



**HAL**  
open science

# État des lieux de la connaissance du point de garde médicale, étude menée auprès des usagers des urgences pédiatriques de Lisieux

Margaux Le Bihan

► **To cite this version:**

Margaux Le Bihan. État des lieux de la connaissance du point de garde médicale, étude menée auprès des usagers des urgences pédiatriques de Lisieux. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03579075

**HAL Id: dumas-03579075**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03579075v1>**

Submitted on 17 Feb 2022

**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 de CAEN - NORMANDIE

-----  
UFR de SANTÉ

Année 2020-2021

**THÈSE POUR L'OBTENTION**  
**DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 14 octobre 2021

par

Mme LE BIHAN Margaux

Né (e) le 1<sup>er</sup> Octobre 1993 à Caen (14)

**TITRE DE LA THÈSE :**

**Etat des lieux de la connaissance du point de garde médicale, étude menée  
auprès des usagers des urgences pédiatriques de Lisieux**

**Président :** Monsieur le Professeur BROUARD Jacques

**Membres :** Monsieur le Docteur ROTH François-Xavier

Monsieur le Docteur RACHINE Laurent

Directeur de thèse : Docteur ROTH François-Xavier

**Année Universitaire 2020/2021****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie

M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence

Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

### **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

### **PRCE**

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

### **PROFESSEURS ÉMÉRITES**

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

**Année Universitaire 2020/2021****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

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

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie

M. VEYSSIERE Alexis

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

M. HUMBERT Xavier

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

Mme ABBATE-LERAY Pascale Médecine générale

M. BANSARD Mathieu Médecine générale

M. COUETTE Pierre-André Médecine générale

Mme NOEL DE JAEGHER Sophie Médecine générale

M. PITHON Anni Médecine générale

M. SAINMONT Nicolas Médecine générale

Mme SCHONBRODT Laure Médecine générale

**MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES**

Mme DEBRUYNE Danièle Pharmacologie fondamentale

Mme DERLON-BOREL Annie Hématologie

Mme LEPORRIER Nathalie Génétique

## Remerciements

A l'ensemble des membres du jury,

Merci de m'accorder votre temps.

A mes amis,

Merci pour votre présence à mes côtés ces dernières années.

A mes parents et mes sœurs,

Merci pour votre soutien sans faille et votre compréhension au cours ces années d'études.

A Marin et Adrien,

Aucun mot sur cette page ne pourrait être suffisant.

## Abréviations

- ARS : Agence Régionale de Santé
- CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences
- CDOM : Conseil départemental de l'Ordre des médecins
- CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins
- CODAMUPS-TS : Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
- CSOS : Commission spécialisée de l'organisation des soins
- CSRA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- HAS : Haute autorité de santé
- MMG : Maison médicale de garde
- PDSA : Permanence de soins ambulatoire
- SAMU : services de l'aide médicale urgente
- URPS-ML : Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux

## INDEX Tableaux et figures

- Carte 1 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants - à l'échelle des bassins de vie.....	4
- Carte 2: Densité et variation des effectifs des médecins spécialistes en pédiatrie à l'échelle des bassins de vie.....	4
- Graphique 1 : Répartition des symptômes motivants la consultation aux urgences pédiatriques (exprimé en % des consultations).....	8
- Graphique 2 : Répartition de la durée d'évolution des symptômes motivants la consultation (exprimé en % des consultations).....	9
- Graphique 3 : Répartition des motifs du choix de consulter aux urgences (exprimé en % des consultations).....	10
- Graphique 4 : Répartition des diagnostics retenus (exprimé en % des consultations).....	10
- Graphique 5 : Répartition des consultation selon la CCMU (exprimé en % des consultations).....	11
- Graphique 6 : Répartition du devenir des patients à la sortie des urgences (exprimé en % des consultations).....	12
- Graphique 7 : Répartition des consultations pour « urgence réelle » et « urgence ressentie ».....	14
- Tableau 1 : comparaison des caractéristiques des consultations entre les usagers connaissant le point garde et ceux ne le connaissant pas.....	12
- Tableau 2 : Comparaison des appels préalables à la venue aux urgences entre les usagers connaissant le point garde et ceux ne le connaissant pas.....	12
- Tableau 3 : comparaison des motifs de consultation entre les usagers connaissant le point garde et ceux le ne connaissant pas .....	13
- Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques des groupes « urgence réelle » vs « urgence ressentie ».....	14
- Tableau 5 : Comparaison des connaissances sur un appel préalable à la venue aux urgences entre les groupes « urgence réelle » et « urgence ressentie ».....	14
- Tableau 6 : Comparaison des motifs amenant les usagers à choisir de consulter aux urgences entre les groupes « urgence réelle » et « urgence ressentie » .....	14
- Tableau 7 : Comparaison de l'acceptabilité d'orientation vers une consultation libérale des groupes « urgence réelle » vs « urgence ressentie ».....	14

# Table des matières

Introduction.....	1
1. Définitions et données actuelles .....	1
Organisation de la permanence des soins ambulatoires .....	1
Fonctionnement et utilisation du système de PDSA .....	2
La régulation téléphonique .....	2
Le 116 117.....	2
SOS médecin .....	3
Recours aux structures d'urgence .....	3
Urgences réelles ou ressenties ? .....	3
2. Le territoire de Lisieux.....	4
Démographie territoriale et médicale.....	4
Organisation de la permanence des soins dans le secteur de Lisieux.....	6
Les urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Lisieux.....	6
3. Les problématiques .....	7
4. La question .....	7
Contenu .....	8
1. Méthodes.....	8
Type d'étude.....	8
Durée de l'étude.....	8
Critères d'inclusion et d'exclusion.....	8
Questionnaire .....	8
Logiciel statistique .....	9
2. Résultats .....	9
Description de l'échantillon.....	9
Connaissance du point garde .....	13
Comparaison des caractéristiques entre les patients pour urgences ressenties et ceux consultant pour urgences réelles : .....	15
Discussion .....	17
1. Le résultat principal et hypothèses .....	17
2. Forces du travail .....	17
3. Faiblesses du travail.....	17
4. Comparaison avec la littérature .....	17
5. Pour aller plus loin .....	18
Conclusion .....	18
Bibliographie.....	19

## Introduction

### 1. Définitions et données actuelles

En France, plusieurs dispositifs permettent de bénéficier de soins en dehors des périodes ouvrables des cabinets libéraux, mais ils me semblent méconnus du grand public.

Aux urgences pédiatriques de Lisieux, les consultations pour des « urgences ressenties », ne nécessitant pas d'acte thérapeutique ou d'examen complémentaire, ou une hospitalisation, donc médicalement bien adaptée à une prise en charge extra hospitalière, sont fréquentes.

Dans ce contexte, j'ai choisi de m'intéresser à la connaissance des usagers de ces urgences pédiatriques sur l'existence d'un médecin généraliste de garde dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire (PDSA).

#### Organisation de la permanence des soins ambulatoires

La PDSA est une mission de service public, prévue à l'article L.6314-1 du code de la santé publique. Elle a pour objectif de « répondre aux besoins de soins non programmés, durant les heures de fermetures des cabinets libéraux, soit tous les jours de 20 heures à 8 heures et les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 h ». (1)

Avant 2003, aucun texte législatif n'encadrait cette pratique. Les médecins se rendaient disponibles jour, nuit et week-end, ou organisaient entre eux un tour de garde. Durant l'hiver 2001-2002, une forte augmentation de la demande de soins entraîna une « grève des gardes » de la part des médecins libéraux. C'est alors que le rapport Descours posa les bases de la PDSA telle que nous la connaissons, en créant notamment les Maisons Médicales de Garde (MMG).

Une MMG se définit comme un lieu fixe déterminé assurant des prestations de médecine générale non programmée, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins. (2)

La mission de la PDSA est pilotée par le directeur général de l'ARS (4). Son organisation dépend d'un cahier des charges régional, qui est adopté après arrêté préfectoral et révisé annuellement après divers avis : Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS), Commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS), Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CSRA), Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux (URPS-ML) et Conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM). (5)

Les médecins généralistes impliqués sont volontaires. Ils peuvent faire des consultations, régulières ou non, dans un lieu fixe, des « gardes postées » (cabinet médical, maison médicale de garde) ou des visites à domicile. Cette organisation est très hétérogène selon les régions. (4)

Les rémunérations forfaitaires par l'Assurance maladie sont définies dans le cadre de l'arrêté du 20 avril 2011. (5) Elles comprennent une rémunération forfaitaire associée à une majoration à l'acte.

Les tarifs des consultations d'un médecin de garde :

Horaires	Tarif consultation cabinet	Tarif consultation visite à domicile
Nuit 20h-0h/6h-8h	71 €	67,50 €
Milieu de nuit 0h-6h	84.50 €	76.50 €
Samedi 12-20h	55.00 €	51.50 €
Dimanche et jours fériés 8h-20h	55.00 €	51.50 €

## Fonctionnement et utilisation du système de PDSA

En 2019, dans un rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), la part des territoires effectivement couverts par une offre libérale était de 99% les week-ends et jours fériés contre 90% en soirées de semaine et 27% en nuits profondes. En nuit profonde, « plus aucun territoire n'est couvert pour 30 départements ». (6)

Le taux de volontariat national est de 38,6% en 2018, soit 23.197 médecins volontaires. Le CNOM précise que, dans certaines zones, la « présence d'associations de type SOS Médecins conduit à un taux de participation relativement faible » de la part des libéraux (7).

Dans une enquête par le CNOM sur les PDSA en 2019, les CDOM sont interrogés sur les pistes d'amélioration à la question " Selon vous, quelles mesures pourraient-être envisagées pour améliorer la situation au sein de votre département ? " 49% ont répondu « Actions de communication auprès du grand public et des médecins libéraux ». (6)

Dans un rapport, le CNOM préconise « des actions de communication auprès du grand public pour une utilisation plus efficiente du système » de PDSA. (7)

Le profil actuel des usagers des MMG correspond à des patients jeunes et avec une proportion importante d'actes pédiatriques (3).

## La régulation téléphonique

Les médecins généralistes volontaires participent à la régulation au centre 15, aux horaires de la PDSA. Ils sont joignables via le Samu-Centre 15 ou le 116 117 en Normandie.

Pour assurer la régulation, en 2018, 2.929 médecins généralistes (2.535 médecins libéraux, soit 5,1% de la population des médecins généralistes libéraux exclusifs ayant une activité régulière et 394 médecins retraités) ont participé à la régulation médicale. (8)

## Le 116 117

Par décret du 11 avril 2017, la ministre de la Santé d'alors, Marisol Touraine, a fixé le déploiement national du 116-117 au 15 janvier 2018 au plus tard, et a décidé d'une expérimentation dans trois régions : Pays de la Loire, Corse et Normandie. (10)

En 2019, les CDOM de ces régions se disent globalement favorables au déploiement d'un tel numéro. Les critiques formulées tiennent principalement au manque de connaissance et à la sous-utilisation du dispositif par la population et ce, parfois, malgré la réalisation d'une campagne de communication, comme a pu le soulever le département de l'Orne.(6)

## SOS médecin

Créé en 1966, SOS médecins est un réseau qui délivre des soins à domicile 24/24h. Il travaille en réseau avec le SAMU et le centre 15. Les 2/3 de la population française sont couverts par ce réseau et permet d'assurer à hauteur de 80% les consultations libérales de permanence de soins en milieu urbain et périurbain. (9)

## Recours aux structures d'urgence

De 2001 à 2012, le nombre de passages annuels aux urgences en France métropolitaine est passé de 13,6 millions à 18,5 millions. (11)

En 2003, une enquête nationale apporte une description statistique de l'activité des services des urgences :

- une forte proportion de patients jeunes (25 % de moins de 25 ans, 18 % entre 16 et 24 ans), avec un taux de recours particulièrement élevé pour les enfants âgés moins d'un an, et pour les 80 ans ou plus ;
- des consultations majoritairement en horaires de journée (79% entre 8 heures et 20 heures) ;
- principalement sans avis médical préalable (70 %) ;
- les patients sont généralement accompagnés (90 % pour les moins de 15 ans, 50 % pour les plus de 70 ans) ;
- des pathologies somatiques (48 %), traumatiques (48 %), psychiatriques (2,5 %), combinées (1,5%),
- 75% des patients ont bénéficié de gestes thérapeutiques (dont réanimation pour 0,5 %), d'examen complémentaires ou d'une consultation spécialisée.(12)

Une enquête de la DREES en 2014, conclue que dans 60% des cas, la venue dans un service d'urgences résulte de l'initiative du patient ou du conseil d'un proche. Les patients arrivent pour les 2/3 de leur domicile et se rendent majoritairement aux urgences par leurs propres moyens. (13)

Également d'après la DRESS dans un rapport de 2003 concernant les motifs de recours aux urgences hospitalières, il semble que la méconnaissance de la population des possibilités de prise en charge participe à l'affluence des patients. La familiarité avec les urgences (près de 75% déclarent un antécédent de consultation dans ce service pour eux-mêmes ou un proche), l'accessibilité, l'identification facile de la structure, la possibilité de réaliser des examens complémentaires apparaissent comme des facteurs favorisant la venue aux urgences. (12)

## Urgences réelles ou ressenties ?

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), les services d'urgences « ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital/ou fonctionnel ». (14)

La notion de « nécessité d'agir vite » est ce qui définit l'urgence d'après le Larousse.

Au cours du 20<sup>e</sup> siècle, la médicalisation de la petite enfance a contribué à rendre le médecin indispensable dans l'éducation de l'enfant. La transmission orale et le savoir ancestral ont disparu, remplacé par le savoir médical. Les mères ont perdu leur légitimité dans le quotidien de leur enfant, dicté par une légalité médicale. Pour les parents, administrer un traitement ou juger de la gravité clinique nécessite un avis médical. Il devient alors nécessaire de se tourner vers des structures spécialisées.

Dans le rapport du Sénat de 2017, il est souligné qu'en particulier en pédiatrie, les professionnels de santé se retrouvent face à une population qui a des difficultés excessives à gérer l'angoisse liée à la maladie ou à la douleur. Secondaire à une absence de connaissance et donc d'éducation thérapeutique, les parents seraient dans l'incapacité de gérer des situations considérées comme sans gravité particulière par les soignants (en cas de fièvre par exemple) (15)

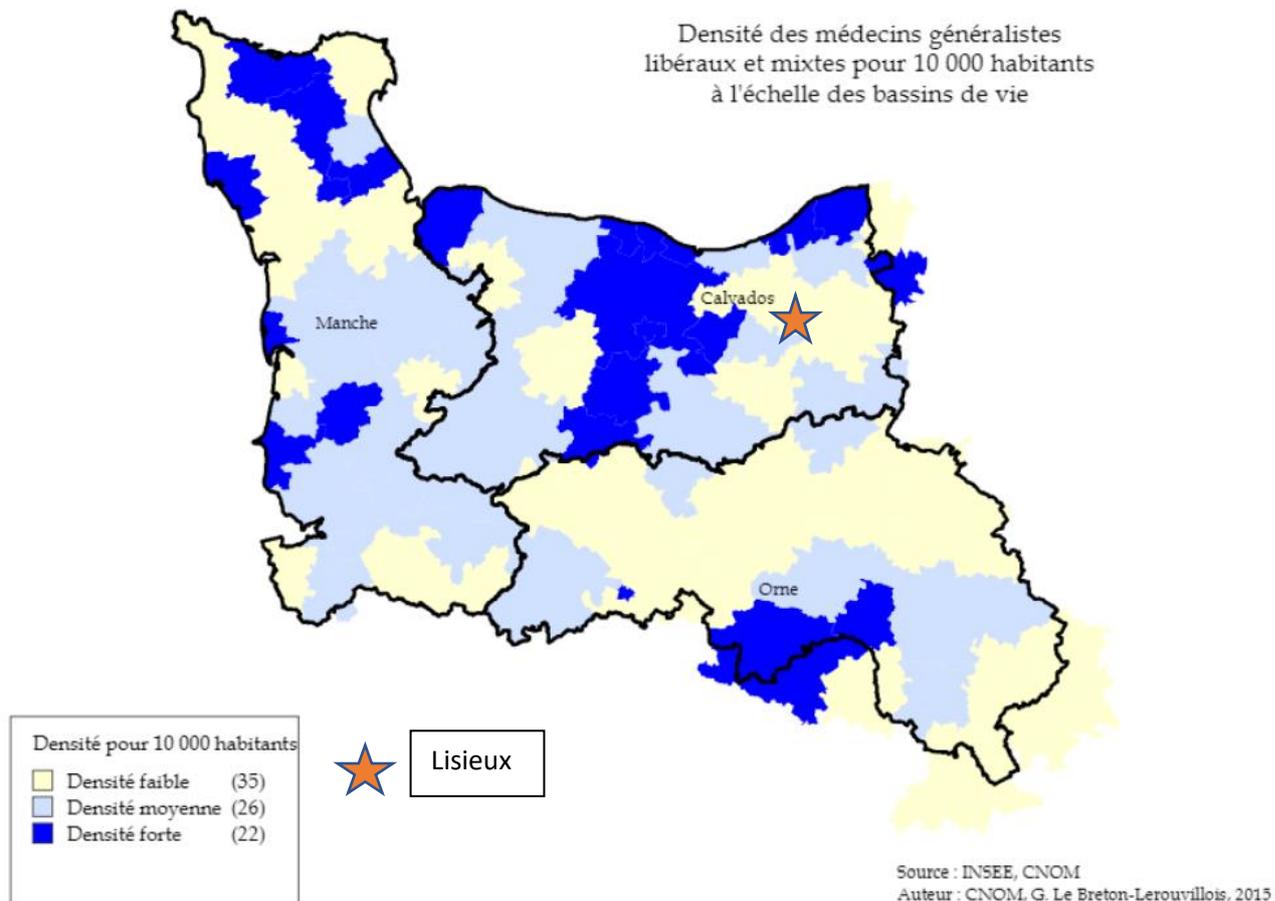
Complexe et multidimensionnel, le sentiment d'urgence contribue à l'encombrement des services d'urgences, particulièrement pour les urgences pédiatriques alimentées par une demande implicite d'étayage de la parentalité. Ce constat, encourage à interroger l'organisation des soins ambulatoires non programmés, adéquats pour traiter ces recours ne nécessitant pas d'intervention technique, et des mesures d'éducation en santé afin de consolider le sentiment de compétence parentale. (16)

Dans cette étude, les urgences réelles sont considérées comme les consultations nécessitant un acte thérapeutique ou des examens complémentaires, ou une hospitalisation.

## **2. Le territoire de Lisieux**

Démographie territoriale et médicale

La Normandie en 2015 comptabilise plus de 1 000 000 passages aux urgences, 1 580 051 appels au centre 15, et 145 574 actes au titre de PDSA.

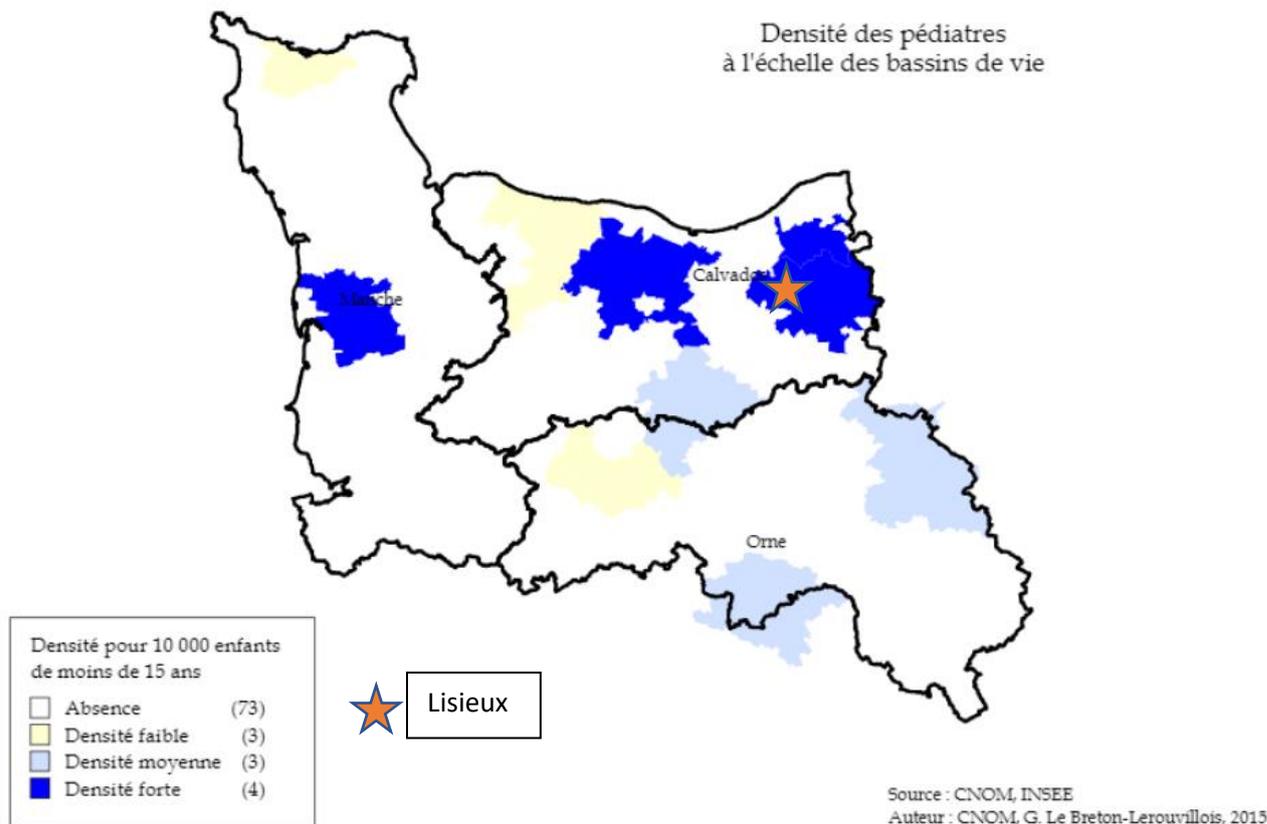


Carte 3 Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants - à l'échelle des bassins de vie

Le nombre de médecins dans le calvados inscrits au tableau de l'ordre en 2015 est de 3026. Avec une augmentation de 18,9% entre 2007 et 2015.

La Basse Normandie compte, en 2015, 1 273 médecins généralistes libéraux et mixtes (baisse des effectifs de 7,7% entre 2007 et 2015).

La zone de Lisieux se situe dans une zone de faible densité médicale



Carte 4: Densité et variation des effectifs des médecins spécialistes en pédiatrie à l'échelle des bassins de vie

En 2015, 33 pédiatres sont inscrits aux tableaux des Ordres départementaux en activité régulière avec un mode d'exercice libéral ou mixte. Le bassin de Lisieux se situe dans une zone de forte densité pédiatrique (17)

#### Organisation de la permanence des soins dans le secteur de Lisieux

La PDS sur le Calvados est répartie en deux modes d'organisation différents : la zone urbaine de Caen, dont la PDS est assurée par SOS médecins, et une zone "rurale" avec la présence de Points Garde dans chaque secteur du département.

A Lisieux le point garde se situe au niveau du parking du centre hospitalier.

Il se compose de deux lignes de garde à Lisieux : le samedi de 12h à 20h et le dimanche et jours fériés de 8h à 20h. (18)

#### Les urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Lisieux

L'équipe aux urgences se compose en journée : une secrétaire, deux infirmiers, un aide-soignant, deux internes (en pédiatrie ou médecine générale), un pédiatre, deux externes.

Pour la nuit elle se compose de deux infirmiers, un aide-soignant (pendant les épidémies hivernales), un interne, un pédiatre.

Ce service accueille les patients de 0 à <18ans pour des motifs médicaux, 0 à <16 ans pour des motifs psychiatriques. Les motifs traumatologiques sont reçus aux urgences adultes du Centre Hospitalier.

Il accueille également des patients ayant déjà consulté qui sont reconvoqués pour une consultation de contrôle.

### **3. Les problématiques**

La Cour des comptes recommande « d'engager une action vigoureuse d'information et de sensibilisation du public aux nouveaux modes d'organisation de la permanence des soins. » (19)

En 2009, P. Phelouzat étudie l'impact de l'organisation de la permanence des soins sur les services d'urgence du calvados en 2009. Il en résulte que l'organisation de la PDSA en place sur la zone de Caen permet un allègement significatif de l'activité en semaine sur trois des quatre services d'urgence du plateau caennais, mais que le système "point garde" en zone rurale ne semble pas, entraîner de diminution sur l'activité des services d'urgence à proximité. Il conclue également qu'une meilleure connaissance par la population du parcours de soins lors des périodes de PDSA permettrait une meilleure utilisation du dispositif et que le centre 15 doit garder une place centrale dans l'organisation de la PDSA et renforcer son activité au sein de la population. (20)

L'ARS d'Île-de-France publie une étude en 2013 sur l'utilisation et la perception de l'offre de soins non programmés par les Franciliens. Les conclusions sont les suivantes :

- « – la notoriété globale des différentes offres de soins existantes est satisfaisante, mais il demeure un déficit d'information prégnant ;
- l'image de l'offre de soins non programmés est bonne, le conseil téléphonique rassurant et réconfortant les patients ;
- le médecin traitant tient une place centrale, et constitue, en journée, le premier réflexe ;
- malgré des critiques, les urgences constituent un recours dominant la nuit et le week-end ;
- le Centre 15 est avant tout considéré comme réservé aux cas les plus graves et non comme un aiguilleur ;
- des associations comme SOS médecins restent méconnues, ou inutilisées par une partie de la population. » (21)

### **4. La question**

Au cours de mon expérience d'interne aux urgences pédiatriques du CH Lisieux, il m'a semblé qu'un certains nombres de consultations étaient plus adaptées à des consultations de médecine de ville qu'à un service d'urgences. Ce sentiment est particulièrement marqué le week-end où nombre d'accompagnateurs des enfants s'adressent aux urgences car leur médecin habituel n'est pas disponible et sans régulation préalable.

Les publications précédentes mettent en avant un système de PDSA hétérogène sur le territoire national, parfois peu efficient, et un manque d'éducation des usagers sur l'organisation du système de soins. A cela s'ajoute en pédiatrie, la place devenue centrale du médecin auprès de l'enfant, pouvant être source d'angoisse pour les parents lorsque le médecin n'est pas disponible, nécessitant alors un avis médical urgent. Une partie de cette population se tourne alors vers les urgences.

Or, la PDSA prévoit par le système de point garde, que des consultations par des médecins généralistes soient assurés en journée le week-end dans le cabinet prévu situé sur le parking même du centre hospitalier.

Mais les usagers des urgences pédiatriques de Lisieux ont-ils seulement connaissance de l'existence du système « point garde » ?

Le but de mon étude est d'évaluer cette connaissance. Les critères de jugements secondaires auront pour but d'étudier l'utilisation du système de soins dans ce contexte, en recherchant les motifs de recours aux urgences, l'appel préalable à un médecin en ville ou régulateur, l'acceptabilité d'une réorientation vers une consultation libérale si un médecin était disponible.

## **Contenu**

### **1. Méthodes**

#### Type d'étude

Nous avons mené une étude épidémiologique, monocentrique, observationnelle, prospective, anonyme, aux urgences pédiatriques de Lisieux.

#### Durée de l'étude

L'étude est réalisée sur 14 périodes de 24h, s'étalant du 18 juillet 2019 au 19 janvier 2020, afin de couvrir la période estivale et hivernale, scolaire et vacancière. Chaque jour de la semaine est étudié à deux reprises.

#### Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion sont les usagers des urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Lisieux, à l'exclusion des patients reconvoqués pour un contrôle.

Les questionnaires incomplets sont exclus.

#### Questionnaire

Pour le recueil des données, un questionnaire (annexe 1) est distribué à tout accompagnateur de patient remplissant les critères d'inclusion sur les périodes prévues. Les accompagnateurs remplissent le questionnaire de façon anonyme en attendant leur prise en charge, puis le glissent dans une enveloppe fermée portant l'inscription « confidentiel ». L'interne ou pédiatre prenant en charge l'enfant remplit un questionnaire médical associé par agrafage à l'enveloppe « confidentiel ».

Le questionnaire a été examiné par le Comité Technique méthodologique du CHU de Caen.

J'effectue préalablement une étude qualitative sur 25 patients consultants le 25 mai 2019 portant sur les principaux motifs de recours aux urgences afin d'établir un questionnaire basé sur des questions à choix multiples. Les réponses sont obtenues oralement par l'interne de garde.

La compréhension et réalisation du questionnaire sont testées sur dix usagers des urgences pédiatriques. L'item « Dans quel délai pensez-vous que l'état de santé de votre enfant nécessite un avis médical ? Immédiatement / dans les 3h / dans la journée / peut attendre demain » ; la réponse étant « immédiatement » pour les dix questionnaires, la question était comprise comme étant le délai d'attente aux urgences souhaité. Cette question a donc été retiré. Le questionnaire est jugé trop long par le personnel d'accueil des urgences et les usagers, des items portant sur la description de l'échantillon sont donc retiré.

## Logiciel statistique

Les données ont été recueilli sur le logiciel Excel. Les statistiques effectuées sur Biostatgv.

## 2. Résultats

### Description de l'échantillon

#### - Nombre de personnes interrogées

394 usagers sont interrogés. 370 questionnaires sont complets (94%). Les parties incomplètes concernent la seconde page du questionnaire ou la partie médicale.

Au total, 24 questionnaires ne sont pas totalement remplis, dont 8 qui n'ont pas été rempli du tout. Parmi ces 8 questionnaires, pour l'un d'entre eux la cause de non remplissage indiquée par le médecin est « urgence grave », pour 3 d'entre eux la cause est « oubli », pour 4 d'entre eux la cause est « barrière de la langue ou analphabète ». 3 questionnaires médicaux ne sont pas remplis car les patients sont partis avant d'être examinés, pour 2 d'entre eux à côté de l'item portant sur la connaissance du point garde il est inscrit par les accompagnateurs « nous allons consulter le médecin de garde » et « nous ne savions pas nous irons cet après-midi ».

Le nombre de questionnaire distribué correspond au nombre de consultation remplissant les critères d'inclusions aux urgences pendant la période d'étude d'après le registre d'accueil.

#### - Age moyen

La moyenne d'âge des consultants est de 68,5 mois.

82,2% ont un suivi médical régulier.

80% d'entre eux ont déjà consulté aux urgences.

#### - Acceptabilité d'une réorientation vers une consultation libérale

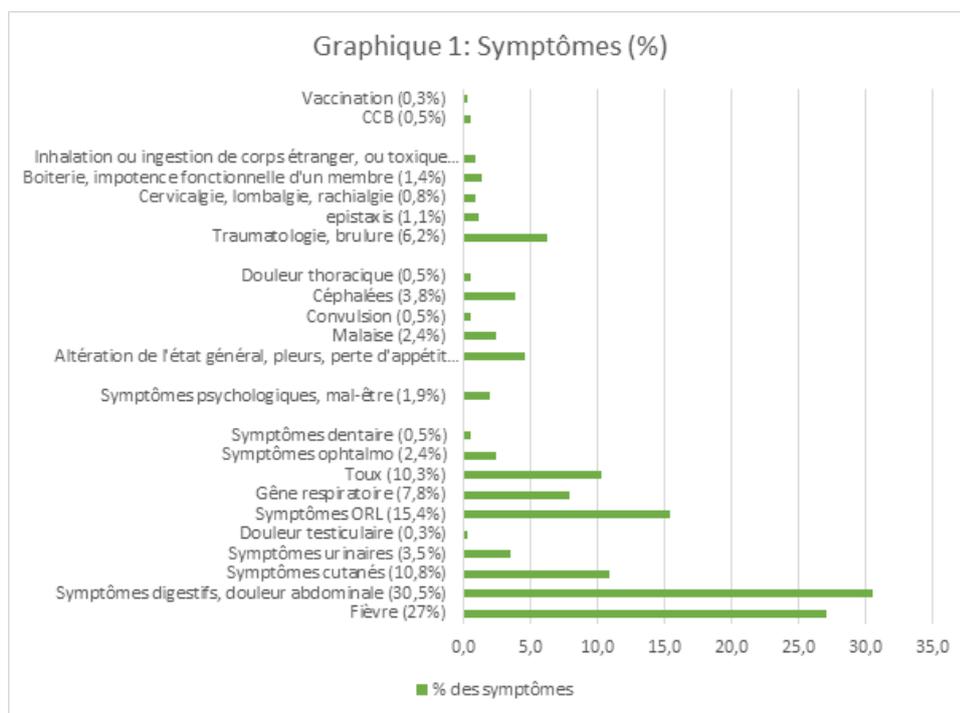
57,3% déclarent qu'ils accepteraient d'être réorientés vers une consultation de médecine libérale

#### - Horaires des consultations

54,9% des consultations ont lieu pendant les horaires d'ouvertures des cabinets libéraux (9-19h du lundi au vendredi, 9h-12h le samedi) ; 14,1% pendant les horaires d'ouverture du point garde.

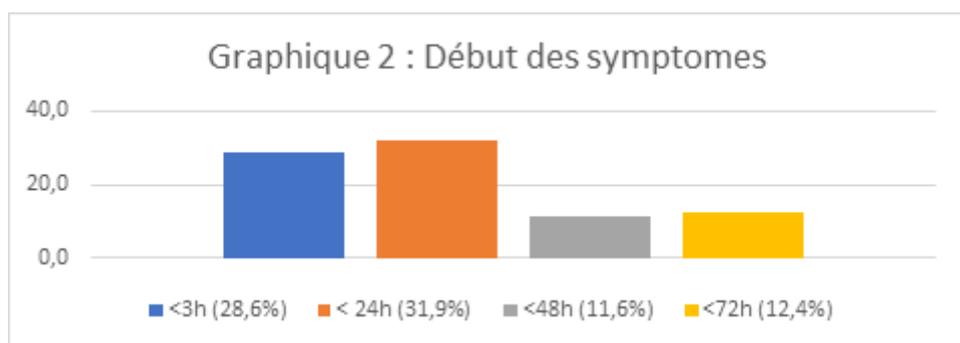
- Répartition des symptômes motivants la consultation

Les symptômes les plus fréquents sont la fièvre et les symptômes digestifs ou douleur abdominale.



- Répartition de la durée d'évolution des symptômes motivants la consultation

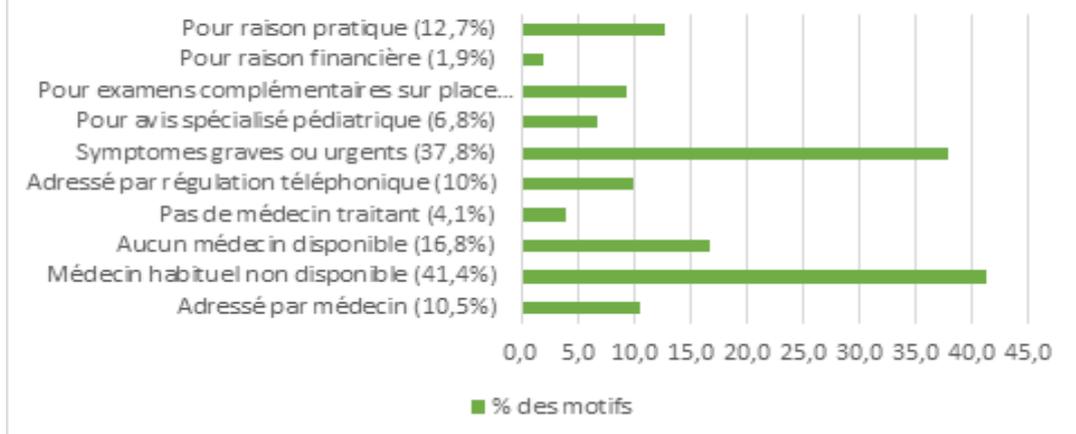
Les symptômes évoluent principalement depuis moins de 24h. La moyenne des durées est de 55 jours avec un maximum de durée d'évolution de 10 mois.



- Répartition des motifs du choix de consulter aux urgences

Les principaux motifs de consultations aux urgences sont l'indisponibilité du médecin habituel puis les symptômes qui semblent graves ou urgents.

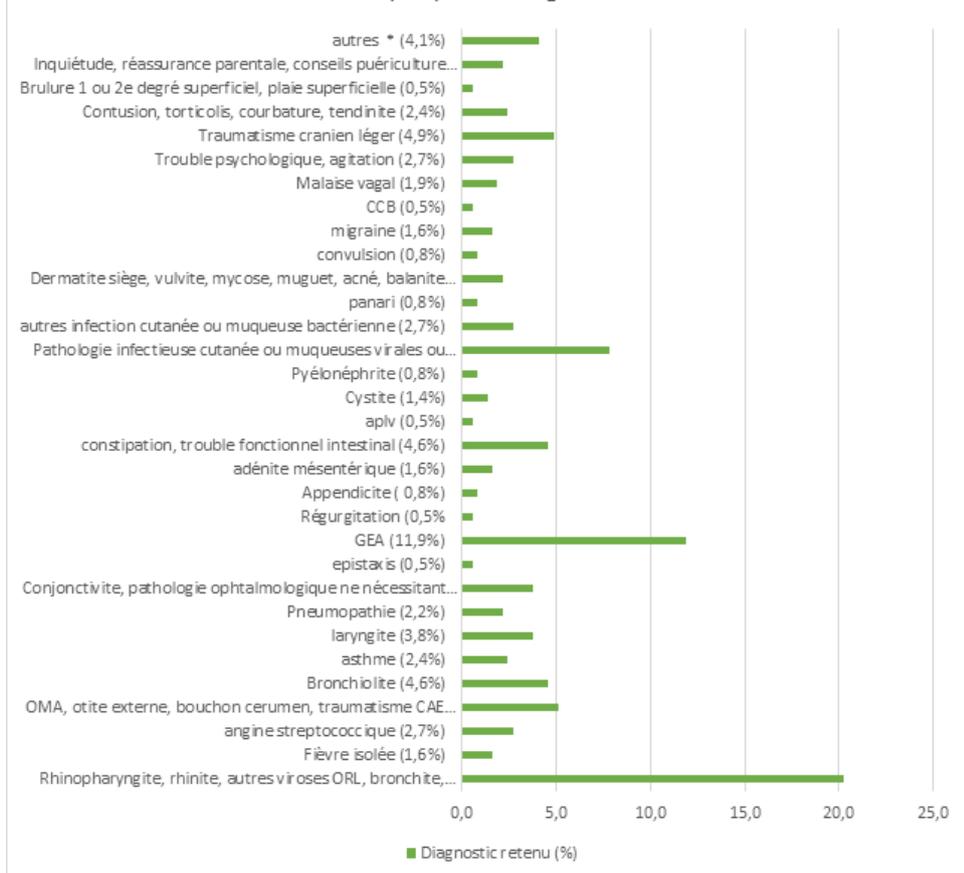
Graphique 3 : Motifs du choix de consultation aux urgences



- Répartition des diagnostics retenus

La première catégorie de pathologie rencontrée concerne les viroses ORL (20,3% des consultations), suivi des gastro-entérites aiguës (11,9%).

Graphique 4 : Diagnostic



\*Autres : pathologies représentant chacune 0,3% des diagnostic (arthrite septique, pathologie dentaire, adénopathies, inhalation de corps étranger, ingestion de corps étranger, intoxication médicamenteuse, péricardite, sténose du pylore, hernie scrotale engouée, ménorragies douloureuses, coup de chaleur, traumatisme crânien grave, synovite aigue transitoire de hanche, pronation douloureuse).

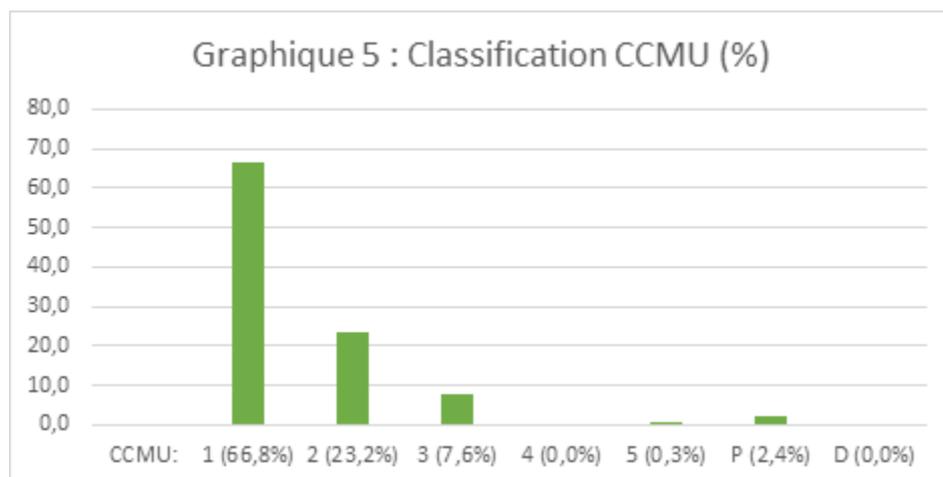
- Répartition des catégories de CCMU

La CCMU (classification clinique des malades aux urgences) est une codification évaluant l'état du patient aux urgences, son niveau de gravité clinique ainsi que son pronostic médical.

Elle classe les patients en 7 catégories :

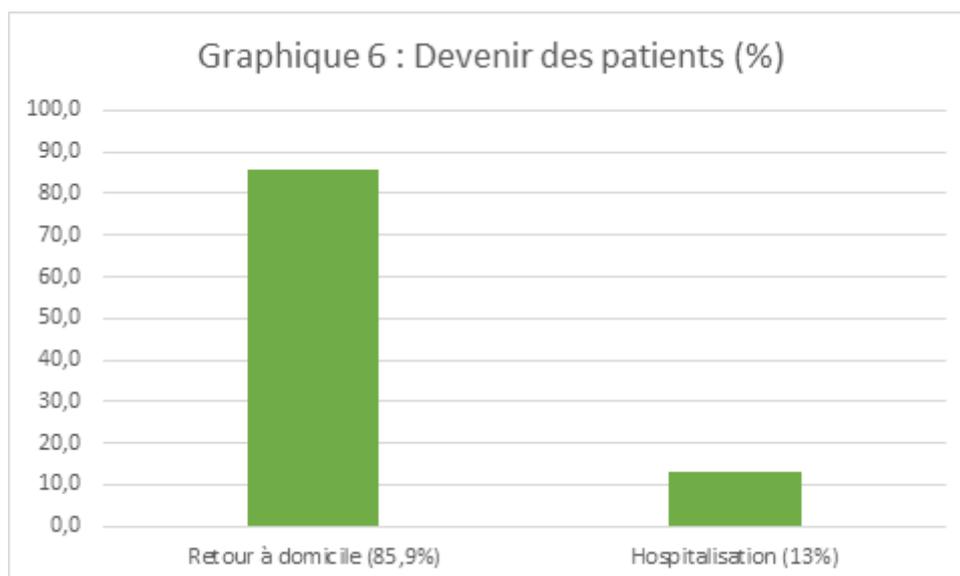
- CCMU P : Patient présentant/souffrant d'un problème psychologique et/ou psychiatrie dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée.
- CCMU 1 : État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.
- CCMU 2 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable, avec acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.
- CCMU 3 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences, sans mise en jeu du pronostic vital.
- CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiat.
- CCMU 5 : Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
- CCMU D : Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences. Pas de réanimation entreprise.

La majorité des consultations de notre étude sont classées CCMU 1 (66,8%), puis CCMU 2 (23,2%).



- Répartition du devenir des patients après la consultation aux urgences

85,9% des patients sortent au domicile, 13% sont hospitalisé suite à leur consultation aux urgences.



#### Connaissance du point garde

Concernant notre objectif principal, 31,4% des usagers interrogés déclarent connaître l'existence du système de point de garde médicale.

- Comparaison des caractéristiques des consultations entre les usagers connaissant le point garde et ceux ne le connaissant pas

<b>Tableau 1 : comparaison des caractéristiques des consultations entre les usagers connaissant le point garde et ceux ne le connaissant pas</b>			
Caractéristiques	Connaissance du point garde (%)	Méconnaissance du point garde (%)	p-value (test student bilatéral)
Moyenne d'âge (en mois)	71,1	64,6	0.4289
Suivi médical régulier	78,4	83,9	0.2586
Atcd de consultation aux urgences	84,5	83,9	0.0925
Heure ouvrable en libérale	61,2	52,0	0.0886
Heure ouvrable en point garde	8,6	16,9	0.0198 *

On note une différence significative entre les usagers qui connaissent l'existence du point garde et ceux qui ne la connaissent pas concernant le taux de consultations pendant les heures ouvrables du point garde, 8,6% des usagers connaissant le point garde consultent dans ces horaires contre 16,9% de ceux ne connaissant pas cette information.

- Comparaison des appels préalables à la venue aux urgences entre les usagers connaissant le point garde et ceux ne le connaissant pas

<b>Tableau 2 : Comparaison des appels préalables à la venue aux urgences entre les usagers connaissant le point garde et ceux ne le connaissant pas</b>			
Connaissance du parcours de soin	Connaissance du point garde (%)	Méconnaissance du point garde (%)	p-value (test student bilatéral)
Appel préalable à un médecin libéral	47,4	45,3	0.6799
Connaissance du 116117	61,2	14,2	5.2932E-17 *

Les usagers connaissant l'existence du point garde sont significativement plus nombreux à connaître le numéro d'appel 116117.

Au total, seulement 28,6% des interrogés connaissent le numéro d'appel 116 117.

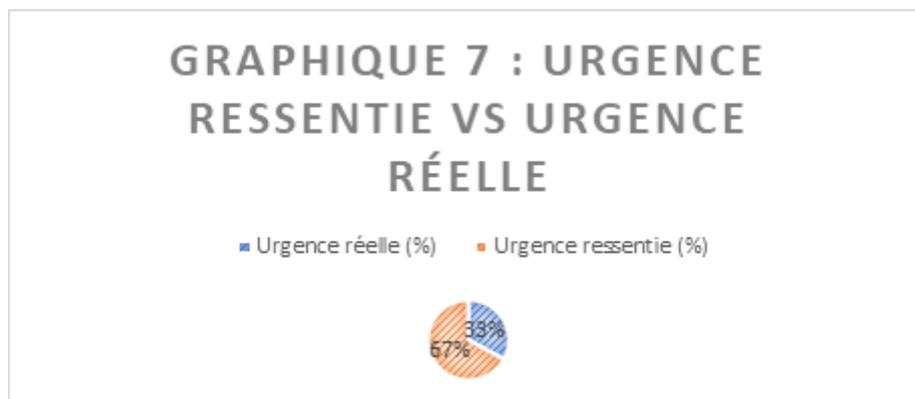
- Comparaison des motifs de consultation entre les usagers connaissant le point garde et ceux le ne connaissant pas

<b>Tableau 3 : comparaison des motifs de consultation entre les usagers connaissant le point garde et ceux le ne connaissant pas</b>			
Motifs du choix de consultation aux urgences	Connaissance du point garde (%)	Méconnaissance du point garde (%)	p-value (test student bilatéral)
Adressé par médecin	14,7	8,7	0.1087
Médecin habituel non disponible	36,2	44,1	0.1588
Aucun médecin disponible	12,9	18,5	0.1664
Pas de médecin traitant	3,4	4,3	0.6843
Adressé par régulation téléphonique	14,7	8,7	0.3282
Symptômes graves ou urgents	32,8	40,2	0.1770
Pour avis spécialisé pédiatrique	6,0	7,1	0.7089
Pour examens complémentaires sur place	8,6	9,8	0.7131
Pour raison financière	1,7	2,0	0.8742
Pour raison pratique	14,7	11,8	0.0003 *
Acceptabilité d'orientation vers consultation de médecine libérale	75,0	68,5	0.1760

La seule différence significative concernant les motifs de consultation porte sur l'item « pour raison pratique ».

La connaissance du point garde ou non n'a pas d'incidence sur le fait de consulter pour une urgence réelle ou pour une urgence ressentie (p value 0.6736)

Comparaison des caractéristiques entre les patients pour urgences ressenties et ceux consultant pour urgences réelles :



Je rappelle que les urgences réelles sont considérées ici comme les consultations nécessitant un acte thérapeutique ou des examens complémentaires, ou une hospitalisation.

Dans notre étude, 33% des consultations correspondent à une « urgence réelle » et 67% à une « urgence ressentie ».

**Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques des groupes « urgence réelle » vs « urgence ressentie »**

Caractéristiques de la consultation	Urgence réelle (%)	Urgence ressentie (%)	p-value (test student bilatéral)
Suivi médical régulier	82,3	82,1	0.9728
Atcd de consultation aux urgences	79,8	80,1	0.9563
Heure ouvrable en libérale	54,0	55,3	0.8202

L'âge des enfants consultants le service ne diffère pas entre les deux groupes (p value 0,2078), il est en moyenne de 72,3 mois dans le groupe « urgence réelle » et de 64,8 mois dans le groupe « urgence ressentie ».

Les caractéristiques des deux groupes ne diffèrent pas significativement.

**Tableau 5 : Comparaison des connaissances du parcours de soins entre les groupes « urgence réelle » et « urgence ressentie »**

Connaissance du parcours de soin	Urgence réelle (%)	Urgence ressentie (%)	p-value (test student bilatéral)
Appel préalable à un médecin libéral	47,6	45,1	0.6560
Connaissance du point garde	29,8	31,7	0.7136
Connaissance du 116117	28,2	28,9	0.8986

<b>Tableau 6 : Comparaison des motifs amenant les usagers à choisir de consulter aux urgences entre les groupes « urgence réelle » et « urgence ressentie »</b>			
Motifs du choix de consultation aux urgences	Urgence réelle (%)	Urgence ressentie (%)	p-value (test student bilatéral)
Adressé par médecin	17,7	6,9	0.0049 *
Médecin habituel non disponible	30,6	46,7	0.0023 *
Aucun médecin disponible	15,3	17,5	0.5951
Pas de médecin traitant	3,2	4,5	0.5476
Adressé par régulation téléphonique	12,9	8,5	0.2149
Symptômes graves ou urgents	41,9	35,8	0.2550
Pour avis spécialisé pédiatrique	7,3	6,5	0.7894
Pour examens complémentaires sur place	16,9	5,7	0.0026*
Pour raison financière	1,6	2,0	0.7725
Pour raison pratique	7,3	15,4	0.0132 *

Le test de student, bilatéral, avec un risque de première espèce de 5%, permet de conclure à une différence significative entre ces deux groupes concernant le fait d'être adressé par un médecin, l'indisponibilité du médecin habituel, la raison pratique.

Les patients consultants en étant adressé par un médecin présentent plus fréquemment une « urgence réelle ».

A l'inverse, les patients consultants car leur médecin habituel n'est pas disponible s'adresse plus souvent aux urgences pour une « urgence ressentie ». C'est également le cas des patients consultants aux urgences pour une raison pratique ou pour des examens complémentaires, il s'agit plus souvent d'une « urgence ressentie » que d'une « urgence réelle » dans le sens défini ci-dessus.

Les autres motifs relevés ne diffèrent pas significativement.

<b>Tableau 7 : Comparaison de l'acceptabilité d'orientation vers une consultation libérale des groupes « urgence réelle » vs « urgence ressentie »</b>			
	Urgence réelle (%)	Urgence ressentie (%)	p-value (test student bilatéral)
Acceptabilité d'orientation vers consultation de médecine libérale	57,3	76,8	0.0002 *

Les patients se déclarant prêt à accepter d'être réorienté vers une consultation de médecine libérale, si un médecin est disponible, consultent significativement plus pour une « urgence ressentie ».

## **Discussion**

### **1. Le résultat principal et hypothèses expliquant les résultats**

Au total, 31,4% des usagers répondent connaître l'existence du point de garde médicale.

On note que les patients consultant pendant les horaires de PDSA sont significativement plus nombreux à ne pas connaître l'existence du point de garde. Il est probable que les patients connaissant ce système de PDSA aient consulté le médecin généraliste du point de garde et ne soient pas venus aux urgences.

La majorité des patients a déjà consulté dans le service d'urgences pédiatriques (80%), cet antécédent de consultation aurait pu être le lieu d'information des patients au sujet de la PDSA.

La connaissance du 116 117 est en relation avec la connaissance du point de garde médicale. Ce qui tend à indiquer que ces usagers ont reçu une information sur ces deux aspects de la PDSA.

### **2. Forces du travail**

L'étendue de l'étude sur six mois constitue une force afin de couvrir les différentes périodes et épidémies. Les études précédemment réalisées sur des questions similaires sont majoritairement menées sur des périodes plus courtes.

Sur la période d'étude, 100% des usagers consultants, et entrant dans les critères d'inclusion, sont interrogés. 94% des questionnaires sont complets. Le biais de sélection est donc faible.

La population étudiée dans cette étude se limite volontairement aux urgences pédiatriques de Lisieux, afin d'établir des propositions de documents d'informations sur le PDSA qui seraient disponibles dans les locaux des urgences pédiatriques et avoir un impact rapide sur le bassin de vie lexovien.

### **3. Faiblesses du travail**

La description de l'échantillon a été volontairement succincte afin que les questionnaires puissent être remplis rapidement aux urgences, il aurait été intéressant d'analyser : le genre des patients, le lieu d'habitation, des renseignements sur l'accompagnant (lien de parenté, âge, catégorie socio-professionnelle).

Parmi les usagers connaissant l'existence du système de PDSA, nous aurions pu évaluer plus précisément leurs connaissances sur ce sujet.

Le point de vue des médecins généralistes du point de garde de Lisieux n'a pas pu être recueilli.

### **4. Comparaison avec la littérature**

Dans une étude similaire aux urgences pédiatriques de Toulouse, 23% répondaient connaître les maisons médicales de garde. Cette étude est donc en accord avec nos résultats, mais elle était menée uniquement aux heures de la PDSA (22).

En 2015, L. Ribaut met en évidence un manque d'information sur les MMG chez des usagers consultant pourtant en MMG.

Dans leur rapport de juillet 2017, les sénateurs rapportaient « une méconnaissance persistante du dispositif [de PDSA] par le public » et « l'absence d'autre solution de prise en charge identifiée ».

En 2019, les CDOM mettaient en évidence également un manque d'information du grand public sur la PDSA. (6)

## **5. Pour aller plus loin**

Pour aller plus loin, nous pourrions envisager de compléter cette étude en changeant la population cible qui était limitée aux usagers des urgences pédiatriques pour une population plus élargie, par exemple les enfants consultants en cabinet libéral.

Cette étude pourrait également être répétée pour évaluer l'impact d'une affiche d'informations dans les urgences pédiatriques de Lisieux sur notre critère de jugement principal.

## **Conclusion**

Les 370 usagers interrogés ont choisi de recourir aux urgences principalement suite à l'indisponibilité du médecin habituel de l'enfant (41,7% des cas) ou à ses symptômes qui leur semblent graves ou urgents (37,8%). 57,3% des personnes interrogés déclarent qu'ils accepteraient d'être réorientés vers une consultation de médecine libérale. Les consultations réalisées pourraient, en majorité, médicalement être réalisées en cabinet libéral puisque 67% d'entre elles correspondent à « des urgences ressenties ».

Alors pourquoi ont-ils consulté aux urgences pédiatriques plutôt que le médecin généraliste au point médical de garde, alors que la demande de consultations aux urgences est croissante et qu'un système de PDSA existe ? Une de ces raisons est mise en évidence par nos résultats : une minorité des usagers, seulement 31,4%, connaît l'existence de ce point de garde médicale.

Il existe plusieurs autres freins à la bonne efficacité de la PDSA comme l'hétérogénéité de l'organisation de la PDSA selon les territoires, l'accès au médecin généraliste de garde, la facturation des consultations... Le tout premier levier pour améliorer l'efficacité de ce système doit être d'améliorer la communication envers la population. Il serait licite avec cette population consultant aux urgences de façon répétée (80% ont déjà consulté le service) et facilement réalisable de réaliser cette communication, par exemple, sous forme d'affichage dans les locaux du service des urgences pédiatriques. Une campagne d'information à plus grande échelle aurait évidemment toute sa place

Au cours de la période de l'étude, 36 usagers ont consulté pendant les horaires ouvrables du point garde et déclaraient accepter d'être réorientés vers une consultation libérale, soit 69,2% des consultations aux urgences pendant cette tranche horaire. Parmi ces usagers, 28 déclaraient ne pas connaître l'existence du point garde. Je peux donc en conclure que, sur ces seules périodes et aux horaires d'ouvertures du point garde, si les usagers avaient eu connaissance de ce système, potentiellement jusqu'à 28 consultations auraient pu être réorienté vers le point de garde médicale, soit 53,8% des consultations sur cette tranche horaire.

## **Bibliographie**

1. ARS BN Cahier Charges Regional PDSA [Internet]. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2013/10/20140128\\_ARS-BN\\_CahierChargesRegionalPDSA\\_version\\_arret%C3%A9.pdf](https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2013/10/20140128_ARS-BN_CahierChargesRegionalPDSA_version_arret%C3%A9.pdf)
2. SANTE - Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°68 [Internet]. [cité 2 mai 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>
3. Pascale Gayraud. Urgences & demandes de soins en urgence : Quelle prise en charge ? adsp sept 2005;n°52.
4. T. Bonnet. PDSA: mode d'emploi. Rev Prat Médecine Générale. avr 2020;(1040).
5. Arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire.
6. CNOM rapport PDSA 2019 [Internet]. [cité 2 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/txkhe1/cnom\\_rapport\\_pdsa\\_2019.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/txkhe1/cnom_rapport_pdsa_2019.pdf)
7. Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018 [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_rapport\\_pdsa\\_2018.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2018.pdf)
8. Rapport mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins [Internet]. [cité 2 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.pompiers.fr/sites/default/files/text-reference/rap\\_pds\\_2007\\_grall.pdf](https://www.pompiers.fr/sites/default/files/text-reference/rap_pds_2007_grall.pdf)
9. Il y a 50 ans, il inventait SOS Médecins - Le Parisien [Internet]. [cité 2 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/archives/il-y-a-50-ans-il-inventait-sos-medecins-01-06-2016-5846091.php>
10. Permanence des soins ambulatoires : un numéro unique 116-117 qui ne sert à rien ? [Internet]. Medscape. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <http://français.medscape.com/voirarticle/3604078>
11. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? :18.
12. Carrasco B. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. 2003;8.
13. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/urgences-la-moitie-des-patients-restent-moins-de-deux-heures-hormis-ceux#>
14. Prise en charge des urgences et des soins non programmés - HAS - 2014 [Internet]. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/urgences\\_soins\\_non\\_programmes\\_-\\_guide\\_ev\\_v2014.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/urgences_soins_non_programmes_-_guide_ev_v2014.pdf)

15. Cohen L, Catherine Genisson, René-Paul Savary. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières - Juillet 2017 [Internet]. [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
16. Canévet J-P, Bourgogne C, Querbès B, Jourdain M, Vrignaud B, Gras-Leguen C. Recours inappropriés aux urgences pédiatriques par les parents : approche qualitative d'un comportement multidimensionnel. *Ann Fr Médecine D'urgence*. oct 2018;8(5):295-300.
17. Francione R, Bissonnier C. La démographie médicale En Région Basse-Normandie Situation en 2015. :65.
18. Arrêté fixant le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires en Normandie en vigueur au 1er janvier 2019 par l'ARS.
19. Cours des comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2013 pour la permanence des soins [Internet]. [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport\\_securite\\_sociale\\_2013\\_permanence\\_des\\_soins.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2013_permanence_des_soins.pdf)
20. P. Phelouzat. Impact de l'organisation de la permanence des soins sur les services d'urgence du calvados en 2009.
21. Catherine Lemorton. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins [Internet]. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: [http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2837.asp#P1640\\_345834](http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2837.asp#P1640_345834)
22. Camille Foucault. Evaluation des connaissances des usagers des Urgences pédiatriques du CHU de Toulouse sur l'existence des maisons médicales de garde [Internet]. 2017 [cité 19 août 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2030/1/2017TOU31149.pdf>
23. L. Ribaut. Permanence des soins ambulatoires. Déterminants de consultation et évaluation de l'intention d'un recours à un service d'urgence: exemple de la maison médicale de La Saudrune [Internet]. 2015 [cité août 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1024/1/2015TOU31063.pdf>

## Annexes

Annexe 1 : Fiche informative destinée au personnel des urgences pédiatriques

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse dirigée par Dr Roth, nous réalisons une étude auprès des usagers du service des urgences pédiatriques. L'objectif principal de l'étude est de savoir si cette population connaît l'existence du point de garde médicale, nous étudierons également les motifs de consultations et pour quelle raison leur choix est-il de consulter aux urgences.

Cette étude se déroulera sur 14 gardes de 24h de étalées sur la période estivale et hivernale.

Déroulement :

- 1) **Un questionnaire est à remplir à l'entrée des urgences** par les accompagnateurs (il est distribué en même temps que la fiche d'entrée).
- 2) **L'enveloppe fermée est ensuite agraffer au questionnaire médical** vierge à l'accueil puis à glisser dans le dossier (rose) du patient jusqu'à la conclusion du dossier.
- 2) **Un second questionnaire, qui doit être agrafé au questionnaire des parents, est à remplir par le médecin** prenant en charge l'enfant ou par un membre de l'équipe paramédical après avis du médecin. Il est demandé d'indiquer la conclusion de la consultation, la réalisation d'examens complémentaires (sauf ECG, BU et dextro pouvant être fait en ville), la réalisation de thérapeutique aux urgences (à l'exclusion du paracétamol qui ne nécessite pas d'être aux urgences ni d'ordonnance), la classification CCMU.
- 3) En fin de prise en charge, **le questionnaire médical est à agraffer à l'enveloppe** contenant le questionnaire accompagnateur et à ranger dans la bannette prévue à cet effet aux urgences.

Remarques :

- Si la partie accompagnateur n'a pas été remplie, il faut l'inscrire sur le questionnaire médical et le ranger seul dans la bannette (par exemple si le questionnaire n'est pas rempli car il s'agit d'une urgence vitale je pourrai classer la consultation parmi les consultations adaptées aux urgences...)
- Sont exclus de l'étude les patients ayant été reconvoqué aux urgences.

Merci pour votre aide !

## Annexe 2 : Questionnaire destiné aux parents ou accompagnateurs des patients

### INFORMATIONS PATIENTS

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la réalisation d'une thèse, nous réalisons aujourd'hui une étude aux urgences pédiatriques de Lisieux. Pour cela, nous vous proposons de remplir ce questionnaire de façon anonyme en attendant que votre enfant soit pris en charge.

Ensuite, glissez-le dans l'enveloppe prévue à cet effet et refermez cette enveloppe puis la remettre au personnel soignant.

Ce questionnaire est anonyme, le personnel prenant en charge votre enfant n'aura pas connaissance de vos réponses.

Merci pour votre participation, le personnel soignant se tient à votre disposition si vous avez des questions.

---

#### A) Concernant votre enfant :

1. Age de l'enfant :.....
2. Votre enfant est-il suivi régulièrement par un médecin ou pédiatre libéral :  
 oui                       non
3. Votre enfant a-t-il déjà consulté aux urgences ?  
 oui                       non

#### B) Concernant la consultation actuelle aux urgences :

4. Jour et heure d'arrivée aux urgences : .....
5. Quels sont les symptômes principaux de votre enfant ? (pourquoi venez-vous consulter?)  
.....  
.....
6. Début des symptômes :  
 <3h     <24h     <48h     <72h (3 jours)     Autres durées : .....
7. Avez-vous appelé un médecin généraliste ou pédiatre avant de consulter aux urgences?  
 oui                       non
8. Savez-vous :
  - Qu'il existe un point de garde médicale à Lisieux permettant de consulter un médecin généraliste le samedi après-midi et dimanche en journée ?  
 oui                       non
  - Que vous avez la possibilité recevoir des conseils téléphoniques par médecin généraliste au numéro 116117?  
 oui                       non
9. Pour quelle(s) raison(s) consultez-vous aux urgences :
  - Vous êtes adressé par un médecin après qu'il est examiné votre enfant
  - Votre médecin n'est pas disponible
  - Aucun médecin en ville ne peut recevoir votre enfant
  - Votre enfant n'a pas de médecin traitant
  - Suite à un conseil médical par régulation téléphonique  
    Si oui par qui ? .....
  - Les symptômes vous semblent graves ou urgents
  - Pour avis spécialisé pédiatrique sans être adressé par médecin traitant
  - Vous pensez que des examens complémentaires seront nécessaires en urgence ce jour (radiologie, prise de sang....)
  - Pour raison financière
  - Pour raison pratique (horaire libre, consultation sans rendez-vous...)
  - Autres : .....
10. Si un médecin libéral (en cabinet) était disponible pour consulter votre enfant accepteriez-vous d'être orienté vers cette consultation en cabinet plutôt que de consulter aux urgences ?  
 oui                       non

\* Cochez les cases (☐) correspondantes à votre choix

### Annexe 3 : Questionnaire destiné au médecin prenant en charge le patient

#### Questionnaire médical :

1. Diagnostic final ou suspecté :

2. Réalisation d'examen complémentaire (sauf ECG, BU et glycémies capillaires) : oui non

3. Traitement ou acte thérapeutique aux urgences (sauf paracetamol) : oui non

4. Classification CCMU :

<input type="checkbox"/>	<b>P</b>	Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.
<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	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.
<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	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.
<input type="checkbox"/>	<b>3</b>	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.
<input type="checkbox"/>	<b>4</b>	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
<input type="checkbox"/>	<b>5</b>	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

5. Devenir du patient : retour à domicile hospitalisation autres

Questionnaire non rempli :  refus urgence grave oubli

incapacité de compréhension des accompagnateurs

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

**ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021**

**NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : Margaux Le Bihan**

**TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : Etat des lieux de la connaissance du point de garde médicale, étude menée auprès des usagers des urgences pédiatriques de Lisieux**

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :**

Le but est d'étudier la connaissance des usagers sur la permanence des soins ambulatoires auxquels ils ont accès, en particulier sur le point de garde médicale.

La première question est de savoir s'ils connaissent l'existence de ce point de garde. Les motifs amenant à la décision de recourir aux urgences et l'acceptabilité d'être réorienté vers une consultation libérale sont également étudiés. L'étude est menée aux urgences pédiatriques de Lisieux.

Il s'agit d'une étude épidémiologique, monocentrique, observationnelle, prospective, anonyme, réalisée sur 14 périodes de 24h, entre le 18 juillet 2019 et le 19 janvier 2020. Les patients reconvoqués pour un contrôle sont exclus. Un questionnaire est distribué à l'accueil et ranger dans une enveloppe fermée, un second questionnaire est rempli par le médecin. Les questionnaires incomplets sont exclus.

31,4% des 370 personnes interrogées ont connaissance de l'existence du point de garde médicale. Le choix de consulter aux urgences s'explique par l'indisponibilité du médecin habituel de l'enfant (41,7% des cas) ou par des symptômes qui semblent graves ou urgents (37,8%). 57,3% des personnes interrogées déclarent qu'ils accepteraient d'être réorienté vers une consultation de médecine libérale. 67% des consultations sont "des urgences ressenties" et pourraient médicalement être réalisées en ville.

La méconnaissance du point de garde médicale demeure importante dans la population consultant aux urgences pédiatriques. Le manque d'information et de communication sur ce sujet est l'un des axes d'amélioration possible afin que la population profite avec efficacité de de l'ensemble du système de soins de façon adaptée.

**MOTS-CLÉS :** permanence des soins ambulatoire, point de garde médicale, urgences pédiatriques, système de soins

**TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : Inventory of knowledge of the medical point of care, study conducted among users of pediatric emergencies in Lisieux**

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

The aim is to study users' knowledge of the permanence of ambulatory care to which they have access, particularly about the point of medical care.

The first question is whether they know of the existence of this guard point. The reasons leading to the decision to resort to emergencies and the acceptability of being redirected towards a liberal consultation are also studied.

The study is being carried out in the pediatric emergency room in Lisieux. This is an epidemiological, single-center, observational, prospective, anonymous study, carried out over 14 periods of 24 hours, between July 18, 2019 and January 19, 2020. Patients called back for a check-up are excluded.

A survey is distributed at the reception and put away in a closed envelope, a second survey is filled out by the doctor. Incomplete surveys are excluded.

31.4% of the 370 people questioned were aware of the existence of the medical point of care. The choice to consult the emergency room is explained by the unavailability of the child's usual doctor (41.7% of cases) or by symptoms that seem serious or urgent (37.8%). 57.3% of the people questioned declared that they would agree to be redirected towards a consultation of liberal medicine. 67% of consultations are "felt emergencies" and could medically be carried out in town.

Lack of knowledge of the medical point of care remains important in the population consulting pediatric emergencies. The lack of information and communication on this subject is one of the possible areas for improvement so that the population can benefit efficiently from the entire healthcare system in an appropriate manner.

**KEY WORDS :** permanent outpatient care, pediatric emergencies, care system