

UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2026

**THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Bilan à un an de la mise en place d'une permanence de soins de premier
recours de médecine générale dans l'Audomarois : Étude démographique
et bilan des motivations personnelles des patients.**

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2026 à l'université de Lille
au Pôle Formation

par Louis NIVEL

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseur :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Yann LEFEBVRE

AVERTISSEMENT

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

Table des matières

1. Introduction	6
1.1. Contexte général des soins non programmés (SNP) et des tensions en médecine générale	6
1.1.1. Une démographie médicale en tension	6
1.1.2. La saturation des urgences hospitalières.....	6
1.1.3. Une demande croissante de SNP	7
1.2. Une solution : la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et les maisons médicales de garde (MMG).....	7
1.2.1. La PDSA : un dispositif essentiel de continuité des soins	7
1.2.3. Modalités d'organisation de la PDSA.....	8
1.2.4. Les maisons médicales de garde : une réponse structurée aux SNP	8
1.3. Contexte local : la Maison Médicale de Garde du Pays de Lumbres	9
1.3.1. Géographie et démographie du Pays de Lumbres.....	9
1.3.2. La démographie médicale du Pays de Lumbres	10
1.3.3. La MMG du Pays de Lumbres	11
1.4. Rationnel et objectif de l'étude	11
2. Matériel et méthodes.....	12
2.1. Design général de l'étude	12
2.2. Volet 1 : Étude descriptive rétrospective	12
2.2.1. Population étudiée	12
2.2.2. Données recueillies.....	13
2.2.3. Analyse des données.....	13
2.3. Volet 2 : Enquête prospective par questionnaire.....	14
2.3.1. Population cible et période de recueil.....	14
2.3.2. Modalités de distribution et de recueil.....	14
2.3.3. Description du questionnaire	15
Le modèle complet du questionnaire est présenté en annexe 1 . Il se composait de cinq questions simples portant sur :	15
2.3.4. Consentement et aspects éthiques	15
2.3.5. Analyse des données	15
3. Résultats.....	16
3.1. Volet 1 : Analyse de l'activité de la MMG.....	16
3.1.1. Description de la population	16
3.1.2. Temporalité	17
3.1.3. Mode de recours	17
3.1.4. Motifs de consultation.....	18
3.1.5. Orientation	19
3.1.6. Prescriptions et examens complémentaires d'imagerie	19
3.1.7. Analyse comparative selon l'orientation de sortie	19
3.2. Volet 2 : Résultats du questionnaire	22
3.2.1. Déclaration du médecin traitant.....	22
3.2.2. Motivations des consultations à la MMG.....	22
3.2.3. Délai et gravité perçue	23
3.2.4. Consultation antérieure à la MMG	24
3.2.5. Analyse qualitative des commentaires libres	24
3.2.6. Analyse comparative selon la présence ou non d'un médecin traitant déclaré	24
4. Discussion	26
4.1. Activité de la MMG	26
4.2. Une structure de soins primaires face aux difficultés d'accès	27
4.3. La place importante des enfants dans l'activité de la MMG.....	30
4.4. Forces et limites de l'étude	31
4.5. Perspectives	32
5. Conclusion.....	33

Liste des abréviations

- ARS Agence régionale de santé
- CDOM Conseil départemental de l'ordre des médecins
- CRRAL Centre de Réception et de Régulation des Appels
- MMG Maison médicale de garde
- PDSA Permanence des soins ambulatoires
- SAMU Service d'aide médicale urgente
- SAU Service d'accueil des urgences
- SNP Soins non programmés

1. Introduction

1.1. Contexte général des soins non programmés (SNP) et des tensions en médecine générale

1.1.1. Une démographie médicale en tension

La médecine générale traverse actuellement une crise structurelle liée à plusieurs facteurs : la baisse du nombre de médecins en exercice, une répartition géographique inégale des professionnels, et des conditions d'exercice parfois dissuasives, notamment en zones rurales ou périurbaines. Même si une légère augmentation de l'effectif national est à souligner depuis 2025 (1), elle est à nuancer puisque l'atlas de la démographie médicale publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2025 met en évidence une diminution de la densité de médecins généralistes en activité entre 2010 et 2025. (2) Cette situation engendre une difficulté pour de nombreux patients à obtenir un rendez-vous rapidement, les conduisant à se tourner vers d'autres solutions, y compris pour des motifs relevant de la médecine de ville.

1.1.2. La saturation des urgences hospitalières

Dans ce contexte, les services d'accueil des urgences (SAU) hospitalières sont fréquemment sollicités pour des pathologies relevant des soins de premier recours. Cette demande contribue à la saturation des urgences, avec des conséquences délétères sur la qualité de la prise en charge, l'orientation des patients et les conditions de travail des équipes hospitalières. (3) Le rapport du Sénat « Hôpital : sortir des urgences » (2023) souligne une augmentation de 25 % des passages dans les SAU lors des 10 dernières années, et indique que près de 20 % des passages pourraient être évités si une offre alternative de SNP était disponible et accessible. (4,5)

1.1.3. Une demande croissante de SNP

Les SNP sont des soins qui ne relèvent pas de l'urgence vitale mais pour lesquels une prise en charge par un professionnel de santé est souhaitable en moins de 48 heures. Ils connaissent depuis plusieurs années une augmentation continue en France (6), et représentent, selon les données du ministère de la Santé, plus d'un quart des consultations de médecine générale (7). Cette tendance est alimentée par plusieurs facteurs : l'allongement de l'espérance de vie, la prévalence croissante des maladies chroniques, l'isolement des personnes âgées et une évolution des mentalités où l'attente, y compris pour un avis médical, est de moins en moins bien tolérée (8).

1.2. Une solution : la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et les maisons médicales de garde (MMG)

1.2.1. La PDSA : un dispositif essentiel de continuité des soins

En réponse aux enjeux liés à l'accessibilité aux soins en dehors des horaires habituels des cabinets libéraux, les pouvoirs publics ont structuré, dès le début des années 2000, un dispositif national de PDSA. Encadrée par le décret du 15 septembre 2003, l'objectif de la PDSA est d'assurer la continuité des soins aux patients ne pouvant pas attendre le lendemain, en dehors des horaires d'ouverture classiques des cabinets médicaux : soirs, nuits, week-ends et jours fériés. Elle constitue un maillon essentiel dans les soins ambulatoires, permettant de limiter l'accueil des patients dans les SAU. (9)

1.2.2. Une organisation territoriale encadrée par les ARS

La mise en œuvre de la PDSA relève des Agences Régionales de Santé (ARS), en lien avec le conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM), les médecins régulateurs et les

médecins libéraux. Elle s'inscrit dans une organisation territoriale des soins qui définit les horaires de permanence, les secteurs de garde, les modalités de régulation médicale, notamment par le Centre 15, ainsi que les lieux de consultation (10).

La participation des médecins à la PDSA repose aujourd'hui sur le volontariat. Cela entraîne des disparités locales d'organisation, voire des ruptures ponctuelles de continuité selon les endroits. Le rapport du CDOM sur l'état des lieux de la PDSA en 2024 indique un taux relativement stable de participation des médecins généralistes sur le territoire national de 39 % depuis 2018. Dans le Pas-de-Calais, ce taux était de 60 % en 2024 (11).

1.2.3. Modalités d'organisation de la PDSA

La PDSA s'appuie en premier lieu sur une régulation médicale téléphonique, généralement assurée par le service d'aide médicale urgente (SAMU) ou plus connue sous le nom Centre 15. Elle permet d'évaluer la demande de soins et d'orienter le patient. Selon l'évaluation faite par le médecin régulateur et le domicile du patient, celui-ci peut soit obtenir des conseils médicaux, soit être orienté vers un cabinet de ville assurant la garde ou une MMG. Si l'état de santé du patient ne permet pas un déplacement, le médecin de garde du secteur se déplace au domicile.

Certaines structures mobiles, telles que les associations comme SOS Médecins, participent également à la PDSA en assurant des consultations et des visites à domicile. Ils permettent de compléter l'offre de SNP sur certains secteurs du territoire national.

1.2.4. Les maisons médicales de garde : une réponse structurée aux SNP

Parmi les modalités de mise en œuvre de la PDSA, les MMG occupent une place centrale. Il s'agit de structures physiques dédiées, souvent installées à proximité des SAU. Des médecins généralistes y assurent des consultations, à tour de rôle, de SNP sur des plages horaires

déterminées. Ces lieux de consultation offrent une réponse claire, rapide et coordonnée, aux demandes de soins urgents, mais non graves. Elles participent à la fluidification du système de santé et à la réorientation des patients vers des circuits de soins plus adaptés (12,13).

1.3. Contexte local : la Maison Médicale de Garde du Pays de Lumbres

1.3.1. Géographie et démographie du Pays de Lumbres

Située dans le Pas de Calais, au sein du parc naturel régional des Caps et Marais d'Opale, l'intercommunalité du Pays de Lumbres est sous l'influence de l'Audomarois dont la ville principale est Saint-Omer.

La communauté de communes de Lumbres est située immédiatement à l'Est. Elle est composée de 36 communes.

Figure 1 : Carte de la communauté de communes du Pays de Lumbres.

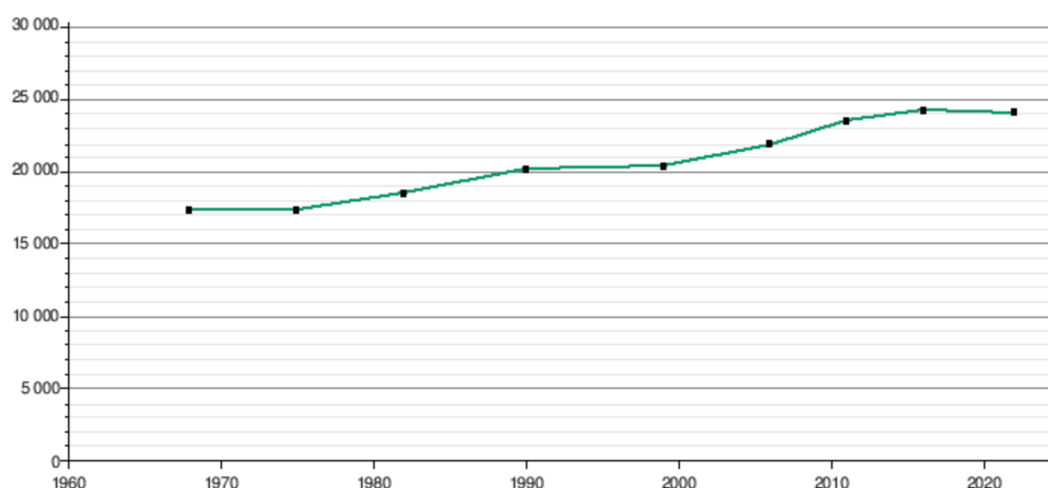


Depuis les années 1970, sa population ne cesse d'augmenter pour atteindre 24 135 habitants en 2022, ce qui représente une augmentation de 40 %.

Figure 2 : Évolution démographique

1968	1975	1982	1990	1999	2006	2011	2016	2022
17 334	17 368	18 535	20 126	20 376	21 950	23 473	24 257	24 135

Les données présentées sont établies à périmètre géographique identique, dans la géographie en vigueur au 1^{er} janvier 2025.
(Sources : [Insee](#)²)



1.3.2. La démographie médicale du Pays de Lumbres

Ce territoire, essentiellement rural, fait face à une pénurie de médecins généralistes disponibles pour assurer la PDSA, dans un contexte où l'effectif des médecins libéraux a baissé de 25 % entre 2018 et 2025, passant de 12 à 9 (14). En raison de leur nombre devenu insuffisant, plus aucun médecin du secteur de Lumbres n'a la capacité d'assurer les gardes. La continuité des soins est compromise et expose la population à un risque accru de consultation aux SAU. Il existe encore une ligne de garde de médecins libéraux sur le territoire de Saint-Omer, mais dont la couverture du secteur de Lumbres reste difficile en raison des distances, notamment pour les visites à domicile.

1.3.3. La MMG du Pays de Lumbres

Pour répondre à cette situation, la MMG du Pays de Lumbres a été créée en juillet 2024 par plusieurs internes en médecine générale titulaires d'une licence de remplacement et des jeunes médecins remplaçants sur le secteur. Cette dynamique innovante, reposant sur l'engagement volontaire de professionnels en début de carrière, a permis de rétablir une offre de soins accessible en dehors des horaires habituels d'ouverture des cabinets médicaux. Intégrée au dispositif de PDSA, la MMG propose des consultations en soirée, de 20 heures à 23 heures, et les dimanches et jours fériés, de 10 heures à 22 heures.

Trois modes d'accès sont possibles. Le premier est une régulation médicale téléphonique en amont, soit par le centre 15, soit par le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRAL) (03 21 71 33 33), que les patients joignent directement, permettant une orientation adaptée. Le deuxième est une entrée dans les locaux des urgences avec une réorientation à la MMG par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) du SAU et la troisième est une entrée directe dans la MMG, volontaire du patient.

Elle se situe dans les locaux des urgences du centre hospitalier de Saint-Omer, qui draine à la fois les patients de l'Audomarois et les patients du Pays de Lumbres.

Un an après son ouverture, l'évaluation de cette nouvelle structure médicale s'avère indispensable pour documenter son activité réelle, mais aussi pour analyser les motivations pour lesquelles les patients choisissent de s'y rendre.

1.4. Rationnel et objectif de l'étude

Si les MMG constituent un maillon essentiel de la PDSA, peu d'études se sont intéressées à leur fonctionnement réel, en particulier dans les territoires ruraux en tension médicale. La littérature disponible s'intéresse davantage aux aspects réglementaires ou organisationnels, mais analyse rarement les motivations à venir consulter. Pourtant, une meilleure compréhension

de ces éléments apparaît indispensable pour ajuster l'offre de soins à la demande de la population.

L'objectif de cette étude est de répondre à la question suivante : quelles sont les motivations des patients à consulter à la permanence de soins de premier recours de l'Audomarois ?

Nous nous sommes également intéressés aux caractéristiques démographiques des patients et aux données de consultation.

2. Matériel et méthodes

2.1. Design général de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative, descriptive et monocentrique, menée au sein de la MMG du Pays de Lumbres située dans le centre hospitalier de la région de Saint-Omer (Pas-de-Calais). Elle comporte deux volets :

- Un premier volet rétrospectif, recueillant des données reflétant l'activité générale de la MMG.
- Un second volet prospectif, reposant sur un questionnaire autoadministré, interrogeant sur les motivations des patients à consulter.

2.2. Volet 1 : Étude descriptive rétrospective

2.2.1. Population étudiée

Nous avons inclus l'ensemble des patients ayant consulté à la MMG du Pays de Lumbres entre le 1er novembre 2024 et le 31 octobre 2025, quel que soit le motif de consultation. Afin de refléter fidèlement l'activité globale de la structure, aucun critère d'exclusion n'a été appliqué à ce volet.

2.2.2. Données recueillies

Les données ont été extraites à partir des dossiers médicaux informatisés (Doctolib®) tenus par les médecins lors des permanences de soins. Les variables suivantes ont été recueillies :

- Donnée démographique :
 - L'âge
- Données de consultation :
 - La date de la consultation,
 - Le jour de la semaine,
 - Le motif principal de consultation, tel que rapporté par le médecin dans son observation, puis codé dans le cadre de cette étude selon la classification internationale des soins primaires (CISP-2),
 - Le mode d'entrée (Orientation IAO, Orientation CRRAL, entrée directe),
 - L'orientation de sortie (Domicile ou SAU).
 - La prescription d'arrêt de travail, d'accident de travail et de bons de transport.

Les données nominatives n'ont pas été conservées. La base de données anonymisée a été constituée à l'aide d'un tableur Excel®.

2.2.3. Analyse des données

Pour les analyses descriptives univariées, les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyenne $\pm$ écart type ou de médiane avec intervalles interquartiles selon la distribution ; les variables qualitatives (genre, jours de consultation, motifs...) ont été exprimées en effectifs et pourcentages ; pour les variables catégoriques, nous avons effectué le test du χ^2 et à défaut le test non paramétrique de Fisher ; et pour les variables continues, le test paramétrique de Student et à défaut le test non paramétrique de Wilcoxon.

Une analyse bivariée a été réalisée afin d'étudier les associations entre les variables d'intérêt issues du questionnaire. Les comparaisons de variables qualitatives ont été effectuées à l'aide du test du Chi² ou du test exact de Fisher selon les effectifs attendus.

Le seuil de significativité retenu est $p < 0.05$. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel de statistique R version 4.5.2.

2.3. Volet 2 : Enquête prospective par questionnaire

2.3.1. Population cible et période de recueil

Nous avons proposé un questionnaire à l'ensemble des patients majeurs, ou aux parents accompagnant les patients mineurs, consultant à la MMG du Pays du Lumbres. Le recueil s'est déroulé sur une période initiale de deux semaines, prolongée de deux semaines supplémentaires afin d'améliorer la représentativité des données, soit du 15 décembre 2025 au 11 janvier 2026.

2.3.2. Modalités de distribution et de recueil

Le questionnaire était accessible en ligne via un QR code, affiché en salle d'attente, sur le bureau du médecin ainsi que sur celui de l'assistante médicale. Cette dernière proposait systématiquement aux patients de le remplir en salle d'attente, en amont de leur consultation, à l'aide de leur téléphone personnel.

Le questionnaire était rempli de manière autonome, sans accompagnement, directement via la plateforme LimeSurvey®. Le recueil était entièrement anonyme, sans lien possible avec l'identité du patient, ni avec le contenu de sa consultation.

2.3.3. Description du questionnaire

Le modèle complet du questionnaire est présenté en **annexe 1**. Il se composait de cinq questions simples portant sur :

- La déclaration d'un médecin traitant ou non,
- Les raisons de la consultation à la MMG (plusieurs réponses possibles),
- Le délai depuis le début des symptômes,
- La gravité perçue,
- La notion d'une éventuelle consultation antérieure à la MMG.

Un espace libre pour un commentaire personnel était également disponible.

2.3.4. Consentement et aspects éthiques

La fiche d'information remise aux patients est présentée en **annexe 2**. Elle précisait :

- Le caractère volontaire de la participation,
- L'objectif de l'enquête,
- La garantie d'anonymat,
- L'absence de conséquence sur la prise en charge.

Le recueil de données a été conduit dans le respect des principes de l'éthique en recherche en soins primaires. Aucun traitement de données personnelles de santé nominatives n'a été effectué.

2.3.5. Analyse des données

Une analyse descriptive a été réalisée. Les réponses fermées ont été traitées sous la forme d'effectifs et de pourcentages. Les réponses libres ont été étudiées et classées manuellement par thématique lorsqu'elles étaient exploitables.

Pour les variables catégoriques, nous avons effectué le test du χ^2 et à défaut le test non paramétrique de Fisher. Le seuil de significativité retenu est $p < 0.05$. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel de statistique R version 4.5.2.

3. Résultats

3.1. Volet 1 : Analyse de l'activité de la MMG

3.1.1. Description de la population

Au total, 4 586 patients ont consulté à la MMG sur la période étudiée et ont été inclus dans l'analyse.

La répartition par tranches d'âge est détaillée dans le **tableau 1**. L'âge moyen des patients était de 26,4 ans, avec un écart-type de 21,5 ans. La classe d'âge la plus représentée était celle des 16–44 ans, regroupant 1 911 patients, soit 41,8 % de l'effectif total. Les enfants représentaient également une part importante de la population étudiée : 247 patients avaient moins d'un an (5,4 %), 752 patients étaient âgés de 1 à 5 ans (16,4 %) et 671 patients avaient entre 6 et 15 ans (14,7 %). Les patients âgés de 45 à 64 ans représentaient 15,2 % des consultations. Les patients de 65 ans et plus représentaient 6,5 % de l'effectif total.

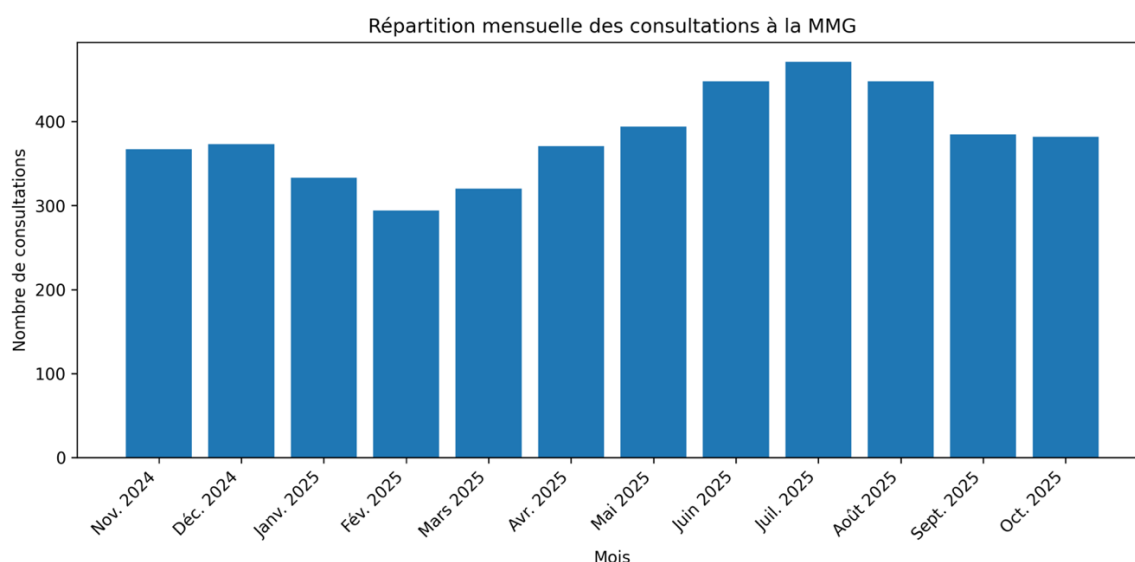
Tableau 1 - Age de la population étudiée (n = 4 586)

Variables	n (%)
Âge (années)	
Moyenne $\pm$ écart-type	26,4 $\pm$ 21,5
Classes d'âge	
<1 an	247 (5,4)
1–5 ans	752 (16,4)
6–15 ans	671 (14,7)
16–44 ans	1911 (41,8)
45–64 ans	697 (15,2)
≥ 65 ans	296 (6,5)

3.1.2. Temporalité

La répartition mensuelle du nombre de consultation à la MMG était globalement homogène sur la période étudiée. Il variait entre 294 consultations/mois en février 2025 (6,4 %) et 471 en juillet 2025 (10,3 %). Une augmentation progressive de l'activité était observée à partir du printemps. Un pic estival est observé de juin à août 2025. Les autres mois présentaient des niveaux d'activité compris entre 7 % et 9 % du total des consultations.

Figure 3 - Répartition mensuelle des consultations à la maison médicale de garde



3.1.3. Mode de recours

La majorité des patients (74,8%) consultaient à la MMG après une réorientation par l'IAO. Les entrées directes constituaient le deuxième mode de recours, avec 18,7 % des consultations. Les patients étaient adressés par le CRRAL dans 6,5 % des cas.

Tableau 2 – Modes de recours à la MMG (n = 4586)

Modes de recours	n (%)
Orientation IOA	3431 (74,8)
Entrée directe	856 (18,7)
CRRAL	299 (6,5)

3.1.4. Motifs de consultation

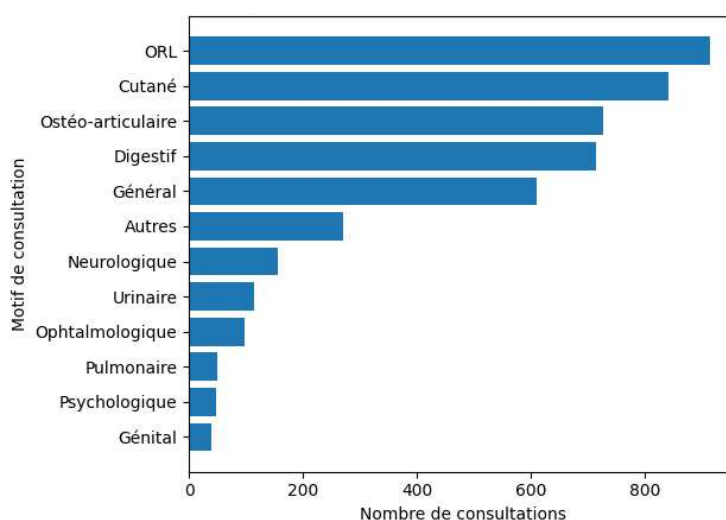
Les motifs de consultation sont précisés en **Annexe 3**. Ils étaient dominés par les pathologies ORL, représentant 19,9 % des consultations, suivis des motifs cutanés (18,4 %), ostéo-articulaires (15,9 %) et digestifs (15,6 %).

Les motifs généraux représentaient 13,3 % des consultations dont 11,77 % étaient de la fièvre. Les autres motifs étaient moins fréquents ; on retrouve notamment les atteintes urinaires (2,5 %), neurologiques (3,4 %), ophtalmologiques (2,1 %), pulmonaires (1,1 %) et psychologiques (1,0 %). Les motifs concernant le système génital étaient rares (0,9 %). Les renouvellements d'ordonnance et les prolongations d'arrêt maladie représente 4,69 % des consultations.

Tableau 3 - Répartition des motifs de consultation (n = 4 586)

Motif de consultation	n (%)
ORL	915 (19,9)
Cutané	842 (18,4)
Ostéo-articulaire	728 (15,9)
Digestif	715 (15,6)
Général	610 (13,3)
Autres	270 (5,9)
Neurologique	157 (3,4)
Urinaire	114 (2,5)
Ophtalmologique	97 (2,1)
Pulmonaire	50 (1,1)
Psychologique	47 (1,0)
Génital	40 (0,9)

Figure 4 – Répartition des motifs de consultation



3.1.5.Orientation

À l'issue de la consultation, la grande majorité des patients étaient orientés vers le domicile. Cela représente 95,9 % des cas (n = 4 396). Une minorité de patients était adressée vers le SAU, soit 4,1 % des consultations (n = 189).

3.1.6.Prescriptions et examens complémentaires d'imagerie

Certaines consultations ont donné lieu à la réalisation de prescriptions spécifiques : un arrêt de travail a été prescrit dans 309 cas (6,7 %), les déclarations d'accident de travail concernaient 29 patients (0,6 %), tandis que les prescriptions de transport sanitaire étaient exceptionnelles, avec 2 cas sur l'étude (0,04 %).

Tableau 4 – Prescriptions médicales de transport, d'arrêt de travail et d'accident de travail
(n=4586).

Prescription	n (%)
Arrêt de travail	309 (6,7)
Accident de travail	29 (0,6)
Transport sanitaire	2 (0,04)

Le recours aux examens complémentaires d'imagerie et l'adressage en consultation spécialisée restaient globalement faibles, dans moins de 4% des cas.

3.1.7.Analyse comparative selon l'orientation de sortie

Les analyses comparatives sont détaillées dans le **tableau 5**. Elles visent à identifier les facteurs associés à un transfert vers le SAU plutôt qu'un retour à domicile, en croisant ce critère de sortie avec l'âge, le motif de consultation et le mode de recours.

3.1.7.1. Age

L'âge moyen des patients orientés vers le SAU était plus élevé que celui des patients retournant à domicile ($29,7 \pm 23,9$ ans vs $26,3 \pm 21,4$ ans), sans que cette différence ne soit statistiquement significative ($p = 0,10$). En revanche, la répartition par classes d'âge différait significativement entre les deux groupes ($p = 0,049$), avec une proportion plus importante de patients âgés de 65 ans et plus parmi les patients orientés vers le SAU (12,8 % vs 6,2 %).

3.1.7.2. Motif de consultation

La distribution des motifs de consultation différait entre les deux groupes. Les patients orientés vers le SAU présentaient plus fréquemment des motifs digestifs (27,0 % vs 15,1 %), ainsi que des motifs urinaires (5,8 % vs 2,3 %) et pulmonaires (3,7 % vs 1,0 %). À l'inverse, les motifs ORL (12,7 % vs 20,3 %) et cutanés (13,2 % vs 18,6 %) étaient moins représentés parmi les patients orientés vers le SAU.

3.1.7.3. Mode de recours

Les modalités de recours à la MMG ne retrouvaient pas de différence significative selon l'orientation des patients ($p > 0,05$ pour l'ensemble des variables étudiées).

Tableau 5 - Comparaison des caractéristiques selon l'orientation

Variables	Domicile (n=4396)	SAU (n=189)	p-value	Test
Âge moyen (± ET)	26,3 ± 21,4	29,7 ± 23,9	0,10	Wilcoxon
Classes d'âge			0,049	Fisher
<1 an	237 (5,4 %)	10 (5,3 %)		
1–5 ans	723 (16,5 %)	28 (14,9 %)		
6–15 ans	646 (14,7 %)	25 (13,3 %)		
16–44 ans	1836 (41,9 %)	75 (39,9 %)		
45–64 ans	671 (15,3 %)	26 (13,8 %)		
≥65 ans	272 (6,2 %)	24 (12,8 %)		
Motifs de consultation				*
Général	585 (13,3 %)	24 (12,7 %)		
Cutané	817 (18,6 %)	25 (13,2 %)		
Digestif	664 (15,1 %)	51 (27,0 %)		
ORL	891 (20,3 %)	24 (12,7 %)		
Ostéo-articulaire	698 (15,9 %)	30 (15,9 %)		
Urinaire	103 (2,3 %)	11 (5,8 %)		
Pulmonaire	43 (1,0 %)	7 (3,7 %)		
Modalités de recours			NS	Fisher
Réorientation IOA	3290 (74,8 %)	140 (74,1 %)		
Venue directe	825 (18,8 %)	31 (16,4 %)		
CRRAL	281 (6,4 %)	18 (9,5 %)		

NS : non significatif

* Test non réalisé en raison du trop grand nombre de modalités

3.2. Volet 2 : Résultats du questionnaire

Au total, 221 patients sur 421 ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 52,5%.

3.2.1. Déclaration du médecin traitant

La majorité des répondants déclarait avoir un médecin traitant, soit 86,4 % des patients (n = 191). À l'inverse, 12,7 % des patients (n = 28) ne disposaient pas de médecin traitant, tandis que 0,9 % (n = 2) ne savaient pas répondre à cette question.

Tableau 6 – Déclaration d'un médecin traitant chez les répondants (n=221)

Médecin traitant	n (%)
Oui	191 (86,4)
Non	28 (12,7)
Ne sait pas	2 (0,9)

3.2.2. Motivations des consultations à la MMG

Concernant les motivations des consultations, plusieurs réponses pouvaient être rapportées par les patients. Les plus fréquentes étaient les difficultés d'accès au médecin traitant : 43,4% d'entre eux (n = 96) déclaraient qu'il n'était pas disponible dans les 48 prochaines heures, tandis que 25,3% (n = 56) déclaraient qu'il était absent (conгés, arrêt maladie). Une proportion plus faible de patients indiquait ne pas avoir de médecin traitant (8,6 % ; n = 19) et/ou ne pas avoir pu obtenir de rendez-vous ailleurs (10,9 % ; n = 24). Enfin, 12,7 % des patients (n = 28) déclaraient avoir été orientés vers la MMG par le centre 15 ou un autre service médical et 14,0 % des patients (n = 31) indiquaient vouloir consulter à la MMG en raison de sa proximité.

Tableau 7 – Motivations des consultations à la MMG déclarées par les patients (n = 221)

Raison de recours	n (%)
MT indisponible (< 48h)	96 (43,4)
MT absent (congé, arrêt maladie)	56 (25,3)
Pas de MT	19 (8,6)
Pas de rendez-vous disponible ailleurs	24 (10,9)
Orientation par le centre 15	28 (12,7)
Proximité de la MMG	31 (14,0)

MT = médecin traitant. MMG = maison médicale de garde.

3.2.3. Délai et gravité perçue

Concernant le délai de recours, près de la moitié des patients (46,6 % ; n = 103) ressentait le besoin de consulter depuis moins de 24 heures, 25,8 % (n = 57) depuis plus de 24 heures, 19,9 % (n = 44) depuis plus de 48 heures, et 7,7 % (n = 17) depuis plus d'une semaine.

En termes de perception de la gravité, la majorité des patients considéraient leur problème comme important, mais non urgent (67,4 % ; n = 149), un quart des patients (25,3 % ; n = 56) estimaient leur situation urgente, tandis que 7,2 % (n = 16) la jugeaient peu importante.

Tableau 8 - Délai ressenti du besoin de consultation et gravité perçue (n = 221)

Variable	n (%)
Délai ressenti	
Aujourd'hui	103 (46,6)
> 24 h	57 (25,8)
> 48 h	44 (19,9)
> 1 semaine	17 (7,7)
Gravité perçue	
Important non urgent	149 (67,4)
Urgent	56 (25,3)
Peu important	16 (7,2)

3.2.4.Consultation antérieure à la MMG

Concernant l'existence d'une consultation antérieure ou non à la MMG, plus de la moitié des patients (57,5 % ; n = 127) déclaraient ne jamais avoir consulté auparavant dans cette structure. À l'inverse, 38,9 % des patients (n = 86) rapportaient un recours antérieur, tandis que 3,6 % (n = 8) ne se souvenaient pas.

3.2.5.Analyse qualitative des commentaires libres

Les commentaires libres sont listés en **annexe 4** et mettent en évidence plusieurs thématiques. La majorité des commentaires soulignait l'utilité de la MMG, notamment en cas d'indisponibilité du médecin traitant ou en dehors des horaires d'ouverture des cabinets de ville. Plusieurs patients évoquaient également les difficultés d'accès aux soins, en lien avec l'absence de rendez-vous ou la saturation de l'offre de soins de premier recours. Certains commentaires portaient sur l'organisation du parcours de soins, avec une méconnaissance du fonctionnement de la MMG ou des modalités d'accès. Enfin, quelques patients exprimaient des critiques concernant les délais d'attente.

3.2.6.Analyse comparative selon la présence ou non d'un médecin traitant déclaré

Les résultats de cette analyse sont présentés dans le **tableau 9**. Une analyse bivariée a été réalisée selon la présence ou non d'un médecin traitant déclaré, sans mettre en évidence de différence statistiquement significative concernant l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous, l'orientation par le centre 15, la proximité de la MMG, le délai ressenti avant consultation, la perception de la gravité du problème ou le recours antérieur à la structure.

Tableau 9 – Comparaison des réponses selon la présence ou non d'un médecin traitant déclaré

Variable	MT déclaré n = 191	Pas de MT déclaré n = 30	p
Q2 – Raison(s) de la consultation			
Pas de rendez-vous disponible	21 (11)	3 (10)	1,00
Orientation par le centre 15	24 (12,6)	4 (13,3)	1,00
MMG proche	27 (14,1)	4 (13,3)	1,00
Q3 – Besoin de consulter depuis ?			
Le jour-même	89 (46,6)	14 (46,7)	0,925
Plus de 24 h	50 (26,2)	7 (23,3)	
Plus de 48 h	38 (19,9)	6 (20,0)	
Plus d'une semaine	14 (7,3)	3 (10,0)	
Q4 - Recours antérieur à la MMG			
Oui	75 (39,3)	11 (36,7)	0,148
Q5 – Gravité perçue			
Urgent	51 (16,7)	5 (26,7)	0,22
Important mais non urgent	128 (67)	21 (70)	
Peu important	12 (6,3)	4 (13,3)	

MT = Médecin traitant

4. Discussion

4.1. Activité de la MMG

Cette étude permet d'analyser l'activité de la MMG du Pays de Lumbres sur une période d'un an à travers l'exploitation de 4 586 consultations, et les motivations personnelles des patients à venir consulter grâce à 221 questionnaires.

La population prise en charge est globalement jeune avec une moyenne d'âge de 26,4 ans et une proportion de population pédiatrique (âge inférieur à 16 ans) de 36,5%. Dans la littérature, certaines MMG accueillent généralement des populations plus jeunes encore, avec des moyennes d'âge rapportées autour de 18 ans, comme en atteste les études menées sur les MMG de Maubeuge et de Seclin (12)(13).

Dans 74,8 % des cas, les patients sont orientés par l'IAO, ce qui est nettement supérieur aux données de la littérature : 11% à Calais (15), 26% à Maubeuge (12), 6% au Mans (16). Cet écart suggère que la MMG du Pays de Lumbres est davantage intégrée dans le fonctionnement des urgences, l'IAO jouant un rôle central dans le tri et la réorientation vers la structure de médecine générale. L'absence d'avance de frais, contrairement à la majorité des MMG, pourrait faciliter l'acceptation de la réorientation par les patients et expliquer cette différence.

Les motifs de consultation relèvent principalement des soins primaires courants, dominés par les pathologies ORL, cutanées, digestives et ostéo-articulaires. Bien que les classifications varient selon les études, une analyse motif par motif retrouve des résultats globalement comparables à ceux de la littérature, notamment dans une thèse portant sur les deux MMG du Mans (16). La prédominance des pathologies ORL, cohérente avec la population jeune et pédiatrique majoritaire, reflète un recours aux urgences pour des symptômes peu graves mais mal tolérés par les patients. Cette faible gravité des motifs de recours est confirmée par les autres résultats : 95,9% des patients retournent à domicile (résultat sensiblement identique à la

MMG de Calais, avec 95% de retour à domicile (15)), avec peu d'examens complémentaires et peu d'avis spécialisés, illustrant le rôle de filtre de la MMG dans le désengorgement des urgences.

Par ailleurs, une augmentation modérée de l'activité est observée durant la période estivale. Cette variation saisonnière pourrait être liée à une moindre disponibilité des médecins traitant pendant les congés d'été, en cohérence avec les difficultés d'accès aux soins rapportées par les patients. Un afflux de vacanciers pourrait également y contribuer, bien que l'Audomarois reste un territoire peu touristique comparativement à d'autres secteurs comme la Côte d'Opale.

4.2. Une structure de soins primaires face aux difficultés d'accès

Les résultats du questionnaire mettent en évidence des difficultés d'accès aux soins de premier recours comme principale raison de consultation, en particulier l'indisponibilité du médecin traitant ou son absence. Dans 12,7 % des cas, les patients n'ont pas de médecin traitant, résultat proche des 16% relevés à l'échelle de la communauté de commune de l'Audomarois chez les plus de 17 ans (17), bien que l'effectif de notre population (n = 221) invite à interpréter cette comparaison avec prudence.

Les patients considèrent leur problème comme important, mais non urgent dans 67,4% des cas, soulignant de nouveau le rôle de la MMG dans la prise en charge des SNP ne relevant pas d'une urgence hospitalière immédiate.

Près de la moitié des patients (46,6 %) ressentent le besoin de consulter depuis le jour même, contre seulement 7,7 % depuis 1 semaine. En utilisant une méthodologie similaire de questionnaire, une étude sur les MMG du Mans retrouve respectivement 20% et 12%, suggérant un recours plus précoce à la MMG du Pays de Lumbres. Plusieurs explications peuvent être avancées. D'une part, le contexte territorial : dans un secteur rural sous-doté comme le Pays de Lumbres, la MMG représente souvent la seule alternative disponible en soirée ou le week-end, incitant les patients à consulter dès l'apparition des symptômes plutôt que d'attendre une

disponibilité hypothétique de leur médecin traitant. D'autre part, la période de recueil diffère entre les deux études : l'étude du Mans ayant été conduite en période estivale, elle capture probablement davantage de pathologies d'évolution progressive ou de motifs moins aigus par opposition aux pathologies hivernales infectieuses qui dominent notre recueil et conduisent généralement à une consultation plus rapide.

Le faible taux d'orientation aux urgences vers le SAU, combiné à la proportion importante de patients ressentant un besoin quasi immédiat, illustre le décalage entre l'urgence réelle et l'urgence ressentie. Ce phénomène pourrait en partie s'expliquer par une éducation insuffisante des patients quant au bon usage des structures de soins, qu'elle relève de l'éducation reçue dans l'enfance ou des conseils prodigués au fil des années par les professionnels de santé. Une revue de la littérature mentionne dans plusieurs études la nécessité d'éduquer les patients. (18) De plus, l'essor des outils numériques et l'accès facilité à l'information médicale en ligne — moteurs de recherche et, plus récemment, intelligence artificielle — participent probablement à ce phénomène. Ces ressources ont tendance à présenter un éventail de diagnostics allant du plus bénin au plus grave, et recommandent systématiquement une consultation médicale pour confirmation. Cela pourrait conduire certains patients à consulter en urgence dans une démarche de réassurance plutôt que face à une situation objectivement grave. Une thèse de 2019 étudiant l'impact de la consultation des « outils internet » sur la fréquentation des urgences adultes montre que les patients qui confient aller sur internet quotidiennement ou sur des sites d'information médicale présentent plus de passages considérés comme « non justifiés/non pertinents » par rapport à ceux qui ne consultent pas internet. (19)

Ensuite, près de la moitié des patients interrogés déclarent consulter en raison de l'indisponibilité de leur médecin traitant. À l'inverse, l'absence de médecin traitant, comme raison de consultation à la MMG concerne une proportion plus faible de patients (8,6 %). Cette indisponibilité pourrait s'expliquer par différents facteurs. Tout d'abord, la saturation des agendas des médecins généralistes, dont les créneaux réservés aux SNP sont rapidement

occupés face à une demande croissante. Certains praticiens ne disposent d'ailleurs d'aucun créneau dédié aux urgences, leurs consultations étant entièrement absorbées par les suivis chroniques et les renouvellements d'ordonnances. Une thèse de Gironde retrouve que 66 % de médecins généralistes ont des créneaux quotidiens dédiés aux SNP. (20) D'autre part, cela pourrait s'expliquer aussi par le rôle de filtrage assuré par les secrétariats, télésecrétariats ou plateformes de prise de rendez-vous en ligne, dont les pratiques sont hétérogènes : là où certains évaluent le degré d'urgence pour prioriser les créneaux disponibles, d'autres accordent les rendez-vous sans hiérarchisation, accélérant la saturation des agendas. Une thèse en Rhône-Alpes de 2017 retrouve une meilleure gestion des SNP lors de la présence d'un secrétariat physique dans les cabinets médicaux et la nécessité de les former. (21) Certains médecins en fin de carrière choisissent par ailleurs de réduire leur volume d'activité sans pour autant diminuer leur patientèle, ce qui amplifie mécaniquement la pression sur les agendas. Une thèse de 2018 souligne à ce sujet que la perspective d'une baisse de revenus au moment du passage à la retraite conduit certains praticiens à maintenir une activité partielle prolongée, contribuant ainsi à cette réduction progressive de l'offre de soins disponible. (22) De plus, les médecins qui travaillent en cabinet de groupe proposent généralement plus de solutions de créneaux d'urgence grâce à leur coordination ou la présence d'un ou plusieurs internes qui peuvent effectuer quelques consultations. Une thèse de médecine générale effectuée dans la Sarthe retrouve des délais de rendez-vous pour les SNP plus court avec un médecin remplaçant ou un interne de médecine générale. (23)

L'analyse bivariée réalisée selon la présence d'un médecin traitant déclaré retrouve peu de différences significatives concernant les motivations de consultations à la MMG. Les patients présentent des profils de recours globalement similaires, notamment par rapport la perception de la gravité, le délai ressenti du besoin d'avis médical ou une consultation antérieure dans la structure. Ces résultats suggèrent que la présence d'un médecin traitant déclaré ne garantit pas nécessairement un accès rapide aux SNP. La consultation à la MMG semble ainsi davantage répondre à des difficultés d'accessibilité et de disponibilité des soins.

Par ailleurs, le faible taux d'orientation par le centre 15 observé dans notre étude (6,5 %) montre qu'une proportion importante des patients consulte spontanément à la MMG, sans régulation médicale préalable. Lors d'un travail effectué sur la MMG de Calais, ce taux est d'environ 30 %. (15) Ce taux monte à 47 % à la MMG de Béthune, sachant qu'aucune entrée directe n'est possible. (24) Cette différence pourrait s'expliquer par l'ouverture récente de la structure. Les gens consultent aux urgences par réflexe et sont réorientés à la MMG. Le deuxième point serait l'absence de médecin de garde sur le secteur depuis de nombreuses années et par conséquent, la méconnaissance du numéro du CRRAL par les habitants. Certaines MMG obligent un appel préliminaire du CRRAL avant la consultation.

L'ensemble de ces éléments confirme le rôle de la MMG comme structure de soins primaires à part entière, capable de répondre à une part importante des demandes de SNP tout en limitant le recours aux urgences hospitalières.

4.3. La place importante des enfants dans l'activité de la MMG

La population étudiée comporte une proportion importante de patients pédiatriques, les enfants de moins de 15 ans représentant plus d'un tiers des consultations. Les nourrissons et les enfants âgés de 1 à 5 ans constituent 21,8 % de l'activité de la MMG. Ces résultats sont concordants avec d'autres études de la littérature avec généralement la catégorie des travailleurs qui est la plus représentée puis celle pédiatrique (< 15 ans).

Cette forte représentation pédiatrique apparaît cohérente avec la nature des motifs de consultation observés, notamment la fréquence élevée des pathologies ORL et des épisodes infectieux bénins. Les infections respiratoires hautes, les syndromes fébriles ou certaines pathologies cutanées constituent des motifs fréquents de recours aux SNP en pédiatrie.

Il pourrait être judicieux de renforcer l'éducation des parents sur les gestes de premier recours, la surveillance et les consignes de reconsultation lorsqu'un enfant est malade. (25)
Nombreuses sont les consultations avec lesquelles une inquiétude parentale est présente. (26)

4.4. Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces. Tout d'abord, elle repose sur un effectif important, avec l'analyse de plus de 4 500 consultations sur une période d'un an, permettant une description détaillée de l'activité de la MMG. La durée d'un an permet d'éviter l'impact des épidémies saisonnières. On retrouve généralement des durées plus faibles dans les autres études. Ensuite, elle s'appuie sur des données issues du logiciel médical concernant l'activité de la MMG. Cela garantit l'exhaustivité du recueil et s'affranchit de tout biais déclaratif lié aux patients. De plus, il s'agit d'une étude mixte avec l'association d'une analyse quantitative des consultations et d'un questionnaire patient permettant d'apporter une approche complémentaire, à la fois organisationnelle et centrée sur l'expérience des usagers. Enfin, cette étude constitue le premier bilan d'activité de la MMG du Pays de Lumbres depuis son ouverture, fournissant des données de référence sur un territoire jusqu'alors non documenté.

Néanmoins, plusieurs limites doivent être prises en compte. Tout d'abord, il s'agit d'une étude monocentrique, réalisée dans une seule MMG, limitant l'extrapolation des résultats à d'autres territoires ou organisations PDSA. Le questionnaire repose sur des données déclaratives, exposant à un risque de biais de mémorisation ainsi qu'à une possible mauvaise compréhension de certaines questions par les patients. Aucune vérification sur certaines variables comme la présence ou non d'un médecin traitant déclaré n'a été effectuée. Par ailleurs, seuls les patients ayant accepté de participer ont été inclus dans cette analyse, ce qui expose à un possible biais de sélection. Une autre limite de cette étude réside dans l'utilisation d'un questionnaire élaboré spécifiquement qui n'a pas fait l'objet d'une validation préalable. Cela peut limiter la reproductibilité avec d'autres travaux. La période de recueil du questionnaire a été

prolongée de deux semaines afin d'obtenir un plus grand nombre de réponses et d'avoir des résultats les plus fiables possibles. Ensuite, le caractère anonyme du questionnaire ne permettait pas d'identifier individuellement les répondants. Ainsi, les patients ayant consulté plusieurs fois la MMG au cours de la période d'étude ont pu compléter le questionnaire à plusieurs reprises, avec un risque de surreprésentation de certains profils ou motifs de recours. Toutefois, ce choix d'anonymisation favorise probablement une meilleure acceptabilité du questionnaire ainsi qu'une plus grande liberté de réponse des patients. Certaines données socio-démographiques, notamment le sexe, la catégorie socio-professionnelle ou le niveau de précarité, ne sont pas disponibles. Cela peut limiter l'analyse des déterminants sociaux du recours à la MMG. Bien qu'utile pour l'analyse statistique et la lisibilité des résultats, les motifs de consultation ont été regroupés en grandes catégories. Cela peut conduire à une simplification partielle de certaines situations cliniques. Pour finir, le codage des motifs de consultation selon la classification CISP-2 a été réalisé par un seul investigateur, ce qui expose à un biais de classification : certaines situations cliniques pouvant relever de plusieurs catégories ou être formulées de manière imprécise dans les dossiers médicaux. L'utilisation d'une classification standardisée limite néanmoins ce biais en garantissant une approche homogène et en facilitant la comparabilité avec les données de la littérature.

4.5. Perspectives

Les résultats de cette étude ouvrent plusieurs pistes concrètes pour améliorer l'organisation et la visibilité de la MMG du Pays de Lumbres. La méconnaissance de la MMG par une partie des patients ressort clairement des commentaires libres recueillis. Des actions de communication ciblées (affichage dans les cabinets médicaux du territoire, information systématique lors des appels au 15, relais via les pharmacies) pourraient améliorer l'orientation des patients et réduire les entrées aux urgences hospitalières pour des motifs relevant de la médecine générale.

La forte proportion de consultations pédiatriques, représentant plus d'un tiers de l'activité, suggère un besoin spécifique des familles qui mériterait d'être mieux anticipé. L'éducation des parents sur la gestion des pathologies bénignes de l'enfant et sur les critères justifiant une consultation permettrait d'améliorer cette problématique.

Par ailleurs, le taux de participation des médecins généralistes du Pas-de-Calais à la PDSA (60 %) dépasse largement la moyenne nationale (39 %). Cela constitue un terreau favorable au développement de ce type de structure. Maintenir et renforcer cette dynamique, notamment en impliquant les jeunes médecins et les internes en formation, représente un enjeu important pour la pérennité du dispositif dans un territoire confronté à une démographie médicale tendue.

Enfin, des études complémentaires portant sur l'impact réel de la MMG sur le recours aux urgences de Saint-Omer élargies ensuite à des études multicentriques permettraient de disposer de données objectives pour orienter les décisions politiques en matière d'organisation des SNP dans les zones rurales sous-dotées.

5. Conclusion

Cette étude décrit, pour la première fois depuis son ouverture, l'activité de la MMG du Pays de Lumbres ainsi que les motivations de consultations des patients dans cette structure de SNP.

Sur la période d'un an analysée, 4 586 consultations ont été réalisées, relevant majoritairement de pathologies de soins primaires courants (ORL, cutanées, digestives et ostéo-articulaires) avec un faible taux d'orientation secondaire vers le SAU et des prescriptions d'examens complémentaires faibles. Ces données confirment le positionnement de la MMG comme structure intermédiaire de premier recours, distincte de l'urgence hospitalière.

L'enquête par questionnaire menée auprès de 221 patients met en évidence que les consultations à la MMG sont avant tout motivées par l'indisponibilité du médecin traitant,

d'avantage que par son absence. Ce résultat illustre concrètement les tensions qui pèsent sur l'offre de soins ambulatoires dans les territoires ruraux en déficit médical : avoir un médecin traitant déclaré ne garantit pas, en pratique, un accès rapide aux soins. La majorité des patients (67,4 %) considère leur problème comme important sans le juger urgent. La MMG joue donc un rôle spécifique dans la prise en charge des SNP ne relevant pas de l'urgence hospitalière immédiate.

La forte proportion de consultations pédiatriques témoigne d'un besoin particulier des familles d'accéder à un avis médical en dehors des horaires habituels, notamment pour des pathologies infectieuses bénignes, mais anxiogènes.

Cette MMG présente la particularité d'être née d'une initiative portée par de jeunes médecins et des internes en médecine générale, dans un secteur où la permanence des soins n'était plus assurée. Cette dynamique locale illustre une forme de réponse possible aux déserts médicaux ruraux, fondée sur l'engagement volontaire des professionnels en début de carrière.

Des travaux complémentaires, comparant l'activité des urgences de Saint-Omer, multicentriques et intégrant des données socio-démographiques plus complètes, permettraient de mieux évaluer l'impact de ce type de structure sur l'activité des urgences hospitalières et d'affiner les modalités d'organisation de la PDSA en zone rurale.

Annexe 1. Questionnaire

MAISON MÉDICALE DE GARDE

Questionnaire anonyme pour les patients

Objectif : Mieux comprendre les raisons de votre consultation.

Temps estimé : ~2 minutes.

Confidentialité : Aucune donnée personnelle nominative ne sera collectée.

1. Avez-vous un médecin traitant déclaré ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

2. Pourquoi êtes-vous venu(e) consulter aujourd'hui ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Mon médecin traitant n'était pas disponible dans les 48 prochaines heures
- ☐ Mon médecin traitant est absent (congé, arrêt, ...)
- ☐ Je n'ai pas de médecin traitant
- ☐ Je n'ai pas réussi à obtenir un rendez-vous ailleurs
- ☐ J'ai été orienté(e) par le 15 ou un autre service médical
- ☐ La maison médicale de garde est plus proche ou plus accessible pour moi
- ☐ Autre (précisez) : _____

3. Depuis combien de temps ressentez-vous le besoin de consulter ?

- ☐ Aujourd'hui
- ☐ Plus de 24h
- ☐ Plus de 48h
- ☐ Plus d'une semaine

4. Êtes-vous déjà venu(e) à la MMG auparavant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait plus

5. Pensez-vous que votre problème de santé est :

- ☐ Urgent
- ☐ Important mais non urgent
- ☐ Peu important

6. Avez-vous un commentaire ou une raison supplémentaire que vous aimeriez partager ?
(*Facultatif*)

Merci pour votre participation !

Annexe 2. Fiche d'informations destinée aux patients

Cher(e) patient(e),

Dans le cadre de ma **thèse de médecine générale** à l'Université de Lille, je réalise une étude intitulée :

« Bilan à un an de la mise en place d'une permanence de soins de premier recours de médecine générale dans l'Audomarois : Étude démographique et bilan des motivations personnelles des patients »

Cette étude a pour objectif d'améliorer la compréhension du fonctionnement de la maison médicale de garde et de contribuer à l'organisation des soins sur notre territoire.

Pour participer, il vous suffit de scanner le QR code ci-dessous afin d'accéder à un court questionnaire anonyme, qui ne vous prendra que 1 à 2 minutes.

Vos réponses resteront **strictement confidentielles** et seront utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche universitaire. Votre participation est **entièrement volontaire** et précieuse pour la qualité de ce travail.

Je vous remercie chaleureusement pour le temps que vous y consacrerez.

Bien cordialement,

Louis NIVEL
Médecin généraliste remplaçant
Université de Lille
Sous la direction du Dr **Yann Lefebvre**

Annexe 3. Classification et résultats de l'ensemble des motifs

Catégorie de motifs	Motifs	Code CISP-2	Effectif n (%)
Général	Douleurs générales	A01	18 (0.39%)
	Fièvre	A03	540 (11.77%)
	Asthénie	A04	20 (0.44%)
	Saignement	A10	6 (0.13%)
	Pleurs du nourrisson	A16	3 (0.07%)
	Allergie	A85	1 (0.02%)
	Douleur thoracique	A11	8 (0.17%)
	Œdèmes chevilles	K07	2 (0.04%)
	Perte d'appétit	T03	4 (0.09%)
	Palpitations	K04	6 (0.13%)
Système digestif	Vomissements	D10	141 (3.07%)
	Nausées	D09	8 (0.17%)
	Douleurs abdominales diffuses	D01	296 (6.45%)
	Douleur anale	D04	16 (0.35%)
	Douleurs abdominales localisées	D06	61 (1.33%)
	Épigastralgie	D02	21 (0.46%)
	Pyrosis	D03	1 (0.02%)
	Ballonnement/gaz/renvoi	D08	3 (0.07%)
	Diarrhées	D11	87 (1.9%)
	Constipation	D12	42 (0.92%)
	Hématémèse	D14	1 (0.02%)
	Rectorragies	D16	4 (0.09%)
	Problèmes de déglutition	D21	26 (0.57%)
Système ostéo-articulaire	Symptômes et plaintes du cou	L01	45 (0.98%)
	Symptômes et plaintes du dos	L02	97 (2.12%)
	Symptômes et plaintes des lombes	L03	117 (2.55%)
	Symptômes et plaintes de la mâchoire	L07	5 (0.11%)
	Symptômes et plaintes du pied	L17	76 (1.66%)
	Douleur costale	L04	55 (1.2%)
	Symptômes et plaintes de l'épaule	L08	54 (1.18%)
	Symptômes et plaintes du bras	L09	33 (0.72%)
	Symptômes et plaintes du coude	L10	6 (0.13%)
	Symptômes et plaintes de la hanche	L13	24 (0.52%)
	Symptômes et plaintes de la cuisse/jambe	L14	47 (1.02%)
	Symptômes et plaintes du genou	L15	74 (1.61%)
	Symptômes et plaintes de la cheville	L16	23 (0.5%)
	Douleurs musculaires	L18	17 (0.37%)
	Symptômes et plaintes du poignet	L11	18 (0.39%)
	Symptômes et plaintes de la main/doigts	L12	34 (0.74%)
Système ORL	Douleurs d'oreilles	H01	276 (6.02%)
	Surdité	H02	12 (0.26%)
	Acouphènes	H03	4 (0.09%)
	Écoulement de l'oreille	H04	5 (0.11%)
	Saignement de l'oreille	H05	2 (0.04%)
	Symptômes et plaintes des dents/gencives	D19	132 (2.88%)
	Symptômes et plaintes bouche/lèvres	D20	21 (0.46%)

	Dyspnée sifflante	R03	1 (0.02%)
	Toux	R05	284 (6.19%)
	Épistaxis	R06	11 (0.24%)
	Plaintes des sinus	R09	8 (0.17%)
	Sensation vertigineuse	N17	25 (0.55%)
	Symptômes et plaintes de la gorge	R21	109 (2.38%)
	Plainte nasale	R07	15 (0.33%)
Système pulmonaire	Dyspnée	R02	48 (1.05%)
	Hémoptysie	R24	2 (0.04%)
Système cutané	Éruption cutanée localisée	S06	181 (3.95%)
	Éruption cutanée diffuse	S07	155 (3.38%)
	Prurit généralisé	S02	12 (0.26%)
	Verrue	S03	6 (0.13%)
	Modification couleur peau	S08	1 (0.02%)
	Doigts/orteil infecté	S09	8 (0.17%)
	Œdème localisé	S04	92 (2.01%)
	Infection peau	S11	8 (0.17%)
	Piqûre d'insecte/tique	S12	134 (2.92%)
	Morsure animale	S13	42 (0.92%)
	Brûlure	S14	22 (0.48%)
	Corps étranger peau/ongle	S15	4 (0.09%)
	Plaie	S18	105 (2.29%)
	Furoncle/abcès	S10	24 (0.52%)
	Perte de cheveux	S23	1 (0.02%)
	Douleur/gonflement ganglion	B02	6 (0.13%)
	Problèmes ongles	S22	36 (0.78%)
Système neurologique	Traumatisme crânien	N80	32 (0.7%)
	Mal de tête	N01	101 (2.2%)
	Douleurs de la face	N03	5 (0.11%)
	Paresthésies	N05	12 (0.26%)
	Confusion	P20	1 (0.02%)
	Tremblements	N08	3 (0.07%)
	Insomnie	P06	2 (0.04%)
Système ophtalmologique	Œil douloureux	F01	48 (1.05%)
	Œil rouge	F02	42 (0.92%)
	Écoulement de l'œil	F03	2 (0.04%)
	Autres (flou visuel etc...)	F05	4 (0.09%)
Système génital	Douleur pénis	Y01	17 (0.37%)
	Douleur génital femme	X01	11 (0.24%)
	Douleur sein	X18	3 (0.07%)
	Tuméfaction sein	X19	1 (0.02%)
	Douleur testicule	Y02	6 (0.13%)
	Ecoulement pénis	Y03	1 (0.02%)
	Autres problèmes testicules	Y05	1 (0.02%)
Système urinaire	Dysurie	U01	103 (2.25%)
	Pollakiurie	U02	2 (0.04%)
	Hématurie	U06	6 (0.13%)
Système psychologique	Agression	Z25	23 (0.5%)
	Tentative de suicide	P77	1 (0.02%)
	Anxiété	P01	20 (0.44%)
	Sensation de dépression	P03	2 (0.04%)
	Comportement agitation/colère	P04	1 (0.02%)
Autres	AVP	A80	32 (0.7%)
	Chute	A29	22 (0.48%)
	Administratif (AT, RO,...)	A97	215 (4.69%)

Annexe 4. Commentaires libres du questionnaire

- « 2h30 d'attente avec un enfant de 1 an alors que j'ai été dirigé à la MMG par le 15 »
- « Bien reçu à la maison médicale »
- « Bon accueil. Prise en charge agréable. Merci »
- "Bonne organisation"
- « Cette maison médicale de garde est pratique lorsque notre médecin traitant n'est pas disponible rapidement lors des urgences ou tombant lors des week-ends. Cependant, je trouve, que certaines personnes en abusent... ne prennent pas « l'urgence » et viennent pour des choses qui peuvent attendre le retour du médecin traitant ou le week-end. »
- « Consultation pour forte fièvre chez un bébé »
- « Dors beaucoup, fièvre, mange peu, fort encombré, s'étouffe par moment »
- "Grande fatigue"
- « Heureusement qu'il y a des consultations »
- « Il est appréciable d'avoir la maison de garde en place. Cela nous permet de pouvoir consulter lorsque nous avons des enfants en bas âges qui sont un dans un état qui pourrait vite se dégrader. »
- « Je ne connaissais pas la MMG de Helfaut, orienté ici via les urgences »
- « Je suis venu pour ma petite fille de 13 mois »
- « Je suis venue pour mon garçon de 3 ans qui présente des boutons sur les jambes n'ayant pas de médecin disponible le week-end et par peur des maladies contagieuses j'ai préféré consulter »
- « Je trouve important d'avoir accès aux soins et de pouvoir consulter un médecin sans passer par les urgences quand notre médecin n'est pas disponible. »
- « Joyeux Noël à tous le personnel hospitalier 🌲 »
- « L'attente est assez longue mon enfant de 1 an »
- « La démarche pour arriver à la mmg est peu claire en terme de visibilité et communication »
- « La maison médicale est très utile, quand le médecin traitant est absent ou que le problème ne peut pas attendre un rendez-vous »

- « La MMG est un endroit professionnel et très accueillant. Je remercie beaucoup le service car pour des personnes comme moi qui ne trouvons pas de médecin traitant, c'est une solution dès plus souhaitable. »
- « Les urgences m'ont envoyé vers vous »
- « Ma fille souffrait de ses oreilles et quand vous voyez des personnes qui prennent la place de personnes en réelle urgences »
- « Médecin très agréable et à l'écoute »
- « Merci d'avoir créé ce service, car à l'heure actuelle il est compliqué de trouver un rdv quand notre médecin généraliste est absent. »
- « Merci d'être là »
- « Merci pour cette nouvelle solution lorsque notre médecin traitant n'a plus de place. Le médecin a fait de nombreux examens »
- « Merci pour la réactivité »
- « Merci pour le rendez-vous »
- « Pas de connaissance de la procédure à suivre (Existence maison médicale de garde et passage par le 15) »
- « Personnel très accueillant rien à dire heureusement que le centre est là. »
- « Personnel suit bien le patient »
- « Personnel très accueillant »
- « Problème respiratoire de notre enfant. Envie d'en savoir plus pour qu'il aille mieux au plus vite. »
- « Raison de ma venue : médecin traitant injoignable, besoin d'un bon de transport pour examen IRM mercredi 31/12 »
- « Rien à dire très bien »
- "Service rapide"
- « Service utile pour les problèmes qui sont importants mais non urgent. »
- « Système pratique durant cette période où trouver des rdv médicaux est compliqué »
- « Très bien reçu, pas d'attente »
- « Très pratique. Merci »
- « Urgences car possibilité d'examens complémentaires au vu du problème de santé »

Bibliographie

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). 237 200 médecins sont en activité en France au 1er janvier 2025. Paris : DREES ; 2025 juill. 28 [consulté le 9 juin 2026]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees/250728-DATA-demographie-des-medecins>
2. Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) ; Bourdin M, Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2025. Tome 1. Paris : CNOM ; 2025. 168 p. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/2025-10/cnom_atlas_demographie_2025_tome_1.pdf
3. La Rédaction. Crise des urgences médicales : un malaise persistant [Internet]. Vie publique ; 2022 sept. 2 [consulté le 9 juin 2026]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/284527-crise-des-urgences-medicales-un-malaise-persistant>
4. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. In : Rapport public annuel 2019. Paris : Cour des comptes ; 2019 févr. p. 209-239. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/rapport-public-annuel-2019>
5. Sénat [Internet]. 2023 [cité 6 mars 2026]. Hôpital : sortir des urgences - Rapport. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-1.html>
6. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ; Toutlemonde F, dir. Les établissements de santé : édition 2018. Paris : DREES ; 2018. 201 p. (Collection Panoramas de la DREES-santé). Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/pano_es_2018_v4_web.pdf
7. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 6 mars 2026]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-8-medecins-generalistes-sur-10-organisent-au-quotidien>
8. Samu-Urgences de France. Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir [livre blanc]. Paris : 2015. 45 p. Disponible sur : <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
9. Ménard B. L'émergence des maisons médicales de garde dans la permanence des soins et leur incidence sur l'activité hospitalière [mémoire]. Rennes : École Nationale de la Santé Publique ; 2004. Disponible sur : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2004/edh/menard.pdf>
10. Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Bulletin Officiel du ministère de la Santé et des Solidarités. 2007;(4):annonce n°68. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>
11. Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2024. Paris : CNOM ; 2025. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2024.pdf

12. Craeye J. Impact du rapprochement géographique de la maison médicale de garde de Maubeuge sur les services d'urgences du Centre Hospitalier local [Thèse d'exercice]. Lille : Université de Lille, Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2020. Disponible sur: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM374.pdf

13. Verschueren S. 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 d'exercice de médecine]. Lille : Université de Lille, Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2020. Disponible sur: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM152.pdf

14. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. Disponible sur : https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=199107,6592089,61451,44301&c=indicator&f=0&i=gen_e_popage.eft&s=2004&t=A01&view=map12

15. Queval C-H. Accès au système de garde en médecine générale : analyse épidémiologique et sociologique rétrospective d'un an de consultations à la maison médicale de garde de Calais [thèse d'exercice]. Lille : Université du Droit et de la Santé – Lille 2 ; 2014. Disponible sur : https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2014/2014LIL2M435.pdf

16. Le Péchoux M. Consultations dans les maisons médicales de garde du Mans : état des lieux à l'aide de la classification CISP-2 [Thèse d'exercice]. Angers : Université d'Angers, Faculté de Santé ; 2024.

17. La maison des internes | Saint Omer [Internet]. [cité 2 juin 2026]. Disponible sur : <https://www.ville-saint-omer.fr/mon-quotidien/sante-et-social/la-maison-des-internes>

18. Racaj A. La gestion des soins non programmés aux horaires d'ouverture des cabinets en médecine générale en France métropolitaine : une revue narrative de la littérature [Thèse d'exercice]. Toulouse : Université Toulouse III – Paul Sabatier ; 2022. Disponible sur : <https://utheme.utoulouse.fr/access/files/original/d8adb8be3885a9d76d70ac2ed77ea0fa26cd48e6.pdf>

19. Auroux C. Impact de la consultation des « outils internet » sur la fréquentation des urgences adultes [Thèse d'exercice de médecine]. Clermont-Ferrand : Université Clermont Auvergne, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales ; 2019. Disponible sur: <https://urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2020/09/AUROUX-Camille.pdf>

20. Chevillot D, Zamord T, Durieux W, Gay B. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde : Santé Publique. 22 nov 2021;Vol. 33(4):517-26. doi:10.3917/spub.214.0517. Disponible sur : https://shs.cairn.info/article/SPUB_214_0517

21. Valle F. Gestion des consultations non programmées en cabinet de médecine générale : quels avantages et inconvénients selon le mode d'exercice. [Thèse de doctorat]. Lyon : Université Claude Bernard ; 2017 [cité le 31 mars 2020]. Disponible : <http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/restAPI/preview/default/369e8996-1729-48e2-bc14-59f76f8eb3ea/default/>

22. Gardais J. Cessation d'activité : représentations et vécus des médecins généralistes. Enquête qualitative auprès de médecins généralistes lorrains en activité de plus de 55 ans [Thèse d'exercice]. Nancy : Université de Lorraine, Faculté de Médecine de Nancy ; 2012. 135 p. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732760>

23. MATHIES T. Enquête sur les délais de rendez-vous pour soins non programmés en médecine générale libérale en Sarthe [Thèse d'exercice de médecine]. Angers : Université d'Angers, UFR Santé ; 2018.

24. Duplat M. Evaluation de l'implantation de la maison médicale de garde du secteur de Béthune : Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes, des urgentistes et des patients [Thèse d'exercice]. Lille : Université du Droit et de la Santé - Lille 2, Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2019. Disponible sur : https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM111.pdf
25. Canévet JP, Bourgogne C, Querbes B, B.Vrignaud, C G. Recours inappropriés aux urgences pédiatriques par les parents : approche qualitative d'un comportement multidimensionnel. Ann Francaises Med Urgence. 25 oct 2018 ; 8:295-300. doi :10.3166/afmu-2018-0033. Disponible sur : https://www.researchgate.net/profile/J-P-Canevet/publication/332232939_Recours_inappropriés_aux_urgences_pédiatriques_par_les_parents_approche_qualitative_d'un_comportement_multidimensionnel/links/5ddd550f299bf10bc3280b6f/Recours-inappropriés-aux-urgences-pédiatriques-par-les-parents-approche-qualitative-dun-comportement-multidimensionnel.pdf
26. Maugein L, Lambert M, Richer O, Runel-Belliard C, Maurice-Tison S, Pillet P. Consultations itératives aux urgences pédiatriques. Arch Pédiatrie. 1 févr 2011;18(2) :128-34. doi:10.1016/j.arcped.2010.11.012

AUTEUR : Nom : NIVEL

Prénom : Louis

Date de soutenance : 25/06/2026

Titre de la thèse : Bilan à un an de la mise en place d'une permanence de soins de premier recours de médecine générale dans l'Audomarois : Étude démographique et bilan des motivations personnelles des patients.

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : *Médecine générale*

DES + FST/option : *Médecine générale*

Mots-clés : Accès aux soins de santé primaires, Services des urgences médicales, Caractéristiques de la population, Soins ambulatoires, Permanence des soins

Contexte : La permanence des soins ambulatoires (PDSA) constitue un élément essentiel de l'offre de soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture habituels des cabinets médicaux. Dans un contexte de tension démographique médicale et d'augmentation des recours aux soins non programmés, il apparaît nécessaire de mieux comprendre les attentes et les motivations des patients consultant ces structures afin d'adapter leur organisation aux besoins de la population.

Objectif : Décrire l'activité de la MMG du Pays de Lumbres sur 1 an et rechercher les motivations des patients à venir consulter.

Matériels et méthodes : L'étude comporte deux volets menés au sein de la MMG du Pays de Lumbres. Le premier, rétrospectif, analyse l'ensemble des consultations réalisées entre novembre 2024 et octobre 2025 à partir des dossiers médicaux informatisés. Le second, prospectif, repose sur un questionnaire autoadministré proposé aux patients entre décembre 2025 et janvier 2026, explorant leurs motivations à consulter.

Résultats : Sur la période étudiée, 4 586 consultations ont été analysées. La population était jeune, avec une moyenne d'âge de 26,4 ans et une proportion pédiatrique de 36,5 %. Les motifs de consultation relevaient principalement des soins primaires courants, dominés par les pathologies ORL (19,9 %), cutanées (18,4 %), ostéo-articulaires (15,9 %) et digestives (15,6 %). Les patients étaient orientés vers la MMG majoritairement par l'IAO (74,8 %) et retournaient à domicile dans 95,9 % des cas. Les 221 répondants au questionnaire consultaient avant tout en raison de l'indisponibilité de leur médecin traitant (43,4 %) ou de son absence (25,3 %). La majorité (67,4 %) percevait son problème comme important mais non urgent, et près de la moitié ressentait le besoin de consulter depuis le jour même.

Conclusion : La MMG du Pays de Lumbres assure, depuis son ouverture, une prise en charge des soins non programmés dans un territoire rural en déficit médical. L'analyse de 4 586 consultations sur un an révèle une activité centrée sur les soins primaires courants, avec un faible taux d'orientation vers les urgences hospitalières. L'enquête menée auprès de 221 patients confirme que le recours à la MMG est principalement motivé par l'indisponibilité du médecin traitant, soulignant que la présence d'un médecin déclaré ne garantit pas un accès rapide aux soins. Cette structure, née d'une initiative portée par de jeunes médecins face à une permanence des soins non assurée, illustre une réponse concrète aux défis de l'accès aux soins en zone rurale.

Composition du Jury :

Président : Pr Eric WIEL

Assesseurs : Dr Sabine BAYEN

Directeur de thèse : Dr Yann LEFEBVRE