



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Modalités de la demande de soins en ambulatoire aux heures de la
PDSA du point de vue des usagers dans le Nord et le Pas-de-
Calais : états des lieux et dynamique entre régulation et
développement des Maisons Médicales de Garde**

Présentée et soutenue publiquement le 04 juillet 2019 à 14 heures
au Pôle formation

Par Vincent Schmit

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe Berkhout

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Monsieur le Docteur Matthieu Calafiore

Madame la Docteur Anita Tilly-Dufour

Directeur de Thèse :

Madame la Docteur Judith Ollivon-Herman

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Listes des abréviations :

- **ARS : Agence Régionale de Santé**
- **CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre de Médecins**
- **CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins**
- **CRRAL : Centre de réception et de régulation des appels libéraux**
- **IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'état**
- **INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques**
- **MMG : maison médicale de garde**
- **PDSA : Permanence des soins en ambulatoire**
- **SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente**
- **SAU : Service d'Accueil des Urgences**

RESUME

Contexte : Les Maisons Médicales de Garde continuent leur développement depuis leur création dans les années 1980. Ce sont des lieux d'effectif fixe de la PDSA, inscrits dans une dynamique propre pour un territoire d'effectif donné. La Cour des Comptes loue leur développement mais pointe également le défaut de régulation médicale.

Méthode : L'objectif principal était de déterminer le souhait ou non par les usagers du développement des Maisons Médicales de Garde sur tous les secteurs de garde français et leurs souhaits concernant les modalités d'accès à la consultation en PDSA. Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive prospective multicentrique, de 105 passages en PDSA. Le questionnaire a été distribué dans les MMG de Béthune, Dunkerque ou Armentières, ou chez le médecin généraliste de garde dans les secteurs de Fauquembergues et de Bailleul de Septembre 2018 à Février 2019.

Résultats : Les patients majeurs consultants étaient pour 61 % des femmes et 39 % des hommes. Le développement sur l'ensemble du territoire français des MMG était soutenu par 94 % des répondants. L'accès devait être direct pour 68 % des sondés. Il était de 48 % pour ceux ayant été régulés avant la consultation du jour. 100 % des usagers en cabinet ont été régulés contre 48 % à la MMG, 12 % ont été réorientés par un service d'urgences du secteur. 30 % des sondés ne connaissaient pas la PDSA avant la consultation et seulement 25 % des sondés ont reçu une information sur la PDSA. L'interlocuteur principal pour une information sur la PDSA était le médecin traitant pour 33 % des sondés en priorité. Le numéro spécifique Médi'ligne est cité chez 49 % des sondés pour une dynamique future de la régulation libérale, devant le numéro souhaité national le 116 117 (30 %) et le 15 (9 %).

Conclusion : Les MMG sont fortement souhaitées par les usagers de la PDSA dans le Nord et le Pas-de-Calais pour un développement sur le territoire français, avec un accès direct. La régulation reste tout de même sollicitée, mais minoritaire en MMG. Il convient de définir les modalités d'accès à la consultation en PDSA sur l'ensemble du territoire français entre une nécessaire régulation et un accès libre. L'information envers le public en sera une étape cruciale, et le médecin généraliste un acteur majeur.

I. TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	10
A.	Définitions	10
1.	Définition de la permanence des soins en ambulatoire (PDSA)	10
2.	Les Maisons Médicales de Garde.....	11
B.	La PDSA dans l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais	12
1.	Le Pas-de-Calais	12
2.	Le Nord	12
3.	Actes effectués par les médecins inscrits sur le tableau de garde.....	13
C.	Modalités d'accès à la régulation de la PDSA.....	13
1.	Généralités sur la régulation en France	14
2.	La régulation dans le Nord et le Pas-de-Calais : le numéro Médi'ligne....	14
D.	Dynamique actuelle.....	15
E.	Problématiques	18
1.	Objectifs principaux.....	18
2.	Objectifs secondaires.....	18
II.	Matériels et méthodes.....	19
A.	Conception de l'étude	19
B.	Populations et périodes de l'étude	19
C.	Données, analyse et critères de jugement	20
D.	Analyse des questionnaires	20
III.	Résultats	22
A.	Données générales	22
1.	Nombre de questionnaires recueillis	22
2.	Données socio-démographiques	22
3.	Périodes de consultation et lieu de consultation	23
4.	Contacts antérieurs avec la PDSA.....	24
5.	Connaissance de la PDSA avant la consultation	24
B.	Développement des maisons médicales de garde.....	25
1.	La promotion de la Maison Médicale de garde	25
2.	La question du mode d'accessibilité de la maison médicale de garde....	25
C.	Dynamique autour du numéro d'accès.....	26
D.	Dynamique de modalités d'accès actuel	27

1.	Modalité de premier contact avec la permanence des soins en ambulatoire	27
2.	Se déplacer dans le cadre de la PDSA.....	29
3.	Réception des usagers d'une information sur la PDSA	30
4.	Biais de connaissance du numéro Médi'ligne	30
5.	Modalités de la délivrance de l'information concernant la PDSA	31
E.	Evaluation de la PDSA par les usagers	32
1.	Satisfaction à l'accès à la consultation.....	32
2.	Difficultés à accéder ou non à la régulation	32
3.	Le délai d'attente.....	32
4.	Jugement concernant la distance parcourue	33
5.	Attente dans le cabinet ou la Maison médicale de garde.....	33
IV.	discussion	35
A.	Forces et limites de l'étude	35
B.	Profil des usagers	36
C.	Développement des Maisons Médicales de Garde et satisfaction des usagers	36
D.	La connaissance de la PDSA.....	38
1.	L'information sur la PDSA.....	39
E.	La place de la régulation pour les usagers.....	39
1.	Etats des lieux : le numéro Médi'ligne.....	39
2.	Débat sur le 116 117 et point de vue des usagers.....	41
F.	Modalités d'accès à la MMG	44
1.	Modalités possibles de la PDSA	46
2.	L'impossibilité de déplacement aux heures de la PDSA	48
G.	Nécessité d'une décision claire	49
V.	Conclusion	50
VI.	bibliographie.....	51
VII.	Annexes	54
1.	Catégories socio-professionnelles dans les départements du Nord et du Pas-de Calais.....	54
2.	Questionnaire	55

I. INTRODUCTION

A. Définitions

1. Définition de la permanence des soins en ambulatoire (PDSA)

La permanence des soins en ambulatoire (1) est une organisation structurée et régulée qui permet de répondre aux demandes de soins non programmées exprimées par les patients, en dehors des horaires d'ouvertures des cabinets libéraux en médecine générale, par les médecins généralistes.

Elle couvre les plages horaires suivantes :

- De 20h à minuit en semaine (2) pour la région des Hauts-de-France.
- Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures.
- Eventuellement, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre médicale : le samedi à partir de 12 heures, le vendredi ou le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié ou le lundi lorsqu'il précède un jour férié. (3)

Les consultations durant la PDSA ont lieu soit au cabinet du médecin généraliste de garde ou dans la MMG du secteur de garde.

La PDSA est placée au niveau régional sous l'autorité de l'ARS. Cette dernière assure l'encadrement de l'organisation locale des tours de gardes (4), la rédaction des « cahiers des charges » définissant tous les détails de la PDSA dans les régions et son financement (1).

Le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) veille au niveau départemental notamment à l'organisation de la PDSA et à son ajustement.

Le conseil de l'Ordre départemental assure, quant à lui, l'inscription des médecins sur le tableau de garde. En cas de manquement au tableau de garde, l'ARS demande aux préfets de procéder à la réquisition du praticien.

La permanence des soins s'inscrit dans un territoire donné avec les limites données par le directeur général de l'ARS. Les limites ont été redéfinies pour le 2 Novembre 2018 avec l'élargissement des secteurs de garde « pour permettre une égalité d'accès en tout point du territoire régional, tout en prenant compte les contraintes et caractéristiques départementales, en particulier de la démographie médicale » (5).

2. Les Maisons Médicales de Garde

Elles constituent des lieux fixes d'effectif de la PDSA (5). L'accès se fait après régulation téléphonique ou possiblement par réorientation des services d'urgence. Elles sont situées dans le cadre d'un hôpital ou d'une clinique ou au contraire éloignées d'autres structures sanitaires.

Les modalités de fonctionnement sont variables d'un secteur à l'autre malgré une appellation commune, avec la possibilité d'employer d'autres catégories professionnelles paramédicales ou administratives (secrétaires, infirmiers, agents de sécurité, ...) (6).

Les plus anciennes MMG sont celles de Brest et du Havre (6) créées respectivement en 1981 et en 1985. Un nouveau « boom » des MMG est survenu dans les années 2000, parallèlement au lancement des Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

(FAQSV) (7). Il est recensé alors une quarantaine d'établissements sur tout le territoire français. Le développement des MMG est soutenu depuis sur le plan politique, notamment par le rapport Descours (10) réalisé à la suite des grèves des médecins généralistes de novembre 2001 sur la permanence des soins. Leur promotion a été rappelée dans plusieurs rapports postérieurs, dont le rapport de la Cour des Comptes de 2013 (4).

B. La PDSA dans l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais

1. Le Pas-de-Calais

Le Pas-de-Calais compte 1497668 habitants au 1^{er} janvier 2017, pour une superficie de 6671 km², soit 224 habitants/ km².

Il comprend 26 secteurs de garde et 4 Maisons Médicales de Garde au 1^{er} novembre 2018 (Béthune, Boulogne-sur-Mer, Calais et Hénin-Beaumont). Il n'y a pas de d'associations de permanence des soins de type SOS Médecins.

2. Le Nord

Le département du Nord compte 2640622 habitants au recensement du 1^{er} janvier 2017, pour une superficie de 5743 km², soit 460 habitants/km².

Il comprend 35 secteurs de garde et 10 Maisons Médicales de Garde (Grande-Synthe (Dunkerque-Ouest), Dunkerque-Est, Armentières, Lille, Roubaix, Douai, Valenciennes, Maubeuge et le Cateau-Cambrésis) au 1^{er} novembre 2018.

L'association SOS-médecin bénéficie également de plusieurs secteurs de permanence dans le département du Nord au niveau dans la région de Dunkerque et de Lille.

3. Actes effectués par les médecins inscrits sur le tableau de garde

Le cahier des charges de la PDSA dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais recensait en 2016 (5) :

- Dans le département du Pas-de-Calais, 31010 consultations régulées et 764 consultations non régulées.
- Dans le département du Nord, 69036 consultations régulées et 5584 consultations non régulées.

Le nombre d'appel (8) fut pour le département du Nord de 103 516 appels en 2016. Le département du Pas-de-Calais comptabilise, quant à lui, 96 338 appels la même année.

Le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires des Hauts-de-France publié le 6 août 2018, sans donner de chiffres, précise que l'activité en PDSA dans la région Hauts-de-France se concentre majoritairement autour des secteurs fortement peuplés et donc où sont implantés SOS médecins et/ou de Maisons Médicales de garde, d'où une grande majorité de consultations.

C. Modalités d'accès à la régulation de la PDSA

La loi HSPT du 21 juillet 2009 dans son article 49 en définit actuellement son cadre législatif (9).

L'accès à la consultation dans le cadre de la PDSA (9) (10) s'effectue en théorie par le SAMU Centre 15 ou par une plateforme de régulation médicale ayant passée une convention avec le SAMU et qui est interconnectée avec le Centre 15. Cela est le cas

dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais avec le numéro Médi'ligne, géré par le CRRAL 59 et le CRRAL 62.

1. Généralités sur la régulation en France

Ils coexistent :

- Le 15 : c'est un des modes privilégiés d'accès à la régulation médicale et c'est le seul numéro disponible sur l'ensemble du territoire. Dans la région des Hauts-de-France (2), les départements de l'Oise, de la Somme et de l'Aisne disposent uniquement (hors cas du 116 117) de ce moyen d'appel à la régulation. Sur le sol français, ils sont 54 départements à disposer du 15 comme numéro d'appel unique.
- Le numéro d'appel départemental ou régional : il s'agit d'un numéro d'appel de 4 à 10 chiffres. C'est le cas dans 34 départements français. A ces numéros peuvent également s'ajouter les numéros d'organisme pour une participation locale à la PDSA, comme SOS médecin.
- Le 116 117 que nous verrons ci-après

2. La régulation dans le Nord et le Pas-de-Calais : le numéro Médi'ligne

Dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, 2 numéros spécifiques ont été mis en place pour l'accès à la permanence des soins en ambulatoire. Ce sont Médi'ligne 59 et 62 :

- Pour le Nord : 03 20 33 20 33
- Pour le Pas-de-Calais : 03 21 71 33 33

Ils sont médiés par les CRRAL du Nord et du Pas-de-Calais (11), qui sont chacun d'eux interconnectés par les centres SAMU du Nord et du Pas-de-Calais respectivement.

Le CRAAL du Pas-de-Calais se situe dans les locaux du SAMU d'Arras. Tandis que l'association du département du Nord se situe dans les locaux du SAMU 59 à Lille.

Les départements du Nord et du Pas-de-Calais ont la particularité d'avoir une gestion conjointe des appels en période de nuit profonde, de minuit à 6 heures en semaine et de minuit à 7 heures les dimanches et jours fériés.

Lors de l'appel à la plateforme des médecins généralistes de régulation au CRRAL 59 et 62 (comme tout appel à la régulation libérale), le patient peut soit :

- bénéficier d'un conseil médical,
- être renvoyé vers les médecins du SAMU
- être orienté vers les urgences,
- vers le médecin de garde du tour de garde ou à la MMG
- exceptionnellement en visite à domicile.

D. Dynamique actuelle

Comme nous l'avons vu, l'apport de la Cour des Comptes de 2013 sur l'avenir de l'Assurance Maladie (12) souligne et loue la dynamique de développement des Maisons Médicales de Garde. Le cahier des charges de la permanence des soins en Ambulatoires en région Hauts-de-France (5) la promeut également, préférentiellement à proximité immédiate d'un service des urgences ou à proximité immédiate d'une structure sanitaire ou médico-sociale dans le cas du milieu rural.

Mais ce même rapport reprend les statistiques notamment de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés), de la réalisation de 40 % des actes médicaux pendant les périodes de la PDSA effectués en dehors de toute régulation. La circulaire du 23 mars 2007 pointe également l'hétérogénéité du mode d'adressage et rappelle qu'il est souhaitable que l'accès aux Maisons Médicales de Garde soit en parti régulé.(5)

D'autant plus que l'accent est mis sur le conseil médical (12) lors des appels aux centres 15 et le CRAAL dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. Et en sus, est évoquée de manière récurrente la question de la présentation jugée inadaptée des usagers dans les services des urgences, notamment en France, dernièrement avec les propositions du député et neurologue français Oliver Véran (13).

La problématique présente est de déterminer les modalités d'accès souhaités par les usagers dans le cadre de l'accès aux Maisons Médicales de Garde, avec en perspective le numéro d'appel à la régulation.

Actuellement en France, se tient le débat sur le développement spécifique du numéro de régulation pour la PDSA.

3 régions ont bénéficié de la mise en place du nouveau numéro unique, le 116 117. Ces régions sont la Corse, la Normandie et les Pays-de-Loire.

Le 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 en ambulatoire (14) devait consacrer la mise en place du 116 117 ou le 15, le numéro national d'aide médicale urgente. Le choix aurait été laissé à la discrétion du directeur général de l'agence régionale de santé.

Une généralisation vers la France entière était envisagée début 2018 car entérinée par le Gouvernement Valls avec le décret du 22 juillet 2016 mais a été mise depuis en attente, comme le déplore le syndicat de médecins généralistes MG France (15)

Dans l'allocution du 14 octobre 2017 au Congrès annuel de la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers, Gerard Collomb développe le souhait d'un numéro centralisé d'appel pour tous les services communs (16) : « Je pense en particulier à la création de plateformes communes pour les appels d'urgence. Le Président de la République l'a rappelé vendredi dernier : nous ne pouvons plus nous permettre d'avoir en France cinq numéros d'appel (le 15, le 17, le 18, le 112 et le 115), quand, chez nos voisins, il en existe un seul. Je souhaite donc qu'à horizon cinq ans, nous puissions avancer vers un numéro unique ce qui, pour nos concitoyens sera gage de simplicité, et pour les services de secours, gage d'efficacité. »

Le numéro unique a également été réclamé par SAMU-Urgences de France (17) pour la création d'un numéro unique pour « toutes les urgences sanitaires », la proposition a été saluée par l'association des médecins urgentistes de France et la Fédération nationale des sapeurs-pompiers. Il s'agit de centraliser les appels par un assistant de régulation médicale qui assure la dissociation entre « l'aide médicale urgente » pour les services d'urgence et la « demande pressante de soins » pour la PDSA. Contre cette proposition, le syndicat des médecins libéraux met en avant à nouveau le 116 117, géré par les médecins généralistes, et l'importance des appels à destination des médecins généralistes, estimé à 60-70 % des appels dans les centres 15, d'après le SML.

Le 116 117 apparaît de nouveau dans l'arrêté 2018-259 fixant le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires des Hauts-de-France mais son

éventuelle entrée en vigueur n'est pas à l'ordre du jour. Il reste techniquement opérationnel sur tout le territoire français, avec rebasculément sur le Samu Centre 15.

E. Problématiques

1. Objectifs principaux

Il s'agit ici de déterminer les souhaits concernant les modalités d'accès aux Maisons Médicales de Garde entre régulation et accès direct et si elles sont souhaitées par la population.

2. Objectifs secondaires

Il conviendra de s'intéresser aux voies d'améliorations possibles sur les modalités d'accès dans le cadre de la PDSA en évaluant du point de vue des usagers :

- Le profil des usagers ;
- Les modalités d'accès à la régulation et la faveur d'un des numéros d'appel ; pour plus d'efficacité de la régulation à la lumière de la dynamique actuelle
- Les modalités d'accès actuelles à la PDSA, leurs évaluations et leurs contraintes ;
- Les connaissances concernant la PDSA et leurs modalités.

II. MATERIELS ET METHODES

A. Conception de l'étude

Cette enquête épidémiologique multicentrique a été réalisée dans les Maisons médicales de Garde d'Armentières (59), de Dunkerque-Est (59), et de Béthune (62) et chez des médecins généralistes de garde du secteur de Fauquembergues (62) et de Bailleul (59).

Un questionnaire a été distribué sur lequel étaient recueillis le l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle ainsi que leurs opinions aux questions demandées.

Ce questionnaire était rempli avant ou après la consultation avec le médecin généraliste de garde, dans le cadre de la PDSA.

Le critère d'inclusion était « tout patient ou accompagnant majeur consultant à la maison médicale de garde ou chez le médecin généraliste de garde ».

Les critères d'exclusion étaient la non-connaissance de la langue française.

Le recueil de données a été effectué du mois de septembre 2018 au mois de février 2019. Il est à noter que l'application du nouveau cahier des charges était à dater du 2 novembre 2018 sans que cela n'ait eu d'impacts notables sur le présent recueil de données.

B. Populations et périodes de l'étude

Les patients ou les majeurs accompagnants étaient informés de l'étude par le biais soit :

- Du médecin généraliste dans le cadre de la consultation dans son cabinet,

- Par le médecin dans certaines Maisons Médicales de garde,
- L'IDE ou la secrétaire de garde dans le cadre des Maisons Médicales de Garde.

Il a été ainsi distribué avant la consultation et a été rendu dans le même temps

La présence de l'enquêteur pour distribuer les questionnaires a été exceptionnelle.

Les questionnaires ont été ensuite récoltés par le biais des médecins, secrétaires médicales et infirmières ayant donné leur accord.

C. Données, analyse et critères de jugement

Pour répondre aux objectifs principaux étaient analysés :

- La faveur du développement des Maisons Médicales de Garde sur l'ensemble du territoire français
- La modalité d'accès souhaitée à la consultation en MMG

Pour répondre à l'objectif secondaire étaient analysés :

- Le profil des usagers
- La faveur d'un numéro d'appel pour la régulation en PDSA
- Les modalités d'accès à la consultation du jour PDSA, dont les difficultés
- La satisfaction concernant les différentes modalités de la PDSA

D. Analyse des questionnaires

L'analyse statistique a été réalisé par le biais de EXCEL ®, du logiciel STATISTICA® et du logiciel en ligne BioStatTGV®.

Pour les différents tests, le risque alpha de première espèce choisi était de 0,05.

Pour l'analyse croisée avec la question n°5 du questionnaire, les propositions de réponse : le 15, le 18 et le 112 ont été fusionnées.

Les réponses multiples n'ont pas été prises en compte.

III. RESULTATS

A. Données générales

1. Nombre de questionnaires recueillis

Le questionnaire a été proposé du mois de septembre 2018 au mois de février 2019 aux usagers de la PDSA, sa complétion était basée sur le volontariat. Il a été ainsi recueilli 105 questionnaires.

2. Données socio-démographiques

Seuls les sujets de 15 ans 3 mois et plus ont été recensés. Les consultants ont été composés de 64 femmes et 41 hommes, soit respectivement 61% et 39 % d'individus.

L'analyse statistique sur l'âge a été réalisée sur 91 répondants.

La moyenne d'âge était de 40,62 ans (écart type +/- 14,14 ans). La médiane était de 38 ans. Le plus jeune consultant avait 17 ans, le plus âgé 93 ans.

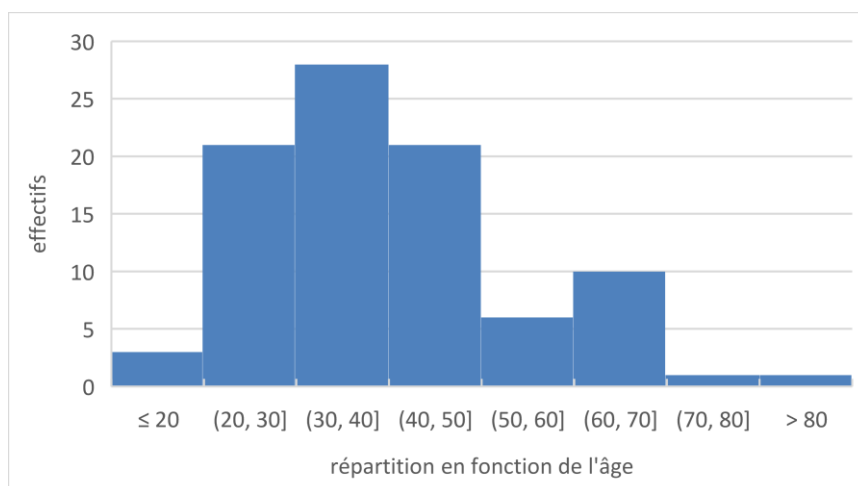


Figure 1: distribution des sondés en fonction de l'âge

Les catégories socio-professionnels se répartissent comme suit :

- Agriculteurs, exploitants : 0 %
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise : 4 %
- Cadres et professions intellectuelles supérieures : 10 %
- Professions intermédiaires : 5 %
- Employés : 45 %
- Ouvriers : 9%
- Retraités : 10 %
- Autres personnes sans activités professionnelles : 18 %

3. Périodes de consultation et lieu de consultation

Concernant cette question, les sondés ont été 12 à se présenter dans le cadre du tour de garde des médecins généralistes (11 %) et 93 dans le cadre de la Maison Médicale de garde (89 %).

Concernant la période de consultation, les consultations se sont réparties pour :

- 66 % des cas le Week-end
- 34 % des cas en soirée

4. Contacts antérieurs avec la PDSA

62 des 99 répondants avaient déjà eu un contact antérieur avec la PDSA, 37 répondants n'ont jamais eu de contact avec la PDSA avant la consultation du soir.

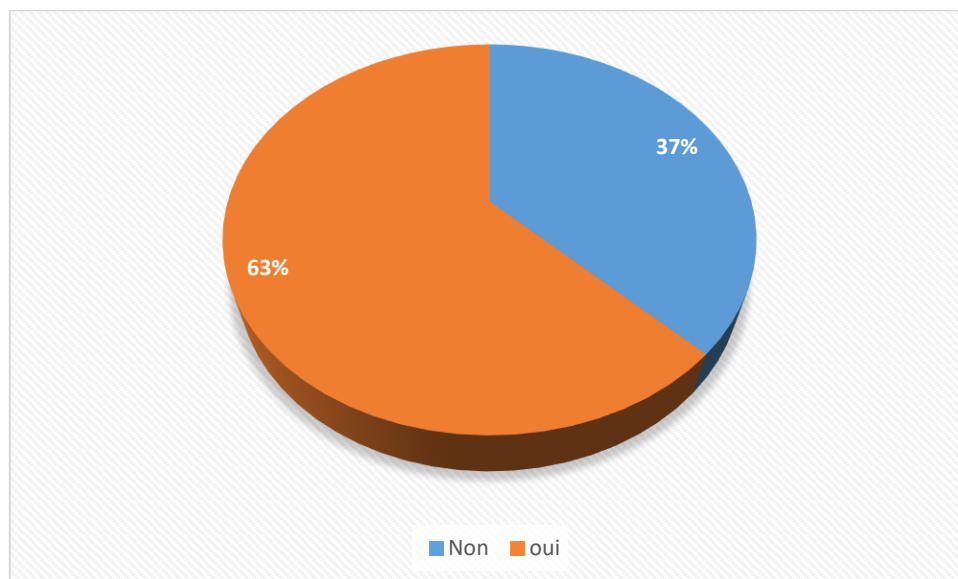


Figure 2: Proportions de consultation antérieure dans le cadre de la PDSA

5. Connaissance de la PDSA avant la consultation

La permanence des soins en ambulatoire était :

- Connue par 70 % des sondés
- Non connue par les 30 % restants

13 usagers connaissaient la PDSA sans jamais en avoir été un usager auparavant soit 16 % des sondés.

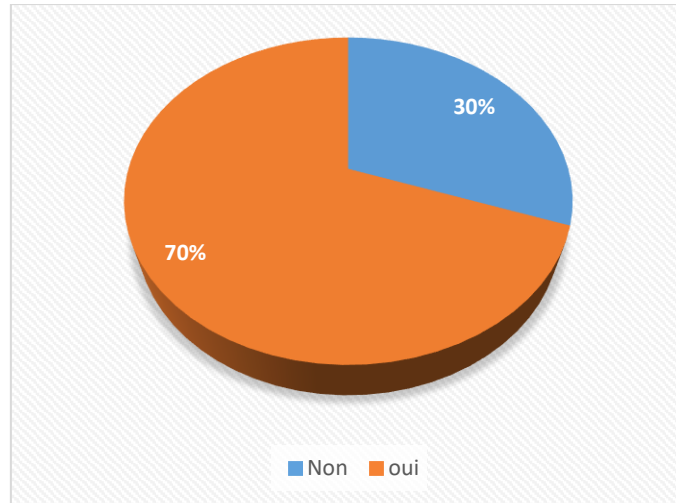


Figure 3: connaissance de la PDSA par les usagers avant la consultation

B. Développement des maisons médicales de garde

1. La promotion de la Maison Médicale de garde

94 % des répondants étaient favorable au développement des Maisons Médicales de garde sur l'ensemble du territoire français. Seulement 4 % des répondants n'y étaient pas favorables. Deux sondés n'avaient pas répondu à cette question.

2. La question du mode d'accessibilité de la maison médicale de garde

Selon les usagers, la Maison Médicale de garde du secteur doit être accessible directement pour 68 % des usagers et ne doit se faire qu'après appel à la régulation libérale dans 32 % des cas.

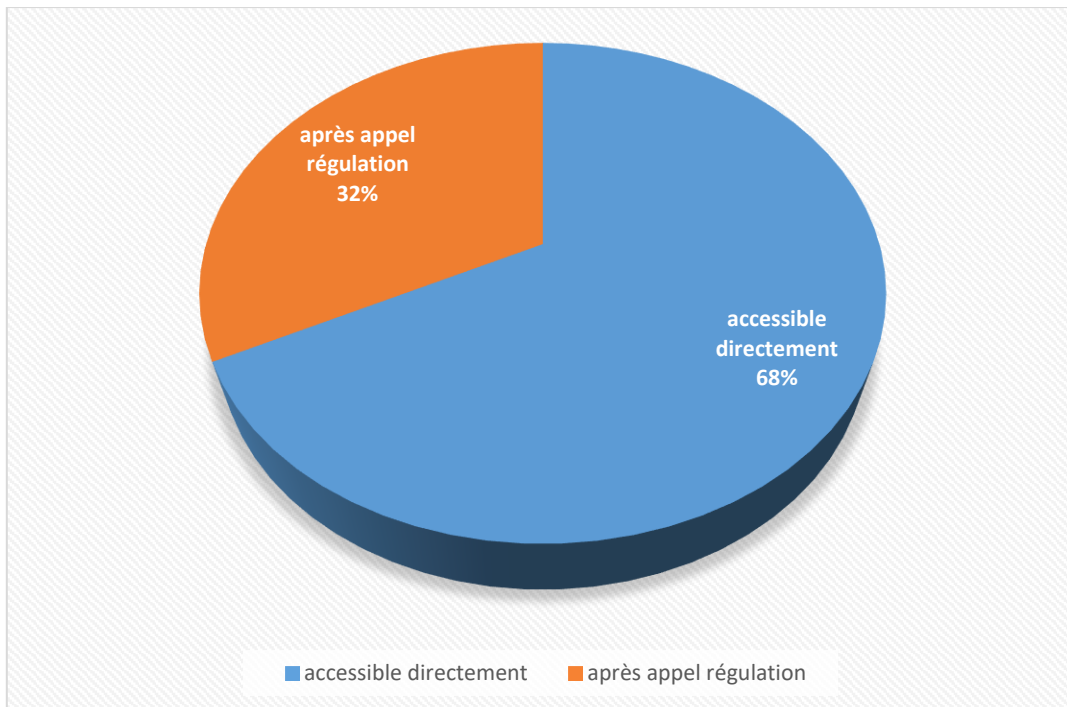


Figure 4: Modalités d'accès à la Maison Médicale de Garde selon les usagers

En analysant de manière croisée par les modalités de premier contact avec la PDSA, il est mis en évidence une différence significative ($p=0,02$), en faveur d'un accès direct à la Maison Médicale de garde chez les usagers ayant consulté directement lors de la consultation concomitante avec le remplissage du questionnaire. 45 % des usagers ayant bénéficié de la régulation par Médi'ligne le jour de consultation souhaitent un accès à la MMG après régulation comme modalité d'accès. L'analyse par le biais des lieux de consultation n'est pas significative ($p=0,51$).

C. Dynamique autour du numéro d'accès

Le numéro Médi'ligne est sollicité chez 49 % des sondés. Le souhait du développement d'un numéro unique nationale est retrouvé chez 30 % des sondés.

Le 15, le 18 et le 112 sont cités respectivement 9 fois, 0 fois et 4 fois.

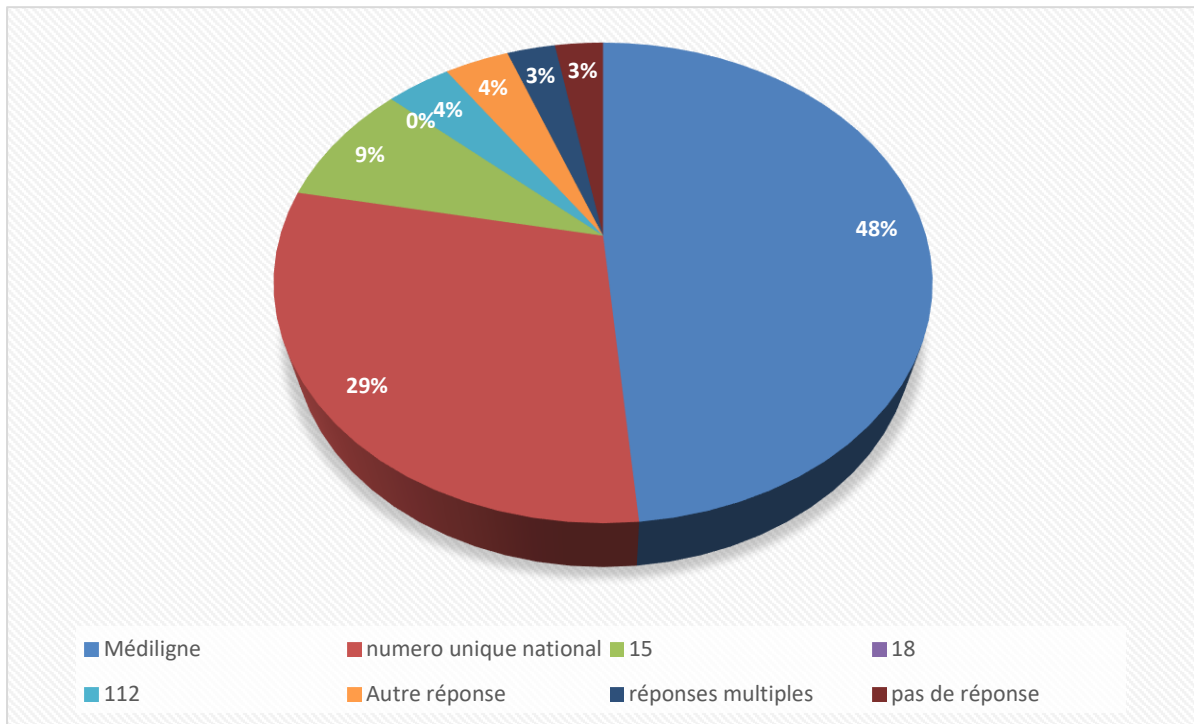


Figure 5: Numéro d'accès souhaité à la régulation médicale

D. Dynamique de modalités d'accès actuel

1. Modalité de premier contact avec la permanence des soins en ambulatoire

Concernant les modalités qui ont conduit le patient à la consultation dans le cadre de la PDSA :

- 7 patients ont été orientés vers la PDSA par le 15,
- 1 patient a été orienté par le 18,
- 2 patients par le 112,
- 46 usagers ont consulté le médecin généraliste de garde par le biais du régulateur de Médi'ligne,
- Il n'y a pas eu de contact téléphonique de patient par le biais du 116 117,

- 36 patients se sont rendus directement à la Maison Médicale de garde, dans les secteurs pourvus d'une MMG,
- 11 patients ont été réorientés par les urgences.

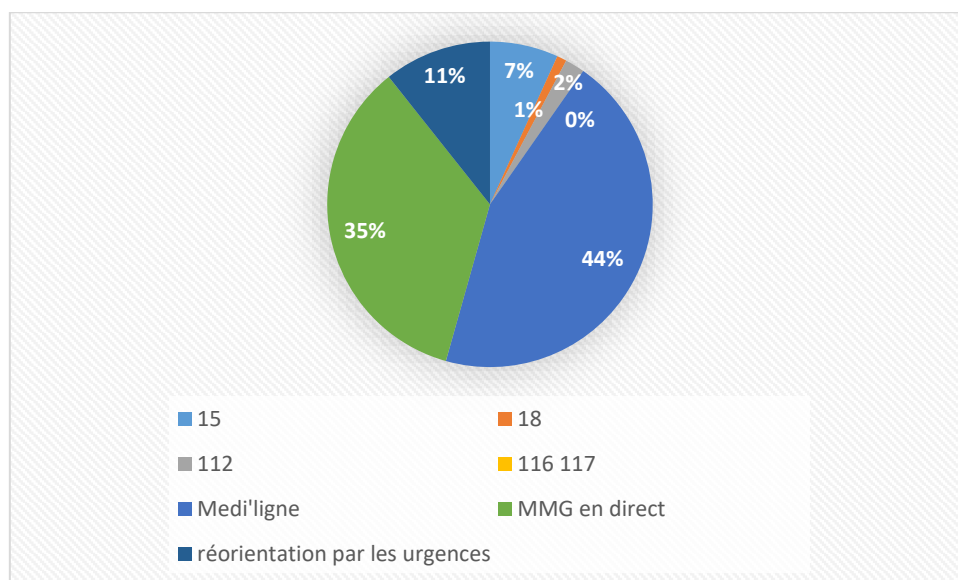


Figure 6: Modalités de premier contact lors de la consultation du jour

En analysant de manière croisée avec le lieu de consultation, les 11 usagers du tour de garde ont utilisé le numéro Médi'ligne (pas de réponse pour un usager).

lieu de consultation			
modalités de premier contact	Tour de garde	Maison médicale de garde	Total général
Le 15		7	7
Le 18		1	1
Le 112		2	2
Médi'ligne	11	35	46
Le 116 117			0
Consultation directe		36	36
réadressage		11	11
Pas de réponse	1	1	2
Total général	12	93	105

Tableau 1: Modalités de premier contact en fonction du lieu de consultation

Il n'y a pas de différence significative concernant les modalités de première consultation en fonction du sexe ($p=0,50$), de la catégorie socio-professionnelle ($p=0,28$), ou de l'âge (40,40 ; écart-type : 14,28).

Modalités de premier contact avec la PDSA	Age Moyennes	Age N	Age Ecart-type
Le 15	36,00	6	7,32
Le 18		0	
Le 116 117		0	
Le 112	34,00	1	0,00
Médi'ligne	40,68	38	15,76
Consultation directe	40,65	35	14,06
Réorientation du SAU	41,88	9	14,10
Tous groupes	40,40	89	14,28

Tableau 2: Modalités de premier contact avec la PDSA en fonction de l'âge

L'analyse croisée et centrée sur la Maison Médicale de garde ne met pas en évidence de différence significative avec la délivrance ou non d'une information sur la PDSA et un contact par Médi'ligne contre les autres modalités de premier contact ($p=0.26$).

2. Se déplacer dans le cadre de la PDSA

Se déplacer dans le cadre de la PDSA a été perçu comme :

- non contraignant dans 62 % des cas
- un peu contraignant dans 26 % des cas
- assez contraignant dans 8 % des cas
- très contraignant dans 2 % des cas

15 % des usagers ont décrit des difficultés pour se déplacer dans le cadre de la PDSA.

85 % des usagers n'ont pas présenté de difficultés. Il n'y a pas de significativité en fonction de la localisation du lieu de consultation ($p= 1$; OR=1,79, IC [0,29 ;84,27]).

3. Réception des usagers d'une information sur la PDSA

Il a été demandé aux sondés s'ils ont reçu une information sur le système de garde en médecine générale :

- 75 % des sondés (effectifs : 79) déclarent ne pas avoir reçu d'information sur la permanence des soins en ambulatoire.
- 25 % des sondés (effectifs : 26) déclarent avoir reçu une information sur la permanence des soins en ambulatoire.

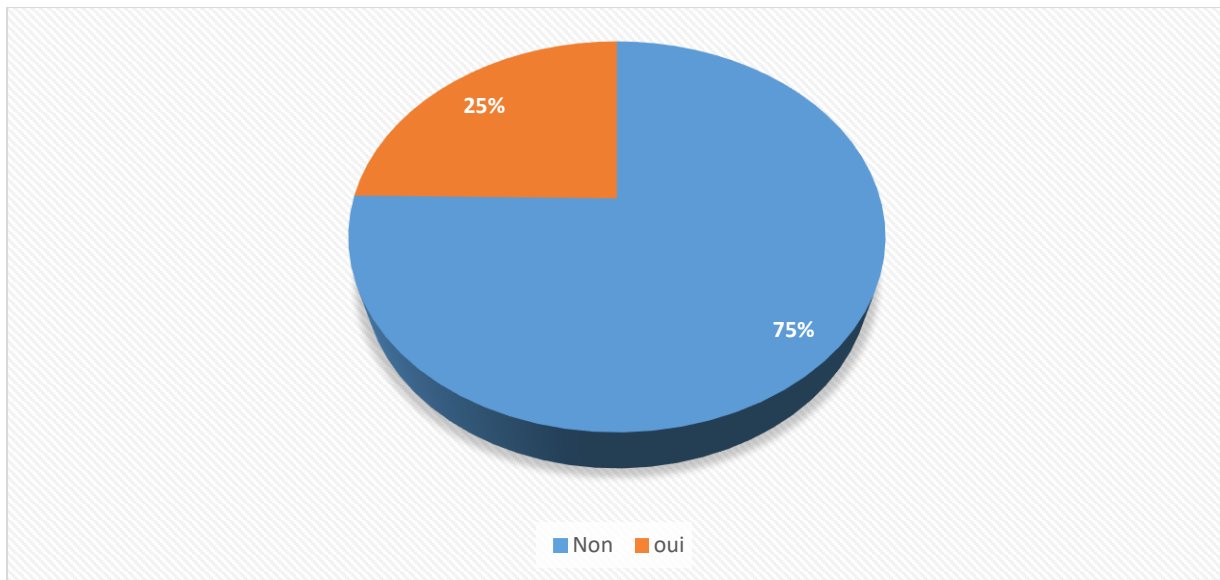


Figure 7: Proportion des usagers ayant reçu une information sur la permanence des soins en ambulatoire

4. Biais de connaissance du numéro Médi'ligne

La connaissance du numéro Médi'ligne a été décrite par les patients comme suit :

- Souvenir : 20 %
- Internet : 36 %
- Commissariat/gendarmerie : 2 %
- Pharmacie : 4 %
- Presse : 2 %

- Répondeur du médecin traitant : 20 %
- Ordonnance du médecin traitant : 0 %
- Information orale/prospectus/carte du médecin traitant : 4 %
- Communication du numéro Médi'ligne après appel dans un service des urgences : 0 %
- Autres sources : 11 %

5. Modalités de la délivrance de l'information concernant la PDSA

L'information reçue a été délivrée par :

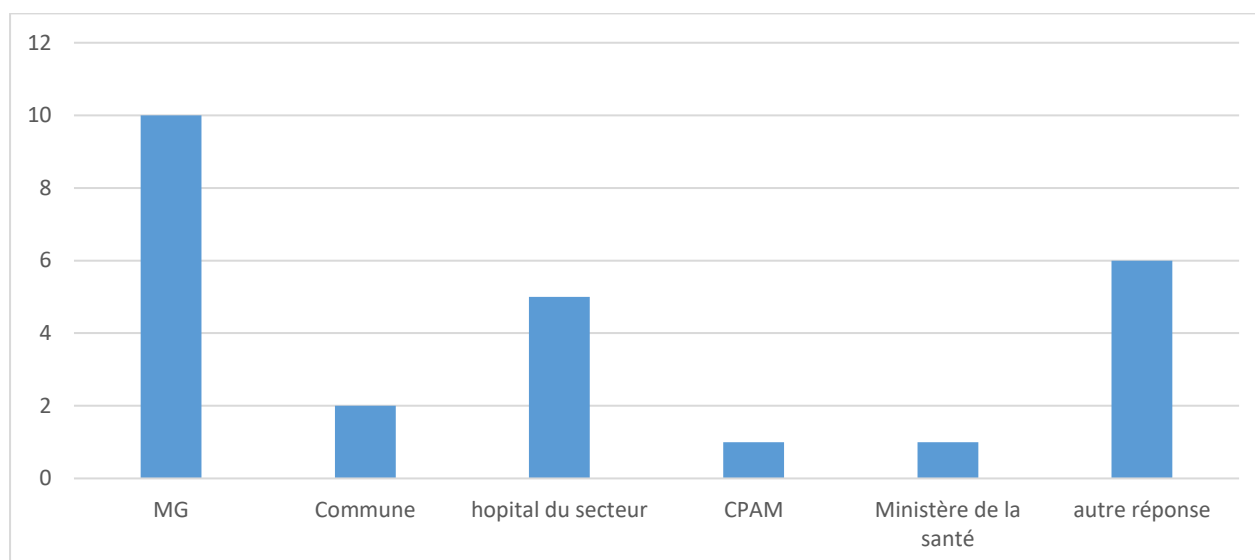


Figure 8: Biais de réception de l'information sur la PDSA

Les usagers souhaitent une dispensation d'une information pour 49 % des sondés (effectifs : 51). L'information est souhaitée délivrée par :

dispensée par ?	MG	Commune	hôpital du secteur	CPAM	Ministère de la santé	autre réponse	réponses multiples	total
effectifs	17	9	2	4	4	0	15	51
pourcentage	33%	18%	4%	8%	8%	0%	29%	100%

Tableau 3: Modalités de délivrance d'une information sur la PDSA

E. Evaluation de la PDSA par les usagers

1. Satisfaction à l'accès à la consultation

La satisfaction d'accès à la consultation en période de garde atteint 92 % (effectifs 97 sur 103 répondants), l'insatisfaction représente 3 % des sondés.

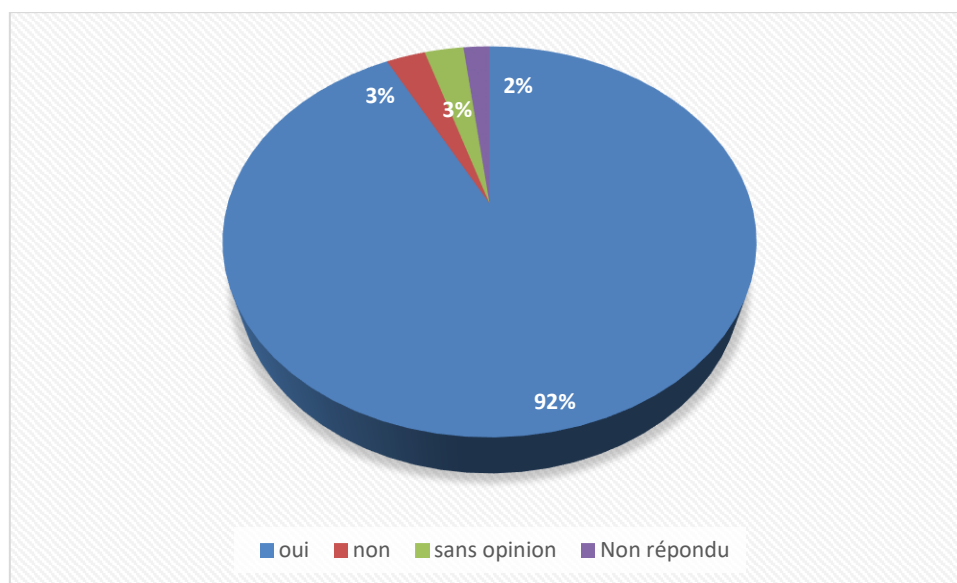


Figure 9: global satisfaction à l'accès consultation en période de garde

Le test exact de Fisher après union des réponses « sans opinion » et « non » ne montre pas de différence significative selon l'endroit de la consultation (p-value : 0,50, OR : 1,73) et selon les modalités de premier contact avec la PDSA (p=0,71)

2. Difficultés à accéder ou non à la régulation

Parmi ceux ayant été régulé via Médi'ligne, 38 répondants ont jugé facile l'accès à la régulation téléphonique contre 5 répondants qui l'ont jugé difficile.

3. Le délai d'attente

Les mêmes répondants régulés par Médi'ligne ont jugé le délai d'attente comme suit :

- Très satisfaisant : 21 répondants

- Plutôt satisfaisant : 20 répondants
- Plutôt insatisfaisant : 2 répondants
- Très insatisfaisant : 1 répondant

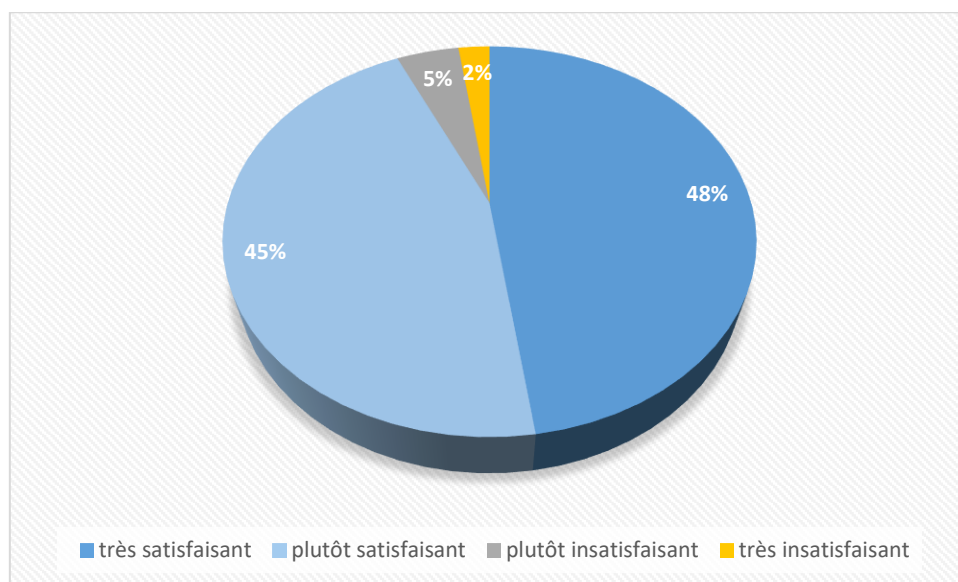


Figure 10: Satisfaction concernant le délai d'attente lors de la régulation Médi'ligne

4. Jugement concernant la distance parcourue

La distance parcourue est jugée très satisfaisante pour 37 % des répondants, satisfaisante pour 60 % des usagers, soit un total de satisfaction de 97 %.

La satisfaction n'est pas significativement différente entre les lieux de consultation ($p : 0,32$).

5. Attente dans le cabinet ou la Maison médicale de garde

L'attente a été jugée de manière favorable dans 73 % des cas, 27 % des usagers ont jugé l'attente longue ou trop longue.

La différence entre les MMG et le tour de garde concernant l'attente n'est significativement pas différente ($p=0,48$, après regroupement des données).

estimation de l'attente	trop longue	peu longue	ni trop longue ni trop courte	assez courte	très courte	total
effectifs	10	17	29	25	19	100
pourcentage	10%	17%	29%	25%	19%	100%

Tableau 4: évaluation de l'attente en PDSA par les usager

IV. DISCUSSION

A. Forces et limites de l'étude

La PDSA est un sujet de tension important, dans un contexte de démographie médicale déclinante (un médecin généraliste sur deux a plus de 55 ans (5)). Les Maisons Médicales sont soutenues par la population et l'Etat.

Ici l'intérêt est de placer le point de vue sur la permanence des soins en ambulatoire du point de vue des usagers et ainsi d'évaluer les modalités que doivent avoir les Maisons Médicales de Garde d'après les patients, pour ainsi améliorer l'efficacité du système et leur validation concernant leur accessibilité.

Et en parlant de l'accessibilité, la question du numéro de régulation est également importante, dans le contexte du débat sur le 116 117.

Ensuite, cette présente étude permet de donner un reflet des modalités actuelles d'accès à la PDSA, notamment une contradiction avec les données des cahiers des charges de 2016 dans leur rapport des consultations régulées par rapport aux consultations non régulées.

Enfin, elle permet d'étudier l'information auprès des usagers dans le cadre de la PDSA.

Une des faiblesses de cette étude est le nombre de questionnaires recueillis (n=105), soumis à la volonté des usagers de la permanence de soins et des effecteurs, principalement en cabinet. Il y a donc une diminution de la puissance statistique et donc de la validité externe des résultats.

Il existe également un biais de sélection du fait du remplissage du questionnaire par volontariat. Une étude plus systématique et étendue à l'ensemble des Maisons Médicales de Garde et en cabinet de garde permettrait un reflet plus exact de la situation, avec un recueil systématique de la provenance des usagers. A cela s'ajoute la possibilité d'une mauvaise interprétation ou une incompréhension des questions.

B. Profil des usagers

La majorité des personnes consultantes sont de sexe féminin. Il s'agissait ici de recueillir les usagers qui prennent l'initiative de la consultation. Comme le souligne Delphine Duchatelle dans sa thèse, il s'agit essentiellement du parent féminin de l'enfant qui appelle la régulation, et c'est ici le parent féminin qui consulte également. La population présente est très représentée par des profils urbains, employés et personnes sans activités professionnelles, avec le poids des MMG dans la présente étude et de leurs localisations.

La comparaison avec les chiffres de l'INSEE (18) (19) (cf. annexes) montre ici une grande proportion d'employés et confirme le profil urbain.

La catégorie des retraités sont peu nombreux dans l'étude présente.

C. Développement des Maisons Médicales de Garde et satisfaction des usagers

Les usagers de l'étude recommandent le développement des Maisons Médicales de garde sur l'ensemble du territoire français que ce soit ceux étant passés par le médecin de garde en cabinet ou la MMG. Les thèses développées dans le Nord et le Pas-de-Calais vont dans ce sens, notamment les Maisons Médicales de Boulogne-

sur-Mer (20) et Douai (21). Les Maisons Médicales de Garde y sont largement plébiscitées.

Le développement des Maisons Médicales de Garde sont généralement portés par les médecins généralistes des secteurs concernés. Le soutien des usagers est alors essentiel.

Les raisons avancées par le rapport de la Cour des Comptes pour les usagers sont la localisation fixe qui permet un lieu identifié, pérenne et une articulation avec les autres maillons du dispositif de santé. (12). La Cour des comptes va donc dans le sens d'un soutien nécessaire au développement des MMG.

Plusieurs CDOM viennent cependant nuancer le propos. Ils soulignent tout de même que les MMG ne constituent pas « une solution miracle » et « ne sont pas adaptées à toutes les situations, mais peuvent être une solution dans les zone urbaines et péri-urbaines ». Il est décrit notamment la situation de certaines MMG inopérantes du fait du manque de fréquentation, voire du manque de médecins, conduisant à leur fermeture (22) (exemple des départements des Hautes-Pyrénées et des Bouches-du-Rhône)

Il existe actuellement 440 lieux d'effectifs fixes sur le territoire français recouvrant 500 secteurs au total sur les 1579 territoires au 31 décembre 2017 (22).

Les usagers plébiscitent la consultation en médecine générale dans sa facilité d'accès que ce soit en cabinet chez le médecin généraliste de garde ou dans la Maison Médicale de Garde. Les distances parcourues pour la consultation de garde sont jugées satisfaisante à très satisfaisante. Ce résultat est suffisamment fort pour ne pas être impacté par l'élargissement des secteurs de garde lors de la distribution des questionnaires. Il n'y a pas non plus de différence dans l'attente avant de voir le

médecin généraliste de garde que ce soit en Maison Médicale de Garde ou dans le Tour de Garde.

L'identification de la structure dédiée à la PDSA qu'est la MMG est une des raisons possibles.

Du point de vue des médecins généralistes, les raisons du soutien du développement des Maisons Médicales de Garde sont multiples : diminution de la fréquence des gardes et augmentation de l'activité, l'infrastructure et la sécurisation de la pratique nocturne.

Tout cela contribue à expliquer le développement des MMG sur le territoire français.

D. La connaissance de la PDSA

Un frein à analyser est la connaissance de la PDSA elle-même. L'analyse est effectuée par le biais justement de la consultation dans le cadre de la PDSA. Force est de constater que 30 % des usagers n'avaient pas connaissance de la PDSA avant la consultation et pour qui il s'agissait donc de la première consultation. Cela reste une population importante surtout par le biais de l'analyse présente, justement dans le cadre de la PDSA.

Dewilde CE. (20), dans sa thèse dans le bassin boulonnais, montre la connaissance de la MMG chez seulement 49 % des sondés. Dans la thèse de Bonneau C. (23), la Maison Médicale de Garde était connue chez 54,6 % des usagers lors d'une analyse aux SAU . Dans le département des Vosges, un travail de thèse de 2009 interrogeant les patients d'un même secteur de garde, 13 % d'entre eux n'avaient pas connaissance de l'existence d'un médecin généraliste de garde et 13,2 % ne connaissait pas le numéro spécifique de la régulation libérale (24).

1. L'information sur la PDSA

75 % des usagers de l'étude n'ont pas reçu d'information sur la PDSA. Les vecteurs de l'information, quand il y a eu information, étaient principalement les médecins traitants des patients. Les campagnes d'information nationale font en effet défaut dans l'étude comme le rappelle la dernière enquête sur la PDSA.

Moins de la moitié des usagers sont désireux d'une information sur la PDSA, mais quand elle est voulue, le vecteur fondamental sollicité est le médecin généraliste.

Pour les usagers ne désirant pas d'information sur la PDSA, on peut ainsi suggérer qu'ils seraient conscients d'avoir suffisamment d'informations sur la PDSA. Cela pose question sur leurs interactions avec la PDSA possibles, entre une attitude raisonnée et raisonnable.

Une campagne d'information massive est donc fortement souhaitable avec des explications claires et concises à la destination des usagers.

Elle pourra émaner par exemple des CDOMS ou des associations de régulations médicales, en sus de campagnes d'informations émanant du Ministère de la Santé et des ARS. L'enquête nationale sur la PDSA au 31 décembre 2018 (22) l'évoque en creux avec la proposition des CDOM d'effectuer des actions de communication auprès du grand public pour une utilisation plus efficiente du système.

E. La place de la régulation pour les usagers

1. Etats des lieux : le numéro Médi'ligne

La régulation reste en partie soutenue par les usagers.

Elle a été jugée accessible par les usagers et le délai d'attente pour accéder à un assistant de régulation médicale (ARM) et au médecin régulateur était satisfaisant.

L'accès au numéro Médi'ligne a été effectué par le biais d'une recherche sur Internet pour plus du 1/3 des réponses (comme par exemple, sur le site de l'ARS Hauts-de-France (2)) , vient ensuite le répondeur du médecin traitant et le souvenir du numéro.

La presse a été citée une seule fois, c'est le cas pour le journal régional la Voix du Nord, qui rappelle le numéro Médi'ligne à chacune de ses éditions.

Le numéro Médi'ligne reste ainsi suffisamment simple pour pouvoir être réutilisé puisque pour une partie des usagers il restait apprenable, mais cela reste moins que la démarche personnelle de recherche pour obtenir l'information. La question reste posée sur la simplicité du numéro, versus le 116 117.

Dans sa thèse de 2014, Charles-Elie Dewilde, l'information était contenue sous forme d'affiches dans les salles d'attente chez 58 % des médecins généralistes et sur les répondeurs de 75 % des médecins généralistes sondés.

L'affiche dans la salle d'attente n'a pas été retrouvé dans les réponses des sondés. Le répondeur du médecin traitant a été cité pour un nombre non négligeable. Il conviendrait donc d'en assurer la diffusion pour chaque professionnel de santé lors d'un appel en dehors des heures d'ouverture du cabinet médical.

Même si le numéro de la régulation libérale reste une base fondamentale de la Permanence des soins en ambulatoire, sa connaissance reste marginale au niveau de la population de la population française.

Peu d'études sont recensées sur la connaissance du numéro de la régulation de la PDSA du département concerné. De nouveau, Chloé Bonneau dans sa thèse de 2014

met en évidence un taux de 45,4 % de la connaissance du numéro de garde dans le SAU du Centre Hospitalier de Vannes (23). Ce taux descend à 20 % pour Charles-Elie Dewilde dans sa thèse la même année sur des patients consultant chez les médecins généralistes dans le Boulonnais (20).

Delphine Duchatelle (8) à propos de la promotion de l'activité du CRRAL 59 isole seulement 52,8 % des appels au CRRAL 59 provenaient de Médi'ligne avec pour explication une mésinformation du grand public et des médecins généralistes eux-mêmes : « Bien des médecins généralistes, lors d'entretiens informels, n'étaient pas au courant de l'existence d'une régulation libérale ».

2. Débat sur le 116 117 et point de vue des usagers

Le numéro Médi'ligne s'inscrit actuellement dans un contexte plus global du 116117.

Il n'y a pas eu ici d'usagers ayant utilisé ce numéro pour accéder à la plateforme de régulation médicale, mais la région des Hauts-de-France ne fait pas partie des régions pilotes.

Deux points de vue s'affrontent selon les CDOM et les médecins généralistes sondés dans la dernière enquête du CNOM

Tout d'abord, dans les 3 régions où le 116 117 est effectif (22), les retours sont globalement positifs même si le numéro reste peu connu et donc très peu utilisé. Sur le reste du territoire français, près d'un CDOM sur deux déclare y être défavorable.

Les raisons invoquées sont :

- Un numéro déjà trop long par rapport aux numéros à 2 ou 4 chiffres
- Certains estiment que les modalités actuelles fonctionnent bien avec un numéro en place connu des usagers et ayant mis du temps à entrer dans les

mœurs. Donc un nouveau changement entraînerait une confusion avec le travail déjà entrepris d'assimilation du numéro de régulation médicale libérale.

- La distinction entre le 15 et le 116 117 suppose que le grand public soit en mesure de distinguer de ce qui relève de l'urgence ou non. En effet, la distinction de ce qui relève d'une urgence vitale ou non est une question qui traverse la littérature internationale surtout dans le cadre de la question de la surconsommation médicale dans les services d'accueil des urgences.

Coster et al (25), dans une méta-analyse publiée en 2017, identifie plusieurs raisons dans le recours aux services des Urgences dont l'urgence ressentie et que leur état justifie une prise en charge urgente. Detellonaere et al. (26) identifie plus de la moitié des patients se présentant spontanément aux urgences, l'ont fait car leurs problèmes de santé étaient jugés urgents et avec la perspective d'un plateau technique sur place. Et cela était indépendamment de l'urgence réelle ou non. Il revient la question de l'urgence ressentie.

A contrario, comme il est souligné également dans la dernière enquête sur la PDSA du CNOM, la mise en place d'un numéro unique pour la PDSA permettrait un recours plus simple des usagers qui se sentirait plus légitime d'appeler ce numéro.

Le risque, en effet, est que la population hésiterait à contacter le Samu Centre 15, en dehors des cas jugés graves par les usagers. L'effet serait double, éviter un engorgement et une efficacité du dispositif en évitant tout retard au diagnostic.

La voie de solution est bien-sûr l'interconnexion entre le Samu Centre 15 et la plateforme de régulation libérale, ce qui est déjà le cas dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

Enfin, la mise en place d'un accès unique permettrait de mesurer l'activité de la régulation médicale à visée d'enseignement, les recueils ne sont pas en effet systématiques.

Les usagers dans l'étude présente sollicitent deux choses :

- un numéro spécifique de la PDSA, le numéro Médi'ligne est ainsi largement sollicité
- et de ne pas opérer de changements dans les modalités actuelles.

De nouveau, le changement des modalités actuelles entrainerait bien une confusion dans l'utilisation de la régulation médicale, fragilisant le système mis en place et installé. La mise en place du 116 117 peut être alors envisagée comme un ajout et non comme une substitution au numéro existant, avec également le risque d'une perte de visibilité. Le changement de numéro d'accès ne pourra se faire alors qu'après une campagne massive d'information nationale, ce qui pour rappel, n'a pas été le cas pour le déploiement du 116 117. Enfin le 116 117 soulève un des inconvénients du numéro Médi'ligne, concernant la survenue d'un problème sollicitant le recours à la PDSA pour des touristes en vacances dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais et qui ne seraient pas au fait sur le numéro d'appel. La généralisation du 116 117 permettrait de pallier cet écueil.

Enfin, il est à noter le rejet massif du 112, probablement pour les mêmes raisons que de mutualiser le 15 et le numéro Médi'ligne. Cela va à l'encontre donc des souhaits du gouvernement actuel dans leur dernière allocution sur le sujet, mais les usagers seront ainsi freinés dans l'utilisation des plates-formes de régulation.

Le déploiement de lieu d'effecton fixe que ce sont les Maisons Médicales de Garde posent la question d'un autre écueil, les modalités d'accès.

F. Modalités d'accès à la MMG

Après croisement avec le lieu de consultation, tous les usagers ayant consulté un médecin généraliste de garde hors MMG ont été orientés après appel au CRAAL, notamment du fait de l'impossibilité de connaître la localisation du médecin généraliste pour une raison sécuritaire en premier lieu. L'effectif sondé est en effet trop faible pour recueillir les exemples marginaux. La CNAMTS a, notamment, objectivé des accès directs aux médecins traitants (12) en dehors de toute régulation. Le rapport du CNOM au 31 décembre 2018 le met également en évidence avec l'exemple de la région Alpes-de-Haute-Provence (22).

Ici, l'analyse croisée concernant les MMG objective 39 % de consultation directe sans mise en relation avec la régulation et 12 % de réadressage par un service des urgences. Les chiffres sont beaucoup plus importants que le relevé du cahier des charges de la PDSA de 2016 dans le Nord et le Pas-de-Calais. Mathilde Griere dans sa thèse sur la Maison médicale de Douai isole 20 % de consultations sans passage par la régulation. Elle le déplore dans un article de la Voix du Nord du 09/06/2017 : « Quand les gens sont déjà venus à la MMG, ils se dispensent de passer par la régulation » (27). En aparté, la réorientation depuis le SAU de Douai n'est pas effective malgré les souhaits en ce sens. Enfin, l'accès direct des usagers à la MMG a donc été possible, malgré les orientations initiales souhaitées lors de sa mise en fonctionnement.

En effet, l'étude présente souligne que l'accès direct constitue la modalité d'accès souhaitée par les usagers pour l'accès en consultation en Maison Médicale de Garde. Cette affirmation est beaucoup moins nette chez ceux s'étant présentés en PDSA après orientation par la plate-forme de régulation médicale.

De manière informelle, puisque les lieux de consultation n'étaient pas recensés dans l'étude, pour le secteur de Dunkerque-Est, la très grande majorité des usagers ont consulté directement la Maison Médicale de Garde, sans passer par la régulation. C'est ce qui en était ressorti de l'analyse d'Hélène Willart, dans sa thèse en 2017 sur les Maisons Médicales de Garde du département du Nord (28) concernant ce secteur, en supposant à juste titre, malgré un biais, d'un accès direct à la MMG.

Le Dr Dubus, trésorier adjoint en 2017 à l'Association des Services d'Urgence Médicale du Pas-de-Calais, concernant la Maison Médicale de Calais, souhaite un accès direct à la Maison Médicale de Garde de Calais, « pour désengorger les urgences ».

Or, comme le souligne le rapport sur l'état des lieux de la permanence des soins au 31 décembre 2018, en reprenant l'exemple de l'ACORELI (Association comtoise de régulation en libéral) sur son rapport d'activités pour 2017 (22) les chiffres suivants dans le cadre de la PDSA :

- 53 % des recours se concluent par un conseil médical
- 27 % seulement par une consultation

Dans leurs thèses sur la régulation au CRRAL 59 (8) (28) en 2017, Delphine Duchatelle et Hélène Willart isolent également le « conseil médical » comme orientation finale la plus pratiquée dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. On suppose ainsi un impact direct de la régulation sur le nombre de passage à la MMG.

Au niveau national, 72 % des actes de permanence des soins sont régulés (22).

Ce principe est rappelé dans le rapport au 31 décembre 2017 du CNOM (22): « la régulation médicale doit être le préalable de tout acte d'effectation en horaire de

PDSA ». Cela permettrait une « réduction importante du nombre d'actes d'effection en prodiguant des conseils médicaux et en retardant aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux des actes qui peuvent s'y reporter, devraient permettre aux médecins de garde de se consacrer à leur mission de PDSA ».

Le défaut de régulation a été notamment cité comme cause possible de saturation croissante des points de garde postés dans le département du Val-de-Marne pour le CNOM. Et c'est donc une des difficultés possibles auxquels seront confrontées les MMG du Nord et du Pas-de-Calais selon les modalités actuelles.

La réponse est ainsi non équivoque sur les conditions d'accès à la MMG.

1. Modalités possibles de la PDSA

Dès lors, plusieurs modalités sont possibles.

a) La régulation comme unique moyen d'accès

Une des modalités possibles est la possibilité d'étendre la régulation à l'ensemble des Maisons Médicales de Garde et pour chaque consultation dans tous les secteurs où elles sont implantées. La problématique est l'incompréhension que cela peut susciter chez les usagers qui consultent déjà directement la Maison Médicale de Garde en s'y présentant spontanément. Cela peut entraîner une certaine velléité à passer outre les règles instaurées. De plus, comme nous l'avons vu, la faible connaissance du numéro d'appel et le débat sur le 116 117 ne va pas améliorer la visibilité des MMG face aux numéros d'appel à la régulation.

Cela va à l'encontre des souhaits des usagers de l'étude même s'il existe une demande de régulation car 48 % des usagers ayant bénéficié d'une régulation, que ce soit par le 15, le 18, le 112 et le numéro Médi'ligne, souhaitent conserver une

régulation pour l'accès à la Maison Médicale de garde. La régulation conserve ainsi toute sa place et est sollicitée, mais mineure.

b) Un accès direct uniquement pour les MMG

Une autre modalité est de consacrer un accès direct à l'ensemble des Maisons Médicales de Garde, comme l'accès aux services d'accueil des urgences en France. Cela pose une réflexion sur les facteurs qui vont, comme dans les Services d'Accueil des Urgences, conduire à la consultation ou non dans le cadre de la PDSA. Or, point notable, la surpopulation des services des urgences est un phénomène croissant et mondial depuis plus de 40 ans. Et notamment sur ce point, les raisons (25) identifiés par Joanne E. Coster et al., dans une méta-analyse sont la praticité (localisation, absence de rendez-vous, les horaires d'ouverture) et le besoin perçu de se rendre dans un service d'accueil des urgences. Ces mêmes raisons peuvent être appliquées à l'accès direct à la MMG, et ainsi de voir un médecin généraliste et donc à une possible surconsommation médicale des MMG. Et nous avons vu que cette problématique existe déjà en France.

A contrario, la simplicité d'accès est clairement soulignée et demandée par les usagers. Le caractère fixe et identifié de la Maison Médicale de Garde, en plus d'être proche d'une autre structure de santé, rajoute à la simplicité d'utilisation du système. L'étude présente une importante faveur envers le développement des Maisons Médicales de Garde sur l'ensemble du territoire français. Leur recensement permettrait en outre une facilité d'utilisation par les usagers lors d'un problème médical survenant lors des heures de la PDSA et sur les lieux de villégiature.

c) Accès direct et régulation

Enfin, l'option serait de conserver les modalités actuelles avec une information claire à la destination des usagers, en rappelant l'intérêt de la régulation. Il en vient de

l'importance de sensibiliser la population française sur la modalité d'utilisation de la permanence de soins et cela était une préconisation du de la Cour des Comptes de 2013 : « une telle action pourrait avoir pour but de présenter et de faire comprendre les grandes lignes et la logique de la permanence des soins, indépendamment de ses déclinaisons territoriales. Elle devrait s'accompagner également d'une campagne pédagogique destinée à combattre le consumérisme médical, à permettre un recours plus pertinent aux urgences et à responsabiliser les citoyens sur le bon usage du système de soins ».

L'information auprès des usagers était ce qui faisait le plus défaut dans cette étude. De nouveau, l'intérêt de la régulation est mis en exergue, en sus de l'argument strictement financier, notamment dans son rôle de conseil concernant un problème médical survenant dans l'heure de la PDSA. C'est d'ailleurs un des axes des proposition d'amélioration du fonctionnement de la PDSA de la dernière enquête du CNOM (22).

2. L'impossibilité de déplacement aux heures de la PDSA

Enfin, les usagers lors de la consultation présente sont satisfaits du délai d'attente et de la facilité d'accès à la consultation.

Mais les conditions pour accéder à la consultation de garde ne sont pas pour autant toujours réunies, il est fait état ainsi d'impossibilité de se déplacer antérieur pour 15 % des usagers.

Ce chiffre est à mettre en perspective avec la présence de sujets ici qui ont eu un moyen de locomotion pour se déplacer à cette consultation de garde, donc un résultat pouvant être sous-estimé. Cela souligne la nécessité du développement d'un système d'acheminement vers l'effecteur fixe (22).

En 2018, il existait dans 25 départements un système de transport permettant d'acheminer les usagers ne disposant pas de moyens de transport vers l'effecteur.

D'ailleurs, par défaut, lorsqu'un usager n'est pas en mesure de se rendre en consultation, les pompiers, le SMUR ou les transports sanitaires de garde sont ainsi sollicités.

Un exemple notable est le département des Yvelines. Ce dernier a mis en place un système de « MMG mobile ». Le médecin, titulaire d'une capacité d'urgentiste, peut se rendre ainsi au domicile des usagers, à bord d'un véhicule signalisé et contenant du matériel d'urgence et cela uniquement après régulation.

De nouveau, c'est une préconisation des CDOM dans le dernier rapport sur la PDSA avec le développement de points fixe de consultation, accompagnée de la mise à disposition de transports dédiés pour que les patients non mobilisables puissent s'y rendre.

G. Nécessité d'une décision claire

Il en vient donc de manière cruciale de définir les modalités de la permanence des soins en ambulatoire sur l'ensemble du territoire français et à se poser la question sur l'avenir de la PDSA, avec une cohérence sur les politiques publiques mises en place.

La Maison Médicale de garde permet d'être un lieu identifié, sécurisé pour le médecin, pour la consultation dans le cadre de la PDSA. Le risque est que le défaut de régulation entraîne une augmentation croissante du nombre de consultations, comme en témoigne les crises récurrentes des services d'accueil des urgences.

Il s'agit ainsi donc de trouver un juste équilibre entre effectif, nombre de passages et distance à parcourir, en privilégiant « les nœuds de communication locale » (12).

V. CONCLUSION

Les MMG sont fortement souhaitées par les usagers de la PDSA dans le Nord et le Pas-de-Calais pour un développement sur le territoire national français. L'accès y est souhaité principalement direct sans régulation médicale. Cette dernière conserve tout de même un intérêt auprès des patients qui ont été régulés.

Le questionnement est posé sur les modalités d'accès : soit consacrer un accès direct, soit un accès uniquement après régulation ou encore conserver le choix d'un accès direct ou régulé.

Les organismes nationaux n'ont pas encadré les dynamiques locales de développement des Maisons Médicales de Garde. Toute tentative d'harmonisation se voit donc confronter aux risques d'augmenter la confusion sur l'utilisation du système par les usagers, dans le contexte également du débat sur le numéro unique d'appel de la régulation libérale, le 116 117 ou un numéro unique pour l'ensemble des services d'urgence le 112. Les usagers appellent clairement à un numéro unique spécifique de la régulation dans le cadre de la PDSA, et de conserver le numéro Médi'ligne, dans le Nord et le Pas-de-Calais.

Une décision des instances gouvernantes doit être prise pour définir et harmoniser les modalités d'accès à la consultation en MMG sur l'ensemble du territoire français entre une nécessaire régulation et un accès libre. L'information sur le bon usage de la PDSA à destination du public en sera une étape cruciale, et le Médecin traitant un acteur majeur.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. article L.6314-1. Code de Santé Publique.
2. L'ARS met en place une nouvelle organisation de la permanence des soins ambulatoires [Internet]. [cité 6 avril 2019]. Disponible sur : <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-met-en-place-une-nouvelle-organisation-de-la-permanence-des-soins-ambulatoires>
3. article L6315-1. Code Santé Publique.
4. La Cour des Comptes. La permanence des soins. Dans : Rapport sur la Sécurité Sociale. 2013.
5. ARS. Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires Hauts-de-France : Recueil n°234 du 6 août 2018.
6. Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France. Santé Publique. 2005 ; Vol. 17(2) :233-40.
7. Décret n°99-940 du 12 novembre 1999 relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville. Journal Officiel de la République Française du 14 novembre 1999.
8. Delphine Duchatelle. Le centre de réception et de régulation des appels libéraux du département du Nord en 2017 : profil des appelants sur un audit de fonctionnement court d'octobre à novembre 2017. [Thèse de Médecine]. Lille ; 2018.
9. Haute Autorité de Santé - Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale [Internet]. [cité 10 avril 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1061039/fr/modalites-de-prise-en-charge-d-un-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale
10. article R6315-3. de la Santé Publique.
11. Les permanences des soins ambulatoires : dispositifs régionaux [Internet]. [cité 28 juillet 2018]. Disponible sur : <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-permanences-des-soins-ambulatoires-dispositifs-regionaux>
12. La cour des Comptes. L'avenir de l'assurance maladie. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lavenir-de-lassurance-maladie>
13. Incitons à réorienter des urgences vers la médecine de ville – Le Figaro » Olivier Veran [Internet]. [cité 27 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.olivier-veran.fr/incitons-a-reorienter-des-urgences-vers-la-medecine-de-ville-le-figaro/>
14. 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. 2016-1012 juillet 22, 2016.
15. Urgences : que devient le numéro 116–117, prévu pour joindre un médecin de garde ? [Internet]. SudOuest.fr. [cité 28 juillet 2018]. Disponible sur :

<https://www.sudouest.fr/2017/12/06/urgences-que-devient-le-numero-116-117-prevu-pour-joindre-un-medecin-de-garde-4011215-4696.php>

16. Ministère de l'Intérieur. Congrès annuel de la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/Le-ministre/Interventions-du-ministre/Congre-s-annuel-de-la-Fe-de-ration-Nationale-des-Sapeurs-Pompiers-de-France>. [cité 28 juillet 2018]. Disponible sur : <http://www.interieur.gouv.fr/Le-ministre/Interventions-du-ministre/Congre-s-annuel-de-la-Fe-de-ration-Nationale-des-Sapeurs-Pompiers-de-France>
17. Le SAMU ressort le numéro unique, les médecins libéraux crient à l'« OPA hostile » et à l'« hymne à l'hospitalocentrisme » [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 10 octobre 2018]. Disponible sur : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/09/13/le-samu-ressort-le-numero-unique-les-medecins-liberaux-crient-l-opa-hostile-et-l-hymne-l-hospitalocentrisme-_860820
18. Dossier complet – Département du Nord (59) | Insee [Internet]. [cité 31 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-59>
19. Dossier complet – Département du Pas-de-Calais (62) | Insee [Internet]. [cité 31 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-62>
20. Charles-Elie Dewilde. Appropriation de la maison médicale de garde de Boulogne-sur-Mer par les patients, par les médecins : voies d'amélioration [Thèse de Médecine]. Université Lille 2 ; 2014.
21. Mathilde Griere. La Maison Médicale de Garde de Douai pour assurer la permanence des soins ambulatoires dans le Douaisis. Evaluation de l'adaptabilité du dispositif et de la satisfaction des usagers. [Thèse de Médecine]. Université Lille 2 ; 2017.
22. Conseil national de l'Ordre des médecins. Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins au 31 décembre 2018. 2019.
23. Bonneau Chloé. Connaissances de la permanence des soins ambulatoire des usagers des urgences de Vannes et caractéristiques socio-démographiques [Thèse de Médecine]. Université Rennes ; 2014.
24. Adam A, De Korwin J-D. Enquête de satisfaction sur la régulation médicale libérale vosgienne auprès de la population du secteur de garde de Neufchâteau [Thèse de Médecine]. Nancy; 2009.
25. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Acad Emerg Med*. 2017;24(9):1137-49.
26. Detollenaere J, Boucherie J, Willems S. Reasons why self-referring patients attend the emergency department during daytime differ among socioeconomic groups: A survey from Flanders. *Eur J Gen Pract*. déc 2018 ;24(1) :246-51.
27. : La MMG, un « plus » pour les médecins et notamment les jeunes [Internet]. La Voix du Nord. 2017 [cité 8 mai 2019]. Disponible sur :

<https://www.lavoixdunord.fr/175563/article/2017-06-09/la-mm-g-un-plus-pour-les-medecins-et-notamment-les-jeunes>

28. Hélène Willart. Les Maisons Médicales de Garde dans le Nord et leur impact sur le Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux (CRRAL) en 2017. [Thèse de Médecine]. Lille ; 2018.

VII. ANNEXES

1. Catégories socio-professionnelles dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais

a) *Dans le département du Nord (18)*

POP T5 - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle

	2015	%	2010	%
Ensemble	2 086 548	100,0	2 057 671	100,0
Agriculteurs exploitants	6 683	0,3	7 598	0,4
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	52 460	2,5	47 891	2,3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	171 355	8,2	157 026	7,6
Professions intermédiaires	290 797	13,9	280 358	13,6
Employés	339 591	16,3	333 196	16,2
Ouvriers	293 485	14,1	314 395	15,3
Retraités	496 540	23,8	476 831	23,2
Autres personnes sans activité professionnelle	435 638	20,9	440 376	21,4

Sources : Insee, RP2010 (géographie au 01/01/2012) et RP2015 (géographie au 01/01/2017) exploitations complémentaires.

b) *Dans le département du Pas-de-Calais (19)*

POP T5 - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle

	2015	%	2010	%
Ensemble	1 179 602	100,0	1 168 849	100,0
Agriculteurs exploitants	7 229	0,6	7 945	0,7
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	30 636	2,6	29 360	2,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	55 144	4,7	52 968	4,5
Professions intermédiaires	147 519	12,5	140 753	12,0
Employés	201 316	17,1	198 110	16,9
Ouvriers	189 539	16,1	196 484	16,8
Retraités	310 992	26,4	297 208	25,4
Autres personnes sans activité professionnelle	237 228	20,1	246 022	21,0

Sources : Insee, RP2010 (géographie au 01/01/2012) et RP2015 (géographie au 01/01/2017) exploitations complémentaires.

2. Questionnaire

Enquête sur la permanence des soins en Médecine Générale dans le Nord et le Pas-de-Calais du point de vue des usagers

Je réalise ma thèse de médecine générale pour sonder votre propre connaissance, votre avis et votre utilisation du système de garde chez les médecins libéraux et sur sa probable dynamique future, avec la généralisation des Maisons médicales de garde.

Merci pour votre participation, ce questionnaire est anonyme

Vincent Schmit, interne de Médecine générale

1^{ère} partie : Votre profil

1) Vous êtes :

- Une femme
- Un homme
- Une femme et un homme

2) Quel âge avez-vous ?

Réponse :

3) Quel est votre groupe socio-professionnel ?

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Autres personnes sans activités professionnelles

Concernant votre connaissance sur le système de garde des médecins généralistes

4) Connaissez-vous le système de garde des médecins généralistes avant ce jour/ce soir ?

- Oui
- Non

5) Quel premier numéro avez-vous appelé pour accéder à la permanence des soins ce jour/ce soir ?

- Le 15
- Le 18
- Le 112
- Le 116 117
- Le 03.21.71.33.33. (Médi'ligne 62) ou le 03.20.33.20.33 (Médi'ligne 59)
- Je me suis rendu(e) directement à la Maison médicale de Garde
- Je suis réadressé(e) par les urgences

A. Si vous êtes passés par le 03.21.71.33.33. (PDC) ou le 03.20.33.20.33 (Nord) :

- Vous connaissez le numéro (souvenir)
- Vous êtes passés par Internet
- Vous avez obtenu ce numéro par le commissariat/gendarmerie
- Vous avez obtenu ce numéro par votre pharmacie
- Par la presse
- Par le répondeur de votre médecin traitant
- Par l'ordonnance de votre médecin traitant
- Par une information orale/prospectus/carte de votre médecin traitant
- Parce qu'il vous a été communiqué après un appel dans un service d'urgences
- Autre :

6) Avez-vous déjà reçu une information sur le système de gardes en médecine générale ?

- Oui
- Non

A. Si oui dispensé par :

- Votre médecin traitant
- Votre commune
- L'hôpital de votre secteur
- La caisse primaire d'assurance maladie de votre secteur
- Une campagne d'information via les médias émanant du ministère de la Santé
- Autre réponse :

7) Souhaiteriez-vous une information sur le système de garde ?

- Oui
- Non

A. Si oui dispensé par :

- Votre médecin traitant
- Votre commune
- L'hôpital de votre secteur
- La caisse primaire d'assurance maladie de votre secteur
- Une campagne d'information via les médias émanant du ministère de la Santé
- Autre réponse :

8) Concernant l'appel pour l'accès au médecin généraliste de garde, seriez-vous favorable à :

- Le numéro actuel Médi'ligne, valable dans le Nord et le Pas-de-Calais
- La mise en place d'un numéro unique national
- Le 15
- Le 18
- Le 112 pour tous les services d'urgence
- Autre réponse :

Concernant cette consultation de garde

9) Où consultez-vous ?

- Chez le médecin généraliste de garde
- Dans une Maison Médicale de garde

10) Quand consultez-vous ce jour ?

- En soirée
- En week-end

11) Etes-vous globalement satisfait de la facilité d'accès à cette consultation en période de garde ?

- Oui
- Non
- Sans opinion

12) Joindre la plateforme téléphonique du réseau de garde des médecins traitants cela a été :

- Facile
- Difficile
- J'ai consulté directement la maison médicale de garde
- J'ai été réorienté(e) par le service des urgences

13) Comment jugez-vous la distance parcourue pour accéder au médecin généraliste de garde ?

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Insatisfaisant
- Très insatisfaisant

14) Comment jugez-vous le délai pour voir le médecin généraliste de garde ?

- Trop long
- Un peu long
- Ni trop longue ni trop courte
- Assez satisfaisant
- Très satisfaisant

Vous et le système de garde en Médecine Générale

15) Pour vous, vous déplacer jusqu'au médecin de garde pour votre prise en charge en soirée ou en Week-end (par rapport à la visite à domicile) :

- C'est très contraignant
- C'est un peu contraignant
- C'est préférable
- C'est très préférable

A. Avez-vous déjà eu des difficultés à vous déplacer alors que vous ou un de vos proches présentait un problème médical ?

- Oui
- Non

16) Seriez-vous favorable au développement de Maisons médicales de garde (lieu unique, ouverte de 20 heures à minuit en semaine et le WE) sur l'ensemble des secteurs du territoire français au lieu de vous rendre dans le cabinet du médecin de garde (différent à chaque soirée) ?

- Oui
- Non

17) La Maison Médicale de garde doit être :

- Accessible directement
- Après appel et décision du médecin généraliste de garde de la plate-forme téléphonique

Nom : SCHMIT

Prénom : Vincent

Date de soutenance : le 4 juillet 2019

Titre de la thèse : Modalités de la demande de soins en ambulatoire aux heures de la PDSA du point de vue des usagers dans le Nord et le Pas-de-Calais : Etats des lieux et dynamique entre régulation et développement des Maisons Médicales de Garde

Thèse - Médecine - Lille, 2019

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Maison Médicale de Garde, Permanence des soins en ambulatoire, Régulation, Modalités d'accès, Effectation, Information

Contexte : Les Maisons Médicales de Garde continuent leur développement depuis leur création dans les années 1980. Ce sont des lieux d'effectation fixe de la PDSA, inscrits dans une dynamique propre pour un territoire d'effectation donné. La Cour des Comptes loue leur développement mais pointe également le défaut de régulation médicale.

Méthode : L'objectif principal est de déterminer le souhait ou non par les usagers du développement des Maisons Médicales de Garde sur tous les secteurs de garde français et leurs souhaits concernant les modalités d'accès à la consultation en PDSA. Il s'agit d'une étude quantitative descriptive prospective multicentrique, de 105 passages en PDSA. Le questionnaire a été distribué dans les MMG de Béthune, Dunkerque ou Armentières, ou chez le médecin généraliste de garde dans les secteurs de Fauquembergues et de Bailleul de Septembre 2018 à Février 2019.

Résultats : Les patients majeurs consultants étaient pour 61 % des femmes et 39 % des hommes. Le développement sur l'ensemble du territoire français des MMG était soutenu par 94 % des répondants. L'accès doit être direct pour 68 % des sondés. Il est de 48 % pour ceux ayant été régulés avant la consultation. 100 % des usagers en cabinet ont été régulés contre 48 % à la MMG, 12 % ont été réorientés par un service d'urgences du secteur. 30 % des sondés ne connaissaient pas la PDSA avant la consultation et seulement 25 % des sondés ont reçu une information sur la PDSA. L'information devrait être délivré par le médecin traitant pour 33 % des sondés en priorité. Le numéro spécifique Médi'ligne est cité chez 49 % des sondés pour une dynamique future de la régulation libérale, devant le numéro souhaité national le 116 117 (30 %) et le 15 (9 %).

Conclusion : Les MMG sont fortement souhaitées par les usagers de la PDSA dans le Nord et le Pas-de-Calais pour un développement sur le territoire français, avec un accès direct. La régulation reste tout de même sollicitée, mais minoritaire en MMG. Il convient de définir les modalités d'accès à la consultation en PDSA sur l'ensemble du territoire français entre une nécessaire régulation et un accès libre. L'information envers le public en sera une étape cruciale, et le médecin généraliste un acteur majeur.

Composition du jury :

Président : Professeur Christophe Berkhout

Assesseurs : Professeur Jean-Marc Lefebvre, Docteur Matthieu Calafiore, Docteur Anita Tilly-Dufour, Docteur Judith Ollivon

