

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Etude de l'impact de l'ouverture de la maison médicale de garde de
Seclin, sur le flux des urgences du GHSC, perspectives d'amélioration.**

Présentée et soutenue publiquement le 03 Juin 2020 à 14h
au Pôle Formation

par **Sylvain VERSCHUEREN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Cyril DELANSAY

Avertissement

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

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CAMUS : Clinique, Anesthésie, Médecine, Urgences, Soins intensifs/Surveillance continue

CCMU : Classification Clinique des Malades Aux Urgences

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

DIM : Département d'Information Médicale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

GHSC : Groupe Hospitalier Seclin Carvin

IC : Intervalle de Confiance

INSEE : Institut National de la Statistique et Etudes Economiques

MMG : Maison Médicale de Garde

NPDC : Nord Pas De Calais

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. La Permanence De Soins Ambulatoires	2
a) Définition	2
b) Composition et caractéristiques de la PDSA	2
c) Organisation de la PDSA	3
II. Les MMG.....	3
a) Définition	3
b) Une évolution régulière	4
c) Objectifs des MMG.....	4
III. Les Services d'accueil d'urgences	5
IV. MMG et SAU du GHSC	6
a) La MMG de Seclin :.....	6
b) Le SAU du GHSC	7
V. La problématique.....	8
Matériels et méthodes	9
I. Type d'étude.....	9
II. Période de l'étude.....	9
III. Caractéristiques des populations étudiées.....	10
a) Critères d'inclusions	10
b) Critères d'exclusions	10
IV. Elaboration du questionnaire patient de la MMG	11
V. Recueil de données et analyses statistiques	11
VI. Données personnelles, anonymat et protection de la vie privée	12
Résultats	13
I. Données collectées	13
a) Etude urgence.....	13
b) Etude MMG.....	14
II. Description et analyse des flux de patients aux urgences.....	15
a) Secteur hospitalier	16
b) Secteur de la MMG	17
III. Analyse descriptive de l'étude MMG.....	18
a) Description de la population	18
b) Mode de connaissance de la MMG	20
c) Alternatives envisagées	20
d) Axes d'améliorations	21
IV. Comparaison des patients de la MMG et ceux des urgences (secteur de la MMG) en 2019.....	21
Discussion	24
I. Discussion de la méthode.....	24
a) Les points forts.....	24
b) Les limites	25
II. Discussion des résultats	26
a) Etude urgence.....	26
b) Etude MMG.....	27
III. Situation actuelle et voies d'amélioration/ouverture	29
Conclusion	32
Références bibliographiques	33
Annexes	36

RESUME

Titre : Etude de l'impact de l'ouverture de la maison médicale de garde de Seclin, sur le flux des urgences du GHSC, perspectives d'amélioration.

Contexte : Les ressources hospitalières disponibles en matière d'urgence ne sont plus suffisantes pour couvrir l'augmentation continue de l'activité des urgences. Le développement des MMG est encouragé depuis plusieurs années mais il ne bénéficie pas d'évaluation standardisée. L'ouverture d'une MMG au sein du GHSC modifie-t-elle le flux de patients venant pour consultations non programmées au sein de son SAU ?

Méthode : Etude quantitative, épidémiologique, descriptive, observationnelle, monocentrique au moyen de données informatiques recueillies sur le logiciel du SAU de Seclin pour les périodes du 29 janvier au 25 mars 2018 et du 28 janvier au 24 mars 2019. En parallèle d'une enquête déclarative auprès des patients consultants à la MMG de Seclin sur la période de 2019.

Résultats : On constate une diminution significative du nombre de consultations non programmées entre 2018 et 2019 avec une baisse de 22,3% pour les patients du secteur de la MMG. Les populations de patients consultants aux urgences en 2018 et 2019 sont comparables avec une majorité de pédiatrie. Concernant la MMG on constate une majorité de pédiatrie (âge médian à 8 ans), issue de la ville de Seclin (26%), principalement le week-end (83,4%) et surtout le dimanche (50%). Le système de garde de la PDSA, tout comme l'existence de la MMG est mal connu. L'information est donnée dans 71,3% après appel d'un centre de régulation, contre 14% par le médecin traitant. Les patients déclarent que la connaissance de cette MMG serait plus importante si l'information était mise en avant au cabinet des médecins traitants, en créant un site internet dédié et en diffusant l'information sur les réseaux sociaux existants, mais également dans les pharmacies et auprès des urgences elles-mêmes. La MMG a permis d'éviter au moins 67 consultations aux urgences sur la période d'étude.

Conclusion : La présence d'une MMG au sein d'un hôpital permet une réduction significative du nombre de consultations non programmées aux urgences. On constate une méconnaissance par manque d'information de la population intéressant le territoire de Seclin quant au système de garde ambulatoire. Un mois après son ouverture, la MMG de Seclin était encore peu connue. Il semble que l'existence de la MMG de Seclin n'ait pas été suffisamment diffusée en dehors des lignes téléphoniques de garde.

INTRODUCTION

I. La Permanence De Soins Ambulatoires

a) Définition

Depuis 2003 elle est définie comme « une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant. » (1).

Il s'agit d'une mission de service public assurée par des médecins généralistes libéraux volontaires. Son accès est assuré par une régulation téléphonique préalable obligatoire.

b) Composition et caractéristiques de la PDSA

Elle est composée de 3 acteurs :

Les régulateurs : travaillent sur des plateformes d'appels interconnectées (exemple : SAMU).

Les effecteurs fixes : travaillent dans leur propre cabinet libéral ou en structure (les MMG).

Les effecteurs mobiles : réalisent les visites incompressibles

Elle repose sur le volontariat. On constate une participation hétérogène selon les régions mais globalement faible : taux de volontariat national de 38,6% en 2018, soit 23197 médecins volontaires pour 60131 médecins susceptibles de participer à la PDSA (2). Elle est différente de la continuité des soins qui est l'obligation déontologique d'un praticien de suivre les problèmes de santé de ses patients (3).

c) Organisation de la PDSA

L'organisation de la PDSA est à la charge des ARS qui établissent un cahier des charges, après avis :

- du Comité départemental d'Aide Médicale Urgente.
- de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires.
- de l'Union Régionale des professionnels de santé représentant les médecins (4).
- des préfets et Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins.

Elle répond à une logique de sectorisation/territorialisation (5), elle est en modification constante, comme le confirme l'enquête d'évaluation annuelle du Conseil National de l'Ordre des Médecins (2).

Le nombre de territoires a été divisé par 2,5 sur plus de 10 ans, avec 3770 secteurs de garde en 2002 contre 1485 secteurs en 2018 (2,6). Pour des raisons budgétaires et de sécurité, les effectifs de nuit profonde (00h à 8h) ont été supprimés dans plus de 50% des territoires au détriment des services d'accueil d'urgence et 67% des territoires sont sans effectif après minuit en 2014 (6).

II. Les MMG

a) Définition

« Une MMG se définit comme un lieu fixe et déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée. Elle répond à un besoin bien identifié et fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisé [avec l'ARS]. » (7).

Le rapport du Dr J-Y Graal (8) demandé par le ministre de la Santé en 2006 décrit les MMG comme une solution d'avenir :

- Objectif de médicalisation des milieux ruraux avec réimplantation des professionnels de santé dans la PDSA.
- Un point de repère pour les patients qui méconnaissent bien souvent la PDSA.
- Une nécessité d'encadrement clair avec standardisation minimale et évaluation régulière de son fonctionnement.

b) Une évolution régulière

Evolution du nombre de MMG depuis 2003 (2,8–10) :

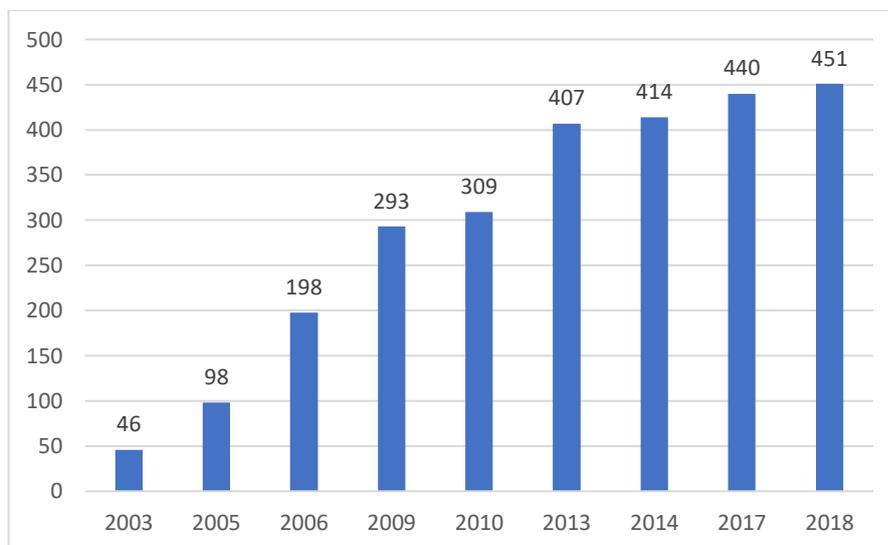


Figure 1 : Evolution du nombre de MMG depuis 2003

Leur nombre est en évolution croissante pour un total de 37% du territoire (544 secteurs) national couvert par un site dédié à la PDSA (le plus souvent une MMG) (2) (Annexe 1).

c) Objectifs des MMG

En 2015 un rapport ministériel d'information sur la PDSA conclut que le développement des MMG est une alternative crédible à la baisse du volontariat, développement qui doit être encouragé dans le cadre de l'amélioration de l'offre de soins et qui nécessite d'être suivi par des études précises d'évaluation (4).

Il est établi que les MMG installées dans un centre hospitalier disposant d'un SAU ont pour vocation de « désengorger les services d'urgence » pour les patients dont l'état de santé justifierait d'une prise en charge ambulatoire (11).

III. Les Services d'accueil d'urgences

Pour Claude Evin, « *L'urgence en matière de santé est généralement définie comme un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète - à tort ou à raison - l'intéressé et/ou son entourage.* »(12).

En 2018, la Cour des Comptes constate (13) :

- Une hausse continue du recours aux urgences correspondant pour partie à des prises en charges injustifiées.
- Un accroissement constant de l'activité des SAU essentiellement sur des passages non suivis d'hospitalisation.
- Une offre de soins d'urgence stable.
- Une fréquentation qui recouvre une part importante de passages évitables : 10 à 20% des patients pouvaient être pris en charge en ambulatoire.
- Une offre de soins non programmés insuffisante du côté de la médecine de ville. L'impact des MMG demeure incertain et leur retour d'expérience est contrasté. Il est difficile d'établir un lien entre l'évolution de la fréquentation des MMG et celle des passages dans les structures d'urgence du même territoire.

Les services d'urgences sont perçus comme des « *services de consultation* » (14) par méconnaissance du système de soins. Selon une enquête DREES (15) : environ 3 patients sur 4 se présentent spontanément dans un SAU sans être adressés par un médecin et 80% des patients rentrent au domicile après consultation aux urgences.

Les consultations classées CCMU 1 (Annexe 2) sont des consultations réalisées aux urgences qui auraient pu être évitables, elles ne nécessitaient pas d'utilisation du plateau technique des urgences ; elles devraient être réalisées dans le cadre de la PDSA et non d'un SAU. On compte entre 10 et 20% le nombre de passages classés CCMU 1 dans un SAU (13).

IV. MMG et SAU du GHSC

La densité médicale dans le NPDC est de 279,7 médecins/100.000 habitants (moyenne nationale à 270,3) (16).

Concernant la PDSA dans la région des Hauts-de-France : on constate des modifications profondes avec réduction du nombre de territoires et encouragement au développement de « points fixes » (9). En 2018 le Nord compte 35 territoires dont 10 sous forme de MMG.

a) La MMG de Seclin :

Ouverte au premier décembre 2018, elle s'inscrit dans les suites d'une refonte des territoires de PDSA des Hauts-de-France. Son territoire est composé de 16 villes et villages pour un total de 72260 habitants (17).

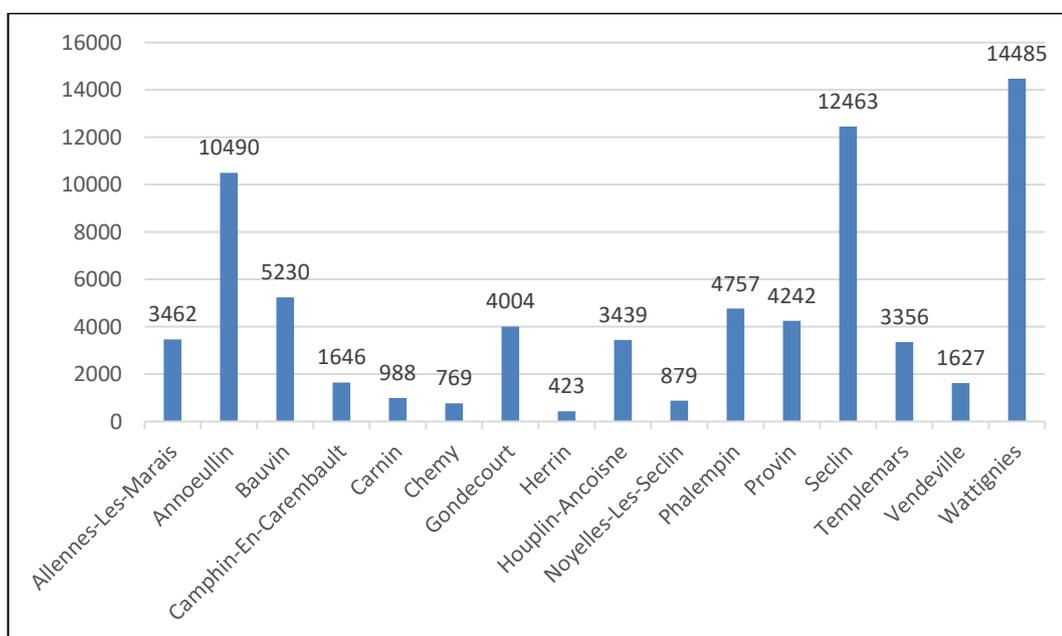


Figure 2 : Nombre d'habitants en 2016 selon données INSEE par ville du secteur de garde

Elle est gérée par « l'association des médecins généralistes de la maison médicale de garde de Seclin », financée par l'ARS des Hauts de France.

Ses horaires d'ouverture :

- En semaine de 20h30 à 23h.
- Le samedi de 15h à 18h et de 20h30 à 23h.
- Le dimanche de 9h à 12h, 15h à 18h et 20h30 à 23h.

Les demandes de consultation des patients doivent obligatoirement être régulées. Plusieurs numéros sont utilisés : 116117 (numéro national en cours d'étude), 03.20.33.20.33 (numéro médi'ligne59) ou via le centre 15.

La MMG se situe au sein du pavillon Roger Pratz, annexe du GHSC. On peut la comparer, dans son contenu, à un cabinet de médecine générale libérale : 53 médecins généralistes (installés et remplaçants) participent à l'effection sur ce site de garde.

b) Le SAU du GHSC

Le centre hospitalier de Seclin est un hôpital périphérique du département du Nord, situé à une dizaine de kilomètres du CHRU de Lille.

Le SAU est ouvert depuis 1972, il dispose d'une zone d'accueil et d'orientation, d'une zone de filière courte (soins externes), d'une zone de filière longue (urgences adultes), d'une UHCD, d'une filière pédiatrique, d'un service d'urgences gynécologiques et obstétricales.

Il compte 12 médecins titulaires et assure en moyenne 120 entrées par jour pour un total annuel de 43835 patients en 2019. Il présente un accroissement moyen de +3,65% par an depuis 2015.

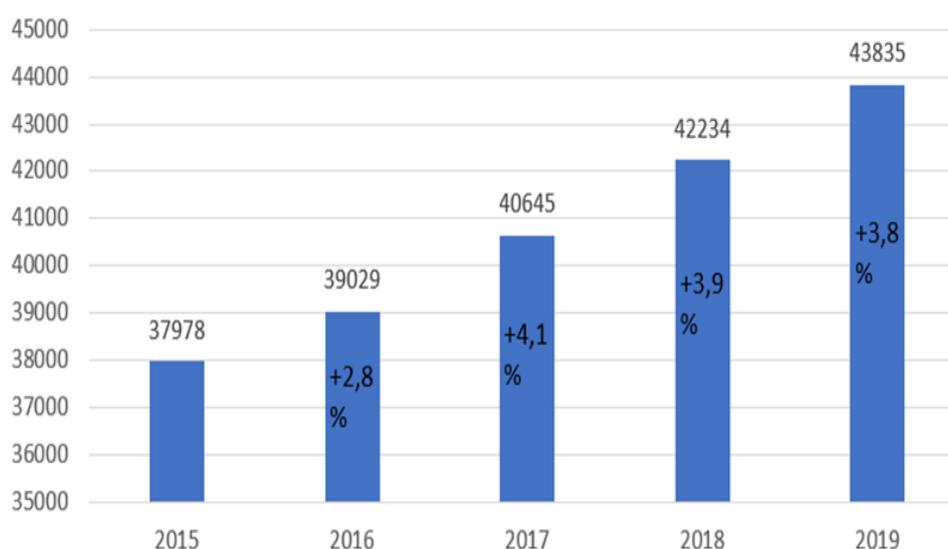


Figure 3 : Nombre de consultations aux urgences adultes et pédiatriques du GHSC (données du DIM)

V. La problématique

Le nombre de passages aux urgences est en augmentation constante mais les capacités d'accueil ne peuvent suivre cette augmentation.

Un grand nombre de ces passages peuvent être qualifiés d' « injustifiés ». Il s'agit pour beaucoup de demandes de consultations non programmées, ne nécessitant pas le recours du plateau technique ou du personnel des SAU.

Depuis des années on essaye de remédier à cette problématique en améliorant l'offre de soins avec le développement des MMG aux heures de fermeture des cabinets libéraux.

Aucune évaluation standardisée ne permet d'évaluer les MMG dans leur fonctionnement et leurs caractéristiques. De plus, à ce jour, aucune évaluation concernant la MMG de Seclin n'a été réalisée.

- L'objectif principal de l'étude est d'évaluer le flux de patients aux urgences de Seclin avant et après l'ouverture de la nouvelle MMG concernant les consultations non programmées.

- Les objectifs secondaires sont de déterminer les moyens ayant permis aux patients de connaître la MMG, connaître la raison de leur recours à la MMG et de dégager des axes d'amélioration concernant le développement de l'information au public.

L'hypothèse de recherche : l'ouverture de la MMG de Seclin permet une diminution des consultations non programmées aux Urgences de Seclin.

MATERIELS ET METHODES

L'étude se compose de deux parties :

- Une analyse statistique des patients ayant consultés aux SAU de Seclin, aux heures d'ouvertures de la PDSA pour des consultations non programmées avant et après ouverture de la MMG = « étude urgence ».
- Une analyse des patients consultant à la MMG de Seclin = « étude MMG ».

I. Type d'étude

Etude urgence : étude quantitative, épidémiologique, descriptive, observationnelle, monocentrique et rétrospective, au moyen de données informatiques recueillies sur le logiciel CROSSWAY® du SAU de Seclin.

Etude MMG : étude quantitative, épidémiologique, descriptive, observationnelle, monocentrique et prospective, au moyen d'une enquête déclarative par questionnaire (Annexe 3).

II. Période de l'étude

Etude urgence : les données informatiques ont été recueillies pour les patients consultants aux heures d'ouverture de la PDSA en :

- en semaine (de 20h à 00h).
- le samedi (de 12h à 00h).
- le dimanche (8h à 00h).

Entre le Lundi 29 Janvier 2018 et le Dimanche 25 Mars 2018. Puis entre le Lundi 28 Janvier 2019 et le Dimanche 24 Mars 2019, soit une période similaire à un an d'écart (avant/après la création de la MMG).

Etude MMG : un questionnaire patient a été distribué à tous les patients consultants à la MMG de Seclin entre le Lundi 28 Janvier 2019 et le Dimanche 24 Mars 2019, soit la même période calendaire d'inclusion que pour les patients consultants aux SAU de Seclin.

III. Caractéristiques des populations étudiées

a) Critères d'inclusions

Etude urgence : tout patient consultant au SAU de Seclin pour une demande de « soins non programmés » côté CCMU 1, dont l'arrivée administrative a eu lieu aux heures d'ouverture de la PDSA, pendant la durée de l'étude, et dont l'orientation était soins externes, soins couchés ou pédiatrie.

Etude MMG : tout patient consultant à la MMG de Seclin à ses heures d'ouvertures pendant la durée de l'étude.

b) Critères d'exclusions

- Etude urgence :
 - cotation finale CCMU était différente de la 1.
 - patients provenant d'un service hospitalier.
 - orientation aux urgences gynécologiques et obstétricales.
 - arrivées administratives en dehors des heures d'ouverture de la PDSA.

- Etude MMG :
 - consultation en dehors des heures d'ouverture de la MMG.
 - patients provenant d'un autre secteur de garde.

IV. Elaboration du questionnaire patient de la MMG

Le formulaire destiné aux patients consultant à la MMG de Seclin pendant la durée de l'étude a été réalisé sous forme d'un questionnaire papier (Annexe 3).

Anonyme, il comporte deux parties :

- Une partie pour des renseignements administratifs (âge, sexe, code postal du lieu d'habitation, date et heure de la consultation).
- Une partie composée de dix questions à choix multiples. Une seule réponse par question était autorisée.

Il a été présenté et validé par les membres du bureau de l'association de la MMG lors d'une assemblée générale, ainsi qu'aux deux secrétaires participant à l'accueil des patients. Une fiche explicative l'accompagnait (Annexe 4).

Mise en œuvre : le questionnaire était délivré au patient ou à son représentant par la secrétaire à l'accueil de la MMG. Une fois rempli il était retourné à la secrétaire ou au médecin de garde de la MMG. En cas de refus du patient, la secrétaire avait une case prévue en fin de questionnaire pour le notifier.

V. Recueil de données et analyses statistiques

- Etude urgence : pour les deux périodes d'étude, les données ont été récupérées à l'aide du DIM du GHSC, après demande d'autorisation auprès du Data Protection Officer du Groupe Hospitalier Territoire Lille Métropole Flandres Intérieure et accord du chef du pôle CAMUS (Annexe 5). Elles ont été anonymisées puis fournies sur un tableur Excel exploitable.
- Etude MMG : Les questionnaires étaient collectés de façon hebdomadaire. Les réponses étaient codées sur un tableur Excel.

Afin de répondre à l'objectif principal, les effectifs ont été calculés et comparés de 2018 à 2019 pour l'ensemble des patients consultant aux urgences (défini comme

« secteur hospitalier »), puis en sous-groupe selon le territoire d'origine (défini comme « secteur de la MMG »). L'analyse en sous-groupe a été permise par la récupération des codes postaux du lieu de résidence des patients consultant au SAU sur les périodes d'études.

Afin de répondre aux objectifs secondaires, les questionnaires des patients consultant auprès de la MMG ont été analysés de façon descriptive, les intervalles de confiance à 95% ont été calculés pour chacune des réponses. Puis les patients consultant aux urgences en 2019 ont été comparés à ceux consultant à la MMG pour la même période : des tests de Student ont été employés pour comparer des moyennes, des tests de Chi-2 ont été utilisés pour comparer des proportions si les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5, sinon des tests de Fisher ont été appliqués.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel libre R® 3.5.1. et le logiciel Excel®.

VI. Données personnelles, anonymat et protection de la vie privée

Concernant l'étude, une première déclaration a été faite auprès de la CNIL en Novembre 2018 pour débiter la distribution du questionnaire à destination des patients de la MMG. Puis une seconde déclaration auprès de la CNIL a été réalisée selon la méthodologie de référence MR-004 dans le cadre de l'extraction des données informatiques du SAU.

Les données recueillies concernant les patients consultants à la MMG étaient anonymes, elles ne contenaient aucune information discriminante permettant de déterminer l'identité des patients.

Le plan suivi pour la conception de la thèse est le plan STROBE.

RESULTATS

I. Données collectées

a) Etude urgence

Entre le 29 janvier et le 25 mars 2018 puis entre le 28 janvier et le 24 mars 2019 nous avons recueilli successivement 929 puis 771 consultations aux urgences. Aucune donnée n'était manquante concernant l'analyse des urgences, soit un effectif de 100% sur la période donnée.

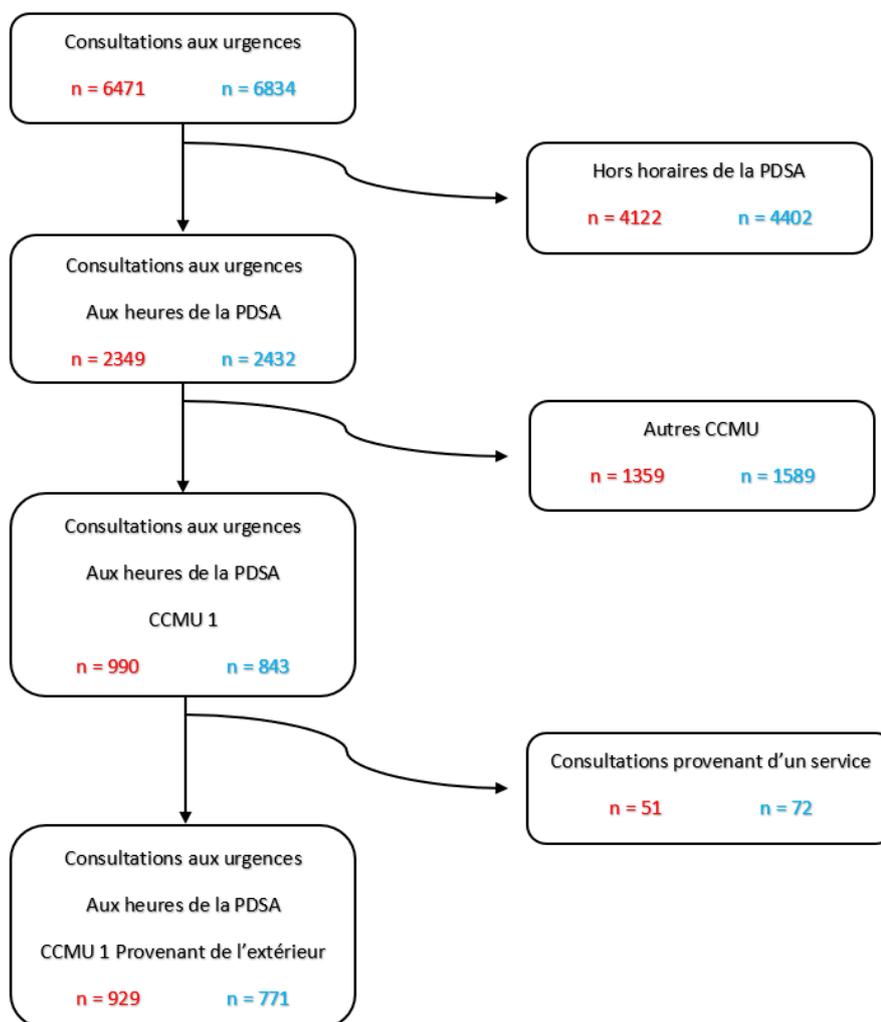


Figure 4 : Diagramme de flux des consultations aux urgences sur les périodes de 2018 et 2019

b) Etude MMG

Au total, 157 questionnaires ont été recueillis à la MMG pour analyse entre le 28 janvier et le 24 mars 2019, soit un taux de réponse de 86%.

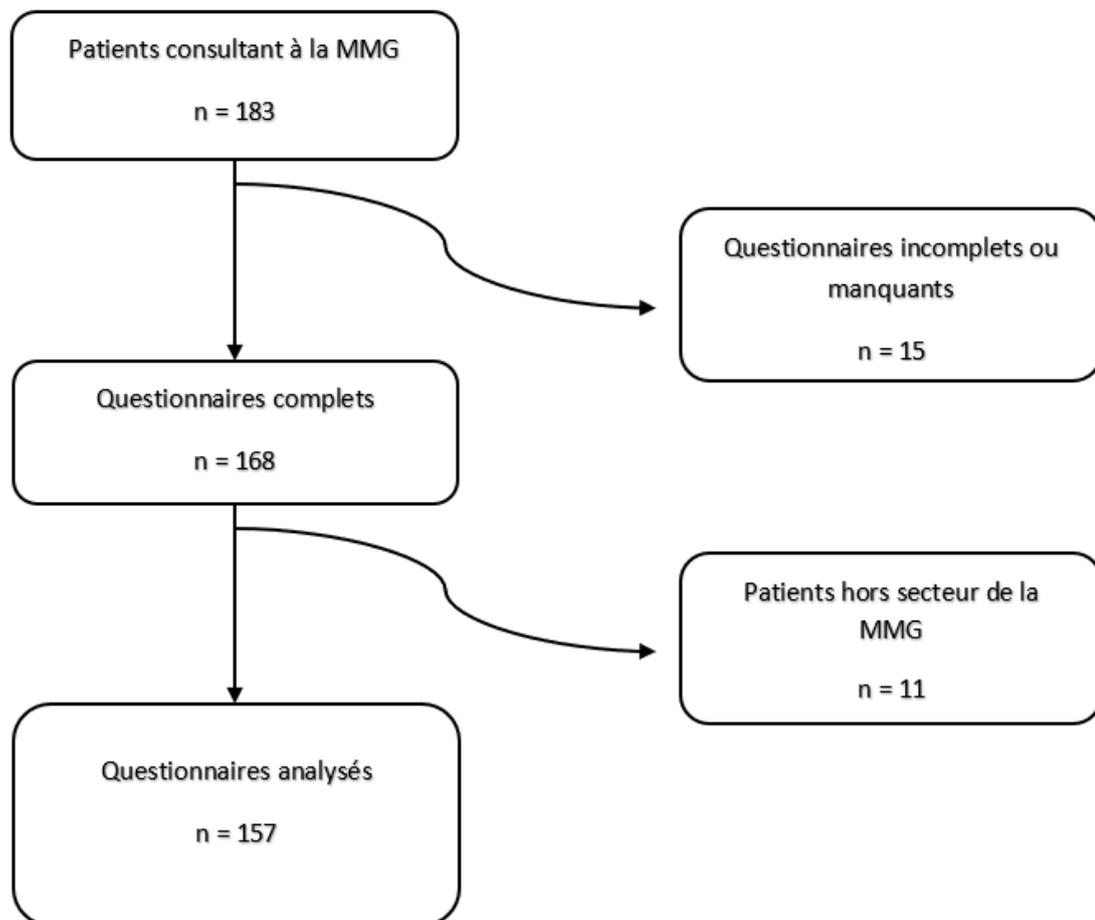


Figure 5 : Diagramme de flux des consultations de la MMG sur la période de 2019

II. Description et analyse des flux de patients aux urgences

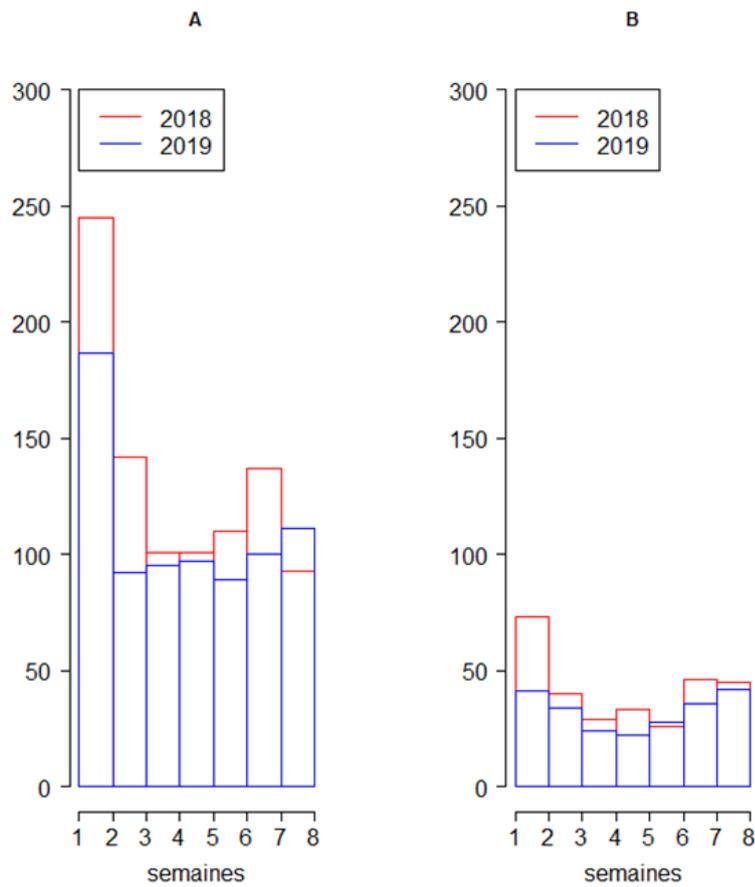


Figure 6 : Evolution des effectifs au cours des 8 semaines de suivi entre 2018 et 2019.

A : Patients issus de tous secteurs confondus – B : Patients issus du secteur de la MMG

a) Secteur hospitalier

Le taux de CCMU 1 en 2018 était de 39%, celui en 2019 était de 32%.

On compte 929 consultations en 2018 et 771 consultations en 2019, soit une diminution de 17%.

L'âge moyen est de 18 ans en 2018 et 16,4 ans en 2019, il n'y a pas de différence statistiquement significative sur l'âge moyen ($p = 0,103$).

L'âge médian est de 10 ans en 2018 et 8 ans en 2019, soit une majorité d'enfants.

Les populations ne présentent pas de différence significative en termes de secteur d'accueil et de sexe.

		2018		2019		p
		Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	
Secteur d'accueil	Accueil pédiatrique	546	58,8%	485	62,9%	0,092
	Accueil SAU	383	41,2%	286	37,1%	
Sexe	Masculin	451	48,5%	404	52,4%	0,125
	Féminin	478	51,5%	367	47,6%	

Tableau 1 : Evolution des effectifs selon la zone d'accueil et le sexe

Les consultations sont majoritairement réalisées le week-end avec 68,9% ($n = 640$) en 2018 contre 65,7% ($n = 507$) en 2019.

Le créneau horaire privilégié était 12h00 - 20h00 en 2018 (45,6%, $n = 424$) et 20h00 - 23h00 en 2019 (40,2%, $n = 310$).

La ville d'où provient le plus grand nombre de patients est Seclin avec 10% des consultations de 2018 et 2019.

b) Secteur de la MMG

On compte 292 consultations en 2018 et 227 consultations en 2019, soit une diminution de 22,3%, contre 14,6% chez les patients hors secteur de la MMG. Cette baisse des consultations intéresse autant l'accueil SAU (-21,5%, n = 28) que l'accueil pédiatrique (-22,8%, n = 37).

L'âge moyen est de 21,6 ans en 2018 et 19,9 ans en 2019 ($p = 0,395$).

L'âge médian est de 11,5 ans en 2018 et 11 ans en 2019, soit une majorité d'enfants.

		2018		2019		p
		Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	
Secteur d'accueil	Accueil pédiatrique	162	55,5%	125	55,1%	0,996
	Accueil SAU	130	44,5%	102	44,9%	
Sexe	Masculin	153	52,4%	122	53,7%	0,829
	Féminin	139	47,6%	105	46,3%	

Tableau 2 : Evolution des effectifs selon la zone d'accueil et le sexe

Les consultations sont majoritairement réalisées le week-end avec 69,5% (n = 203) en 2018 contre 65,2% (n = 148) en 2019.

Le créneau horaire privilégié est celui de 12h00 - 20h00 en 2018 (49%, n = 143) et 20h00 - 23h00 en 2019 (40,1%, n = 91).

Le nombre de consultation entre 23h00 et 00h00 est de 20 en 2019.

La ville d'où provient le plus grand nombre de patients est Seclin avec 33% (n = 96) des consultations de 2018 et 34% (n = 78) de 2019.

Les patients issus du secteur de la MMG ne présentent pas de différence significative ($p > 0,05$) sur l'âge, sur la zone d'accueil, sur le sexe, sur le jour de semaine, sur la plage horaire consultée et sur la ville d'origine entre 2018 et 2019. Les deux populations de patients sont donc comparables.

III. Analyse descriptive de l'étude MMG

a) Description de la population

L'âge moyen des patients consultant à la MMG est de 18,8 ans IC 95% [15,7 - 21,9].

L'âge médian est situé à 8 ans, soit une majorité de consultations pédiatriques.

Les âges extrêmes de consultations sont respectivement de 21 jours et 79 ans.

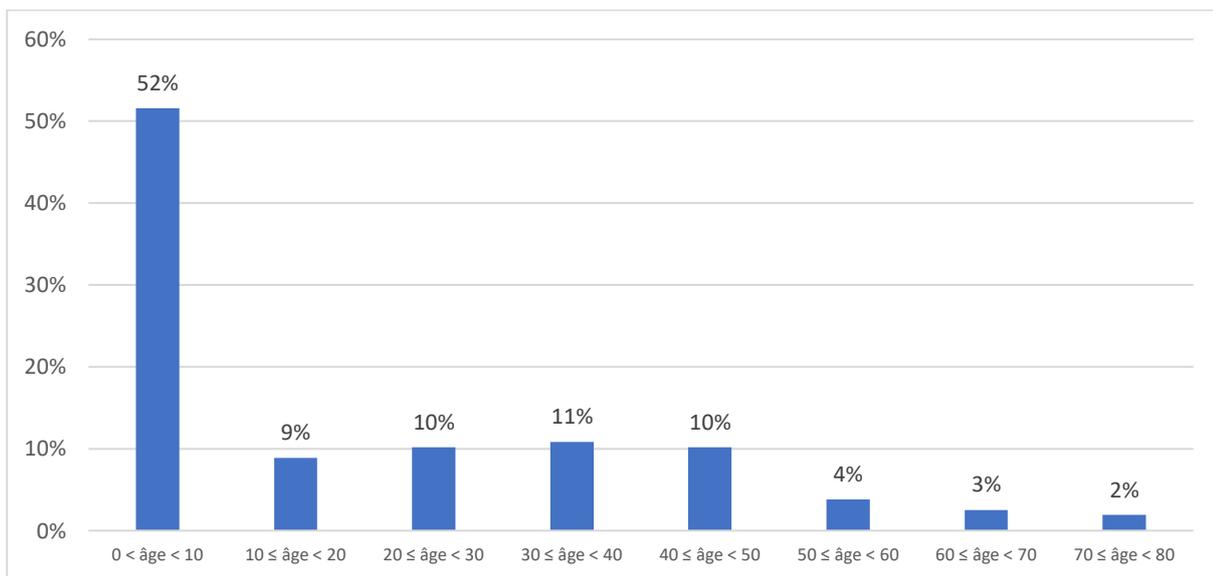


Figure 7 : Répartition des patients par tranche d'âge

- 46,5% des consultations concernent des patients de sexe masculin (IC95% [38,7 - 54,3], n = 73).
- Seulement 2,5% indique que le paiement de la consultation peut être un frein à son développement (IC 95% [0,0 - 4,9], n = 4).
- Bien que l'ouverture de la MMG soit récente, les patients ont tendance à revenir car pour 17,8% des patients (n = 28) il ne s'agissait pas d'une première consultation.
- Les patients proviennent majoritairement de la ville de Seclin (26,1% des consultations, IC 95% [19,2 - 33], n = 41).
- La MMG présente un taux de recommandation de 98,1% (IC 95% [96,0 - 100,0], n = 154).

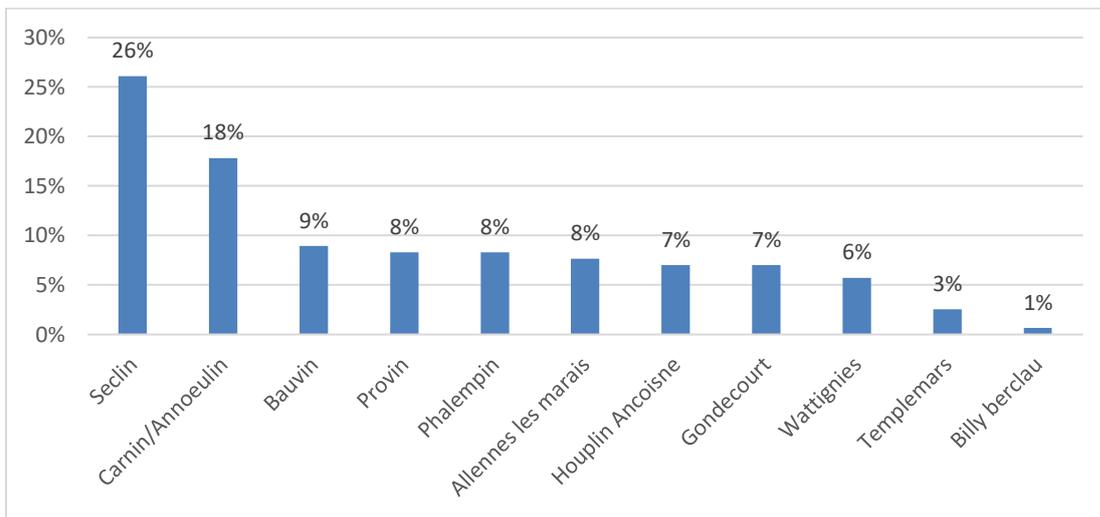


Figure 8 : Répartition des consultations selon le lieu d'habitation

Les consultations sont majoritairement faites le week-end (83,4% n = 131) et principalement le dimanche (50,3%, IC 95% [42,5 - 58,1], n = 79).

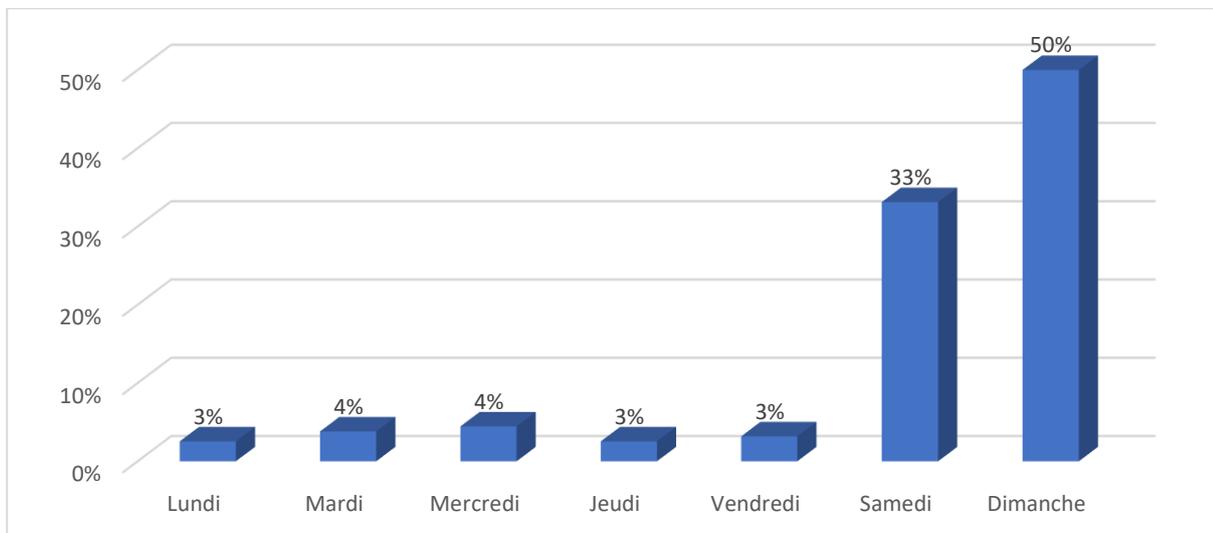


Figure 9 : Répartition selon les jours de la semaine

b) Mode de connaissance de la MMG

Mode de connaissance de la MMG	Effectifs	Pourcentage	IC 95%
Appel régulation médicale	85	54,1 %	[46,3 - 61,9]
Appel du SAMU	27	17,2 %	[11,3 - 23,1]
Médecin traitant	22	14 %	[8,6 - 19,4]
Urgences de Seclin	7	4,5 %	[1,3 - 7,7]
Journaux locaux/Mairie	5	3,2 %	[0,4 - 5,9]
Internet	4	2,5 %	[0,0 - 4,9]
Pharmacien	3	1,9 %	[0,0 - 4,0]
Bouche à oreille	2	1,3 %	[0,0 - 3,1]
Autre réponse	2	1,3 %	[0,0 - 3,1]

Tableau 3 : Réponses des patients de la MMG sur le mode de connaissance de la MMG

L'information sur l'existence de la MMG est donnée majoritairement par le centre de régulation médicale et après appel au SAMU (respectivement 54,1% et 17,2% des consultations). La connaissance par le médecin traitant lui-même n'est que de 14%.

c) Alternatives envisagées

Alternative en l'absence de MMG	Effectifs	Pourcentage	IC 95%
Aller aux urgences	67	42,7 %	[35,0 - 50,4]
Consulter un autre généraliste de garde	25	15,9 %	[10,2 - 21,6]
Appel de la permanence de soins	20	12,7 %	[7,5 - 17,9]
Appel du 15 pour avis	17	10,8 %	[5,9 - 10,6]
Attendre l'ouverture du cabinet traitant	12	7,6 %	[3,4 - 11,7]
Automédication	8	5,1 %	[1,7 - 8,5]
Appel des urgences pour avis	6	3,8 %	[0,8 - 6,8]
Autre	2	1,3 %	[0,0 - 3,1]

Tableau 4 : Réponses des patients de la MMG sur les alternatives envisagées en l'absence de MMG

On constate que 67 patients seraient allés consulter aux urgences si la MMG n'existait pas.

d) Axes d'améliorations

Axe d'amélioration de la MMG	Effectifs	Pourcentage	IC 95%
Information à donner au cabinet du médecin traitant	60	38,2 %	[30,6 - 45,8]
Création d'un site internet dédié à la MMG	35	22,3 %	[15,8 - 28,8]
Information à donner en pharmacie	16	10,2 %	[5,5 - 14,9]
Information sur les réseaux sociaux	15	9,6 %	[5,0 - 14,2]
Information à donner aux urgences de l'hôpital	15	9,6 %	[5,0 - 14,2]
Journaux locaux et régionaux	11	7 %	[3,0 - 11,0]
Autre	5	3,2 %	[0,4 - 5,9]

Tableau 5 : Axes d'améliorations proposés par les patients

IV. Comparaison des patients de la MMG et ceux des urgences (secteur de la MMG) en 2019

		MMG		Urgences		P
		Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	
	Age moyen	18,8 ans		19,9 ans		0,16
Sexe	Masculin	73	46,50%	122	53,70%	0,141
	Féminin	87	53,50%	105	46,30%	

Tableau 6 : Comparaison sur l'âge et le sexe des patients de la MMG et des Urgences

Les profils des patients consultant à la MMG et aux urgences en 2019 ne présentent pas de différence statistiquement significative sur l'âge, le sexe et sur les jours de consultation ($p = 0,05$).

Dans les deux cas les patients proviennent majoritairement de la ville de Seclin : 26% des cas de la MMG ($n = 41$) et 34,4% des cas des urgences ($n = 78$).

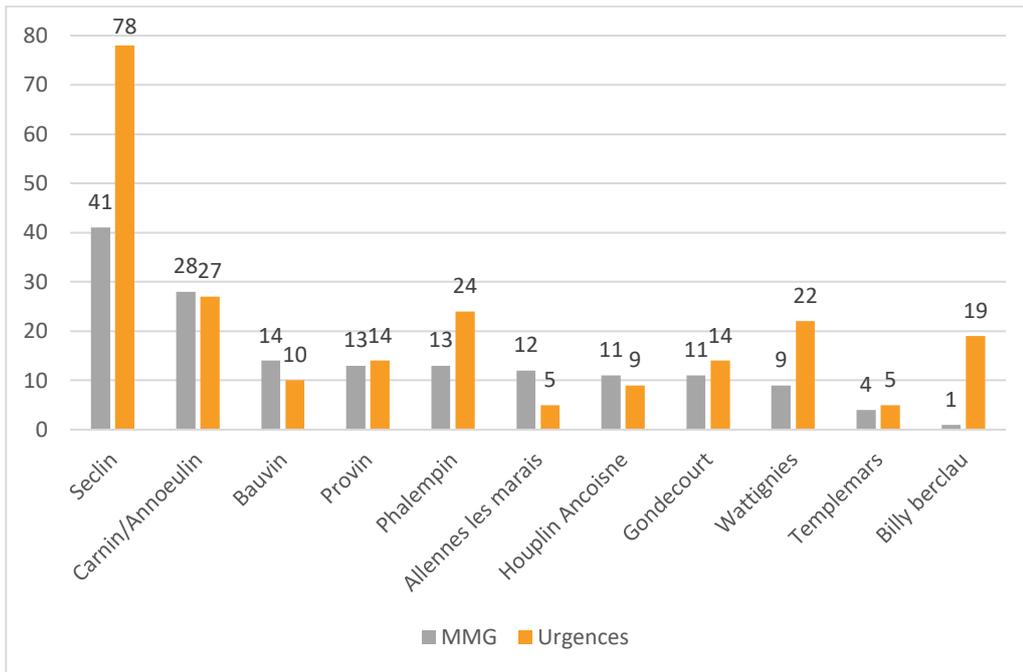


Figure 10 : Comparaison des patients de la MMG et des urgences selon les lieux d'habitation

Les consultations se font principalement le week-end.

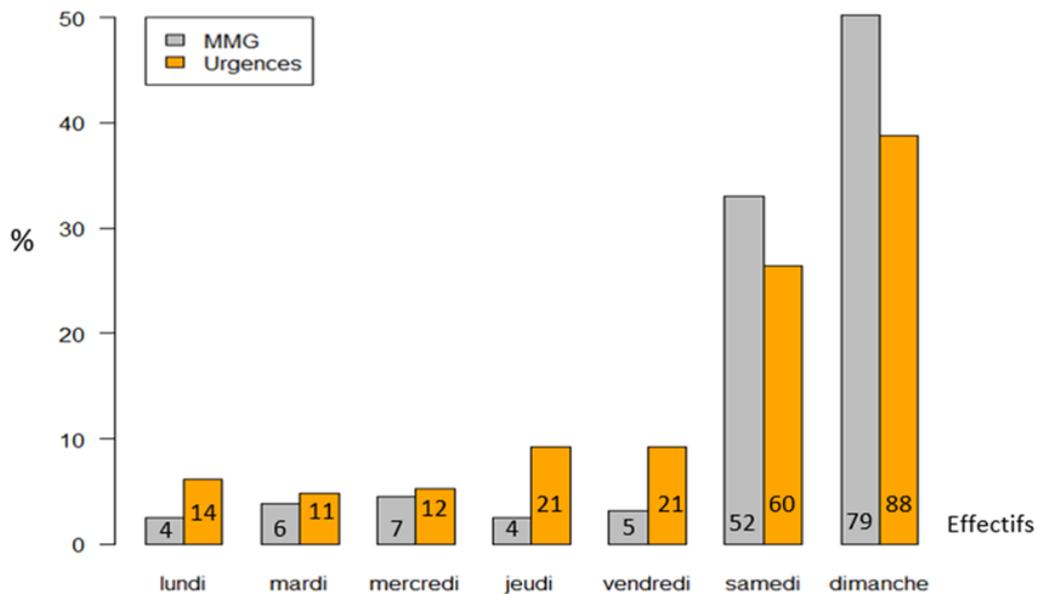


Figure 11 : Distributions des consultations au cours de la semaine chez les patients consultant à la MMG et chez les patients consultant aux urgences sur la période étudiée en 2019.

La répartition selon les créneaux horaires est significativement différente entre les groupes MMG et Urgences ($p < 0,001$).

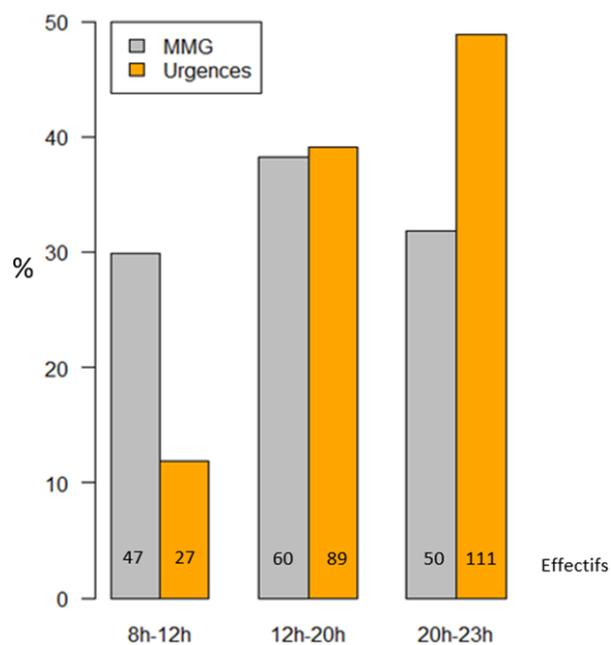


Figure 12 : Distributions des consultations au cours de la semaine chez les patients consultant à la MMG et chez les patients consultant aux urgences sur la période étudiée en 2019

DISCUSSION

I. Discussion de la méthode

a) Les points forts

- La période de l'étude

Concernant l'étude urgence : il s'agit de deux périodes calendaires identiques à seulement un an d'écart, ne comportant pas de vacances scolaires. Cela permet de rendre comparables les périodes d'analyse des données des urgences. La période hivernale permet d'assurer un plus grand nombre de consultations et donc d'inclure davantage de patients dans l'étude.

Concernant l'étude MMG : Elle a été choisie afin de la rendre comparable à l'étude urgence.

- Le mode de recueil des données

Concernant l'étude urgence : la réalisation d'un recueil de données informatiques à l'aide d'un logiciel standardisé a permis d'avoir la totalité des données sur les périodes demandées.

Concernant l'étude MMG : l'information donnée aux deux secrétaires et l'implication de celles-ci dans le projet ont permis d'obtenir un grand nombre de réponses : 86% des patients consultant à la MMG ont été inclus.

- Questionnaire de l'étude MMG : questions fermées

Elles améliorent la compréhension des questions et l'expression des réponses. Elles favorisent l'adhésion au questionnaire et provoquent donc un meilleur taux de réponses. Elles facilitent le traitement statistique (18).

b) Les limites

- La classification CCMU

Elle n'est pas un outil de triage car réalisée a posteriori (après examen et prise en charge des patients). Il s'agit d'un codage qui est jugé dans la littérature comme étant très variable d'un établissement à l'autre, mais aussi au sein même d'une équipe d'urgentistes (13). Elle apparaît donc comme un biais de classement.

La différence entre CCMU 1 et CCMU 2 réside dans la réalisation d'examens paracliniques lors de la consultation. Or il est plus facile et plus fréquent pour un médecin généraliste de différer ces examens (19) contrairement aux médecins urgentistes qui disposent d'un plateau technique et présentent donc une obligation de moyens plus marquée (13,14,20). Tout motif confondu, un ou plusieurs examens complémentaires sont prescrits dans 16% des cas chez le médecin généraliste contre 68% des cas chez le médecin urgentiste (19).

Ainsi lorsque l'on a défini les « consultations non programmées » comme étant celles classées CCMU 1, il est possible que le nombre de patients recueillis soit fortement sous-estimé notamment dans le secteur d'accueil SAU.

- La période de l'étude

Bien qu'elle représente deux périodes calendaires identiques, l'étude ne se déroule que sur une durée de huit semaines, en hiver. Une partie des motifs de consultation est donc différente de ceux retrouvés le reste de l'année aux urgences et à la MMG, car soumis aux variations saisonnières (notamment pour les populations pédiatriques) (21).

La survenue d'une maladie épidémique, fréquente en période hivernale, peut fortement influencer les résultats (22).

- L'étude monocentrique

Etant réalisée dans un seul secteur de garde en périphérie d'une grande ville (Sud de Lille), en lien avec un seul hôpital périphérique situé au centre du secteur géographique de la PDSA, il s'y applique donc un effet centre. Les caractéristiques du secteur sont différentes des autres secteurs de garde des Hauts-de-France ou du territoire national. Les résultats de l'étude ne sont donc pas extrapolables à l'ensemble du territoire.

- Questionnaire : questions fermées et anonymat

Elles peuvent limiter les possibilités d'expression et influencer les réponses des patients (18). Il s'agit d'un biais de classement.

Compte tenu de l'anonymat, les patients ayant consulté à la MMG à plusieurs reprises sur la période d'étude ont été inclus plusieurs fois. Il s'agit d'un biais de réponse.

II. Discussion des résultats

a) Etude urgence

On constate une diminution significative du nombre de « consultations non programmées » entre les périodes de 2018 et 2019 avec une baisse de 17% tout secteur confondu. La baisse est plus importante pour le secteur de la MMG avec 22,3% contre 14,6% chez les patients hors secteur.

Lorsque l'on s'intéresse aux statistiques annuelles du GHSC on observe une augmentation de +3,8% entre 2018 et 2019 ; cependant ces chiffres ne remettent pas en cause nos résultats car notre étude concerne les patients classés CCMU 1, aux heures d'ouverture de la PDSA. Contrairement à l'augmentation annuelle qui intègre tous les patients consultant au GHSC sur l'année sans distinction particulière.

On constate qu'aux heures de la PDSA il y a une part plus importante de consultations non programmées que celle décrite dans la littérature. On considère que la part des CCMU 1 dans un SAU représente 10 à 20% du flux des urgences (15). Or sur notre période d'analyse celle-ci était de 39% en 2018 et 32% en 2019. Cela montre

l'importance d'une bonne gestion et redistribution de ces consultations non programmées. Car il ne s'agit pas le plus souvent de consultations « inutiles » mais de consultations réalisées au mauvais endroit et donc « évitables » pour les urgences.

- Les populations de patients consultant aux urgences en 2018 et 2019 étaient comparables en tout point. Les consultations étaient principalement réalisées le week-end (> 65%). Plus de 33% des patients étaient originaires de la ville de Seclin.

Plus de 50% des consultations CCMU 1 réalisées aux urgences concernaient de la pédiatrie, cela peut notamment s'expliquer par un plus grand nombre de consultations liées à des inquiétudes parentales saisonnières : l'hiver motive la venue aux urgences mais nécessite rarement la réalisation d'examens complémentaires (23).

De plus, la prise en charge pédiatrique et celle des adultes diffèrent sur la non systématisation des examens paracliniques.

- 20 consultations avaient eu lieu sur les horaires de la PDSA mais en dehors des heures d'ouvertures de la MMG. La MMG de Seclin a en effet des heures d'ouvertures spécifiques qui sont différentes de celles de la PDSA. A ce jour toutes les MMG gèrent de façon individuelle et sans retour d'expérience les plages horaires d'ouverture et de fermeture.

Les patients seraient-ils allés consulter à la MMG si elle restait ouverte plus tardivement ?

b) Etude MMG

- Les consultations réalisées à la MMG ont montré une majorité de pédiatrie (âge médian à 8 ans), issues de la ville de Seclin (26%), principalement le week-end (83,4%) et surtout le dimanche (50%).

- Les patients consultant à la MMG et ceux consultant aux urgences, sur la même période, étaient comparables sur l'âge, le sexe et les jours de consultation ; dans les deux cas ils provenaient majoritairement de la ville de Seclin.

- Le système de garde de la PDSA, tout comme l'existence de la MMG étaient mal connus. L'information était donnée majoritairement à 71, 3% après appel d'un centre de régulation, contre 14% par le médecin traitant. Les patients déclaraient que la connaissance de cette MMG serait plus efficace si l'information était mise en

avant au cabinet des médecins traitants, en créant un site internet dédié, en diffusant l'information sur les réseaux sociaux ainsi que dans les pharmacies.

Ces résultats montrent que l'information n'est pas suffisamment donnée en amont du besoin de consultation. Ils sont en accord avec ceux d'une étude réalisée au SAU de Cambrai en 2014 (24) qui mettaient en évidence un manque de connaissance de la population fréquentant les urgences : 64,2% des interrogés déclaraient ne pas connaître l'existence d'un médecin généraliste de garde et 78,8% n'avaient pas connaissance du numéro pour joindre le médecin de garde.

Ce manque d'information est un point essentiel à travailler afin de pérenniser ce système de garde.

Afin de cibler et sensibiliser toute la population, il semble justifié d'utiliser tous les moyens disponibles (20) comme le numérique (site internet, communication par les réseaux sociaux), le papier (journaux locaux et communaux), les « structures » (pharmacie, mairie, affichages municipaux) et surtout les urgences elles-mêmes. En cours de période d'analyse, le GHSC a mis en place un système d'information sur l'existence de la MMG à l'entrée du service des urgences.

- La MMG a permis d'éviter au moins 67 consultations aux urgences sur la période d'étude (soit 42% des consultations de la MMG), ces patients auraient consulté au SAU si la MMG n'avait pas existé. Ce chiffre est en adéquation avec la baisse observée aux urgences entre 2018 et 2019 sur la période d'étude, baisse qui était de 65.

Bien que le lien ne puisse pas être formellement établi il semble que la MMG ait, dès son ouverture, un effet bénéfique sur le flux de patients des urgences pour consultations non programmées.

III. Situation actuelle et voies d'amélioration/ouverture

Les urgences présentent une dynamique de croissance inchangée (moyenne nationale +3,6% par an) mais une offre de soins stable (641 structures en 2016) (2). Les ressources médicales disponibles ne sont plus suffisantes pour couvrir cette augmentation continue de l'activité.

« L'organisation actuelle de la médecine d'urgence ne permet plus, et ne permettra pas demain, de faire face aux inéluctables évolutions des besoins de soins et de notre système de santé. » (12).

La permanence des soins ambulatoires doit évoluer, une collaboration entre ville et hôpital semble donc impérative.

L'évolution naturelle de la démographie médicale et le développement de nouveaux modes d'exercice des médecins généralistes *« expliquent que les demandes de soins d'urgences et non programmés ne puissent pas toujours trouver de réponse auprès des professionnels de ville. »* (23). Actuellement 1 patients sur 5 consulterait aux urgences faute de moyen trouvé en « ville » (12,14).

Dans 98% des cas la MMG de Seclin était recommandée par ses utilisateurs, il semble que celle-ci soit approuvée dans son fonctionnement actuel. Compte tenu des caractéristiques démographiques similaires entre les patients CCMU 1 consultant aux urgences et les patients consultant à la MMG de Seclin, il serait intéressant d'envisager de réorienter les patients vers ces structures ambulatoires afin de limiter l'« engorgement » des urgences, notamment le week-end et en soirée de 20h à 23h.

Depuis 10 ans on constate une modification de la PDSA avec augmentation croissante du nombre de MMG. Cependant l'impact des MMG demeure incertain sur le plan national. Il reste difficile de démontrer un lien entre leur fréquentation et celle des structures d'urgence du même territoire (13).

Autre point du dispositif actuel : la régulation et son numéro d'appel. Déjà soulevé en 2014, le problème persiste : on constate une multiplication des numéros d'appel de la régulation qui est une « source de confusion » (2). Aucune amélioration n'a été constatée avec la mise en place récente d'un numéro national supplémentaire (le 116117) qui ne présente à ce jour pas d'évaluation ni d'information grand public.

Bien qu'il semble difficile de conclure que la baisse observée entre 2018 et 2019 soit en lien direct avec l'ouverture de la MMG au sein du GHSC, les résultats sont dans l'ensemble encourageants. Ils nécessitent une amélioration du système d'information sur l'existence et le fonctionnement de cette MMG, une sensibilisation plus importante des acteurs locaux ainsi qu'une mise en place d'une meilleure collaboration avec les acteurs hospitaliers (4).

Même si la France figure plutôt parmi les pays qui ont de bons résultats et la meilleure accessibilité aux soins, à l'étranger, des nouvelles organisations et des modifications existent et ont montré leur efficacité à l'image du Royaume-Uni, des Etats-Unis ou de l'Australie avec leur « walk-in center » ou de la réorganisation de la médecine libérale aux Pays-Bas.

En Janvier 2000, une étude a été menée à l'hôpital Universitaire de Maastricht aux Pays Bas (25) : ils ont évalué l'utilité d'une réorganisation du système d'accès aux urgences en dehors des ouvertures des cabinets médicaux de ville, avec un contrôle effectué par des PCP (Primary Care Physician) situés au sein même du service d'urgence. Cette réorganisation a permis un changement majeur sur le flux de patients des urgences avec une diminution de 53% aux heures de fermeture des cabinets.

Caro J.T van Uden et al (25) disent qu'une étroite collaboration entre les soins primaires et les services d'urgence est nécessaire lorsque l'objectif est une réduction de l'utilisation inappropriée des services d'urgences. Une précision est également apportée par une autre étude, avec la nécessité que ces structures soient au cœur même des structures d'urgences (26).

Un rapport sénatorial de 2017 intitulé « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé » (Annexe 7) (23), regroupe un

ensemble de propositions concrètes (20 au total) qui semblent adaptées afin d'améliorer le système de santé actuel en matière de permanence de soins (hospitalière et ambulatoire).

Il serait intéressant de les mettre en œuvre et de réévaluer les flux de patients consultants dans les services d'urgences bénéficiant d'une MMG à proximité ou intégrée au service.

CONCLUSION

La présence d'une MMG au sein d'un hôpital permet une réduction significative du nombre de consultations non programmées aux urgences, elle est d'autant plus marquée pour les consultations pédiatriques et les consultations réalisées le week-end.

On constate la méconnaissance par manque d'information de la population intéressant le territoire de Seclin quant au système de garde ambulatoire. Un mois après son ouverture, la MMG de Seclin était encore peu connue de sa population cible. Il semble que l'existence de la MMG de Seclin n'ait pas été suffisamment diffusée en dehors des lignes téléphoniques de garde.

Il faut développer et encourager la communication des cabinets de médecins généralistes, des structures de soins, des voies dématérialisées afin de poursuivre cette diminution de consultations « évitables » pour le SAU, notamment le week-end et le soir de 20h à 23h.

Bien que le nombre de territoires de garde fonctionnant au moyen d'une MMG soit important en France, l'absence d'évaluations standardisées des MMG, l'absence de communications aux échelles locale, départementale et nationale, empêchent l'amélioration franche et le développement efficient de ce modèle de santé.

Une plus grande collaboration avec les partenaires hospitaliers mériterait d'être encouragée afin d'être bénéfique aux différents acteurs. Celle-ci viserait à pérenniser ce système de permanence de soins mais nécessiterait une modification des habitudes et pratiques actuelles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

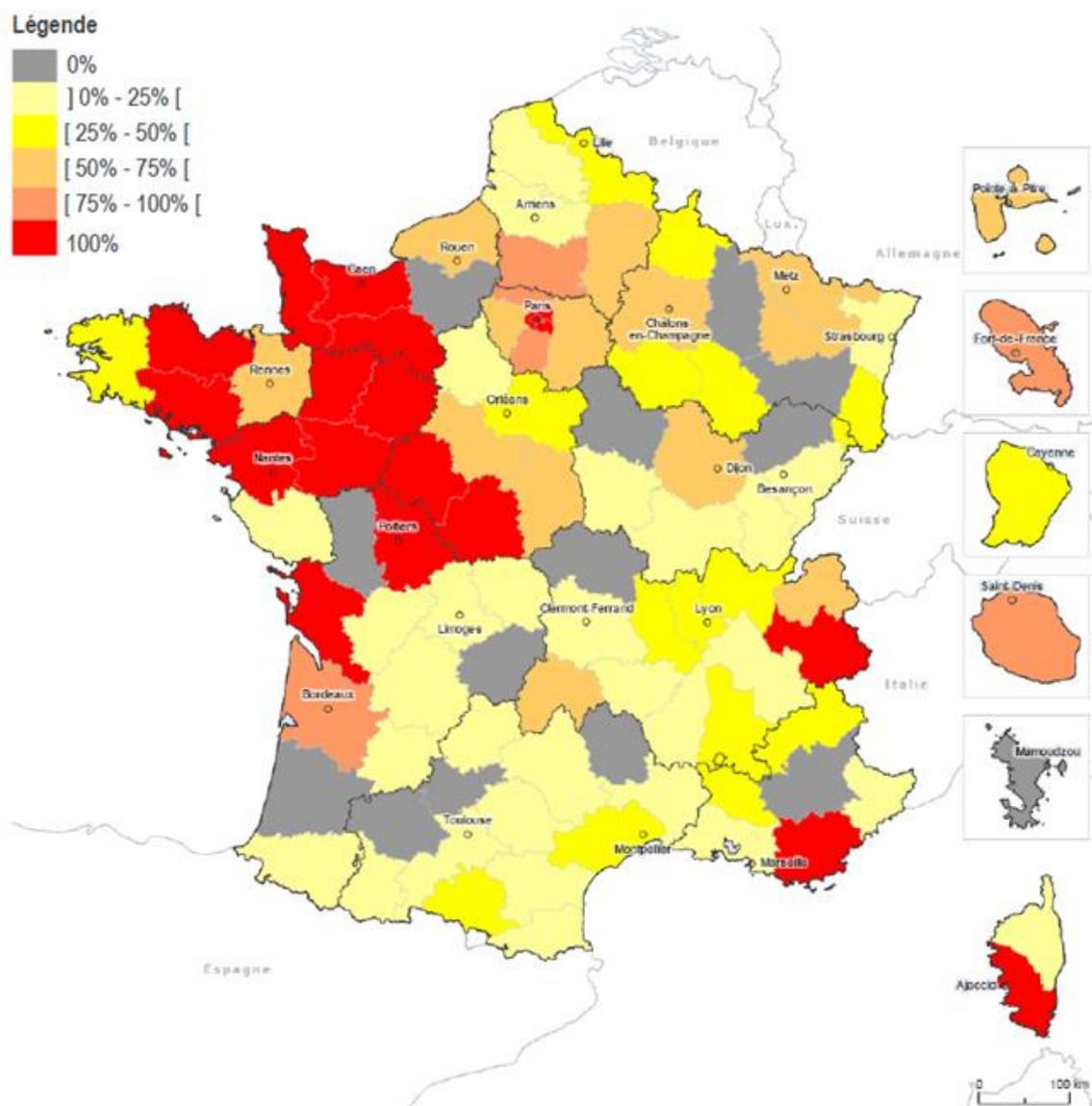
1. Descours C. La permanence des soins. [Internet]. France : Ministère de la santé; 2003 p. 19. Disponible sur: https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=/Ministere/Publications/2003/rapport_descours.pdf
2. Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018. [Internet]. France: Ordre national des médecins; 2018 p. 66. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2018.pdf
3. La continuité des soins [Internet]. Société Française de Médecine Générale; Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/807/fichier_fiche5_continuite_de_s_soins766c1.pdf
4. Lemorton C. L'organisation de la permanence des soins. [Internet]. France: Assemblée nationale; 2015 [cité 8 nov 2018] p. 179. Report No.: 2837. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2837.asp>
5. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
6. La permanence des soins : Etat des lieux au 1er janvier 2015. [Internet]. France: Ordre national des médecins; 2015 p. 9. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnominfographiepds2014.pdf>
7. CirculaireDHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire [Internet]. 2007. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>
8. Grall JY. Les maisons médicales de garde. [Internet]. Ministère de la santé et des solidarités; 2006 p. 51. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/064000564.pdf>
9. Ricomes M. Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires - Hauts de France. [Internet]. France: ARS Hauts-de-France; 2018 p. 79. Disponible sur: <http://www.prefectures-regions.gouv.fr/hauts-de-france/content/download/49088/325228/file/Recueil%20n%C2%B0%20234%20du%206%20ao%C3%BBt%202018.pdf>
10. Morin C. Evaluation d'une procédure de réorientation des patients vers la maison

- médicale de garde dès l'accueil des urgences. [Internet] [Thèse de doctorat]. France : Université d'Angers; 2017. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127051/2017MCEM6838/fichier/6838F.pdf>
11. Menard B. L'émergence des maisons médicales de garde dans la permanence des soins et leur incidence sur l'activité hospitalière. [Internet] [Mémoire]. France : Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes; 2004. Disponible sur: <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=/Ensp/Memoires/2004/edh/menard.pdf>
 12. Braun F. Livre Blanc - Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir [Internet]. France: SAMU Urgences de FRANCE; 2015. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
 13. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. [Internet]. France: Cour des Comptes; 2019 p. 29. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
 14. Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. [Internet] [Thèse de doctorat]. France : Université de Paris VII; 2009. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3327_MEUNIER_Laure_these.pdf
 15. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. [Internet]. France: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2003 janv [cité 16 déc 2019]. Report No.: 212. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/usagers_urgences.pdf
 16. Bouet P, Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2018. [Internet]. France: Ordre national des médecins; 2018 p. 165. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
 17. Statistiques locales de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques [Internet]. INSEE. 2016. Disponible sur: <https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=276740,6555473,77747,48121&c=indicator&view=map1>
 18. Salvador J. L'ouvert et le fermé dans la pratique du questionnaire. Analyse comparative et spécificités de l'enquête par correspondance. [Internet]. Revue française de sociologie; 1986 p. 27-2. pp. 301-316. Disponible sur: https://www.persee.fr/docAsPDF/rfsoc_0035-2969_1986_num_27_2_2309.pdf
 19. Collet M, Gouyon M. Etudes et résultats : Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles [Internet]. France: DREES; 2008 févr. Report No.: 625. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er625.pdf>
 20. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires. [Internet]. France: Ministère de la santé et des solidarités; 2018 mai. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf

21. Wargon M. Activité des services d'urgence Île de France [Internet]. France: Commission Régionale d'Experts Urgences île de France; 2015. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Urgences-CREU-Rapport-IDF-2015.pdf>
22. Trégoat J-J. Circulaire interministérielle DSC/DGS/DUS/DGAS/DHOS no2008-320 du 23 octobre 2008 précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour prévenir et faire face aux conséquences sanitaires propres à la période hivernale. *Revue Francophone des Laboratoires* [Internet]. mars 2006 [cité 9 mars 2020];2006(380):53-4. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1773035X0680122X>
23. Cohen L, Genisson C, Savary R-P. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. France: Sénat; 2017 juill. Report No.: 685. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
24. Lerat-Golasowski M. Motivations, motifs de consultations et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de Cambrai. [Internet] [Thèse de doctorat]. France : Université de Lille 2; 2015. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/eb7cf25f-6c41-4a65-80d2-92630568dc48>
25. van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling G, Fiolet HF, van Schayck OC, Crebolder HF. The Impact of a Primary Care Physician Cooperative on the Caseload of an Emergency Department: The Maastricht Integrated Out-of-Hours Service. *J Gen Intern Med* [Internet]. juill 2005 [cité 12 mars 2020];20(7):612-7. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490166/>
26. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emerg Med J* [Internet]. nov 2001 [cité 12 mars 2020];18(6):482-7. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1725697/>

ANNEXES

Annexe 1 : Taux de secteurs de PDSA couverts par des sites dédiés en 2018.



Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

Annexe 2 : Echelle CCMU ou Classification clinique des malades des urgences

Il existe 7 classes CCMU codifiant l'état du patient à son arrivée aux urgences

- CCMU P** : Patient présentant/souffrant d'un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée.
- CCMU 1** : État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple.
- CCMU 2** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique (prise de sang, radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- CCMU 3** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention du SMUR, 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 dans le service des urgences. Pas de réanimation entreprise.

Annexe 3 : Questionnaire patient de la MMG

Thèse de Docteur en Médecine Verschueren Sylvain : Questionnaire patient

MMG = Maison Médicale de Garde

Questionnaire à remplir par le patient ou son représentant puis à déposer à la secrétaire ou au médecin de garde.

• **Caractéristique patient :**

Age :

Code postal du lieu d'habitation :

Sexe : Homme Femme

Date de la consultation :

Heure de la consultation :

• **Questions patients :**

Comment avez-vous connu la maison médicale de garde de Seclin ? (Une seule réponse possible)

Appel du SAMU

Médecin traitant

Internet

Appel régulation médicale
ambulatoire

Pharmacien

Bouche à oreille

Journaux locaux/Mairie

Autre réponse

Urgence de Seclin

Est-ce la première fois que vous consultez à cette MMG ?

Oui Non

Comment êtes-vous venu à la MMG ?

Véhicule personnel

Ambulance

Autre réponse

Transport en commun

A pied

Avez-vous téléphoné à la régulation avant de venir ?

Oui Non

Le ferez-vous la prochaine fois ?

Oui Non

Pour vous le paiement de la consultation est-il un frein à consulter dans une MMG ?

Oui Non

Tourner s'il vous plait



Pourquoi avez-vous consulté à la MMG ? (Une seule réponse possible)

Pour une consultation du lundi au samedi :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Urgence/Apparition de nouveaux symptômes | <input type="checkbox"/> L'heure de rendez-vous donnée ne vous convenez pas |
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant injoignable dans la journée | <input type="checkbox"/> Cabinet fermé sans médecin remplaçant |
| <input type="checkbox"/> Adressé par le médecin traitant dès l'ouverture de la MMG | <input type="checkbox"/> Vous ne souhaitez pas consulter le médecin remplaçant |
| <input type="checkbox"/> Pas de rendez-vous disponible chez votre médecin traitant ce jour | <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas de médecin traitant |

Pour une consultation du dimanche :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urgence/Apparition de nouveaux symptômes | <input type="checkbox"/> Convenance personnelle |
| <input type="checkbox"/> Pas de consultation possible dans la semaine | |

Qu'auriez-vous fait si la MMG n'existait pas ? (Une seule réponse possible)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aller aux Urgences | <input type="checkbox"/> Appel de la Permanence de Soins (03.20.33.20.33) | <input type="checkbox"/> Attendre l'ouverture du cabinet traitant |
| <input type="checkbox"/> Appel des Urgences pour avis | <input type="checkbox"/> Consulter un autre généraliste de garde | <input type="checkbox"/> Automédication |
| <input type="checkbox"/> Appel du 15 pour avis | | <input type="checkbox"/> Autre |

Selon vous comment améliorer l'information sur la présence et l'accessibilité de la MMG ? (Une seule réponse possible)

- Information à donner au cabinet du médecin traitant
- Information à donner en pharmacie
- Information à donner aux urgences de l'hôpital
- Création d'un site internet dédié à la MMG
- Journaux locaux et régionaux
- Informations sur les réseaux sociaux
- Autre

Recommanderiez-vous la MMG à votre entourage ?

- Oui Non

Merci pour votre participation et vos réponses.

- Le patient n'a pas souhaité répondre au questionnaire (A remplir par la secrétaire si refus)

Annexe 4 : Feuille d'information secrétaire

Notice d'information concernant le questionnaire à remettre au patient consultant à la Maison Médicale de Garde de Seclin.

Bonjour,

Je réalise une thèse d'exercice de docteur en médecine générale sur l'influence de l'ouverture d'une Maison Médicale de Garde au sein de l'hôpital de Seclin sur le flux de patient consultant aux urgences pour des consultations non urgentes.

Afin de pouvoir améliorer au mieux l'orientation des patients vers une structure de soins adaptée je réalise un questionnaire destiné aux patients consultants à la Maison Médicale de Garde (MMG) de Seclin. Cette notice vous est destinée afin de pouvoir répondre aux interrogations éventuelles des patients et ainsi les guider aux mieux.

Qui est concerné ?

Le questionnaire est destiné à tous les patients consultants à la MMG entre le 28 Janvier 2019 et le 24 Mars 2019.

Qui remplit le questionnaire ?

Le patient lui-même ou son accompagnant pour les enfants et les personnes incapables majeures.

Où est rempli le questionnaire ?

Le patient peut remplir son questionnaire en salle d'attente.

Quand est rempli le questionnaire ?

Le questionnaire est idéalement rempli avant la consultation du médecin pour éviter que les patients ne partent une fois la consultation terminée mais il peut également être rempli après.

Où faut-il laisser le questionnaire ?

Vous pouvez leur demander de vous le remettre dès qu'il est terminé ou bien de le donner au médecin de garde lors de la consultation, qui vous le remettra ensuite.

Vous pouvez le déposer dans la bannette prévue à cet effet.

Que faut-il faire si un patient refuse de remplir le questionnaire ?

Il faut prendre un questionnaire vierge et cocher la case : refus de remplir le questionnaire qui se trouve à la fin de celui-ci.

Quand la bannette sera-t-elle vidée ?

Je passerai régulièrement récupérer les questionnaires pour les analyser.

Merci pour votre aide dans la réalisation de cette tâche et votre collaboration.

Vous pouvez m'adresser toutes demande d'information par email à l'adresse suivante :

sylvainv59@hotmail.fr

Verschueren Sylvain.

Annexe 5 : Demande d'autorisation chef de pôle et chef de service

Verschuere Sylvain
05 rue de l'égalité
62820 Libercourt
0601852757
sylvainV59@hotmail.fr

A Libercourt, le 20/11/2018

**Docteur MIZON Jérôme, Chef de Pôle
Clinique - Anesthésie - Médecine - Urgences
- Soins intensifs et surveillance continue de
l'Hôpital de Seclin**

**Docteur DENOEU Pierre Olivier, Chef de
Service des Urgences de l'Hôpital de Seclin**

Objet : Demande d'autorisation dans le cadre d'une thèse d'exercice

Cher confrère, cher ami, cher maître,

Je vous écris ce jour pour solliciter votre accord, dans le cadre de ma thèse d'exercice, concernant l'utilisation de données informatiques faisant partie de votre service d'urgence.

Ma thèse a pour but d'évaluer l'impact de l'ouverture de la maison médicale de garde sur le taux de patients consultant aux urgences de Seclin pour des consultations ne nécessitant pas d'exams complémentaires (coté CCMU1).

Pour cela j'aimerais utiliser les données informatiques des patients, ayant consulté au sein de vos urgences aux heures de PDSA, sur un mode rétrospectif en deux étapes.

Dans un 1^{er} temps de janvier 2018 à fin mars 2018. Et dans un second temps durant le 1^{er} mois d'ouverture de la MMG, soit de janvier 2019 jusque fin mars 2019.

Les données utilisées seront anonymisées ainsi le secret médical sera préservé. Vous serez bien entendu informé des résultats de mon étude.

Meilleures salutations,
Verschuere Sylvain

Annexe 6 : Déclaration CNIL

Référence CNIL :

2216724 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 4 février 2020

Monsieur Sylvain VERSCHUEREN

05 RUE DE L'EGALITE
62820 LIBERCOURT**ORGANISME DÉCLARANT****Nom :** Monsieur VERSCHUEREN
Sylvain**Service :****Adresse :** 05 RUE DE L'EGALITE**CP :** 62820**Ville :** LIBERCOURT**N° SIREN/SIRET :****Code NAF ou APE :****Tél. :** 0601852757**Fax. :**

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 5 février 2020

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Annexe 7 : Propositions du sénat dans son ouvrage intitulé « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé ».

Améliorer le fonctionnement concret des services d'urgences hospitaliers...

- ***par une évolution de la tarification incitant les services à se recentrer sur la prise en charge des situations les plus graves***

Proposition n° 1 : Utiliser le levier financier pour inciter les services d'urgences à se concentrer sur la prise en charge des patients nécessitant une intervention hospitalière, en modulant le montant du financement à l'activité en fonction de la gravité des pathologies et des actes réalisés, et en créant un forfait de réorientation vers les structures de ville.

- ***par la généralisation de bonnes pratiques existant dans certains établissements de santé***

Proposition n° 2 : Développer les circuits courts de prise en charge, ou *fast-tracks*, dans l'ensemble des services d'accueil des urgences, en veillant à ce que leur gestion soit assurée par des praticiens expérimentés.

Proposition n° 3 : Généraliser la fonction de gestionnaire des lits, ou *bed manager*, à l'ensemble des établissements hospitaliers, le cas échéant à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Proposition n° 4 : Mettre fin aux fermetures de lits dans les services de médecine et de chirurgie générales, et leur rendre une place suffisante pour absorber les variations de prise en charge en aval des urgences.

Proposition n° 5 : Développer les services de gériatrie aiguë dans les établissements de santé et, chaque fois que cela est possible et pertinent, favoriser l'admission directe des personnes âgées dans ces services sans passer par les urgences.

Proposition n° 6 : Développer l'usage des équipements de biologie médicale embarquée dans les Smur.

Proposition n° 7 : Conforter les prises en charge filiarisées existant pour l'infarctus du myocarde et l'AVC, et étendre cette organisation à d'autres pathologies.

- ***par une meilleure prise en compte des conditions de travail des équipes***

Proposition n° 8 : Généraliser la mutualisation trifonctionnelle des équipes médicales (Smur / régulation / accueil des urgences), et favoriser l'extension de cette organisation aux professions paramédicales sur la base du volontariat.

Proposition n° 9 : Mieux prendre en compte la fonction d'accueil dans la formation initiale des soignants et la définition des effectifs exerçant aux urgences.

Proposition n° 10 : Ouvrir le débat quant à la création d'une spécialité d'infirmier urgentiste.

Améliorer la coordination entre la médecine d'urgence hospitalière et la prise en charge des soins non programmés en ville...

- ***en développant les possibilités de prise en charge non programmée sans avance de frais en dehors des services d'urgences hospitaliers***

Proposition n° 11 : Elargir les horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) au samedi matin.

Proposition n° 12 : Renforcer le maillage du territoire en centres de santé et assurer leur ouverture plus large à l'accueil des urgences, notamment par l'extension de leur amplitude horaire.

Proposition n° 13 : Renforcer l'information des patients sur les acteurs de la permanence et de la continuité des soins, ainsi que l'éducation des personnes sur la conduite à tenir en cas de problème de santé inopiné (s'agissant notamment des parents, des assistants maternels ou encore des personnels de crèche), dans le cadre d'une politique de prévention.

Proposition n° 14 : Expérimenter une exonération totale du ticket modérateur pour l'ensemble des patients s'adressant à un professionnel de ville aux horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

Proposition n° 15 : Privilégier la proximité, voire l'adossement des maisons médicales de garde (MMG) à un service d'urgences, et encourager la conclusion de protocoles de réadressage entre les structures.

Proposition n° 16 : Généraliser le tiers-payant intégral dans l'ensemble des maisons médicales de garde (MMG).

- ***en mettant en place une tarification incitative à la prise en charge des urgences légères par les médecins libéraux***

Proposition n° 17 : Créer une lettre clé spécifique pour les consultations non programmées prises en charge par les médecins libéraux, et mieux valoriser les visites à domicile effectuées par les médecins généralistes.

- ***en renforçant la qualité de la régulation médicale***

Proposition n° 18 : Revenir sur la mise en place du numéro 116 117 pour l'accès à la régulation médicale de la permanence des soins.

Proposition n° 19 : Généraliser la mutualisation de la régulation médicale entre les équipes de l'aide médicale urgente et les professionnels libéraux.

Proposition n° 20 : Mettre en place une formation initiale obligatoire et standardisée d'au moins deux ans, incluant des périodes de stage et sanctionnée par un diplôme qualifiant, pour l'exercice de la profession d'assistant de régulation médicale (ARM).

Annexe 8 : Checklist STROBE

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract	1
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	1
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	2
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	8
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	9
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	9
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	10
		(b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case	10
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	11
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	11
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	11
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	
		(c) Explain how missing data were addressed	
		(d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	
		(e) Describe any sensitivity analyses	

Continued on next page

Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	13
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	
		(c) Consider use of a flow diagram	13-14
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	15
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	13
		(c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time	
		<i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure	
		<i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures	
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	15
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	18
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	21
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	26
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	24
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	29
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	29
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	33

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

AUTEUR : Nom : Verschueren

Prénom : Sylvain

Date de Soutenance : 03 juin 2020

Titre de la Thèse : Etude de l'impact de l'ouverture de la maison médicale de garde de Seclin, sur le flux des urgences du GHSC, perspectives d'amélioration.

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : médecine générale et médecine d'urgence

DES + spécialité : DES Médecine Générale

Mots-clés : MMG, urgence, flux, CCMU 1, évaluation, impact

Contexte : Les ressources hospitalières disponibles en matière d'urgence ne sont plus suffisantes pour couvrir l'augmentation continue de l'activité des urgences. Le développement des MMG est encouragé depuis plusieurs années mais il ne bénéficie pas d'évaluation standardisée. L'ouverture d'une MMG au sein du GHSC modifie-t-elle le flux de patients venant pour consultations non programmées au sein de son SAU ?

Méthode : Etude quantitative, épidémiologique, descriptive, observationnelle, monocentrique au moyen de données informatiques recueillies sur le logiciel du SAU de Seclin pour les périodes du 29 janvier au 25 mars 2018 et du 28 janvier au 24 mars 2019. En parallèle d'une enquête déclarative auprès des patients consultant à la MMG de Seclin sur la période de 2019.

Résultats : On constate une diminution significative du nombre de consultations non programmées entre 2018 et 2019 avec une baisse de 22,3% pour les patients du secteur de la MMG. Les populations de patients consultants aux urgences en 2018 et 2019 sont comparables avec une majorité de pédiatrie. Concernant la MMG on constate une majorité de pédiatrie (âge médian à 8 ans), issue de la ville de Seclin (26%), principalement le week-end (83,4%) et surtout le dimanche (50%). Le système de garde de la PDSA, tout comme l'existence de la MMG est mal connu. L'information est donnée dans 71,3% après appel d'un centre de régulation, contre 14% par le médecin traitant. Les patients déclarent que la connaissance de cette MMG serait plus importante si l'information était mise en avant au cabinet des médecins traitants, en créant un site internet dédié et en diffusant l'information sur les réseaux sociaux existants, mais également dans les pharmacies et auprès des urgences elles-mêmes. La MMG a permis d'éviter au moins 67 consultations aux urgences sur la période d'étude.

Conclusion : La présence d'une MMG au sein d'un hôpital permet une réduction significative du nombre de consultations non programmées aux urgences. On constate une méconnaissance par manque d'information de la population intéressant le territoire de Seclin quant au système de garde ambulatoire. Un mois après son ouverture, la MMG de Seclin était encore peu connue. Il semble que l'existence de la MMG de Seclin n'ait pas été suffisamment diffusée en dehors des lignes téléphoniques de garde.

Composition du Jury :

Président : Pr Eric WIEL

Assesseurs : Pr Christophe BERKHOUT, Dr Jean-Marie RENARD

Directeur de thèse : Dr Cyril DELANSAY