMG.

La flèche verte représente la redirection effectuée auprès des patients s'étant d'abord adressés aux urgences pédiatriques.

# MATERIEL ET METHODE

## I. Type d'enquête, objectif

Nous avons mené une étude transversale observationnelle.

L'objectif était d'identifier les facteurs liés à la consultation effective à la MMG ou aux urgences parmi :

- les raisons avancées par les patients : confiance, seule structure ouverte, conseil du centre 15 ou d'une tierce personne, gravité apparente, besoin d'exams complémentaires, temps d'attente plus court, convenance du mode de paiement, expérience antérieure satisfaisante
- la connaissance préalable de l'existence de la MMG
- la proposition faite par l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil (IOA) de consulter à la MMG.

## II. Population ciblée

La population visée est celle des patients venant spontanément consulter au centre hospitalier, et ayant le choix entre une consultation aux urgences et une consultation à la MMG.

Ceci implique que :

- les patients arrivent par leurs propres moyens
- la MMG soit ouverte.

Il s'agit donc des patients qui arrivent par leurs propres moyens et se présentent au centre hospitalier pendant les horaires d'ouverture de la MMG, soit :

- de 9h00 à 12h00 les dimanche et jours fériés
- de 15h00 à 19h00 et de 21h00 à 23h00 les samedi, dimanche et jours fériés.

## III. Taille de l'échantillon nécessaire

L'objectif principal de l'étude est de décrire les facteurs intervenant dans la décision de consulter à la MMG.

Nous avons émis l'hypothèse que 25 % à 35 % des patients consulteraient à la MMG.

Environ 500 patients nous permettront de montrer un odds-ratio (OR) de 2 significatif à 5 % (risque de première espèce fixé à 5 %) avec une puissance d'au moins 80 %, et ce avec un large panel de niveaux d'exposition (20% à 50%) et de niveaux de consultation (25% à 35%).

**Simulation du nombre de patients nécessaires pour identifier un facteur prédictif à 2 modalités (modalité 1/modalité 2) avec un OR de 2 entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> modalité**

<b>Proportion de patients consultant à la MMG dans la modalité 1</b>	0.25	0.30	0.35	0.25	0.30	0.35	0.25	0.30	0.35	0.25	0.30	0.35
<b>Proportion de patients consultant à la MMG dans la modalité 2 (pour un OR à 2)</b>	0.40	0.46	0.52	0.40	0.46	0.52	0.40	0.46	0.52	0.40	0.46	0.52
<b>Nombre de patients dans la modalité 1</b>	97	89	85	104	95	91	116	107	102	152	141	135
<b>Nombre de patients dans la modalité 2</b>	388	356	338	310	285	271	231	213	203	152	141	135
<b>Répartition modalité 2 / modalité 1</b>	80%/20%	80%/20%	80%/20%	75%/25%	75%/25%	75%/25%	67%/33%	67%/33%	67%/33%	50%/50%	50%/50%	50%/50%
<b>Nombre total de patients</b>	<b>485</b>	<b>445</b>	<b>423</b>	<b>414</b>	<b>380</b>	<b>361</b>	<b>347</b>	<b>320</b>	<b>305</b>	<b>304</b>	<b>282</b>	<b>270</b>

MMG : Maison Médicale de Garde  
OR : Odds-ratio

Le nombre maximal de patients nécessaire est de 485 pour estimer un OR de 2 entre les 2 modalités d'un facteur prédictif donné (proportion de consultation à la MMG pour une des 2 modalités de 25 % et répartition entre les 2 modalités de 80%/20%).

#### **IV. Période d'enquête**

L'enquête a été réalisée du samedi 6 avril au dimanche 14 juillet 2013, pendant les jours de fonctionnement de la PDSA.

Les plages horaires englobent les horaires d'ouverture de la MMG :

- Pour le week-end : du samedi à partir de 12h00 jusqu'au lundi 8h00
- Pour les jours fériés : de 8h00 jusqu'à 8h00 le lendemain.

#### **V. Distribution des questionnaires**

Les questionnaires ont été distribués de façon continue pendant la période d'enquête. Ils ont été proposés à tous les patients arrivant par leurs propres moyens et se présentant au centre hospitalier de Saintes pour une consultation aux urgences ou à la MMG.

La distribution a été effectuée

- aux urgences pédiatriques, par le personnel soignant
- aux urgences adultes, par les agents administratifs d'accueil.

Des questionnaires ont également été mis à la disposition des patients dans la salle d'attente de la MMG.

#### ◆ Côté patients

Les questionnaires des patients sont destinés à recueillir les raisons pour lesquelles ils ont choisi leur lieu de consultation.

Les accompagnateurs des patients se présentant directement aux urgences pédiatriques ont reçu le questionnaire en annexe I.

Les patients se présentant aux urgences adultes ont reçu :

- Le questionnaire en annexe II, s'ils étaient âgés de 18 ans et plus
- Le questionnaire en annexe III, remis à leur accompagnateur, s'ils étaient âgés de moins de 18 ans.

Les questionnaires mis à disposition des patients à la MMG étaient les mêmes que ceux distribués aux urgences adultes.

#### ◆ Côté médecins

D'autres questionnaires, destinés aux médecins, ont été mis à disposition :

- aux urgences pédiatriques
- aux urgences adultes
- dans le cabinet de consultation de la MMG.

Ils étaient destinés à récupérer le diagnostic et l'avis du médecin concernant le lieu de consultation qu'il estimait nécessaire à la situation (cf. annexe IV).

## **VI. Confidentialité, anonymat**

Dans un souci de confidentialité, chaque questionnaire proposé aux patients était accompagné d'une enveloppe. Cette enveloppe était destinée à contenir le questionnaire rempli. Elle était remise cachetée au médecin consulté.

Aucune donnée nominative n'a été demandée.

## **VII. Appariement des questionnaires patients et médecins**

Un numéro d'anonymat figurait sur chaque questionnaire patient.

Chaque enveloppe d'accompagnement comportait le même numéro d'anonymat que le questionnaire patient correspondant.

A réception de l'enveloppe du patient, le médecin était invité à reporter ce numéro d'anonymat sur son propre questionnaire.

Ce système a permis dans un second temps l'appariement des questionnaires médecins et patients.

## **VIII. Récupération des questionnaires**

Trois urnes étaient destinées à recueillir les questionnaires des médecins et les enveloppes des patients. Elles étaient situées respectivement aux urgences pédiatriques, aux urgences adultes et dans le cabinet de consultation de la MMG.

Les médecins étaient chargés d'y mettre leurs propres questionnaires, une fois remplis, et les enveloppes des patients.

Les urnes étaient vidées à chacun de mes passages au centre hospitalier.

## **IX. Sélection de l'échantillon**

Les questionnaires des patients et des médecins ont été appariés d'après leur numéro d'anonymat.

### **1. Critères d'inclusion**

Seuls les questionnaires indiquant une heure d'arrivée pendant les horaires d'ouverture de la MMG ont été conservés. L'heure devait être comprise dans les créneaux suivants :

- entre 9h00 et 12h00
- entre 15h00 et 19h00
- entre 21h00 et 23h00.

### **2. Critères d'exclusion**

Ont été exclus :

- les questionnaires vierges
- les questionnaires patients ne comportant pas d'heure d'arrivée
- les questionnaires patients avec une heure d'arrivée en dehors des horaires d'ouverture de la MMG
- les questionnaires patients ne comportant pas de choix de lieu de consultation
- les questionnaires patients mentionnant une arrivée par véhicule sanitaire
- les questionnaires médecins ne comportant pas de numéro d'anonymat
- les questionnaires médecins non appariés aux questionnaires patients.

## **X. Traitement des données**

Les données des questionnaires ont été notées dans un tableur.

Les codes postaux ont été traduits en secteurs de garde à l'aide des cartes de sectorisation de l'Agence Régionale de Santé de Poitou-Charentes datant de Novembre 2012 [11].

Les diagnostics ont été classés dans un premier temps à l'aide de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10).

Un classement a été effectué dans un second temps en tenant compte de l'appareil concerné.

## **XI. Méthodes statistiques**

L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel SAS version 9.4.

Le risque de première espèce ( $\alpha$ ) a été fixé à 5 % en situation bilatérale pour l'ensemble de l'étude.

Les données manquantes n'ont pas été remplacées.

Les variables quantitatives ont été décrites par le nombre de valeurs renseignées, le nombre de données manquantes, la moyenne, l'écart-type, la médiane, le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>ème</sup> quartile, le minimum et le maximum.

Les variables qualitatives ont été décrites par le nombre de valeurs renseignées, le nombre de données manquantes, la fréquence et le pourcentage de chaque modalité.

L'objectif principal de l'étude était de décrire les facteurs intervenant dans le choix de consulter à la MMG.

Des analyses univariées ont permis de sélectionner (valeur de  $p \leq 0.10$ ) les variables explicatives à inclure dans le modèle multivarié.

Les résultats des analyses univariées et multivariées ont été interprétés en terme d'odds-ratios accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %.

Les facteurs intervenant dans la décision de consulter à la MMG ont été recherchés à l'aide d'un modèle de régression logistique.

Pour les patients dont le lieu d'intention de consulter était identique au lieu de consultation constaté, les facteurs testés ont été :

- les réponses à la question 7 (confiance, seule structure ouverte, conseil du centre 15 ou d'une tierce personne, gravité apparente, besoin d'examens complémentaires, temps d'attente plus court, convenance du mode de paiement, expérience antérieure satisfaisante)
- la connaissance préalable de la MMG (réponse à la question 9)
- la proposition de l'IOA de consulter à la MMG (réponse à la question 10).

Pour les patients dont le lieu d'intention de consulter était différent du lieu de consultation constaté, les facteurs testés ont été :

- les réponses à la question 12 (conseil de l'IOA, temps d'attente plus court, convenance du mode de paiement, MMG fermée)
- la connaissance préalable de la MMG (réponse à la question 9)
- la proposition de l'IOA de consulter à la MMG (réponse à la question 10).

Les caractéristiques (sexe, âge, provenance, mode de règlement habituel et pathologie) des patients consultant à la MMG ont été comparées à celles des patients consultant aux urgences à l'aide d'un test du Chi<sup>2</sup> ou de Fisher pour les variables qualitatives et d'un test de Student ou de Mann Whitney pour les variables quantitatives.

## RESULTATS

868 questionnaires patients et 684 questionnaires médecins ont été récupérés.  
34 questionnaires patients étaient vierges.

Pour cette enquête, nous avons conservé, selon les critères mentionnés au chapitre X de la partie « Matériel et méthode » (cf. p. 21) :

- 566 questionnaires patients (232 pour les adultes et 334 pour les enfants)
- 449 questionnaires médecins (158 pour les adultes et 291 pour les enfants)

Ces questionnaires correspondent aux données de 566 patients.

Dans la présentation des résultats, l'effectif varie en fonction du nombre de patients ayant répondu aux différentes questions.

### Données réelles

Pendant les jours d'enquête :

- 378 consultations à la MMG ont été enregistrées administrativement
- 615 consultations ont été comptabilisées sur le cahier de garde de la MMG.

Ces données ne tiennent pas compte de l'heure d'arrivée des patients.

Pendant la période d'enquête et les horaires d'ouverture de la MMG, 310 patients sont arrivés par leurs propres moyens et ont consulté aux urgences pédiatriques.

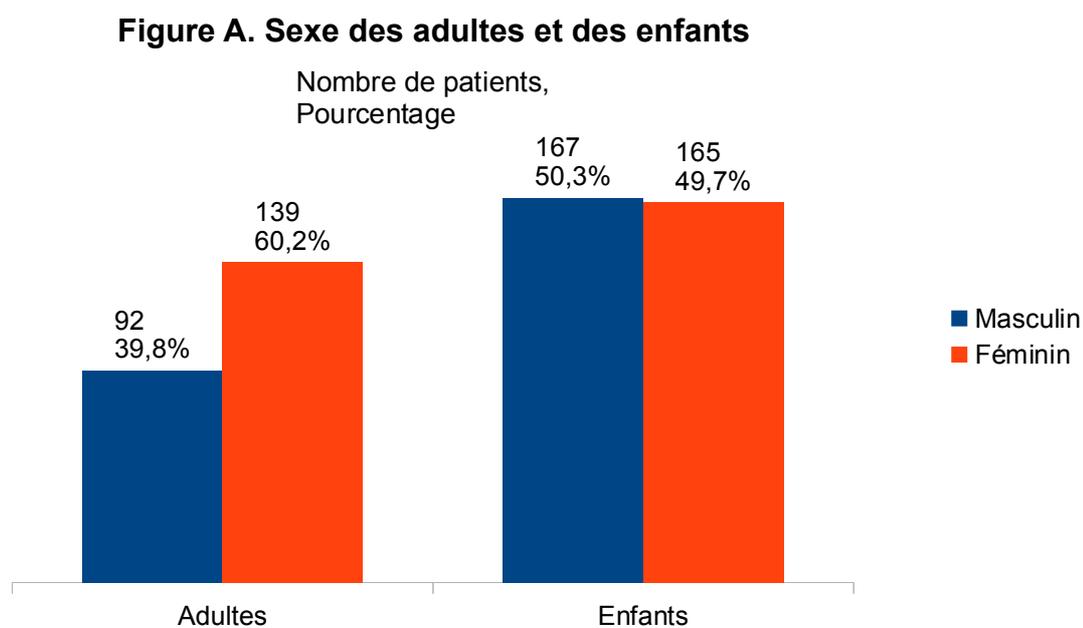
Les chiffres des urgences adultes ne nous ont pas été communiqués.

# I. Caractéristiques des patients

## 1. Sexe des patients

L'effectif total est de 563 patients (3 données manquantes) : 231 adultes et 332 enfants. 304 patients (54%) étaient de sexe féminin, contre 259 (46%) de sexe masculin.

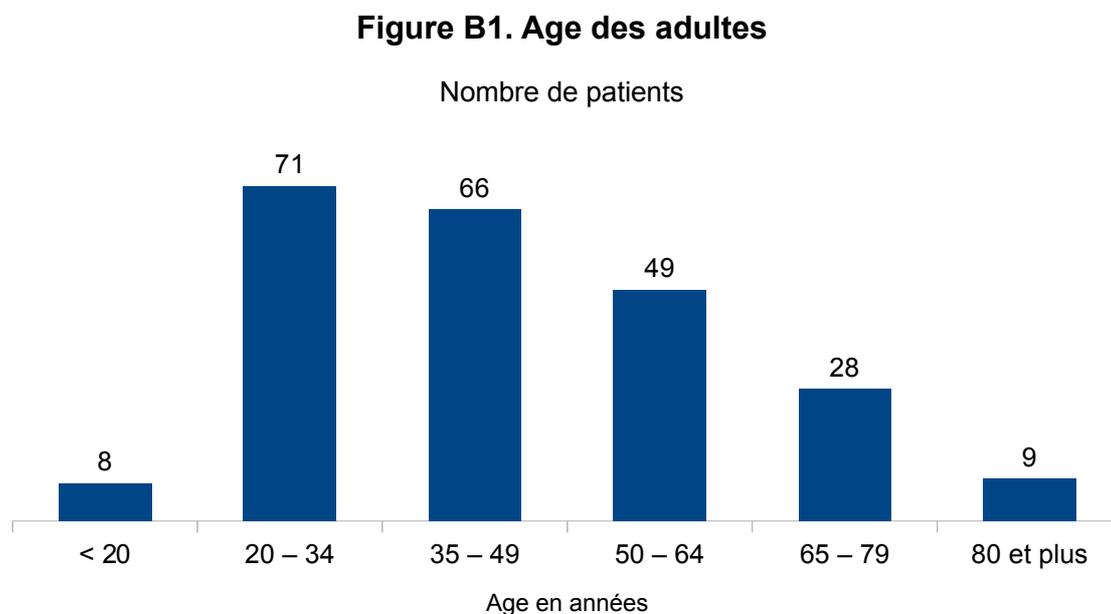
La figure A montre la répartition des sexes dans les sous-populations adultes et enfants.



## 2. Age des patients

L'effectif total est de 564 patients (2 données manquantes) : 231 adultes et 333 enfants.

La figure B1 représente la répartition des adultes en fonction de leur âge.



La moyenne d'âge des adultes est de 45,1 ans (écart-type :18 ans).

La médiane est de 41 ans.

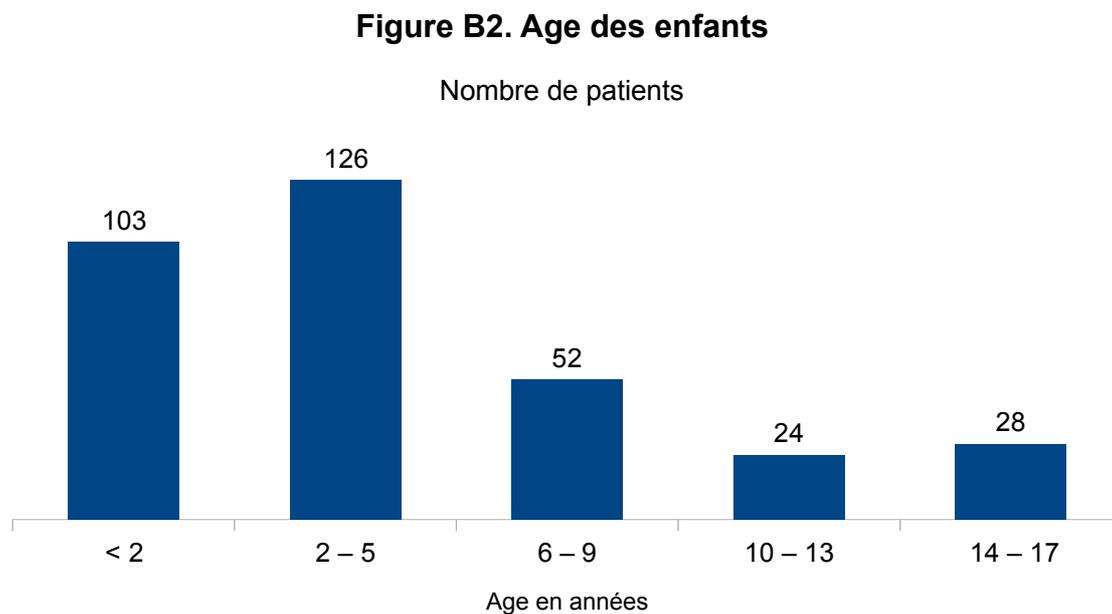
Le 1<sup>er</sup> quartile est à 30 ans.

Le 3<sup>ème</sup> quartile est à 58 ans.

L'âge minimum est de 18 ans.

L'âge maximum de 92 ans.

La figure B2 représente la répartition des enfants en fonction de leur âge.



La moyenne d'âge des enfants est de 5,1 ans (écart-type : 4,5 ans).

La médiane est de 3,5 ans.

Le 1<sup>er</sup> quartile est à 1,7 ans

Le 3<sup>ème</sup> quartile est à 12,4 ans.

L'âge minimum est de 0,02 ans (6 jours).

L'âge maximum de 17,8 ans.

Les moins de 6 ans représentent 68,8% des enfants qui consultent.

### 3. Provenance géographique

L'effectif total est de 563 patients (3 données manquantes) : 230 adultes et 333 enfants.

La provenance des patients figure dans le tableau 1.

**Tableau 1. Provenance géographique des patients**

<b>Provenance des patients</b>	<b>Adultes Nombre (%)</b>	<b>Enfants Nombre (%)</b>	<b>Ensemble des patients Nombre (%)</b>
Secteur 19: Saintes	141 (61,3)	138 (41,4)	279 (49,6)
Secteurs limitrophes	59 (25,7)	125 (37,5)	184 (32,7)
Autres secteurs de Charente-Maritime	11 (4,8)	37 (11,1)	48 (8,5)
Autres départements de Poitou-Charentes	1 (0,4)	8 (2,4)	9 (1,6)
Hors région	18 (7,8)	25 (7,5)	43 (7,5)
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>333</b>	<b>563</b>

Les patients provenant d'autres départements de Poitou-Charentes regroupent :

- 1 adulte et 2 enfants venant des Deux-Sèvres
- 4 enfants venant de Charente
- 2 enfants venant de la Vienne.

Les patients « hors région » regroupent :

- 40 patients (16 adultes et 24 enfants) provenant d'une autre région de France métropolitaine
- 2 adultes venant de l'étranger
- 1 enfant faisant partie de la communauté des « gens du voyage ».

La répartition des patients provenant des secteurs limitrophes figure au tableau 2.

**Tableau 2. Nombre de patients provenant des secteurs limitrophes de Saintes.**

<b>Provenance des patients</b>	<b>Nombre d'adultes</b>	<b>Nombre d'enfants</b>	<b>Ensemble des patients</b>
Secteur 2 - Archiac	0	1	1
Secteur 5 - Saintonge nord	33	63	96
Secteur 7 - Jonzac	0	4	4
Secteur 11 - Mirambeau - Saint Genis	6	4	10
Secteur 20 - Saujon - Cozes - Mortagne	18	31	49
Cognac (Charente)	2	22	24
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>125</b>	<b>184</b>

## 4. Mode de règlement

### 4.1 Description générale

L'effectif total est de 541 patients (25 données manquantes) : 219 adultes et 243 enfants.  
Le mode de règlement habituel des consultations des patients est exposé dans le tableau 3.

**Tableau 3. Mode de règlement des consultations habituelles**

Mode de règlement	Adultes Nombre (%)	Enfants Nombre (%)	Ensemble des patients Nombre (%)
Règlement direct	174 (79,5)	243 (75,5)	417 (77,1)
Tiers-payant	38 (17,3)	75 (23,3)	113 (20,9)
Règlement direct et tiers-payant	7 (3,2)	2 (0,6)	9 (1,7)
Autre règlement (non précisé)	0 (0)	2 (0,6)	2 (0,4)
<b>Total</b>	<b>219</b>	<b>322</b>	<b>541</b>

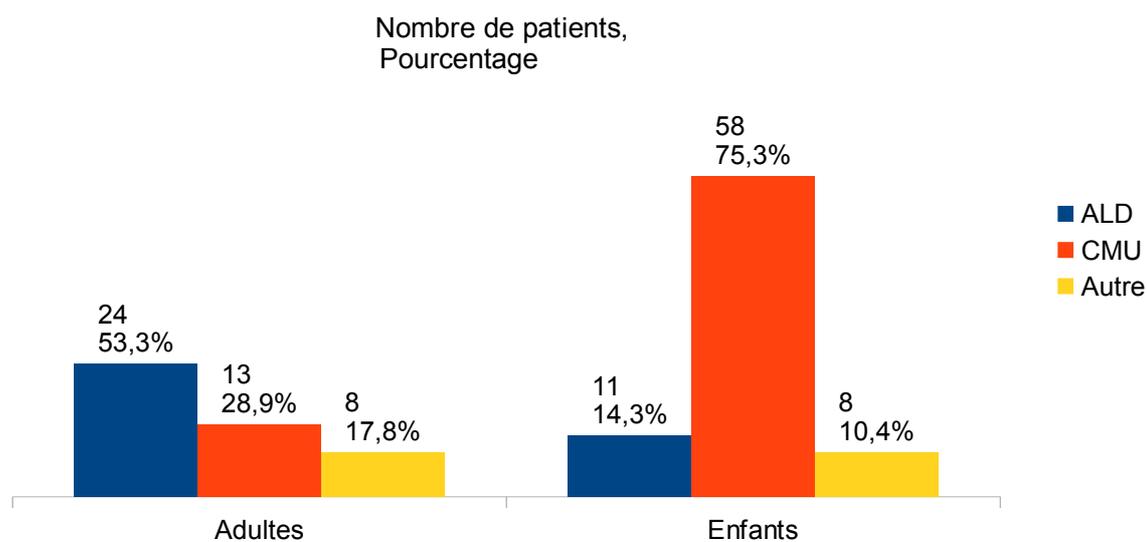
### 4.2 Description des tiers-payants

Parmi les 122 patients (45 adultes et 77 enfants) bénéficiant de tiers-payant :

- 35 (28,7%) bénéficiaient d'une prise en charge au titre d'Affection Longue Durée
- 71 (58,2%) bénéficiaient de la Couverture Maladie Universelle
- 16 (13,1%) bénéficiaient d'un autre type de tiers-payant.

La répartition des types de tiers-payant dans les sous-populations adultes et enfants est représentée par la figure C.

**Figure C. Répartition des types de tiers-payants chez les adultes et les enfants**



ALD : Affection Longue Durée  
CMU : Couverture Maladie Universelle

Les autres types de tiers-payants déclarés par les patients sont décrits dans le tableau 4.

**Tableau 4. Autres types de tiers-payants**

Autre tiers-payant	Nombre d'adultes	Nombre d'enfants	Nombre total de patients
CPAM	1	0	1
Mutuelle	4	3	7
CPAM et mutuelle	1	2	3
Non précisé	2	3	5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>16</b>

## 5. Pathologies rencontrées

L'effectif est de 442 patients (124 données manquantes) : 156 adultes et 286 enfants.

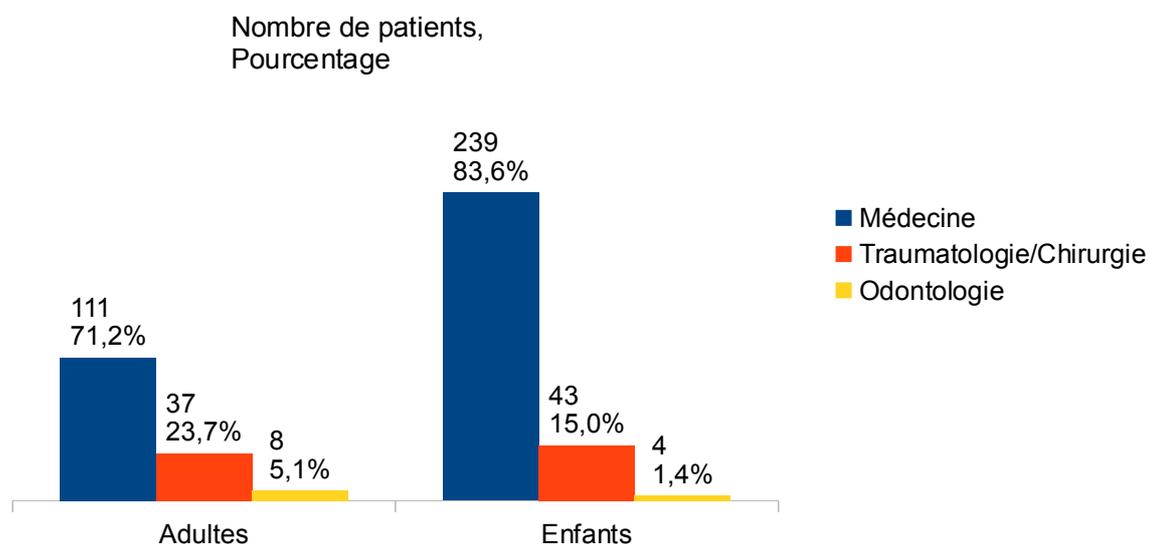
Les pathologies médicales concernent 350 patients (79,2%).

Les pathologies chirurgicales et traumatiques concernent 80 patients (18,1%).

Les pathologies dentaires concernent 12 patients (2,7%).

La répartition des grandes catégories de pathologies est représentée par la figure D.

**Figure D. Pathologies présentées par les adultes et les enfants**



Le détail des pathologies médicales figure dans le tableau 5.

**Tableau 5. Pathologies médicales des patients**

<b>Pathologies médicales</b>	<b>Nombre d'adultes</b>	<b>Nombre d'enfants</b>	<b>Ensemble des patients</b>
ORL	31	58	89
Hépto-gastro-entérologie	13	54	67
Immunologie / Dermatologie	13	40	53
Signes généraux/non spécifiques	1	33	34
Pneumologie	6	22	28
Appareil génital / Urologie	14	10	24
Rhumatologie	16	3	19
Ophthalmologie	3	5	8
Cardiologie / Appareil vasculaire	4	2	6
Psychiatrie	3	3	6
Neurologie	1	3	4
Papiers / non pathologique	1	3	4
Addiction	2	0	2
Stomatologie	1	1	2
Toxicologie	1	1	2
Néphrologie	0	1	1
Autre (iatrogénie non spécifiée)	1	0	1
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>239</b>	<b>350</b>

## II. Choix du lieu de consultation

### 1. Intention initiale de consulter

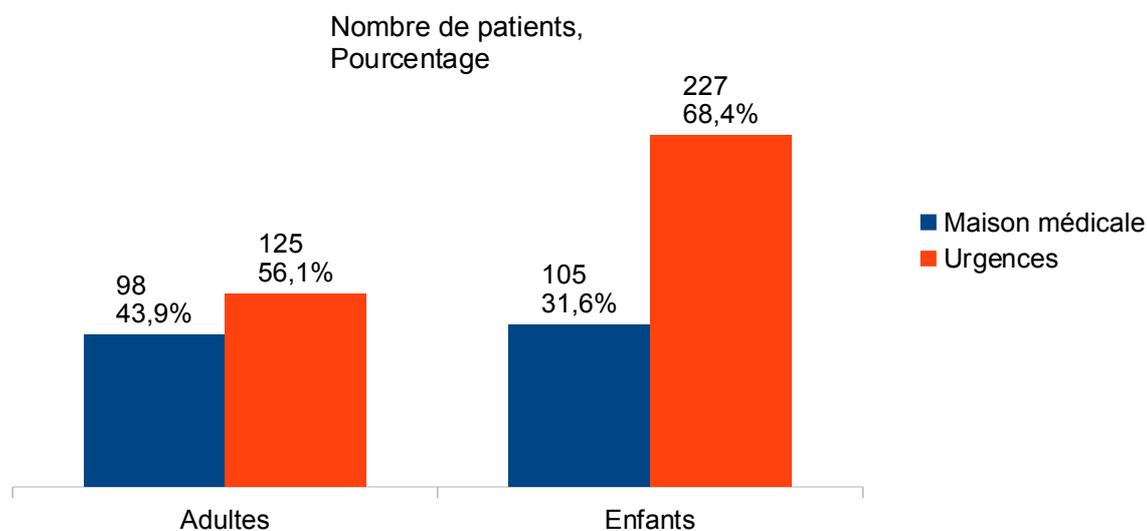
Les patients arrivent au centre hospitalier avec l'intention de consulter à la MMG ou aux urgences.

Interrogés sur cette intention, 555 ont répondu à la question (11 données manquantes), soit 223 adultes et 332 enfants ou accompagnateurs.

203 patients (36,6%) souhaitaient consulter à la MMG.  
352 patients (63,4%) souhaitaient consulter aux urgences.

Le lieu d'intention initiale de consulter dans les sous-populations adultes et enfants est représenté par la figure E.

**Figure E. Lieu d'intention de consulter à l'arrivée au centre hospitalier**



Les motifs de ce premier choix ont été renseignés par 546 patients (20 données manquantes) : 218 adultes et 328 enfants.

## 1.1 Motifs de consultation à la MMG

L'effectif pour cette question est de 202 patients : 98 adultes et 104 enfants.

Les raisons initiales données par les patients pour justifier leur intention de consulter à la MMG sont listées dans le tableau 6.

**Tableau 6. Raisons initiales de consulter à la MMG**

Raisons évoquées	Adultes Nombre (%)	Enfants Nombre (%)	Ensemble des patients Nombre (%)
Seule structure ouverte	53 (54,1)	51 (49)	104 (51,5)
Conseil du centre 15	36 (36,7)	34 (32,7)	70 (34,7)
Expérience antérieure satisfaisante	13 (13,3)	28 (26,9)	41 (20,3)
Temps d'attente plus court	22 (22,4)	19 (18,3)	41 (20,3)
Confiance	22 (22,4)	16 (15,4)	38 (18,8)
Conseil d'un tiers	20 (20,4)	16 (15,4)	36 (17,8)
Convenance du mode de paiement	13 (13,3)	5 (4,8)	18 (8,9)
Gravité apparente	7 (7,1)	9 (8,7)	16 (7,9)
Besoin d'examen complémentaires	9 (9,2)	3 (2,9)	12 (5,9)
Autre raison	6 (6,1)	5 (4,8)	11 (5,4)

Les autres raisons de consulter à la MMG sont :

- le désir de ne pas engorger les urgences (2 enfants)
- le souhait de consulter un médecin généraliste (1 enfant)
- le fait que le médecin de garde soit le médecin traitant habituel (1 enfant)
- l'absence de gravité (1 adulte)
- l'obtention d'un avis médical ou du soulagement des symptômes (1 adulte)
- l'obtention de médicaments (1 adulte)

L'identification des personnes et structures ayant conseillé aux patients de consulter à la MMG figure dans le tableau 7.

**Tableau 7. Conseillers des patients ayant l'intention de consulter à la MMG**

Conseiller	Nombre d'adultes	Nombre d'enfants	Nombre total de patients
Pharmacie	6	7	13
Médecin	4	2	6
Clinique/Hôpital	2	1	3
Famille/Ami/Collègue	3	0	3
Infirmière	1	1	2
Aide-soignante	0	1	1

## 1.2 Motifs de consultation aux urgences

L'effectif pour cette question est de 344 patients : 120 adultes et 224 enfants.

**Tableau 8. Raisons initiales de consulter aux urgences**

Raisons évoquées	Adultes Nombre (%)	Enfants Nombre (%)	Ensemble des patients Nombre (%)
Confiance	49 (40,8)	95 (42,4)	144 (41,9)
Seule structure ouverte	47 (39,2)	75 (33,5)	122 (35,5)
Expérience antérieure satisfaisante	30 (25)	80 (35,7)	110 (32)
Besoin d'examens complémentaires	47 (39,2)	52 (23,2)	99 (28,8)
Gravité apparente	25 (20,8)	24 (10,7)	49 (14,2)
Conseil du centre 15	11 (9,2)	31 (13,8)	42 (12,2)
Conseil d'un tiers	11 (9,2)	30 (13,4)	41 (11,9)
Temps d'attente plus court	12 (10)	20 (8,9)	32 (9,3)
Convenance du mode de paiement	5 (4,2)	13 (5,8)	18 (5,2)
Autre raison	14 (11,7)	27 (12,1)	41 (11,9)

Les autres raisons de consulter aux urgences sont exposées dans le tableau 9.

**Tableau 9. Autres raisons de consulter aux urgences**

Autres raisons évoquées	Nombre d'adultes	Nombre d'enfants	Nombre total de patients
Aggravation/Absence d'amélioration	2	4	6
Méconnaissance des lieux de consultation	3	3	6
Avis/Soulagement des symptômes	3	1	4
Geste technique : suture	0	3	3
Iatrogénie	2	1	3
Age (nouveau-né/nourrisson)	0	2	2
Connu de l'hôpital	1	1	2
Refus ou absence du médecin de garde	0	2	2
Terrain particulier	1	1	2
Absence de moyen de paiement	0	1	1
Crainte d'une complication	0	1	1
Proximité	0	1	1

L'identification des personnes ayant conseillé les patients sur leur lieu de consultation figure dans le tableau 10.

**Tableau 10. Conseillers des patients ayant l'intention de consulter aux urgences**

Conseiller	Nombre d'adultes	Nombre d'enfants	Nombre total de patients
Médecin	3	11	14
Clinique/Hôpital	2	10	12
Famille/Ami/Collègue	0	3	3
Infirmière	1	1	2
Pompiers/18	0	1	1
Police/17	1	0	1
Sage-femme	0	1	1

## 2. Lieu de consultation choisi par les patients

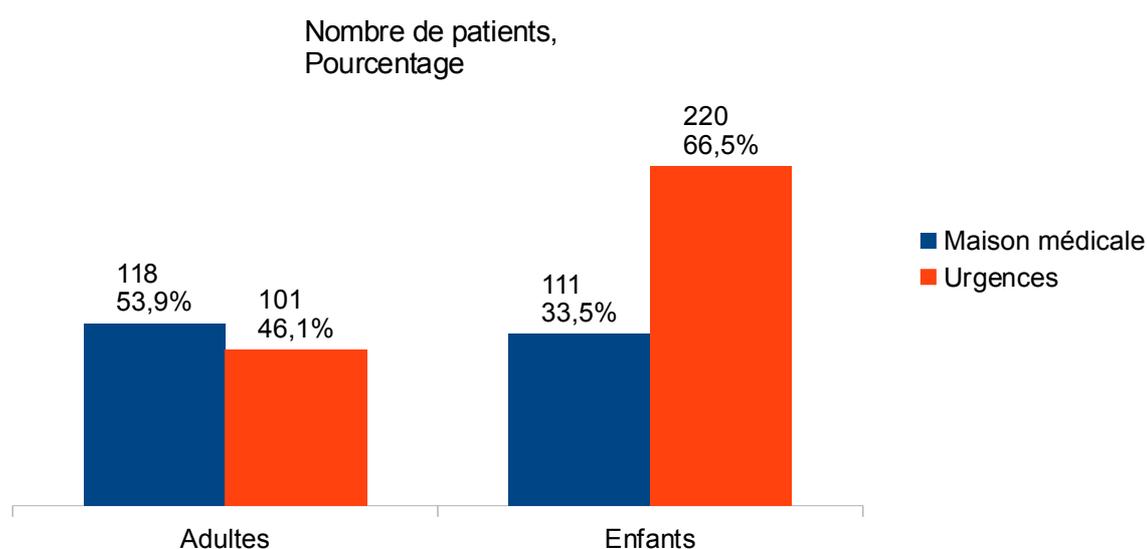
Après accueil par le personnel, les patients optent pour un lieu de consultation pouvant être différent de celui évoqué initialement.

L'effectif total est de 550 patients (16 données manquantes), soit 219 adultes et 331 enfants.

- 229 patients (41,6%) ont opté pour une consultation à la MMG.
- 321 patients (58,4%) ont choisi de consulter aux urgences.

Le lieu de consultation choisi par les adultes et les enfants est représenté par la figure F.

**Figure F. Lieu de consultation choisi par les patients**



### 3. Changement d'avis sur le lieu de consultation

Sur un effectif de 542 patients (24 données manquantes), 84 patients (15,5%) ont déclaré avoir changé d'avis concernant leur lieu de consultation.

Parmi les 213 adultes, 28 (13,1%) ont changé d'avis.

Parmi les 329 enfants ou accompagnateurs, 56 (17%) ont changé d'avis.

Les raisons de ce changement d'avis sont listées dans les tableaux 11 et 12.

**Tableau 11. Raisons du changement d'avis des patients souhaitant initialement consulter à la MMG ayant finalement opté pour une consultation aux urgences**  
(Réponses de 27 patients : 3 adultes et 24 enfants.)

Raisons du changement d'avis MMG → Urgences	Nombre d'adultes	Nombre d'enfants	Nombre total de patients
Conseil du personnel	2	12	14
Convenance du mode de paiement	0	1	1
MMG fermée	0	2	2
Autre raison	0	5	5

Les autres raisons de ce changement d'avis sont :

- l'insuffisance de moyen de paiement (2 enfants)
- la consultation d'un spécialiste en pédiatrie (1 enfant)
- l'arrivée directe aux urgences pédiatriques (1 enfant)

**Tableau 12. Raisons du changement d'avis des patients souhaitant initialement consulter aux urgences ayant finalement opté pour une consultation à la MMG**  
(Réponses de 57 patients : 25 adultes et 32 enfants.)

Raisons du changement d'avis Urgences → MMG	Nombre d'adultes	Nombre d'enfants	Nombre total de patients
Conseil du personnel	15	13	28
Temps d'attente plus court	9	8	17
Autre raison	3	3	6

Les autres raisons évoquées sont :

- Le désir de ne pas engorger les urgences (1 adulte et 1 enfant)
- La méconnaissance des lieux de consultation (1 adulte et 1 enfant)

#### 4. Lieu de consultation constaté par les médecins

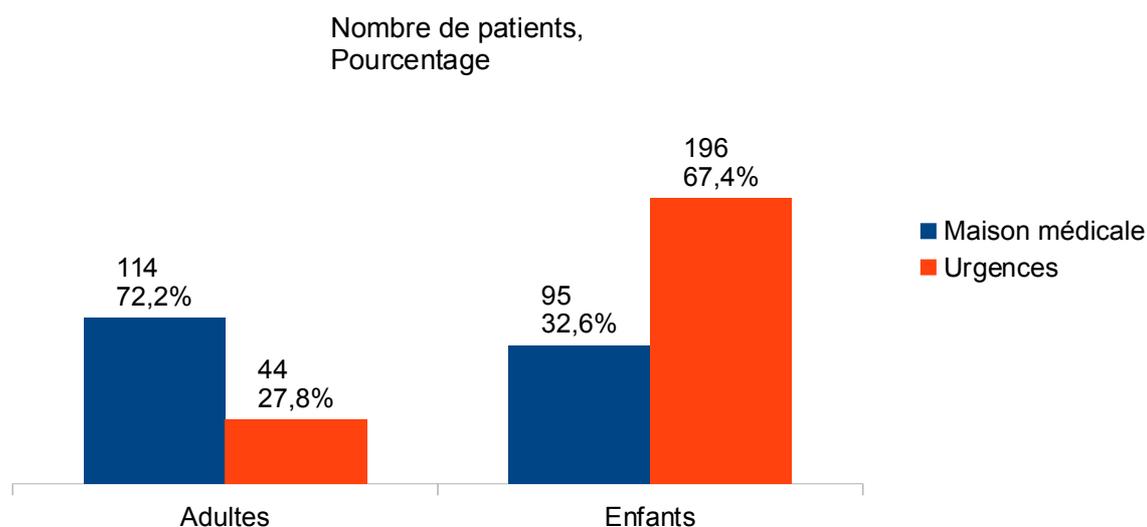
449 réponses ont été données par les médecins (117 données manquantes) concernant 158 adultes et 291 enfants.

On comptabilise :

- 209 consultations à la MMG (46,5 % des consultations)
- 240 consultations aux urgences (53,5 % des consultations).

La répartition des sous-populations adultes et enfants est représentée par la figure G.

**Figure G. Lieux de consultation constatés par les médecins**



11 enfants – parmi les 196 ayant consulté aux urgences – ont consulté aux urgences adultes.

La répartition des patients constatée par les médecins (figure G) est différente de celle qui reflète le choix des patients (figure F), en particulier dans la sous-population des adultes. Les effectifs sont eux aussi différents (passant de 550 à 449 patients), soit une perte d'informations concernant 101 patients.

La répartition des données manquantes par rapport aux informations données par les patients sur leur choix définitif est exposée dans le tableau 13.

**Tableau 13. Nombre de consultations non comptabilisées concernant le lieu de consultation définitif par rapport au choix final des patients**

Lieu de consultation	Nombre de données manquantes (adultes)	Nombre de données manquantes (enfants)	Nombre total de données manquantes
MMG	4	16	20
Urgences	57	24	81
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>40</b>	<b>101</b>

Les données manquent principalement au niveau des urgences adultes, où 57 consultations n'ont pas été comptabilisées par les médecins.

## 5. Adéquation du lieu de consultation

### 5.1 Lieu de consultation nécessaire

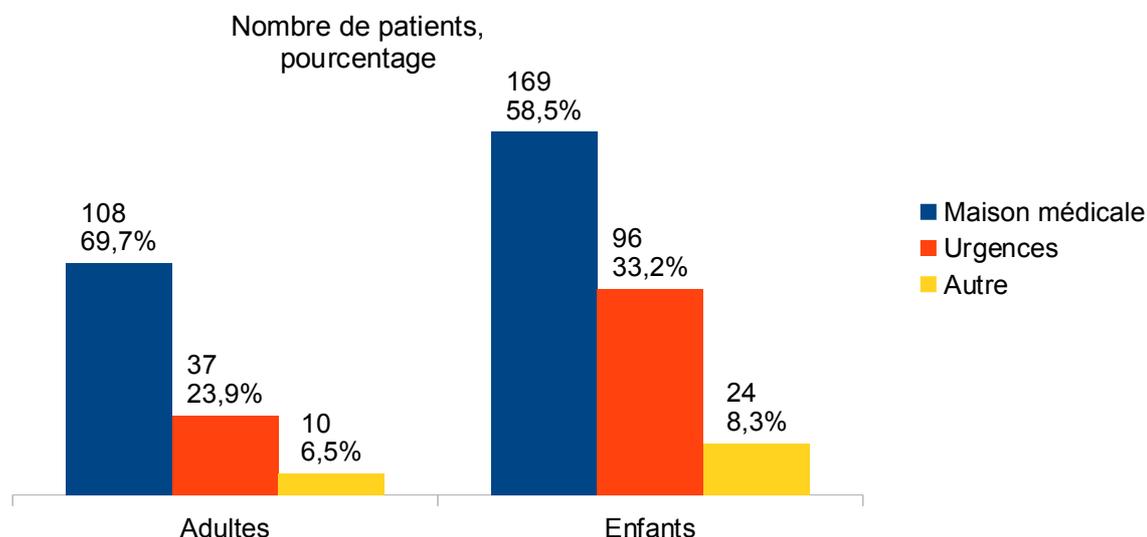
444 réponses ont été recueillies (122 données étaient manquantes), correspondant aux situations de 155 adultes et de 289 enfants.

Selon l'ensemble des médecins :

- 277 patients (62,4%) nécessitaient une prise en charge à la MMG
- 133 patients (30%) nécessitaient une prise en charge aux urgences
- 34 patients (7,7%) nécessitaient une prise en charge différente.

Les lieux de consultation nécessaires dans les sous-populations adultes et enfants sont représentés par la figure H.

**Figure H. Lieu de consultation nécessaire selon l'ensemble des médecins**



Les autres prises en charge nécessaires sont représentées dans le tableau 14.

**Tableau 14. Patients nécessitant une prise en charge différente**

Autre prise en charge nécessaire	Nombre d'adultes	Nombre d'enfants	Nombre total de patients
Non urgent / Consultation de ville	6	14	19
Consultation non justifiée	0	8	8
Dentiste	1	1	2
Ophtalmologue	2	0	2
Pédopsychiatre	0	1	1

Les consultations non justifiées regroupent :

- les consultations non nécessaires médicalement (3 patients)
- l'absence de symptômes (2 patients)
- les patients ayant déjà un traitement adapté en cours (2 patients)
- l'inobservance thérapeutique (1 patient).

## 5.2 Adéquation du lieu de consultation constaté par les médecins

Les informations recueillies concernent 443 patients (123 données manquantes) : 154 adultes et 289 enfants.

Le nombre de patients consultant dans le lieu approprié à leur situation est représenté dans le tableau 15.

**Tableau 15. Adéquation du lieu de consultation des patients**

Qualité du lieu de prise en charge	Adultes Nombre (%)	Enfants Nombre (%)	Ensemble des patients Nombre (%)
Lieu approprié	130 (84,4)	176 (60,9)	306 (69,1)
Lieu inapproprié	24 (15,6)	113 (39,1)	137 (30,9)
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>289</b>	<b>443</b>

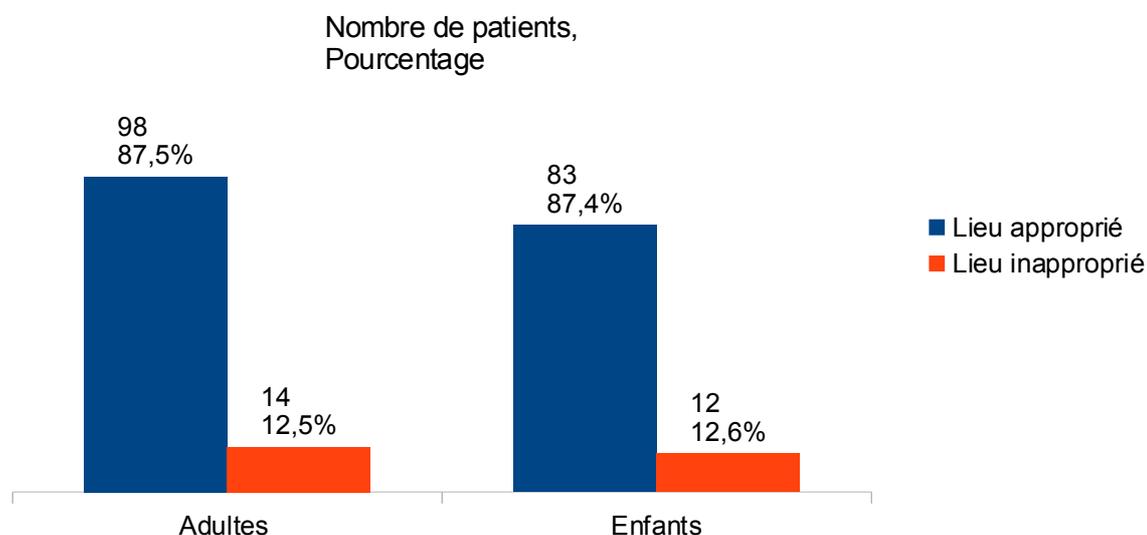
### 5.2.1 Adéquation des consultations à la MMG

Parmi les 207 patients de la MMG (112 adultes et 95 enfants) :

- 181 patients (87,4%) relevaient de la MMG
- 26 patients (12,6%) relevaient d'une prise en charge différente.

Le nombre d'adultes et d'enfants, patients de la MMG, dont le lieu de consultation était adapté à leur situation est représenté par la figure I1.

**Figure I1. Adéquation de la consultation des patients de la MMG**



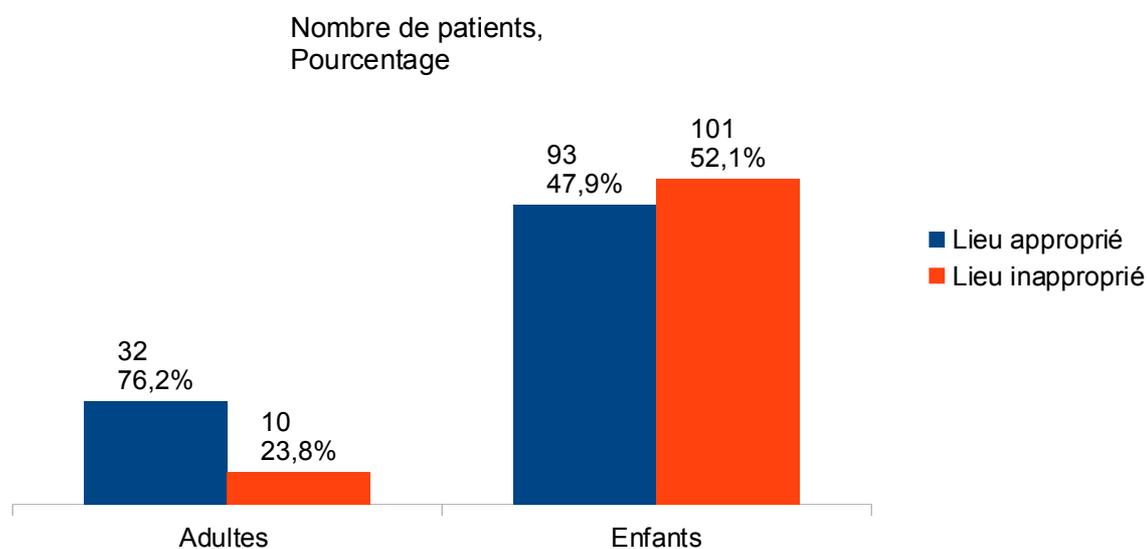
## 5.2.2 Adéquation des consultations aux services d'urgences

Parmi les 236 patients des urgences (42 adultes et 194 enfants)

- 125 patients (53%) relevaient des urgences
- 111 patients (47%) relevaient d'une prise en charge différente.

Le nombre d'adultes et d'enfants – patients des urgences – dont le lieu de consultation était adapté à leur situation est représenté par la figure I2.

**Figure I2. Adéquation de la consultation des patients des urgences**



### III. Facteurs susceptibles d'influencer le choix des patients

#### 1. Le centre 15

Le nombre de patients pris en compte est de 561 (5 données manquantes).

Le nombre d'appels passé au centre 15 figure dans le tableau 16.

**Tableau 16. Nombre de patients ayant appelé le centre 15 avant de se déplacer**

Appel du centre 15	Adultes	Enfants	Ensemble des patients
	Nombre (%)	Nombre (%)	Nombre (%)
Oui	71 (31)	91 (27,4)	162 (28,9)
Non	158 (69)	241 (72,6)	399 (71,1)
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>332</b>	<b>561</b>

#### Suivi des consignes de consultation du centre 15

Nous avons cherché à savoir combien de patients avaient suivi les consignes de consultation du centre 15.

Nous avons considéré qu'il s'agissait de patients

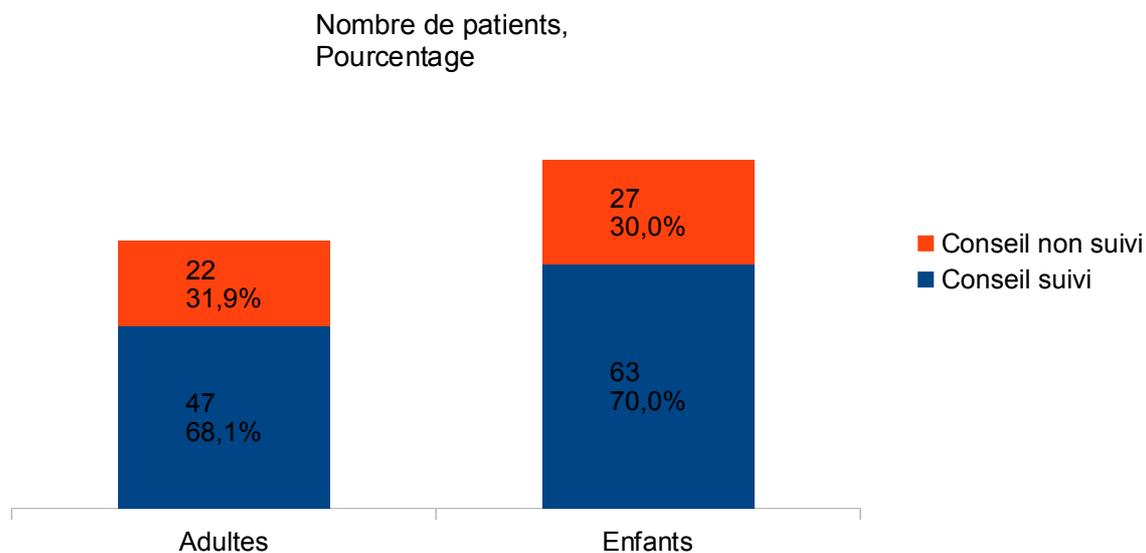
- ayant appelé le centre 15 avant de se déplacer (question 5 du questionnaire patient)
- souhaitant consulter à la maison médicale ou aux urgences (question 6 renseignée)
- consultant sur conseil du centre 15 (question 7 du questionnaire patient).

Parmi les 159 patients répondant à ces critères :

- 110 patients (69,2%) ont déclaré vouloir consulter à l'endroit choisi sur conseil du centre 15
- 49 patients (30,8%) n'ont pas consulté sur conseil du centre 15.

La figure J représente la proportion d'adultes et d'enfants (et accompagnateurs) ayant suivi les consignes de consultation du centre 15.

**Figure J. Suivi des consignes de consultation du centre 15**



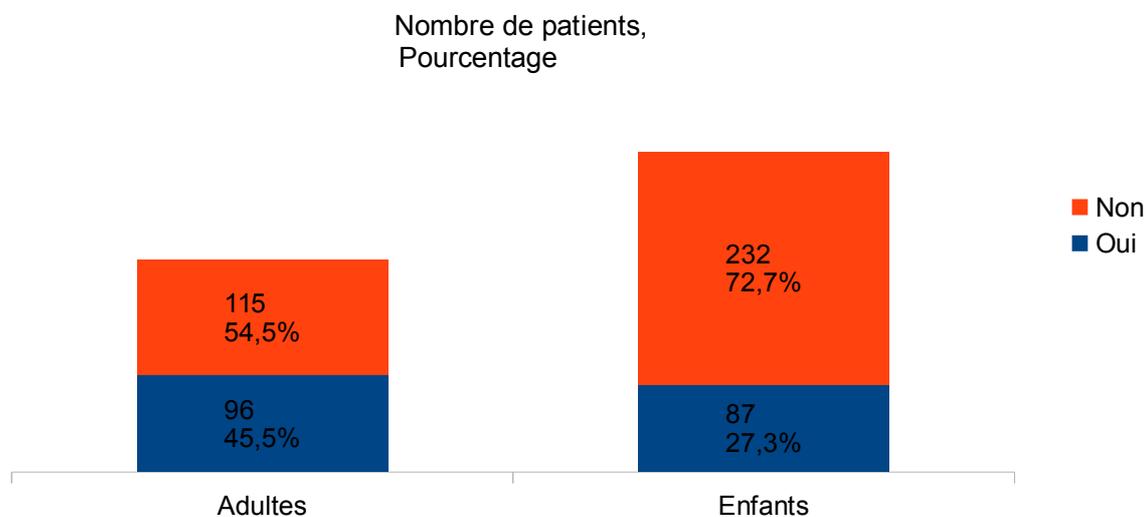
## 2. L'infirmière d'orientation et d'accueil

Sur un effectif de 530 patients (36 données manquantes) :

- L'IOA a proposé à 183 patients (34,5%) de consulter à la MMG.
- 347 patients (65,5%) n'ont pas reçu cette proposition.

La proportion d'adultes et d'enfants à qui l'IOA a proposé de consulter à la MMG est représentée par la figure K.

**Figure K. Proposition de l'infirmière d'orientation et d'accueil de consulter à la maison médicale de garde**



### Suivi du conseil de l'infirmière d'orientation et d'accueil

La proportion de patients ayant suivi la recommandation de l'IOA de consulter à la MMG figure dans le tableau 17.

**Tableau 17. Nombre de patients ayant suivi la consigne de consulter à la MMG**

Proposition de consulter à la MMG	Adultes	Enfants	Ensemble des patients
	Nombre (%)	Nombre (%)	Nombre (%)
Recommandation suivie	76 (79,2)	54 (62,1)	130 (71)
Recommandation non suivie	20 (20,8)	33 (37,9)	53 (29)
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>87</b>	<b>183</b>

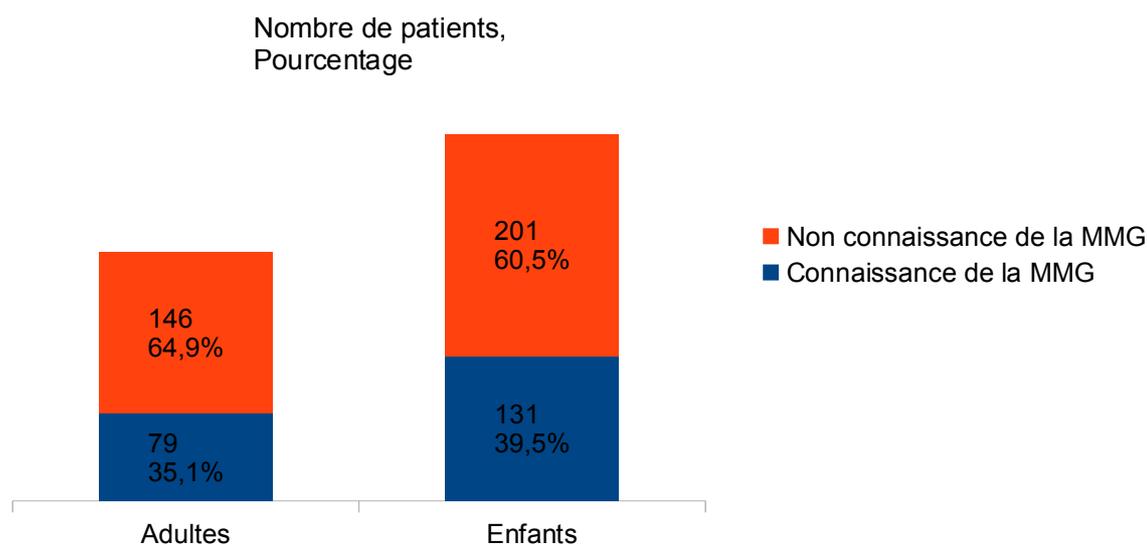
### 3. Connaissance de la MMG

L'effectif est de 557 patients ou accompagnateurs (9 données manquantes) :

- 210 (37,7%) qui connaissaient l'existence de la MMG
- 347 (62,3%) qui ignoraient l'existence de cette structure.

La figure L représente la proportion d'adultes et d'enfants (ou accompagnateurs) connaissant déjà l'existence de la MMG.

**Figure L. Connaissance préalable de l'existence de la MMG**



## **IV. Passages directs à la MMG**

En théorie, les patients accèdent à la MMG après y avoir été orientés par l'IOA.

En pratique, certains patients consultent à la MMG sans avoir vu l'IOA. Nous considérons qu'il s'agit de « passages directs ».

### **1. Estimation du nombre de passages directs à la MMG**

Nous avons souhaité estimer le nombre de passages directs à la MMG.

Nous avons considéré qu'il s'agissait de patients arrivant au centre hospitalier avec :

- l'intention de consulter à la MMG (question 6)
- une absence de proposition de l'IOA de consulter à la MMG (question 10)
- un choix final de consulter à la MMG (question 11)
- une consultation effective à la MMG, constatée par le médecin (question B du questionnaire médecin).

209 patients (114 adultes et 95 enfants) ont consulté à la MMG.

47 patients (19 adultes et 28 enfants) ont accédé directement à la MMG, sans voir l'IOA.

Cela correspond à 22,5 % des patients de la MMG, soit :

- 16,7 % des adultes
- 29,5 % des enfants.

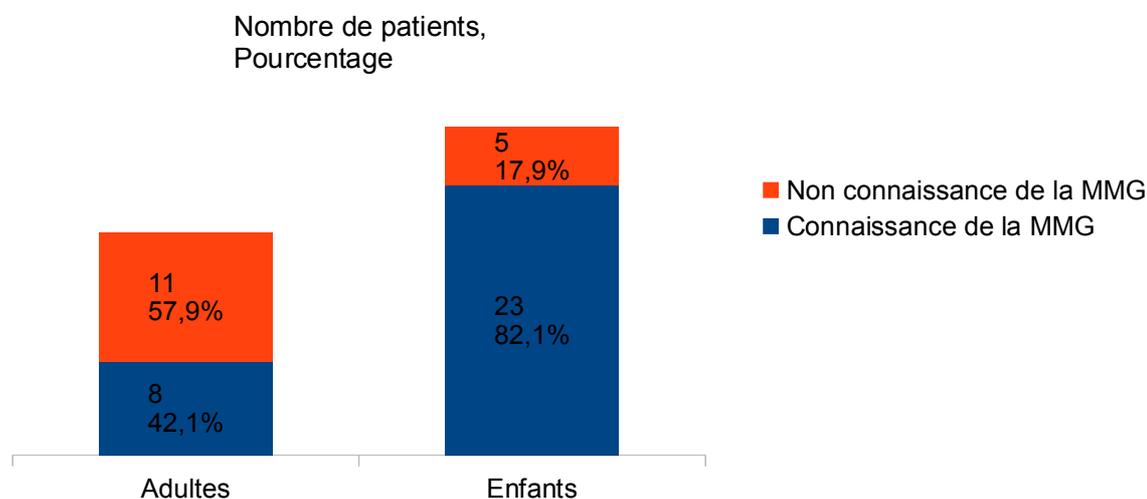
### **2. Influence de la connaissance préalable de la MMG**

Parmi les 47 patients et accompagnateurs ayant directement consulté à la MMG :

- 31 (66%) connaissaient déjà l'existence de la MMG
- 16 (34%) ignoraient l'existence de cette structure.

La figure M représente la proportion de patients en accès direct connaissant déjà la MMG parmi les sous-populations adulte et enfant.

**Figure M. Connaissance de la MMG chez les patients qui y accèdent directement**



## 2.1 Conseillers des patients connaissant déjà la MMG

Les patients connaissant la MMG et consultant directement dans cette structure ont parfois été conseillés dans cette démarche (cf. tableau 18).

**Tableau 18. Conseillers des patients en accès direct connaissant déjà la MMG**

Conseillers des patients	Nombre d'adultes	Nombre d'enfants	Ensemble des patients
Centre 15	0	3	3
Service de pédiatrie	0	1	1
Aide soignante	0	1	1
Aucun conseiller	8	18	26
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>31</b>

Seules 5 personnes ont consulté à la MMG sur conseil d'un professionnel de santé.

26 personnes – soit tous les patients adultes et la majorité des enfants – ont consulté sans conseil préalable.

## 2.2 Conseillers des patients ignorant l'existence de la MMG

Les patients ne connaissant pas la MMG et consultant directement dans cette structure ont presque tous été conseillés dans cette démarche.

Le détail des conseillers des patients ayant consulté à la MMG sans connaissance préalable de cette structure figure dans le tableau 19.

**Tableau 19. Conseillers des patients ayant accédé directement à la MMG sans connaissance préalable de la structure**

Conseillers des patients	Nombre d'adultes	Nombre d'enfants	Nombre total de patients
Centre 15	4	4	8
Médecin	2	0	2
Infirmière puéricultrice	0	1	1
Pharmacie	3	0	3
Proche du patient	1	0	1
Aucun conseiller	1	0	1
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>16</b>

Parmi les 16 patients ou accompagnateurs qui ignoraient l'existence de la MMG, 14 s'y sont dirigés après avoir été conseillés par un professionnel de santé.

## 3. Adéquation des consultations en accès direct

Parmi les 47 patients en accès direct, 43 (91,5%) ont consulté de façon appropriée, tandis que 4 (8,5%) ont consulté de façon inadéquate.

Concernant les 19 adultes :

- 17 patients relevaient de la MMG
- 1 patient consultait de façon non urgente pour une pathologie qui durait depuis 15 jours
- L'information était absente pour 1 patient.

Concernant les 28 enfants :

- 26 relevaient de la MMG
- 1 patient consultait de façon non urgente, pour une pathologie ancienne
- 1 relevait des urgences. Il faisait partie des patients conseillés par le centre 15.

#### 4. Estimation des passages directs non régulés par le centre 15

Le détail de la régulation des patients en accès direct par le centre 15 figure dans le tableau 20.

**Tableau 20. Régulation par le centre 15 des consultations à la MMG en accès direct**

<b>Consultation sur conseil du centre 15</b>	<b>Adultes Nombre (%)</b>	<b>Enfants Nombre (%)</b>	<b>Ensemble des patients Nombre (%)</b>
Oui	4 (21,1)	7 (25)	11 (23,4)
Non	15 (78,9)	21 (75)	36 (76,6)
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>28</b>	<b>47</b>

Rapporté au nombre total de consultations à la MMG (209) :

- 11 consultations (5,3%) correspondent à un accès direct régulé
- 36 consultations (17%) correspondent à un accès direct non régulé.

## V. Déterminants de la consultation aux urgences ou à la MMG

### 1. Patients n'ayant pas changé d'avis sur leur lieu de consultation

L'objectif principal de cette étude était de trouver les facteurs liés de façon significative à l'acte de consulter à la MMG ou aux urgences.

Les variables ont été analysées dans le sens de la recherche d'un lien significatif avec la consultation à la MMG.

Les résultats des analyses univariées et multivariées concernant les patients qui n'ont pas changé d'avis sur leur lieu de consultation figurent dans le tableau 21.

**Tableau 21. Déterminants significatifs de la consultation à la MMG chez les patients ayant initialement choisi d'y consulter**

Variables analysées	Analyse univariée (OR, IC à 95%, valeur de p)	Analyse multivariée (OR, IC à 95%, valeur de p)
Confiance dans la structure (Non vs Oui)	3.24 [2.01 ; 5.2] (<0.0001)	2.13 [1.08 ; 4.18] (0.029)
Seule structure ouverte (Oui vs Non)	2.03 [1.32 ; 3.13] (0.0012)	2.18 [1.14 ; 4.16] (0.019)
Conseil du centre 15 (Oui vs non)	3.41 [2 ; 5.81] (<0.0001)	3.95 [1.79 ; 8.68] (0.0006)
Conseil d'une tierce personne (Oui vs Non)	NS	
Gravité apparente (Oui vs Non)	NS	
Besoin d'examen complémentaires (Non vs Oui)	5.8 [2.65 ; 12.67] (<0.0001)	4.45 [1.58 ; 12.54] (0.0048)
Temps d'attente plus court (Oui vs Non)	2.46 [1.33 ; 4,56] (0.0042)	3.45 [1.37 ; 8.71] (0.0087)
Convenance du mode de paiement (Oui vs Non)	NS	
Expérience antérieure satisfaisante (Non vs Oui)	2.58 [1.57 ; 4.23] (0.0002)	
Connaissance de la MMG (Oui vs Non)	4.97 [3.13 ; 7.88] (<0.0001)	5.31 [2.79; 10.11] (<0.0001)
Proposition de l'IOA de consulter à la MMG (Oui vs Non)	16.22 [9.08 ; 29] (<0.0001)	13.11 [6.65;25.85](<0.0001)

OR : Odds ratio

IC : Intervalle de confiance

NS : Résultat non significatif ( $p > 0.10$ )

IOA : Infirmière d'Orientation et d'Accueil

 : Variable non prise en compte ou ne ressortant pas à l'analyse multivariée

Les variables significativement liées à la consultation à la MMG sont :

- Seule structure ouverte
- Conseil du centre 15
- Temps d'attente plus court
- Connaissance préalable de la MMG
- Proposition de l'IOA de consulter à la MMG.

Les variables significativement liées à la consultation aux urgences sont :

- Confiance dans la structure
- Besoin d'examens complémentaires.

## 2. Patients ayant modifié leur choix de lieu de consultation

Les résultats des analyses univariées et multivariées concernant les patients qui ont modifié leur orientation initiale figurent dans le tableau 22.

**Tableau 22. Déterminants significatifs de la consultation à la MMG chez les patients ayant initialement envisagé de consulter aux urgences**

Variables analysées	Analyse univariée (OR, IC à 95%, valeur de p)	Analyse multivariée (OR, IC à 95%, valeur de p)
Conseil de l'IOA (Oui vs Non)	NS	
Temps d'attente plus court (Oui vs Non)	NS	
Convenance du mode de paiement (Oui vs Non)	NS	
MMG fermée (Oui vs Non)	NS	
Connaissance de la MMG (Non vs Oui)	4.13 [0.1.46; 11.64] (0.0074)	
Proposition de l'IOA de consulter à la MMG (Oui vs Non)	30.4 [7.85 ; 117.8] (<0.0001)	30.4 [7.85; 117.8] (<0.0001)

OR : Odds ratio

IC : Intervalle de confiance

NS : Résultat non significatif ( $p > 0.10$ )

IOA : Infirmière d'Orientation et d'Accueil

■ : Variable non prise en compte ou ne ressortant pas à l'analyse multivariée

Le seul facteur significatif lié à la consultation à la MMG est la proposition faite par l'IOA de consulter à cet endroit.

## VI. Comparaison des caractéristiques des patients

Nous avons voulu savoir si les patients qui ont consulté à la MMG avaient les mêmes caractéristiques que ceux qui ont consulté aux urgences.

Pour ce faire, nous avons comparé dans ces deux populations :

- la répartition des sexes
- la médiane des âges
- la provenance géographique
- les modalités de règlement habituelles
- les catégories de pathologies (médicales, chirurgicales/traumatiques, dentaires)
- les pathologies médicales.

### 1. Comparaison des caractéristiques des adultes

Le résultat des comparaisons des caractéristiques des adultes selon leur lieu de consultation définitif (MMG ou urgences) figure dans le tableau 23.

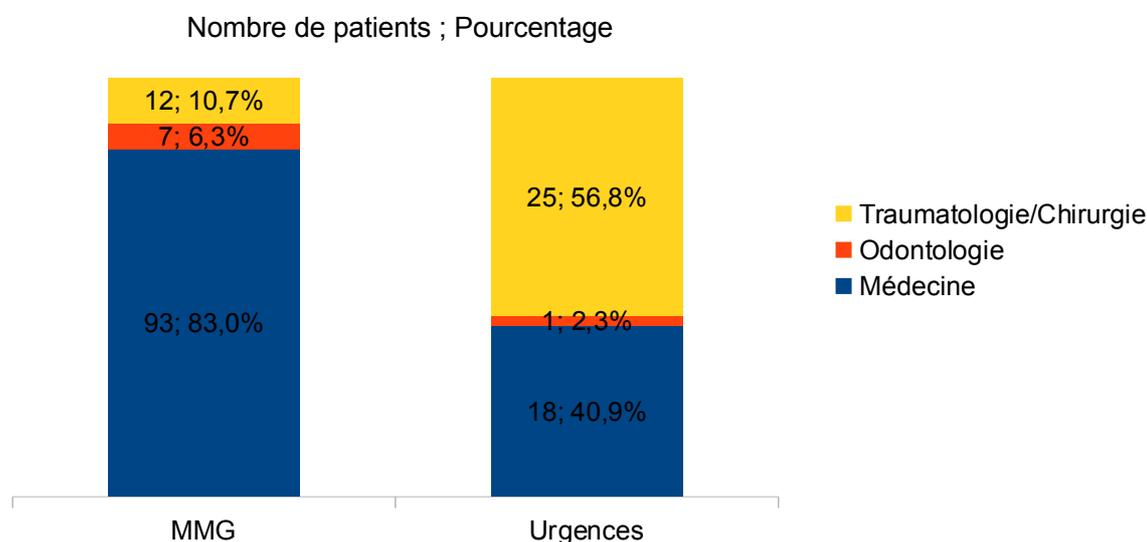
**Tableau 23. Comparaison des caractéristiques des adultes selon leur lieu de consultation**

Variables comparées	Effectif	Test utilisé	Valeur de p
Sexe	157	Chi <sup>2</sup>	0.3
Age	157	Mann Whitney	0.58
Provenance	157	Chi <sup>2</sup>	0.1
Mode de règlement	154	Chi <sup>2</sup>	0.02
Pathologies générales	156	Chi <sup>2</sup>	< 0.0001
Pathologies médicales	61	Fisher	0.29

 : Résultat non significatif (p > 0.05)

Les sous-populations adultes consultant à la MMG et aux urgences sont parfaitement comparables en dehors des catégories de pathologies présentées (cf. figure N).

**Figure N. Pathologies des adultes selon le lieu de consultation**



Les patients de la MMG ont présenté davantage de problèmes médicaux et de problèmes dentaires.

Les patients des urgences avaient majoritairement un problème traumatique ou chirurgical.

## 2. Comparaison des caractéristiques des enfants

Le résultat des comparaisons des caractéristiques des enfants selon leur lieu de consultation définitif (MMG ou urgences) figure dans le tableau 24.

**Tableau 24. Comparaison des caractéristiques des enfants selon leur lieu de consultation**

Variabiles	Effectif	Test utilisé	Valeur de p
Sexe	290	Chi <sup>2</sup>	0.3
Age	290	Mann Whitney	0.007
Provenance	290	Chi <sup>2</sup>	< 0.0001
Mode de règlement	277	Chi <sup>2</sup>	0.06
Pathologies générales	286	Fisher	0.002
Pathologies médicales	152	Chi <sup>2</sup>	0.02

■ : Résultat non significatif (p > 0.05)

Les enfants qui ont consulté à la MMG et aux urgences diffèrent sur l'âge, la provenance géographique et les pathologies présentées.

## 2.1 Age

Les 94 enfants ayant consulté à la MMG ont un âge médian de 4 ans.

Les 196 enfants ayant consulté aux urgences ont un âge médian de 2,9 ans.

Les enfants ayant consulté à la MMG sont significativement plus âgés que ceux qui ont consulté aux urgences.

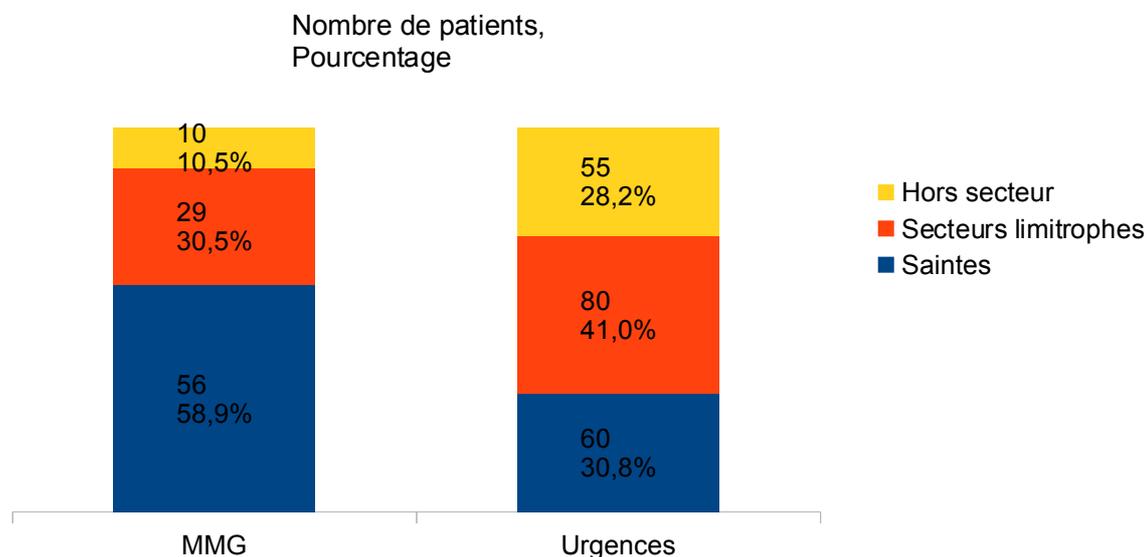
## 2.2 Provenance géographique

La provenance des enfants consultant à la MMG et aux urgences est représentée par la figure O.

Nous avons classé les provenances en trois catégories :

- « Saintes » correspond au secteur de garde n°19 et comprend le centre hospitalier dans lequel l'enquête a été menée.
- « Secteurs limitrophes » correspond aux secteurs du même nom, déjà détaillés à la page 27.
- « Hors secteur » regroupe tous les autres lieux de provenance.

**Figure O. Comparaison de la provenance des enfants selon le lieu de consultation**



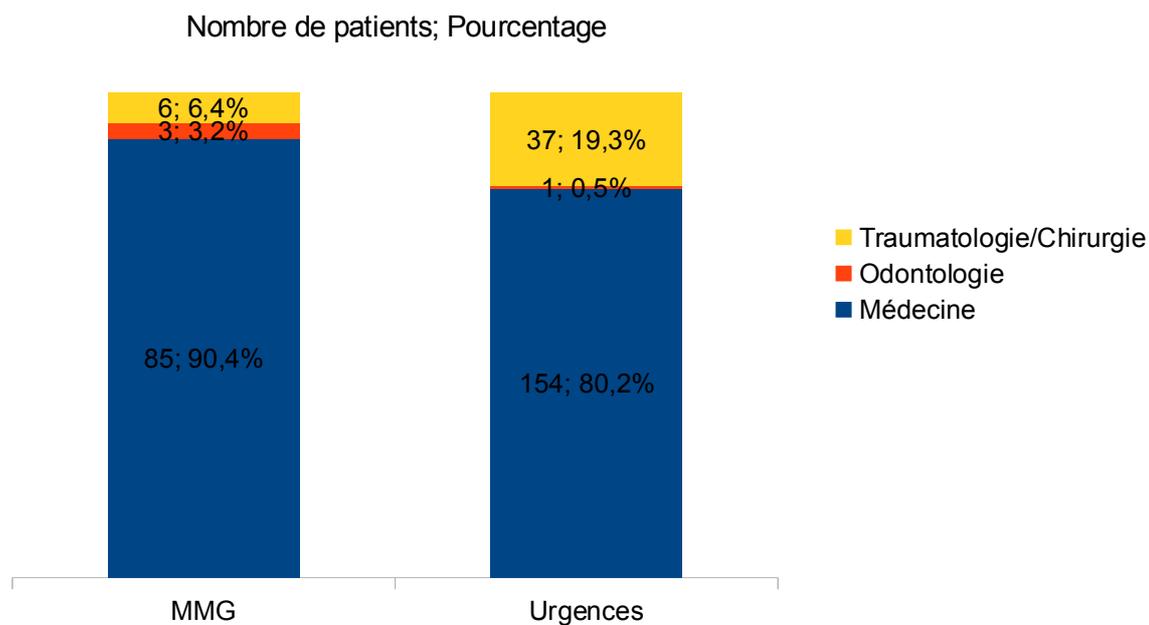
Les enfants qui ont consulté à la MMG venaient majoritairement de Saintes.

Les enfants qui ont consulté aux urgences venaient davantage des secteurs limitrophes et d'ailleurs que les patients de la MMG.

## 2.3 Pathologies générales

La répartition des catégories de pathologies présentées par les enfants consultant à la MMG et aux urgences est représentée par la figure P.

**Figure P. Comparaison des pathologies des enfants selon le lieu de consultation**



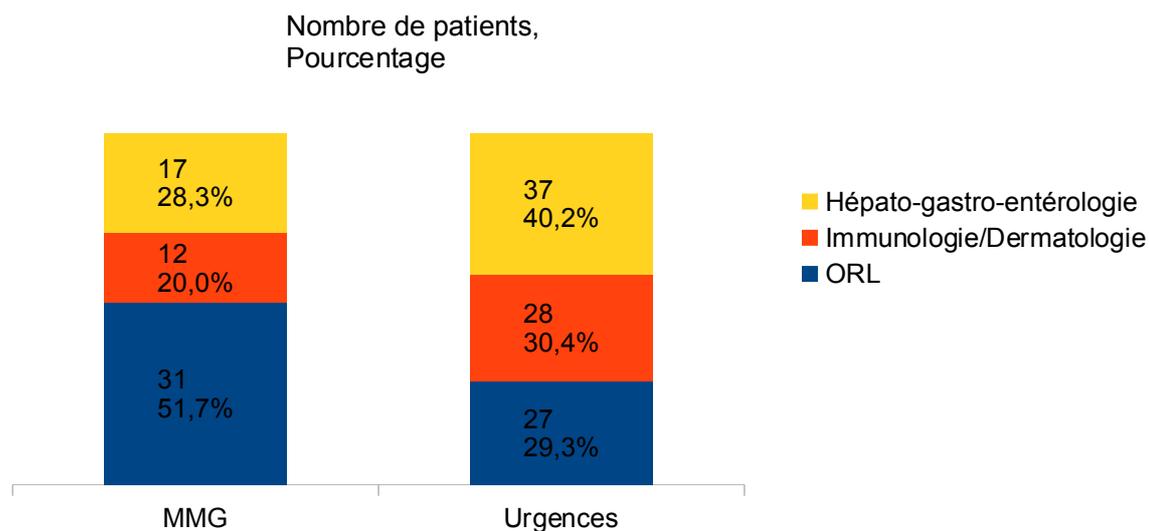
Les pathologies dentaires et médicales sont davantage représentées chez les enfants qui ont consulté à la MMG.

Les pathologies traumatiques et chirurgicales sont davantage représentées chez les enfants qui ont consulté aux urgences.

## 2.4 Pathologies médicales

La répartition des principales pathologies médicales présentées par les enfants consultant à la MMG et aux urgences est représentée par la figure Q.

**Figure Q. Comparaison des principales pathologies médicales des enfants selon le lieu de consultation**



Les enfants qui ont consulté à la MMG présentaient davantage de pathologies ORL.

Les enfants qui ont consulté aux urgences présentaient davantage de pathologies digestives, immunologiques ou dermatologiques que ceux qui ont consulté à la MMG.

# DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs significativement liés à la consultation à la MMG ou aux urgences.

## I. Forces et faiblesses de l'étude

### 1. Les faiblesses

#### 1.1 Population ciblée dans la distribution

Pour atteindre les patients ayant réellement le choix de leur lieu de consultation, l'idéal aurait été de ne distribuer le questionnaire qu'aux patients venant consulter spontanément, sans être adressés par un médecin.

Si la démarche était possible du côté des urgences pédiatriques, elle était plus compliquée au niveau des urgences adultes, avec des agents d'accueil surchargés, devant enregistrer les patients, les renseigner, distribuer le questionnaire de satisfaction de l'hôpital et distribuer en sus le questionnaire de cette étude en l'expliquant.

Il était donc plus simple de faire distribuer ce questionnaire à tous les patients arrivant par leurs propres moyens.

Pour pouvoir comparer tous les patients, la même consigne a été donnée aux urgences pédiatriques.

Seuls 20 patients sur les 566 retenus ont déclaré s'être déplacés sur conseil d'un médecin. Nous pouvons en déduire que malgré ce mode de distribution, la cible de l'étude a été atteinte.

#### 1.2 Moment de distribution du questionnaire

Initialement, les questionnaires devaient être distribués par l'IOA. Ainsi, les patients auraient été en mesure de répondre d'une traite à l'ensemble du questionnaire, en ayant rencontré tous les intervenants.

Pendant la phase de test des questionnaires, ce mode de distribution s'est avéré impossible, à l'origine de très nombreux oublis susceptibles de compromettre l'étude.

Nous avons donc décidé d'effectuer la distribution par les agents administratifs d'accueil, malgré l'existence d'un biais : certains patients ont rempli l'ensemble du questionnaire avant d'avoir vu l'IOA.

De ce fait, le nombre de propositions faites par l'IOA de consulter à la MMG peut être sous-estimé.

De même, ces patients peuvent avoir changé d'avis sur leur lieu de consultation final après avoir vu l'IOA, sans revenir sur les déclarations préalablement faites sur le questionnaire. Cela diminue la fiabilité des réponses des patients concernant le choix définitif de leur lieu de consultation (question 11 du questionnaire patient).

En comparant le lieu de consultation choisi par les patients et le lieu de consultation constaté par les médecins, nous avons constaté une discordance concernant 22 patients :

- 12 patients ont déclaré vouloir consulter à la MMG et ont consulté aux urgences
- 10 patients ont déclaré vouloir consulter aux urgences et ont consulté à la MMG.

Nous avons considéré que cela avait peu d'influence sur la description du lieu de consultation choisi par les patients.

Pour les analyses prenant en compte le lieu de consultation effectif, nous avons préféré utiliser les réponses des médecins (question B du questionnaire médecin), plus fiables, même si le nombre de données était plus réduit.

### **1.3 Défaut de distribution des questionnaires**

Lors des périodes de très forte affluence, le personnel hospitalier a privilégié l'efficacité de son travail. La distribution des questionnaires a, de ce fait, été suspendue pendant ces périodes.

### **1.4 Compréhension du questionnaire**

Les modalités de l'enquête nécessitaient la capacité de lire et de comprendre les énoncés. Les personnes ne sachant pas lire, les déficients visuels ou mentaux, ainsi que les étrangers ne comprenant pas le français étaient incapables d'y participer.

D'autre part, l'énoncé des questions pouvait être mal compris ou prêter à confusion, notamment pour la question 8.

Le mode de règlement demandé était celui intervenant en général dans la vie quotidienne et non celui intervenant à l'hôpital, où la dispense d'avance des frais est de mise.

### **1.5 Imprécision des données recueillies**

En l'absence d'enquêteur sur place, les renseignements ont été donnés par les patients et peuvent être imprécis. Les possibilités peuvent être un âge arrondi, une heure d'arrivée approximative ou un code postal erroné.

### **1.6 Questionnaires non transmis aux médecins**

En raison de la configuration des lieux et du mode de distribution, les patients des urgences adultes et de la MMG devaient garder l'enveloppe contenant leur questionnaire pendant tout le temps passé en salle d'attente. Ensuite, il devaient penser à la remettre au médecin.

Des oublis de transmission au médecin ont pu se produire.

Au niveau des urgences pédiatriques, les questionnaires étant distribués lorsque les patients étaient installés en box et récupérés par les mêmes personnes, les oublis ont probablement été moins nombreux.

## **1.7 Questionnaires non remplis par les médecins**

Un nombre important de questionnaires médecins sont manquants au niveau des urgences adultes.

A posteriori, cela est dû à une mauvaise communication. L'information sur la nécessité pour les médecins de remplir un questionnaire spécifique n'a pas été diffusée lors du changement d'équipe d'internes de début mai. Ainsi, pendant la majeure partie de l'étude, seuls les praticiens hospitaliers et médecins assistants ont répondu aux questionnaires.

Du côté des urgences pédiatriques, un médecin a refusé catégoriquement de participer à cette étude.

De façon globale, pendant les périodes de forte affluence, les questionnaires ont été peu remplis. L'anonymat complet des questionnaires patients ne permettait pas aux médecins de remplir leur questionnaire a posteriori, lors de périodes plus calmes.

### Conséquences sur les chiffres trouvés

Il y a davantage de questionnaires médicaux manquants au niveau des urgences adultes.

Ainsi, il existe une différence de proportion constatée entre les lieux de consultation choisis par les adultes (§ 2.2 des résultats) et les lieux de consultation observés par les médecins (§2.4 des résultats) dans cette sous-population.

De ce fait, la proportion d'adultes ayant consulté aux urgences (figure G) est artificiellement basse.

## **1.8 Qualité des médecins remplissant les questionnaires**

Les médecins hospitaliers remplissant les questionnaires pouvaient être des praticiens hospitaliers, des médecins assistants ou des internes de tout stade de formation.

Cela a pu influencer sur la pertinence des résultats à la question D (lieu de consultation jugé nécessaire à la situation).

Les internes de garde aux urgences adultes ont peu participé à l'étude. Les questionnaires ont donc majoritairement été remplis par des médecins expérimentés. L'appréciation de l'adéquation du lieu de consultation a pu être plus fiable à cet endroit.

## **2. Les forces**

### **2.1 Lieux d'enquête**

La tenue de l'enquête dans les trois lieux où s'exerce la PDS (urgences adultes, urgences pédiatriques et MMG) permet d'avoir une analyse plus globale de la situation.

### **2.2 Inclusion des patients de la MMG en accès direct**

La mise à disposition de questionnaires patients dans la salle d'attente de la MMG est partie d'un constat pendant la phase de test des questionnaires.

Plusieurs patients se présentaient directement à la MMG sans passer par l'accueil des urgences adultes.

La mise en place d'un présentoir avec une notice explicative a permis de toucher les patients de la MMG en accès direct et de pallier les oublis de distribution des urgences adultes.

Les patients des urgences pédiatriques redirigés vers la MMG sans passer par l'IOA ont aussi pu en bénéficier.

### **2.3 Confidentialité des réponses et préservation de l'anonymat**

La présence d'une enveloppe cachetée garantissait une certaine confidentialité des réponses des patients.

Elle évitait aussi que les médecins soient influencés par les réponses des patients au moment de répondre à leur propre questionnaire.

Les patients étaient identifiés uniquement par leur numéro d'anonymat.

Ce numéro a permis l'appariement des questionnaires patients et médecins au moment du dépouillement.

### **2.4 Puissance de l'étude**

Le nombre de patients inclus a été suffisant pour dégager des résultats significatifs et exploitables.

## **3. Justification des choix d'enquête**

### **3.1 Lieu d'enquête**

Nous avons volontairement choisi un lieu où la MMG et les services d'urgences se trouvent sur le même site.

Ainsi, le motif de plus grande proximité ne pouvait pas être invoqué dans les raisons du choix.

### **3.2 Distribution continue**

Les patients ciblés devaient avoir la possibilité de consulter aussi bien aux urgences qu'à la MMG. Cela nécessitait donc que la MMG soit ouverte.

L'ouverture de la MMG étant discontinuée, la distribution aurait pu l'être.

Cependant, une distribution discontinue aurait été favorable à une confusion des horaires par le personnel. Les oublis de distribution auraient été plus nombreux chez ces agents dont la bonne marche de notre étude n'était pas la priorité.

Par conséquent, nous avons donné des consignes de distribution continue, avec des horaires englobant les périodes d'ouverture de la MMG.

### **3.3 Evaluation de l'adéquation du lieu de consultation par les médecins**

Il est difficile de trouver une définition susceptible de résumer la notion de consultation inappropriée, que ce soit aux urgences ou à la MMG [2].

Au niveau des urgences, nous aurions pu considérer qu'il s'agissait des patients ayant bénéficié d'un examen clinique simple (CCMU1).

Cependant, parmi les patients ayant bénéficié d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques (CCMU2), on trouve aussi bien des situations bénignes pouvant être gérées en externe (comme certaines entorses) que des situations justifiant une prise en charge aux urgences (exploration d'une douleur thoracique).

Le retour à domicile après les soins n'est pas non plus un critère valable.

Du côté de la MMG, une consultation inappropriée peut correspondre à :

- une situation relevant d'un autre professionnel de santé
- une situation chronique, sans exacerbation, dont la prise en charge peut attendre les jours ouvrés
- une consultation de confort, pour des raisons pratiques.

Certaines pathologies (telles que les gastro-entérites) peuvent être prises en charge à la MMG. Cependant, en cas de mauvaise tolérance ou de complication, la prise en charge aux urgences est justifiée.

L'aspect approprié ou non d'une consultation paraît difficile à juger sur papier sans avoir l'ensemble des renseignements cliniques.

Il nous a paru plus judicieux de faire confiance à l'appréciation des médecins consultés pour juger de l'adéquation du lieu de consultation.

### **3.4 Classification des pathologies par discipline et par appareil**

Les situations pathologiques rapportées par les médecins ont d'abord été classées à l'aide de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10). Cette classification comporte 21 catégories.

Le nombre de patients par catégorie était insuffisant pour être exploitable.

La Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2) aurait pu être utilisée. Cependant, une même catégorie pouvait regrouper des pathologies nécessitant une prise en charge médicale et des pathologies nécessitant une prise en charge chirurgicale.

Cette classification ne nous a pas semblé adaptée pour notre étude.

Pour une plus grande lisibilité, les pathologies ont d'abord été classées par grandes disciplines (médecine, chirurgie/traumatologie et odontologie).

Dans un second temps, les pathologies médicales ont été classées par appareil concerné.

## II. Résultats principaux

### 1. Facteurs déterminant la consultation à la MMG

#### 1.1 Proposition de l'IOA

La proposition de l'IOA de consulter à la MMG est le facteur le plus déterminant dans l'acte de consulter dans cette structure. C'est aussi le seul facteur déterminant dans la réorientation des patients vers la MMG.

Cette proposition est largement suivie par les patients, en particulier par les adultes. Le rôle de cette infirmière est donc essentiel.

##### ◆ Intégration de l'IOA dans le parcours des patients

Tous les patients ne voient pas l'IOA. En effet, par sa situation excentrée par rapport aux différents lieux de prise en charge, elle ne peut atteindre l'ensemble des patients consultant en période de PDSA.

Si tous les patients des urgences adultes sont vus par l'IOA, il reste beaucoup de passages directs vers les urgences pédiatriques et la MMG.

Il paraît important d'augmenter le nombre de patients vus par une IOA et d'organiser le parcours des patients dans cette intention.

##### ◆ Ré-orientation systématique depuis le 12 mai 2013

La solution de redirection des patients de la MMG vers les urgences adultes n'est pas pratique. Elle oblige les patients déjà mal en point à parcourir plusieurs dizaines de mètres en extérieur non couvert, quelles que soient les conditions météorologiques.

De plus, ces patients – qui ont des pathologies non urgentes sur le plan médical – ne sont pas prioritaires. Aussi bien pour l'enregistrement administratif que pour la rencontre avec l'IOA, ils passent après les patients graves.

Cela occasionne une perte de temps à l'origine quelquefois du report de leur consultation à la MMG à la tranche horaire suivante, ce qui équivaut à plusieurs heures d'attente supplémentaires.

Le plus souvent, l'IOA confirme l'orientation de départ. Ce passage forcé aux urgences adultes est alors mal vécu par les patients qui le jugent inutile et mal organisé.

◆ Solution proposée

Une solution pourrait être de rajouter une IOA à proximité du hall central. Cette position pourrait lui permettre à la fois de réguler les patients de la MMG et les patients des urgences pédiatriques.

Dans un souci d'efficacité, l'enregistrement des patients de la MMG se ferait donc, comme pour les patients de pédiatrie, au niveau de l'accueil central. Cette organisation rendrait le parcours des patients de la MMG plus cohérent et limiterait le parcours à pied.

La localisation exacte de l'IOA serait à déterminer, car il n'existe pas de local dans le hall central. Une possibilité serait de l'installer soit dans un cabinet proche du cabinet de consultation alloué à la MMG, soit dans les locaux du service de pédiatrie.

Avant d'adopter une telle solution, une consultation des pédiatres est indispensable. En effet, les pédiatres rencontrés considèrent qu'étant spécialistes de l'enfant, les demandes urgentes de consultations pédiatriques leur incombent naturellement.

Les enfants ne sont d'ailleurs redirigés vers la MMG que lorsque les urgences pédiatriques sont surchargées.

Une concertation préalable entre les organisateurs de la PDSA et les pédiatres de garde aux urgences pédiatriques serait souhaitable pour déterminer le rôle de chacun.

De même, si la solution d'une IOA régulant l'accès aux urgences pédiatriques et à la MMG était retenue, il serait souhaitable que la future IOA soit une infirmière puéricultrice de formation. Cela serait susceptible d'augmenter la confiance de l'équipe de garde de pédiatrie dans les décisions prises par quelqu'un qui connaît bien le fonctionnement du service.

## **1.2 Connaissance de la MMG**

Le deuxième facteur le plus déterminant pour consulter à la MMG est la connaissance préalable de cette structure.

Seuls 37.7 % des patients de notre étude la connaissaient, tandis que 62.4 % nécessitaient une prise en charge à la MMG.

La promotion de la MMG semble insuffisante.

Une diffusion de cette information au grand public à type de publicité ou de site internet pourrait être intéressante.

◆ Publicité

La distribution d'un imprimé résumant les possibilités de consultation en période de garde dans le département avec l'explication du mode d'accès à la PDSA pourrait être envisagée.

S'il existe des documents d'information distribués par les mairies, un encart présentant la MMG et son fonctionnement pourrait y être ajouté.  
Une distribution de ces documents pourrait être envisagée pour l'accueil de chaque nouvel habitant de la circonscription concernée.

Cela nécessiterait cependant la coopération des différentes mairies du département.

◆ Site Internet

En recherchant un médecin de garde à Saintes sur Internet :

- Le premier lien proposé est celui d'une pharmacie qui liste les numéros d'urgence. Le numéro d'accès au médecin de garde n'est pas le 15.
- Le deuxième lien est celui d'un cabinet de médecine générale expliquant la conduite à tenir pour contacter un service d'urgence ou le médecin de garde. Ce site est bien fait. Cependant, la formulation des consignes mérite d'être éclaircie. Plusieurs consignes différentes sont données pour avoir accès au service de garde, en mélangeant des données générales et des spécificités locales.  
Au final, on peut hésiter entre appeler le 15 ou le 17 pour connaître le numéro du service de PDS, au lieu d'appeler directement le centre 15 pour être orienté.
- Le site de la mairie de Saintes ne mentionne rien à ce sujet.

Le volet de l'ARS Poitou-Charentes sur la PDSA est très explicite [12]. Cependant, l'accès à ces informations n'est pas évident pour un non professionnel.

Il faut en effet aller sur le site de l'ARS, puis à la rubrique « soins-accompagnement », cliquer sur « permanence des soins », puis sur « permanence des soins ambulatoires » pour avoir accès à ces renseignements.

Il est fort dommage de constater l'absence d'un communiqué simple, officiel et facilement accessible concernant l'organisation de la PDSA et le mode d'accès au médecin de garde. Les renseignements ne sont présents que grâce à des initiatives personnelles.

Les patients, en dehors de ces rares sources d'information, peuvent être démunis et avoir le réflexe de consulter aux urgences.

Lors de la recherche d'un médecin de garde dans la région, une redirection sur le site de l'ARS Poitou-Charentes au niveau de la PDSA serait très pratique.

### **1.3 Conseil du centre 15**

Seuls 28.9 % des patients ont contacté le centre 15 avant de se déplacer. Or, beaucoup d'entre eux (69.2%) ont suivi les consignes de consultation. Il serait donc fructueux d'augmenter le nombre d'appels passés au centre 15.

Sachant que toute consultation dans le cadre de la PDS doit être régulée, des efforts restent à fournir.

#### ◆ Information et éducation des patients

L'éducation des patients avec l'explication du rôle du centre 15 – en insistant sur la nécessité d'appeler avant tout déplacement – est essentielle.

En effet, beaucoup de patients pensent que le 15 est un numéro pour les détresses vitales et beaucoup se déplacent vers un effecteur ou le contactent directement [4].

La promotion de l'appel du centre 15 pourrait se faire dans le cadre déjà proposé de la promotion de la MMG et de la PDSA (cf. §1.2 de la discussion).

D'une façon plus générale, le Conseil national de l'Ordre des médecins attend des pouvoirs publics de larges campagnes d'information, orientées vers le grand public, sur le bon usage de la PDS.

#### ◆ Facilitation de l'accès à la MMG aux patients régulés

Une possibilité complémentaire est de faciliter l'accès à la MMG aux patients qui ont contacté le centre 15 avant de se déplacer.

En effet, il semble peu logique du point de vue des patients d'être redirigés vers l'IOA située aux urgences adultes, alors même qu'ils se sont dirigés vers la MMG sur conseil du centre 15.

On pourrait envisager une transmission à l'hôpital du nom des personnes redirigées vers la MMG par le centre 15.

Si cette proposition est possible, ces personnes, en se présentant à l'accueil, pourraient être dirigées directement vers la MMG, sans passer par l'IOA.

Les patients non régulés devraient, à l'inverse, voir obligatoirement l'IOA.

Le système de transmission directe du centre 15 serait synonyme de gain de temps et inciterait davantage les patients à téléphoner avant de se déplacer.

### **1.4 Seule structure ouverte**

Bien qu'elle soit un déterminant de la consultation à la MMG, la raison de consultation « seule structure ouverte » est l'une des premières raisons évoquées par les patients, aussi bien pour une consultation à la MMG que pour une consultation aux urgences.

Cela laisse supposer que les patients n'ont pas le sentiment d'avoir le choix entre les deux structures. Ceux qui consultent à la MMG pour cette raison cherchent un médecin généraliste de garde.

Le renforcement de l'information de la population concernant l'existence d'une MMG et le mode d'accès à cette structure pourrait faciliter la démarche de ces patients.

Les résultats de notre étude ne nous permettent pas de dire si les patients qui consultent aux urgences pour la raison « seule structure ouverte » le font par méconnaissance de la MMG ou parce qu'ils jugent cette prise en charge nécessaire à leur situation.

Dans le premier cas, un renforcement de l'information concernant la MMG pourrait contribuer à renforcer l'orientation spontanée des patients vers cette structure.

## **1.5 Temps d'attente plus court**

La raison « temps d'attente plus court » arrive en troisième position dans les raisons évoquées par les patients de consulter à la MMG.

Cette attente limitée est un atout de la MMG par rapport aux urgences. Cependant, la décision de réorientation systématique des patients vers l'IOA (située aux urgences adultes) augmente de façon non négligeable le temps d'accès à la MMG.

## **2. Facteurs déterminant la consultation aux urgences**

**Besoin d'examens complémentaires** et **Confiance dans la structure** sont retrouvés dans d'autres études concernant les urgences.

Le besoin d'examens complémentaires est logique, notamment les week-end et jours fériés où seuls les services d'urgences détiennent un plateau technique utilisable.

Les patients ont confiance dans les services d'urgences.

C'est la première raison évoquée par les patients qui souhaitent y consulter.

L'étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de L'Evaluation et des Statistiques (DREES) concernant les motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières [13] notait déjà, en 2003, une appréciation des usagers des urgences largement positive, avec 94 % de patients satisfaits.

## **3. Facteurs non déterminants**

### **3.1 Convenance du mode de paiement**

Contrairement au ressenti des médecins [2], les patients ne semblent pas influencés dans leur choix par le mode de règlement. Une concentration exclusive sur cet aspect des choses ne devrait pas influencer l'orientation des patients de façon notable.

### **3.2 Gravité apparente des symptômes**

Contrairement à l'étude de la DREES (citée §2) [13], la gravité apparente des symptômes ne semble pas jouer un rôle clef sur le choix du lieu de consultation.

### III. Résultats secondaires

#### 1. Adéquation du lieu de consultation

La majorité des patients consulte à l'endroit approprié à son problème de santé. Les adultes comptent une plus grande proportion de consultations appropriées que les enfants. En particulier, pour les adultes, seul le type de pathologies diffère entre les patients de la MMG et ceux des urgences. Cela laisse supposer une bonne régulation des adultes.

##### 1.1 Adéquation des consultations à la MMG

En regardant du côté de la MMG, les enfants – aussi bien que les adultes – sont bien adressés, dans une proportion importante (87.4%). Le système d'accès à la MMG est donc efficace pour y adresser les patients dont la situation est appropriée à cette prise en charge.

##### 1.2 Adéquation des consultations aux urgences

Du côté des urgences, 76.2 % des consultations des adultes sont appropriées contre seulement 47.9 % des consultations pédiatriques. Comment expliquer cette différence ?

Par rapport aux patients adultes, les enfants (et leurs accompagnateurs) se distinguent par :

- davantage d'intention de départ de consulter aux urgences
- un accès direct facile aux urgences pédiatriques, sans passage obligatoire devant l'IOA
- moins de suivi de la consigne de réorientation de l'IOA, quand celle-ci est vue
- un secteur de provenance souvent différent de celui de Saintes
- une nécessité de recourir aux urgences, selon les médecins consultés, plus fréquente chez les enfants (33.2%) que chez les adultes (23.9%).

##### ◆ Réorientation des patients enfants

Chez les enfants, on observe une similitude entre la proportion d'intention initiale de consulter aux urgences et la proportion finale de consultation aux urgences.

Le flux de patients souhaitant consulter aux urgences pédiatriques ne semble pas être réorienté.

Compte tenu du nombre élevé de consultations pédiatriques médicalement inappropriées aux urgences, il semble nécessaire de mettre en place un système de réorientation intra-hospitalière sur le parcours de ces patients.

Une IOA située à proximité de l'entrée des urgences pédiatriques pourrait infléchir le nombre de consultations inappropriées dans ce service.

#### ◆ Spécificités de la pédiatrie

##### ➤ Du côté des usagers

Les parents évaluent mal les besoins médicaux de leurs enfants.

Leur inquiétude les conduit à consulter aux urgences pour des symptômes mineurs [14].

L'urgence et la gravité sont fortement ressenties. Elles sont associées à de l'angoisse, notamment pour les enfants de moins de 1 an. Ces sentiments justifient, aux yeux des parents, leur présence dans les services d'urgences [15].

##### ➤ Du côté des professionnels

La notion de « situation nécessitant une prise en charge aux urgences » ne semble pas être la même entre les médecins des urgences adultes et les médecins des urgences pédiatriques. Pour ces derniers, la spécificité de prise en charge de l'enfant implique naturellement de recevoir les urgences ressenties, même s'il ne s'agit pas d'urgences vraies sur le plan médical.

Dans le cadre d'une réorganisation du parcours des enfants, une discussion avec les professionnels de pédiatrie serait indispensable pour préciser le rôle des urgences pédiatriques.

#### ◆ Provenance géographique des enfants

Contrairement aux enfants consultant à la MMG, les enfants consultant aux urgences viennent en majorité de secteurs différents de Saintes. Ce sont donc des patients qui n'ont pas consulté le médecin de garde de leur secteur et qui viennent à Saintes spécifiquement pour les urgences.

Il y a plusieurs hypothèses à cet état de fait :

- Une régulation insuffisante :  
Sachant que seuls 27.4 % des enfants et accompagnateurs ont appelé le centre 15, une plus grande régulation à la source, par promotion du centre 15, pourrait peut-être diminuer le nombre de déplacements.
- Une information insuffisante :  
On peut se demander si l'information sur le fonctionnement de la PDSA est correctement véhiculée. Il est possible que ces patients se dirigent vers le centre hospitalier par manque d'information.
- Des tableaux de garde incomplets :  
Certaines zones autour de Saintes présentent un accès aux soins de premier recours fragile, voire insuffisant (Pons, Matha, Jonzac...) [10]. Il est possible que la PDSA ne s'effectue pas de façon optimale à ce niveau.
- Par ailleurs, quand une personne s'est déplacée de plusieurs dizaines de kilomètres, elle est probablement plus tentée de consulter un pédiatre qu'un médecin généraliste (d'autant plus que l'accès direct aux urgences pédiatriques est devenu plus simple que l'accès direct à la MMG depuis la décision de réorientation systématique des patients de la MMG vers l'IOA).

## **2. Problème des passages directs à la MMG**

La modification du parcours des patients à partir du 12 mai 2013 avait pour objectif de diminuer le nombre de passages directs, non régulés, à la MMG.

Cette modification ayant eu lieu alors que notre étude était en cours, nous n'avons pas pu évaluer l'efficacité.

Par rapport au nombre total de consultations à la MMG :

Nous avons estimé à 22.5 % le nombre de passages directs à la MMG et, en particulier, à 17.2 % les passages directs non régulés par le centre 15.

La connaissance préalable de la structure semble favoriser ce mode d'accès, avec une majorité de patients qui consultent de leur propre chef.

Les patients ne connaissant pas la structure ont été orientés, pour la plupart, par un professionnel de santé.

Au final, une grande majorité de ces patients (91,5%) relevaient bien d'une prise en charge par la MMG, ce qui signe une bonne évaluation de leur situation personnelle.

Dans ces conditions, se pose la question de l'intérêt d'empêcher cet accès direct.

La faiblesse de notre échantillon ne nous permet pas de conclure.

### ◆ Comparaison avec les données réelles

Il est intéressant de noter la différence entre les patients enregistrés par l'accueil des urgences (378) et les patients notés sur le cahier de garde de la MMG (615) pendant la même période.

On peut en conclure que 237 patients (soit 38.5%) ont accédé à la MMG de façon directe.

Ces données concernent tous les patients de la MMG et pas seulement ceux ciblés par notre enquête (c'est-à-dire ceux arrivés pendant les horaires d'ouverture de la MMG).

Cependant, cela montre que nous sous-estimons la proportion de passages directs.

La mesure de l'activité de la MMG étant fondée sur le nombre de patients enregistrés, le nombre de consultants à la MMG est également sous-estimé.

## **IV. Résultats de quelques auteurs**

Nous n'avons trouvé aucune étude comme la nôtre, comparant les motivations des patients fréquentant les services d'urgences et le lieu fixe d'effectuation de PDSA pendant la période de PDS.

### **1. Etudes concernant la réorientation depuis les urgences**

Plusieurs auteurs se sont penchés sur la réorientation des patients consultant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale.

Selon **F. Baquet** [16], les facteurs prédictifs d'une consultation aux urgences de Bicêtre pour une plainte relevant de la médecine générale sont

- l'absence de connaissance du Service d'Accueil Médical Initial (SAMI : équivalent de la MMG)
- l'absence de consultation antérieure dans une MMG
- l'absence de volonté initiale de consulter un médecin généraliste. Seul ce dernier facteur était associé de façon significative au refus de consulter, probablement du fait du faible effectif de l'étude (161 patients).

Un temps d'attente et une distance supérieurs à ceux du service d'urgences dissuadent les patients de recourir aux structures ambulatoires.

Les motifs évoqués par les patients pour ne pas être retournés à la MMG sont la nécessité d'examens complémentaires (47%) et un tarif de consultation trop élevé (35%).

Ces résultats sont partiellement compatibles avec ceux de notre étude, où le besoin d'examens complémentaires est significativement lié à la consultation aux urgences et se situe en deuxième position des motifs évoqués par les patients adultes.

La convenance du mode de paiement n'arrive qu'en dernière position, ce qui nous laisse penser que le tarif de consultation n'est pas un frein dans notre étude.

Enfin, nous trouvons que la connaissance de l'existence de la MMG est liée à la consultation dans cette structure. C'est le pendant aux résultats de F. Baquet où l'ignorance du SAMI prédit une consultation aux urgences.

Selon **E. Gusmini** [17], les patients réorientés des urgences vers la MMG (Essonne) sont différents de ceux qui consultent à la MMG.

Les premiers viennent toujours de leur domicile, sont âgés en moyenne de 30 ans, et consultent principalement pour un problème de douleur (42%), une pathologie ORL (18%) ou de la fièvre (15%).

Les seconds sont plus jeunes (22 ans en moyenne) et consultent pour une pathologie infectieuse (70%), digestive (8%), rhumatologique (6 %) ou dermatologique (4%).

Cette étude a été réalisée sur une durée de 6 mois et a concerné deux sites. Chaque site disposait d'un service d'urgences et d'une MMG. Cette dernière était située soit au sein du centre hospitalier soit à quelques mètres de l'hôpital.

Selon **J. Caron** [18], les patients recourant spontanément aux urgences (Val de Marne) pour des motifs relevant de la médecine générale ne connaissent ni les structures dédiées à la PDSA (93 %), ni le mode d'accès à la PDS (aucun patient n'a contacté le 15 avant de se déplacer).

Si 71 % des patients ont accepté la réorientation, il n'y a eu au final que 37 % d'observance de la consigne de l'IOA. En effet, seule la moitié des patients ayant accepté la réorientation a effectivement consulté au SAMI.

80 % de ceux qui ont refusé la réorientation préféraient attendre de voir leur médecin traitant le lendemain.

Cette étude met en exergue le besoin d'information de la population.  
Les résultats sont cependant amoindris par la faiblesse de l'échantillon (86 patients).

Notre étude retrouve 71 % d'observance de la consigne de l'IOA, soit davantage que celle de J. Caron. Cependant, elle ne tient pas compte des patients qui ont préféré attendre de consulter leur médecin traitant.

Selon **P. Genot** [19], le système de PDS de la plaine de l'Ain est bien encadré mais insuffisamment connu. Pour beaucoup, le 15 est associé à la seule « urgence vitale » et la marche à suivre ne semble pas claire.

En 2007, **C. Pujol** [20] pointait comme principal problème l'information insuffisante des patients concernant la PDS et leur ignorance du moyen d'accès à ces renseignements. Le deuxième problème était l'éducation des patients concernant l'absence de corrélation entre l'urgence ressentie et la nécessité de consulter dans un service d'urgences. Les motifs évoqués par les patients pour refuser de consulter un médecin généraliste étaient la gravité ressentie (mais non objective) et le besoin d'exams complémentaires.

Cette étude a été menée avant l'ouverture de la MMG (intervenue en 2010).

Bien que notre étude retrouve une corrélation entre le besoin d'exams complémentaires et la consultation aux urgences, la gravité ressentie n'est pas liée à un lieu de consultation particulier. Elle n'est d'ailleurs évoquée qu'en cinquième position par 14.2 % des patients souhaitant consulter aux urgences. Cependant, nous n'avons pas analysé le sous-groupe de patients qui a refusé de suivre la consigne de l'IOA.

Toutes ces études se rejoignent sur la nécessité d'informer et d'éduquer les usagers de la PDS. Le besoin d'exams complémentaires est – comme dans notre étude – l'un des principaux motifs de recours aux urgences. Enfin, la proximité de la structure de PDSA semble essentielle à l'acceptation de cette orientation par les patients.

## **2. Etudes concernant la MMG**

D'après **C. Renaut** [21], les patients qui consultent à la MMG du Havre y ont déjà eu recours (60.4%). Beaucoup reviennent parce qu'ils ont eu une bonne expérience antérieure (41.1%) et parce que le lieu de consultation est proche de chez eux (31.8%).

En revanche, ils ne connaissent pas le numéro de téléphone du médecin de garde (83.7%) et une minorité (24.8%) passe par la régulation.

Les patients connaissent la structure grâce aux affiches présentes chez les professionnels de santé et à la diffusion du numéro du médecin de garde sur le répondeur de leur médecin traitant.

Concernant la façon de promouvoir la PDSA, les patients retiennent

- l'affichage dans les cabinets médicaux
- la diffusion du numéro du médecin de garde sur les répondeurs des médecins libéraux
- un accès facile à ce numéro sur Internet

L'amélioration du service de PDSA passe, selon eux, par :

- des consultations en nuit profonde
- un numéro national pour la PDSA
- l'installation d'une pharmacie de garde à proximité de la MMG.

Dans le même secteur, les patients qui ne connaissent pas l'existence du médecin de garde consultent principalement aux urgences. L'hôpital est également plus près de leur domicile que la MMG.

Dans notre étude, seuls 20.3 % des patients qui souhaitent consulter à la MMG évoquent une expérience antérieure satisfaisante. Ce motif est plus souvent cité par les patients qui souhaitent consulter aux urgences (32%).

Comparativement à l'étude de C. Renaut, nous trouvons une plus grande proportion de patients souhaitant consulter à la MMG sur conseil du centre 15 (34.7%). Cette proportion est néanmoins calculée par rapport au souhait initial des patients et non par rapport à leur lieu de consultation effectif.

Selon **L. Koubbi** [22], les usagers des SAMI (dans le Val de Marne) sont largement satisfaits de leur passage (98 % contre 83 % pour les services d'urgences).

La principale attente de ces patients est une prise en charge rapide.

L'information de la population est néanmoins insuffisante et les SAMI ont une influence limitée sur l'engorgement des urgences.

Ces études montrent – malgré la satisfaction des patients des MMG – une information insuffisante concernant le fonctionnement et l'accès à ces structures. Ce supplément d'informations est attendu des usagers. Enfin, la proximité est importante dans le choix du lieu de consultation.

### **3. Etudes concernant les urgences pédiatriques**

Peu d'études ont été faites concernant les urgences pédiatriques. Nous n'en avons trouvé aucune concernant spécifiquement la période de PDS.

Selon **MJ. Tobie** [15], le nombre de passages aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest est en augmentation, avec un phénomène d'engorgement de plus en plus ressenti. Cette augmentation des recours est supérieure à la moyenne nationale.

Dans cette étude, près de la moitié des consultations a eu lieu pendant les horaires de garde. Malgré une très bonne connaissance du système de PDSA (8.4%), une proportion non négligeable de recours inadaptés (40.8%) a été constatée.

Les parents ne sont pas particulièrement attachés aux urgences : 80% seraient favorables à une réorientation vers une structure de type MMG.  
Ils sont, par contre, facilement inquiets par manque de connaissances pour évaluer les besoins médicaux de leurs enfants.

Les motifs principaux de consultation sont la traumatologie et la fièvre.

Les raisons du refus de réorientation consistent en l'absence d'examen complémentaires (32.4%), la méconnaissance de la structure proposée (27.7%), l'absence de pédiatre (13.6%), l'avance des frais (8%) et la nécessité d'un moyen de transport (5.2%).

Les patients relevant d'une prise en charge ambulatoire sont plus âgés et viennent plus souvent pour une pathologie traumatique.

Pour une consultation en première intention, ils évoquent principalement une meilleure prise en charge à l'hôpital (surtout pour la traumatologie).

Pour une consultation de deuxième intention, ils évoquent une aggravation (30.8%), le conseil d'un médecin (30%) et l'inefficacité apparente du traitement (21.8%).

Dans notre étude, une proportion plus importante d'enfants consulte de façon inappropriée aux urgences (52.1%).

Comme pour les études précédentes, le besoin d'examen complémentaires est lié à la consultation aux urgences.

La synthèse du rapport de l'IGAS n°2004-103 [23] fait référence à une consultation pédiatrique sans rendez-vous, organisée à l'hôpital Robert Debré (Paris) de décembre 2003 à juin 2004, destinée à accueillir les enfants atteints par les épidémies virales saisonnières.

Installée dans les locaux mêmes de l'hôpital et à proximité du service des urgences, la consultation a été assurée par des médecins généralistes salariés du centre de santé, après le tri des enfants par l'IOA. Cette consultation n'a fonctionné que le week-end.

Même si l'expérimentation n'a porté que sur 3% (1638) du total des 60 000 passages, cette structure a permis de détourner une partie importante de consultations dont le degré de gravité ne nécessitait pas une prise en charge au service des urgences, de l'ordre de 30 à 40%.

La responsable du service des urgences estimait, quant à elle, que 60% des enfants reçus au service des urgences pouvaient être soignés en médecine de ville.

Les avantages constatés de cette démarche étaient :

- la pratique du tiers-payant
- la réservation des cas les plus graves aux pédiatres
- la réduction du délai d'attente aux urgences
- un moindre encombrement de la salle d'attente
- de meilleures conditions de travail pour le personnel.

L'estimation de la responsable du service des urgences est proche du résultat de notre étude qui montre que 58.5 % des enfants relevaient plutôt d'une prise en charge de médecine générale.

Ces études montrent que l'inquiétude des parents et leur mauvaise évaluation de l'urgence les poussent à consulter aux urgences pédiatriques pour des motifs qui relèvent plutôt d'une prise en charge ambulatoire.

Une partie des patients concernés peut être détournée des urgences pédiatriques grâce à un système de consultation sans rendez-vous assurée par des médecins généralistes, associé à une orientation par IOA.

Cela corrobore l'hypothèse que l'intégration d'une IOA au parcours des enfants consultant à Saintes puisse diminuer le nombre de consultations inappropriées aux urgences pédiatriques.

#### **4. Etudes concernant l'influence de la PDSA sur l'engorgement des urgences**

D'après la HAS [24], les MMG apparaissent comme une solution intéressante mais partielle à l'engorgement des services d'urgences hospitaliers.

En effet, les MMG donnent globalement satisfaction aux patients et aux médecins : elles favorisent la continuité des soins primaires et améliorent l'organisation des soins de premier recours. Cependant, leur impact sur le recours à l'hôpital est variable, souvent faible ou non quantifiable.

**L. Koubbi** [22] a également noté une influence limitée des SAMI sur l'engorgement des urgences.

## CONCLUSION

Le système de PDS permet aux patients d'avoir accès aux soins adaptés à leur situation en période de fermeture des cabinets médicaux libéraux.

A Saintes, les besoins de soins non programmés pendant les horaires de PDSA sont couverts soit par la MMG, soit par les urgences. L'accès à ces soins doit être régulé. Cependant, beaucoup de patients viennent consulter sans avis préalable.

Il en résulte que 30.9 % des consultations pendant cette période sont inappropriées, avec une tendance à consulter aux urgences pour des situations qui relèvent plutôt de la MMG.

Il ressort de cette étude que la proposition émise par l'IOA de consulter à la MMG est le facteur le plus déterminant de la consultation dans cette structure, et le seul facteur de réorientation des patients vers la MMG.

Les autres facteurs liés à l'acte de consulter dans cette structure sont la connaissance préalable de son existence, le conseil du centre 15, un temps d'attente plus court et le fait que ce soit la seule structure ouverte.

Les patients consultant aux urgences sont, quant à eux, motivés par la confiance et le besoin d'examen complémentaires.

Les modalités de règlement des consultations et la gravité apparente de la situation des patients n'ont pas d'incidence sur le choix du lieu de consultation.

Malgré le nombre d'accès non régulés, le système est globalement efficient :

- 87.4 % des consultations à la MMG sont appropriées
- 76.2 % des consultations aux urgences adultes sont adéquates.

Cependant, seules 47.9 % des consultations pédiatriques aux urgences sont jugées appropriées par les médecins. Une des explications possibles est la grande facilité à accéder directement aux urgences pédiatriques.

Une solution serait de modifier le parcours des enfants consultant en période de PDSA afin d'y introduire une IOA. Cette mesure pourrait se faire dans un cadre plus global de réorganisation du parcours des patients dans le but de le rendre plus cohérent. L'accès à la MMG serait alors facilité.

Par ailleurs, nous rejoignons les conclusions d'autres travaux sur la nécessité d'informer la population du fonctionnement de la PDSA, des structures d'effectif existantes et de l'importance de la régulation par le centre 15. Ces actions sont susceptibles d'avoir un impact positif sur l'adéquation des lieux de consultation des patients.

La consultation des usagers concernant les moyens de promouvoir les structures de PDSA pourrait aboutir à des solutions originales et efficaces.

L'analyse de l'influence des moyens d'information sur l'efficacité de la PDSA pourrait faire l'objet d'une nouvelle étude.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Le panorama des établissements de santé, édition 2012. Paris : Gauthier N ; 2012. (études et statistiques).
2. Gentile S, Durand AC, Bongiovanni I, Rofritsch S, Collège des médecins urgentistes de la région PACA. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. Marseille ; 2007.
3. Cash E, Cash R, Ducassé JL, Hault C, Matthieu F, Richard T (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières. Document de travail, série études et recherches [en ligne]. Mars 2013, (n°125), [consulté le 19/05/14]. Disponibilité sur Internet : <<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud125.pdf>>
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale, au 31 décembre 2013. Paris ; 2014.
5. Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. JORF. 2010 Jul 17 ; (163) : 13240.
6. Agence Régionale de Santé de Poitou-Charentes. (page consultée le 03/06/14). La permanence des soins en établissements de santé – PDSSES [en ligne]. <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/La-permanence-des-soins-en-eta.128560.0.html>
7. Agence Régionale de Santé de Poitou-Charentes. Arrêté n°2013/288 en date du 29 mars 2013 modifiant le cahier des charges relatif aux conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoires pour la région Poitou-Charentes. Poitiers ; 2013.
8. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF. 2009 jul 22 ; (167) : 12184.
9. L'assurance Maladie (page consultée le 04/06/14). La permanence des soins [en ligne] (<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/la-permanence-des-soins.php>)
10. Agence Régionale de Santé de Poitou-Charentes. Schéma Régional d'Organisation des Soins, Volet ambulatoire, révision 2013. Poitiers ; 2013.

11. Agence Régionale de Santé de Poitou-Charentes. (page consultée le 03/06/13). Arrêté n°2013/288 en date du 29 mars 2013 modifiant le cahier des charges relatif aux conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoires pour la région Poitou-Charentes. Annexes [en ligne]. [http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Soins\\_et\\_accompagnement/permanence\\_des\\_soins/20130329\\_Arrete\\_modificatif\\_PDSA\\_29Mars2013\\_Annexe1a5.pdf](http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Soins_et_accompagnement/permanence_des_soins/20130329_Arrete_modificatif_PDSA_29Mars2013_Annexe1a5.pdf)
12. Agence Régionale de Santé de Poitou-Charentes. (page consultée le 03/06/14). La permanence des soins ambulatoires [en ligne]. <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/La-permanence-des-soins-ambula.128561.0.html>
13. Baubeau D, Carrasco V (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières [en ligne]. Etudes et résultats. Janvier 2003, (n°215), [consulté le 20/05/14]. Disponibilité sur Internet : <<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er215.pdf>>
14. JC. Mercier. Engorgement des urgences pédiatriques et demande de soin croissante [résumé]. Soins Pédiatr Pueric. 2010 Jan-Fev;(252):16-7.
15. Tobie MJ. Recours aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest: Analyse des comportements des usagers et de leur prise en charge. Axes d'amélioration. [Thèse de doctorat en médecine]. Brest : Université de Brest – Bretagne occidentale ; 2012.
16. Baquet F. Place des maisons médicales de garde dans le choix des patients, pour une consultation durant la permanence des soins [Thèse pour le doctorat en médecine]. Paris : Université Paris Descartes ; 2010.
17. Gusmini E. Analyse des motifs de recours à la maison médicale de garde située à proximité d'un service d'urgences [Thèse d'exercice, Médecine]. Créteil: Université Paris Est ; 2011.
18. Caron J. La réorientation des patients consultant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale : exemple du couple SAU de l'Hôpital Saint-Camille de Bry sur Marne et SAMI de Champigny-Villiers [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, Médecine générale]. Créteil : Université Paris Val de Marne ; 2010.
19. Genot P. Parcours de soins et respect de la filière de soins lors de la permanence des soins sur le secteur de la Plaine de l'Ain : une enquête quantitative descriptive auprès des patients de la maison médicale de garde et du service des urgences du secteur [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine]. Villeurbanne : Université Claude Bernard ; 2011.

20. Pujol C. Patients consultant pour des motifs de médecine générale au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Perpignan aux heures de permanence des soins, leurs caractéristiques et leur parcours de soin [Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine]. Montpellier : Université Montpellier 1 ; 2007.
21. Renaut C. Caractéristiques démographiques et connaissances de la permanence des soins des usagers de la maison médicale de garde du Havre. Comparaison avec les caractéristiques des usagers des services des urgences du Havre [Thèse pour le doctorat en médecine]. Rouen : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2012.
22. Koubbi L. Evaluation de la satisfaction des usagers consultant au SAMI. Cas du SAMI de « Champigny-sur-Marne / Villiers-sur-Marne » (94) [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, Médecine générale]. Créteil : Université Paris XII Val-de-Marne ; 2010.
23. Jourdain-Menninger D, Aballea P (Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales). Rapport d'évaluation de la consultation pédiatrique sans rendez-vous de l'hôpital Robert Debré de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Et recommandations pour les réseaux d'urgence ville hôpital à Paris et en Seine-Saint-Denis [synthèse]. Paris : la documentation française ; 2004 : Rapport n°2004-103.
24. Hirtzlin I. Le recours à l'hôpital en Europe. Haute Autorité de Santé, service évaluation économique et santé publique ; 2009 : Rapport d'évaluation.

# ANNEXES

## ANNEXE I : Questionnaire remis aux urgences pédiatriques

### QUESTIONNAIRE PATIENT

*Ce questionnaire est anonyme*

*Cette enquête est réalisée dans le cadre d'une réflexion sur l'organisation de la permanence des soins à Saintes. Merci de remplir cette feuille, de la glisser dans l'enveloppe et de remettre cette enveloppe cachetée au médecin qui vous recevra. Les questions concernent l'enfant et son accompagnateur.*

- 1) Quel est le sexe de l'enfant qui consulte?  Masculin  Féminin
  - 2) Quel âge a l'enfant qui consulte ? ..... ans / ..... mois
  - 3) Où habitez-vous (code postal) ? .....
  - 4) A quelle heure êtes-vous arrivé ? .....
  - 5) Avez-vous appelé le 15 avant de venir ?  
 Oui  Non
  - 6) Où aviez-vous l'intention de consulter en arrivant ?  
 aux urgences  à la maison médicale de garde
  - 7) Pour quelle(s) raison(s) (plusieurs réponses possibles) ?  
 Vous avez confiance dans cette structure  
 C'est la seule structure ouverte actuellement où vous pouvez consulter  
 Quelqu'un vous a conseillé de consulter à cet endroit:  
 Le "15"  
 Une autre personne (précisez): .....
  - Vous pensez que le problème de santé de cet enfant est grave
  - Vous pensez que cet enfant a besoin de radiographies, d'une prise de sang ou d'un autre examen
  - Le temps d'attente semble plus court
  - Le mode de paiement vous convient
  - Vous avez déjà consulté à cet endroit et vous avez été satisfait de la prise en charge
  - Autre raison (précisez) :
  - 8) Habituellement :  
 Vous réglez les consultations de cet enfant directement au médecin  
 Cet enfant bénéficie de la CMU (Couverture Maladie Universelle)  
 Cet enfant bénéficie de tiers-payant en rapport avec une ALD (Affection Longue Durée)  
 Autre situation (précisez) :
  - 9) Connaissiez-vous l'existence de la maison médicale de garde ?  
 Oui  Non
  - 10) Aujourd'hui, l'infirmière d'orientation et d'accueil vous a-t-elle proposé de consulter à la maison médicale de garde?  
 Oui  Non
  - 11) Finalement, où allez-vous consulter aujourd'hui?  
 aux urgences pédiatriques  à la maison médicale de garde
  - 12) Avez-vous changé d'avis par rapport à votre réponse à la question 6 ?  
 Oui  Non
- Si oui, pourquoi avez-vous changé d'avis (plusieurs réponses possibles) ?
- Vous avez suivi les conseils du personnel
  - Le temps d'attente semble plus court
  - Le mode de paiement vous convient mieux
  - La maison médicale de garde est fermée
  - Autre raison (précisez) :

## ANNEXE 2 : Questionnaire destiné aux adultes

### QUESTIONNAIRE PATIENT

*Ce questionnaire est anonyme*

*Cette enquête est réalisée dans le cadre d'une réflexion sur l'organisation de la permanence des soins à Saintes. Merci de remplir cette feuille, de la glisser dans l'enveloppe et de remettre cette enveloppe cachetée au médecin qui vous recevra. Les questions concernent la personne qui recevra les soins.*

- 1) **Qui êtes-vous?**       Un homme       Une femme
  - 2) **Quel âge avez-vous ?** ..... ans
  - 3) **Où habitez-vous (code postal) ?** .....
  - 4) **A quelle heure êtes-vous arrivé ?** .....
  - 5) **Avez-vous appelé le 15 avant de venir ?**  
 Oui       Non
  - 6) **Où aviez-vous l'intention de consulter en arrivant ?**  
 aux urgences       à la maison médicale de garde
  - 7) **Pour quelle(s) raison(s) (plusieurs réponses possibles) ?**  
 Vous avez confiance dans cette structure  
 C'est la seule structure ouverte actuellement où vous pouvez consulter  
 Quelqu'un vous a conseillé de consulter à cet endroit:  
 Le "15"  
 Une autre personne (précisez): .....
  - Vous pensez que votre problème est grave
  - Vous pensez avoir besoin de radiographies, d'une prise de sang ou d'un autre examen
  - Le temps d'attente semble plus court
  - Le mode de paiement vous convient
  - Vous avez déjà consulté à cet endroit et vous avez été satisfait de la prise en charge
  - Autre raison (précisez) :
  - 8) **Habituellement :**  
 Vous réglez vos consultations directement au médecin  
 Vous bénéficiez de la CMU (Couverture Maladie Universelle)  
 Vous bénéficiez de tiers-payant en rapport avec une ALD (Affection Longue Durée)  
 Autre situation (précisez) :
  - 9) **Connaissiez-vous l'existence de la maison médicale de garde ?**  
 Oui       Non
  - 10) **Aujourd'hui, l'infirmière d'orientation et d'accueil vous a-t-elle proposé de consulter à la maison médicale de garde?**  
 Oui       Non
  - 11) **Finalement, où allez-vous consulter aujourd'hui?**  
 aux urgences       à la maison médicale de garde
  - 12) **Avez-vous changé d'avis par rapport à votre réponse à la question 6 ?**  
 Oui       Non
- Si oui, pourquoi avez-vous changé d'avis (plusieurs réponses possibles) ?**
- Vous avez suivi les conseils du personnel
  - Le temps d'attente semble plus court
  - Le mode de paiement vous convient mieux
  - La maison médicale de garde est fermée
  - Autre raison (précisez) :

## ANNEXE III : Questionnaire destiné aux enfants, disponible à la MMG et aux urgences adultes

### QUESTIONNAIRE PATIENT

*Ce questionnaire est anonyme*

*Cette enquête est réalisée dans le cadre d'une réflexion sur l'organisation de la permanence des soins à Saintes. Merci de remplir cette feuille, de la glisser dans l'enveloppe et de remettre cette enveloppe cachetée au médecin qui vous recevra. Les questions concernent l'enfant et son accompagnateur.*

- 1) Quel est le sexe de l'enfant qui consulte?  Masculin  Féminin
  - 2) Quel âge a l'enfant qui consulte ? ..... ans / ..... mois
  - 3) Où habitez-vous (code postal) ? .....
  - 4) A quelle heure êtes-vous arrivé ? .....
  - 5) Avez-vous appelé le 15 avant de venir ?  
 Oui  Non
  - 6) Où aviez-vous l'intention de consulter en arrivant ?  
 aux urgences  à la maison médicale de garde
  - 7) Pour quelle(s) raison(s) (plusieurs réponses possibles) ?  
 Vous avez confiance dans cette structure  
 C'est la seule structure ouverte actuellement où vous pouvez consulter  
 Quelqu'un vous a conseillé de consulter à cet endroit:  
 Le "15"  
 Une autre personne (précisez): .....
  - Vous pensez que le problème de santé de cet enfant est grave  
 Vous pensez que cet enfant a besoin de radiographies, d'une prise de sang ou d'un autre examen  
 Le temps d'attente semble plus court  
 Le mode de paiement vous convient  
 Vous avez déjà consulté à cet endroit et vous avez été satisfait de la prise en charge  
 Autre raison (précisez) :
  - 8) Habituellement :  
 Vous réglez les consultations de cet enfant directement au médecin  
 Cet enfant bénéficie de la CMU (Couverture Maladie Universelle)  
 Cet enfant bénéficie de tiers-payant en rapport avec une ALD (Affection Longue Durée)  
 Autre situation (précisez) :
  - 9) Connaissiez-vous l'existence de la maison médicale de garde ?  
 Oui  Non
  - 10) Aujourd'hui, l'infirmière d'orientation et d'accueil vous a-t-elle proposé de consulter à la maison médicale de garde?  
 Oui  Non
  - 11) Finalement, où allez-vous consulter aujourd'hui?  
 aux urgences  à la maison médicale de garde
  - 12) Avez-vous changé d'avis par rapport à votre réponse à la question 6 ?  
 Oui  Non
- Si oui, pourquoi avez-vous changé d'avis (plusieurs réponses possibles) ?**
- Vous avez suivi les conseils du personnel
  - Le temps d'attente semble plus court
  - Le mode de paiement vous convient mieux
  - La maison médicale de garde est fermée
  - Autre raison (précisez) :

## ANNEXE IV : Questionnaire des médecins

### QUESTIONNAIRE MÉDECIN

*Cette enquête est faite dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Elle a pour objectif d'analyser les motivations des patients consultant aux services d'urgence et à la maison médicale de garde, ainsi que l'adéquation du lieu de consultation choisi.  
Merci de votre collaboration.*

**A/ Numéro d'anonymat du patient** (figurant sur l'enveloppe du patient):

.....

**B/ Lieu de consultation :**

- Urgences adultes
- Urgences pédiatriques
- Maison médicale de garde

**C/ Résultat de consultation** (diagnostic ou syndrome):

.....

**D/ Cette situation :**

- nécessite plutôt une prise en charge au service des urgences
- relève plutôt de la maison médicale de garde
- ne relève d'aucune de ces deux structures (*explicitiez*) :

## RESUME

Le système de permanence des soins (PDS) permet aux patients d'avoir accès aux soins adaptés à leur situation en période de fermeture des cabinets médicaux libéraux.

La régulation par le centre 15 a un rôle essentiel dans l'orientation des usagers. Cependant, beaucoup n'y font pas appel et décident par eux-mêmes de leur lieu de consultation.

Nous avons voulu identifier les critères amenant les patients à consulter à la Maison Médicale de Garde (MMG) ou aux urgences de Saintes (Charente-Maritime, 17, France) pendant la période de Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA). Nous avons également voulu savoir si cette démarche était adaptée.

Pour répondre à nos interrogations, nous avons mené une étude du 6 avril au 14 juillet 2013 au centre hospitalier de Saintes.

A l'aide d'un questionnaire distribué pendant les horaires de PDSA, les patients se présentant spontanément au centre hospitalier pour une consultation à la MMG, aux urgences pédiatriques ou aux urgences adultes ont indiqué les raisons de leur choix. Un autre questionnaire mis à la disposition des médecins était destiné à évaluer l'adéquation du lieu de consultation des patients avec leur situation de soin.

Les données concernant 566 patients ont pu être analysées. Seules les données relatives à 406 patients ont pu être intégrées dans un modèle de régression logistique.

Il en ressort que les facteurs significativement liés à la consultation à la MMG sont la proposition émise par l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil (IOA) de consulter dans cette structure (Odds Ratio (OR) : 13.11), la connaissance préalable de la MMG (OR : 5.31), le conseil du centre 15 (OR : 3.95), un temps d'attente plus court (OR : 2.45) et le fait que ce soit la seule structure ouverte (OR : 2.18).

Le seul facteur significatif dans le changement d'avis des patients au bénéfice de la MMG est la proposition de l'IOA (OR : 30.4).

Les facteurs significativement liés à la consultation aux urgences sont le besoin d'examen complémentaires (OR : 4.45) et la confiance dans la structure (OR : 2.13).

Les modalités de règlement et la gravité apparente de la situation des patients n'ont pas d'incidence sur le choix du lieu de consultation.

Globalement, 30.9 % des consultations sont inappropriées.

La proportion de consultations inappropriées dans les services d'urgences s'élève à 23.8 % chez les adultes et à 52.1 % chez les enfants. La proportion de consultations inadéquates à la MMG s'élève à 12.6 %.

Cette forte proportion de consultations inappropriées chez les enfants pourrait s'expliquer par une grande facilité à accéder sans filtrage aux urgences pédiatriques. La mise en place d'une IOA dans le parcours des enfants serait susceptible d'améliorer ce chiffre.

Par ailleurs, il paraît nécessaire d'informer la population sur le fonctionnement de la PDSA, la connaissance des structures d'effectif et l'importance de la régulation par le centre 15. Ces actions sont susceptibles d'avoir un impact positif sur l'adéquation des lieux de consultation des patients pendant les horaires de PDS.

## **MOTS CLÉS**

Maison médicale de garde

Permanence des soins ambulatoires

Urgences adultes

Urgences pédiatriques



---

## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

