



HAL
open science

Parcours de soin des patients en permanence des soins ambulatoires dans le département de l'Oise : évaluation de la consultation en maison médicale de garde et aux urgences dans le secteur de Beauvais

Antoine Cense

► To cite this version:

Antoine Cense. Parcours de soin des patients en permanence des soins ambulatoires dans le département de l'Oise : évaluation de la consultation en maison médicale de garde et aux urgences dans le secteur de Beauvais. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02052811

HAL Id: dumas-02052811

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02052811v1>

Submitted on 28 Feb 2019

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

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

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2018

N° 28

**PARCOURS DE SOIN DES PATIENTS EN PERMANENCE DES SOINS
AMBULATOIRES DANS LE DEPARTEMENT DE L'OISE : EVALUATION DE LA
CONSULTATION EN MAISON MEDICALE DE GARDE ET AUX URGENCES
DANS LE SECTEUR DE BEAUVAIS.**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

Médecine Générale

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 17 AVRIL 2018

PAR

Antoine CENSE

Président de Jury :

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Juges :

Monsieur le Professeur CHATELAIN Denis

Madame le Professeur ANDREJAK Claire

Madame le Docteur SZYMANSKI Catherine

Madame le Docteur BOUREL-PONCHEL Emilie

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Xavier LAMBERTYN

REMERCIEMENTS

A mon Président de Jury,

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Epidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique)

*Vous me faites honneur en présidant mon jury de thèse.
Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de ma reconnaissance et de mon éternel respect.*

A mes juges,

Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Anatomie et cytologie pathologique)

*Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de juger mon travail.
Soyez assuré de mon grand respect et de ma profonde gratitude.*

Madame le Professeur Claire ANDREJAK
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Pneumologie)

*Vous avez accepté avec intérêt et gentillesse de prendre part au jury de cette thèse.
Veuillez recevoir en retour mes sincères remerciements.*

Madame le Docteur Catherine SZYMANSKI

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

(Cardiologie)

Vous me faites l'honneur d'apporter votre regard critique sur ce travail.

Permettez-moi de vous exprimer ma gratitude.

Madame le Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Exploration fonctionnelle du système nerveux

Vous me faites honneur en jugeant ce travail.

Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon éternel respect.

A mon Directeur :

Monsieur le Docteur Xavier LAMBERTYN

Médecin Généraliste

Merci de votre aide et de vos précieux conseils afin de mener ce travail à bien.

En espérant que le travail effectué soit à la hauteur de vos attentes.

Je vous remercie infiniment.

A mes parents, merci pour votre soutien infaillible au fil de toutes ces années et pour votre patience. Ce fut long, j'aurai pris le temps, et malgré mes errances, vous ne m'avez jamais laissé tomber. Pour votre éducation et votre affection, merci d'avoir fait de moi ce que je suis.

A Martin, mon premier né, ses sourires et sa joie de vivre. Rien n'est désormais plus important que de faire de toi quelqu'un de bien.

A Anne-Flore. Merci pour ton aide, ton Amour et tout le reste, pour tout ce que tu m'apportes et ce qu'il reste à venir.

A ma sœur, mes neveux et leur père. Amandine, j'espère que tu es fière de ton petit frère et du chemin qu'il a parcouru.

A mon grand père que j'espère fier de moi.

A mes grands parents disparus, j'aurais aimé que vous soyez présents.

A ma famille, ceux présents et ceux qui auraient aimé venir.

A ma belle-famille pour votre aide et votre bienveillance.

Merci Philippe pour ton aide.

Au 22 rue Lavalard et au C.B.A., citer tout le monde prendrait trop de place, mais chacun de vous se reconnaîtra. Encore de chouettes soirées à venir, des amitiés à entretenir que la distance n'altérera pas. Merci à chacun d'entre vous pour votre amitié sincère et réciproque.

A mes compagnons de galère, Clément, Sylvain, Yann et le Dr N'guele

A mes chefs de service, ceux qui m'ont formé et aidé à devenir un meilleur médecin, un merci tout particulier à Laetitia pour ton aide de chaque instant et pour m'avoir accordé ta confiance.

A toutes les personnes qui m'ont apporté quelque chose durant mon internat, un merci spécial aux équipes médicales et paramédicales des urgences de Beauvais et du SAMU-60, pour tous ces moments passés et ceux à venir.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	12
1 Rappels historiques de la PDSA	12
2 Cadre juridique de la PDSA	13
3 Organisation de la PDSA dans le département de l’Oise	14
3.1 Caractéristiques démographiques.....	15
3.2 L’offre de soins	16
3.3 La MMG de Beauvais	16
MATERIEL ET METHODE	18
1 Choix de la méthode	18
2 Population étudiée :	18
3 Préparation des entretiens	18
4 Déroulement des entretiens	19
5 Retranscription des données	20
6 Analyse des entretiens :	20
RESULTATS	21
1 Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens.	21
2 Les motivations de consultation en PDSA	23
2.1 L’urgence ressentie	23
2.2 Nécessité d’une prise en charge lors de la PDSA	23
2.3 Difficulté à consulter leur médecin traitant hors des consultations programmées	
24	
3 Evaluation des connaissances concernant la MMG	25
3.1 Connaissance de la MMG	25
3.2 La méconnaissance de la MMG	26
4 Les raisons d’une consultation aux urgences plutôt qu’en MMG	28
4.1 Une relation de confiance, une consultation rassurante	28
4.2 Le plateau technique.....	29
4.3 Prise en charge des urgences vitales	29
4.4 Suivi par un spécialiste.....	30
4.5 Habitudes de consultation	30
5 Les raisons d’une consultation en MMG plutôt qu’aux urgences	30
5.1 Une réelle satisfaction globale	30
5.2 La consultation sur rendez vous	31
5.3 La rapidité de prise en charge et la ponctualité.....	31
5.4 La qualité de l’accueil	32
5.5 Les pathologies non urgentes	32
5.6 Soulager les urgences	33
6 Les points négatifs à consulter aux urgences.	34
6.1 L’attente	34

6.2	Les consultations expéditives.....	35
6.3	Le monde, l'environnement	36
6.4	Le coût pour la société	36
6.5	La priorisation par rapport aux urgences plus graves.....	37
6.6	Le sentiment de ne pas consulter au bon endroit	37
7	Les points négatifs du système de MMG.....	38
7.1	Les démarches de la prise de rendez-vous	38
7.2	La consultation payante.....	39
7.3	La fin des visites au domicile.....	39
7.4	L'absence de permanence nocturne	40
8	Les défauts du système en général	40
	DISCUSSION	41
1	Pourquoi ce sujet ?	41
2	Intérêts, limites et biais de l'étude	42
2.1	Le choix de la méthode qualitative	42
2.2	Biais et difficultés rencontrés	42
3	La consultation en PDSA, une nécessité pour les patients.....	44
4	Une méconnaissance globale du système de MMG	44
5	Les points négatifs de la MMG.	46
5.1	L'absence de consultations nocturnes	46
5.2	La fin des visites au domicile.....	47
5.3	Les démarches de la prise de rendez-vous	48
5.4	La consultation payante en MMG	49
6	Le rendez-vous contre l'attente.....	50
7	Suivi par un spécialiste	52
8	Education du patient.....	53
	CONCLUSION.....	55
	BIBLIOGRAPHIE	57
	ANNEXES.....	60
	RESUME.....	65
	ABSTRACT	66

INTRODUCTION

1 Rappels historiques de la PDSA

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) a toujours été un des enjeux majeurs de Santé. Elle a été définie par le sénateur C. Descours comme “une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient” (1).

Historiquement, la PDSA lors des week-ends était assurée quasiment exclusivement par les médecins généralistes. À n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, même en pleine campagne, on pouvait voir arriver chez soi un médecin généraliste assurant une consultation en cas de besoin.

L'article 77 du Code de Santé Publique (CSP) indique que : « il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».

Une diminution toujours plus importante de la démographie médicale associée à un accroissement de la population a rendu de plus en plus difficile cet exercice. Les grèves des médecins généralistes de 2001 ont permis l'impulsion nécessaire à la redéfinition de la PDSA. En effet, jusque-là, le Code de Déontologie Médicale (CDM) dans ses articles 47 et 77 indiquait comme un « devoir pour tout médecin de participer aux tours de garde, de jour comme de nuit ». Ce mouvement de grève prit fin début 2002 avec la suppression pure et simple des articles 47 et 77 du CDM et la promesse d'une nouvelle organisation de la PDSA.

C'est en 2003, via le rapport Descours (1), que la PDSA va être une première fois redéfinie, assouplissant fortement les contraintes des praticiens libéraux l'accomplissant, en y introduisant notamment le concept de volontariat. Année après année, les difficultés liées à la PDSA ne firent que s'accroître, le nombre de volontaires diminuant. À force de laisser le terrain de la PDSA aux urgences et au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), la médecine libérale se retrouve déchuée de son organisation.

C'est la loi « Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) » de 2009 et plus précisément le décret du 17 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins, qui refondent la PDSA avec pour objectif de « garantir l'accès de l'ensemble de la population à la permanence des soins en médecine générale, tout en maîtrisant son coût » (2).

Il apparaît important de souligner que, symboliquement, la loi HPST consacre le fait que la permanence des soins en établissement de santé figure en première place des 14 missions des établissements de santé. Cette PDSA y est définie comme une « mission de service public ».

Ce sont aux toutes jeunes Agences Régionales de Santé (ARS) nouvellement créées qu'incombe le pilotage du dispositif de la PDSA. Il appartient de plus aux ARS de définir les territoires de garde. Pour ce faire, « les principes d'organisation de la permanence des soins font l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins » (3). Cette organisation se fait de façon conjointe entre les médecins libéraux et les urgences.

La rémunération des praticiens participant à la PDSA s'en trouve aussi modifiée. Là où les médecins libéraux ne touchaient que la consultation majorée, ils bénéficient en plus d'une rémunération forfaitaire précisée dans ce cahier des charges, variable selon l'exercice de régulation, de visite au domicile ou de consultation en point fixe de garde.

C'est dans ce contexte de réorganisation de la PDSA que le principe des Maisons Médicales de Garde (MMG) se développe. Les MMG sont définies par la circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/011B n°2007-137 du 23 mars 2007 relative aux MMG et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire (4). Une MMG se définit comme « un lieu fixe déterminé, de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins (horaires de fermeture des médecins généralistes) et assurant une activité de consultation médicale non programmée » (4).

2 Cadre juridique de la PDSA

L'article R.6315-1 du CSP (5) définit la PDSA en précisant tout d'abord les horaires :

- de 20h à 8h en semaine
- de 8h à 8h les dimanches et jours fériés
- les samedis à partir de 12h jusque 8h le lendemain.

Ces horaires correspondent aux horaires de fermeture des cabinets de médecins généralistes et sont modulables selon le cahier des charges spécifique à chaque région.

Il incombe au directeur régional de l'ARS de définir les secteurs de garde en PDSA (3), en se basant sur les centres hospitaliers disponibles et la démographie médicale. La détermination du nombre et des limites des secteurs est définie par arrêté préfectoral après avis du CODAMUPS-TS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires).

En outre, l'article L. 6314-1 du CSP (5) fait obligation d'organiser une régulation pour l'accès au médecin de garde, sans toutefois aller jusqu'à imposer une unité des dispositifs. Ce qui autorise toujours une régulation téléphonique faite par les associations de permanence des soins de type SOS médecin. Les modalités de l'interconnexion sont définies par une convention conclue entre eux (6).

Les médecins participant à la PDSA doivent préalablement s'inscrire sur un tableau de garde, qui sera transmis au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM). C'est en principe au CDOM de le compléter tout en sollicitant l'avis de l'Union Régionale des Professionnels de Santé-Médecins (URPS) représentant les médecins, des représentants des médecins des centres de santé au niveau départemental et des associations de permanence des soins. Si sa tentative est infructueuse, le CDOM transmet un rapport à l'ARS, accompagné de la liste des médecins susceptibles d'assurer la PDSA avec leurs coordonnées. L'ARS transmet alors au préfet de département afin que celui-ci procède, le cas échéant aux réquisitions nécessaires. Le préfet de département *in fine*, conserve seul, la possibilité d'apprécier l'opportunité de réquisitionner.

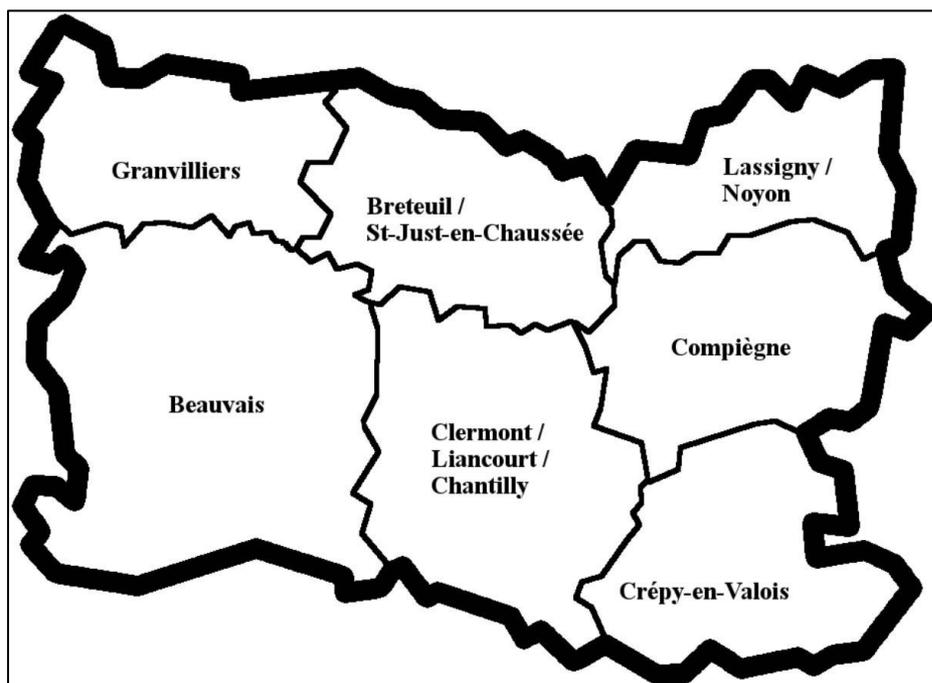
3 Organisation de la PDSA dans le département de l'Oise

Concernant l'Oise, l'ancienne ARS de Picardie a initialement opté pour la création de MMG afin de remplir cette mission.

La première MMG à voir le jour dans l'Oise est celle de Compiègne en janvier 2010. La MMG de Beauvais suivra quelques années plus tard en juin 2013.

Avant la réforme de la PDSA, l'Oise comptait en tout 32 secteurs de garde, entraînant de ce fait 32 médecins généralistes de garde 7 jours de la semaine. Ce nombre de secteurs a pu être réduit à 7 avec l'ouverture des diverses MMG (Figure 1).

Figure 1 : Carte des secteurs de PDSA dans l'Oise



Le cahier des charges régional de l'ARS Haut de France définit les secteurs de PDSA avec pour but que « tout patient soit à moins de 30 kilomètres ou 40 minutes d'un lieu de consultation » (7).

Le budget alloué à la PDSA en 2017 par la région Hauts de France s'élève à 14 430 096€ dont 1 517 996€ dévolu aux MMG et 1 471 380€ à l'organisation de la régulation libérale, le reste du budget permettant de payer les astreintes des médecins (7).

3.1 Caractéristiques démographiques

D'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la population de l'Oise au 31 décembre 2016 est de 838 646 habitants répartis sur une superficie de 5 860 km² soit une densité de population de 143,1 hab./km², répartis sur 204 communes.

Selon l'Atlas 2017 de la démographie médicale publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (8), l'Oise se trouve dans la situation critique où, depuis 2007, le nombre de médecins dans le département diminue et où la population continue à augmenter, entraînant une grande disparité et des difficultés à l'accès aux soins de premier recours.

3.2 L'offre de soins

Le nombre de médecins dans l'Oise recensé en 2017 est de 2273 praticiens inscrits à l'ordre au 1^{er} janvier 2017 (8) dont 549 médecins généralistes actifs (321 ont plus de 55 ans).

Les Centres Hospitaliers (CH) ouverts pendant la PDSA sont au nombre de 6 : CH de Beauvais, CH de Creil, CH général de Senlis, CH de Clermont, CH de Compiègne et CH de la Haute Vallée de l'Oise (Noyon). A cela s'ajoute la Polyclinique Saint-Côme de Compiègne.

Les MMG actuellement existantes sont situées à Beauvais, Compiègne, Crépy-en-Valois, Grandvilliers, Noyon. Concernant le secteur de Creil, la PDSA est assurée par l'URMO (URgences Médecins Oise).

Ces MMG sont ouvertes de 12h à 20h les samedis et de 8h à 20h les dimanches et jours fériés. Elles n'assurent en revanche pas la PDSA en semaine ni passés ces horaires les week-ends, cette dernière étant dévolue aux urgences ou vers l'URMO Creil dans le secteur de Creil (l'URMO est ouverte 24h sur 24h mais n'effectue pas de déplacement au domicile).

175 praticiens libéraux participent à la PDSA en MMG dans l'Oise, soit 32% des médecins actifs dont 45% ont plus de 55 ans. La permanence en MMG est par ailleurs ouverte aux internes de Médecine générale ayant obtenu leur licence de remplacement.

Concernant la régulation médicale, elle est assurée par le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA-C15) situé dans les locaux du SAMU-60 de l'hôpital de Beauvais.

Cette régulation libérale est ouverte de 20h à 2h en semaine et de 8h à 8h les week-ends et jours fériés. Pour l'année 2017, la régulation de médecine générale représente un volume total de 30 452 appels (semaine et week-end) dont 7483 ont été redirigés vers une consultation en MMG.

3.3 La MMG de Beauvais

En 2015, le secteur de garde de Beauvais représentait 126 206 habitants. En 2016, 58 médecins libéraux participaient aux gardes de cette MMG.

La MMG se trouve à l'entrée des urgences, dans un local loué à l'hôpital, possédant une salle d'attente et un secrétariat indépendant des urgences, ainsi qu'une salle de consultation équipée.

L'accueil se fait par un étudiant infirmier à qui sont confiées plusieurs missions dont l'ouverture et la mise en place de la MMG, la prise des rendez-vous, l'accueil physique des patients, le remplissage du dossier administratif, la photocopie des ordonnances, le règlement de la consultation, l'inventaire du matériel en fin de garde, la clôture administrative et enfin la fermeture de la MMG.

Bien que le matériel médical nécessaire à une consultation soit fourni, le médecin de garde doit posséder sa Carte de Professionnel de Santé, ses ordonnances ainsi que ses propres formulaires d'arrêt maladie ou d'accident de travail.

Les motifs de consultation y sont variés, les pathologies saisonnières, infectieuses et aiguës étant les plus fréquentes.

Les consultations sont de 51,50 € pour les adultes et 56,50 € pour la pédiatrie (enfant de moins de 6 ans), réglables en chèque ou en espèces, le tiers payant est réalisé selon le libre choix des médecins.

Le nombre de consultations à la MMG de Beauvais en 2016 était de 2705, avec une moyenne de 23,52 consultations par jour. Sur l'ensemble de l'année, 2,66% des patients consultant en MMG ont nécessité une réorientation vers les urgences en vue d'une hospitalisation.

MATERIEL ET METHODE

1 Choix de la méthode

Dans le but de répondre à la question, nous avons réalisé une étude qualitative avec réalisation d'entretiens téléphoniques. Les entretiens téléphoniques semblaient être la manière la plus pertinente de recueillir les données, plutôt que les entretiens en vis-à-vis, plus contraignants et moins facilement acceptés par les patients après l'attente puis leur consultation.

2 Population étudiée :

La population étudiée était les patients de plus de 18 ans, venant par leurs propres moyens et consultant soit en MMG de Beauvais, soit aux urgences du CH de Beauvais lors des heures d'ouverture de la MMG et classés CCMU I (Classification Clinique des Malades des Urgences) (annexe 1) par l'urgentiste ou l'interne de garde ayant examiné le patient, c'est-à-dire ayant un état lésionnel et/ou un pronostic fonctionnel jugés stables et une abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

Les patients adressés par leur médecin traitant ou tout autre spécialiste de ville étaient d'emblée exclus, de même que les patients consultant pour un traumatisme avec recours nécessaire (et évident d'emblée) à l'imagerie et/ou à la suture et/ou à un avis chirurgical.

3 Préparation des entretiens

Afin de recruter les patients, des formulaires de demande de contact (annexe 2) leur étaient donnés au moment de la sortie, soit par la secrétaire de la MMG, soit par le médecin urgentiste ou l'interne de garde en fin de consultation. Ces demandes, en cas de réponse positive, étaient ensuite déposées auprès des agents d'accueil des urgences.

Deux guides d'entretiens semi structurés ont été initialement établis, un pour les patients consultant en MMG (annexe 3) et l'autre pour les patients consultant aux urgences (annexe 4). Les deux guides débutaient par une présentation rapide du patient (ville, âge, profession)

ainsi qu'une exposition rapide du problème de santé ayant motivé la consultation, le but étant de leur faire préciser le temps, la gravité estimée, l'évolution, les éventuelles consultations préalables et les thérapeutiques déjà prescrites.

La partie suivante différait entre les 2 groupes :

- pour les patients consultant en MMG, il leur était demandé principalement comment ils avaient connu le système de MMG, puis ce qui, à l'avenir, les ferait consulter préférentiellement aux urgences ou à la MMG, en précisant selon eux les avantages et les inconvénients des deux systèmes.
- pour les patients consultant aux urgences, il leur était tout d'abord demandé s'ils connaissaient le système de MMG. Pour ceux ne le connaissant pas, une explication succincte leur était donnée en cours d'entretien, puis il leur était demandé, comme pour le premier groupe, ce qui à l'avenir, les ferait consulter préférentiellement aux urgences ou à la MMG, en précisant selon eux les avantages et les inconvénients des deux systèmes.

4 Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 25/11/2017 au 21/01/2018. Les feuilles de demande de contact étaient récupérées auprès de l'accueil des urgences, les patients ont été rappelés dans un délai de 2 à 10 jours après la consultation, le soir de préférence de 18h à 21h.

Les patients ne répondant pas à 2 appels à 1h d'intervalle et ce 2 jours de suite ont été automatiquement exclus.

Les entretiens étaient enregistrés via l'application Call Recorder – ACR® pour Android® dans leur intégralité.

Ces entretiens ont été poursuivis jusqu'à atteindre saturation des données, c'est-à-dire que les entretiens menés n'apportaient rien de significatif par rapport à ce qui était déjà su du fait des précédentes analyses et que la compréhension du sujet semblait complète. Ce principe nécessite une analyse évolutive et continue débutant dès les premiers entretiens.

5 Retranscription des données

Les entretiens étaient lus via le logiciel VLC® puis retranscrits mot à mot au moyen du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. Les patients ayant consulté en MMG étaient nommés par les lettres MMG suivies d'un numéro suivant l'ordre de réalisation des entretiens, de même que les patients ayant consulté aux urgences qui eux étaient nommés par les lettres SAU. Les noms propres ainsi que les adresses complètes, s'ils étaient donnés, étaient remplacés par une suite d'astérisques, de même que les termes injurieux.

6 Analyse des entretiens :

Le codage des données a été facilité par l'utilisation du logiciel N'Vivo 11® pour Windows®. Ce logiciel ne permet à aucun moment d'interpréter ces données. Il sert au regroupement d'idées dans des « nœuds ». Ces « nœuds » sont alors composés de phrases complètes ou non dont la même idée peut être retirée. Une phrase dont il ressort plusieurs idées peut de ce fait être encodée dans plusieurs « nœuds ».

RESULTATS

1 Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens.

Au total 74 patients ont rendu la demande de contact. Sur ces 74 patients :

- 5 ont rendu une demande incomplète ou erronée
- 3 ont été exclus car ils étaient mineurs.
- 29 ont répondu aux appels et participés aux entretiens, 16 dans le groupe SAU et 13 dans le groupe MMG
- 2 patients ont été exclus *a posteriori* devant les entretiens difficilement réalisables car ils parlaient un français trop approximatif.
- 18 n'ont pas répondu aux appels à au moins 2 reprises à 2 jours d'écart.

La saturation des données a été atteinte au 10^{ème} entretien pour le groupe MMG et au 12^{ème} entretien pour le groupe SAU. Les entretiens suivants ont confirmé cette saturation. 17 patients n'ont pas été rappelés de ce fait.

Les entretiens ont duré entre 4 et 13 minutes, un entretien moyen durait 7 minutes. L'âge moyen des patients interrogés était de 43 ans pour la MMG et 38 ans pour le SAU.

Les patients ayant consulté en MMG faisaient tous partie du secteur de la MMG de Beauvais à part 1 venant du département du Nord.

Les patients ayant consulté aux urgences et n'étant pas du secteur de la MMG de Beauvais étaient au nombre de 6, dont 2 n'habitant pas la région.

De ce fait, concernant les patients ayant consulté aux urgences, un tiers aurait pu être orienté vers une MMG de secteur plus proche que celle de Beauvais.

Le tableau 1 détaille les caractéristiques sociodémographiques de la population ainsi que les caractéristiques des entretiens réalisés.

Tableau 1 : Caractéristiques des sujets et des entretiens

NOM	Sexe	Lieu de résidence	Age	Profession	Date de l'entretien	Durée
MMG-001	F	Beauvais	60	Retraitée	29/11/2017	04:00
MMG-002	F	Noailles	49	Demandeur d'emploi	01/12/2017	04:26
MMG-003	H	Noirémont	69	Retraité	01/12/2017	07:13
MMG-004	F	Beaumont les Nonains	27	Analyste Financier	06/12/2017	05:11
MMG-005	F	Beauvais	29	Agent d'escale	06/12/2017	04:16
MMG-006	H	Beauvais	29	Marketing	08/12/2017	05:01
MMG-007	H	Beauvais	28	Demandeur d'emploi	30/12/2017	04:23
MMG-008	F	Rainvillers	60	Mère au foyer	03/01/2018	09:36
MMG-009	F	Abbecourt	63	Retraitée	03/01/2018	06:37
MMG-010	F	Perrenchie (59)	25	Aide magasinier	17/01/2018	04:23
MMG-011	F	Beauvais	18	Etudiante	17/01/2018	04:30
MMG-012	M	Warluis	59	Agriculteur	23/01/2018	05:22
MMG-013	F	Beauvais	46	Hôtesse de caisse	23/01/2018	04:51
SAU-001	H	Beauvais	32	Demandeur d'emploi	29/11/2017	05:31
SAU-002	H	Beauvais	19	Demandeur d'emploi	29/11/2017	06:24
SAU-003	F	Anserville	49	Agent commercial SNCF	01/12/2017	08:09
SAU-004	F	Le Fay-Saint-Quentin	36	Professeur des écoles	06/12/2017	05:14
SAU-005	H	Marseille en Beauvaisis	52	Agent cynophile	06/12/2017	06:10
SAU-006	H	Catillon Fumechon	38	Educateur spécialisé	08/12/2017	06:15
SAU-007	F	Marseille en Beauvaisis	68	Retraitée	08/12/2017	12:27
SAU-008	H	Beauvais	22	Cuisinier	30/12/2017	04:28
SAU-009	F	Vitry-sur-Seine (94)	21	Etudiante	30/12/2017	04:20
SAU-010	H	La Neuville au Mont	67	Retraité	03/01/2018	13:17
SAU-011	F	Auneuil	30	Mère au foyer	03/01/2018	06:30
SAU-012	F	Beauvais	26	Demandeur d'emploi	17/01/2018	07:07
SAU-013	F	Nice (06)	65	Assistante de direction	17/01/2018	06:43
SAU-014	H	Auchy-la-Montagne	27	Employé de pompes funèbres	17/01/2018	05:12
SAU-015	F	Francastel	22	Apprentie	23/01/2018	07:27
SAU-016	F	Beauvais	29	Institutrice	23/01/2018	08:28

2 Les motivations de consultation en PDSA

2.1 L'urgence ressentie

Une des raisons principales de la consultation lors de la PDSA, que ce soit en MMG ou aux urgences, est une demande de soins ressentie comme urgente. Cette notion semble plus marquée chez les patients consultant aux urgences que chez les patients consultant en MMG. Ils déclaraient :

MMG-006 : « ...c'était pour une urgence ! ».

SAU-003 : « *Quand je vais aux urgences c'est que je peux absolument plus. Voila, pour vous donner un ordre d'idée, moi qui ai eu 3 enfants c'est quand même des douleurs de l'accouchement hein* ».

SAU-004 : « *... les yeux c'est fragile, y'avait urgence, j'ai préféré consulter plutôt que de laisser trainer* ».

SAU-014 : « *C'est ma copine qui m'a plus dit "bah va à l'hôpital voir c'que t'as surtout, c'est peut être grave faut aller aux urgences !"* ».

2.2 Nécessité d'une prise en charge lors de la PDSA

Les interrogés parlaient de la nécessité d'une prise en charge lors du temps de PDSA. La consultation ne pouvait, selon eux, pas attendre la reprise d'activité habituelle de leur médecin traitant :

MMG-005 : « *j'ai pas pu attendre jusqu'à l'arrivée de mon médecin traitant* ».

MMG-006 : « *je pensais que ça allait se régler dans les euh, le lendemain, mais comme ça se réglait pas j'ai appelé le dimanche (...) je voulais juste voir quelqu'un, avoir un diagnostic quoi, il me fallait un médecin, urgentiste ou pas, quelqu'un sur le wee-kend.*».

Cette notion est à différencier de l'urgence ressentie par les patients. Une partie des patients déclarait n'avoir aucune nécessité à être prise en charge en urgence mais ils avaient besoin de voir un médecin lors de la PDSA :

MMG-011 : *« quand c'est pas vraiment une urgence au point d'aller aux urgences, mais que c'est nécessaire de voir un médecin et que bah un médecin ne consulte pas, c'est pratique d'avoir une autre option que l'hôpital, d'aller aux urgences. ».*

MMG-003 : *« Bah y'avait pas d'urgence on était pas plus inquiet. Disons que ce qui m'inquiétait c'était quand même bah ça faisait mal ».*

SAU-016 : *« Bah on était samedi, j'avais mal à ne oreille, je pensais que c'était une otite. Du coup j'ai été aux urgences pour avoir un traitement ».*

2.3 Difficulté à consulter leur médecin traitant hors des consultations programmées

Une idée intéressante et reflet direct de la démographie médicale de la région ressortait des entretiens réalisés : certains patients déclaraient consulter le week-end par impossibilité de voir leur médecin en semaine.

MMG-001 : *« Je me suis dis de toute façon même en attendant lundi, que mon médecin n'aurait pas de place non plus donc voilà j'ai craquée ».*

MMG-002 : *« j'ai téléphoné à mon médecin traitant mais le problème de mon médecin traitant c'est qu'il prend des rendez-vous sur 15 jours donc il fallait que je patiente 15 jours... C'est très compliqué d'avoir un rendez-vous avec lui, il faut prévoir 15 jours à l'avance d'être malade ».*

MMG-003 : *« Il prend que sur rendez-vous et c'est toujours plein (...) j'avais pas vraiment le choix du coup ».*

SAU-016 : *« Il (ndlr : le médecin traitant) prend que sur rendez-vous et c'est toujours plein ».*

En effet, un certain nombre de patients déclarait être conscient du caractère non urgent de leur pathologie mais que la consultation, notamment en MMG, était une solution plus facile que de voir leur médecin traitant en cours de semaine.

MMG-008 : *« c'est quand même malheureux d'être obligé d'aller aux urgences pour des trucs qui pourraient être soignés (...) le problème c'est qu'on n'arrive plus à avoir un généraliste et ça c'est c'est c'est c'est le but lamentable de l'affaire mais bon »*
« Ou alors sinon je vais encore attendre jusqu'au week-end et je repasserai par la maison médicale ».

MMG-012 : *« c'est vrai que quand on est malade avec ma femme, bah on attend 2 ou 3 jours pour aller à la maison médicale parce que bon, notre médecin bah c'est dur d'avoir un rendez-vous rapidement quoi ».*

3 Evaluation des connaissances concernant la MMG

3.1 Connaissance de la MMG

De nombreuses sources d'information concernant l'existence de la MMG ont été relevées. Certains avaient reçu l'information via leur médecin traitant :

MMG-008 : *« oui je sais plus exactement, ou c'est peut-être par mon médecin généraliste à l'époque ».*

MMG-001 : *« ... en cabinet médical sur un affichage ».*

MMG-009 : *« c'était notre médecin à l'époque, notre médecin qui maintenant est en retraite qui nous en avait parlé ».*

D'autres encore, les plus jeunes, ont fait des recherches sur internet.

MMG-011 : *« ...par internet au départ mais j'y suis déjà allée il y a un an (...) c'était des articles, je crois, par les liens dans le courrier Picard ».*

MMG-013 : *« j'avais vu ça sur Facebook® ou un truc dans l'genre, ou sur internet (...) y'en avait une, elle lui disait que bah la maison médicale c'était plus rapide ».*

Le bouche à oreille est aussi une des sources d'information retrouvée lors des entretiens.

MMG-005 : *« c'était une dame qui était assise à côté de moi, (...) elle m'a dit alors bah voilà pourquoi vous n'allez pas prendre rendez-vous directement avec le médecin ».*

MMG-007 : *« c'est une amie qui nous a dit, appelle justement le, le système de garde, euh, de l'hôpital (...) c'est elle qui nous a expliqué car elle y a déjà été, en fait tout simplement ».*

3.2 La méconnaissance de la MMG

Concernant les patients ayant consulté aux urgences, lorsqu'il leur était demandé pour quelle raison ils avaient consulté aux urgences, la grande majorité des patients déclarait ne pas connaître du tout le système des MMG.

SAU-014 : *« Alors euh, avant toute chose, c'est que la maison médicale c'est quoi ? ».*

SAU-001 : *« Ah non non non je suis allé directement au, à l'hôpital (...) je connais pas la maison médicale de garde ».*

SAU-008 : *« bah non je savais pas. Je savais pas du tout ça ».*

SAU-010 : *« il faudra expliquer la différence à la population entre les urgences et la maison médicale pour laquelle j'ignorais personnellement l'existence ».*

Certains déclaraient avoir parfois mené des recherches infructueuses :

SAU-009 : *« On a cherché sur internet et tout mais on a pas trouvé le médecin de garde donc du coup on a dû aller aux urgences ».*

Fait notable, cette méconnaissance du système se retrouve aussi chez les patients consultant en MMG. En effet certains déclaraient avoir connu la MMG le jour de leur consultation, soit en faisant le 15, soit directement via l'accueil des urgences.

MMG-006 : *« j'ai cherché un médecin de garde, du coup j'ai appelé le 15 et qui donc m'a retransféré dessus ».*

MMG-010 : *« j'ai composé le 15 directement pour leur demander si ils avaient pas un contact ».*

SAU-011 : *« c'est quand ma fille est tombé malade et comme c'est mon premier enfant je savais pas trop du coup j'ai appelé l'hôpital de Beauvais et c'est là qu'ils m'avaient parlé de la maison médicale voilà tout simplement ».*

MMG-002 : *« j'ai expliqué mon cas et la secrétaire m'a dit "mais vous savez qu'il y a une maison médicale?" ».*

MMG-003 : *« y'avait une infirmière ou un autre dame d'accueil et puis euh on nous a conseillé de voir avec le 15 ».*

Il est à noter que, normalement, cette réorientation par l'accueil n'est pas sensée se faire. Certains patients rapportent d'ailleurs le caractère parfois ridicule de la situation engendrée.

SAU-010 : *« Bah c'est vraiment choquant, c'est vraiment choquant (...) on est pas sensé savoir que ça existe et on arrive aux urgences et on a deux ou 3 personnes charmantes au demeurant qui vous disent quand vous arrivez aux urgences, (...) « bah faites le 15 monsieur, faites le 15 ». On est aux urgences devant l'accueil des urgences et vous dit « faites le 15 » et ça ça ça je trouve vraiment ça étonnant quoi ».*

SAU-10 : *« on me donne un rendez-vous et puis 16h15, bah quand on fait 25km, moi j'habite assez loin de Beauvais bah évidemment ça fait drôle d'être envoyé chez soi qu'on nous dise bah faut revenir dans l'après-midi ».*

4 Les raisons d'une consultation aux urgences plutôt qu'en MMG.

4.1 Une relation de confiance, une consultation rassurante

Le caractère rassurant d'une prise en charge hospitalière ainsi que le relationnel avec le médecin étaient pour certains patients les raisons principales de leur consultation aux urgences :

SAU-012 : *« Des fois ça m'arrive d'aller aux urgences mieux que consulter mon médecin généraliste (...) ils donnent plus d'explications, ils sont plus attentionnés par rapport, par rapport aux médecins généralistes (...) Je trouve moi la base urgence j'ai plus confiance que d'aller chez mon médecin ».*

SAU-003 : *« les médecins ils sont sympas, ils discutent avec nous, dès qu'on leur parle ils répondent à nos attentes (...) ils ont assez souvent le sourire ce qui peut être une bonne chose. C'est plus le relationnel qui est bien aux urgences ».*

SAU-013 : *« quand vous êtes vraiment mal vous êtes bien content d'avoir un médecin ».*

SAU-016 : *« après si c'est un truc, parfois on sait pas, ça peut être grave, alors faut aller aux urgences quand on sait pas ».*

De plus, en cas de problème de santé plus grave que prévu, le fait d'être déjà sur place en cas d'hospitalisation semblait être quelque chose de rassurant et d'important.

SAU-006 : *« je continue d'avoir confiance et je suis sécurisé dans un hôpital surtout en cas de gros pépin et les équipes sont disponibles surtout si vraiment ça déborde et que les complications commencent, y'a de quoi dormir à l'hôpital et être suivi par une équipe médicale h24 quoi ».*

4.2 Le plateau technique

La facilité d'obtention des examens paracliniques était de même un caractère rassurant pour certains patients.

SAU-001 : « *je préfère les urgences parce que pour faire des analyses ou des radiologies et des examens supplémentaires et pis tout est sur place* ».

SAU-003 : « *il me fallait une réponse avec des gros moyens* ».

SAU-008 : « *Quand on a mal, on fait des radios et c'est bon* ».

SAU-014 : « *Après je sais bien qu'on est plus rassuré avec une prise de sang* ».

MMG-012 : « *on vient (Ndlr : à la MMG) pour un truc pas urgent qui a... comment dire... ou y'a pas besoin de faire un examen en plus ou d'être à l'hôpital* ».

4.3 Prise en charge des urgences vitales

Un certain nombre de patients déclarait que la supériorité des urgences par rapport à la MMG était la prise en charge de pathologie lourde. Cette idée est en quelque sorte à corréliser au sentiment d'urgence ressentie par le patient.

SAU-014 : « *les urgences c'est plus pour tout ce qui est vital* ».

En effet, certains estimaient relever d'une pathologie « lourde » dont la prise en charge devait être nécessairement aux urgences.

SAU-003 : « *Je suis quand même une patiente euh patiente c'est le cas de le dire, qui va chez son médecin traitant mais dans ce cas-là c'était pas possible* ».

4.4 Suivi par un spécialiste

La possibilité d'un recours plus facile à un spécialiste semblait être un motif de consultation aux urgences, le tout étant bien entendu à relier à l'inquiétude amenant à la consultation.

SAU-003 : *« parce que je suis quand même traité par le centre de la douleur à Beauvais, j'ai jugé plus utile d'aller à Beauvais au cas où y'aurait besoin d'avoir les renseignements sur mon dossier quoi ».*

4.5 Habitudes de consultation

Certains patients déclaraient venir aux urgences par habitude de consultation, que ce soit lors de la PDSA ou non. La perte de confiance dans l'expertise du médecin généraliste était alors une des motivations à cette habitude :

SAU-013 : *« Moi dès, à la base j'ai l'habitude d'aller aux urgences direct, du coup je vois un médecin qui nous examine et après voilà (...) Une habitude, voilà euh, bah j'ai mal, aux urgences direct soit moi, soit mes enfants ».*

SAU-013 : *« des fois je tombe sur des médecins urgentistes qui sont plus efficaces que mon médecin généraliste ».*

5 Les raisons d'une consultation en MMG plutôt qu'aux urgences

5.1 Une réelle satisfaction globale

Chez les patients consultant en MMG ou ayant déjà une expérience de la MMG, la satisfaction globale du système semblait prédominer, un certain nombre ne trouvant pas de points négatifs à évoquer sur le système de MMG :

MMG-001 : *« oh oui c'est beaucoup mieux, c'est très bien organisé quoi ».*

MMG-003 : *« on n'a pas été déçu au contraire ».*

MMG-004 : « *Je trouve pas vraiment d'inconvénient à la maison médicale de garde, c'était la première fois et non, non non, nickel, ça c'est très bien passé... A l'avenir, j'irai plutôt en maison médicale de garde* ».

MMG-005 : « *Du tout, le système est bien comme il est* ».

MMG-009 : « *c'était super bien enfin moi je sais que j'ai que des compliments à faire (...) pour moi faut continuer ce système de cabinet médical, c'est super bien* ».

5.2 La consultation sur rendez-vous

L'un des principaux avantages de la MMG par rapport aux urgences était la consultation à heure fixe et la ponctualité des rendez-vous.

MMG-001 : « *et puis cette histoire de rendez-vous on y va pour telle heure et puis voilà* ».

MMG-006 : « *Je m'attendais pas à avoir un rendez-vous mais à la rigueur c'est bien parce que comme ça on sait à quoi s'en tenir quoi (...) J'ai réussi à avoir un rendez-vous dans la journée ça c'est plutôt bien* ».

MMG-009 : « *ils m'ont donné un rendez-vous euh l'horaire était respecté enfin c'est vraiment, c'était super bien* ».

MMG-013 : « *On appelle et on a un rendez-vous donc en plus ils sont à l'heure quoi* ».

SAU-013 : « *ça vous permet d'avoir un rendez-vous et d'y aller c'est beaucoup plus simple* ».

5.3 La rapidité de prise en charge et la ponctualité

Un certain nombre de patients estimait que la rapidité de prise en charge était un des facteurs qui les ferait préférentiellement consulter à la MMG, cette impression étant à corrélérer au rendez-vous à heure fixe permettant un temps de passage diminué en salle d'attente.

MMG-003 : « on a eu un rendez-vous et on n'a pas attendu j'ai vu le médecin ».

MMG-005 : « c'est plus rapide quoi (...) on passe moins de temps là ».

MMG-007 : « si il y a une petite attente ça va être entre 5 et un quart d'heure et non pendant des heures (...) On est arrivé, on a attendu même pas 5 minutes ».

MMG-013 : « On appelle et on a un rendez-vous donc en plus ils sont à l'heure quoi ».

SAU-011 : « J'ai passé 5 heures aux urgences (...) alors qu'en maison médicale en 5 minutes ç'aurait été fait ».

5.4 La qualité de l'accueil

Certains patients évoquaient l'accueil et la qualité du service comme un des points forts de la consultation en MMG :

MMG-005 : « on est mieux accueilli par un médecin (...) ils prennent plus le temps de diagnostiquer de... voilà, j'ai un peu plus confiance ».

MMG-007 : « médecin très gentille euh très accueillante euh, secrétaire pareil donc non il y a vraiment, il y a aucun souci ».

MMG-012 : « Et pis la secrétaire c'est des p'tites jeunes, c'est bien, ça leur donne un travail, elles font ça en plus les week-ends, bah j'trouve ça bien (...) le personnel ils sont toujours gentils et souriants, c'est plus sympa hein ».

5.5 Les pathologies non urgentes

La prise en charge des pathologies de médecine générale était naturellement un des facteurs avancé pour une consultation ultérieure en MMG lors de la PDSA :

MMG-002 : « *j'aurai été directement à la maison médicale parce que enfin moi pour moi urgence c'est urgence* ».

MMG-008 : « *Bah parce que j'ai estimé que c'était pas un cas à aller aux urgences en fait* ».

MMG-009 : « *je pense plutôt que les urgences ils ont autre chose à faire rien faire pour moi c'était pas c'était pas un truc grave* ».

MMG-011 : « *quand c'est pas vraiment une urgence au point d'aller aux urgences, mais que c'est nécessaire de voir un médecin* ».

MMG-012 : « *Bah les urgences si c'est pas grave ça sert à rien d'y aller quoi* ».

SAU-007 : « *Bah je vois pas l'intérêt qu'il a eu de rester aux urgences pendant 7h pour une crève quoi* ».

SAU-010 : « *c'est pas pour les cas gravissimes (...) si on a un rhume ça me paraît tout à fait normal d'aller à la maison médicale* ».

La prise en charge des pathologies aiguës pédiatriques était de même un des facteurs positifs pour une consultation future :

SAU-004 : « *avec un enfant c'est un peu plus, c'est un peu plus délicat. Sachant qu'il y a ça pour mes enfant bah j'irai peut être plus vers la maison médicale, voilà* ».

SAU-013 : « *vous avez un enfant qui a, je sais pas une rhino enfin je dis n'importe quoi le fait de passer par la maison de garde* ».

5.6 Soulager les urgences

Enfin, certains patients estimaient que consulter en MMG permettrait de soulager les urgences.

MMG-001 : « *Je ne voulais pas encombrer les urgences, pour si peu* ».

MMG-008 : « *C'est dommage d'aller encombrer les urgences, je sais qu'il y a pas mal de gens qui y vont qui n'ont rien à y faire mais bon, c'est dommage d'engorger ça pour rien quoi* ».

MMG-009 : « *si les gens savaient (...) ça permettrait de sûrement désengorger les urgences. Y'a plein de choses qui sont pas des urgences pour moi quoi* ».

SAU-013 : « *ça désengorgeait les urgences (...) c'est sûr que je pense que ça peut quand même aider à ce qu'il y ait moins de monde aux urgences* ».

6 Les points négatifs à consulter aux urgences.

6.1 L'attente

La majorité des patients, consultant aux urgences ou ayant déjà consulté aux urgences, déclarait que l'attente était le principal point négatif à venir consulter aux urgences.

MMG-005 : « *Alors une fois j'étais parti aux urgences et j'avais attendu beaucoup beaucoup de temps* ».

MMG-006 : « *on sait qu'on va avoir à telle heure on va passer tandis qu'aux urgences bah c'est un peu au petit bonheur la chance quoi. C'est en, fonction de l'attente quoi(...) aux urgences normalement on est traité dans la journée mais après on sait pas quand se finit la journée quoi* ».

SAU-001 : « *donc c'est l'attente, c'est l'attente ouais euh c'est euh les urgences euh des fois je passerai 4h 6h voire plus hein* ».

SAU-003 : « *moi perso j'ai attendu 3h pour une douleur comme ça c'est infernal d'attendre* ».

SAU-005 : « *il y a beaucoup plus d'attente quoi* ».

SAU-011 : « *J'ai passé 5 heures aux urgences de Beauvais pour qu'on me renvoie chez moi* ».

SAU-013 : « *je vous dis car j'ai passé 9h aux urgences* ».

Bien que l'attente ne soit pas pour tout le monde un facteur gênant :

SAU-007 : « *après nous on est retraits hein, Mr ***** il passe 7h aux urgences c'est pas grave hein* ».

6.2 Les consultations expéditives

Un des points négatifs souvent souligné était le fait que les médecins aux urgences ne prennent pas toujours le temps de faire le tour du problème et que les consultations sont parfois faites de manière trop rapide.

MMG-013 : « *Et pis bah aux urgences ils vont vite mais parce qu'y a trop de monde. Du coup on est un peu expédié quand même (...) on sent qu'il faut que ça aille vite, j'ai l'impression que maintenant ils prennent beaucoup à la chaîne, c'est très rapide quoi et ils expliquent pas grand-chose.*».

MMG-005 : « *c'est peut-être pas de leur faute mais ils sont euh, j'ai l'impression que maintenant ils prennent beaucoup à la chaîne quoi, c'est très rapide quoi* ».

Le patient ne se sentant pas toujours écouté jusqu'au bout et ne se sentant pas pris en charge dans sa globalité :

SAU-003 : « *Bien que j'ai rien eu pour soigner la douleur mais on espère toujours une solution* ».

6.3 Le monde, l'environnement

Certains patients, principalement ceux consultant en MMG, estimaient qu'il y avait trop de monde dans la salle d'attente des urgences, augmentant de ce fait le temps d'attente :

MMG-003 : « *Mais quand y a beaucoup de monde on attend...* ».

De plus, l'endroit ne leur semblait pas adapté pour quelqu'un de malade :

MMG-004 : « *je me voyais mal avec le bruit et tout aux urgences (...) si on tombait sur un enfant ou voilà quoi qui pleurait et tout je sais que j'aurais pas été bien donc euh l'endroit n'est pas adapté* ».

MMG-009 : « *Sachant qu'on n'est pas seul à un hôpital, qu'elle était pas bien, il y a le silence, le respect et y'a des enfants, on peut pas les empêcher de jouer, crier, pleurer* »

SAU-011 : « *c'est le manque de place (...) alors ça je crois que ça m'a rendu dingue alors euh je supporte pas non* ».

SAU-016 : « *y'a du bruit et des gens qui râlent, qui sont impatientes... Je trouve ça met une tension quand même* ».

6.4 Le coût pour la société

Certains patients évoquaient qu'un des points négatifs à consulter aux urgences était un coût de consultation plus élevé pour la société par rapport à la MMG.

SAU-007 : « *les budgets sont tirés et que si on peut gagner, si on peut faire gagner un peu d'argent de côté comme ça pour soigner les gens c'est pas plus mal* ».

SAU-016 : « *ça coûte plus cher ça mobilise des moyens plus gros de venir aux urgences* ».

6.5 La priorisation par rapport aux urgences plus graves

Bien qu'étant à la base de toute prise en charge aux urgences, certains patients ressentiaient la priorisation comme quelque chose de frustrant lors de leur consultation. En effet, certains déclaraient cette priorisation comme un point négatif important à relever au même titre que l'attente :

SAU-002 : *« quand on vous dit qu'il y a 1 personne avant vous et qu'il y a 3 ou 4 personnes qui passent avant vous c'est un peu chaud quoi (...) vous voyez des gens passer devant vous ça frustre un petit peu ».*

SAU-005 : *« dès qu'il y a un cas qui arrive et qui est plus urgent que le vôtre on va vous mettre de côté quoi en fait ».*

6.6 Le sentiment de ne pas consulter au bon endroit

Lors des entretiens, certains patients consultant aux urgences mais ne connaissant pas le système des MMG exprimaient avoir eu le sentiment de ne pas consulter à l'endroit adapté. Ils disaient comprendre que leur pathologie ne relevait pas de l'urgence mais qu'ils ne connaissaient pas d'autre solution, cela entraînant un sentiment de gêne vis-à-vis des patients nécessitant une prise en charge aux urgences et l'impression de participer à l'augmentation du temps de prise en charge de pathologies jugées plus graves

SAU-011 : *« il y a des gens qui doivent être vraiment malades, qui ont vraiment des trucs de malade et puis enfin, bon, une bronchite asthmatique ça a pas besoin d'aller aux urgences quoi ! (...) c'est juste que j'avais rien à f***** là-bas ! ».*

SAU-016 : *« Et puis bon, faut pas se leurrer, c'est pas adapté pour mon cas de venir aux urgences (...) j'étais plutôt gênée moi de venir (...) ça me gêne d'être venue, j'étais mal à l'aise, je savais que je venais mais que j'avais rien à faire là ».*

7 Les points négatifs du système de MMG

7.1 Les démarches de la prise de rendez-vous

Certains patients évoquaient le caractère parfois laborieux de la prise de rendez-vous :

MMG-008 : « *C'est un peu compliqué pour réussir à avoir un rendez-vous il faut passer par le SAMU, le 15, le machin, le truc* »

MMG-013 : « *J'ai pris rendez-vous et puis bah y'avait plus de place... j'ai failli aller aux urgences mais le soir ça allait mieux, j'ai rappelé le lendemain et j'ai eu un rendez-vous mais pour le soir quoi...* ».

MMG-010 : « *J'ai dû attendre toute la nuit (...) pour avoir un rendez-vous le lendemain, c'est ça ici* ».

Une volonté de consultation sans rendez-vous ou de prise de rendez-vous directement via la MMG était souhaitée.

MMG-013 : « *Faut rappeler au 15 et on a 36000 personnes différentes au téléphone, on est mis en attente et tout, du coup, directement ça serait plus simple je pense* ».

D'autres patients ayant consulté aux urgences évoquaient aussi le fait d'avoir cherché à consulter initialement en MMG mais que, les consultations étaient jugées trop tardives :

SAU-010 : « *J pense il devait être 9h30 10h00 du matin au plus tard et la secrétaire me donne un rendez-vous à 16h15 je lui dis " non " ».*

SAU-013 : « *la dame à l'accueil nous a dit (tousse) qu'il y avait cette maison de garde et en fait on a essayé en restant aux urgences et comme c'était long à répondre, on a repris le billet des urgences* ».

7.2 La consultation payante

Etonnamment, cette idée négative des consultations payantes n'a pas été la plus souvent évoquée par les patients mais elle reste une des raisons du recours privilégié aux urgences pour certains.

MMG-012 : « *Après si c'est vrai que bah faut payer mais bon, on est remboursé après hein donc ça va du coup* ».

SAU-004 : « *D'accord OK, c'est vrai que suivant la période dans le mois, si c'est au début ou à la fin du mois, ça me rebuterait à consulter à la maison médicale oui. J'irai plutôt aux urgences en fin de mois du coup* ».

SAU-015 : « *bah les urgences c'est gratuit quoi et pis bah ça c'est bien aussi (...) j'vois, moi j'vois j'suis apprentie, bah payer c'est dur. Après moi j'paye pas mais bon là on sait jamais.* »

7.3 La fin des visites au domicile

Certains patients déploraient en effet l'absence de visite au domicile, la permanence de soins en médecine générale se faisant uniquement en MMG, rendant difficile l'accès en cas d'impossibilité de déplacement, les consultations en ambulance durant la PDSA se faisant uniquement via les urgences.

MMG-012 : « *Après bah y'a plus personne qui se déplace à part les pompiers ou le 15 si on est vraiment pas bien le week-end* ».

SAU-007 : « *Reste à savoir aussi si on peut pas y aller par ses propres moyens comment on fait pour y aller (...) par exemple, si nous on a pas de voiture, les personnes qui n'ont pas de voiture, tout le monde a pas ses enfants dans la région donc euh si moi je peux pas conduire comment on fait pour y aller ? Alors qu'aux urgences on y va en ambulance. Pour moi c'est un vrai inconvénient oui* ».

7.4 L'absence de permanence nocturne

Bien que les besoins de recours à un médecin la nuit soient moins importants, cette idée a quand même été évoquée, principalement en comparaison aux systèmes existants dans d'autres régions.

MMG-010 : *« vous consultez pas la nuit (...) Où j'habite, on peut trouver un médecin de garde jour et nuit. Voilà, c'est donc juste ça qui était un petit peu embêtant (...) je pense que comme la nuit euh, il n'y a pas de consultation, je pense que ça amène les gens à aller aux urgences alors qu'il y a pas lieu d'être. Je pense que ça peut encombrer les urgences à rien ».*

8 Les défauts du système en général

Certains patients mettaient en évidence un problème plutôt lié aux difficultés de régulation. En effet, leur demande initiale était de consulter en MMG, chose qui leur a été refusé par le médecin régulateur jugeant a priori leur cas trop lourd pour la MMG :

SAU-007 : *« donc alors bah on nous a dit bah faut venir aux urgences. Bah euh j'dis nous c'est un médecin qu'on voudrait parce que là c'est la crève c'est pas une maladie autrement quoi, et elle a dit « non euh il faut aux urgences » (...) en fait on voulait une consultation et savoir si y'avait un médecin de permanence ».*

SAU-011 : *« j'ai téléphoné pour prendre rendez-vous à la maison médicale, euh quand la personne en fait je lui ai parlé je voulais un rendez-vous et pour moi et pour ma fille et quand elle m'a entendu parler, elle n'a pas donné de rendez-vous, elle a vu que j'avais une drôle de voix et elle m'a demandé d'aller aux urgences (...) Je lui ai dit que c'était pas grave, et je savais qu'il fallait juste que je voie un médecin, qui m'aurait donné ce qu'il fallait et que ça passerait en 2 secondes mais il a pas voulu (...) ».*

SAU-011 : *« Donc ma fille est allée à la maison médicale mais pas moi (...) donc on a pris deux voitures ».*

DISCUSSION

1 Pourquoi ce sujet ?

La PDSA est un enjeu de santé publique majeur, dont le fonctionnement est en constante évolution. L'ARS de Picardie a, au moment de la réforme de la PDSA, choisi le système de MMG afin d'en assurer la réalisation devant le manque toujours plus croissant de médecins libéraux et leur volonté de ne plus réaliser de gardes aussi nombreuses et en nuit profonde.

Lors de mes gardes aux urgences, je me suis vite rendu compte que de nombreux patients consultaient, sans qu'aucun examen paraclinique ne soit nécessaire. Ces consultations pourraient effectivement être réalisées en cabinet de médecine libérale et n'avaient pas nécessairement besoin d'être réalisées aux urgences.

J'ai découvert le système de MMG à Beauvais lors de mon premier semestre d'internat de médecine générale. Le système me semblait au premier abord une bonne idée, capable de désengorger les urgences et rendre service aux patients ne pouvant pas consulter leur médecin traitant durant les week-ends.

Lorsque la question se posait de savoir pourquoi certains patients n'allaient pas consulter en MMG, l'idée la plus répandue au sein du personnel des urgences était que « les gens vont pas en MMG parce qu'il faut payer... ». A l'heure du tiers payant généralisé, de la couverture maladie universelle et du remboursement des consultations en moins de 48h, cet aspect ne me semblait pas vraiment justifié.

L'amélioration de la PDSA et le parcours de soins des patients est un enjeu important et sujet à de prochaines réformes.

La modification des pratiques et les attentes des médecins généralistes nouvellement installés ne sont plus les mêmes qu'au début des années 2000. La population toujours croissante, la raréfaction des médecins généralistes (8), la féminisation de la profession (9) ainsi que l'émergence du « patient-consommateur » (10) entraînent une difficulté toujours plus importante pour les patients à pouvoir consulter leur médecin traitant.

Comprendre le parcours de soin des patients amène à comprendre quelles mesures peuvent être mises en place afin d'améliorer cette PDSA et comment apporter le juste soin aux patients.

2 Intérêts, limites et biais de l'étude

2.1 Le choix de la méthode qualitative

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative (11). L'objectif de ce type d'étude est d'identifier des idées émergentes et d'analyser les comportements sur un sujet prédéfini. Les résultats d'une étude qualitative permettent de retirer des hypothèses, sans se limiter à des catégories préétablies comme dans une étude quantitative. La recherche qualitative est particulièrement adaptée en recherche dans le cadre de soins primaires.

Dans le cadre de notre étude, le but était de comprendre le parcours de soin des patients lors de la PDSA et pourquoi certains consultaient en MMG et d'autres aux urgences. Les réponses n'étant pas connues à l'avance, une méthode quantitative avec des réponses prédéfinies n'était pas la méthode adaptée.

2.2 Biais et difficultés rencontrés

Le principal biais rencontré est lié au fait que nombre de répondants évoquaient le fait de ne pas connaître l'existence de la MMG et ignoraient tout du système de soins qui leur était proposé lors de la PDSA, ceci amenant à certains entretiens pour lesquels peu d'informations étaient exploitables. De plus cela entraînait certains patients à juger « a priori » de la supériorité d'un système par rapport à l'autre.

Concernant les entretiens téléphoniques, certains enregistrements, principalement les premiers, étaient de mauvaise qualité et certaines informations ont de ce fait pu être perdues. De plus, les informateurs ne se trouvaient parfois pas tous dans des conditions idéales afin de répondre correctement aux entretiens (en voiture, au travail, ...).

Un biais de conformisme a aussi été rencontré avec des informateurs désirant ouvertement fournir une réponse leur semblant comme attendue (« ce que vous voulez que je vous dise c'est que... »). De plus, l'expérience d'une consultation en MMG semblant plus

positive que celle d'une consultation aux urgences, il en ressortait principalement des points positifs pour la MMG et des points négatifs pour les urgences.

Par la suite, après relecture des entretiens, il apparaissait que la présentation de la MMG aux patients ne connaissant pas le système puisse paraître orientée, leur dépeignant un système avantageux par rapport à la consultation aux urgences. Ce biais d'intervention a pu entraîner une estime plus haute pour la MMG et inversement plus basse pour les urgences, ayant pu influencer les réponses de certains interrogés.

De même, le script d'entretien a été mis au point par l'investigateur seul et a quelque peu évolué au fil des premiers entretiens, entraînant de fait un biais d'investigation.

Dans certains entretiens, une peur du changement était perçue, principalement chez des sujets ne connaissant pas la MMG. En effet certains répondaient avoir une plus grande confiance en les urgences qu'en la MMG, bien que n'y ayant jamais consulté.

Afin de ne pas influencer sur la constitution de l'échantillon, les patients se présentant aux urgences les jours de garde de l'investigateur n'ont pas été retenus. En effet, certains patients étaient recrutés le jour même par des collègues de garde, en désignant l'investigateur qui allait les rappeler, compromettant de ce fait et l'anonymat du patient et l'impartialité requise de l'examineur.

Les résultats de 5 entretiens ont fait l'objet d'une triangulation de l'analyse afin d'affiner les résultats et de s'assurer d'une codification correcte, augmentant la crédibilité de l'étude. Cette triangulation n'a pas été poursuivie pour les entretiens restant par manque de temps et soucis d'organisation.

La collecte et l'analyse des données se sont faites au fur et à mesure, avec un retour *a posteriori* aux résultats des premiers entretiens réalisés afin de ne pas omettre de données clés passées inaperçues au premier abord. De plus, la revue littéraire s'est faite *a posteriori*, au stade final du codage, au début de la discussion, afin de confronter les résultats obtenus à ceux existant dans la littérature. Tout cela afin de respecter les critères propres à la théorie ancrée (12).

Concernant la population étudiée, les consultations pédiatriques étaient d'emblée exclues. Il est à noter qu'elle représente une part non négligeable de la demande de soins en PDSA et du nombre de consultations en MMG, certains patients évoquaient d'ailleurs cette particularité.

3 La consultation en PDSA, une nécessité pour les patients

Le facteur prédisposant les patients à consulter lors de la PDSA est principalement l'urgence ressentie. Cette notion est définie comme une pathologie ressentie apparaissant pour le patient ou son entourage, par son intensité ou sa soudaineté, comme une situation nécessitant un recours médical en urgence. Selon Lesigne, pour le patient, l'urgence équivaut à la rapidité sans que la gravité soit mise en avant (13). Ici, l'urgence ressentie semblait plus marquée pour les patients consultant aux urgences que pour ceux consultant en MMG.

Certains patients en revanche, que ça soit aux urgences ou en MMG, n'avaient pas ce sentiment d'urgence. Ils savaient que la pathologie n'était pas grave et ne nécessitait pas obligatoirement une prise en charge lors de la PDSA, ils n'avaient pas d'inquiétude particulière, mais ils désiraient quand même consulter afin de ne pas voir s'aggraver leur pathologie ou pour être soulagés plus rapidement.

D'autres patients déclaraient avoir pour habitude de consulter en MMG, soit parce que leur travail ne permettait pas une consultation en semaine, soit par difficulté à voir leur médecin traitant en dehors de rendez-vous programmés plusieurs jours à l'avance. Ce type d'habitude de consultation est intéressant et reflète directement le problème de démographie médicale dans le secteur de Beauvais et dans l'Oise en générale. D'après le 11^{ème} Atlas de démographie médicale d'octobre 2017 publié par le CNOM, l'Oise est une région dont la population est en hausse mais dont le nombre de médecins par habitant ne cesse de chuter (8), ceci entraînant une difficulté toujours plus importante à recourir à un médecin généraliste en cas de problème de santé.

La MMG n'a pas pour mission de répondre aux demandes de soins en dehors des pathologies aiguës ou nécessitant un examen médical lors de la PDSA, mais certains patients détournent cet usage par manque de disponibilité de leur médecin traitant.

4 Une méconnaissance globale du système de MMG

Le point le plus marquant mis en évidence suite aux entretiens est le fait que les patients ne connaissaient pas le système de santé mis en place dans le département de l'Oise lors de la PDSA.

En effet, que ce soit les patients consultant aux urgences ou à la MMG, nombreux étaient ceux qui ne connaissaient pas du tout le système de MMG. Certains patients déclaraient avoir connu le système le jour même de leur consultation en appelant le 15 où une consultation leur était proposée, ou alors directement via les agents d'accueil aux urgences.

Le rapport d'information N°685 du Sénat de juillet 2017 (14) évoquait cette méconnaissance des MMG. D'après ce rapport, selon les responsables des MMG parisiennes, cette situation s'expliquerait en partie par l'amplitude horaire de leur fonctionnement, qui ne couvre pas l'intégralité de la période de la PDSA : il en résulterait que ces structures ne sont que faiblement identifiables comme un moyen de recours. Elle découlerait également du manque de communication sur ce point auprès des citoyens, notamment de la part de l'ARS et des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

Le système de MMG a été instauré en 2010 dans l'Oise, ce système reste mal connu des patients. Certains patients déclaraient consulter internet à la recherche de noms de médecins généralistes de garde dans leur secteur. Ils trouvaient parfois des articles de presse relatant l'existence de la MMG mais ne trouvaient en revanche pas le moyen d'y accéder. Pourtant, avec le moteur de recherche Google®, avec les mots clef « médecin de garde Beauvais », un article du Parisien (15) mis à jour le 31/07/2017 apparaît en 2^{ème} ligne de recherche et explique le fonctionnement de la MMG et du recours nécessaire au centre 15. En revanche, avec les mots clefs « médecin de garde Oise », ce même article n'apparaît qu'en 8^{ème} position derrière des sites ou des articles plus anciens aux informations erronées. Les patients ne font pas toujours spontanément le 15 pour être renseignés, ce service leur semblant réservé pour les urgences vitales et ne voulant pas « encombrer les lignes ».

Il serait judicieux, au vu de l'évolution actuelle de la prise d'information dans la population en général et le recours quasi systématique à internet en cas de recherche d'informations rapides, d'améliorer le référencement des sites d'informations officielles délivrant les informations sur la PDSA.

De plus, l'appel au 15 n'est pas quelque chose de systématique lors d'une consultation jugée comme nécessaire par le patient lors de la PDSA, certains patients ayant pour habitude et réflexe de se présenter directement à l'accueil du service des urgences. Une amélioration de l'affichage ainsi qu'une information destinée à ces patients au niveau de la salle d'attente ou de l'entrée des urgences sembleraient judicieuses.

L'affichage en salle d'attente des cabinets médicaux semblait être une des sources d'information principale des patients concernant la MMG, cet affichage est par ailleurs un des principaux vecteurs d'information médicale utilisé par les praticiens (16). Selon Ward en 1994, 82% des patients remarquent les affiches installées en salle d'attente et 95% des patients les lisent (17). De plus, la diffusion d'informations durant l'attente permet aussi parfois d'améliorer l'éducation sur le système de soins (18).

Selon le travail de Sehaki Idris à Amiens en 2009, les patients semblaient plus réceptifs aux messages délivrés dans les salles d'attente de cabinets médicaux si leur médecin généraliste était peut-être, lui-même, davantage impliqué (19), cela pourrait expliquer en partie les disparités des sources d'informations, les médecins généralistes participant aux gardes à la MMG étant plus concernés par la PDSA et peut être plus enclins à dispenser ce genre d'information.

La délivrance de l'information directement par l'accueil des urgences ne semble pas être une solution satisfaisante en tout point de vue. En effet, bien que cela permette à certains patients de découvrir le système de MMG avec une réelle satisfaction, ce type de réorientation entraîne parfois une incompréhension des patients à qui l'on dit de revenir consulter plus tard dans la journée, sans au moins une prise en charge symptomatique de la douleur ou de la fièvre (qui sont les motifs de consultation les plus fréquents en MMG) ou une réassurance, l'anxiété étant un des moteurs principaux de la demande de soins en PDSA.

5 Les points négatifs de la MMG.

Bien qu'il ressorte une satisfaction globale de l'organisation de la MMG par les patients y consultant, certains points négatifs semblent émerger.

Ces inconvénients sont le reflet direct de la modification des pratiques en médecine générale et de la refonte de la PDSA en 2003. Ce sont généralement des éléments sur lesquels des modifications seraient difficilement possibles.

5.1 L'absence de consultations nocturnes

De ce fait, l'absence de consultation nocturne rapportée par certains patients fait suite aux événements à l'origine de la refonte de la PDSA en 2003 et au refus d'exercer des gardes

de nuit profonde en secteur libéral. Cette réorganisation de la PDSA dans l'Oise prévoit en effet que le recours à un médecin après 20h00 relève du service des urgences. L'intérêt de supprimer les gardes de nuit s'explique par le repos de sécurité obligatoire et nécessaire (bien qu'il n'était généralement pas pris), entraînant une fermeture du cabinet de consultation le lendemain de la garde. Par ailleurs, ces demandes de consultations nocturnes sont marginales et peuvent très bien, soit attendre l'ouverture des consultations le dimanche matin en MMG ou celles des cabinets libéraux le lundi matin et autres jours en semaine soit être effectivement prises en charge aux urgences dans le cadre de l'urgence ressentie sans retarder la prise en charge de pathologies plus graves.

De plus, une consultation nocturne le dimanche avec repos de sécurité entraînerait l'annulation des consultations dans le cabinet du médecin généraliste, ce qui ne fait que reporter le problème.

5.2 La fin des visites au domicile

Un autre point jugé comme négatif en temps de PDSA est l'absence de visite au domicile. En effet, certains patients isolés ou ne pouvant se déplacer par leurs propres moyens et pour lesquels un conseil téléphonique ne suffit pas sont emmenés aux urgences soit par le biais d'ambulances privées, soit par les pompiers. Ces patients arrivant aux urgences n'ont aucun critère de priorisation par l'infirmier(e) organisat(eur)(rice) de l'accueil (IOA) et se retrouvent parfois à attendre plusieurs heures, le plus souvent sur un brancard. La pénurie d'ambulance ainsi que le coût à la charge des patients pour ce genre de déplacement ne permettent pas une solution satisfaisante autre qu'un passage par les urgences. Le travail ici ne concernait pas les patients arrivant aux urgences autrement que par leurs propres moyens pour une pathologie cotée CCMU I. Certaines pathologies CCMU I qui, selon le lieu d'intervention (accident de travail, lieu public, club de sport, ...) ou le contexte (régulation téléphonique difficile, nécessitant un bilan complémentaire des premiers secours, isolement du patient avec impossibilité de se rendre en consultation par lui-même, ...), nécessitaient un transport par les pompiers ou des ambulanciers, représentent une part non négligeable des recours aux urgences.

Une solution serait peut-être d'envisager une prise en charge par la sécurité sociale de transport en ambulance vers une MMG, au moins en partie, afin d'en limiter les abus.

5.3 Les démarches de la prise de rendez-vous

La difficulté et les démarches jugées laborieuses de la prise de rendez-vous sont un des aspects négatifs ressortant le plus souvent des entretiens. Cette particularité de prise de rendez-vous avec une multiplication des intermédiaires (appel au centre 15 régulé par un assistant de régulation médicale (ARM) vers un médecin généraliste régulateur puis vers une secrétaire de la MMG) est un des pivots du fonctionnement de la MMG. L'accès à la MMG est défini par l'article R6315-3 du CSP (20) indiquant que « *l'accès au médecin de la permanence des soins ambulatoires fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable* ». De fait, ce passage obligé par le 15 n'est pas une variable pouvant être modifiée afin d'améliorer la PDSA.

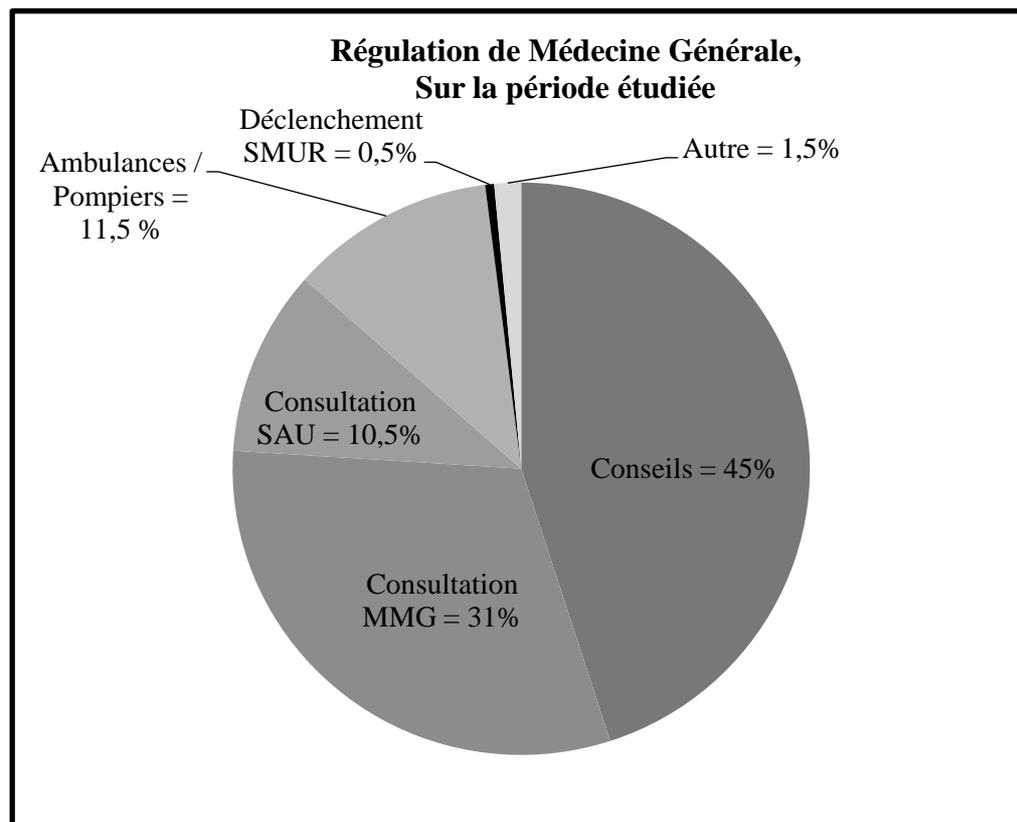
Il est intéressant de noter que le 15 n'est pas l'unique numéro de téléphone d'appel d'urgence médical. Le 112 est un numéro d'urgence européen existant depuis 1997, il renvoie, selon les départements, vers le 15, le 17 ou le 18. Ce numéro semble par ailleurs très peu connu en France, il est utilisé majoritairement par les touristes étrangers.

De plus, prévu par la loi Touraine de 2016 (21), un nouveau numéro d'appel gratuit unique pour la PDSA, le 116 117, est expérimenté depuis avril 2017 dans 3 régions (Pays de la Loire, Corse et Normandie). Ce nouveau numéro spécifique à la régulation de médecine générale lors de la PDSA a pour but de se substituer au 15 tout en remplissant les mêmes objectifs. L'avenir de ce numéro, selon le ministre de l'intérieur G. Collomb, reste incertain (22).

Concernant la régulation, la difficulté de l'exercice nécessitant l'évaluation de l'état de santé d'un patient sans pouvoir l'examiner ni même le voir, explique certains cas rapportés par les patients d'un refus de consultation en MMG par le médecin régulateur alors que c'était la demande initiale du patient.

La régulation de médecine générale et le filtrage des rendez-vous permet en outre d'éviter les consultations abusives en MMG.

Figure 2 : Statistiques de régulations de médecine générale pendant les horaires d'ouverture de la MMG sur la période du 25/11/2017 au 21/01/2018



En effet, selon les données de régulation de médecine générale du SAMU 60, sur la période étudiée, durant les horaires d'ouverture de la MMG (Figure 2), 45% des 4119 appels régulés par les médecins généralistes résultent d'un conseil téléphonique sans nécessité de consultation sur le temps de PDSA (sur la période du 01 janvier 2011 au 09 février 2018, ce pourcentage est de 46,23% pour 174639 appels). On peut aisément imaginer que certains de ces patients, sans les conseils adaptés, seraient venus consulter d'eux mêmes aux urgences ou en MMG si l'accès y était sans rendez-vous. Cette prescription téléphonique est autorisée par l'article R 6315-3 du CSP (20).

5.4 La consultation payante en MMG

Ce n'est pas le facteur qui semble être le plus marquant pour les patients et ne devrait pas être pris en compte car il semble surtout lié à un manque d'information sur le fonctionnement du système de santé en générale. En effet, une consultation en MMG, bien que majorée à 51,50 € (56,50 € pour la pédiatrie) car réalisée le week-end, ne coûte au patient

« que » 1 euro (la part de franchise). Certes, la consultation aux urgences ne coûte pas 1 euros au patient, mais a un coût plus élevé pour la société.

Le vrai coût d'une consultation aux urgences diffère selon les sources et les calculs. Le rapport d'information N°685 du Sénat de juillet 2017 (14) fait état de la difficulté et du manque de pertinence à tenter de chiffrer un coût moyen d'une consultation aux urgences, la variabilité dépendant du FAU (Forfait Annuel des Urgences) déterminé en fonction du nombre de passages aux urgences donnant lieu à facturation d'un ATU (Accueil et Traitement des Urgences) d'une valeur de 25,32 euros, majoré lors de la PDSA. La caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) estime le coût moyen d'un passage aux urgences à 227 euros soit un coût pour la société presque 4 fois plus qu'une consultation en MMG.

Au moment de l'étude, la pérennité de la tarification à l'acte pour l'hôpital public semble être remise en cause par le ministère de la santé et ce chiffrage est amené à bientôt évoluer.

6 Le rendez-vous contre l'attente

Les patients interrogés soulignent de manière unanime le fait de consulter sur rendez-vous comme un des principaux avantages du système de MMG. L'obtention d'un rendez-vous à heure fixe ainsi que l'attente limitée en salle d'attente (la ponctualité des rendez-vous était aussi un des points forts de la MMG mis en avant par les patients) semble être l'un des atouts majeurs de la MMG par rapport aux urgences, surtout que l'attente des patients classés CIMU 5 (délais pour un premier contact médical nécessaire en 120 et 240 minutes) par l'IOA (*annexe 5*) est généralement importante du fait de l'absence de critère de priorisation. Cette priorisation est d'ailleurs un des points négatifs relatif à la consultation aux urgences. Bien qu'un affichage vidéo expliquant « *pourquoi on attend aux urgences* » est diffusé en salle d'attente, certains patients évoquaient ressentir une frustration et ne pas comprendre que des patients passent en priorité en consultation bien qu'ils se soient enregistrés après. Dans la littérature, ces affichages vidéo montraient pourtant leur efficacité sur la satisfaction et l'information des patients dans le cadre d'une attente aux urgences (18).

L'attente est le facteur qui revient dans de nombreuses études lorsque l'on cherche à évaluer la satisfaction aux urgences, et c'est ici un des inconvénients majeurs des urgences. Une étude de 2003 de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREEES) (23) a montré que la satisfaction exprimée par les patients varie

beaucoup avec leurs temps d'attente, les plus mécontents étant ceux ayant le plus attendu. Cette insatisfaction vis-à-vis du temps d'attente semble aussi corrélée à la salle d'attente en elle-même. En effet, la salle d'attente des urgences, parfois bruyante, où la tension semble palpable, au milieu d'autres patients malades ou en souffrance, se révèle être un facteur de stress supplémentaire, qui ne se retrouve pas en MMG.

Les consultations sur rendez-vous ont aussi leurs limites. Lorsque le système est dépassé et que le carnet de rendez-vous est plein, les patients n'ont pas d'autre choix que de se tourner vers les urgences afin de pouvoir être examinés par un médecin, des patients interrogés déclaraient en effet avoir subi ce genre de problème. Ce cas de figure est plus fréquent dans les périodes de forte affluence, notamment lors des épidémies hivernales.

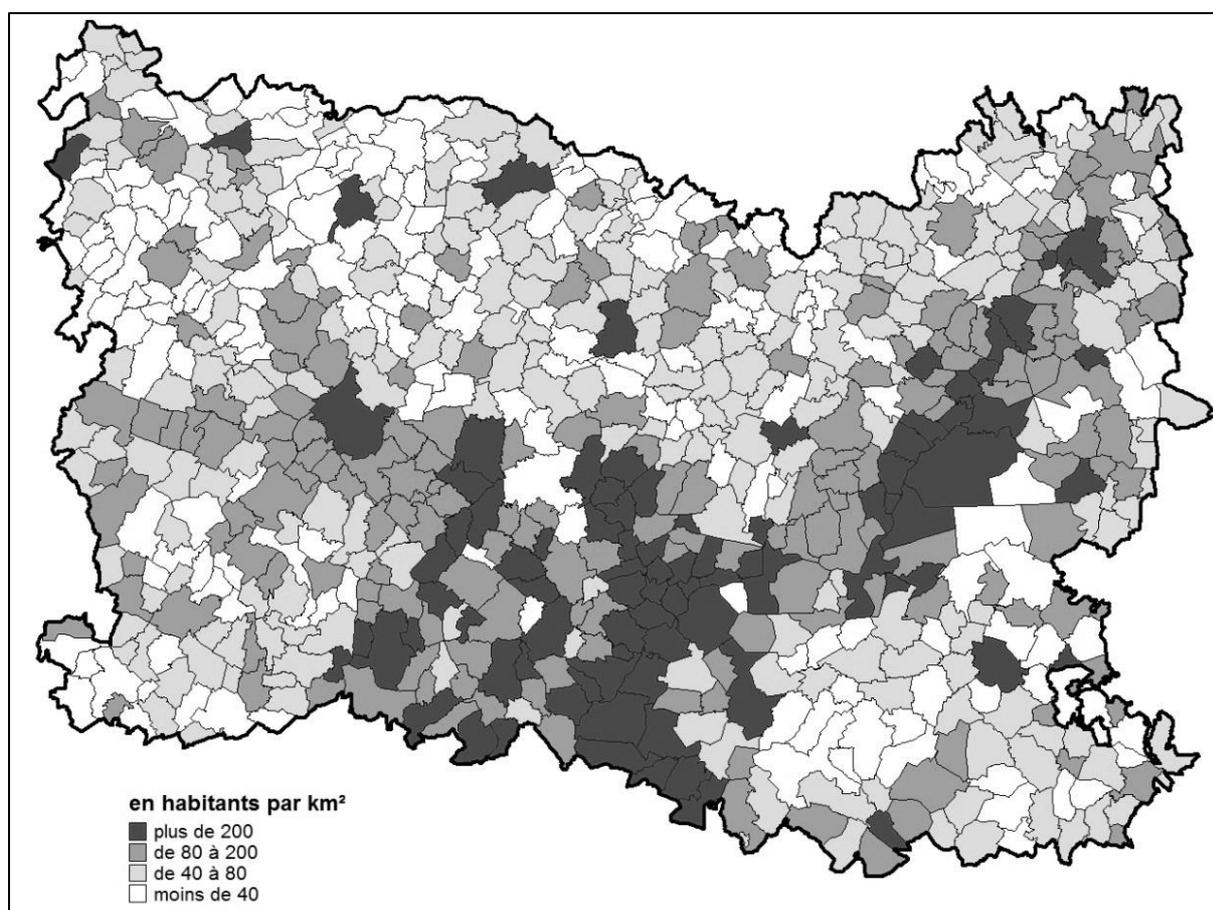
Un des buts affirmés de la PDSA selon l'ARS Hauts de France inscrit dans le cahier des charges régional est pour les patients d'avoir « accès à un lieu de consultation à moins de 30km et/ou 40 minutes », contraintes que les MMG de l'Oise remplissent. Les périodes de fortes affluences sont prévisibles, une anticipation devrait pouvoir être réalisée (en fonction par exemple des données épidémiologiques ou du nombre d'appels régulés) avec une mise en place de moyens adaptés. L'ouverture d'un deuxième cabinet de consultation serait une solution pour pallier ces contraintes de saturation et, afin de ne pas augmenter le nombre de garde des médecins libéraux, éventuellement un système de séniorisation d'un interne en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) par le médecin de garde pourrait être envisagé, l'interne consultant bénéficiant de la rétrocession des consultations réalisées au titre de garde, sans qu'il soit pour autant seul. Cela pouvant même être inclus dans les conditions de validation de stage.

Selon les données de l'ARS, toutes les MMG de l'Oise n'ont pas la même affluence (*Tableau 2*) du fait que le découpage des secteurs de PDSA a plus été réfléchi en termes de distance par rapport à un centre de soin qu'en termes de densité de population (*Figure 3*). De ce fait, il arrive que les carnets de consultation soient remplis dans une MMG et que des plages de consultations soient libres dans une autre. Une des solutions pourrait être de réorienter, selon les demandes et l'affluence, des patients d'un secteur surchargé vers une MMG à plus faible rendement.

Tableau 2 : Statistique de consultation en MMG en 2016

Secteur MMG	Total consultations en 2016	moyenne /jour
MMG de Beauvais	2705	23,52
MMG de Compiègne	2716	23,62
MMG de Crépy-en -Vallois	1201	10,44
MMG de Grandvilliers	615	5,35
MMG de Noyon	480	4,17

Figure 3 : densité de population de l'Oise ; INSEE 2010



7 Suivi par un spécialiste

Un des arguments évoqués pour la consultation aux urgences était qu'en cas de besoin, le médecin urgentiste pouvait à tout moment consulter le dossier médical du patient et se renseigner sur les antécédents, les examens réalisés au préalable ou les thérapeutiques déjà prescrites si celui-ci était suivi sur le CH où il consultait.

Bien que recevable, cet argument pose la question de l'intérêt de créer un Dossier Médical Partagé (DMP), qui serait accessible à chaque professionnel de santé à chaque consultation.

Ce DMP est par ailleurs sous l'égide de la CNAM depuis 2015 qui a récemment entrepris le chantier de le généraliser d'ici l'automne 2018. Ce DMP serait la réponse idéale pour les patients réticents à consulter ailleurs que là où ils sont suivis.

8 Education du patient

Une question intéressante à se poser serait « est-ce que l'un des pivots de la PDSA ne serait pas l'éducation des patients » ?

Le système de soin semble, soit mal compris par les patients, soit mal connu. Certains patients consultent aux urgences sans savoir qu'un autre système existe pour les consultations de médecine générale. Certains consultent aux urgences par habitude.

Malgré les campagnes d'informations et les messages vocaux sur les répondeurs de médecins généralistes, cette pratique de l'appel au 15 avant toute consultation aux urgences lors de la PDSA n'est pas encore une habitude, les patients consultant de manière spontanée aux urgences, alors qu'un conseil téléphonique ou une consultation en MMG seraient plus adaptés.

Une autre raison avancée pour la consultation aux urgences est que, en cas de besoin d'examen complémentaire, tout est disponible. Ce caractère rassurant de la consultation aux urgences entraîne une habitude de consultation et des consultations excessives, avec parfois des examens non justifiés, réalisés à la demande du patient devant l'insistance de ce dernier. Selon Marjanovic, la surprescription d'examen inutile aux urgences est de 57% (24) et, outre le caractère financier, ces prescriptions inappropriées sont responsables d'une augmentation du temps total de prise en charge aux urgences et par la même de l'allongement de l'attente. De plus, les examens à la demande du patient se révèlent rarement utiles voire complètement inutiles dans la majorité des cas. Dans le cadre de la réassurance des patients en vue d'une consultation qu'ils jugent de prime abord comme nécessairement prise en charge en milieu hospitalier, l'explication pourrait être donnée aux patients que la MMG est un maillon de la chaîne et que, en cas de nécessité comme cela se fait parfois, leur dossier pourra être transmis aux urgences afin de poursuivre la prise en charge.

Les interrogés dans la globalité comprennent bien que les pathologies « simples » devraient être prises en charge en MMG et que les pathologies « graves » sont destinées à être prises en charge aux urgences. Néanmoins, certains patients consultant aux urgences ont le sentiment de devoir être pris en charge aux urgences alors qu'ils pourraient aller en MMG. L'éducation thérapeutique du patient est un enjeu de santé publique qui a fait preuve de son caractère essentiel dans la prise en charge des pathologies chroniques. Développer cette éducation pour les pathologies aiguës va devenir une nécessité du fait ne serait-ce que de la chute démographique des médecins généralistes. Définir clairement les signes cliniques normaux et bénins d'une pathologie aiguë et informer les patients des signes de gravité nécessitant une consultation dans les 24h, éduquer à l'automédication, à la prise en charge symptomatique... cette éducation à la pathologie aiguë pourrait réduire le nombre de consultations en PDSA que ce soit en MMG ou aux urgences.

CONCLUSION

Cette étude a permis de comprendre pourquoi les patients consultent lors de la PDSA et d'en faire le parcours, mais aussi de mettre en évidence les points forts du système de MMG et d'en identifier les failles.

Les patients connaissant ou découvrant la MMG estiment majoritairement que le système fonctionne et répond à leurs attentes mais cette PDSA reste perfectible. Les points forts des rendez-vous à heure fixe et la ponctualité sont les éléments les plus soulignés par les patients. En revanche, la difficulté d'avoir un rendez-vous en période de forte affluence est un des objectifs d'amélioration à apporter. Le cahier des charges régional de l'ARS fixe une limite : 30 km ou 40 min pour une consultation en PDSA. Dans ce contexte, difficile de modifier les secteurs de la PDSA, un regroupement entre les MMG les plus actives et les moins actives avec une diminution du secteur semble en l'état impossible. Une multiplication des secteurs de PDSA ne semble pas pertinente au vu des investissements financiers déjà importants pour la région et dans un contexte politique de réduction des dépenses de santé. Une des évolutions possibles serait d'augmenter le nombre de médecins effecteurs en ajoutant éventuellement un interne en SASPAS dans le cadre du stage, toujours sous couvert du médecin senior, permettant d'augmenter le nombre de consultations possibles. Une astreinte en fonction des prévisions de consultation pourrait elle aussi être mise en place.

La prise en charge des pathologies de médecine générale en nuit profonde n'est pas à remettre en question, ces consultations restant marginales.

Les efforts apportés en termes de communication sur la PDSA ne semblent pas suffisants, une information auprès des patients sur le système actuel doit être mise en place afin de permettre au plus grand nombre de bénéficier des soins adaptés. L'évolution des prises d'information avec un recours plus important à internet pourrait être une piste à exploiter avec une communication accrue et un meilleur référencement des sites officiels. L'appel au 15 lors de la PDSA avec la dispense de conseils adaptés est à valoriser, même si le volume d'appels est déjà conséquent. Une augmentation des effectifs de médecins régulateurs libéraux en cas de surcharge d'appels pourrait être anticipée. De même, la régulation libérale n'est pas une facette de l'exercice de médecine générale très connue. Un Diplôme Universitaire de régulation médicale existe bien mais ne se concentre pas sur l'exercice libéral. Un cours dispensé par la faculté dans le cadre du Diplôme d'Etude Spécialisée pourrait inciter les futurs

médecins généralistes à s'intéresser et prendre part activement à la PDSA d'une autre manière qu'en participant au tableau de garde des MMG.

Cette organisation de la PDSA dans l'Oise n'est pas pérenne et des améliorations sont à apporter. Une évaluation des satisfactions des acteurs de la PDSA se révélerait utile et des idées nouvelles d'amélioration pourraient émerger de la part des professionnels de santé impliqués dans cette PDSA.

BIBLIOGRAPHIE

1. Descours C. «Sénateur Honoraire.» Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, 2003
Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf
2. MINISTERE DE LA SANTE. «LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.» JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184, 2009
Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
3. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Article R6315-6. Modifié par Décret n°2012-271 27 février 2012 - art. 2
Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006919309&dateTexte=&categorieLien=cid>
4. Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/011B n°2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>
5. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Article R6315-1. Modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 214
Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006919301&dateTexte=&categorieLien=cid>
6. HAS. Recommandations de bonne pratique : Prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Mars 2011 : 31p.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_regulation_medicale.pdf
7. ARS de Picardie. Arrêté DREOS n°2012 -192 du 3 aout 2012 fixant le cahier des charges régional de la permanence des soins [PDF]. Amiens.03 Aout 2012.
8. CNOM. Mourgues JM, Atlas de la démographie médicale en France. Profils comparés : 2007/2017 – les territoires au cœur de la réflexion. Situation au 1er janvier 2017.
Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf
9. Jakoubovitch S., Bournot M-C., Cercier E., Tuffreau F., "Les emplois du temps des médecins généralistes". Etudes et résultats [Internet]. mars 2012 ; (n°797).
Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>

10. Batifoulier P., Domin J.-P., Gadreau M. (2008), "Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française", *Revue française de socio-économie*, vol. 1, n° 1, pp. 27–46.
Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2008-1-page-27.htm>
11. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. 2009. *Exercer*, vol. 19, 84:142–5.
Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf
12. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. [Internet]. 2009 : 39p.
Disponible sur : <http://www.theorisationancree.fr/Guide11.pdf>
13. Lesigne E. L'urgence et ses représentations. Enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgences. [Thèse de doctorat en médecine]. Rennes : Université de Rennes 1, 2001 : 114 p.
14. Cohen L, Génisson C, Savary RP. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Rapport d'information n° 685 (2016-2017), fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 26 juillet 2017 : 109p.
Disponible sur <http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
15. Chadri F. Une nouvelle maison médicale de garde. *Le Parisien* 07 juin 2013, MAJ : 31 juillet 2017
Disponible sur : <http://www.leparisien.fr/espace-premium/oise-60/une-nouvelle-maison-medicale-de-garde-07-06-2013-2873053.php>
16. Gignon M, Idris H, Manaouil C, Ganry O. The waiting room : vecteur for health education ? The general practitioner's point of view. *BMC res notes*.2012 5:511
Disponible sur : <https://bmcrsnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-5-511>
17. Ward K, Hawthorne K. Do patients read health promotion posters in the waiting room: A study in one general practice. *Br J Gen Pract*, 1994, vol.44, n° 389, p. 583-585
Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239083/pdf/brjgenprac00025-0047.pdf>
18. Papa L, Seaberg DC, Rees E, et al. Does a waiting room video about what to expect during an emergency department visit improve patient satisfaction? *CJEM*. 2008 Jul;10(4):347-54.
19. Sehaki Idris H. Place de la salle d'attente du médecin généraliste dans l'éducation pour la santé : Analyse du regard des médecins généralistes de la Somme et des patients. [Thèse de doctorat en médecine]. Amiens 2009 : 120 p.

20. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Article R6315-3. Modifié par Décret n°2016-1012 du 22 juillet 2016 - art. 1
Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006919305&dateTexte=&categorieLien=cid>
21. Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires. JORF n°0171 du 24 juillet 2016 texte n° 3
Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032928958&categorieLien=id>
22. Collomb G. Ministre de l'Intérieur. Congrès annuel de la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France. [Discours]. 14 octobre 2017.
Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Le-ministre/Interventions-du-ministre/Congress-annuel-de-la-Fe-de-ration-Nationale-des-Sapeurs-Pompiers-de-France>
23. BAUBEAU D, CARRASCO V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. [Internet]. 2003 : 12p.
Disponible sur <http://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/er215.pdf>
24. Casalino E. Les examens complémentaires prescrits aux urgences sont-ils souvent injustifiés et inutiles ? Ann. Fr. Med. Urgence (2017) 7:5-6

ANNEXES

Annexe 1 : Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU)

- **CCMU 1** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- **CCMU 2** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
- **CCMU 3** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- **CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
- **CCMU 5** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
- **CCMU D** : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.
- **CCMU P** : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

**THESE DE DOCTORAT DE
MEDECINE GENERALE**

Nom :
Age : ans
Sexe : M F

Madame, Monsieur, par la présente, vous m'autorisez à utiliser vos coordonnées téléphoniques pour pouvoir vous rappeler afin de réaliser un entretien dans le cadre de mon travail de thèse portant sur « l'orientation des patients vers le service des urgences ou la maison médicale de garde ».

Les résultats de cet entretien seront anonymes.
Vos données médicales personnelles ne seront à aucun moment consultées.
Vos données personnelles seront effacées dès la fin de l'entretien.

Numéro de téléphone :

Fait à Beauvais le

Signature du Patient :

Signature du Médecin :

CENSE Antoine
Interne de médecine générale

Annexe 3 : Guide d'entretiens pour les patients consultant en MMG

Bonjour Monsieur/Madame, Antoine CENSE je suis interne en médecine générale et je vous appelle concernant ma thèse portant sur la consultation en maison médicale de garde, auriez-vous quelques minutes à m'accorder ?

- Dans quelle ville habitez-vous ?
- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre profession ?
- Racontez-moi le problème qui vous a poussé à consulter. (*Préciser le temps, la gravité estimée, les éventuelles consultations préalables et les thérapeutiques déjà prescrites, l'évolution*)
- Comment avez-vous eu connaissance de l'existence des MMG?
- Aviez-vous déjà consulté en MMG ?
- Quelles sont les raisons qui vous ont poussé à consulter à la MMG plutôt qu'aux urgences ?
- Quels sont selon vous les avantages en maison médicale de garde par rapport aux urgences ?
- Quels sont selon vous les inconvénients du système de maison médicale de garde par rapport aux urgences ?

Annexe 4 : Guide d'entretiens pour les patients consultant aux urgences

Bonjour Monsieur/Madame, Antoine CENSE je suis interne en médecine générale et je vous appelle concernant ma thèse suite à votre consultation aux urgences. Est-ce que vous auriez quelques minutes à m'accorder ?

- Dans quelle ville habitez-vous ?
- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre profession ?
- Racontez-moi le problème qui vous a poussé à consulter. (*Préciser le temps, la gravité estimée, les éventuelles consultations préalables et les thérapeutiques déjà prescrites, l'évolution*)
- Tout d'abord connaissez-vous le système des MMG ?

Si non : Explication fonctionnement de la MMG :

- *Médecin généraliste*
- *dans un cabinet de consultation qui est juste à l'entrée des urgences*
- *pour toutes les pathologies relevant de la médecine générale qui se présentent le week-end*
- *pour avoir un rendez-vous il faut appeler le 15 et c'est le médecin régulateur qui décide si votre pathologie relève de la maison médicale de garde ou non*
- *si oui il vous donne un rendez-vous à la MMG à une heure fixe*
- *consultation majorée avec un dépassement d'honoraires*
- Quels sont selon vous les avantages à la maison médicale de garde par rapport aux urgences ?
- Quels sont selon vous les inconvénients à la maison médicale de garde par rapport aux urgences ?
- Selon vous qu'est-ce qui vous ferait plutôt consulter en MMG?

Annexe 5 : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

Niveau CIMU	Situation	Risque	Ressource	Action	Délais	Secteur
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 1 min	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	SAUV
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	≥ 3	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	1-2	Acte diagnostique et/ ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	Pas d'acte diagnostique et/ ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

RESUME

Introduction : La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) est une organisation mise en place par les professionnels de santé afin de répondre aux demandes de soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture des cabinets. Dans le département de l'Oise, la PDSA est basée sur le développement des Maisons Médicales de garde (MMG). Nous avons cherché à connaître le parcours de soins des patients lors de la PDSA afin d'évaluer leur satisfaction et d'y apporter des pistes d'améliorations.

Matériel et Méthode : Une étude qualitative par entretiens téléphoniques semi-dirigés a été réalisée du 25/11/2017 au 21/01/2018 ; ont été inclus les patients de plus de 18 ans, venant par leurs propres moyens, consultant en MMG de Beauvais ou aux urgences du CH de Beauvais lors des heures d'ouverture de la MMG et classés CCMU I (Classification Clinique des Malades des Urgences).

Résultats : 29 patients ont été interrogés : 13 consultants en MMG et 16 consultants aux urgences. Les motivations d'une consultation lors de la PDSA étaient principalement dictées par une urgence ressentie. Les patients ayant consulté en MMG se disaient satisfaits du système mis en place. Les patients dans leur grande majorité ne connaissaient pas le système de soin lors de la PDSA mise en place dans le département ni les démarches à accomplir afin de pouvoir consulter un médecin. La chute de la démographie médicale joue un rôle important dans le fonctionnement global de la PDSA.

Conclusion : La PDSA dans l'Oise requiert certaines améliorations afin de permettre le juste soin des patients bien que la satisfaction vis-à-vis des MMG soit unanime, notamment concernant l'information des usagers.

Mots clefs : Permanence des soins ambulatoire, Maison médicale de garde, Médecin généraliste, Oise, Urgences.

ABSCTRACT

Introduction: The After-Hours Care (AHC) is an organisation created by health professionals, in order to respond to unscheduled care applications, with structured and adapted means, outside the opening hours of medical offices. It is a major public health problem. In the Oise department, the AHC is based on the development of the Office of Ambulatory Care (OAC). We have tried to better understand the patients care pathway during this AHC, in order to make improvements.

Methods: A qualitative study by telephone interviews was carried out between November 25, 2017 and January 21, 2018. Interviewed patients were over 18 years old, ranked CCMU1 (Clinical Classification for Emergency Patients), coming on their own to consult at the OAC or at the emergency department of Beauvais hospital, although the Beauvais OAC was open.

Results: 29 patients were interviewed, 13 of them consulting in OAC and 16 consulting at emergency. Consultations were mainly due to an emergency situation felt by the patients. Patients consulting in OAC said they were quite satisfied with the system put in place. A large majority of them did not know the care system put in place for AHC in the department, nor the steps to take to see a doctor. The fall of medical demography plays an important role in the AHC global organisation and in the needs of patients during this period.

Conclusion: AHC in Oise department needs improvements in order to allow a proper care of the patients, especially regarding the information of users, even if satisfaction is unanimous about OAC.

Key words: After-Hours Care, Office of Ambulatory Care, general practitioner, Oise, Emergency.

PARCOURS DE SOIN DES PATIENTS EN PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES DANS LE DEPARTEMENT DE L'OISE : EVALUATION DE LA CONSULTATION EN MAISON MEDICALE DE GARDE ET AUX URGENCES DANS LE SECTEUR DE BEAUVAIS.

Introduction : La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) est une organisation mise en place par les professionnels de santé afin de répondre aux demandes de soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture des cabinets. Dans le département de l'Oise, la PDSA est basée sur le développement des Maisons Médicales de garde (MMG). Nous avons cherché à connaître le parcours de soins des patients lors de la PDSA afin d'évaluer leur satisfaction et d'y apporter des pistes d'améliorations.

Matériel et Méthode : Une étude qualitative par entretiens téléphoniques semi-dirigés a été réalisée du 25/11/2017 au 21/01/2018 ; ont été inclus les patients de plus de 18 ans, venant par leurs propres moyens, consultant en MMG de Beauvais ou aux urgences du CH de Beauvais lors des heures d'ouverture de la MMG et classés CCMU I (Classification Clinique des Malades des Urgences).

Résultats : 29 patients ont été interrogés : 13 consultants en MMG et 16 consultants aux urgences. Les motivations d'une consultation lors de la PDSA étaient principalement dictées par une urgence ressentie. Les patients ayant consulté en MMG se disaient satisfaits du système mis en place. Les patients dans leur grande majorité ne connaissaient pas le système de soin lors de la PDSA mise en place dans le département ni les démarches à accomplir afin de pouvoir consulter un médecin. La chute de la démographie médicale joue un rôle important dans le fonctionnement global de la PDSA.

Conclusion : La PDSA dans l'Oise requiert certaines améliorations afin de permettre le juste soin des patients bien que la satisfaction vis-à-vis des MMG soit unanime, notamment concernant l'information des usagers.

Mots clefs : Permanence des soins ambulatoires, Maison médicale de garde, Médecin généraliste, Oise, Urgences.

PATIENTS CARE PATHWAY DURING AFTER HOUR CARE IN THE OISE DEPARTMENT : STUDY OF THE CONSULT AT THE OFFICE OF AMBULATORY CARE OR AT THE EMERGENCY IN THE SECTOR OF BEAUVAIS.

Introduction: The After-Hours Care (AHC) is an organisation created by health professionals, in order to respond to unscheduled care applications, with structured and adapted means, outside the opening hours of medical offices. It is a major public health problem. In the Oise department, the AHC is based on the development of the Office of Ambulatory Care (OAC). We have tried to better understand the patients care pathway during this AHC, in order to make improvements.

Methods: A qualitative study by telephone interviews was carried out between November 25, 2017 and January 21, 2018. Interviewed patients were over 18 years old, ranked CCMU1 (Clinical Classification for Emergency Patients), coming on their own to consult at the OAC or at the emergency department of Beauvais hospital, although the Beauvais OAC was open.

Results: 29 patients were interviewed, 13 of them consulting in OAC and 16 consulting at emergency. Consultations were mainly due to an emergency situation felt by the patients. Patients consulting in OAC said they were quite satisfied with the system put in place. A large majority of them did not know the care system put in place for AHC in the department, nor the steps to take to see a doctor. The fall of medical demography plays an important role in the AHC global organisation and in the needs of patients during this period.

Conclusion: AHC in Oise department needs improvements in order to allow a proper care of the patients, especially regarding the information of users, even if satisfaction is unanimous about OAC.

Key words: After-Hours Care, Office of Ambulatory Care, general practitioner, Oise, Emergency.