

2023-2024

THÈSE
pour le
DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en Médecine générale

**Consultations dans les maisons
médicales de garde du Mans**

État des lieux à l'aide de la classification CISP-2

LE PÉCHOUX Morgan

Né le 18 août 1995 à Hennebont (56)

Sous la direction de Madame le Professeur ANGOULVANT Cécile

Membres du jury

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent	Président
Madame le Professeur ANGOULVANT Cécile	Directrice
Madame le Docteur MENAGER Gwendoline	Membre
Madame le Docteur FAIVRE Mélanie	Membre

Soutenue publiquement le :
11 juillet 2024

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné Morgan LE PÉCHOUX
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le 01/06/2024

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :

Pr Sébastien Faure

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine

DUCANCELLER Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier DUVERGER Philippe EVEILLARD Mathieu FAURE Sébastien FOURNIER Henri-Dominique FOUQUET Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE PEDOPSYCHIATRIE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE ANATOMIE	Pharmacie Médecine Pharmacie Pharmacie Médecine
FURBER Alain GAGNADOUX Frédéric GOHIER Bénédicte GUARDIOLA Philippe GUILET David HAMY Antoine HENNI Samir HUNAULT-BERGER Mathilde IFRAH Norbert JEANNIN Pascale KEMPF Marie	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE CARDIOLOGIE PNEUMOLOGIE PSYCHIATRIE D'ADULTES HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION CHIMIE ANALYTIQUE CHIRURGIE GENERALE MEDECINE VASCULAIRE HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Pharmacie Médecine Médecine Médecine Médecine
KUN-DARBOIS Daniel LACOEUILLE FRANCK LACCOURREYE Laurent LAGARCE Frédéric LANDREAU Anne LARCHER Gérald LASOCKI Sigismond LEBDAI Souhil LEGENDRE Guillaume LEGRAND Erick LERMITE Emilie LEROLLE Nicolas LUNEL-FABIANI Françoise	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION IMMUNOLOGIE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE RADIOPHARMACIE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE BIOPHARMACIE BOTANIQUE/ MYCOLOGIE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION UROLOGIE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE RHUMATOLOGIE CHIRURGIE GENERALE REANIMATION BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE	Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Pharmacie Médecine Médecine Médecine Médecine
LUQUE PAZ Damien MARCHAIS Véronique MARTIN Ludovic MAY-PANLOUP Pascale	HOSPITALIERE HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE DERMATO-VENEREOLOGIE BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION NEUROCHIRURGIE REANIMATION PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE CHIMIE GENERALE PEDIATRIE	Médecine Pharmacie Médecine Médecine
MENEI Philippe MERCAT Alain PAPON Nicolas PASSIRANI Catherine PELLIER Isabelle		Médecine Médecine Pharmacie Pharmacie Médecine

PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie

BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST / MAST		
BEAUV AIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

- À Monsieur le Professeur Laurent CONNAN,
De me faire l'honneur de juger ce travail et de présider le jury.
- À Madame le Professeur Cécile ANGOULVANT,
Pour avoir remarquablement dirigé ce travail, de m'avoir accompagné tout du long et pour votre investissement.
- À Madame le Docteur Mélanie FAIVRE,
Pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse et d'avoir participé à l'élaboration de cette étude.
- À Madame le Docteur Gwendoline MENAGER,
Pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse et pour m'avoir permis de réaliser ce travail au sein de l'ADOPS 72.
- À l'ensemble des secrétaires des maisons médicales de garde,
Sans qui ce travail n'aurait jamais pu être fait. Pour tout le temps et la rigueur consacrés.

REMERCIEMENTS

À Sarah,

Pour ton soutien et pour m'avoir pleinement aidé sur ce travail dont tu as toute ma reconnaissance. Et de manière générale, merci pour tout ce que tu m'apportes. Je ne mesure pas la chance de t'avoir.

À mes parents, Caroline et Michel,

Merci pour votre implication dans ces nombreuses relectures. À mon père avec qui on pouvait passer une heure sur l'intérêt d'une virgule. À ma mère qui a depuis le début trouvé mon travail très bien fait alors même que ce n'était encore qu'un brouillon de mots-clés.

À Delphine et Emeric,

Merci pour l'intérêt que vous avez porté sur cette thèse et notamment pour la traduction par la petite sœur.

À tous mes amis, de la fac, de la voile et d'enfance.

À tous mes co-internes et médecins que j'ai rencontré au cours de mon internat.

À tous les médecins qui m'ont accompagné pour mes premiers remplacements.

Liste des abréviations

ADOPS 72	Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins de la Sarthe
ANCT	Agence Nationale de la Cohésion des Territoires
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
ARS	Agence Régionale de Santé
CHM	Centre Hospitalier du Mans
CISMeF	Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française
CIM	Classification Internationale des Maladies
CISP	Classification Internationale des Soins Primaires
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DUNE	Dépôt Universitaire Numérique des Etudiants
ECOGEN	Éléments de la COnsultation en médecine GÉNérale
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
MMG	Maison Médicale de Garde
MG	Médecin généraliste
MT	Médecin traitant
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoire
PNAS	Plan National d'Accès aux Soins
PSS	Pôle Santé Sud
SAS	Service d'Accès aux Soins
SNP	Soins Non Programmés
S/P	Symptôme ou Plainte
SUDOC	Système Universitaire de DOCumentation
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners
ZAC	Zone d'Action Complémentaire
ZIP	Zone d'Intervention Prioritaire

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

LISTE DES ABREVIATIONS

RÉSUMÉ

1. INTRODUCTION

- 1.1. Préambule
- 1.2. Démographie médicale et zones sous-denses : Place de la Sarthe
- 1.3. La Permanence Des Soins Ambulatoires et son organisation
- 1.4. L'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins de la Sarthe (ADOPS 72)
- 1.5. Classification Internationale des Soins Primaires (CISP)
- 1.6. Objectifs de l'étude

2. MÉTHODES

- 2.1. Design
- 2.2. Population étudiée
- 2.3. Outils de recueil : Description du questionnaire
- 2.4. Recueil des données
- 2.5. Analyse des données
- 2.6. Mesures éthiques et réglementaires
- 2.7. Stratégie de recherche documentaire

3. RESULTATS

- 3.1. Population incluse
- 3.2. Caractéristiques sociodémographiques des participants
- 3.3. Les motifs de consultation
- 3.4. Contexte de la consultation

4. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS

- 4.1. Caractéristiques sociodémographiques des participants
- 4.2. Les motifs de consultation
- 4.3. Contextes des consultations
- 4.4. Les forces et limites de l'étude :
- 4.5. Perspectives

5. CONCLUSION

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

RÉSUMÉ

Introduction : Le recours aux urgences a doublé entre 1996 et 2019 et 43% de ces consultations sont des Soins Non Programmés (SNP) qui relèvent d'une prise en charge ambulatoire. En Sarthe, département nettement sous-doté en médecin par rapport à la moyenne française, les Maisons Médicales de Garde (MMG) assurent la réponse aux demandes de SNP lors de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA). L'objectif principal était de caractériser les motifs de consultation en MMG en utilisant la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2). L'objectif secondaire était un état des lieux épidémiologique des patients recourant aux MMG.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive, prospective, bicentrique par un auto-questionnaire confronté à la fiche d'adressage de la régulation, dans les deux MMG du Mans du 4 au 17 juillet 2023. Les motifs étaient codés avec la CISP-2, puis saisis sur Excel®. Une analyse descriptive a été réalisée en pourcentage et des comparaisons ont été effectuées l'aide du logiciel BiostatTGV®. L'étude a reçu l'accord du comité d'éthique du CH du Mans et de l'ADOPS 72. Une déclaration à la CNIL a été réalisée.

Résultats : Le taux de réponse était de 92,5%. 685 consultations (89,7%) ont été analysées. Les résultats montraient une surreprésentation des enfants de moins de 15 ans (41,4%), dont 24,6% de 0 à 4 ans, et une faible proportion de patients de plus de 60 ans (12,3%), particulièrement les plus de 75 ans (4,8%). Les consultations concernaient majoritairement des « symptômes/plaintes » (98%) qui évoluaient depuis moins de 3 jours (71%). Les principaux motifs de consultation étaient la fièvre (15,2%), l'otalgie (7,7%), les symptômes de la gorge (7,6%) et les problèmes digestifs. 54% des patients appelaient

d'eux-mêmes, alors que 23% étaient orientés par un professionnel de santé. 13,2% des patients n'avaient pas de médecin traitant. 63% consultaient pour la première fois en MMG. 80,2% des patients ressentaient une urgence et 91% étaient disposés à consulter en journée.

Conclusion : Les consultations répondaient à des demandes de SNP, mission des MMG et de la PDSA. Le Service d'Accès aux Soins, en développement, pourrait répondre aux besoins de SNP en journée.

INTRODUCTION

1.1. Préambule

La "promesse d'une santé accessible à tous est menacée".

Ce sont les mots du ministre de la Santé et de la Prévention, F. BRAUN, lors de la journée de lancement du Conseil national de la refondation du 3 octobre 2022¹. Il évoque des situations inacceptables telles qu'en Sarthe, « le nombre de médecins généralistes libéraux est de 59 pour 100 000 habitants alors que la moyenne nationale se situe à 85 pour 100 000 ». Il présente des défis pour améliorer et garantir la permanence des soins de qualité et l'accessibilité partout.

En 2020, la Sarthe se classait au 98^{ème} rang sur les 101 départements français par rapport au nombre de médecins en activité par habitant selon l'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires (ANCT)².

Le rapport du Sénat de 2022 "sortir des urgences" rappelle que le nombre d'admissions dans les services d'urgence est passé de 10,1 millions de passages en 1996 à 21,2 millions en 2019 sans que des moyens humains et matériels n'aient été augmenté dans les mêmes proportions³. Le "renforcement [de la permanence des soins] est indispensable pour permettre un désengorgement des services d'urgence".

Le Rapport de Thomas Mesnier de 2018 au sujet de l'organisation des soins non programmés (SNP) rappelle que la France fait face à une augmentation de 3,5% par an des consultations aux urgences, atteignant 20,3 millions par an, dont 43% pourraient être traitées en médecine ambulatoire⁴. Plusieurs facteurs contribuent à cette situation dont le vieillissement de la population, la hausse des maladies chroniques, mais aussi la baisse du nombre de médecins généralistes. En conséquence, les patients se tournent souvent vers les urgences hospitalières, espérant y recevoir rapidement tous les soins nécessaires⁵. Diverses initiatives locales tentent de répondre à cette demande croissante, telles que la création de centres de SNP, les maisons de santé pluridisciplinaires, les centres de santé, et les associations comme SOS Médecins ou les Associations Départementales pour l'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS).

L'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) en médecine générale de 2022 révèle qu'il existe 5% de territoires non couverts par la PDSA, contre 4% en 2021. 18% des territoires de PDSA sont couverts par moins de 5 médecins volontaires. Ce compte rendu appelle à l'émergence d'un système de santé unifié dont l'organisation de la PDSA est une priorité. Il rapporte également que le taux de participation des médecins à la PDSA dans la France entière est de 38,48%. Il est en baisse de 0,82 points de pourcentage depuis 2020. En Sarthe le taux de participation est passé de 54% à 48% entre 2020 et 2022⁶.

1.2. Démographie médicale et zones sous-denses : Place de la Sarthe

En application du Plan National d'Accès aux Soins (PNAS) de 2018, l'ensemble des Agences Régionales de Santé (ARS) a établi des zones du territoire français dont l'offre de soins est insuffisante ou dont l'accès aux soins est difficile (Article L1434-4 du Code de la santé publique)⁷. Les cabinets médicaux implantés sur ces zones peuvent bénéficier d'aides destinées à réduire les inégalités d'accès aux soins en favorisant une meilleure répartition géographique des professionnels. Trois types de zones ont été déterminées : zone d'intervention prioritaire (ZIP), zone d'action complémentaire (ZAC) et hors zonage. Ces zones qualifiées de sous-denses (ZIP et ZAC) en offre de soins ont été déterminées par le biais de l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL), qui est un gradient territorial calculé selon les besoins, le nombre d'actes effectués par le praticien et le temps de trajet entre la commune et le praticien⁸. En 2023, tout le département de la Sarthe est en zones sous-denses en médecins généralistes avec une grande proportion de ZAC⁹.

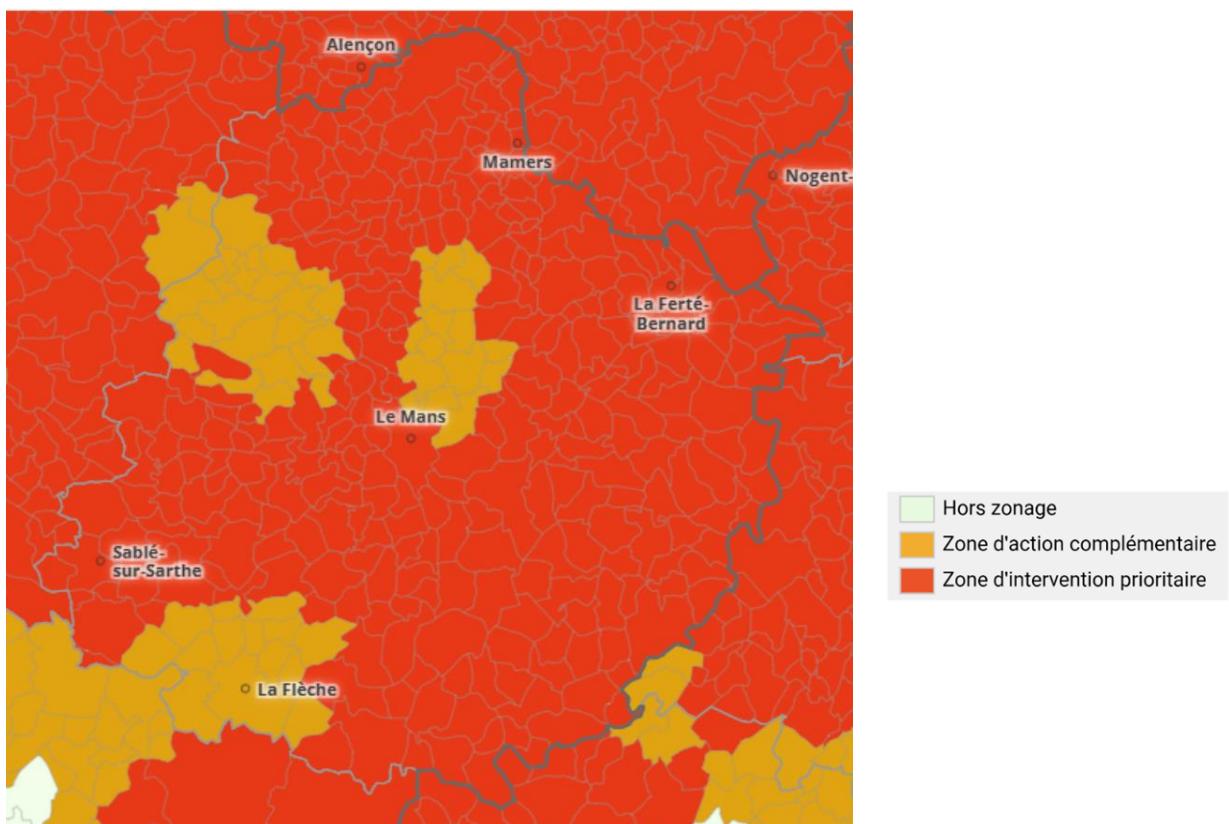


Figure 1 : Répartition géographique des zones sous-denses en Sarthe en 2023

1.3. La Permanence Des Soins Ambulatoires et son organisation

Le rapport Descours a défini en 2003 l'organisation de la Permanence Des Soins (PDS) comme une réponse aux demandes de SNP, de qualité, de façon équitable sur tout le territoire, en continu, par des moyens structurés, adaptés et régulés¹⁰. Les SNP sont des consultations rapides en médecine générale pour un motif de pathologie aiguë hors urgence vitale⁴. Depuis 2003, suite à la grève des gardes par les médecins généralistes pour améliorer leurs conditions de travail, la PDS n'est plus une obligation¹¹. La PDS est une application de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 22 juillet 2009^{12,13}. L'article R.4127-77 du code de déontologie médicale précise qu' « il est du devoir du médecin de participer à la PDS [...] »¹⁴. L'article R.6315-4 du code de la santé publique énonce que « les médecins participent à la PDS [...] sur la base du volontariat »¹⁵. La PDS repose essentiellement sur deux principes : la sectorisation des astreintes et la régulation libérale des appels. Elle est reconnue comme une « mission de service public » et encadrée par le code de la santé publique¹⁶. La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), qui est une des modalités de la PDS, assure l'accès à des consultations en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux pour les problèmes de santé urgents non graves : les SNP. Son renforcement est indispensable pour permettre un désengorgement des services d'urgence¹. Les horaires de la PDSA commencent à 20h en semaine, à 12h le samedi, à 8h les dimanches et jours fériés et se terminent le lendemain à 8h du matin¹⁷.

Les Maisons Médicales de Garde (MMG) sont une des dispositions d'organisation de la PDSA assurée par des médecins généralistes, sous la responsabilité des ARS¹⁸. L'accès à une consultation de médecine générale est soumis à une régulation médicale téléphonique préalable. Celle-ci est assurée par des médecins régulateurs libéraux installés dans les centres de réception et de régulation des appels du 15 ou 116-117. Ce dernier numéro est disponible depuis 2017 en Pays-de-la-Loire, Normandie et Corse¹⁹.

1.4. L'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins de la Sarthe (ADOPS 72)

La PDSA en Sarthe est organisée par l'ADOPS 72 qui est une association loi 1901 créée le 16 juin 2010 conformément à la loi HPST²⁰. L'ADOPS 72 est responsable de l'organisation départementale qui comprend le secteur de la régulation médicale libérale et les 8 MMG couvrant le territoire du département (Figure 2)²¹. Ces MMG sont localisées à proximité des hôpitaux de Mamers, La Ferté Bernard, Saint-Calais, Montval sur loir, Le Bailleul, Sillé-le Guillaume et 2 au Mans. Les deux MMG du Mans sont positionnées au Centre Hospitalier du Mans (CHM) couvrant 54 communes au Nord du Mans et au Pôle Santé Sud (PSS) couvrant 47 communes au Sud du Mans. Elles fonctionnent avec une secrétaire par site et deux médecins présents sur place ; ce qui n'est pas le cas pour les MMG « périphériques ». Les consultations sont organisées sur rendez-vous par le secteur de la régulation libérale. Les horaires d'ouverture de ces MMG sont de 20h à minuit les jours en semaine, de midi à minuit les samedis, et de 8h à minuit les dimanches et jours fériés²².



Figure 2 : Carte de la Sarthe représentant les territoires couverts par chaque MMG identifiées par des étoiles

1.5. Classification Internationale des Soins Primaires (CISP)

La CISP est la version française de l'ICPC (International Classification of Primary Care) développée par l'Organisation Internationale de la Médecine Générale (WONCA) en s'inspirant de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)^{23,24}. Elle a été développée pour le recueil et l'analyse épidémiologique des données de consultation en médecine générale. Elle est reconnue par l'OMS et validée de façon internationale²⁵. La deuxième version (CISP-2) apparue en 1998, a été retenue dans le cadre de cette étude (Annexe 1).

La CISP-2 comporte environ 1400 rubriques réparties dans une classification biaxiale (Figure 3). Le premier axe est composé de 17 chapitres désignant 14 appareils anatomiques tels que digestif, respiratoire ou neurologique et 3 autres chapitres pour le versant psychologique, général pour les pathologies globales et pour les problèmes sociaux. Ces chapitres sont chacun divisés en 7 volets correspondant au second axe traitant : des symptômes et des plaintes, de cinq types de procédures (diagnostiques et préventives, thérapeutiques, résultats d'examens complémentaires, procédures administratives, références et autres motifs de contact) et enfin des diagnostics et maladies. Chaque rubrique est associée à un code de trois caractères alphanumériques et un libellé établi : une lettre désignant le chapitre et deux chiffres spécifiant la rubrique. Exemple pour le code R05 : la lettre R, correspondant au chapitre Respiratoire, accompagné du chiffre 05 spécifient le verbatim qui ici est "Toux" (Annexe 1).

Chapitres		Général	Sang, organes hématopoïétiques	Digestif	Œil	Oreille	Circulatoire	Musculo-squelettique	Neurologique	Psychologique	Respiratoire	Cutané	Endocrinien, métabolique et nutritionnel	Urologique	Grossesse, accouchement, planification familiale	Génital féminin	Génital masculin	Social
		A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	W	X	Y	Z
Composant	Symptômes et plaintes : 01-29																	
	Procédures diagnostiques : et préventives 30-49																	
	Procédures thérapeutiques et médicaments : 50-59																	
	Résultats d'examens complémentaires : 60-61																	
	Procédures administratives : 62																	
	Références et autres motifs de rencontre : 63-69																	
	Diagnostics et maladies : 70-99								Infections									
									Cancers									
										Traumatismes								
										Anomalies congénitales								
											Autres							

Figure 3 : Illustration de la structure bi-axiale de la CISP-2

1.6. Objectifs de l'étude

Plusieurs études ont décrit les motifs de consultation en cabinet de médecine générale. Parmi elles, l'étude ECOGEN (Éléments de la COnsultation en médecine GÉNérale), réalisée en 2012, décrit la distribution des motifs de consultation via la CISP-2 dans 128 cabinets de médecine générale en France²⁶. Bien qu'il existe des thèses décrivant l'activité de garde en MMG, il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'études décrivant les motifs de consultation en MMG avec la CISP^{27,28,29,30}.

Devant l'essoufflement du système, mieux connaître les motifs de recours aux MMG en PDSA permettra d'envisager des solutions. Pour cela, l'objectif principal de l'étude était de caractériser les motifs de consultation des personnes reçues dans les deux MMG du Mans, établis par le biais de la CISP dans sa deuxième version (CISP-2).

Les objectifs secondaires étaient de réaliser un état des lieux épidémiologique en Sarthe de la population recourant à cette filière de soins, de déterminer la proportion de patients ayant ou non un médecin traitant et de spécifier les modalités de recours à la MMG.

2. MÉTHODES

2.1. Design

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive par recueil prospectif de données par questionnaires. Elle s'est déroulée dans les deux MMG du Mans : la MMG du Mans Nord située au Centre hospitalier du Mans (CHM) et la MMG du Mans Sud située au Pôle santé sud (PSS). Le recueil de données s'est effectué du 3 au 17 juillet 2023 soit sur une période de 2 semaines, aux horaires d'ouverture des MMG lors de la PDSA.

2.2. Population étudiée

Cette étude concernait les patients consultant aux MMG du Mans. Tous les patients quel que soit leur âge ont été inclus, y compris les mineurs après accord de la personne accompagnante détentrice de l'autorité parentale, se présentant à l'une des deux MMG sur la période étudiée. Les critères d'exclusion étaient : les personnes ne sachant pas lire et/ou écrire en français, les mineurs non accompagnés d'une personne détentrice de l'autorité parentale.

2.3. Outils de recueil : Description du questionnaire

Le recueil des données s'est fait par un auto-questionnaire élaboré à partir de la littérature, adapté aux spécificités locales et selon les présupposés de recherche. Celui-ci a été rédigé à partir du logiciel Google Docs® et imprimé en format papier.

Ce questionnaire comportait 17 items permettant d'obtenir différentes variables réparties en deux parties. La première recueillait les informations socio-démographiques des

répondants avec la date de naissance, le sexe, la couverture sociale, le niveau d'étude, la situation professionnelle et l'existence d'un médecin traitant. La seconde interrogeait sur les modalités de la consultation médicale avec : la date et lieu de consultation du jour, le motif de consultation, depuis quand le problème évolue, la source d'adressage, s'il s'agissait d'une première consultation en MMG et si un médecin généraliste pouvait recevoir le patient rapidement en dehors de la PDSA, est-ce que le patient aurait accepté ?

La plupart des questions étaient fermées, seulement deux étaient ouvertes. Le temps nécessaire pour remplir le questionnaire était estimé entre 3 et 5 minutes. Les patients étaient informés de l'étude par une note d'information sur leur participation à la recherche qui leur était remise et via un bandeau d'information sur le questionnaire précisant que les données étaient confidentielles et anonymes (Annexe 2).

Une fois établi, le questionnaire a été testé au préalable par quelques personnes non concernées par l'étude afin d'évaluer sa bonne compréhension et d'en corriger éventuellement des formulations (Annexe 3).

2.4. Recueil des données

Les informations ont été collectées sur le questionnaire imprimé en format papier. Les professionnels travaillant dans les MMG ont préalablement été sensibilisés à la réalisation de l'étude. Le questionnaire était remis par la secrétaire de la MMG aux patients ou à leurs représentants à leur arrivée. Il était ensuite complété en salle d'attente et remis avant la sortie au secrétariat. L'investigateur principal était présent au moment du recueil des données à différents moments de la période étudiée pour s'assurer du bon déroulement de la collecte de données. De plus, la fiche d'adressage du patient générée par la régulation et faxée au secrétariat de la MMG était utilisée systématiquement dans le but de renseigner au

mieux le motif principal de consultation (Annexe 4). Le rapprochement entre la fiche d'adressage et le questionnaire a été possible grâce à la date de naissance du patient. L'investigateur a retranscrit de façon différée l'intégralité des données recueillies dans un tableau Excel®. Les données concernant les motifs de consultation étaient traduites sous la forme de codes alphanumériques de la CISPI-2 avec l'assistance d'un moteur d'aide au codage en ligne proposant un choix de codes lors de la saisie d'un texte libre³¹. Lorsque plusieurs motifs de consultation étaient recueillis via le questionnaire et la fiche de régulation, l'investigateur en a sélectionné arbitrairement un pour la retranscription. Par exemple pour « douleur à la gorge avec fièvre » il était possible de choisir le motif correspondant à « S/P de gorge » ou à « fièvre » ; dans ce cas il a été décidé de privilégier les symptômes/plaintes (S/P) des chapitres de la CISPI-2 pour une analyse pertinente.

2.5. Analyse des données

Une analyse quantitative descriptive a été réalisée pour évaluer la fréquence des motifs et des catégories de motifs de consultation, ainsi que les différents items du questionnaire évalués indépendamment. Ensuite, une analyse comparative était réalisée sur différentes variables en fonction de l'âge, de la présence ou non d'un médecin traitant et en fonction du jour de la semaine. Elle a été réalisée à l'aide du logiciel en ligne BiostaTVG®³², à partir des données retranscrites sur Excel®. Le test statistique utilisé était le test du Chi2. Le seuil de significativité a été fixé à $P = 0,05$. Il a été décidé de conserver les questionnaires incomplets pour analyser ce qui était répondu.

2.6. Mesures éthiques et réglementaires

Le protocole d'étude a été soumis à l'avis du comité d'éthique du Centre Hospitalier du Mans le 27/06/2023 (avis n° 2023-016) et a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). La recherche a reçu l'autorisation du président de l'ADOPS 72. Les médecins généralistes de garde des MMG ont préalablement été informés de l'étude et de ses modalités. Le gouvernement français a acheté la licence de la CISP-2 auprès de la WONCA, il n'a donc pas été nécessaire d'obtenir une autorisation pour son utilisation²³.

2.7. Stratégie de recherche documentaire

Concernant la littérature, les thèses disponibles en ligne sur la banque de données des thèses et mémoires de la faculté d'Angers (DUNE), le catalogue et index des sites médicaux de langue française (CISMeF), le système universitaire de documentation (SUDOC) et Google Scholar ont été consultés. Les mots clés de recherche étaient : « Permanence des soins ambulatoires », « Maison médicale de garde » et « Classification internationale des soins primaires ». Ont aussi été consultés les sites internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins, de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) des Pays de la Loire, de l'ADOPS 72 et de l'ARS des Pays de la Loire ainsi que d'autres qui seront détaillés en bibliographie. Les recherches documentaires et bibliographiques se sont étendues de janvier 2022 à juin 2024.

3. RESULTATS

3.1. Population incluse

Entre le 4 et le 17 juillet 2023, 764 consultations ont été réalisées, 57 patients n'ont pas répondu au questionnaire et 707 patients ont participé, soit un taux de participation de 92,5%. 22 consultations ont été exclues car elles étaient situées en dehors de la période de recueil ou le motif de consultation n'a pas pu être déterminé. Le nombre total de consultations analysées s'élevait donc à 685 soit un taux de 89,7%. 493 questionnaires étaient complets soit un taux de 72,0%.

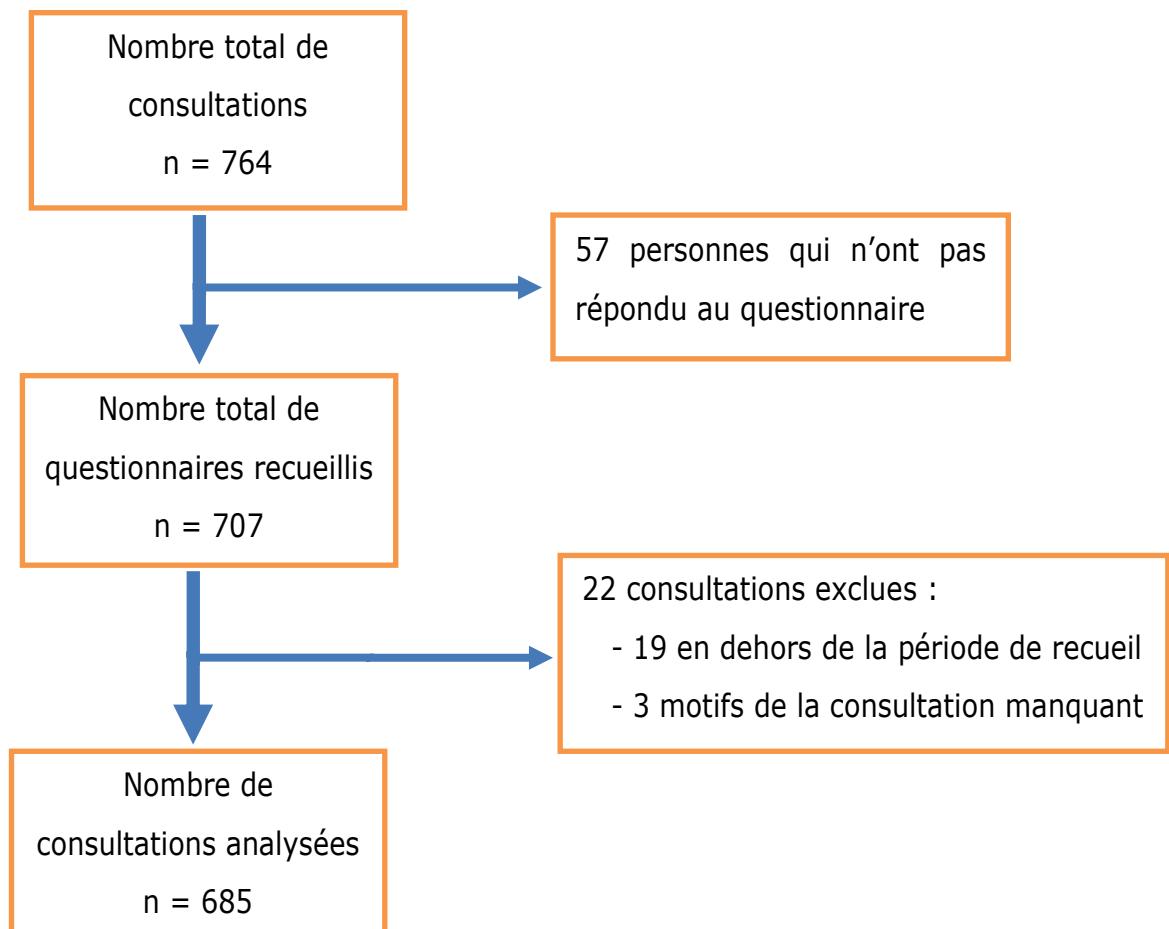


Figure 4 : Diagramme de flux

3.2. Caractéristiques sociodémographiques des participants

L'ensemble des caractéristiques sociodémographiques sont décrites dans l'Annexe 5.

Les éléments socio-démographiques marquants sont :

24,6% des personnes avaient 4 ans ou moins, 31,4% avaient 6 ans ou moins et 12,3% avaient 60 ans ou plus. Le sexe féminin représentait 55,1% des patients consultant aux MMG. 86,8% des patients avaient un médecin traitant (MT). 62,6% des interrogés avaient une mutuelle en plus de leur caisse d'affiliation et 12,7% avaient la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). 38,2% des patients avaient un niveau d'étude BAC/CAP/BEP ou supérieur au BAC (soit 74,4% des adultes). Parmi les personnes de plus de 16 ans, 31,2% étaient employés, 13,2% sans emploi et 22,7% retraités.

Tableau I : Principales caractéristiques sociodémographiques des patients ayant consulté aux MMG du Mans (n = 685)

Caractéristiques	n	%	Caractéristiques	n	%
Âge					
0-4 ans	168	24,6	Sécurité sociale	124	23,5
5-14 ans	115	16,8	Sécurité sociale + mutuelle	330	62,6
15-59 ans	316	46,3	CSS	67	12,7
60-93 ans	84	12,3			
Sexe (Genre)					
Masculin	307	44,9	Inférieur au BAC/BEP/CAP	67	11,7
Féminin	377	55,1	BAC/CAP/BEP ou supérieur	218	38,2
Possède un MT					
Oui	507	86,8	Enfant	278	48,7
Non	77	13,2			

Parmi les patients ayant un médecin traitant, la plus grande proportion d'âge consultant aux MMG était de 0 à 4 ans représentant 27,1% des consultations. En comparaison, chez les patients sans médecin traitant, la plus grande proportion d'âge consultant était de 15 à 29 ans représentant 33,8% des consultations.

Tableau II : Proportion des tranches d'âge en fonction de la présence ou non d'un MT

Tranches d'âge	Patients ayant un MT	Patients n'ayant pas de MT
0 – 4 ans	137 (27,1%)	9 (12,1%)
5 – 14 ans	88 (17,4%)	8 (10,8%)
15 – 29 ans	86 (17,0%)	25 (33,8%)
30 – 44 ans	76 (15,0%)	21 (28,4%)
45 – 59 ans	52 (10,3%)	5 (6,7%)
60 – 74 ans	42 (8,3%)	6 (8,1%)
75 – 93 ans	24 (4,7%)	0 (0%)
Total	505	74

3.3. Les motifs de consultation

Le motif de consultation le plus fréquent était la fièvre (15,2% des motifs) suivi de l'otalgie (7,7%) et des symptômes/plaintes de la gorge (7,6%) (Figure 5).

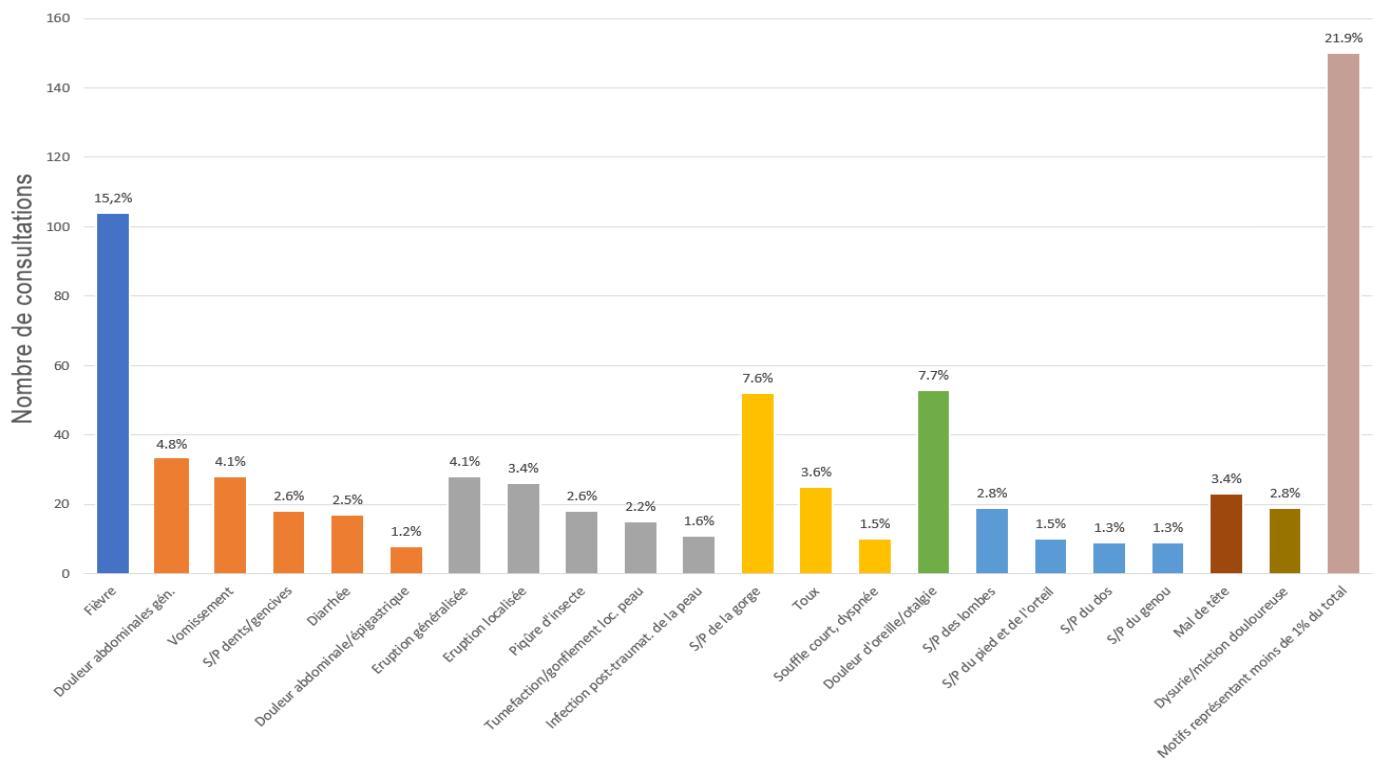


Figure 5 : proportion des motifs de consultation les plus fréquents

Parmi les motifs les moins fréquents, on retrouvait : Symptôme/plainte (S/P) de la jambe et de la cuisse (n=6) ; Écoulement de l'oreille (6) ; Autre douleur abdominale localisée (5) ; Douleur thoracique NCA* (5) ; S/P de la cheville (5) ; S/P du bras (4) ; S/P de la main et du doigt (4) ; S/P bouche/langue/lèvre (4) ; Sensation d'être malade (3) ; Vertige/étourdissement (3) ; Fatigue/faiblesse générale (3) ; Écoulement de l'œil (3) ; Douleur rectale/anale (3) ; S/P du cou (3) ; Douleur des testicules, du scrotum (3) ; S/P de la paupière (3) ; Syndrome Dorso-lombaire et irradiation (3) ; S/P de la vulve (3) ; Constipation (3).

Le reste des motifs représentant moins de 0.4% du total ne sont pas listés ici.

* NCA : Non Classé Ailleurs

36,5% des motifs de consultation incluaient le terme « douleur » ou un synonyme, tel que « céphalée » ou « dysurie ».

La fièvre était le motif le plus fréquent chez les patients consultant dans les MMG, qu'ils aient ou non un médecin traitant.

Tableau III : Motifs les plus fréquents en fonction de la présence ou non d'un MT

Motifs les plus fréquents chez les patients ayant un MT		Motifs les plus fréquents chez les patients n'ayant pas de MT	
Fièvre	78 (15,4%)	Fièvre	9 (12,2%)
Odynophagie	41 (8,1%)	Vomissements.	6 (8,1%)
Otalgie	40 (7,9%)	Douleur abdo gén.	5 (6,7%)
Douleurs abdo. gén.	23 (4,5%)	Toux	4 (5,4%)
Eruption gén.	20 (4,0%)	Odynophagie	4 (5,4%)
Eruption Localisée	19 (3,8%)	Otalgie	4 (5,4%)
Toux	17 (3,4%)	Dysurie	4 (5,4%)
S/P dents/gencives	17 (3,4%)	Tuméfaction loc. peau	3 (4,0%)
Céphalées	17 (3,4%)	Céphalée	3 (4,0%)
Vomissements	16 (3,2%)	S/P des lombes	3 (4,0%)
Total	505	Total	74

Analyse des catégories de consultation

Le « système digestif » représentait 18% des catégories de motifs de consultation suivi de la « peau » (16%), de l'appareil « respiratoire » (14%) et enfin de l'appareil « ostéoarticulaire » (13%) (Figure 6).

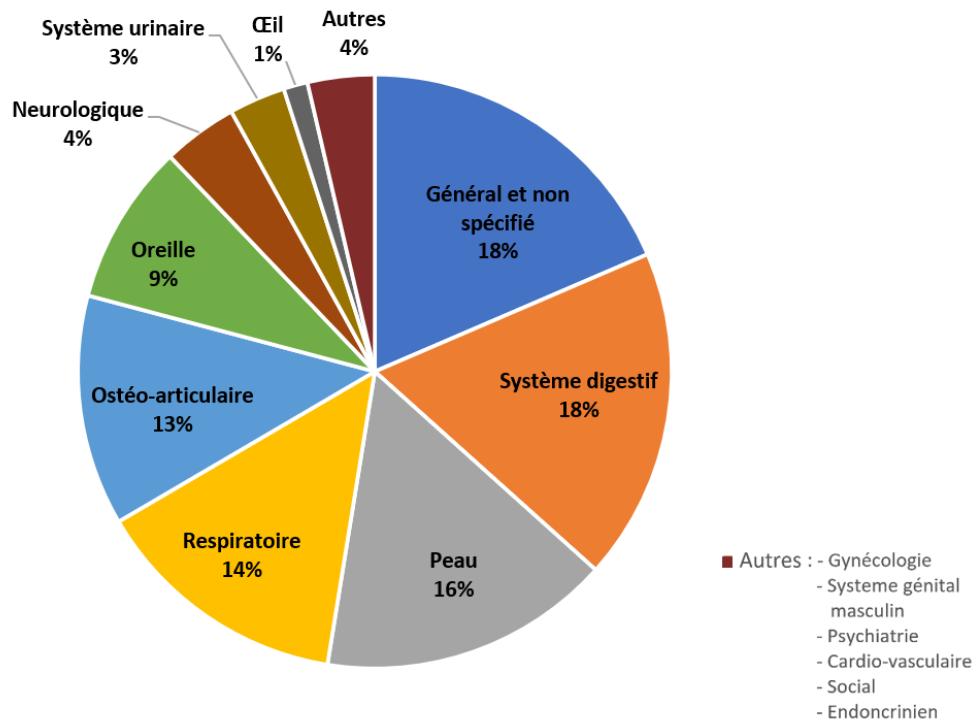


Figure 6 : Proportion des catégories de motifs

La catégorie « général » était la plus fréquente (18,1%) chez les patients ayant un médecin traitant alors qu'elle était en 5^e position (8,0%) des catégories de consultation chez les patients n'ayant pas de médecin traitant. Les catégories de consultation fréquentes des patients n'ayant pas de MT sont « digestif » (22,7%) et « ostéoarticulaire » (21,3%).

Tableau IV : Proportion des catégories de motifs les plus fréquents en fonction de la présence ou non d'un MT

Catégories de motifs les plus fréquents chez les patients ayant un MT		Catégories de motifs les plus fréquents chez les patients n'ayant pas de MT	
Général	91 (18,1%)	Digestif	17 (22,7%)
Digestif	90 (17,9%)	Ostéoarticulaire	16 (21,3%)
Cutané	85 (16,9%)	Respiratoire	10 (13,3%)
Respiratoire	73 (14,5%)	Cutané	8 (10,7%)
Ostéoarticulaire	53 (10,5%)	Général	6 (8,0%)
Oreille	50 (9,9%)	Oreille	4 (5,3%)
Neurologie	21 (4,2%)	Urologie	3 (4,0%)
Urologie	17 (3,4%)	Appareil gén. masculin	2 (2,7%)
Total	504	Total	75

La fièvre était le motif le plus fréquent pour les classes d'âge allant de 0 à 4 ans (28,3%) et de 5 à 14 ans (28,8%). L'otalgie était de 2^e motif le plus fréquent parmi ces mêmes classes d'âge avec respectivement 13,2% et 12,6%. L'appareil « cutané » était la première catégorie de consultation pour ces 2 premières classes d'âge avec 15,7% pour la première et 17,9% pour la seconde. Une version plus détaillée du tableau V est en Annexe 6.

Tableau V : Motifs et catégories les plus fréquents en fonction des tranches d'âge

Âge	Motif		Catégorie de motif	
0 - 4 ans	Fièvre	47 (28,3%)	Cutané	26 (15,7%)
	Otalgie	22 (13,2%)		
5 - 14 ans	Fièvre	32 (28,8%)	Cutané	20 (17,9%)
	Otalgie	14 (12,6%)		
15 - 29 ans	Odynophagie	11 (8,3%)	Digestif	33 (25,0%)
	Otalgie	10 (7,5%)		
30 - 44 ans	Odynophagie	18 (16,6%)	Respiratoire	24 (22,0%)
	Fièvre	10 (9,2%)		
45 - 59 ans	Eruption localisée	5 (7,5%)	Ostéoarticulaire	20 (30,3%)
	S/P des lombes	4 (6,0%)		
60 - 74 ans	Fièvre	4 (8,3%)	Ostéoarticulaire	16 (33,3%)
	S/P du pied/orteil	3 (6,2%)		
75 - 93 ans	Dyspnée	4 (14,8%)	Ostéoarticulaire	8 (30,8%)
	S/P du pied/orteil	2 (7,4%)		

Nombre de consultations en fonction du jour de la semaine

Sur les 685 consultations enregistrées dans les deux MMG, 288 ont eu lieu en soirée les jours ouvrés de la semaine (20h-minuit), soit une moyenne de 32 consultations par soir ouvré. 123 consultations ont été réalisées les samedis, avec une moyenne de 61,5 consultations par samedi. 274 consultations ont été réalisées les dimanches et le jour férié, correspondant à une moyenne de 91,3 consultations.

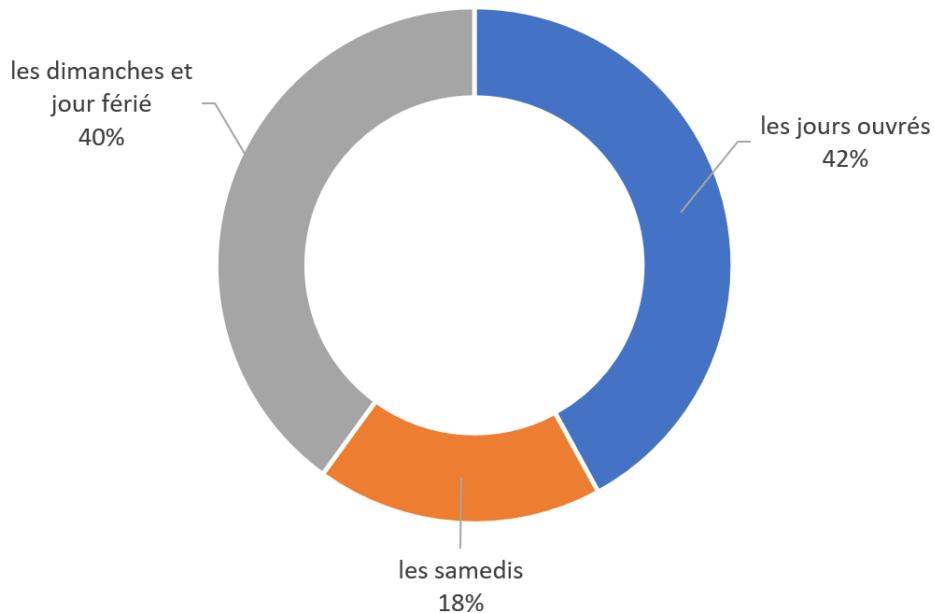


Figure 7 : Proportion des consultations en fonction du jour de la semaine

Nombre et proportion de consultations par tranche d'âge en fonction du jour de la semaine

Il existait une différence notable entre les jours de consultation pour les classes d'âge de 45 – 59 ans et de plus de 75 ans.

Tableau VI : Proportion des tranches d'âges en fonction du jour de la semaine

Tranches d'âge	Les jours ouvrés	Les week-ends et le jour férié
0 – 4 ans	70 (33,5%)	96 (31,3%)
5 – 14 ans	38 (18,2%)	66 (21,5%)
15 – 29 ans	51 (24,4%)	57 (18,6%)
30 – 44 ans	36 (17,2%)	40 (13,0%)
45 – 59 ans	5 (2,4%)	30 (9,8%)
60 – 74 ans	9 (4,3%)	9 (2,9%)
75 – 93 ans	0 (0%)	9 (2,9%)
Total	209	307

Nombre et proportion des motifs consultations en fonction du jour de la semaine

Selon le jour de la semaine, il n'existait pas de différence notable entre les motifs et catégories de motifs de consultation en fonction du jour de consultation (Tableau VII et Annexe 7).

Tableau VII : Proportion des motifs en fonction du jour de la semaine

Motifs les plus fréquents les jours ouvrés		Motifs les plus fréquents les week-ends et le jour férié	
Fièvre	41 (14,4%)	Fièvre	61 (15,5%)
Otalgie	20 (7,0%)	Odynophagie	34 (8,6%)
Doul. Abdo. gén.	20 (7,0%)	Otalgie	32 (8,1%)
Odynophagie	18 (6,3%)	Vomissements	19 (4,8%)
Eruption gén.	17 (6,0%)	Toux	18 (4,6%)
Eruption localisée	13 (4,6%)	Pique d'insecte	14 (3,6%)
S/P des lombes	12 (4,2%)	Céphalée	14 (3,6%)
Vomissements	9 (3,2%)	S/P dent/gencive	13 (3,3%)
Dyspnée	9 (3,2%)	Doul. Abdo. gén.	13 (3,3%)
Céphalée	9 (3,2%)	Eruption localisée	13 (3,3%)
Total	285	Total	394

Statistiques sur les motifs et catégories de motifs les plus fréquents :

Le motif « Fièvre » (A03) :

66,7% des patients consultant pour fièvre avaient 6 ans ou moins. Il n'y avait pas de différence sur le sexe consultant pour fièvre : 52 patients étaient des hommes et 51 des femmes. 93,9% des personnes consultant pour fièvre avaient un médecin traitant versus 6,1%.

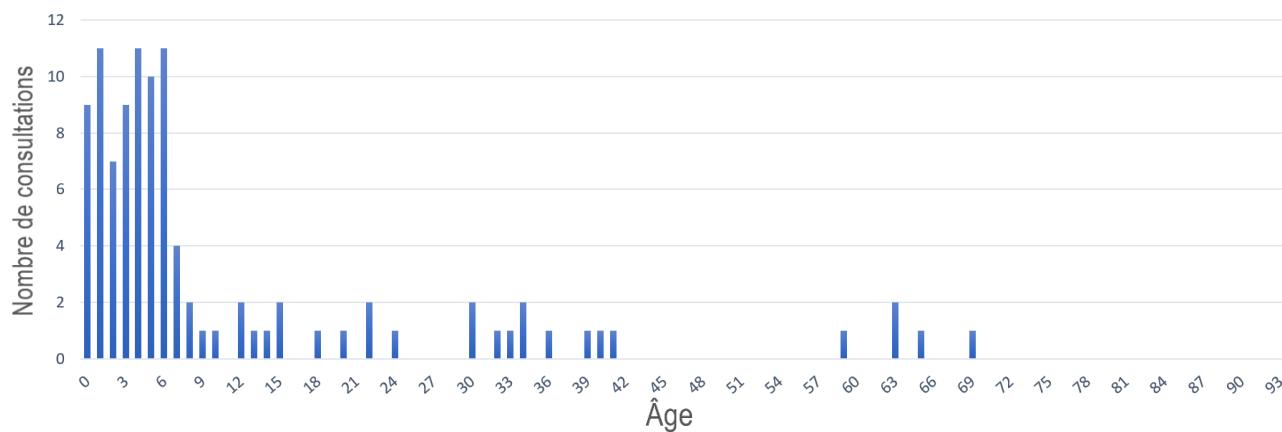


Figure 8 : Nombre de consultations pour fièvre par tranche d'âge

Dans 20,2% des cas, la fièvre évoluait depuis le jour même de la consultation et dans 61,6% des cas, elle évoluait depuis entre 1 et 3 jours.

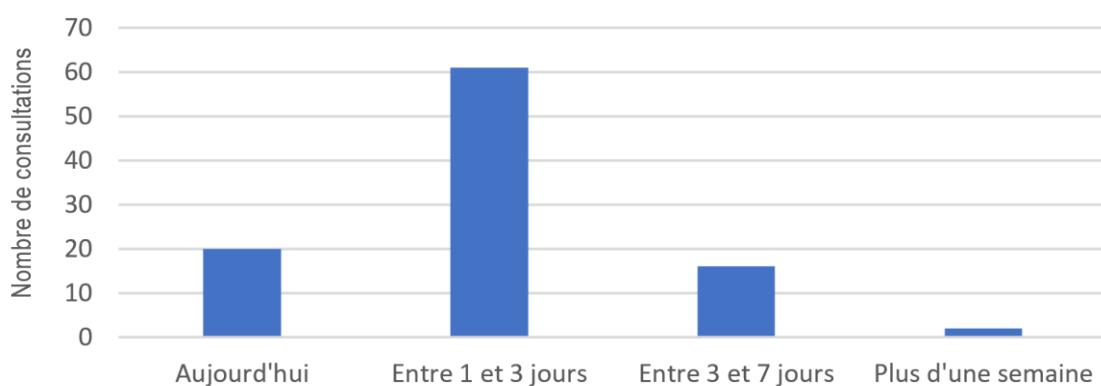


Figure 9 : Distribution des durées d'évolution de la fièvre

Le motif « Otalgie » (H01) :

49,0% des personnes consultant pour « otalgie » avaient 6 ans ou moins.

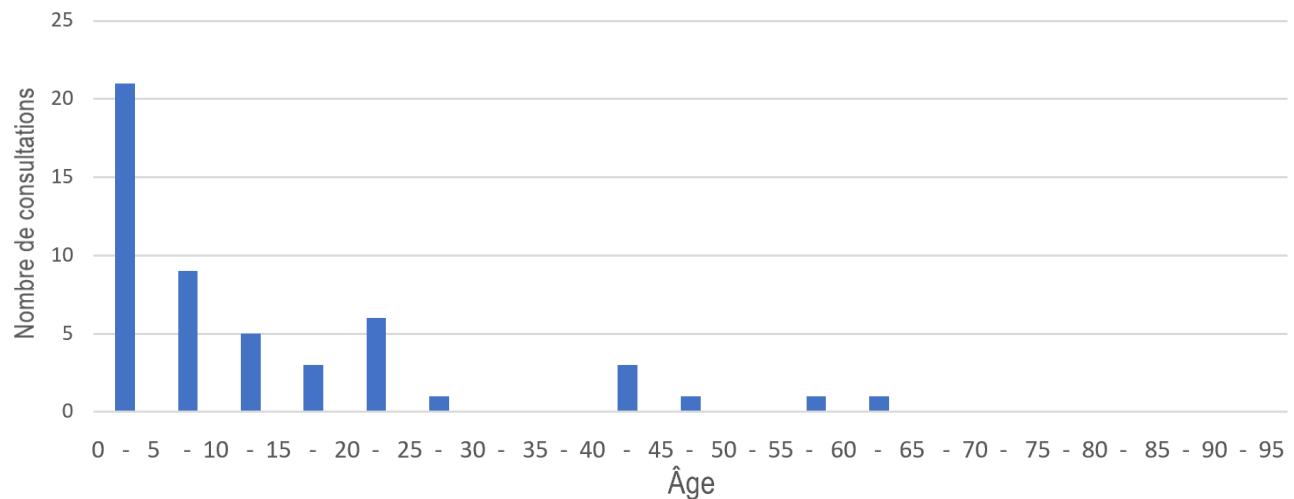


Figure 10 : Nombre de consultation pour otalgie par tranche d'âge

57,1% des motifs pour « otalgie » évoluaient depuis 1 à 3 jours.

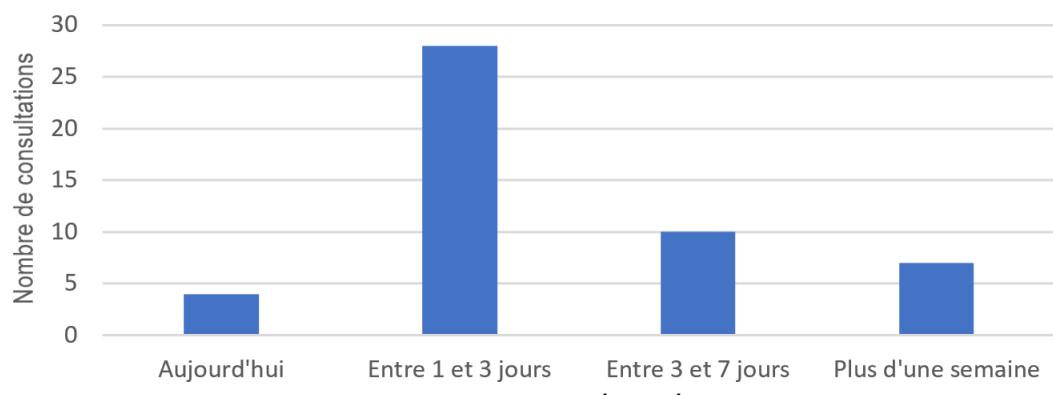


Figure 11 : Distribution des durées d'évolution de l'otalgie

Le motif « Odynophagie » (R21) :

88,0% des personnes consultant pour « odynophagie » avaient 44 ans ou moins.

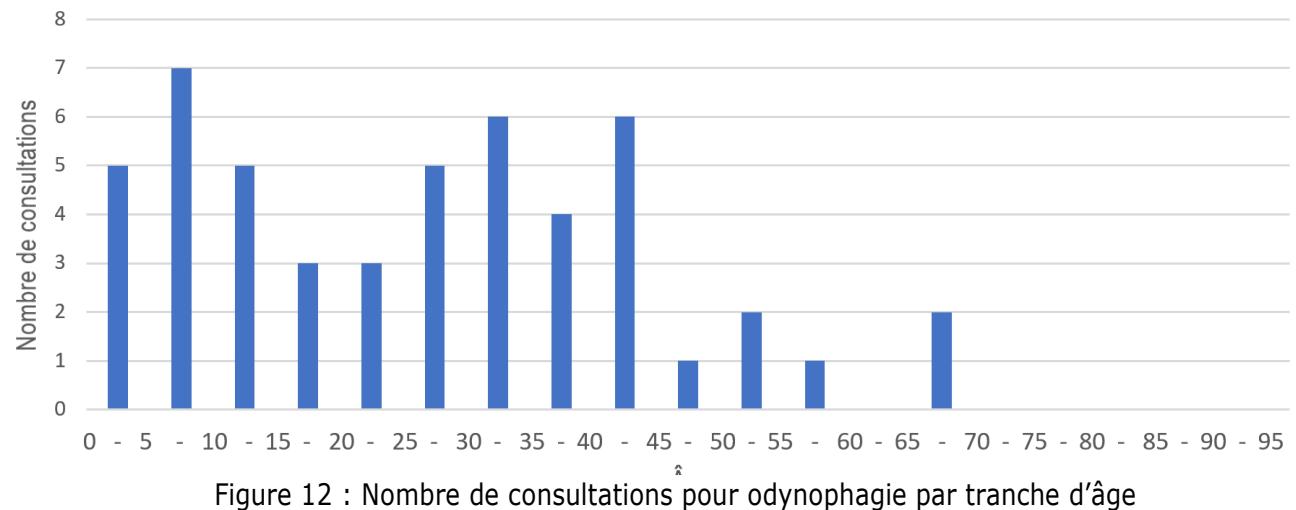


Figure 12 : Nombre de consultations pour odynophagie par tranche d'âge

55,3% des motifs pour « odynophagie » évoluaient depuis 1 à 3 jours.

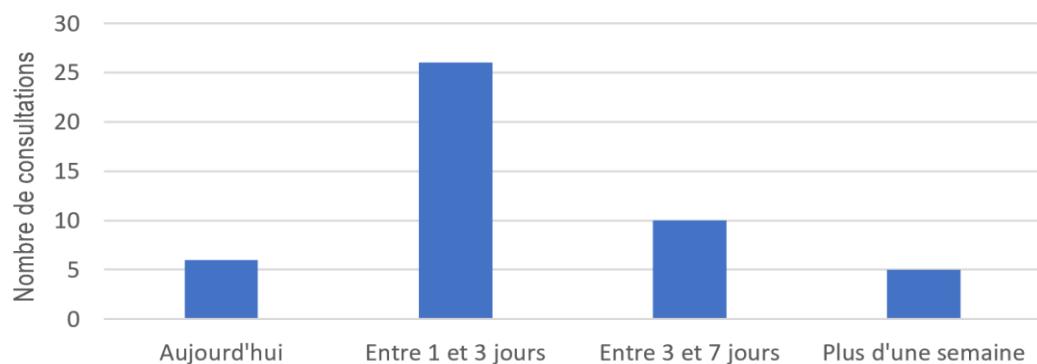


Figure 13 : Distribution des durées d'évolution des odynophagies

Les motifs de la catégorie « Digestif » (D)

33,1% des motifs de la catégorie du système « digestif » étaient retrouvés chez les enfants de 4 ans ou moins

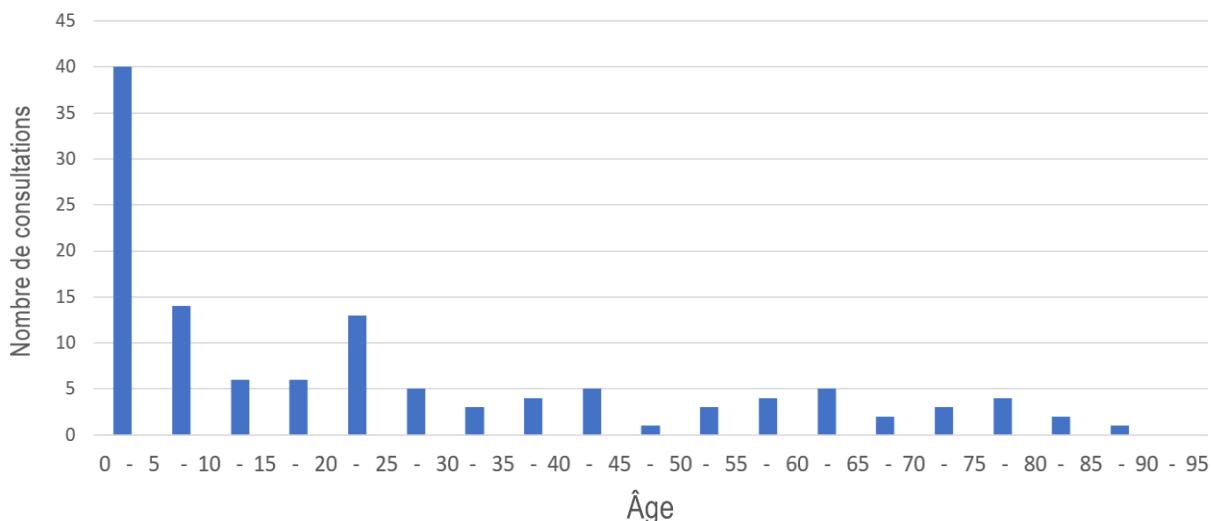


Figure 14 : Distribution des motifs de la catégorie digestifs en fonction de l'âge

54,3% des motifs de la catégorie « digestif » évoluaient depuis 1 à 3 jours.

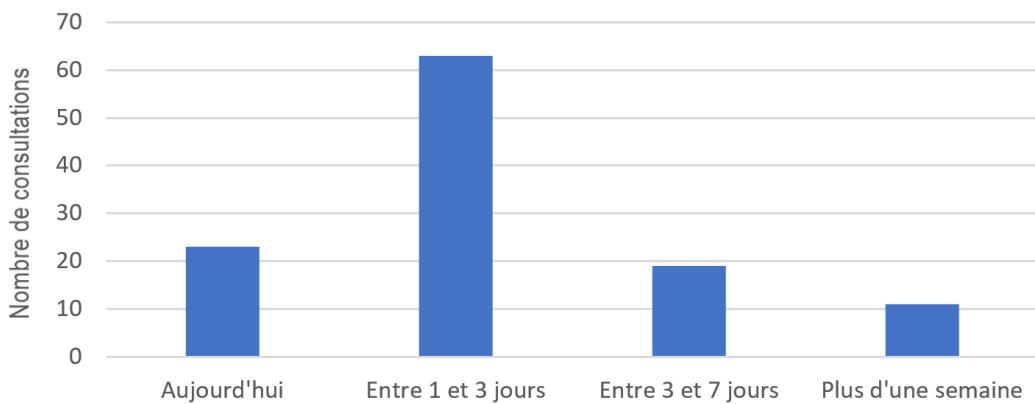


Figure 15 : Distribution des durées d'évolution des motifs de la catégorie digestifs

3.4. Contexte de la consultation

Degré d'urgence ressenti par le patient

Parmi 484 réponses concernant l'urgence ressentie du patient, 152 (31,4%) étaient tout à fait d'accord avec l'urgence de leur problème. 236 (48,8%) patients étaient plutôt d'accord ; 46 (9,5%) patients étaient plutôt pas d'accord ; 1 (<1%) était pas du tout d'accord ; 49 (10,1%) ne se prononçaient pas. Donc en regroupant les 2 premières catégories de réponses, 80,2% des patients ressentaient la situation comme urgente.

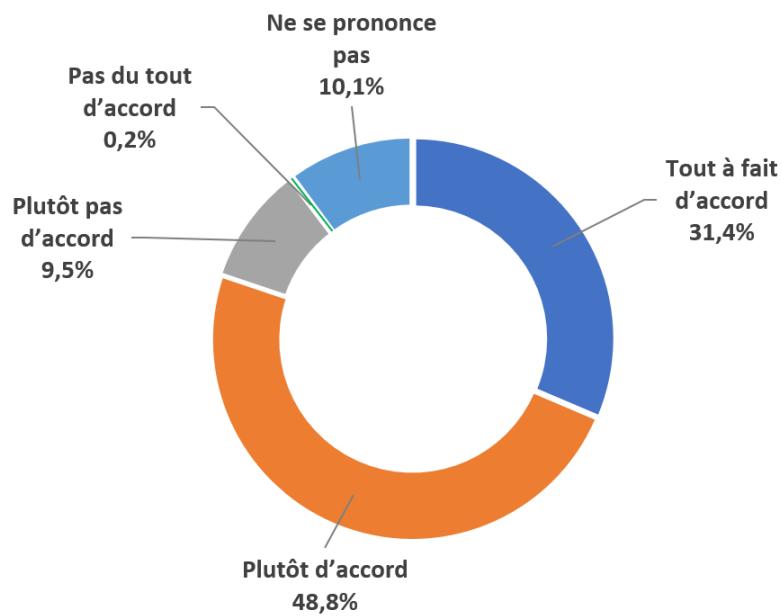


Figure 16 : Proportion de patient ressentant que la consultation est urgente

Origine du recours à la MMG

Sur 492 réponses, 267 patients (54%) ont contacté le 15 ou le 116-117 de leur propre initiative, 95 patients (19%) ont été conseillés par un proche. 23% des patients ont été orientés par un professionnel de la santé : 9% par leur médecin ou sa secrétaire (45 cas), 6% par le service des urgences (28 cas), 6% par un professionnel d'officine (27 cas), 2% par un professionnel paramédical (12 cas). 4% par d'autres sources telles que les pompiers (18 cas).

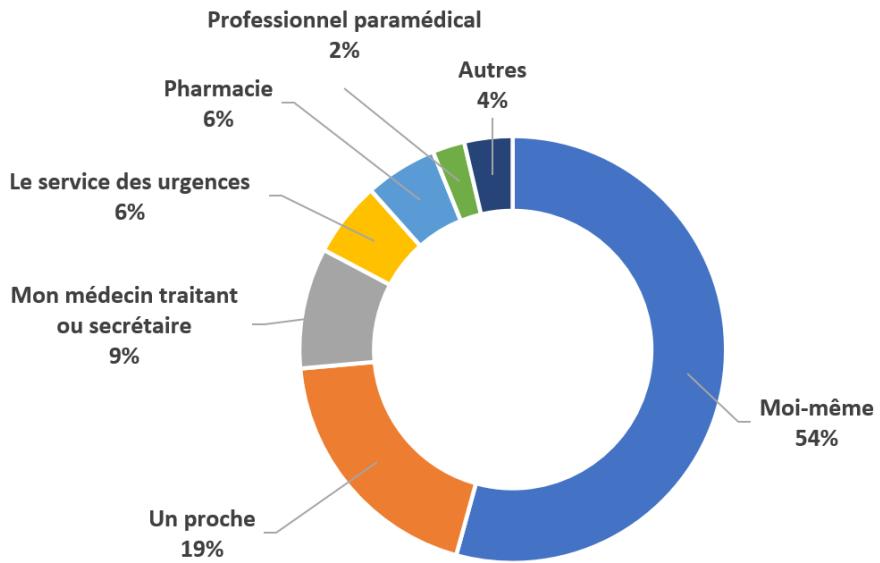


Figure 17 : Proportion des origines de recours à la MMG

Délai d'évolution des symptômes

Sur un total de 655 patients, 20 % ($n = 127$) ont déclaré que leurs symptômes avaient débuté le jour même, tandis que 51 % ($n = 336$) ont rapporté une évolution des symptômes sur une période de 1 à 3 jours. De plus, 17 % ($n = 112$) des patients ont indiqué une durée des symptômes comprise entre 3 et 7 jours, et 12 % ($n = 80$) ont mentionné que leurs symptômes persistaient depuis plus d'une semaine. Donc pour 71% des patients, les symptômes évoluaient depuis moins de 3 jours.

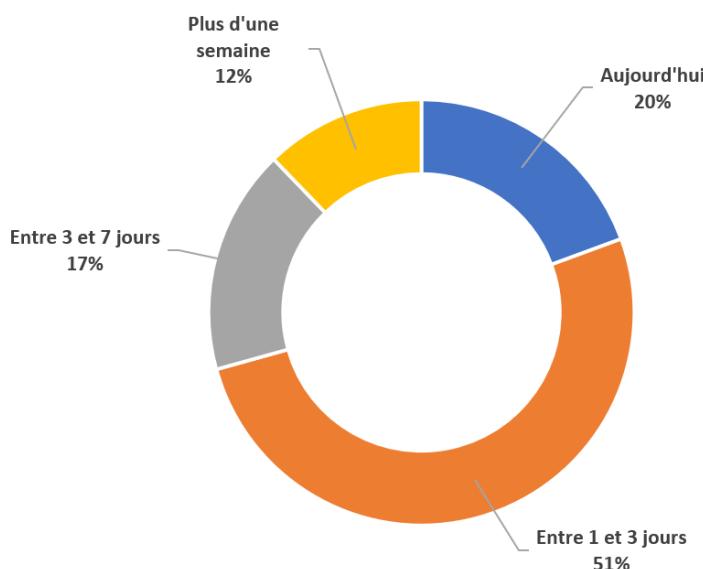


Figure 18 : Délai d'évolution des symptômes avant consultation

Notion de premier recours ou non à la MMG

Parmi 490 patients, il s'agissait d'un premier recours à une MMG dans 307 (63%) cas et 183 (37%) patients disaient être déjà venus en MMG. Il n'existe pas de différence significative entre les populations de patients en fonction de l'existence ou non d'un médecin traitant.

Tableau VIII : Proportion de patient déjà venu à la MMG en fonction de l'existence d'un MT

	Possède un MT	Ne possède pas de MT	Test du Chi2	p =
Déjà venu à la MMG	230 (87,1%)	34 (12,9%)		0,766
N'est jamais venu à la MMG	130 (86,1%)	21 (13,9%)		

Proportion ayant déjà consulté leur médecin traitant

Sur les 514 patients interrogés, 164 (32%) ont indiqué avoir déjà consulté un médecin pour le problème de santé en question, tandis que 350 (68%) n'en avaient pas consulté. Parmi ceux ayant déjà vu un médecin ($n = 154$), 82 (53%) ont rapporté ne pas être retournés consulter en raison de l'indisponibilité du médecin. 35 patients (23%) ont déclaré que la détérioration de leur état de santé les avait dissuadés de retourner le voir, tandis que 17 patients (11%) ont évoqué l'urgence de la situation comme motif. 4 patients (3%) ont recherché un deuxième avis médical et 16 patients (10%) ont indiqué qu'aucune des situations mentionnées ne correspondait à leur cas.

Contact d'un médecin avant la consultation à la MMG

Parmi les 551 réponses recueillies, 196 personnes (38%) avaient tenté de contacter leur médecin traitant avant de se présenter en MMG, contre 245 personnes (48%) qui n'avaient pas fait cette démarche. Par ailleurs, 70 personnes (14%) ont déclaré ne pas avoir de médecin traitant à joindre en premier lieu.

Acceptation du patient à voir un MG rapidement en dehors de la PDSA

Sur un total de 487 réponses recueillies, 443 patients (91%) ont indiqué qu'ils auraient accepté de consulter un médecin le jour même en journée (avant 20 h), ou le lendemain. En revanche, 44 patients (9%) auraient refusé cette possibilité. Parmi ceux ayant refusé, 30 patients (soit 81%) ont justifié leur décision en invoquant l'urgence de leur situation, tandis que les 6 patients restants (16%) n'ont pas précisé leurs motifs.

4. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS

L'étude menée dans les MMG du Mans offre un aperçu approfondi des profils de patients, des caractéristiques des consultations et des motifs de recours. Les résultats révélaient plusieurs tendances notables qui méritent d'être examinées plus en détail. Concernant la représentativité des résultats, ils ont été comparés avec les données de l'INSEE les plus récentes et l'étude ECOGEN réalisée en 2012 qui avait étudié plus de 20000 consultations dans 128 cabinets de médecine générale à l'aide de la CISP-2²⁶.

4.1. Caractéristiques sociodémographiques des participants

Le tableau suivant synthétise les principales données socio-démographiques de l'étude comparées à l'étude ECOGEN et à la population française.

Tableau IX : Comparaison des proportions des caractéristiques sociodémographiques entre cette étude, ECOGEN et la population française

	MMG	ECOGEN	Population française
Sexe féminin	55,1 %	58,3 %	51,6 %
Tranches d'âge :			
0 – 4 ans	24,5 %	8,5 %	5,3 %
5-14 ans	16,8 %	7,2 %	12,2 %
75 ans et plus	4,8 %	15,8 %	10,4 %
Niveau d'étude :			
≥ BAC ou équivalent	74,4 %	*	72,6 %
< BAC ou équivalent	22,9 %	*	24,6 %
Existence d'un médecin traitant	86,8 %	*	89,0 %

« * » : pas de données disponibles

Il existe un équilibre relatif entre les sexes, avec une légère prédominance féminine (55,1%). La proportion de femmes est de 51,6% dans la population française de 2024 selon l'INSEE et de 58,3% dans ECOGEN^{33,26}.

Il y a une surreprésentation notable des enfants de moins de 4 ans consultant en MMG. Ils représentaient 24,6% des consultations (31,4% des patients ont moins de 6 ans) alors qu'ils correspondent à 8,5% des consultations dans l'étude ECOGEN et ils sont 5,3% en population française. De même les 5-14 ans constituaient 16,8% des consultations dans cette étude alors qu'ils représentent 7,2% des consultations dans ECOGEN et 12,2% de la population française³³. Cette différence peut s'expliquer par leur forte susceptibilité à contracter des maladies infectieuses bénignes relevant d'une consultation ambulatoire en médecine générale³⁴. D'après une étude réalisée en 2019 par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), les enfants de moins de 15 ans constituaient 27% de l'ensemble des passages aux urgences alors qu'ils représentaient 41,4% des consultations en MMG dans l'étude réalisée au Mans³⁵.

Cependant les 45 ans et plus, dans cette étude, ne constituaient que 22,4% alors que dans ECOGEN ils représentaient 55,4% des consultations et 46,9% de la population générale³⁶.

Il est intéressant de noter que seulement 4,8% des patients consultant en MMG étaient âgés de plus de 75 ans. De même, les retraités représentaient une plus grande proportion dans l'étude ECOGEN avec 32,7% des consultations alors qu'ils étaient 11,9% dans cette étude et 24,8% dans la population française³⁷. Une orientation plus fréquente vers les services d'urgence est probable en raison de leur vulnérabilité et des potentiels besoins de

soins prolongés. Deux études ont montré que les personnes de plus de 75 ans sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé complexes et d'être hospitalisées en lien direct avec leur fragilité^{38,39}. De plus nous pouvons évoquer une limite du recours au système de soin par cette dernière tranche âge, en l'occurrence de l'usage des numéros d'urgence permettant d'accéder aux MMG ainsi qu'une probable limite dans leur mobilité. Par ailleurs, il est constaté une fréquentation plus importante des plus de 75 ans les week-ends et le jour férié ce qui pourrait s'expliquer par une meilleure disponibilité de leurs accompagnants.

Les résultats montrent que 62,6% des patients consultant en MMG possédaient une mutuelle en complément de la sécurité sociale, un chiffre nettement inférieur à celui de la population française générale, où la couverture par une mutuelle atteint 89%⁴⁰. Cette différence peut s'expliquer par un biais de recueil, car les 23,5% des patients ayant déclaré n'avoir que la sécurité sociale pourraient en réalité bénéficier d'autres formes de couverture maladie. La notion de couverture sociale n'est pas comparable avec ECOGEN car l'étude a plutôt étudié l'existence d'un statut d'exonération. Toutefois, la proportion de CSS dans ECOGEN est de 4,1%, 12,7% dans cette étude et 10,7% dans la population française⁴¹. Et pour l'AME elle représente 0,3% des consultations dans ECOGEN, 0,2% dans cette étude et 0,7% de la population française⁴².

Concernant la catégorie socioprofessionnelle, on retrouve globalement les mêmes proportions pour toutes les personnes en activité professionnelle hormis pour les professions intermédiaires (6,0% pour ECOGEN et 2,8% pour cette étude) et les employés (19,32% pour ECOGEN et 16,3% dans cette étude).

Les résultats indiquent que 74,4% des adultes consultant aux MMG du Mans avaient un niveau d'études équivalent ou supérieur au Bac/CAP/BEP, comparé à 72,6% dans la population française générale. De plus, 22,9% n'avaient aucun diplôme ou seulement un brevet des collèges, un taux similaire à celui de la population générale (24,4%)⁴³. Ces données montrent que le niveau d'éducation des patients consultant est globalement comparable à celui de la population française. Par ailleurs, il n'a pas été déterminé le niveau d'études des parents des enfants consultant en MMG qui représentaient une proportion non négligeable des participants.

86,6% des patients consultant en MMG avaient un médecin traitant alors qu'ils sont 80,2% en population sarthoise et 89% en population française^{44,45}. Plusieurs hypothèses sur le recours aux MMG peuvent être évoquées. En premier lieu, il peut s'agir d'une conséquence de l'allongement des délais de consultation des médecins généralistes⁴⁶. En effet, cette étude révèle que 38% des patients avaient essayé d'obtenir un rendez-vous chez leur médecin traitant dans un délai raisonnable avant de venir à la MMG. En second lieu, les cabinets médicaux n'étant accessibles qu'en jours ouvrables de 8h à 20h, ces horaires peuvent ne pas convenir à une population active du lundi au vendredi. D'autant qu'un SNP n'étant pas prévisible, il est difficile de prévoir au dernier moment de se libérer du travail et notamment pour des enfants qui représentent une part importante des consultations.

4.2. Les motifs de consultation

Le tableau suivant synthétise des motifs et catégories de consultation de l'étude comparées à l'étude ECOGEN.

Tableau X : Comparaison des motifs entre l'étude et ECOGEN

	MMG	ECOGEN
Proportion de symptômes/plaintes	98 %	43 %
Motifs :		
Fièvre	15,2 %	2,6 %
Otalgie	7,7 %	< 1,7 %
S/P de la gorge	4,8 %	1,8 %
Renouvellement d'ordonnance	0 %	21,3 %
Suivi d'un problème de santé	0 %	5,7 %
Chapitres :		
Digestif	18 %	9,5 %
Cutané	16 %	4,2 %
Respiratoire	14 %	13,3 %

Les symptômes/plaintes (S/P) représentaient 98% des motifs de consultation dans cette étude alors qu'ils correspondent à 43% dans ECOGEN. De même, les motifs de consultation les plus représentés dans ECOGEN sont des situations de renouvellement d'ordonnance (21,3%), d'un suivi de problème de santé (5,7%), discussion de résultats d'examens (4,0%) et d'ordre administratif (2,9%) alors qu'ils étaient exceptionnels dans cette étude. Cela s'explique par le fait que la fonction des MMG est de répondre aux demandes de SNP et que cette mission n'a pas dévié sur des soins programmés et/ou de suivi pour des patients sans médecin traitant. De plus, la proportion de consultations en MMG pour des motifs d'ordre douloureux (36,5%), est en lien avec l'afflux important de

consultations urgentes pour des motifs douloureux aigus. Un article de 2007 estime la prévalence de la douleur entre 71 et 86% dans les services d'urgence et un article de 2006 a retrouvé que la douleur était présente dans 40% des motifs de SNP en cabinet^{47,48}.

Les données recueillies révèlent une prédominance des consultations pour la fièvre, avec un taux de 15,2% comparé à 2,6% dans l'étude ECOGEN. Cette tendance est suivie par des consultations pour otalgie (7,7% contre moins de 1,7%), plaintes de gorge (7,6% contre 1,8%) et douleurs abdominales généralisées (4,8% contre moins de 1,7%).

En termes de chapitres, les plus représentés sont le système digestif (18% contre 9,5% dans ECOGEN), cutané (16% contre 4,2%), respiratoire (14% contre 13,3%) et ostéoarticulaire (13% contre 12,5%).

Ces motifs et catégories de motifs de consultation les plus fréquents reflètent les conditions de santé courantes pour lesquelles les patients cherchent une attention médicale urgente. Selon une étude de la DRESS de 2006 sur les SNP en cabinet de médecine générale, 22% des consultations concernaient une « maladie infectieuse » et 16% se rapportaient à l' « ORL-stomatologie »⁴⁸.

Il est intéressant de noter une distribution différenciée des motifs de consultation selon l'âge. Les enfants de 0 à 6 ans représentaient la plus grande proportion de consultations (31,4%), en particulier pour des motifs tels que la fièvre (66,7%) l'otalgie (49,0%). Les catégories de motif les plus représentées pour les 2 premières tranches d'âge étaient les pathologies cutanées et digestifs (Annexe 6). Ces tendances peuvent être attribuée à la prévalence plus élevée des maladies infantiles dans ce groupe d'âge. Un bulletin épidémiologique rapportait qu'en 2006 chez les enfants atteints d'infection ORL, 30% d'entre eux étaient âgés de 6 à 24 mois, 44% âgés de 2 à 8 ans et 26% de 8 à 15 ans³⁴. Les

consultations pour fièvre, notamment chez les enfants de moins de 6 ans, peuvent s'expliquer par la crainte des parents face à des pathologies graves telles que la méningite. Un article de 2007 rapportait que les parents reconnaissaient généralement les signes inquiétants liés à la fièvre et agissaient en conséquence même si le recours au médecin était parfois excessif⁴⁹.

En revanche, les patients âgés de 15 à 29 ans étaient également nombreux (19,8% des consultations), avec une prédominance des motifs de consultation liés aux problèmes de d'ordre digestif (25%) et d'odynophagie (8,3%). Ces observations suggèrent une certaine tendance de la régulation à rediriger les jeunes enfants et jeunes adultes à consulter en MMG devant un contexte de pathologie souvent peu grave et ayant peu de comorbidités ne justifiant pas d'aller au service d'accueil des urgences⁵⁰. Par ailleurs, le recours aux MMG par les jeunes adultes pourrait s'expliquer par la nécessité d'établir des certificats comme des arrêts de travail. Selon l'étude de la DREES de 2006, 12% des SNP vus en médecine générale en dehors de la PDSA donnait lieu à la délivrance d'arrêt de travail⁴⁸. Cette étude ne s'intéressant qu'aux premiers motifs de consultation, elle n'a pas permis de déterminer les motifs secondaires de consultation et notamment le second motif « arrêt de travail » souvent associé à un symptôme.

La faible proportion de consultations pour dysurie (2,8%) peut être due à la possibilité d'une prescription médicamenteuse téléphonique (PMT) par le médecin régulateur. La HAS a publié en 2009 des recommandations de bonne pratique pour l'usage de la PMT qui sont adaptées aux cystites aigues simples^{51,52}. Les consultations pour les brûlures mictionnelles non fébriles pourraient être réduites en adressant également les patients aux pharmaciens, désormais habilités à délivrer certains traitements selon des protocoles⁵³. Il existe également

des protocoles de dispensation d'antibiotique pour l'odynophagie qui est un des motifs les plus représentés avec 7,6% des consultations en MMG.

La très faible proportion de motifs « traumatique » et l'absence de « plaie » interpelle car cela fait partie des compétences de prise en charge du généraliste. Dans ECOGEN ils représentaient 2,5% des consultations et dans l'étude de la DRESS de 2006 ils représentaient 9% des SNP en cabinet de MG⁴⁸. Cette différence doit s'expliquer par une orientation de la régulation quasi systématique vers le service des urgences de ce type de motif. En effet ces derniers justifient régulièrement l'accès à un plateau technique en urgence tel que des radiographies ainsi que pour les plaies avec la disposition de sets de suture.

Les différences dans les motifs de consultation entre les patients ayant et n'ayant pas de médecin traitant soulignent l'importance de prendre en compte le statut du patient lors de l'évaluation de la gravité des symptômes et de la nécessité d'une intervention médicale immédiate. Mais cela ne fait pas partie des recommandations de décision en régulation médicale au centre 15⁵⁴ ; notamment les consultations d'ordre ostéoarticulaire et pour vomissements, 2 à 2,5 fois plus fréquentes chez les patients n'ayant pas de médecin traitant, pour évaluer leur état général. Un article de 2004 rapporte que les vomissements peuvent se rencontrer au cours de nombreuses urgences médicales ou chirurgicales pour lesquelles tout retard diagnostique et thérapeutique est préjudiciable⁵⁵. Cela témoigne de l'importance que les patients sans MT consultent en MMG pour ces types de motifs car ils ne pourront pas avoir aussi facilement un rendez-vous de SNP en journée comme pourraient l'avoir ceux qui ont un MT.

4.3. Contextes des consultations

En ce qui concerne le contexte des consultations, les résultats mettent en lumière la perception subjective de l'urgence ressentie par les patients, ainsi que les facteurs qui influent sur leur décision de consulter en MMG. La majorité des patients (80,2%) estimaient que leur problème de santé était urgent. Il peut être évoqué l'hypothèse d'un parcours de la société évoluant vers une consommation instantanée, « urgente », des soins comme le précise le rapport du Sénat qui constate une « évolution sociétale valorisant l'immédiateté de l'accès aux soins »^{55,56}. Ce comportement favorise l'accès direct non refusé à la porte des services d'urgences notamment de l'hôpital publique. A noter qu'en Sarthe, actuellement en raison des fermetures régulières des services d'urgence, les patients sont encouragés à téléphoner à leur MT ou à un médecin régulateur avant de se présenter dans un service d'urgence⁵⁷. Des études sont probablement à prévoir pour évaluer les effets.

L'étude examinait également le délai d'évolution des symptômes. Les résultats indiquaient que majoritairement (51%), les patients consultaient pour des symptômes évoluant depuis quelques jours (1 à 3 jours). Cela suggère une limite dans l'accès aux soins voire aussi une temporisation dans la prise en charge des problèmes de santé aigus par les patients ou la régulation du centre 15 au travers de conseils médicaux⁵⁸. À noter que les symptômes évoluaient depuis moins de 3 jours pour 71% des patients.

Les résultats indiquent que 42% des consultations en MMG ont lieu les soirs de jours ouvrés avec une moyenne de 32 consultations par soir ouvré, tandis que 58% se déroulent les week-ends avec une moyenne de 79,4 consultations par jour. Cette tendance souligne

l'importance des MMG pour assurer permanence des soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, répondant ainsi aux besoins urgents et imprévus des patients.

Un autre point, les résultats révélaient des différences dans l'origine du recours à la MMG, avec la moitié des patients (54%) contactant eux-mêmes la régulation pour accéder à la MMG donc cette population semble plutôt informée sur la place de cette structure dans le système de soins. D'autant que 37% des patients déclaraient qu'ils ont déjà eu recours à la MMG. En 2019, une étude en Sarthe rapportait que 69,4% des personnes appelant le centre 15 connaissaient les MMG⁵⁶. Cependant, il est nécessaire de sensibiliser la population générale sur l'existence de structure de garde en médecine de ville, tout comme le recours au 116-117^{59,60}.

Il est également mis en évidence que presque le quart des patients (23%) était orienté aux MMG par différents professionnels de la santé (médecin généraliste, secrétaire médicale, la pharmacie, le service des urgences, ou autres professionnels paramédicaux). Cela souligne l'importance du rôle des professionnels de santé dans la connaissance des MMG, l'adressage via la régulation et dans l'orientation des patients vers les services de soins appropriés⁵⁶.

Enfin, les résultats montraient une forte disposition des patients (91%) à consulter un médecin dans la journée ou le lendemain soulignant l'intérêt du développement du Service d'Accès aux Soins (SAS)⁶¹. Ce dispositif créé depuis le Pacte de refondation des urgences en 2019 a pour objectif de répondre aux demandes de SNP au travers de plages de consultations de médecins généralistes pouvant recevoir en journée des patients adressés par la régulation du centre 15 ou 116-117⁶².

4.4. Les forces et limites de l'étude :

Au niveau des forces, cette étude est la première à fournir une analyse détaillée des consultations en MMG en Sarthe, offrant ainsi des informations précieuses pour améliorer l'accès aux MMG du Mans en Sarthe. L'utilisation de la CISPI-2 pour coder les motifs de consultation est une approche qui permet une standardisation des données et facilite la comparaison avec d'autres études utilisant la même classification^{26,63}. De plus, la réalisation d'un test du questionnaire au préalable de l'étude a permis d'optimiser le recueil. Le fort taux de réponses (92,5% de participation et 89,7% de consultations analysées) et la collecte exhaustive des motifs de consultation et des données démographiques renforcent la validité des résultats et permettent une compréhension approfondie des besoins des patients ainsi que des tendances de recours aux soins. Enfin les caractéristiques de l'échantillon en grande partie conforme à la population française selon l'INSEE corroborent sa représentativité.

Cependant, l'étude présente certaines limites ou biais potentiels qui pourraient avoir affecté les résultats de l'étude. Tout d'abord, il y a un biais de sélection des patients car l'étude s'est concentrée sur une zone du département de la Sarthe (La métropole du Mans et sa périphérie) et sur une période spécifique estivale (du 4 au 17 juillet 2023), ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres contextes. En l'occurrence, il doit exister une sous-estimation de la proportion des infections épidémiques, surtout présentes l'hiver en plus de l'impact des vacances potentielles des MT l'été⁶⁴. De plus, l'utilisation d'un auto-questionnaire a pu introduire un biais de réponse car les participants pouvaient fournir des réponses inexactes ou biaisées en fonction de leur compréhension du questionnaire ou de leurs propres perceptions. Enfin, le biais de mesure est évoqué lorsqu'il a fallu sélectionner un motif parmi plusieurs énoncés à la fois sur le questionnaire du patient et la fiche de régulation. De même, la transcription manuelle des informations papier sur le tableur Excel® pourrait avoir impacté la précision des données recueillies.

4.5. Perspectives

Les résultats de cette étude fournissent des éléments intéressants pour réfléchir à l'amélioration de la prise en charge des SNP en Sarthe. Tout d'abord, améliorer la prévention et l'éducation des familles sur les pathologies courantes des enfants et les sensibiliser à cette filière de soins pourrait être bénéfique. Encourager la participation à la PDSA en revalorisant les contributions des médecins serait également avantageux. Par ailleurs, la publication du décret n°2024-541 du 14 juin 2024 traitant du SAS et de sa généralisation en France permettra à des patients en demande de SNP de consulter un médecin en journée ou le lendemain plutôt que de devoir attendre le soir en MMG libérant ainsi des créneaux de consultations en MMG⁶⁵. Cependant, le SAS repose sur les médecins généralistes installés, qui sont déjà surchargés. Ainsi, la réussite du SAS dépendra de la pérennité du système. Et étant donné le grand nombre d'enfants consultant en MMG et le manque de médecins généralistes pour les gardes, il serait intéressant d'inviter des pédiatres, notamment libéraux, à participer également à la PDSA et au SAS⁶⁶. De même, encourager le développement d'un Centre Médical de Soins Immédiats (CMSI), dont le rôle est de répondre à des demandes de SNP en journée avec à disposition un plateau technique, contribuerait également à soulager les services d'urgences⁶⁷. En traitant les urgences mineures à modérées, les MMG aident à réduire les temps d'attente, les coûts de santé globaux et à décongestionner les services d'urgence. En 2017, le Sénat estimait le coût moyen d'un passage aux urgences entre 161,50 et 250€ ; tandis qu'en 2024, une consultation en MMG coûte 53 euros pour un adulte le dimanche en journée^{5,68}. Il serait donc utile d'évaluer plus précisément les économies réalisées pour souligner l'importance des MMG dans le système de soins.

5. CONCLUSION

L'étude dans les maisons médicales de garde (MMG) du Mans, offre un aperçu détaillé des profils sociodémographiques des patients consultant et des caractéristiques des consultations. Les résultats révélaient une surreprésentation des enfants de moins de 15 ans (41,3%), particulièrement des 0 à 4 ans (24,5%), et une faible proportion de patients de plus de 60 ans (12,3%), notamment les plus de 75 ans (4,8%). 71% des consultations étaient principalement motivées par des symptômes évoluant depuis moins de 3 jours, incluant fréquemment la fièvre, l'otalgie, l'odynophagie et les problèmes digestifs. 86,8% des patients avaient un médecin traitant, comparé à 80% de la population en Sarthe. Les consultations répondaient à des demandes de soins non programmés (SNP), mission même des MMG, témoignant leur importance pour assurer la PDSA. 98% des motifs de consultation étaient des symptômes/plaintes et les symptômes évoluaient depuis moins de 3 jours pour 71% des patients. 80,2% des patients percevaient leur situation comme urgente. L'enquête montrait que 63% des patients consultaient en MMG pour la première fois, et les motifs ostéoarticulaires et vomissements étaient plus fréquents chez les patients sans médecin traitant. L'orientation par les professionnels de santé représentait 23% des consultations, soulignant l'importance de la connaissance du système. Enfin, l'étude indiquait également que 91% des patients auraient accepté un rendez-vous en journée ou le lendemain, soulignant l'intérêt de développer le Service d'Accès aux Soins (SAS). Deux profils de patients consultant en MMG se dégagent de l'étude. Les moins de 15 ans consultant pour des motifs infectieux tels que la fièvre, pathologies de la sphère ORL, cutané ou digestif. Et les adultes jeunes de 15 à 45 ans qui constituaient 36,2% des patients, consultant principalement pour des problèmes digestifs, ORL ou ostéoarticulaire, nécessitant probablement un certificat en motif secondaire. Les biais géographiques et temporels limitent

la généralisation des résultats, mais cette étude offre des éléments intéressants pour optimiser l'organisation des MMG de l'ADOPS 72 et améliorer le système de permanence des soins ambulatoires (PDSA) en Sarthe avec notamment le développement du SAS.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition géographique des zones sous-denses en Sarthe en 2023.....	18
Figure 2 : Carte de la Sarthe représentant les territoires couverts par chaque MMG identifiées par des étoiles	20
Figure 3 : Illustration de la structure bi-axiale de la CISP-2.....	22
Figure 4 : Diagramme de flux.....	28
Figure 5 : proportion des motifs de consultation les plus fréquents	31
Figure 6 : Proportion des catégories de motifs	33
Figure 7 : Proportion des consultations en fonction du jour de la semaine.....	35
Figure 8 : Nombre de consultations pour fièvre par tranche d'âge	37
Figure 9 : Distribution des durées d'évolution de la fièvre	37
Figure 10 : Nombre de consultation pour otalgie par tranche d'âge	38
Figure 11 : Distribution des durées d'évolution de l'otalgie	38
Figure 12 : Nombre de consultations pour odynophagie par tranche d'âge	39
Figure 13 : Distribution des durées d'évolution des odynophagies	39
Figure 14 : Distribution des motifs de la catégorie digestifs en fonction de l'âge	40
Figure 15 : Distribution des durées d'évolution des motifs de la catégorie digestifs	40
Figure 16 : Proportion de patient ressentant que la consultation est urgente.....	41
Figure 17 : Proportion des origines de recours à la MMG	42
Figure 18 : Délai d'évolution des symptômes avant consultation	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Principales caractéristiques sociodémographiques des patients	29
Tableau II : Proportion des tranches d'âge en fonction de la présence ou non d'un MT	30
Tableau III : Motifs les plus fréquents en fonction de la présence ou non d'un MT	32
Tableau IV : Proportion des catégories de motifs les plus fréquents en fonction de la présence ou non d'un MT.....	33
Tableau V : Motifs et catégories les plus fréquents en fonction des tranches d'âge.....	34
Tableau VI : Proportion des tranches d'âges en fonction du jour de la semaine	35
Tableau VII : Proportion des motifs en fonction du jour de la semaine.....	36
Tableau VIII : Proportion de patient déjà venu à la MMG en fonction de l'existence d'un MT	43
Tableau IX : Comparaison des proportions des caractéristiques sociodémographiques entre cette étude, ECOGEN et la population française.....	45
Tableau X : Comparaison des motifs entre l'étude et ECOGEN	49

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	4
LISTE DES ABREVIATIONS	12
RÉSUMÉ	14
1. INTRODUCTION.....	16
1.1. Préambule	16
1.2. Démographie médicale et zones sous-denses : Place de la Sarthe	18
1.3. La Permanence Des Soins Ambulatoires et son organisation	19
1.4. L'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins de la Sarthe (ADOPS 72)	20
1.5. Classification Internationale des Soins Primaires (CISP)	21
1.6. Objectifs de l'étude	22
2. MÉTHODES	24
2.1. Design	24
2.2. Population étudiée.....	24
2.3. Outils de recueil : Description du questionnaire	24
2.4. Recueil des données	25
2.5. Analyse des données	26
2.6. Mesures éthiques et réglementaires	27
2.7. Stratégie de recherche documentaire	27
3. RESULTATS.....	28
3.1. Population incluse	28
3.2. Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	29
3.3. Les motifs de consultation.....	30
3.4. Contexte de la consultation	41
4. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS	45
4.1. Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	45
4.2. Les motifs de consultation.....	49
4.3. Contextes des consultations	53
4.4. Les forces et limites de l'étude :	55
4.5. Perspectives	56
5. CONCLUSION.....	57
LISTE DES FIGURES	59
LISTE DES TABLEAUX	60
TABLE DES MATIERES	61
ANNEXES	62
BIBLIOGRAPHIE	72

ANNEXES

Annexe 1 : Classification internationale des Soins Primaires version 2

ICPC-2 - French International Classification of Primary Care - 2 nd Edition	Sang, syst. hématop/immunol.	Oeil	F	Ostéo-articulaire	L
Wonca International Classification Committee (WICC)					
Procédures					
-30 Ex médical/bilan santé détaillé -31 Ex médical/bilan santé partiel -32 Test de sensibilité -33 Ex microbiologique/immunologique -34 Autre analyse de sang -35 Autre analyse d'urine -36 Autre analyse de selles -37 Cytologie/histologie -38 Autre analyse de laboratoire -39 Epreuve fonctionnelle -40 Endoscopie -41 Radiologie diagnostique/imagerie -42 Tracé électrique -43 Autre procédure diagnostique -44 Vaccination/médication préventive -45 Recom./éducation santé/avis/régime -46 Discussion entre dispensateurs SSP -47 Discussion dispensateur spécialiste -48 Clarification de la demande du patient -49 Autre procédure préventive -50 Médication/prescription/injection -51 Incision/drainage/aspiration -52 Excision/biopsie/coupe/débridement -53 Perfusion/intubat./dilat./appareillage -54 Répar/fixation/suture/plâtre/prothèse -55 Traitement local/infiltation -56 Pansement/compression/bandage -57 Thérapie manuelle/médecine physique -58 Conseil thérap/écoute/examens -59 Autres procédures thérapeutiques -60 Résultats analyses/examens -61 Résultats ex/procédé autre dispensateur -62 Contact administratif -63 Rencontre de suivi -64 Epis. nouveau/en cours init. par disp. -65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers -66 Référence à dispenses SSP non médecin -67 Référence à médecins -68 Autre référence -69 Autres procédures	B02 Ganglion lymph. augmenté/douloureux B04 S/P du sang B25 Peur du SIDA/du VIH B26 Peur du cancer du sang/lymph. B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate B28 Limitation de la fonction/incap. (B) B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol. B70 Adénite aiguë B71 Adénite chronique/non-spécifique B72 Maladie de Hodgkin/lymphome B73 Leucémie B74 Autre cancer du sang B75 Tumeur bénigne/indéf. sang/lymph. B76 Rupture traumat. de la rate B77 Autre traumat. sang/lymph/rate B78 Anémie hémolytique héréditaire B79 Autre anom. congénitale sang/lymph/rate B80 Anémie par déficience en fer B81 Anémie carence vit B12/ac. folique B82 Autre anémie/indéf. B83 Purpura/défaut de coagulation B84 Globules blancs anormaux B87 Splénomégalie B90 Infection par le virus HIV, SIDA B99 Autre maladie sang/lymph/rate	F01 Oeil douloureux F02 Oeil rouge F03 Ecoulement de l'œil F04 Taches visuelles/flottantes F05 Autre perturbation de la vision F13 Sensation oculaire anormale F14 Mouvements oculaires anormaux F15 Apparence anormale de l'œil F16 S/P de la paupière F17 S/P lunettes F18 S/P lentilles de contact F27 Peur d'une maladie de l'œil F28 Limitation de la fonction/incap. (F) F29 Autre S/P de l'œil F70 Conjunctivite infectieuse F71 Conjunctivite allergique F72 Blépharite, orgelet, chalazion F73 Autre infection/inflammation de l'œil F74 Tumeur de l'œil et des annexes F75 Contusion/hémorragie de l'œil F76 CE dans l'œil F79 Autre lésion traumat. de l'œil F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant F81 Autre anom. congénitale de l'œil F82 Décollement de la retraite F83 Rétinopathie F84 Dégénérescence maculaire F85 Ulcère de la cornée F86 Trachome F91 Défaut de réfraction F92 Cataracte F93 Glaucome F94 Cécité F95 Strabisme F99 Autre maladie de l'œil/annexes	L01 S/P du cou L02 S/P du dos L03 S/P des lombes L04 S/P du thorax L05 S/P du flanc et du creux axillaire L07 S/P de la mâchoire L08 S/P de l'épaule L09 S/P du bras L10 S/P du coude L11 S/P du poignet L12 S/P de la main et du doigt L13 S/P de la hanche L14 S/P de la jambe et de la cuisse L15 S/P du genou L16 S/P de la cheville L17 S/P du pied et de l'orteil L18 Douleur musculaire L19 S/P musculaire NCA L20 S/P d'une articulation NCA L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire L27 Peur autre maladie syst. ostéo-articul. L28 Limitation de la fonction/incap. (L) L29 Autre S/P ostéo-articulaire L70 Infection du syst. ostéo-articulaire L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire		
Général et non spécifié					
A01 Douleur générale/de sites multiples A02 Frissons A03 Fièvre A04 Fatigue/faiblesse générale A05 Sensation d'être malade A06 Evanouissement/syncope A07 Coma A08 Gonflement A09 P. de transpiration A10 Saignement/hémorragie NCA A11 Douleur thoracique NCA A13 Préc. par/peur traitement médical A16 Nourrisson irritable A18 Préc. par son aspect extérieur A20 Demande/discussion sur l'euthanasie A21 Facteur de risque de cancer A23 Facteur de risque NCA A25 Peur de la mort, de mourir A26 Peur du cancer NCA A27 Peur d'une autre maladie NCA A28 Limitation de la fonction/incap. NCA A29 Autre S/P général	D01 Douleur/crampes abdominales gén. D02 Douleur abdominale/épigastrique D03 Brûlure/brûlant/brûlure estomac D04 Douleur rectale/ anale D05 Démangeaisons périnales D06 Autre douleur abdominale loc. D07 Dyspepsie/indigestion D08 Flatulence/gaz/renvoi D09 Nausée D10 Vomissement D11 Diarrhée D12 Constipation D13 Jaunisse D14 Hématemèse/vomissement de sang D15 Mélène D16 Saignement rectal D17 Incontinence rectale D18 Modification selles/mouvem. intestin D19 S/P dentes/gencives D20 S/P bouche/langue/lèvres D21 P. de déglutition D23 Hépatomégalie D24 Masse abdominale NCA D25 Distension abdominale D26 Peur du cancer du syst. digestif D27 Peur d'une autre maladie digestive D28 Limitation de la fonction/incap. (D) D29 Autre S/P du syst. digestif D70 Infection gastro-intestinale D71 Oreillons D72 Hépatite virale D73 Gastro-entérite présumée infectieuse D74 Cancer de l'estomac D75 Cancer du colon/du rectum D76 Cancer du pancréas D77 Autre cancer digestif/NCA D78 Tumeur bénigne/indéf. du syst. dig. D79 CE du syst. digestif D80 Autre traumat. du syst. digestif D81 Anom. congénitale du syst. digestif D82 Maladie des dents/gencives D83 Maladie bouche/langue/lèvres D84 Maladie de l'oesophage D85 Ulcère duo/dénil D86 Autre ulcère peptique D87 Trouble de la fonction gastrique D88 Appendicite D89 Hernie inguinale D90 Hernie hiatale D91 Autre hernie abdominale D92 Maladie diverticulaire D93 Syndrome du colon irritable D94 Entrée chronique/colite ulcéruseuse D95 Fissure anale/abcès périanal D96 Vers/autre parasite D97 Maladie du foie NCA D98 Cholécystite/choléolithiasis D99 Autre maladie infectieuse NCA	H01 Douleur d'oreille/otalgie H02 P. d'audition H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille H05 Saignement de l'oreille H13 Sensation d'oreille bouchée H15 Préoc. par l'aspect des oreilles H27 Peur d'une maladie de l'oreille H28 Limitation de la fonction/incap. (H) H29 Autre S/P de l'oreille H70 Otite externe H71 Otite moyenne aiguë/myringite H72 Otite moyenne sèvreuse H73 Salpingite d'œustache H74 Otite moyenne chronique H75 Tumeur de l'oreille H76 CE dans l'oreille H77 Perforation du tympan H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille H79 Autre lésion traumat. de l'oreille H81 Excès de cérumen H82 Syndrôme vertigineux H83 Otosclérose H84 Presbyacusie H85 Traumatisme sonore H86 Surdité H99 Autre maladie de l'oreille/mastoïde	N01 Mal de tête N03 Douleur de la face N04 Jambes sans repos N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils N06 Autre perturbation de la sensibilité N07 Convulsion/crise comitiale N08 Mouvements involontaires anormaux N16 Perturbation du goût/de l'odorat N17 Vertige/étourdissement N18 Paralysie/faiblesse N19 Trouble de la parole N22 Peur d'un cancer neurologique N27 Peur d'une autre maladie neurologique N28 Limitation de la fonction/incap. (N) N29 Autre S/P neurologique	N	
A70 Tuberculose A71 Rougeole A72 Varicelle A73 Paludisme A74 Rubéole A75 Mononucléose infectieuse A76 Autre exanthème viral A77 autre maladie virale NCA A78 Autre maladie infectieuse NCA A79 Cancer NCA	K01 Douleur cardiaque K02 Oppression/constriction cardiaque K03 Douleur cardiovasculaire NCA K04 Palpitat./perception battements card. K05 Autre battement cardiaque irrégulier K06 Veines proéminentes K07 Oedème, gonflement des chevilles K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire K24 Peur d'une maladie de cœur K25 Peur de l'hypertension K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire K28 Limitation de la fonction/incap. (K) K29 Autre S/P cardiovasculaire K70 Infection du syst. cardio-vasculaire K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale K72 Tumeur cardio-vasculaire K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire K74 Cardiopathie ischémique avec cangor K75 Infarctus myocardique aigu K76 Cardiopathie ischémique sans angor K77 Décompensation cardiaque K78 Flétrissement auriculaire/flutter K79 Tachycardie paroxystique K80 Arythmie cardiaque NCA K81 Souffle cardiaque/artériel NCA K82 Cœur pulmonaire K83 Valvulopathie NCA K84 Autre maladie cardiaque K85 Pression sanguine élevée K86 Hypertension non compliquée K87 Hypertension avec complication K88 Hypertension orthostatique K89 Ischémie cérébrale transitoire K90 Accident vasculaire cérébral K91 Maladie cérébrovasculaire K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér. K93 Embolie pulmonaire K94 Phlébite et thrombophlébite K95 Varices des jambes K96 Hémorroïdes K99 Autre maladie cardio-vasculaire				
CODES PROCÉDURE					
SYMPTÔMES ET PLAINTES					
INFECTIONS					
NÉOPLASMES					
TRAUMATISMES					
ANOMALIES CONGÉNITALES					
AUTRES DIAGNOSTICS					

Traducteurs:
Michel Roland et
Marc Jamouille

CISP-2 Exemplaire de bureau.
Oct 2000

Annexe 2 : Lettre d'information



Travaux de recherche Département de Médecine Générale d'Angers.
Lettre d'information



■ UFR SANTÉ

Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Angers, le 18 juin 2023

Note d'information : Participation à la recherche
Caractérisation des passages dans les MMG du Mans

Madame, monsieur,

Je suis interne de médecine générale. Dans le cadre de mon travail de thèse, encadré par Professeur Angoulvant, je mène une étude qui s'intéresse aux consultations dans les maisons médicales de garde du Mans.

L'objectif de ce travail est de permettre de caractériser les motifs de consultation des personnes reçues pour mieux comprendre les besoins et améliorer l'accès aux soins en période de garde pour les patients dans la même situation que vous.

Pour cela, il est important que vous répondiez à ce questionnaire. Ce questionnaire sera anonymisé puis analysé. Rien de ce qui aura été écrit ne sera modifié. Par mesure de confidentialité et pour respecter votre vie privée, toutes les informations permettant de vous identifier (votre date de naissance) seront ensuite rendues anonymes par une table de correspondance. Un traitement informatisé des réponses est nécessaire pour analyser les résultats. Un fichier informatique va donc être constitué et les données permettant de vous identifier (votre date de naissance) seront systématiquement codées. Seul le médecin en charge de l'étude en aura connaissance.

Le remplissage du questionnaire sera considéré comme le consentement de participation à l'étude permettant l'analyse de votre questionnaire anonymisé. Vous avez la possibilité d'interrompre à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée. La participation ou non à l'étude ne change pas votre prise en charge médicale. Elle n'entraîne pas de contrepartie financière de votre part.

Le projet a été relu par la Commission d'Ethique du CH du Mans, qui a pour mission de vérifier si les conditions requises pour votre protection et le respect de vos droits sont respectés. Ce comité a émis un avis le 27/06/2023.

Le projet a bénéficié d'une déclaration auprès de la CNIL (commission nationale informatique et liberté)

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation du traitement de vos renseignements si vous le souhaitez.

Pour cela ou pour toute autre question concernant cette étude, vous avez la possibilité de me contacter par courrier directement au département de médecine générale de l'UFR Santé d'Angers. (Adresse dans l'entête)

En vous remerciant par avance pour votre aide,

Morgan Le Pechoux

1

Annexe 3 : Questionnaire

UNIVERSITÉ D'ANGERS
FACULTÉ DE SANTÉ

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ENQUÊTE SUR LE RECOURS AUX MAISONS MÉDICALES DE GARDE

Madame, monsieur,

Dans le cadre d'une thèse de médecine, nous réalisons une recherche pour connaître les raisons motivant l'usage des maisons médicales de garde.

Nous vous remercions d'avoir consenti de participer à cette étude.

Les données resteront confidentielles et anonymes.

Date du jour : / / 2023

PARTIE 1

1. Quel est votre date de naissance ?

...../...../.....

2. Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

3. Quelle est votre situation professionnelle ?

- Agriculteur
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle¹
- Profession intermédiaire²
- Employé³
- Ouvrier⁴
- Sans emploi⁵
- Retraité
- Autre :
- Enfant

4. Quel est votre niveau d'étude ?

- Aucun
- Brevet des collèges / Certificat d'étude primaire
- BAC / CAP / BEP
- BAC+2 ou supérieur
- Autre

5. Quelle est votre couverture sociale ?

- Sécurité sociale
- Sécurité sociale + mutuelle
- CSS (ancienne CMU)
- AME (aide médicale de l'État)
- Aucune
- Ne sait pas

6. Avez-vous un médecin traitant ?

- Oui
- Non

¹ Inclut les professions libérales, de l'information, des arts et du spectacle, les professeurs et les ingénieurs

² Inclut les professeurs des écoles et les instituteurs, le clergé, les techniciens, les contremaîtres et agents de maîtrise

³ Inclut les agents de services et de surveillance, et les personnels des services directs aux particuliers

⁴ Inclut les ouvriers agricoles et les chauffeurs

⁵ Inclut les étudiants, les chômeurs et les femmes au foyer

PARTIE 2

8. Pourquoi consultez-vous ?

(En quelques mots. Exemple : Toux / Douleur au genou / fièvre)

.....
.....
.....

9. Votre problème est-il urgent ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord
- ne se prononce pas

10. Depuis quand avez-vous ce problème ?

- Aujourd'hui
- Entre 1 et 3 jours
- Entre 3 jours et 1 semaine
- Plus d'une semaine

11. Qui vous a conseillé d'appeler le 15 ou le 116 117 pour venir à la MMG ?

- Moi-même
- Un proche
- Le service des urgences
- 18 (les pompiers)
- Mon médecin traitant ou sa secrétaire
- Une infirmière
- Autre :

12. Êtes-vous déjà venu dans une maison médicale de garde ?

- Oui
- Non

13. Avez-vous essayé de contacter votre médecin traitant avant de venir ?

- Oui
- Non
- Je n'ai pas de médecin traitant

14. Avez-vous déjà vu un médecin pour ce problème actuel ?

- Oui
- Non

15. Si oui à la question précédente, pourquoi n'êtes-vous pas retourné le voir ?

- Médecin indisponible
- Besoin d'un deuxième avis médical
- Situation urgente
- Aggravation du problème de santé
- Autre :

16. Si un médecin avait pu vous voir aujourd'hui en journée ou demain, l'auriez-vous consulté ?

- Oui
- Non

17. Si non à la question précédente, Pourquoi ?

- Situation urgente
- Je ne suis pas disponible en journée
- Autre :

Merci pour votre participation

Annexe 4 : Fiche de régulation du centre 15

chm CENTRE HOSPITALIER - LE HANS	SAMU 72 - Dossier de Régulation Médicale	 SAMU 72
N° [REDACTED] du [REDACTED]/2023 [REDACTED] (Fiche admission)		
PATIENT : [REDACTED] [F - 4 ans] né le [REDACTED] Patient Remarquable ? : Non - HAD ? : Non - Poids : 18 Kg		
PRIMAIRE [REDACTED] Lieu : [REDACTED] Tél : [REDACTED] Appelant : [REDACTED]		
Motif de recours Raison : Douleur abdominale, diarrh?e, vomissement Origine : 116-117 A vu MT hier --> urgence si vomissements [REDACTED] Vomissements depuis jeudi mais pas ce jour Ce jour : Maux de gorge Crampes Diarrh?e --> doliprane (pas d'effet) Fi?vre 38.2? Alimentation difficile pas d?ruptions cutan?es Tonique Asth?nie MT : [REDACTED]		
Bilan J3 vomissements examin? par MT hier douleurs abdo. crises paroxystiques douloureuse ++. Diarrh?e = 3 par jour. Fait 17 kg, au lieu de 18 : a perdu au moins un kg. A eu SRO et doliprane. MMG 22:00 Devenir : [REDACTED]		
Transport médicalisé <input type="checkbox"/> Transport non médicalisé <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Destination : MMG CHM DUPERRAT MMG CHM DUPERRAT - Accord		
ARM : [REDACTED] Méd. Hospitalier : [REDACTED] Méd. Libéral : [REDACTED]		

Annexes 5 : Caractéristiques sociodémographiques des patients ayant consultés aux maisons médicales de garde du Mans (n = 685)

Caractéristiques	n*	%
Âge	n = 683	
0-4 ans	168	24,6
5-14 ans	115	16,8
15-29 ans	135	19,8
30-44 ans	112	16,4
45-59 ans	69	10,1
60-74 ans	51	7,5
75-93 ans	33	4,8
Sexe (Genre)	n = 684	
Masculin	307	44,9
Féminin	377	55,1
Possède un médecin traitant (MT)	n = 584	
Oui	507	86,8
Non	77	13,2
Couverture sociale	n = 527	
Sécurité sociale	124	23,5
Sécurité sociale + mutuelle	330	62,6
CSS (Ancienne CMU)	67	12,7
AME (Aide médicale de l'État)	1	0,2
Aucune	3	0,6
Ne sait pas	2	0,2

Niveau d'étude	n = 571	
Aucun	28	4,9
Brevet des collèges / Certificat d'étude primaire	39	6,8
BAC / CAP / BEP	126	22,1
BAC+2 ou supérieur	92	16,1
Autre	8	1,4
Enfant	278	48,7

Situation professionnelle	n = 607	
Agriculteur	2	0,3
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	7	1,6
Cadre, profession intellectuelle	28	4,6
Profession intermédiaire	17	2,8
Employé	99	16,3
Ouvrier	21	3,5
Sans emploi	42	6,9
Retraité	72	11,9
Invalidité	2	0,3
Enfant	290	47,8

*Pour certaines variables, le total diffère de 685 en raison de données manquantes.

Annexe 6 : Motifs et catégories les plus fréquents en fonction des tranches d'âge

Âge	Motif	n	%	Catégorie	n	%
0 - 4 ans	Fièvre	47	28.3	Général	48	28.9
	Otalgie	22	13.2	Cutané	26	15.7
	Eruption généralisée	18	10.8	Oreille	25	15.1
	Toux	12	7.2	Digestif	24	14.5
5-14 ans	Fièvre	32	28.8	Général	33	29.5
	Otalgie	14	12.6	Cutané	20	17.9
	Odynophagie	12	10.8	Respiratoire	17	15.2
	Douleur abdo. gén.	8	7.2	Digestif	16	14.3
15-29 ans	Odynophagie	11	8.3	Digestif	33	25.0
	Otalgie	10	7.5	Cutané	20	15.2
	S/P des lombes	9	6.8	Ostéoarticulaire	19	14.4
	S/P dents/gencives	7	5.3	Respiratoire	17	12.9
30-44 ans	Odynophagie	18	16.6	Respiratoire	24	22.0
	Fièvre	10	9.2	Cutané	18	16.5
	Douleur abdominale gén.	7	6.4	Digestif	18	16.5
	S/P dents/gencives	6	5.5	Ostéo-articulaire	15	13.8
45-59 ans	Eruption localisée	5	7.5	Ostéoarticulaire	20	30.3
	S/P des lombes	4	6.0	Digestif	14	21.2
	Odynophagie	4	6.0	Cutané	11	16.7
	S/P dents/gencives	4	6.0	Respiratoire	8	12.1
60-74 ans	Fièvre	4	8.3	Ostéoarticulaire	16	33.3
	S/P du pied/orteil	3	6.2	Cutané	9	18.7
	Eruption localisée	3	6.2	Digestif	9	18.7
	S/P de la jambe/cuisse	2	4.2	Général	7	14.6
75-93 ans	Dyspnée	4	14.8	Ostéoarticulaire	8	30.8
	S/P du pied/orteil	2	7.4	Digestif	5	19.2
	Infection post trauma. de la peau	2	7.4	Respiratoire	5	19.2
	Vomissements	2	7.4	Cutané	3	11.5

Annexe 7 : Nombre et proportion de consultations en fonction du jour de la semaine et de la catégorie du motif de recours

Catégories de motifs les plus fréquents
Les jours ouvrés

Digestif	55 (19,3%)
Général	52 (18,2%)
Cutané	47 (16,5%)
Respiratoire	37 (13,0%)
Ostéoarticulaire	35 (12,3%)
Oreille	22 (7,7%)
Neurologie	10 (3,5%)
Urologie	9 (3,2%)
Total	285

Catégories de motifs les plus fréquents
Les week-ends et le jour férié

Général	73 (18,5%)
Digestif	67 (17,0%)
Cutané	62 (15,7%)
Respiratoire	59 (15,0%)
Ostéoarticulaire	51 (12,9%)
Oreille	37 (9,4%)
Neurologie	18 (4,6%)
Urologie	11 (1,8%)
Total	394

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Dicom M. Conclusion de la journée de lancement du Conseil national de la refondation (CNR) en santé - 3 octobre 2022. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Consulté le 2 juin 2024. <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/conclusion-de-la-journee-de-lancement-du-conseil-national-de-la-refondation-cnr>.
- 2 Densité de médecins généralistes libéraux | L'Observatoire des Territoires. Consulté le 2 juin 2024. <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/densite-de-medecins-generalistes-liberaux>.
- 3 Sénat. Hôpital : sortir des urgences - Rapport, 7 avril 2023. <https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-1.html>. Consulté le 2 juin 2024.
- 4 Travail, Ministère du, de la santé et des solidarités, Ministère du travail, et de la santé et des solidarités. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires ». Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Consulté le 2 juin 2024 <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>.
- 5 Sénat. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé, 3 avril 2023. Consulté le 2 juin 2024. <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>.
- 6 Conseil National de l'Ordre des Médecins. Permanence des soins ambulatoires 2022, 10 juillet 2023. Consulté le 2 juin 2024. <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/permanence-soins-ambulatoires-2022>.
- 7 DGOS. Les zones sous-denses en médecins. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Consulté le 2 juin 2024. <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin>.
- 8 Accessibilité aux professionnels de santé – La France et ses territoires | Insee. Consulté le 2 juin 2024. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039903?sommaire=5040030#consulter>
- 9 CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques. Consulté le 2 juin 2024. https://cartosante.atlasante.fr/validation/#bbox=381345,6844859,224465,143948&c=indicator&i=zonage_mg_qpv.zon_qpv&i2=zonage_conv.z_gene&p=1&t=A01&t2=A01&view=map12
- 10 Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins | vie-publique.fr. Consulté le 29 mai 2024. <https://www.vie-publique.fr/rapport/25848-rapport-du-groupe-de-travail-operationnel-sur-la-permanence-des-soins>.
- 11 Marques A. PPL Valletoux : les députés ont-ils rétabli l'obligation de garde pour les médecins libéraux ? | Egora. Consulté le 2 juin 2024. <https://www.egora.fr/actus-pro/politiques/ppl-valletoux-les-deputes-ont-ils-retabli-lobligation-de-garde-pour-les>.

-
- 12 RAA n°50 du 29 mai 2017 préfecture de région des Pays de la Loire 2017 | La préfecture et les services de l'État en région Pays de la Loire. Consulté le 2 juin 2024. <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/pays-de-la-loire/DOCUMENTS-PUBLICATIONS/Publications-legales/Recueil-des-actes-administratifs-RAA/RAA-prefecture-de-region-des-Pays-de-la-Loire/RAA-prefecture-de-region-des-Pays-de-la-Loire-2017>.
- 13 LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1), 2009-879 § (2009). Consulté le 2 juin 2024.
- 14 Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 77 - Permanence de soins - obligations, 14 mars 2019. Consulté le 2 juin 2024. <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexerciceprofession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-7>.
- 15 Article R6315-4 - Code de la santé publique - Légifrance. Consulté le 2 juin 2024. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038444072.
- 16 Article L1435-5 - Code de la santé publique - Légifrance. Consulté le 2 juin 2024. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000048687623.
- 17 Article R6315-1 - Code de la santé publique - Légifrance. Consulté le 2 juin 2024. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038444077.
- 18 Bulletin Officiel N°2007-4 : Annonce N°68. Consulté le 2 juin 2024. <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>.
- 19 Les services de l'État en Seine-Maritime. Santé : Ouverture du 116 117. Consulté le 14 juin 2024. <https://www.seine-maritime.gouv.fr/Actualites/Archives/Archives-2017/Sante-Ouverture-du-116-117>.
- 20 Projet de l'ADOPS-72 | ADOPS 72. Consulté le 2 juin 2024. <http://adops-72.fr/projet-de-ladops-72>.
- 21 MMG. Consulté le 2 juin 2024. <http://cms.acomweb.fr/mmg-4/>.
- 22 Effection | ADOPS 72. Consulté le 2 juin 2024. <http://adops-72.fr/projet-de-ladops-72/effection>.
- 23 ANS - Serveur Multi-Terminologies. Catalogue des terminologies. Consulté le 2 juin 2024. <https://smt.esante.gouv.fr/catalogue-des-terminologies/>. (26/06/2019)
- 24 Classification Internationale des Soins Primaires CISP Club. Consulté le 2 juin 2024. http://www.cispclub.org/4daction/w3_CatVisu/fr/cisp-2.html?wDocID=44.
- 25 International Classification of Primary Care, 2nd edition (ICPC-2). Consulté le 2 juin 2024. <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/international-classification-of-primary-care>.
- 26 Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin M, Mercier A. ECOGEN : Étude des Éléments de la COnsultation en médecine GÉNérale - PDF Free Download. Consulté le 2 juin 2024. <https://docplayer.fr/69803274-Ecogen-etude-des-elements-de-la-consultation-en-medecine-generale.html>.

-
- 27 Labarbe V. La maison médicale de garde, organe de permanence des soins et filière courte des urgences de Saint-Pierre, CHU de l'île de La Réunion : quels bénéfices en matière de réduction des temps de prise en charge? 2014. Consulté le 2 juin 2024.
- 28 Martin I. La création des maisons médicales de garde dans la permanence des soins : une réponse à la sur-utilisation des services d'urgences adultes du CHU de Toulouse ? 2003. Consulté le 2 juin 2024.
- 29 Ribaut L. Pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale, 2015. Consulté le 2 juin 2024.
- 30 Gebara N. Activité de la Maison Médicale de Garde de Limoges de décembre 2014 à mai 2015. Consulté le 2 juin 2024. <https://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-44455?lightbox=true>.
- 31 Classification Internationale des Soins Primaires | ANS - Serveur Multi-Terminologies. Consulté le 2 juin 2024. <https://smt.esante.gouv.fr/explorer-les-concepts/terminologie-cisp/?concept=https%3A%2F%2Fdata.esante.gouv.fr%2Fwonca-cispclub%2Fcisp%2FICPC&treeViewType=simple&lang=fr>.
- 32 BiostaTGV - Statistiques en ligne. Consulté le 12 novembre 2023. [/biostatgv.sentiweb.fr/](http://biostatgv.sentiweb.fr/).
- 33 Structure par âge de la population - Panorama Statistique - Cohésion Sociale - Travail - Emploi - 2022. Consulté le 3 juin 2024. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/panorama/tableau/structuragep/structuragep.asp-prov=BD-depar=BK.htm#top>.
- 34 Toubiana L. Observatoire Hivernale – KhiObs : surveillance épidémiologique des pathologies hivernales de la sphère ORL chez l'enfant en France, s. d. Consulté le 2 juin 2024.
- 35 Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Consulté le 12 juin 2024. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/urgences-plus-du-quart-des-passages-concernent-les-enfants-de>.
- 36 Population par sexe et groupe d'âges | Insee. Consulté le 3 juin 2024. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>.
- 37 Les retraités et les retraites – édition 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Consulté le 14 juin 2024. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-retraites-et-les>.
- 38 Faranak A, Burd W. Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions. Annals of Emergency Medicine 39, no 3 (mars 2002): 238-47. Consulté le 2 juin 2024. <https://doi.org/10.1067/mem.2002.121523>.
- 39 Riviere H. Diplôme d'état de docteur en médecine, s. d.
- 40 1.8. Couverture de la population par l'assurance maladie complémentaire. Consulté le 2 juin 2024. <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/1.8.%20Couverte%20de%20la%20population.html>.

-
- 41 Complémentaire santé solidaire : L'Assurance Maladie poursuit sa mobilisation, 21 décembre 2023. Consulté le 2 juin 2024. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/231221cp-complementaire-sante-solidaire>.
- 42 Mission portant sur l'Aide médicale d'État (AME) - Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Consulté le 3 juin 2024. <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/mission-portant-sur-l-aide-medicale-d-etat-ame>.
- 43 Observatoire des inégalités. 23 % de la population dispose d'un diplôme bac + 3 ou plus. Consulté le 2 juin 2024. <https://www.inegalites.fr/niveau-de-diplome-de-la-population>.
- 44 Réunion de l'ARS Pays de la Loire sur les tensions estivales du 30/06/2023
- 45 Sénat. Proposition de loi visant à la consolidation et à la professionnalisation de la formation des internes en médecine générale afin de lutter contre « les déserts médicaux », 7 avril 2023. Consulté le 2 juin 2024. <https://www.senat.fr/rap/I22-010/I22-010.html>.
- 46 Le Quotidien du Médecin. Consultations : face au casse-tête des délais d'attente qui s'allongent, les Français renoncent. Consulté le 2 juin 2024.
<https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/consultations-face-au-casse-tete-des-delais-dattente-qui-sallongent-les-francais-renoncent>.
- 47 Milojevic, K, Boutot F, Berton L, Lambert Y. Prévalence et étiologie de la douleur en médecine d'urgence chez l'adulte, 2007. Consulté le 2 juin 2024.
<https://www.semanticscholar.org/paper/Pr%C3%A9valence-et-%C3%A9tiologie-de-la-douleur-en-m%C3%A9decine-Milojevic-Boutot/f863a49ae542d426359a01d0d4d704333b689313>.
- 48 Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats, 2006. Consulté le 2 juin 2024. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-recours-urgents-ou-non-programmes-en-medecine-generale>
- 49 Boivin J-M, Weber F, Fay R, Monin P. Prise en charge de la fièvre de l'enfant : les connaissances et pratiques des parents sont-elles satisfaisantes ? EM-Consulte. Consulté le 2 juin 2024.
<https://www.em-consulte.com/article/60220/prise-en-charge-de-la-fievre-de-l-enfant-les-conna>.
- 50 Barinet E-C. État des lieux de l'orientation des patients en centre d'appel du SAMU, sur le département de l'Hérault, au cours d'une semaine type, selon la priorisation des patients régulés, 24 octobre 2023, 46. Consulté le 2 juin 2024.
- 51 Haute Autorité de Santé. Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale. Consulté le 2 juin 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/c_784119/fr/prescription-medicamenteuse-par-telephone-ou-teleprescription-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale.
- 52 Haute Autorité de Santé. Choix et durée de l'antibiothérapie : Cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme. Consulté le 2 juin 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2722827/fr/choix-et-duree-de-l-antibiotherapie-cystite-aigue-simple-a-risque-de-complication-ou-redivivante-de-la-femme.

-
- 53 CNOP. Dispensation sous protocole : les pharmaciens y sont autorisés. Consulté le 2 juin 2024.
<https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/dispensation-sous-protocole-les-pharmaciens-y-sont-autorises>.
- 54 Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Consulté le 3 juin 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1061039/fr/modalites-de-prise-en-charge-d-un-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale.
- 55 Richcoeur M, Bronstein J-A, Lipovac A-S, Caumes J-L, Blanchard C. « Vomissements : étiologies et conduite à tenir ». EMC - Chirurgie 1, no 5 (1 octobre 2004): 481-92. Consulté le 2 juin 2024.
<https://doi.org/10.1016/j.emcchi.2004.04.002>.
- 56 Ménager G. Etat des lieux et Evaluation de la satisfaction de l'appelant pour une demande de soins dans le cadre de la PDSA (Permanence Des Soins Ambulatoire) en semaine au centre 15 de la Sarthe, s. d. Consulté le 2 juin 2024.
- 57 Joindre un médecin de garde ? Faites le 116 117. Permanence des soins ambulatoire., 12 octobre 2023.
<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/permanence-des-soins-ambulatoires-9>. Consulté le 2 juin 2024.
- 58 Susman G. Influence du nombre de dossier horaire sur la décision du médecin régulateur de la permanence des soins en Haute-Garonne, s. d. Consulté le 2 juin 2024.
- 59 Vuillin M. Maison médicale de garde de Libourne : évaluation de la satisfaction des patients ayant accès à ce dispositif, 22 juin 2020, 96. Consulté le 2 juin 2024.
- 60 Tougeron S. Médecin traitant, 15, 116-117 : qui appeler ? Le Maine Libre, 5 juillet 2022. Consulté le 2 juin 2024. <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/le-mans-72000/sarthe-medecin-traitant-15-116-117-qui-appeler-9fe05c46-f85a-11ec-9ba9-7c7737bde7fe>.
- 61 Ministère du travail, et de la santé et des solidarités. Le service d'accès aux soins (SAS). Consulté le 14 juin 2024. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/secur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/>.
- 62 Ministère du travail, et de la santé et des solidarités. Pacte de refondation des urgences. Consulté le 14 juin 2024. <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>.
- 63 Lacroix-Hugues V. Utilisation des enregistrements médicaux électroniques, exemple d'utilisation dans le cadre du projet PRIMEGE PACA; quels sont les principaux motifs de recours, diagnostics et prescriptions en soins primaires. s. d.
- 64 Épidémies hivernales - Saison 2021-2022. Consulté le 2 juin 2024.
<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/epidemies-hivernales-saison-2021-2022>.
- 65 Décret n° 2024-541 du 14 juin 2024 relatif à l'organisation et au fonctionnement du service d'accès aux soins, 2024-541 § (2024). Consulté le 16 juin.

-
- 66 Chabrol B, Delacourt C. Pédiatrie ambulatoire et hospitalière : enjeux prioritaires pour une réponse adaptée aux besoins de santé de l'enfant: » In Enfance, l'état d'urgence, 301 6. Érès, 2021. Consulté le 11 juin 2024. <https://doi.org/10.3917/eres.cep.2021.01.0301>.
- 67 CMSI. « CMSI France, Centre médical de soins immédiats - soins non programmés ». Consulté le 24 juin 2024. <https://cmsifrance.fr/>.
- 68 « Tarifs en métropole ». Consulté le 24 juin 2024. <https://www.ameli.fr/maine-et-loire/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>.

LE PÉCHOUX Morgan

Consultations dans les maisons médicales de garde du Mans : État des lieux à l'aide de la classification CISP-2

Introduction : Le recours aux urgences a doublé entre 1996 et 2019 et 43% de ces consultations sont des Soins Non Programmés (SNP) qui relèvent d'une prise en charge ambulatoire. En Sarthe, département nettement sous-doté en médecin par rapport à la moyenne française, les Maisons Médicales de Garde (MMG) assurent la réponse aux demandes de SNP lors de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA). L'objectif principal était de caractériser les motifs de consultation en MMG en utilisant la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2). L'objectif secondaire était un état des lieux épidémiologique des patients recourant aux MMG.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive, prospective, bi-centrique par un auto-questionnaire confronté à la fiche d'adressage de la régulation, dans les deux MMG du Mans du 4 au 17 juillet 2023. Les motifs étaient codés avec la CISP-2, puis saisis sur Excel®. Une analyse descriptive a été réalisée en pourcentage et des comparaisons ont été effectuées l'aide du logiciel BiostatTGV®. L'étude a reçu l'accord du comité d'éthique du CH du Mans et de l'ADOPS-72. Une déclaration à la CNIL a été réalisée.

Résultats : Le taux de réponse était de 92,5%. 685 consultations (89,7%) ont été analysées. Les résultats montraient une surreprésentation des enfants de moins de 15 ans (41,4%), dont 24,6% de 0 à 4 ans, et une faible proportion de patients de plus de 60 ans (12,3%), particulièrement les plus de 75 ans (4,8%). Les consultations concernaient majoritairement des « symptômes/plaintes » (98%) qui évoluaient depuis moins de 3 jours (71%). Les principaux motifs de consultation étaient la fièvre (15,2%), l'otalgie (7,7%), les symptômes de la gorge (7,6%) et les problèmes digestifs. 54% des patients appelaient d'eux-mêmes, alors que 23% étaient orientés par un professionnel de santé. 13,2% des patients n'avaient pas de médecin traitant. 63% consultaient pour la première fois en MMG. 80,2% des patients ressentaient une urgence et 91% étaient disposés à consulter en journée.

Conclusion : Les consultations répondaient à des demandes de SNP, mission des MMG et de la PDSA. Le Service d'Accès aux Soins, en développement, pourrait répondre aux besoins de SNP en journée.

Mots-clés : Maison médicale de garde, Permanence des soins ambulatoires, Soins non programmés, Classification internationale des soins primaires

Consultations in Le Mans on care centers : Inventory using the ICPC-2 classification

Introduction : Use of emergency services doubled from 1996 to 2019 and 43% of these consultations are unscheduled care (UC) which involves outpatient care. In Sarthe, a department clearly understaffed with doctors compared to the French average, care centers (CC) respond to requests for UC during out of hours. The main objective was to characterize the reasons for encounter in CC using the International Classification of Primary Care (ICPC-2). The secondary objective was an epidemiological inventory of patients using CC.

Methodology : This was a descriptive, prospective, two-centers epidemiological study using a self-questionnaire compared to the regulation address sheet, in the two CC in Le Mans from July 4 to 17, 2023. The reasons for encounter were coded with CISP-2, then entered into an Excel® spreadsheet. A descriptive analysis was carried out in percentage and comparisons were made using the BiostatTGV® software. The study received approval from the ethics committee from the hospital center of Le Mans and ADOPS-72. A declaration to the CNIL has been made.

Results : The response rate was 92.5%. 685 consultations (89,7%) were analyzed. The results showed an over-representation of children under 15 years old (41,4%), including 24.6% aged 0 to 4 years, and a small proportion of patients over 60 years old (12,3%), particularly those aged over 75 years old (4,8%). The consultations mainly concerned "symptoms/complaints" (98%) which had been present for less than 3 days (71%). The main reasons for encounter were fever (15,2%), ear pain (7,7%), throat symptoms (7,6%) and digestive problems. 54% of patients called on their own, while 23% were referred by a healthcare professional. 13,2% of patients did not have a treating doctor. 63% of patients consulted an CC for the first time. 80,2% of patients felt urgent. 91% of patients were willing to consult during the day.

Conclusion : The consultations responded to requests from the UC, the mission of the CC and the out of hours. The Healthcare Access Service currently being developed could meet the needs of UC care during the day.

Keywords : Care center, Out of hours, Unscheduled care, International Classification of Primary Care