



HAL
open science

Évaluation de la connaissance de la permanence des soins ambulatoires par les usagers des urgences du Puy-de-Dôme les soirs et week-end

Audrey Lacassagne

► **To cite this version:**

Audrey Lacassagne. Évaluation de la connaissance de la permanence des soins ambulatoires par les usagers des urgences du Puy-de-Dôme les soirs et week-end. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02477498

HAL Id: dumas-02477498

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02477498v1>

Submitted on 13 Feb 2020

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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES



THÈSE D'EXERCICE

pour le **DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

par

LACASSAGNE, Audrey

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} octobre 2019



**EVALUATION DE LA CONNAISSANCE DE LA PERMANENCE DES SOINS
AMBULATOIRES PAR LES USAGERS DES URGENCES DU PUY-DE-DÔME LES
SOIRS ET WEEK-END**



Directeur de thèse : Monsieur BONNEMENT Cyril, Docteur, CH Issoire, Service des urgences

Président du jury : Monsieur SCHMIDT Jeannot, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Docteur et Maître de Conférence des Universités, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES	: JOYON Louis
UNIVERSITE D'AUVERGNE	: DOLY Michel
	: TURPIN Dominique
	: VEYRE Annie
	: DULBECCO Philippe
	: ESCHALIER Alain
PRESIDENTS HONORAIRES	: CABANES Pierre
UNIVERSITE BLAISE PASCAL	: FONTAINE Jacques
	: BOUTIN Christian
	: MONTEIL Jean-Marc
	: ODOUARD Albert
	: LAVIGNOTTE Nadine
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et	
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER	: BERNARD Mathias
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT	: DEQUIEDT Vianney
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	: WILLIAMS Benjamin
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE	: HENRARD Pierre
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA	
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE	: PEYRARD Françoise
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES	: PAQUIS François



UFR DE MEDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice

: **CHAZAL** Jean

DOYEN

: **CLAVELOU** Pierre

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe

Histologie-Embryologie Cytogénétique

M. AUMAITRE Olivier

Médecine Interne

M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENNAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L. 3
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

PROFESSEURS DE

1ère CLASSE

M. DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. BERGER Marc	Hématologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique

M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

PROFESSEURS DE

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale

M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent Anatomie –	Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

***MAITRES DE CONFERENCES
HORS CLASSE***

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

***MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE***

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

Mme CASSAGNES Lucie

Radiologie et Imagerie Médicale

M. LEBRETON Aurélien

Hématologie

MAITRES DE CONFERENCES DE

2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction

M. JABAUDON-GANDET Matthieu

Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale

M. BOUVIER Damien

Biochimie et Biologie Moléculaire

M. BUISSON Anthony

Gastroentérologie

M. COLL Guillaume

Neurochirurgie

Mme SARRET Catherine

Pédiatrie

M. MAQDASY Salwan

Endocrinologie, Diabète et Maladies
Métaboliques

Mme NOURRISSON Céline

Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte

Biophysique et Traitement de l'Image

Mme VAURS-BARRIERE Catherine

Biochimie Biologie Moléculaire

M. BAILLY Jean-Luc

Bactériologie Virologie

Mlle AUBEL Corinne

Oncologie Moléculaire

M. BLANCHON Loïc

Biochimie Biologie Moléculaire

Mlle GUILLET Christelle

Nutrition Humaine

M. BIDET Yannick

Oncogénétique

M. MARCHAND Fabien

Pharmacologie Médicale

M. DALMASSO Guillaume

Bactériologie

M. SOLER Cédric

Biochimie Biologie Moléculaire

M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale

A MON JURY DE THESE

A Monsieur le Professeur Jeannot SCHMIDT

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Philippe VORILHON,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur MCU Helene VAILLANT-ROUSSEL,

Tu me fais le plaisir et l'honneur de juger mon travail de thèse, après celui de mon mémoire de DES. Merci pour ces multiples relectures et ton accompagnement dans cet internat.

A Monsieur le Docteur Cyril BONNEMENT,

Merci d'avoir accepté de diriger cette dernière thèse, merci pour ces gardes où travail et bonne humeur se sont mêlés ; au plaisir de t'adresser mes patients dans l'avenir.

DEDICACES PERSONNELLES

A mes parents, présents depuis toute jeune pour me pousser et m'encourager à travailler. Je n'en serais pas là sans vous, merci pour tout, je vous aime. A mon frère adoré, microbe devenu grand. A mes quatre grands-parents chéris, qui gâtent toujours trop leur petite fille. A ma cousine chérie qui a déjà bénéficié d'un discours rien que pour elle. A mes oncles, tantes, cousin(e)s, pour tous ces moments de vie douce ensemble. A ma belle-famille, au pâté corrézien et votre esprit de famille.

A la DT, les fidèles depuis le lycée, à nos soirées, vacances et retrouvailles toujours précieuses.

A ma Cacouille, merci de t'être nommée Lanaret, début de toute notre amitié. A Loulou, tes titres cerclés de vert et rouge, tes cheveux désormais bouclés, et ta fiancée Améloche. A ma Julietta, à nos sous colles et à ton mariage, merci ma belle. A Marinours, ma souriante mariée de 2018, merci de faire un(e) pote à mon bébé d'amour ! A Alexane, merci pour le squat à la coloc toutes ces soirées. A Boud merci pour cette LCA et la voiture kiss cool. A PAC qui passe sa thèse même jour même heure et à Babar pour ces nuits à la coloc et ces trajets en voiture. A toute la DTC au complet Paup Anais Lolo Tom Célia Denver Flal Floflo pour Port Barcares, Lloret, nos soirées et nos amitiés. A mes blondes, ma Lodie et ma Bernardi, à la P1 et à notre amitié solide et sans chichi.

A mes co-internes, Laura Audrey et Céline, pour ce premier semestre costaud mais si agréable à vos côtés ! A toute la team des urgences, que de gardes, simulations et soirées avec vous. A Zoé Camille et Ioan pour cette ambiance bisounours pédiatrie et nos restos clermontois. A Camille V. pour ton patient apprentissage de la gynéco. A Lionel, n'oublie pas qu'il lui manque une case. A Lucie, ma précieuse découverte du dernier stage pour parler bébé.

A mes maitres de stages : A Nathalie Elise et Virginie, merci aux mamans que vous êtes de vous être si bien occupé des bébés internes que nous étions. A Anne, Pierrick et Mourad pour m'avoir formée de manière différente et complète à la médecine générale. A l'équipe des urgences du CHU pour votre apprentissage et soirées. A l'équipe pédiatrique de Vichy et aux sourires du personnel paramédical. A Jean-Damien et Yves, pour ce SASPAS prolongé. A Joëlle et Marie-Claude pour m'avoir éduquée et félicitation pour votre travail quotidien d'ETP. A encore Elise, Ahmed, Philippe, Betty et Marie-Hélène pour m'avoir appris la gériatrie et des astuces de jardinage.

Aux chefs de service des urgences du 63, merci d'avoir accepté que je réalise cette étude et m'avoir aidée à la mettre en place. A Alexandra Usclade pour son investissement au NHE.

Merci à Mathilde Vicard-Olagne pour vos réponses précises et rapides. Merci Charlotte Hirsch pour tes renseignements.

Merci aux statisticiens Bruno Perreira et Céline Lambert pour la rapidité impressionnante de votre réponse et travail, quel soulagement ce fut pour moi.

Le meilleur pour la fin. A mon chéri, mon amour. Du chemin en 8ans... A supporter ces interminables révisions, ces partiels, ces concours, ces gardes même si tu n'es pas en reste. A l'achat du casque pour que je puisse réviser en silence pendant que tu joues, à l'acquisition de notre nid d'amour et surtout à notre plus belle réussite, notre bébé d'amour, notre fils Aloïs, mini Schaub. Et à Pedro ouaf !

Table des matières

I. Introduction :	15
1. Les urgences et l'urgence :	15
2. Augmentation du nombre de passage aux urgences :	15
3. Consultations inappropriées :	16
4. Alternative aux urgences : la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et sa régulation : ..	17
5. PDSA dans le département du Puy-de-Dôme (63) :	18
6. Objectif.....	20
II. Méthode :	21
III. Résultats :	22
1. Descriptif de l'échantillon :	22
a. Selon les centres :	22
b. Selon le sexe :	22
c. Selon l'âge :	23
d. Selon consultation pédiatrique ou adulte :	23
e. Selon la provenance géographique :	23
2. En globalité :	23
3. Selon le centre hospitalier de recueil :	24
4. Selon la nature pédiatrique ou adulte de la consultation:	25
5. Selon le sexe :	27
6. Selon l'âge :	28
7. Selon la provenance géographique :	30
8. Origine de la connaissance de l'existence du médecin de garde :	32
IV. Discussion :	33
1- Discussion des résultats.....	33
a- En globalité :	33
b- Selon le centre hospitalier de recueil :	34
c- Selon la nature pédiatrique ou adulte de la consultation :	35
d- Par sexe :	35
e- Par âge :	35
f- Par provenance géographique :	36
g- Savoir joindre le MGG :	36
h- La source de l'information sur l'existence du médecin de garde :	37
2. Discussion de notre étude :	37
a- Biais :	37

b-	Méthode :.....	37
3.	Notre étude au sein des autres :	39
4.	Amélioration de la communication :	40
a-	Sur l'existence de la PDSA :	40
b-	Sur la régulation médicale téléphonique :	40
c-	Dans notre département :.....	41
d-	Les moyens de communication :	41
e.	Oui mais :	42
f.	Ouverture :	42
V.	Conclusion :.....	42
VI.	Bibliographie :	44
VII.	Annexes :	47
VIII.	Abréviations :	54
IX.	Serment d'Hippocrate :	55

I. Introduction :

1. Les urgences et l'urgence :

L'agence régionale de santé (ARS) a défini le 14 février 2017 les structures d'urgences comme étant un service hospitalier qui assure la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé 24h/24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique [1].

L'urgence médicale est définie comme « toute situation où l'absence de prise en charge rapide pourrait avoir des conséquences physiques ou psychiques durables » [2].

Les structures d'urgence ne sont pas remplies que par des urgences médicales. Patient et médecin ne qualifient pas « d'urgent » les mêmes symptômes, l'urgence ressentie étant parfois surestimée ou sous-estimée par le patient [3].

2. Augmentation du nombre de passage aux urgences :

Nous observons ces dernières années un accroissement constant du nombre de consultations aux urgences, en France tout comme à l'étranger [4]. En France en 2001, 13.6 millions de passages aux urgences ont été enregistrés. Le chiffre s'élève en 2012 à 18.4 millions et à 21.2 millions en 2016 [5] (20,2 millions pour la France métropolitaine, hors service de santé des armées [6]). Selon le rapport de 2019 de la Cour des Comptes et selon l'étude de la Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2013, cela représente une augmentation de 3.6% des passages annuels dans les 719 structures des urgences situées dans 641 établissements de santé. Les dépenses liées aux consultations aux urgences, avec l'hospitalisation en UHCD et sans les hospitalisations en autre service, s'élèvent à 3.1 milliard d'euros. [7].

La majoration des passages aux urgences crée des services qui fonctionnent à flux tendu avec un mécontentement généralisé. On relèverait 154 services d'urgences en grève en 2019

selon le collectif inter urgences. L'accroissement du nombre de consultations se heurte en aval à une diminution du nombre de lits d'hospitalisation, avec une fermeture de 60 000 lits en 12ans [8]. On se retrouve face à une impossibilité mathématique d'hospitaliser rapidement les patients le requérant en service approprié, et ces derniers restent donc plus longtemps dans le service d'accueil des urgences, jusqu'à l'engorgement.

3. Consultations inappropriées :

Tous les recours aux services d'accueil des urgences ne sont pas adéquats. L'étude de la DREES en 2013 a apprécié cette adéquation, en classant les motifs de consultation aux urgences de 0/10 si ce n'était nullement adéquat, à 10/10 en cas d'adéquation totale. Sur 52 018 patients, 14 122 étaient classés en adéquation inférieure ou égale à 4/10, soit 27.15%. En se restreignant à la région Auvergne, on obtient une adéquation inférieure ou égale à 4/10 de 24.5%.

Par ailleurs, il est estimé que de 10 à 20% des passages aux urgences sont classés CCMU 1, c'est-à-dire ne nécessitent aucun acte d'imagerie ou de biologie médicale [9]. Ces passages peuvent être pris en charge en ville.

Sur la base d'une enquête partielle réalisée par la direction générale de l'offre de soins, on peut estimer le nombre de passages aux urgences non immédiatement suivis d'hospitalisation aux horaires de PDSA à 2,55 millions en 2009 et 2,78 millions en 2010[10]. Ce chiffre se majore.

Un français sur cinq se rend aux urgences lorsqu'il n'arrive pas à avoir un rendez-vous auprès d'un professionnel de santé dans un délai jugé raisonnable [11]. La majorité des patients consultant aux urgences sans être hospitalisée vient sans avis médical préalable et à peine plus du quart a tenté de joindre leur médecin traitant [12].

De nombreuses raisons sont avancées pour expliquer ce mauvais usage du service des urgences. Les patients désirent une réponse rapide à leur problème de santé et consultent aux urgences dans ce but. De plus ils ignorent les alternatives médicales qui s'offrent à eux. [13]

4. Alternative aux urgences : la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et sa régulation :

La permanence des soins ambulatoires est une mission de service public inscrite dans la loi. Ce dispositif garantit à la population l'accès à un médecin pour des soins non programmés la nuit, les week-ends et les jours fériés et est encadré par les agences régionales de santé. Ces dernières se sont substituées dans la quasi-totalité de leurs attributions aux préfets de département depuis la loi HPST de 2009. [14]

Un mouvement de grève des gardes en 2001 aboutit en 2002 au retrait de l'obligation de garde du code de déontologie de la profession médicale. Un système collectif fondé sur le volontariat est créé. Les médecins s'inscrivent au tableau de garde et le Conseil départemental de l'Ordre le recueille. Cette réforme a également changé le mode d'accès aux soins.

L'accès au médecin de garde en horaire de PDSA se fait après un entretien téléphonique avec un médecin : la régulation médicale téléphonique. Elle est accessible par le 15 ou par un numéro spécifique national inscrit dans le projet de loi de Santé. Un numéro 116 117 a été mis en place dans certaines régions comme numéro officiel de la permanence des soins ambulatoires, accessible à partir de 20h le soir [15]. Ce numéro avait vocation à devenir le numéro national référent. La loi HPST votée le 21 juillet 2009 définit en son article 49 un cadre législatif applicable à la régulation médicale : « La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence

des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels. » [16]

Le médecin régulateur dispense des conseils, envoie des moyens sur place, ou oriente le patient vers un effecteur de PDSA (dans son cabinet, une maison médicale, ou en visite). Une communication claire et globale n'a jamais été effectuée sur cette disparition des listes et numéros de médecins de garde publiées dans la presse locale ni sur cette régulation téléphonique.

La France est divisée en territoires sur lesquels un tour de garde est mis en place entre médecins volontaires. Le nombre de territoires a été divisé par deux, passant de 3770 en 2002 à 1707 en 2014, souvent pour permettre le maintien de la PDSA dans des zones sous médicalisées, parfois pour des raisons d'économies décidées par les ARS. De moins en moins de départements enregistrent un taux de médecins volontaires supérieur à 60% : 73% des départements en 2012 contre 63% 2014[17]. En absence de médecin de garde, un signalement peut être émis à l'ARS et une assignation peut être effectuée par le préfet, ce qui est rarement appliqué en pratique.

5. PDSA dans le département du Puy-de-Dôme (63) :

Dans notre département du Puy-de-Dôme, la sectorisation de la permanence des soins ambulatoires est différente entre journée, nuit (20h-minuit) et nuit profonde (minuit-8h).

En nuit profonde, de minuit à huit heures du matin, les seuls médecins généralistes de gardes sont les suivants :

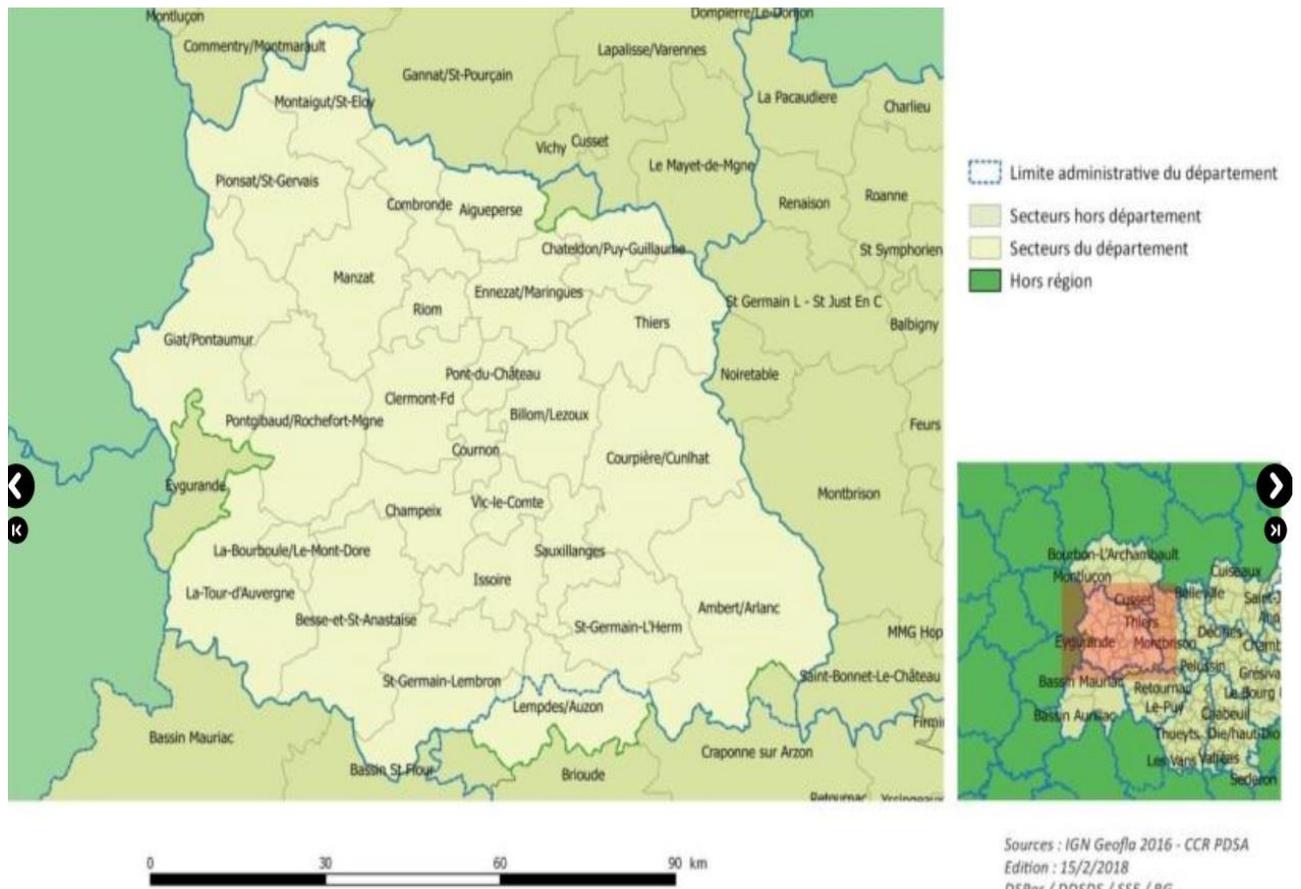
- 1 à SOS médecin à Clermont-Ferrand,
- 2 à l'AMUAC (association médicale d'urgence de l'agglomération clermontoise)
- 1 à la maison médicale de garde de Volvic. Cette dernière couvre les secteurs suivants définis par l'ARS : Aigueperse, Combronde, Ennezat/Maringues, Manzat, Riom.

Les secteurs de Thiers, Issoire, Ambert, Cournon, Rochefort-Montagne, Montaigut Pionsat et du Mont-Dore sont donc dépourvus de permanence de soins ambulatoires en nuit profonde (00h-8h).

Hors nuit profonde, le Puy-de-Dôme est réparti en secteur comme illustré par la carte ci-dessous [18]. Nous retrouvons les secteurs de Aigueperse, Ambert/Arlanc, Besse et Saint Anastaise, Billom/Lezoux, Champeix, Chateldon/ Puy-Guillaume, Clermont-Ferrand, Combronde, Cournon, Courpière/Cunlhat, Ennezat/Maringues, Giat/Pontaumur, Issoire, La Bourboule/Le Mont Dore, La Tour d'Auvergne, Manzat, Montaigut / Saint Eloy, Pionsat/ Saint Gervais d'Auvergne, Pont du Château, Pontgibaud / Rochefort Montagne, Riom, Sauxillanges, Saint Germain Lembron, Saint Germain l'Herm, Thiers, Vic-le-Comte.

Dans chacun de ces secteurs, chaque jour de la semaine de 20 heures à minuit, un médecin généraliste est potentiellement de garde pour consulter en cabinet ou à domicile les patients qui le nécessitent. Il en est de même le week-end : le samedi de midi à minuit et le dimanche de huit heures à minuit. Certaines zones sous dotées en médecin généraliste ne peuvent assurer une garde quotidienne, les gardes se faisant sur la base du volontariat. Les consultations sont régulées par appel au 15. Seul le secteur de Cournon est régulé en interne et non par le SAMU par un médecin de garde et les horaires de PDSA sont de 19h à 23h, contre 20h à minuit pour tous les autres secteurs. Un numéro est dédié à la maison médicale de garde de Cournon, tout comme il existe un numéro direct pour joindre SOS médecin et l'AMUAC.

Avec un tel réseau de médecin généraliste de garde (MGG) disponible jusqu'à minuit, comment peut-on expliquer le recours inadapté des patients au service des urgences plutôt qu'au médecin généraliste de garde ?



6. Objectif

La détermination de la proportion des passages qui relève de la PDSA par rapport à celle qui correspond à l'activité normale des services d'urgence soulève des difficultés. Elle demanderait une expertise de nature médicale, or aucune règle n'existe à ce sujet. [19] Le ministère de la santé n'a pas jusqu'à ce jour mené d'étude approfondie sur cette question de consultation inappropriée.

Consulter de prime abord le médecin généraliste de garde permettrait un tri et un premier regard sur les patients, afin de n'adresser aux urgences que les cas qui le requièrent et de traiter les autres en ville. Cela éviterait certains passages inappropriés et ôterait un peu de la charge de travail des équipes des services d'urgence. Pour pouvoir consulter ce médecin, encore faut-il connaître son existence et le moyen de le joindre.

Nous émettons l'hypothèse qu'une partie de ces consultations inappropriées aux urgences est due à une mauvaise communication et une méconnaissance de l'existence du médecin de garde le soir et les week-ends par les patients.

Cette thèse a pour objectif de quantifier la part de patients consultant aux urgences publiques du Puy-de-Dôme les soirs et week-end pour un motif relevant de la permanence des soins ambulatoires et qui ignore l'existence d'un médecin de garde, ou le moyen de le contacter.

II. Méthode :

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale quantitative multicentrique. Les patients ont été inclus dans les services d'accueil des urgences des centres hospitaliers de Riom, Thiers, Ambert, Issoire et les centres hospitaliers universitaires de Clermont-Ferrand Gabriel Montpied et Nouvel Hôpital Estaing.

Un questionnaire a été distribué dans les services d'accueil d'urgences publiques du Puy-de-Dôme du lundi 25 mars 2019 au dimanche 28 avril 2019 inclus soit pendant cinq semaines. Les questionnaires ont été distribués par l'infirmière d'accueil et orientation dans les centres qui en disposent, ou par le personnel médical ou paramédical dans les autres cas ; les questionnaires ont été recueillis par le personnel médical ou paramédical. Une seconde inclusion a été réalisée a posteriori par mes soins par appel téléphonique des patients incluables qui n'avaient pas rempli ce questionnaire lors de leur passage aux urgences.

Les critères d'inclusion étaient : être majeur ou consulter pour un enfant de plus de trois mois, consulter de 20 heures à minuit en semaine, de midi à minuit le samedi et de huit heures à minuit le dimanche, venir de soi-même par ses moyens personnels.

Les critères d'exclusion étaient : être mineur, consulter pour un enfant de moins de trois mois, consulter pour un motif traumatologique ou psychiatrique, estimer son échelle visuelle

analogique de douleur supérieure ou égale à 6/10, avoir été régulé et/ou amené par ambulance, pompiers, SMUR, être adressé par son médecin ou le SAMU, barrière de langue ou déficit mental, refus.

Le calcul des résultats se fait par tableur Excel. L'analyse statistique s'effectue avec le test Chi 2.

III. Résultats :

252 patients ont été inclus dans l'étude, et 250 ont rendu un questionnaire exploitable.

1. Descriptif de l'échantillon :

a. Selon les centres :

Nous avons obtenu 28 questionnaires remplis au CH d'Ambert (11.2%), 34 questionnaires remplis au CHU Gabriel Montpied (13.6%), 51 questionnaires remplis au CH d'Issoire (20.4%), 87 questionnaires remplis au CHU Estaing (34.8%), 30 questionnaires remplis au CH de Riom (12%), 20 questionnaires remplis au CH de Thiers (8%).

Centre	Nombre de questionnaire	pourcentage
Ambert	28	11.2
GM	34	13.6
Issoire	51	20.4
NHE	87	34.8
Riom	30	12
Thiers	20	8
Total	250	100

b. Selon le sexe :

170 questionnaires remplis par des femmes (68%) et 80 par des hommes (32%).

c. Selon l'âge :

45 questionnaires remplis par les 18-25ans (18%), 188 questionnaires remplis par les 26-60ans (75.2%) et 17 par les plus de 61ans (6.8%).

d. Selon consultation pédiatrique ou adulte :

121 questionnaires remplis pour une consultation pédiatrique (48.4%) et 129 pour une consultation adulte (51.6%).

e. Selon la provenance géographique :

233 questionnaires remplis par des habitants du Puy-de-Dôme (93.2%) et 17 par des habitants d'autre département (6.8%).

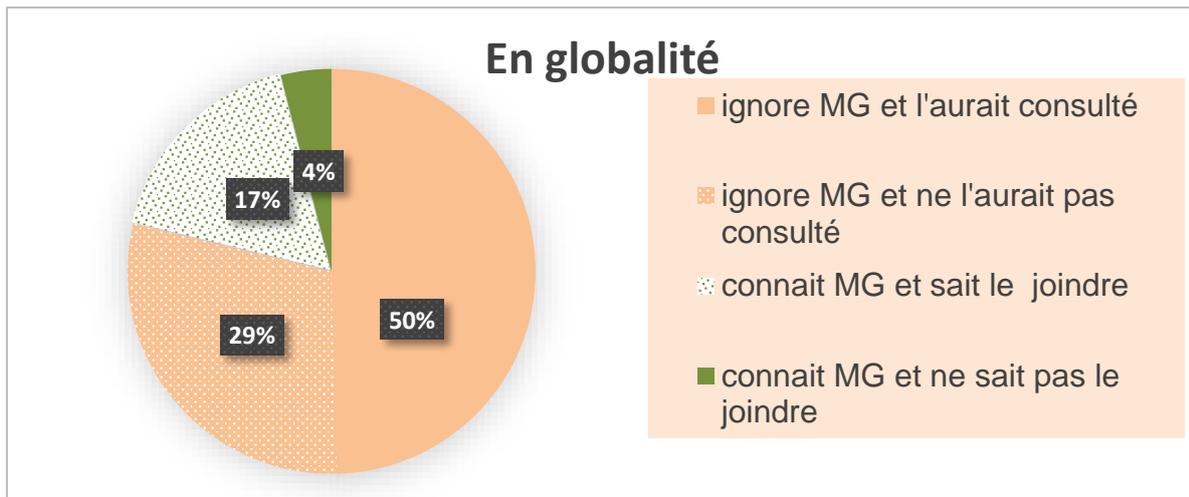
2. En globalité :

197 patients (78.8%) déclarent ignorer si un médecin généraliste est de garde dans leur secteur. 53 patients (21.2%) déclarent connaître l'existence du médecin généraliste de garde.

- Parmi les 197 patients ignorant l'existence du MGG, 124 patients l'auraient consulté s'ils en avaient eu connaissance (62.9%) et 73 ne l'auraient pas consulté (37.1%).
- Parmi les 53 patients qui connaissent l'existence d'un médecin généraliste de garde, 10 ne savent pas comment le joindre (18.9%) et 43 savent le joindre (81.1%).

Sur l'ensemble des questionnaires étudiés, 124 patients sur 250 seraient allés voir le médecin de garde s'ils en avaient eu connaissance, soit 49.6% de consultations inappropriées évitées.

L'origine de la connaissance du médecin généraliste de garde a été renseignée par 30 patients sur les 53 (56.6%). 5 patients détenaient l'information par leur médecin traitant (16.7%), 7 par le bouche à oreille (23.3%), 9 par un appel au SAMU (30%), 3 par une précédente consultation (10%), 1 par la mairie (3.3%), 4 par internet (13.3%) et 1 par le journal (3.3%).



3. Selon le centre hospitalier de recueil :

Au CHU Estaing :

- 63 parents (72.4%) ignorent s'ils disposent d'un MGG sur leur secteur, parmi eux 44 (69.8%) l'auraient consulté et 19 non (30.2%).
- Sur les 24 parents (27.6%) qui connaissent l'existence du MGG, 4 parents (16.7%) ignorent comment le contacter.

Au CH de Riom :

- 25 patients (83.3%) ignorent s'ils disposent d'un MGG sur leur secteur, parmi eux 13 (52%) l'auraient consulté et 12 non (48%).
- Sur les 5 patients (16.7%) qui connaissent l'existence du MGG, aucun (0%) n'ignore comment le contacter.

Au CH d'Issoire :

- 43 patients (84.3%) ignorent s'ils disposent d'un MGG sur leur secteur, parmi eux 29 (67.4%) l'auraient consulté et 14 non (32.6%).
- Sur les 8 patients (15.69%) qui connaissent l'existence du MGG, 2 patients (25 %) ignorent comment le contacter.

Au CHU Gabriel Montpied :

- 31 patients (91.2%) ignorent s'ils disposent d'un MGG sur leur secteur, parmi eux 16 (51.6%) l'auraient consulté et 15 non (48.4%).
- Sur les 3 patients (8.8%) qui connaissent l'existence du MGG, 2 patients (66.7%) ignorent comment le contacter.

Au CH d'Ambert :

- 22 patients (78.6%) ignorent s'ils disposent d'un MGG sur leur secteur, parmi eux 15 (68.2%) l'auraient consulté et 7 (31.8%) non.
- Sur les 6 patients (21.4%) qui connaissent l'existence du MGG, 2 patients (33.3%) ignorent comment le contacter.

Au CH de Thiers :

- 13 patients (65%) ignorent s'ils disposent d'un MGG sur leur secteur, parmi eux 6 (46.2%) l'auraient consulté et 7 non (53.8%).
- Sur les 7 patients (35%) qui connaissent l'existence du MGG, aucun n'ignore comment le contacter.

Il est difficile de faire des analyses comparatives à cause du nombre élevé de centres. Les p-value sont données à titre indicatif.

La différence sur la connaissance du MGG entre les centres est non significative $p=0.12$.

La différence sur la volonté de consulter le MGG entre les centres est non significative $p=0.17$.

La différence sur la connaissance de la façon de joindre le MGG entre les centres est non significative $p=0.14$.

4. Selon la nature pédiatrique ou adulte de la consultation:

Sur les 250 patients, 121 consultaient pour leur enfant soit 48.4% :

Le pourcentage de questionnaires remplis pour une consultation de pédiatrie est variable selon les centres : 100% au CHU Estaing, 0% au CHU Gabriel Montpied, 0% à Riom, 35.3% à Issoire, 46.4% à Ambert et 15% à Thiers.

Parmi les patients consultant pour eux-mêmes :

- 108 patients (83.7%) ignorent s'ils disposent d'un MGG sur leur secteur, parmi eux 61 (56.5%) l'auraient consulté et 47 non (43.5%).
- Sur les 21 qui connaissent l'existence du MGG, 5 patients (23.8%) ignorent comment le contacter.

Parmi les patients consultant pour leur enfant :

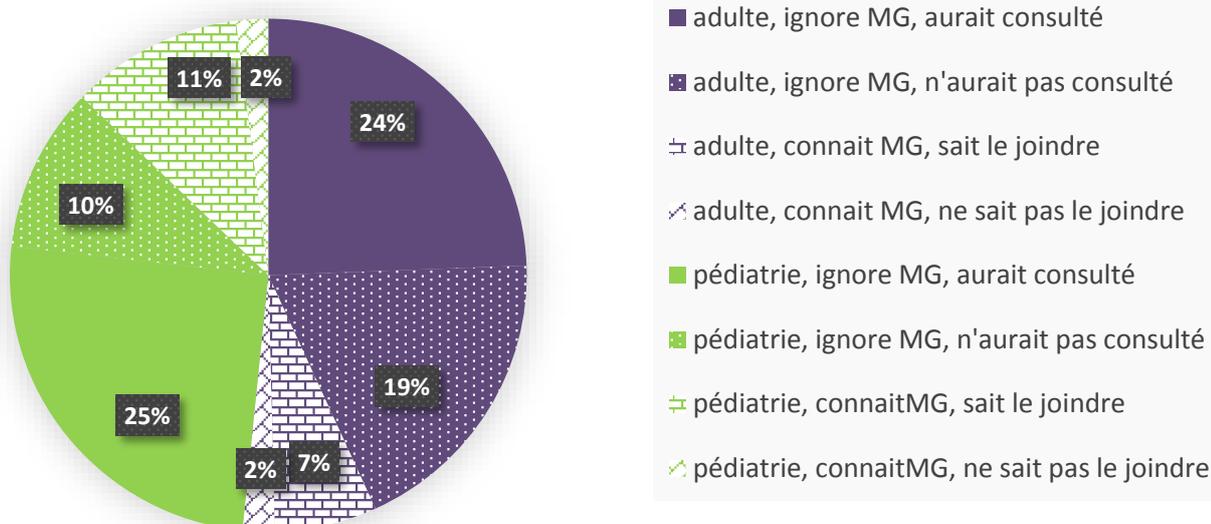
- 89 parents (73.6%) ignorent s'ils disposent d'un MGG sur leur secteur, parmi eux 63 (70.8%) l'auraient consulté et 26 (29.2%) non.
- Sur les 32 qui connaissent l'existence du médecin de garde, 5 parents (15.6%) ignorent comment le contacter.

La différence sur la connaissance du MGG entre consultation pour son enfant ou pour soi-même est significative $p=0.049$. Les parents connaissent plus l'existence du MGG.

La différence sur la volonté de consulter le MGG entre consultation pour son enfant ou pour soi-même est significative $p=0.04$. Les parents consulteraient plus volontiers le MGG pour leurs enfants.

La différence sur la connaissance de la façon de joindre le MGG entre consultation pour son enfant ou pour soi-même est non significative $p=0.49$.

Selon consultation adulte ou pédiatrique



5. Selon le sexe :

Le pourcentage de questionnaires remplis par une femme dans les différents centres est variable : 70% aux urgences de Riom, 73.5% aux urgences de Gabriel Montpied, 65.5% aux urgences du CHU Estaing, 65% aux urgences de Thiers, 67.9% aux urgences d'Ambert, 68.6% aux urgences d'Issoire.

Parmi les femmes :

- 137 femmes (80.6%) ignorent si elles disposent d'un MGG sur leur secteur, parmi elles 86 (62.8%) l'auraient consulté et 51 non (37.2%).
- Sur les 33 femmes (19.41%) qui connaissent l'existence du médecin de garde, 7 d'entre elles (21.2%) ne savent pas comment le contacter.

Parmi les hommes :

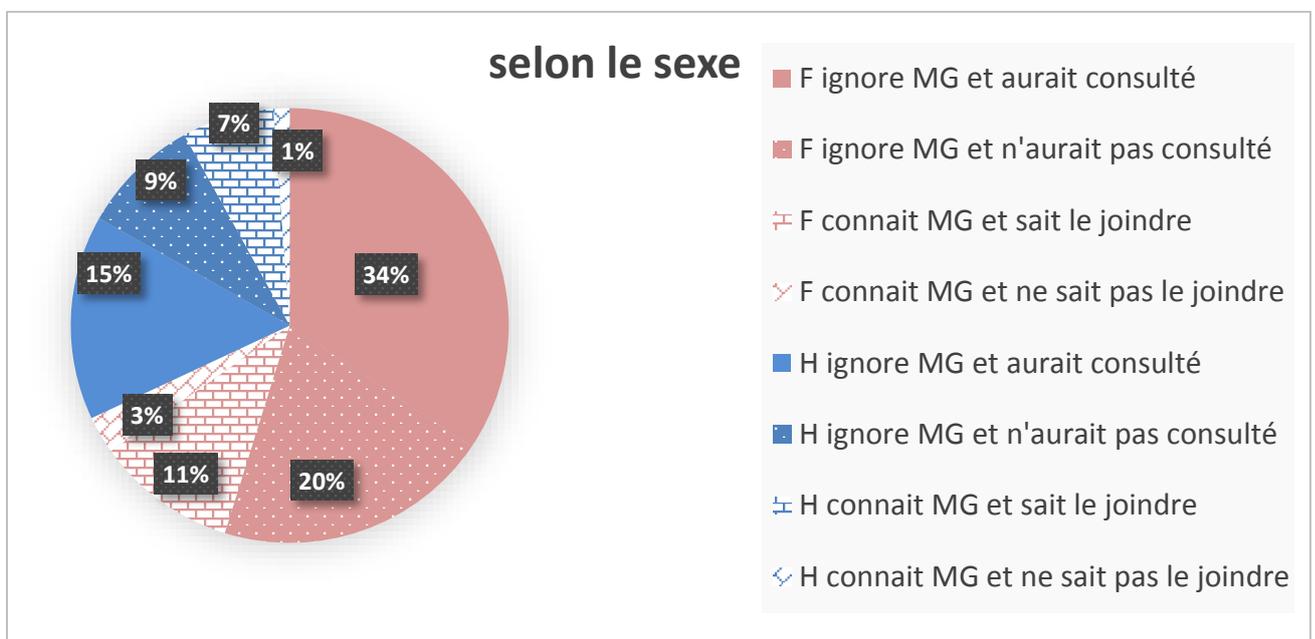
- 60 hommes (75%) ignorent s'ils disposent d'un MGG sur leur secteur, parmi eux 38 (63.3%) l'auraient consulté et 22 (36.7%) non.

- Sur les 20 hommes (25%) qui connaissent l'existence du médecin de garde, 3 d'entre eux (15%) ne savent pas comment le contacter.

La différence sur la connaissance du MGG entre homme et femme est non significative $p=0.31$.

La différence sur la volonté de consulter le MGG entre homme et femme est non significative $p=0.92$.

La différence sur la connaissance sur la façon de joindre le MGG entre homme et femme est non significative $p=0.73$.



6. Selon l'âge :

Les > 61 ans :

- 12 patients (70.6) % ignorent s'ils disposent d'un MGG sur leur secteur, parmi eux 6 (50%) l'auraient consulté et 6 non (50%).
- Sur les 5 patients (29.4%) qui connaissent l'existence du MGG, aucun (0%) n'ignore comment le contacter.

Les 26- 60 ans :

- 151 patients (80.3%) ignorent s'ils disposent d'un MGG sur leur secteur, parmi eux 94 (62.3%) l'auraient consulté et 57 non (37.7%).
- Sur les 37 patients (19.7%) qui connaissent l'existence du MGG, 6 patients (16.2%) ignorent comment le contacter.

Les 18-25 ans :

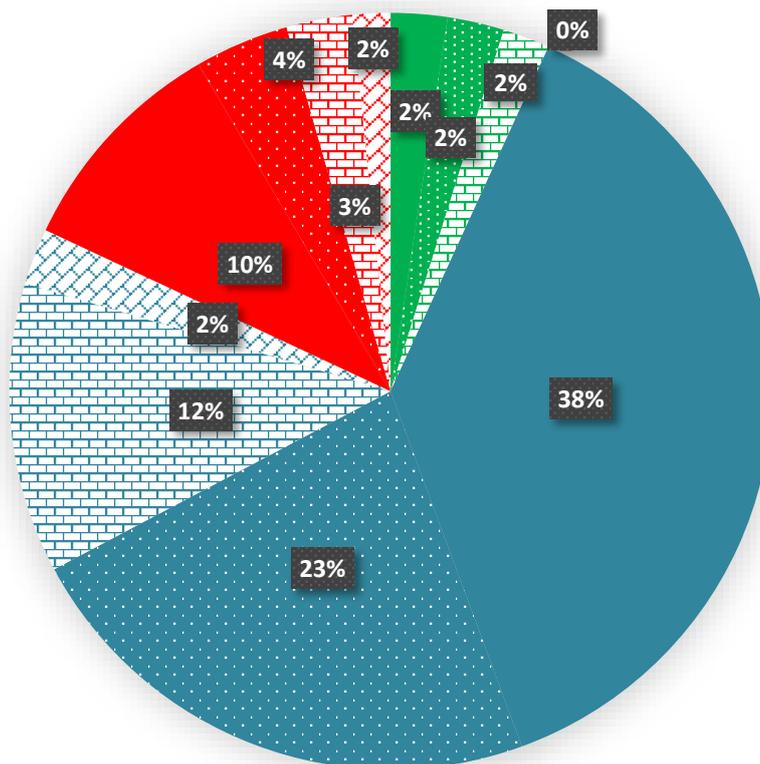
- 34 patients (75.6%) ignorent s'ils disposent d'un médecin de garde sur leur secteur, parmi eux 24 (70.6%) l'auraient consulté et 10 non (29.4%).
- Sur les 11 patients (24.4%) qui connaissent l'existence du MGG, 4 patients (36.4%) ignorent comment le contacter.

La différence sur la connaissance du MGG selon les tranches d'âge est non significative $p=0.47$.

La différence sur la volonté de consulter le MGG selon les tranches d'âge est non significative $p=0.51$.

La différence sur la connaissance sur la façon de joindre MGG selon les tranches d'âge est non significative $p=0.26$.

selon l'âge



■ >61 , ignore MG, aurait consulté

▤ > 61, connaît MG, sait le joindre

■ 26-60, ignore MG, aurait consulté

▤ 26-60, connaît MG, sait le joindre

■ 18-25, ignore MG, aurait consulté

▤ 18-25, connaît MG, sait le joindre

■ > 61, ignore MG, n'aurait pas consulté

■ > 61, connaît MG, ne sait pas le joindre

■ 26-60, ignore MG, n'aurait pas consulté

▤ 26-60, connaît MG, ne sait pas le joindre

■ 18-25, ignore MG, n'aurait pas consulté

▤ 18-25, connaît MG, ne sait pas le joindre

7. Selon la provenance géographique :

Le pourcentage de questionnaires remplis par des personnes n'habitant pas le département 63 dans les différents centres est variable : 0% aux urgences de Riom, 5.9% aux urgences de Gabriel Montpied, 5.7% aux urgences du CHU Estaing, 0% aux urgences de Thiers, 3.5 % aux urgences d'Ambert, 17.6% aux urgences d'Issoire.

Les habitants du Puy-de-Dôme :

- 183 (78,5 %) ignorent s'ils disposent d'un MGG sur leur secteur, parmi eux 116 patients (63.4%) l'auraient consulté et 67 non (36.6%).
- Sur les 50 patients (21.5%) qui connaissent l'existence du MGG, 8 d'entre eux (16%) ignorent comment le contacter.

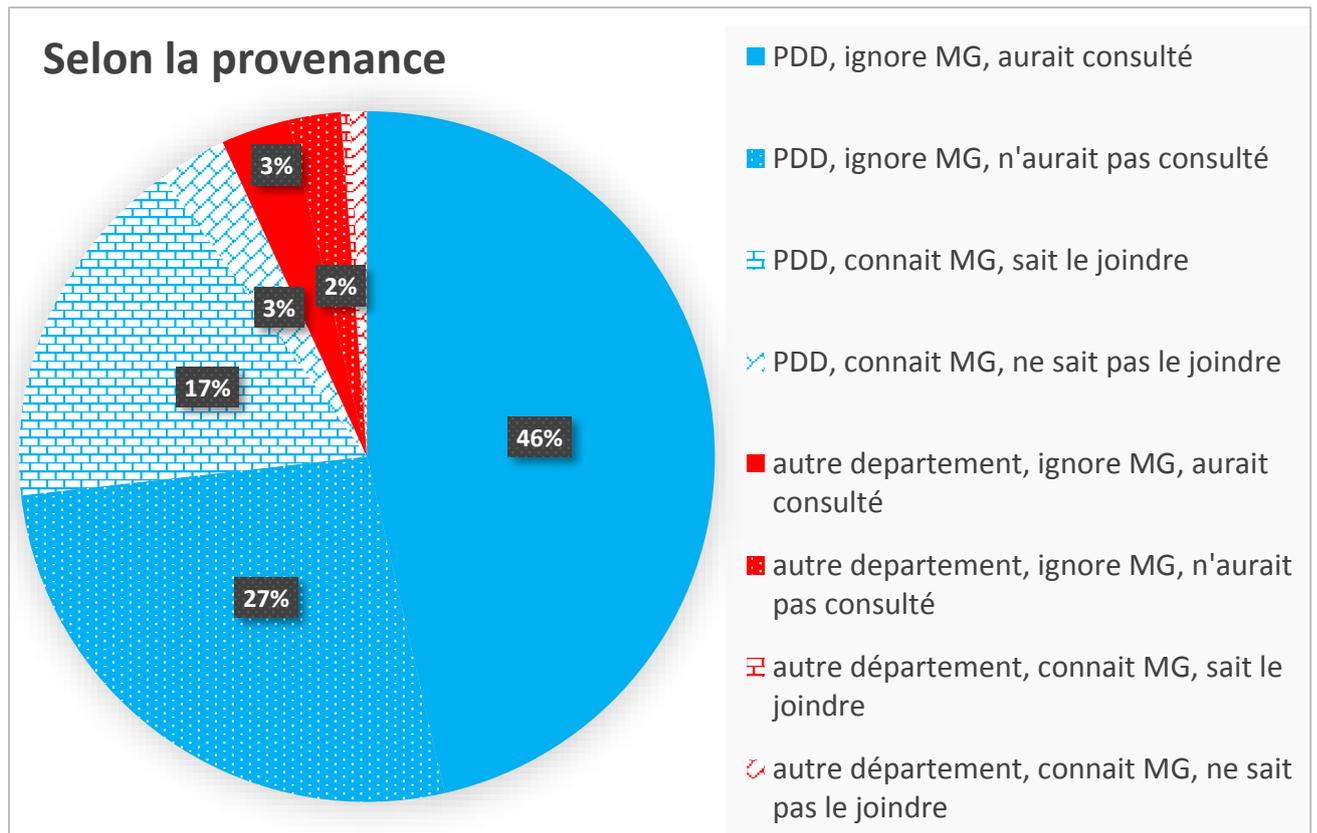
Les habitants hors Puy-de-Dôme :

- 14 (82.4 %) ignorent s'ils disposent d'un MGG sur leur secteur, parmi eux 8 patients (57.1%) l'auraient consulté et 6 (42.9%) non.
- Sur les 3 (17.65%) qui connaissent l'existence du MGG, 2 d'entre eux (66.7%) ignorent comment le contacter.

La différence sur la connaissance du MGG selon la provenance géographique est non significative $p=1.00$.

La différence sur la volonté de consulter le MGG selon la provenance géographique est non significative $p=0.65$.

La différence sur la connaissance sur la façon de joindre MGG selon la provenance géographique est non significative $p=0.09$.

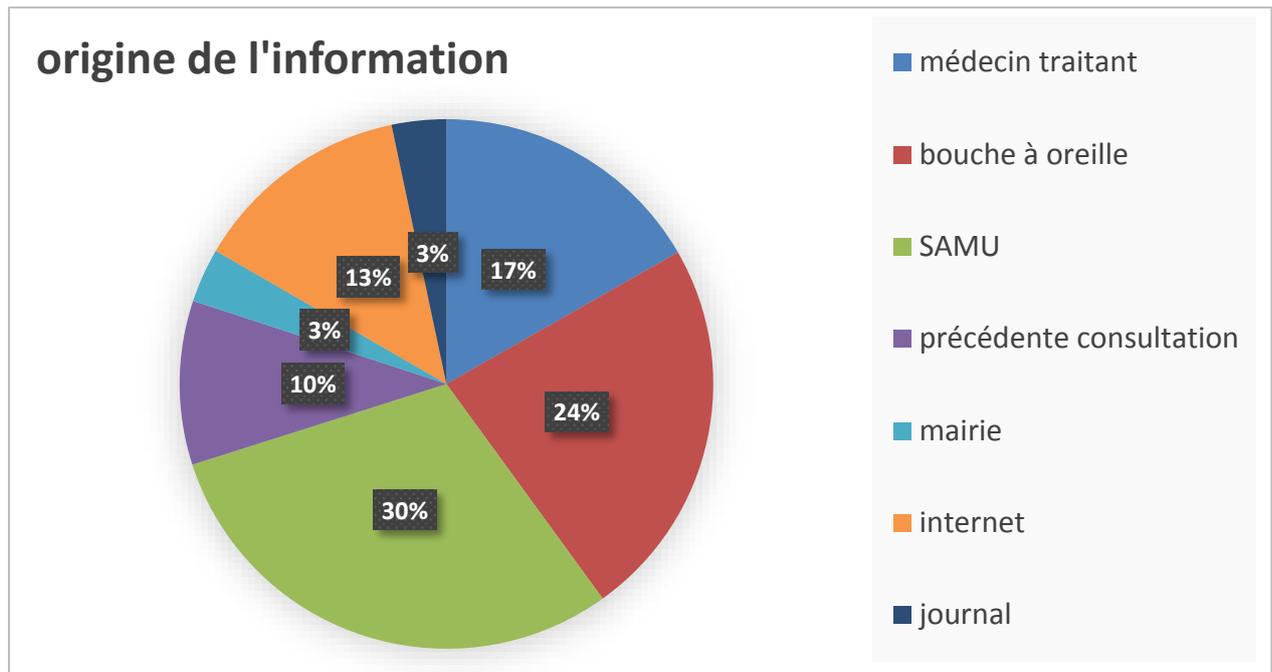


8. Origine de la connaissance de l'existence du médecin de garde :

Certains patients connaissaient l'existence du médecin de garde : 53/250 soit 21.2%.

Parmi eux, 30 patients ont expliqué d'où ils détenaient l'information, comme demandé dans le questionnaire.

Ils étaient informés par leur médecin traitant à 16.7%, par le bouche à oreille à 23.3%, par le SAMU à 30%, par une précédente consultation à 10%, par leur mairie à 3.3%, par internet à 13.3%, par leur journal à 3.3%.



IV. Discussion :

1- Discussion des résultats :

a- En globalité :

Comme supposé, la part de méconnaissance du médecin de garde est grande. 78.8% des patients ignorent s'ils disposent d'un MGG sur son secteur, soit plus de trois quart des patients venant pour une consultation estimée inappropriée.

Sur l'ensemble des patients questionnés, 49.6% déclarent qu'ils seraient allés voir le médecin de garde s'ils en avaient eu connaissance. 49.6% des consultations inappropriées seraient donc évitables avec une meilleure communication et information du grand public sur la PDSA.

Sur la période d'inclusion, il y a eu 1654 passages au CH de Riom, 1755 au CH d'Issoire, 5421 au CHU Gabriel Montpied, 3139 au CHU Estaing. 124 consultations auraient pu être évitées, la proportion est très faible, mais existe tout de même, et c'est surtout l'agacement du corps médical qui serait réduit.

A l'inverse, 37,1% des patients ignorant l'existence du médecin généraliste de garde ne seraient pas allés le voir. L'éducation des patients par le médecin généraliste permettrait une meilleure évaluation de l'urgence ressentie et une orientation vers les structures de soins adaptées, afin de diminuer une certaine attitude consumériste du patient face aux soins. [20] L'éducation est globale, elle pourrait être initiée dès la scolarité, poursuivie par le médecin traitant, et par des messages radio ou télévisés.

b- Selon le centre hospitalier de recueil :

Le centre où nous avons inclus le plus de patient est le CHU Estaing : 87 questionnaires ce qui correspond à 34.8% de notre étude. En effet, les critères d'inclusion étaient plus facilement adéquats pour eux. Beaucoup moins d'enfants sont amenés par pompier et ambulance par exemple.

Les autres centres intervenant sur de la pédiatrie ont permis d'inclure plus également, par rapport au nombre de passages journaliers, notamment à Issoire avec 51 questionnaires et Ambert avec 28 questionnaires.

Le nombre d'inclusions au CHU de Gabriel Montpied est plutôt semblable aux autres centres (hors NHE) malgré le nombre de passages journaliers beaucoup plus important. Beaucoup de patients étaient exclus, car relevaient de la traumatologie ou de la psychiatrie, cette dernière représentant 15% des passages aux urgences [21]. Les patients âgés sont nombreux et arrivent surtout par pompier ou ambulance et étaient de ce fait exclus.

A Clermont-Ferrand il existe une permanence des soins continue avec SOS médecin et l'AMUAC. C'est pourtant au CHU que l'on trouve la plus grande part de méconnaissance du MGG parmi les consultations inappropriées (91.2%) et à Thiers la plus faible (65%). L'absence d'alternative médicale connue est plus fréquente dans les lieux où la permanence des soins est plus conséquente [22].

C'est à Ambert, Issoire, et au NHE que les patients auraient le plus volontiers consultés le MGG s'ils en avaient eu connaissance (68.2%, 67.4%, 66.7%). A l'opposé, Thiers est le centre hospitalier où les patients sont les moins enclins à consulter le MGG (38.5%). C'est également à Thiers que la connaissance de l'existence du MGG est la meilleure (35% des interrogés). Ces derniers savaient comment le joindre. Le problème dans cette zone découle en partie de la carence en MGG, et du nombre important de soirs et week-end dépourvus de MGG. Ce souci a été noté et rapporté de nombreuses fois au téléphone.

c- Selon la nature pédiatrique ou adulte de la consultation :

On retrouve dans cette partie la seule différence significative de notre étude. Les parents amènent plus volontiers leur enfant au MGG, s'ils en ont connaissance, que pour eux-mêmes. Souvent en pédiatrie il s'agit de consultation de ville classique, pour fièvre, gastro, virose, mais les parents se trouvent dépourvus car ne connaissent pas l'existence du MGG et amènent leur enfant aux urgences. Une éducation par le pédiatre ou dès la maternité pourrait être proposée, en informant sur l'existence du MGG.

d- Par sexe :

Une majorité des questionnaires a été remplie par des femmes. Nous ne pouvons expliquer pourquoi. Consultent-elles plus aux urgences que les hommes ? Non. [23] Les enfants des consultations pédiatriques étaient-ils plus amenés par leur mère ? Non plus, car au CHU Estaing, 65.5% des questionnaires étaient remplis par des femmes contre 73.5% au CHU Gabriel Montpied et 70% au CH de Riom, ces deux derniers centres n'incluant aucune consultation pédiatrique dans notre étude.

e- Par âge :

Peu de patients de plus de 61 ans ont pu être inclus dans notre étude, seulement 17 sur 250 soit 6.8%. En effet, les patients plus âgés sont également plus fragiles, et sont souvent amenés aux urgences par ambulance ou pompiers, ce qui les excluait de l'étude.

Savoir joindre le médecin de garde semble être acquis avec l'âge, en effet plus on vieillit et plus on sait comment le joindre. Parmi les patients connaissant l'existence du MGG, 100% des plus de 61ans savaient le joindre, contre 83.8% des 26-60ans et seulement 63.6% des 18-25ans, sans différence significative retrouvée.

Une fois l'information de l'existence du MGG donnée, les plus jeunes l'auraient plus volontiers consultés (67.6%), suivi des 26-60ans (60.3%) et pour finir les > 61ans l'auraient peu consulté, seulement à 50%, sans différence significative. Un patient de plus de 61ans sur deux estimait donc que sa place était de consulter aux urgences.

f- Par provenance géographique :

Les usagers inappropriés des urgences venaient en grande majorité de notre département (93.2%). Peu de patients hors département 63 étaient incluables. Ils ne connaissent pas mieux le fait de composer le 15, ce qui laisse à penser que le problème est national. Mais nous avons peu de recul car peu de patients hors 63 dans notre étude.

g- Savoir joindre le MGG :

Nous pensions que la manière de joindre le MGG était méconnue et était un frein à la consultation en PDSA. Nous mettons en évidence que les patients qui connaissent l'existence du médecin de garde savent également comment le joindre dans la majeure partie des cas : 100% des cas à Riom et Thiers, 83.3% à Estaing, 75% à Issoire, 66.7% à Ambert. Au CHU Gabriel Montpied, 66.7% ignoraient comment joindre le MGG, cela peut s'expliquer par le très faible nombre de patient connaissant le MGG (3), le pourcentage étant rapidement variable à

un patient près. De plus, sur l'agglomération clermontoise, le MGG est joignable aussi par numéro spécial pour SOS médecin et l'AMUAC et les patients ne connaissent pas forcément ce numéro.

h- La source de l'information sur l'existence du médecin de garde :

Seulement 30 patients ont répondu à la question concernant l'origine de leur connaissance du médecin de garde, sur les 53 qui connaissaient le MGG. La majorité des patients tient cette information d'un premier appel au SAMU. Le second moyen de communication est le bouche à oreille. Cela laisse à penser que les moyens de communication classique et de grande ampleur tel que journaux, télévision, radio, réseaux sociaux ne diffusent pas assez l'information.

2. Discussion de notre étude :

a- Biais :

Cette étude présente certains biais :

- biais de déclaration, certains patients peuvent en effet mentir dans leur réponse au questionnaire.
- biais de recueil, plusieurs personnes ont inclus les patients et il y a eu double inclusion avec des questionnaires remplis par écrit d'une part et remplis par téléphone d'autre part.
- biais de sélection, ce travail n'est pas représentatif de la population générale car seuls les usagers inappropriés des urgences ont été entendus.

b- Méthode :

Les critères d'inclusion et d'exclusion choisis dans cette étude ont pour but d'inclure les patients qui auraient pu recourir à la permanence des soins ambulatoires. Exclure les patients douloureux avec EVA à 6 est discutable car la douleur est un élément subjectif et déclaratif. Ce

critère a notamment exclu de nombreux patients de notre étude. Les critères étaient nombreux et difficiles à retenir pour les équipes des urgences. Aucun critère n'est validé pour décider quel ou quel patient relève de la PDSA.

En 2014, la cour des comptes a constaté que la méconnaissance des caractéristiques des patients recourant aux urgences rendait difficile la détermination de la part d'entre eux qui pourrait être pris en charge en médecine de ville [24]. En effet, les patients sont classés selon l'échelle CCMU par les médecins urgentistes mais a posteriori, après la prise en charge, ce qui ne peut donc pas être utilisé comme échelle de triage à l'arrivée. Dans notre étude, les échelles de triage étaient différentes selon les centres et certains centres ne disposaient pas d'infirmier ou infirmière d'accueil et d'orientation, ou pas 24h/24. Nous ne pouvions donc pas utiliser la CCMU ou les échelles de triage dans notre recherche basée sur l'arrivée du patient et son motif initial de consultation. Nous avons donc dû créer nos critères sélectionnant les patients relevant de la PDSA.

Les horaires de l'étude sont précis, de vingt heures à minuit en semaine, de midi à minuit le samedi et de huit heures à minuit le dimanche. Ils correspondent aux horaires de permanence des soins ambulatoires des secteurs en périphérie de l'agglomération clermontoise. Nous avons choisi de garder ces horaires pour tous les centres d'étude, même si des permanences de soins ambulatoires sont ouverts 24h/24 dans certaines zones (SOS médecin, AMUAC, Volvic) pour une meilleure reproductibilité horaire.

La période de recueil a eu lieu du 25 mars au 28 avril, il est légitime de se demander si les résultats obtenus seraient similaires en hiver en période d'épidémie de grippe, ou en plein été, en période touristique, ou en canicule.

Les urgences privées du Pôle Santé République n'ont pas été incluses dans cette étude.

Certaines zones du département ne sont pas couvertes tous les jours par un médecin de garde. Nous voulions croiser les dates et les zones dépourvues de MGG avec les passages aux urgences de patients vivant dans ces zones. Le SAMU et l'Ordre des médecins n'ont pas pu nous remettre le planning des gardes du département, par confidentialité, mais nous ont confirmé que certains secteurs étaient rarement dotés d'un MGG malheureusement. Nous ne pouvons donc pas dire s'il y a plus de consultations inappropriées aux urgences les jours de carence de MGG.

3. Notre étude au sein des autres :

Ce sujet a été abordé dans différentes thèses, avec des chiffres allant dans le même sens que notre étude : celui d'une mauvaise information du grand public. Les autres études dévoilent la méconnaissance du numéro pour joindre le MGG, question secondaire chez nous et dont nous avons retrouvé un résultat inverse. A Cambrai, 64,2% de la population déclarait ne pas connaître l'existence d'un MGG le soir et le week-end et 78,8% ne connaissait pas le numéro de téléphone pour le joindre [25]. A Nanterre, on retrouve que plus d'une personne sur deux ne sait pas comment contacter le médecin de garde [26]. Au Havre, 70% des patients ne connaissent pas la maison médicale de garde et 93% ignorent le numéro du médecin de garde [27].

Certaines études concluent comme nous sur la nécessité d'information, d'éducation et de pédagogie auprès des patients pour un bon usage du service des urgences et du médecin généraliste de garde et donc une utilisation plus adaptée du système de santé. [28-29]

Une étude qualitative a très récemment été effectuée à Clermont-Ferrand. Elle indique que les patients « ne savent pas où consulter en cas d'indisponibilité de leur médecin généraliste » et que « la régulation téléphonique par le SAMU est inconnue et associée uniquement aux extrêmes urgences ». Comme dans notre étude, leur travail relève que l'information sur l'alternative aux urgences se fait par bouche à oreille. [30].

A l'étranger, une étude japonaise a cherché des facteurs liés aux consultations inappropriées aux urgences aux heures non ouvrables. Ils concluent que les patients déjà venus deux fois ou plus aux urgences pour motif inapproprié ont trois fois plus de chance de revenir aux urgences pour motif inapproprié que les autres patients [31]. En Italie, une étude atteste du rôle du MGG dans la limitation d'accès aux urgences pour améliorer l'adéquation des consultations des urgences [32].

4. Amélioration de la communication :

a- Sur l'existence de la PDSA :

Nous notons une absence d'information des patients ainsi qu'une absence de messages clairs et généraux diffusés nationalement au grand public.

Les médecins généralistes et urgentistes décrètent qu'une meilleure information des patients sur les possibilités et compétences du médecin généraliste, sur les missions des services d'urgences et de la régulation médicale pourrait diminuer les consultations aux services d'accueil des urgences [33].

b- Sur la régulation médicale téléphonique :

L'accès au médecin de la PDSA fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable. Une confusion existe pour les patients : quel numéro composer ? Le numéro 15 du SAMU est national. Le 116 117 est le numéro national des demandes de soins non programmés, encore peu déployé au regret des généralistes [34]. C'est au directeur général de l'ARS de déterminer lequel de ces deux numéros est utilisé au plan régional. Il l'inscrit dans le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6 [35]. Certains patients composent le 18. Il a été recommandé de regrouper les plateformes des SDIS (services départementaux d'incendie et de secours) et des SAMU pour que les appels au 18 soient récupérés par le SAMU si nécessaire. De plus, certaines associations de permanence des soins du type SOS médecins ont leur propre

numéro. Dans ces conditions, il est bien difficile pour l'utilisateur de retenir la bonne formule et cela engendre des erreurs et des errances avant de contacter le bon interlocuteur [36].

c- Dans notre département :

Dans notre journal local La Montagne, il est noté : pour un médecin, en cas d'urgence, composez le 15. Certains patients n'osent pas composer le 15 de peur de déranger, car ils ne savent pas qu'ils seront ensuite mis en relation avec un médecin régulateur puis avec le médecin de garde. Dans la version de l'agglomération clermontoise, on retrouve les numéros de SOS médecin et de l'AMUAC.

d- Les moyens de communication :

Le bouche à oreille est cité dans notre étude. Cependant, l'information relayée peut vite être erronée et déformée. D'autres médias pourraient relayer l'information : radio locale, spot télévision, ...

Certains patients citent internet comme moyen de renseignement. C'est un réflexe rapide et pratique pour beaucoup de personnes de nos jours. Cependant si nous tapons dans un moteur de recherche « médecin de garde » avec la ville de notre choix, nous trouvons difficilement une réponse fiable et rapide. Les villes disposant d'une maison médicale de garde (Cournon, Volvic) ou de permanence 24h/24 (SOS médecin, AMUAC) sont relayées par internet de manière lisible et claire. Pour les autres villes, nous accédons à des pseudos sites pour trouver un médecin de garde, qui ne relaient rien en réalité. On ne trouve pas l'information de composer le 15 pour être mis en relation avec un régulateur.

Organiser des campagnes d'information via les médias locaux et nationaux, les répondants des médecins traitants ou encore par des campagnes d'affichage dans les lieux publics ou les

salles d'attentes des cabinets médicaux paraissent être des moyens de communiquer sur la permanence des soins ambulatoires.

e. Oui mais :

D'autres sources tiennent un autre discours. Les maisons médicales de garde adossées aux urgences n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité ni allégé la charge des urgences. La réorientation des cas légers n'allègerait qu'imperceptiblement la charge de travail des services des urgences [37].

Notre volonté d'informer la population sur la PDSA a pour but d'orienter le patient vers le médecin adéquat selon sa situation, et de diminuer un peu le nombre de passage aux urgences. Il semblerait que ce second but soit bien difficile à atteindre.

f. Ouverture :

Le thème de ce travail peut être travaillé de manière diverses et variées. Nous pourrions interroger seulement les patients des urgences du CHU, 24h sur 24. Nous pourrions questionner les patients de cabinet de ville, plus représentatif de la population générale. Nous pourrions demander aux patients qui consultent le médecin généraliste de garde comment ils en ont entendu parler.

La permanence des soins ambulatoires et la communication à son sujet peuvent être encore longuement étudiées pour ensuite être améliorées.

Des réformes sur la Santé et sur les urgences sont en cours, nous espérons tous que la situation s'améliore.

V. Conclusion :

78.8% des patients consultant de manière jugée inappropriée aux urgences du Puy-de-Dôme les soirs et week-end ignorent l'existence du médecin généraliste de garde (MGG). Sur l'ensemble des patients étudiés, la moitié l'aurait consulté en connaissant sa présence. Les patients ont eu connaissance de l'existence du médecin généraliste de garde par un appel au SAMU ou le bouche à oreille. La communication sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA) fait défaut, les moyens de communication classiques semblent ne pas relayer efficacement l'information. La majorité des patients qui connaissent l'existence du médecin de garde savent comment le joindre. Une fois l'information donnée sur l'alternative du médecin généraliste de garde, 37.1% des patients ne l'auraient pas consulté. On relève un problème d'éducation du patient, sur la notion d'urgence et sur l'existence de la PDSA.

Clermont-Ferrand, le 3/8/19

Pierre CLAVELOU

Doyen – Directeur



Clermont-Ferrand, le 20 août 2019

Le Président du Jury

Jeannot SCHMIDT

A handwritten signature in blue ink, consisting of several sweeping strokes, positioned above the name "Jeannot SCHMIDT".

VI. Bibliographie :

- 1 Agence régionale de Santé. (page consultée le 25/08/2019). La médecine d'urgence, [article en ligne]. <https://www.ars.sante.fr/la-medecine-durgence-0>
- 2 Giroud M, Carli P, Ricard Hibon A, et al. Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence?. Les premières Assises de l'Urgence ; 2012 sept 13 ; Paris, France. Samu-Urgences de France.p.5
- 3 Collet M, Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. , drees études et résultats. 2008 fév ;625 :8
- 4 Schuur JD, Venkatesh AK. The growing role of emergency departments in hospital admissions. NEngl J Med 2012; 367: 391-3
- 5 Rapport public annuel février 2019. (page consultée le 27/07/2019). Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités, [en ligne] <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
- 6 Vue d'ensemble DREES - Les établissements de santé [(page consultée le 11/08/2019) [en ligne] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ve-5.pdf>
- 7 Cours des comptes rapport public annuel 2019. (page consultée le 28/07/2019). Les urgences des services toujours trop sollicités. [en ligne] <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf> : p 5
- 8 Panorama de la drees santé (page consultée le 28/07/2019) Les établissements de santé édition 2017 [en ligne] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf>
- 9 Cours des comptes rapport public annuel 2019. (page consultée le 28/07/2019). Les urgences des services toujours trop sollicités. [en ligne] <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf> : p 9
- 10 Cour des comptes Sécurité sociale 2013 – septembre 2013 (page consultée le 27/07/2019). Chapitre XII La permanence des soins, p17 [en ligne] https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2013_permanence_des_soins.pdf
- 11 Statista Research Department. (page consultée le 28/07/2019) Les urgences médicales en France- Faits et chiffres [en ligne] 2017 mai 19 [https://fr.statista.com/themes/3462/les-urgences-medicales-en-France/;](https://fr.statista.com/themes/3462/les-urgences-medicales-en-France/)
- 12 Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Dress études et résultats. 2003 jan ;215.
- 13 Mikolajczyk A, Rousson C. Quelles sont les motivations des patients consultant au service d'accueil des urgences pour des motifs relevant d'une consultation de médecine générale.[thèse d'exercice doctorat en médecine]. Clermont-Ferrand : Université Clermont ferrand ; 2018juin 25.p75
- 14 CNOM data. (Page consultée le 27/07/2019). Permanence des soins état des lieux au 1^{er} janvier 2015, [en ligne] <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnominfographiepds2014.pdf>

15 Agence régionale de santé Pays de Loire (page consultée le 01/08/2019) Permanence des soins ambulatoires. [en ligne] <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/permanence-des-soins-ambulatoires-9>.

16 HAS, Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Mars 2011

17 Cour des comptes septembre 2013 (page consultée le 27/07/2019). La permanence des soins, [en ligne] https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2013_permanence_des_soins.pdf

18 Cahiers des charges Permanence des soins ambulatoires avril 2018 ARS Auvergne

19 Cour des comptes 2013. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009, chapitre V : l'organisation de l'hôpital. 2013 sept. p113-142

20 Bonnet M. Étude des raisons invoquées par les patients consultant pour un motif de médecine générale au service d'accueil des urgences de Marmande plutôt que chez un médecin généraliste [Thèse de diplôme d'état en médecine] Université de Bordeaux ;2018.

21 Coupérier L. Le professeur Jeannot Schmidt, chef de pôle au CHU de Clermont, tire la sonnette d'alarme. La Montagne 2019 jan 28.

22 Mikolajczyk A, Rousson C. Quelles sont les motivations des patients consultant au service d'accueil des urgences pour des motifs relevant d'une consultation de médecine générale.[thèse d'exercice doctorat en médecine]. Clermont-Ferrand : Université Clermont ferrand ; 2018juin 25

23 Valdelièvre H, Boisguérin B. Résultats du questionnaire patients - parcours avant l'arrivée aux urgences. Congrès urgences. 2014 juin 5 ; p.2

24 Rapport public annuel 2019 La Cour des Comptes urgences hospitalières tome 2

25 Lerat-Golasowski M. Motivation, motifs de consultations et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de Cambrai [thèse en ligne]. Médecine. Lille (France) : Université du Droit et de la Santé, 2015, 69p. Disponible sur : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/eb7cf25f-6c41-4a65-80d2-92630568dc48> (consulté le 28/08/2018)

26 Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. [Thèse d'exercice de médecine générale]. Paris VII (France) : Faculté de médecine Xavier Bichat, 2009,102p. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3327_MEUNIER_Laure_these.pdf (consulté le 28/08/2018).

27 Fagot Griffin E. Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgence du Havre. Médecine humaine et pathologie. Rouen (France) : faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen,2012, 70p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00745787/document> (consulté le 28/08/2018)

28 Caron J. La réorientation des patients consultant aux urgences pour des motifs de médecine générale : exemple du couple SAU de l'Hôpital Saint-Camille de Bry sur Marne et SAMI de Champigny-Villier. Thèse d'exercice: Médecine générale. Université Paris-Est Créteil Val de Marne, 2010.

29 Hascoët J. Patients auto-référés dans quatre services d'urgences en Haute-Normandie : quel profil? Quelles implications pour la permanence des soins ? Médecine humaine et pathologie. Rouen (France) : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, 2013, 132p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00805992/document> (consulté le 11/08/2019)

30 Mikolajczyk A, Rousson C. Quelles sont les motivations des patients consultant au service d'accueil des urgences pour des motifs relevant d'une consultation de médecine générale. [thèse d'exercice en médecine]. Clermont-Ferrand : Université Clermont-Ferrand ; 2018 juin 25

31 Miyazawa A, Maeno T, Shaku F, et al. Inappropriate use of the emergency department for nonurgent conditions: Patient characteristics and associated factors at a Japanese hospital. J Gen Fam Med. 2019 Apr 29; 20(4):146-153.

32 Posocco A, Scapinello MP, De Ronch I, et al. Role of out of hours primary care service in limiting inappropriate access to emergency department. Intern Emerg Med. 2018 Jun;13(4):549-555.

33 Roy S, Martinez L, Pateron D. Les consultations aux urgences pour des motifs relevant de la médecine ambulatoire. Enquête auprès de médecins généralistes et urgentistes. SFMU.

34 MG France. (page consultée le 01/08/2019) Conférence de presse du 26 juin 2019 [en ligne] <https://www.mgfrance.org/index.php/component/tags/tag/116-117>.

35 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. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032928958&categorieLien=id>

36 cour des comptes (page consultée le 11/08/2019) Permanence des soins. [en ligne] https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2013_permanence_des_soins.pdf

37 Giroud M, Carli P, Ricard Hibon A, et al. Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence?. Les premières Assises de l'Urgence ; 2012 sept 13 ; Paris, France. Samu-Urgences de France.p.7

VII. Annexes :

Document 1 : informations remises aux équipes du CHU Estaing

Thèse Méconnaissance du médecin de garde

Du lundi 25 mars au dim 28 avril

Merci de remettre ce questionnaire :

- Aux parents d'enfants > **3mois**
- Se présentant aux urgences **d'eux-mêmes** :
 - de 20h à 00h la semaine
 - de 12h à 00h le samedi
 - de 8h à 00h le dimanche

Ne pas remettre le questionnaire aux patients suivants car exclus de l'étude :

- La **traumatologie, la psychiatrie**
- enfants amenés par pompiers / SMUR / ambulance
- **consultant sur conseil du SAMU / médecin traitant**
- barrière de langue, illettrisme, déficit mental
- **Evendol > 7/15, EVA >6/10**

Pour toute question je suis joignable au 06.10.88.31.77.

Merci de votre aide précieuse

Audrey LACASSAGNE

Document 2 : informations remises aux équipes des CH et CHU G.Montpied :

Informations aux équipes des urgences :

Merci de remettre ce questionnaire aux patients suivants :

- Majeur ou consultant pour un enfant de plus de 3 mois
- Se présentant aux urgences **d'eux-mêmes** :
 - de 20h à minuit en semaine
 - de midi à minuit le samedi
 - de 8h à minuit le dimanche

Ne pas remettre le questionnaire aux patients suivants car exclus de l'étude :

- Les personnes consultant pour un enfant de moins de 3 mois
- Les personnes mineures
- La **traumatologie, la psychiatrie**
- Les patients avec barrière de langue, illettrisme, déficit mental
- Les patients amenés par pompiers / SMUR / ambulance
- **Les patients consultant sur conseil du SAMU ou de leur médecin**
- **EVA \geq 6/10**

Pour toute question je suis joignable au 06.10.88.31.77.

Merci de votre aide précieuse.

Confraternellement,

Audrey LACASSAGNE

Présentation de l'étude

Afin de m'aider à réaliser ma **thèse en médecine**, merci de m'accorder quelques minutes de votre temps en remplissant ce **questionnaire anonyme**.

L'étude cherche à quantifier la part de patients qui ignore l'existence d'un médecin généraliste de garde et/ou ignore comment le joindre, et de ce fait se rend aux urgences.

Le but serait d'assurer par la suite une meilleure communication sur l'offre de soin disponible dans notre département du Puy-de-Dôme.

Ce questionnaire est anonyme, merci de le remplir avec autant de franchise que possible. Remettez-le ensuite au personnel soignant.

Merci,

Bien cordialement,

Audrey LACASSAGNE

Document 4 : questionnaire :

Questionnaire de thèse – CH ...

Date : / / 2019

Ce questionnaire est anonyme et permet la réalisation d'une thèse en médecine générale. Merci de le remplir avec autant de franchise que possible.

A- Pour mieux vous connaître :

Vous êtes : *(cochez la case)*

- Un homme
- Une femme

Vous avez : *(cochez la case)*

- De 18 à 25ans
- De 26 à 60ans
- Plus de 61ans

Vous consultez pour : *(cochez la case)*

- Vous-même
- Votre enfant

Vous habitez : *(cochez la case)*

- Le département du Puy-de-Dôme ; précisez votre code postal « 63__ __ __ »
- Un autre département

B- Pour répondre à l'étude :

1. Savez-vous si un médecin généraliste est actuellement de garde dans votre secteur ?

(cochez la case)

- OUI
- NON

2. Si OUI à la question 1 : Savez-vous comment joindre ce médecin généraliste de garde ?

(cochez la case)

- OUI
- NON

3. Si NON à la question 1 : Si vous aviez su qu'un médecin généraliste était à votre disposition, auriez-vous fait appel à lui ? *(Cochez la case)*

- OUI
- NON

4. Si OUI à la question 1 : Comment avez-vous connu l'existence du médecin de garde ?

(réponse libre)

.....
.....

Tableau 1 : Evaluation de la connaissance du médecin généraliste de garde :

	Total n = 250	MGG connu n = 53	MGG méconnu n = 197	p-value
Age				
18-25	45 (18)	11 (24.4)	34 (75.6)	p= 0.47
26-60	188 (75.2)	37 (19.7)	151 (80.3)	
>61	17 (6.8)	5 (29.4)	12 (70.6)	
Sexe				
Féminin	170 (68)	33 (19.4)	137 (80.6)	p = 0.31
Masculin	80 (32)	20 (25)	60 (75)	
Type de cs				
Adulte	129 (51.6)	21 (16.3)	108 (83.7)	p = 0.049
Pédiatrique	121 (48.4)	32 (26.4)	89 (73.6)	
Centre				
CHU GM	34 (13.6)	3 (8.8)	31 (91.2)	p = 0.12
NHE	87 (34.8)	24 (27.6)	63 (72.4)	
Riom	30 (12)	5 (16.7)	25 (83.3)	
Issoire	51 (20.4)	8 (15.7)	43 (84.3)	
Thiers	20 (8)	7 (35)	13 (65)	
Ambert	28 (11.2)	6 (21.4)	22 (78.6)	
Département				
63	233 (93.2)	50 (21.5)	183 (78.5)	p = 1
Autre	17 (6.8)	3 (17.6)	14 (82.4)	

Les variables inscrites sont en N(%). cs : consultation

Tableau 2 : Evaluation du recours au MGG en sachant qu'il existe :

	Total n=197	Refus MGG n = 73	Recours MGG n = 124	p-value
Age				
18-25	34	10 (29.4)	24 (70.36)	p = 0.51
26-60	151	57 (37.7)	94 (62.3)	
>61	12	6 (50)	6 (50)	
Sexe				
Féminin	137	51 (37.2)	86 (62.8)	p = 0.92
Masculin	60	22 (36.7)	38 (63.3)	
Type de cs				
Adulte	108	47(43.5)	61 (56.5)	p = 0.04
Pédiatrique	89	26 (29.2)	63 (70.8)	
Centre				
CHU GM	31	15 (48.4)	16 (51.6)	p = 0.17
NHE	63	19 (30.2)	44 (69.8)	
Riom	25	12 (52)	13 (48)	
Issoire	43	14 (32.6)	29 (67.4)	
Thiers	13	7 (53.8)	6 (46.2)	
Ambert	22	7 (31.8)	15 (68.2)	
Département				
63	183	67 (36.6)	116 (63.4)	p = 0.65
Autre	14	6 (42.9)	8 (57.1)	

Les variables inscrites sont en N(%) cs : consultation

Tableau 3 : Connaissance du moyen pour joindre le MGG

	Total n = 53	Savent joindre n =	Ne savent pas joindre n =	p-value
Age				
18-25	11	7 (63.6)	4 (36.4)	p = 0.26
26-60	37	31 (83.8)	6 (16.2)	
>61	5	5 (100)	0 (0)	
Sexe				
Féminin	33	26 (78.8)	7 (21.2)	p = 0.73
Masculin	20	17 (85)	3 (15)	
Type de cs				
Adulte	21	16 (76.2)	5 (23.8)	p = 0.49
Pédiatrique	32	27 (84.4)	5 (15.6)	
Centre				
CHU GM	3	1 (33.3)	2 (66.7)	p= 0.14
NHE	24	20 (83.3)	4 (16.7)	
Riom	5	5 (100)	0 (0)	
Issoire	8	6 (75)	2 (25)	
Thiers	7	7 (100)	0 (0)	
Ambert	6	4 (66.7)	2 (33.3)	
Département				
63	50	42 (84)	8 (16)	p=0.09
Autre	3	1(33.3)	2 (66.7)	

Les variables inscrites sont en N(%) cs : consultation

VIII. abréviations :

AMUAC : association médicale d'urgence de l'agglomération clermontoise

ARS : Agence régionale de santé

CCMU : classification clinique des malades aux urgences

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalier universitaire

CNOM : conseil national de l'Ordre des médecins

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EVA : échelle visuelle analogique

HPST : hôpital, patients, santé, territoires

IGAS : inspection générale des affaires sociales

MGG : médecin généraliste de garde

NHE : nouvel hôpital estaing

PDSA : permanence des soins ambulatoires

SAMU : service d'aide médicale urgente

SMUR : service mobile d'urgence et réanimation

UHCD : unité hospitalisation courte durée

IX. Serment d'Hippocrate :

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

LACASSAGNE Audrey

Evaluation de la connaissance de la permanence des soins ambulatoires par les usagers des urgences du Puy-de-Dôme les soirs et week-end.

Thèse de médecine Clermont-Ferrand 2019

RESUME :

Introduction Le nombre de passages aux urgences augmente d'année en année. Certains recours ne sont pas adéquats. L'objectif est de quantifier la part de patients consultant aux urgences publiques du Puy-de-Dôme les soirs et week-end pour un motif relevant de la PDSA et qui ignore l'existence du médecin généraliste de garde (MGG) ou comment le contacter.

Méthode Cette étude épidémiologique descriptive transversale quantitative multicentrique s'est déroulée les soirs de semaine de 20h à minuit, les samedis de midi à minuit et les dimanches de 8h à minuit dans les services d'accueil des urgences publiques du Puy-de-Dôme du 25 mars au 28 avril 2019. Des questionnaires ont été distribués selon les critères d'inclusion : être majeur ou consulter pour un enfant de plus de trois mois, venir de soi-même, et les critères d'exclusion : traumatologie, psychiatrie, avoir été adressé par le SAMU ou son médecin, être amené par ambulance, SDIS ou SMUR, EVA \geq 6. Une seconde inclusion avec remplissage téléphonique des questionnaires a été réalisée pour les patients n'ayant pas reçu le questionnaire lors de leur passage aux urgences.

Résultats : 250 questionnaires ont été remplis. 197 patients (78.8%) ignorent s'ils disposent d'un MGG sur leur secteur. Parmi eux, 124 (62.9%) auraient consulté ce MGG s'ils en avaient eu connaissance. Au total, 124 des 250 consultations auraient pu être évitées avec une meilleure communication soit 49.6% des consultations inappropriées. Parmi les 53 patients qui savent qu'il y a un MGG, 10 (18.9%) ignorent comment le joindre. La source de l'information était obtenue essentiellement par appel au SAMU ou par le bouche à oreille. Les parents consultant aux urgences pour leur enfant auraient plus volontiers fait appel au MGG que les patients consultant pour eux-mêmes (70.8% contre 56.5%, $p=0.04$). Pas de différence significative selon le sexe, l'âge, le centre hospitalier ou le département d'origine sur la connaissance du MGG ou sur la volonté de faire appel à lui.

Conclusion Une meilleure communication sur la PDSA et le MGG pourrait éviter jusqu'à la moitié des consultations inappropriées des urgences.

MOTS-CLES :

permanence des soins ambulatoires / médecin de garde / urgences / régulation médicale / consultation inappropriée

JURY

Président : M. SCHMIDT Jeannot, Professeur

Membres : M. VORILHON Philippe, Professeur

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Docteur et Maître de conférences universitaire

M. BONNEMENT Cyril, Docteur

DATE DE LA SOUTENANCE : 1^{er} octobre 2019