

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ALD :	Affection Longue Durée
AME :	Aide Médicale d'Etat
ARS :	Agence Régionale de Santé
AT :	Arrêt de Travail
CCMU :	Classification Clinique des Maladies aux Urgences
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CMU :	Couverture Médicale Universelle
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DRESS :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
GP :	General Practitioner
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
IOA :	Infirmier Organisateur de l'Accueil
MAO :	Médecin d'Accueil et d'Orientation
MMG :	Maison Médicale de Garde
MT :	Médecin Traitant
NCA :	Non Classé Ailleurs
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Economique
RDV :	Rendez-Vous
S/P :	Symptôme/Plainte
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
SFMU :	Société Française de Médecine d'Urgence
TVP :	Thrombose Veineuse Profonde

# **PLAN**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

## **INTRODUCTION**

1. Préambule
2. Une augmentation du nombre de passages aux Urgences
3. Etat des lieux de la permanence des soins en France
  - 3.1. Définition
  - 3.2. Place de la Maison médicale de garde dans l'offre de soins non programmés ambulatoire
4. Qualité des soins
  - 4.1. L'efficacité
  - 4.2. La sécurité
  - 4.3. L'accessibilité
  - 4.4. La réactivité
  - 4.5. L'efficience
5. La réorientation : une piste à explorer ?

## **MATERIEL ET METHODES**

1. Description de l'étude
2. Critères d'inclusion
3. Critères de non inclusion
4. Recueil des données
  - 4.1. Ethique et consentement
  - 4.2. Triage à l'accueil
  - 4.3. Questionnaire et rappel téléphonique
5. Objectifs de l'étude
  - 5.1. Objectif principal : Evaluation de l'efficacité de la réorientation
  - 5.2. Evaluation de la sécurité du patient
  - 5.3. Evaluation de l'accessibilité
  - 5.4. Evaluation de l'efficience de la procédure
  - 5.5. Evaluation de la satisfaction des patients
6. Classification et analyse des données

## **RESULTATS**

1. Population incluse et taux de réorientation
2. Caractéristiques de la population ayant répondu au questionnaire téléphonique
3. Caractéristiques des patients non répondants
4. Objectifs secondaires de l'étude
  - 4.1. Sécurité
  - 4.2. Accessibilité
  - 4.3. Efficience
  - 4.4. Satisfaction des patients

## **DISCUSSION**

1. Intérêts de l'étude
2. Limites de l'étude
  - 2.1. Limites et biais
  - 2.2. Validité interne
3. Interprétations des résultats et validité externe
  - 3.1. Sécurité
  - 3.2. Taux de réorientation
  - 3.3. Accessibilité
    - 3.3.1. Coût
  - 3.4. Efficience
4. Circonstances et motifs du recours aux urgences
  - 4.1. Différents exemple d'accès aux soins non programmés dans le monde
5. L'information du patient

## **CONCLUSION**

## **BIBLIOGRAPHIE**

Liste des figures  
Liste des tableaux  
Table des matières  
Annexes

# **INTRODUCTION**

## **1. Préambule**

Plusieurs études ont démontré une corrélation entre une admission en période de surcharge aux urgences et un risque augmenté de mortalité [1,2,3]. La surcharge des services d'urgence est définie comme le dépassement des moyens matériels et humains par la demande pendant un temps donné [4,5,6]. Il est établi qu'il s'agit d'un facteur de risque de morbi-mortalité, particulièrement pour les patients les plus fragiles [7,8]. Une étude anglo-saxonne met en évidence « que 1/3 des évènements sentinelles de dysfonctionnement liés à un mauvais pronostic sont en relation avec une surcharge des urgences » [9]. De multiples causes peuvent expliquer ce phénomène de surcharge, parmi celles-ci, l'augmentation du nombre de passages aux urgences.

## **2. Une augmentation du nombre de passages aux Urgences**

En 2002, lors de la dernière grande étude menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) concernant «la Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale», les auteurs estimaient « à 35 millions par an le nombre de recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville (représentant 12 % du nombre de consultations totales des généralistes), pendant que les services d'urgences enregistraient 14 millions de passages par an »[10].

La réévaluation du nombre de passages aux urgences en 2011 montre une augmentation de la fréquentation des services d'urgences, avec 4,5 millions de passages annuels de plus par rapport à 2002 (de 14 à 18,5 millions soit 24,3% d'augmentation) [11].

Plusieurs hypothèses émergent afin d'expliquer cette augmentation du nombre de passages aux urgences.

Une première explication fréquemment proposée serait l'augmentation du nombre de consultations ambulatoires aux urgences, en lien avec la diminution du nombre de médecins généralistes. En effet, selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) on retrouve une baisse constante des effectifs de médecins généralistes depuis 2007 (- 10.3% entre 2007 et 2015) [12]. Les données dont nous disposons semblent confirmer cette hypothèse. Le taux de passages aux urgences cotés CCMU1, signifiant les patients dont l'état est jugé stable et ne nécessitant pas d'acte complémentaire à visée thérapeutique ou diagnostique, a discrètement augmenté (de 14% à 17%) entre 2002 et 2015 [13,14]. Il est à noter toutefois que cette classification est largement discutée au sein des observatoires du fait de critiques sur l'exactitude des cotations réalisées aux urgences.

En second lieu, on assiste à un vieillissement de la population avec des patients âgés poly pathologiques dont la prise en charge ambulatoire est complexe. Le taux d'urgences gériatriques soit le pourcentage de patients de plus de 75 ans admis aux urgences en 2015 est de 14%. On note une nette augmentation de 6,9 % d'admission entre l'année 2014 et 2015 [14].

Enfin, la méconnaissance des différents outils susceptibles de répondre à la demande de soin des patients (médecin généraliste, centre 15, SOS médecin, pharmacien...) est également incriminée dans l'augmentation du nombre de consultations dans un service d'urgences. Une étude récemment menée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire montre que seulement 14% des personnes ont souvenir d'avoir eu une information sur le numéro d'urgence à appeler [15].

Créées en 2002 suite à plusieurs mois de grèves des gardes de nuit et de week-end, les médecins généralistes ont ressenti le besoin de se regrouper en développant les maisons médicales de garde (MMG). D'un côté, elles ont permis d'améliorer leurs conditions de travail et d'alléger le poids des gardes, de l'autre, d'apporter une solution évitant le recours systématique aux urgences hospitalières pour des soins non programmés relevant d'une prise en charge ambulatoire [16,17].

### **3. Etat des lieux de la permanence des soins en France**

#### **3.1. Définition**

La permanence des soins consiste à garantir l'accès à la population générale à des soins non programmés, en dehors de l'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé. Le Code de la Santé Publique Article L6314-1 organise cette mission de service public et en confie le fonctionnement aux médecins, sur la base du volontariat individuel [18].

### **3.2. Place de la Maison médicale de garde dans l'offre de soins non programmés ambulatoire**

En 2015, 407 MMG était recensées sur le territoire et 27 464 généralistes engagés dans le dispositif de permanence des soins (65% de participation) [19].

La création de MMG permet de respecter le principe de réponse graduée à l'urgence dans un contexte de changement des pratiques des médecins généralistes, en accueillant les patients non programmés dont la prise en charge ne semble pas nécessiter un recours à un plateau technique sans délai [20].

Encore faut-il être sûr que les structures soient bien identifiées par les usagers. La circulaire ministérielle de 2003 relative à la prise en charge des urgences mise justement sur une « clarification du rôle et des missions de chacune de ces structures afin de renforcer leur articulation et de permettre aux usagers de consulter au meilleur endroit » [21].

Les horaires d'ouverture de la MMG située au sein du Centre Hospitalier (CH) du Mans sont : 20h00-00h00 les jours en semaine, 12h00-00h00 les samedis, 08h00-00h00 les dimanches et jours fériés. Ceci permet une continuité dans l'offre de soins à la fermeture des cabinets de médecine générale.

## **4. Qualité des soins**

Pour évaluer la qualité des soins, les principales dimensions retenues par la communauté scientifique internationale et utilisées en France sont : l'efficacité, la sécurité, la réactivité, l'accès et l'efficience [22].

### **4.1. L'efficacité**

Selon la définition de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) : « Elle correspond à la capacité de réaliser des résultats (des soins) souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin et pas aux autres ». Selon cette définition, un service d'urgence n'apporte pas la réponse la plus adéquate au patient ayant une pathologie relevant exclusivement de la médecine ambulatoire. Le fait de proposer une filière de soin alternative à ces patients peut permettre de limiter la surcharge des urgences et ainsi mieux utiliser les ressources disponibles.

### **4.2. La sécurité**

La réorientation doit respecter la règle fondamentale de sécurité des soins. Il ne faut pas que cette réorientation entraîne une perte de chance pour le patient.

### **4.3. L'accessibilité**

« L'accessibilité est la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment. Sous réserve d'une structure permettant l'accueil de n'importe quel patient, l'accessibilité est une dimension complexe et poly factorielle qui peut être étudiée sous différents points de vue (économique, sociologique et géographique). Elle inclut l'accès aux soins dans des délais opportuns (obtenir les soins lorsqu'on en a besoin) et la coordination de soins (trajectoire de soins) ». L'accessibilité d'un service de soin peut être influencée par ses horaires d'ouverture, les délais d'attente, sa localisation géographique par rapport au domicile du patient, les moyens d'y parvenir, mais aussi par la nécessité ou non de payer directement le service de soin proposé.

### **4.4. La réactivité**

« Elle se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé », selon la définition de l'OCDE. Elle comprend ainsi la place prise par le patient au sein de cette offre de soins ambulatoires non programmés ainsi que sa compréhension de ce système.

En France, les soins primaires se basent sur un modèle professionnel non hiérarchisé : l'organisation de soins primaires à l'initiative du patient. Dans ce contexte, la réactivité peut être comprise comme un indice de satisfaction du patient face à la réponse apportée par le système de soin à sa demande individuelle spécifique. Néanmoins le médecin reste le garant du bon

fonctionnement de ce système et il se doit d'adapter les différentes ressources disponibles aux besoins de la population [23].

#### **4.5. L'efficience**

Toujours selon les définitions de l'OCDE : « l'efficience se réfère à l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les bénéfices ou les résultats les meilleurs. Elle peut également se définir par la capacité du système de santé à obtenir les meilleurs résultats en utilisant le moins de ressources (notamment financières) possibles. »

Le rapport de la sécurité sociale pour la cour des comptes en 2014 estime à 161,50 euros le coût d'un passage aux urgences par patient. En comparant au coût de la consultation en ambulatoire (de 23 euros en médecine générale à 60,75 pour une prise en charge en MMG) et en extrapolant les résultats, le rapport estime qu'une « réorientation de ce flux vers la médecine ambulatoire pourrait se traduire pour l'assurance maladie, toutes choses égales par ailleurs, par des économies de l'ordre de 300 à 500 M€ par an » [24].

### **5. La réorientation : une piste à explorer ?**

Sur 26 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) interrogés dans une étude de 2014, 141 urgentistes (soit 83%) déclaraient pratiquer la réorientation, bien que celle-ci restait peu réglementée avec seulement 54% des médecins recevant des directives de leur direction [25].

Cette réorientation se fait sous la responsabilité du Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) après une première évaluation par l'Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA). Elle répond au souhait ministériel d'articulation entre les différentes structures médicales proposant des soins primaires et s'inscrit alors dans un but d'amélioration de la qualité des soins en proposant la prise en charge la plus optimale possible pour chaque malade, dans la structure et donc dans la filière de soin qui semble la plus adéquate.

Le bénéfice d'une politique de réorientation pour un service d'urgence est peu étudié dans la littérature. Une étude analysant l'impact de la réorientation ne retrouve pas de diminution de la fréquentation, mais il s'agit d'une étude ayant un faible niveau de preuve [26].

De plus, il existe une grande disparité dans l'évaluation des patients pouvant relever d'une prise en charge ambulatoire malgré les différentes échelles de triage. La proportion de patients considérés comme non urgents à l'accueil des services d'urgences varie considérablement selon les études (de 4,8% à 90%). Cela peut témoigner soit d'une hétérogénéité dans les niveaux de gravité des patients, soit d'une grande discordance dans l'évaluation des patients par des professionnels exerçant dans des systèmes de soin différents [27,28,29].

A la vue de ces données, il convient de s'interroger sur nos pratiques et de s'assurer du bien-fondé de la réorientation. Elle ne doit en aucun cas porter préjudice au patient et la sécurité de cette alternative est primordiale.

L'objet de ce travail est d'analyser cette pratique de réorientation à partir de l'étude des patients qui en ont fait l'objet : nombre, déterminants médico-sociaux, devenir.

## **MATERIELS ET METHODE**

### **1. Description de l'étude**

Il s'agit d'une étude observationnelle, monocentrique, réalisée au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du CH du Mans, situé dans le département de la Sarthe.

C'est un service d'urgences de grande taille en France avec 55291 passages en 2015. La période d'inclusion était de 2 mois du 1<sup>er</sup> Février au 31 Mars 2016.

### **2. Critères d'inclusion**

Tous les patients adultes qui se sont présentés au service des urgences au cours de la période d'étude (spontanément, adressés par un autre médecin ou par le centre 15) ont été étudiés pour inclusion. Parmi ceux-ci, tous les patients réorientés vers la MMG ont été inclus.

### **3. Critères de non inclusion**

L'âge inférieur à 18 ans ou le refus de participer à l'étude exprimé lors de l'appel téléphonique excluait les patients de l'étude.

## 4. Recueil des données

### 4.1. Ethique et consentement

Le protocole de l'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique du CH du Mans. L'utilisation et l'analyse anonymes de la base de données électroniques ont été déclarées à la Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL).

### 4.2. Triage à l'accueil

Chaque patient se présentant au SAU du Mans est évalué par l'IOA. Le triage se fait selon une échelle pragmatique développée localement, basée sur les paramètres vitaux, l'auto-évaluation de la douleur et les circonstances objectives qui amènent le patient aux urgences.

Une procédure de service autorise la réorientation vers la MMG si les conditions suivantes sont réunies :

- Absence de critères de priorité 1, 2, ou 3 (« box immédiat », « prochain box disponible », « installation en box par ordre d'arrivée ») selon l'échelle de tri du service
- Le patient n'est pas adressé au SAU par un médecin (médecin traitant, médecin de garde, médecin régulateur du Centre 15)
- La MMG est accessible (horaire d'ouverture, affluence)
- Le patient bénéficie de droits ouverts (CPAM + complémentaire ou CMU) garantissant la prise en charge intégrale de ses frais de santé
- L'obtention de l'accord éclairé du patient, informé de sa condition de santé, de l'adéquation du niveau technique de la MMG à son problème de

santé actuel et de l'attente prévisible au SAU pour un patient non prioritaire.

Cette réorientation se fait sous la responsabilité du MAO. L'IOA remet au patient le plan du site pour se rendre à la MMG (dans l'enceinte du CHM, à quelques minutes du SAU) et le digicode du jour pour entrer dans la MMG. Elle faxe au médecin de la MMG les informations recueillies auprès du patient sur un document validé par l'ADOPS 72 (Association Départementale d'Organisation de la Permanence des Soins de la Sarthe).

La venue du patient fait l'objet d'une « entrée administrative » horodatée selon le processus habituel de tout passage aux urgences. Les paramètres vitaux et les circonstances du passage au SAU sont consignés par l'IOA dans le même dossier médical que pour tout patient pris en charge au SAU. La « réorientation MMG » est enregistrée dans le dossier médical comme mode de sortie. Cette « sortie sans soin » ne fait pas l'objet d'une facturation CPAM. En cas de refus de réorientation par le patient, il est admis dans le service d'urgence.

Nous avons extrait le listing des patients réorientés du logiciel informatique des urgences (URQUAL). Nous avons ainsi accès pour tout patient inclus aux noms, prénoms, date de naissance, date et heure de passage et si ils avaient déclaré un médecin traitant (MT). Chaque patient réorienté recevait une lettre d'information sur l'étude (Annexe I).

### **4.3. Questionnaire et rappel téléphonique**

Un questionnaire standardisé structuré, comportant 18 questions, permettait d'obtenir différentes variables telles que: l'existence d'une couverture sociale et son type, la plainte principale du patient, la raison du choix des urgences comme lieu de consultation, s'il avait déjà consulté un médecin pour ce problème, sa compréhension de la réorientation et son degré de satisfaction, si des examens complémentaires ou avis spécialisés ont été prescrits par le médecin de la MMG (Annexe II).

Les entrevues téléphoniques ont été réalisées par un seul enquêteur selon ce questionnaire préétabli conçu pour minimiser les sources potentielles de biais. Nous avons considéré « non réponders » les sujets dont les questionnaires de suivi sont restés sans réponse après 5 appels entre 72h et 15 jours après la réorientation.

Nous avons décidé d'inclure au moins 200 patients réorientés afin de ne pas négliger certaines variables moins fréquentes.

## **5. Objectifs de l'étude**

### **5.1. Objectif principal : Evaluation de l'efficacité de la réorientation**

Le taux de réorientation a été défini comme le pourcentage de patients se présentant au SAU au cours de la période d'étude qui ont été réorientés vers la MMG. Une analyse secondaire du taux de réorientation a également été réalisée en comparant les données des patients réorientés en semaine et ceux réorientés le week-end.

## **5.2. Evaluation de la sécurité du patient**

Le taux de reconsultations a été défini comme le pourcentage de patients réorientés vers la MMG reconsultant pour le même motif dans un service d'urgences dans les 72 heures suivant leur réorientation. Nous avons aussi analysé les motifs de consultation et les diagnostics retenus pour ces patients, ainsi que le parcours de soin qui a amené à consulter de nouveau.

## **5.3. Evaluation de l'accessibilité**

Le taux d'accessibilité a été défini comme le pourcentage de patients réorientés qui ont consulté le médecin de la MMG. En cas de non consultation du médecin de la MMG, la raison leur a été demandée.

## **5.4. Evaluation de l'efficacité de la procédure**

Le taux d'efficacité a été défini comme le pourcentage de patients réorientés, qui n'ont eu besoin d'aucune prescription d'examen complémentaire ou d'avis spécialisé prescrit par le médecin de la MMG.

## **5.5. Evaluation de la satisfaction des patients**

Le taux de satisfaction a été défini comme le pourcentage de patients réorientés qui ont jugé que la réorientation était justifiée en fonction de leur plainte principale. En cas de non-satisfaction, le motif leur en était demandé.

## 6. Classification et analyse des données

Les données des questionnaires ont été enregistrées et traitées dans un tableau Excel® (2012).

Les données relatives aux motifs de consultation et aux diagnostics (questions 8 et 16 en annexe II), ont été classées selon la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP). La CISP est la version française de l'International Classification of Primary Care (ICPC), développée par l'Organisation internationale des médecins généralistes (Wonca). Elle appartient à la famille des classifications de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et elle permet de classer les motifs de consultation en soins primaires. Elle a été développée pour le recueil manuel et l'analyse épidémiologique des données de consultation en médecine générale. (Annexe III).

Nous avons réalisé une comparaison entre le groupe de patients réorientés répondeurs et le groupe de non répondeurs (portant sur les données démographiques, le jour et l'heure de passage et l'existence ou non d'un MT) afin de juger si les données manquantes l'étaient de façon aléatoire ou non.

Les variables discontinues ont été comparées à l'aide d'un test de Chi<sup>2</sup>, les variables continues à l'aide d'un test de Mann-Whitney. Le logiciel utilisé était le calculateur de statistiques en ligne Biostatgv®. Les tests utilisés étaient bilatéraux avec une erreur de type 1 définie à 5%.

## **RESULTATS**

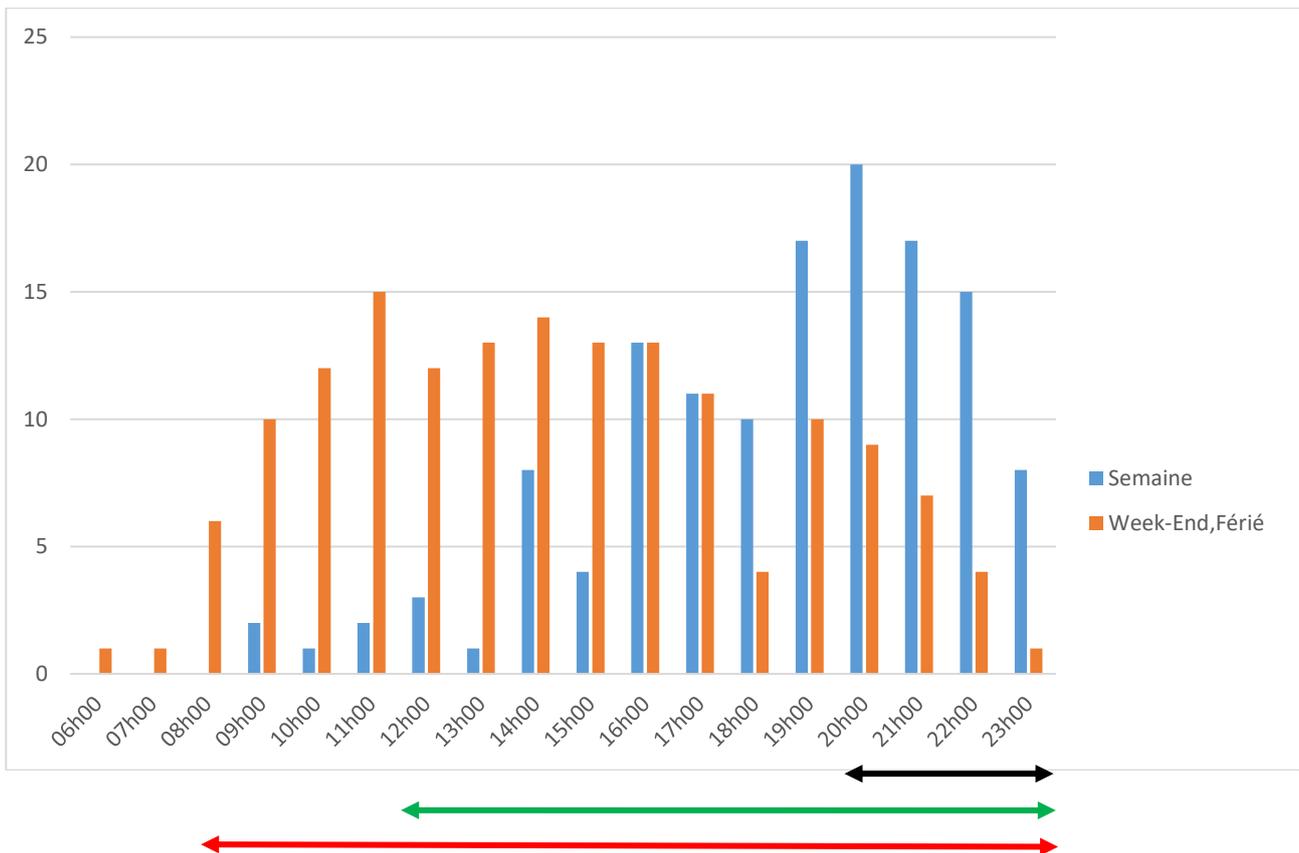
### **1. Population incluse et taux de réorientation**

Entre le 1<sup>er</sup> février 2016 et le 31 mars 2016, 9551 patients ont été admis au SAU. Parmi ces patients, 288 ont été réorientés vers la MMG soit un taux de réorientation de 3%.

La cohorte des patients réorientés était composée de 157 femmes (54,5%) et 131 hommes. Leur âge moyen était de 36 ans (écart type 15,48). Deux cent quarante-huit patients (86%) ont déclaré avoir un médecin généraliste référent.

Le taux de réorientation est plus important sur deux périodes horaires : entre 19h et 21h avec plus d'un quart des patients réorientés (27,8%) et entre 16h et 17h avec un patient sur six réorienté (16,7%).

Plus de la moitié des réorientations (54,2%) a eu lieu les week-ends et le jour férié de notre période d'inclusion. Le taux de réorientation est de 5,7% les week-ends et jour férié compris, contre 1,9% en semaine ( $p < 0.001$ ).



**20H-00H : Horaires d'ouverture de la MMG du lundi au vendredi**

**12H-00H : Horaires d'ouverture de la MMG le Samedi**

**08H-00H : Horaires d'ouverture de la MMG le Dimanche**

Figure 1 : Nombre de patients réorientés selon l'heure de passage aux urgences.

## 2. Caractéristiques de la population ayant répondu au questionnaire téléphonique

- Nombre de patients répondants

Deux cent vingt et un (221) patients sur les 288 réorientés ont répondu au questionnaire téléphonique.

- Couverture sociale des patients répondants

Cent soixante-quatre de ces 221 patients (74,2%) étaient affiliés à la Sécurité Sociale et bénéficiaient d'une mutuelle complémentaire. Trente-neuf patients (17,7%) étaient bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle (CMU).

*Tableau I : Répartition de la couverture Sociale au sein des patients répondants.*

	<b>Effectif</b> <b>n=221(100%)</b>
<b>ALD</b>	4 (1,8%)
<b>AME</b>	1 (0,4%)
<b>Aucune</b>	2 (0,9%)
<b>CMU</b>	39 (17,7%)
<b>Sécurité Sociale sans Mutuelle Complémentaire</b>	9 (4,1%)
<b>Sécurité Sociale avec Mutuelle Complémentaire</b>	164 (74,2%)
<b>Ne sait pas</b>	2(0,9%)

- Choix de la filière de soin avant de se présenter aux urgences

Une majorité de patients (178 ; 80,5 %) déclare ne pas avoir essayé de joindre leur médecin habituel avant de se présenter aux urgences. Pour 118 d'entre eux leur médecin habituel était absent ou le cabinet était fermé.

Pour 25 patients (11,3%), l'absence de MT les conduisait à consulter en premier lieu aux urgences et 13 patients justifiaient le recours aux urgences car leur MT n'était pas dans la région. Pour 194 (87,8%) patients, si leur

médecin habituel avait pu les recevoir dans la journée (ou pour les patients sans médecin si ils avaient eu un MT habituel) ils l'auraient consulté.

Cent soixante-huit patients (76%) se sont présentés de leur propre initiative aux urgences. Vingt patients (9%) avaient contacté le centre 15 avant leur venue. Parmi ces patients, 17 ont suivi les conseils de la régulation et se sont présentés aux urgences avant d'être réorientés vers la MMG. Un patient initialement adressé au SAU par son MT a été réorienté vers la MMG.

L'entourage a conseillé à 29 patients de se présenter aux urgences. Les services de police ont indiqué à 4 patients de se présenter aux urgences.

Quarante-sept patients (21,3%) avaient déjà consulté un médecin pour le même motif. Les motifs de non reconsultation de leur MT sont décrits dans le tableau II.

*Tableau II : Raisons évoquées par les patients ne reconsultant pas leur médecin pour le même motif.*

	<b>Effectif n=47(100%)</b>
<b>MT absent ou non disponible rapidement</b>	31(66%)
<b>Patient souhaitant un autre avis médical</b>	10(21,3%)
<b>Délai de consultation trop long en ambulatoire</b>	2(4,3%)
<b>MT pas dans la région</b>	3(6,4%)
<b>Pas de réponse</b>	1(2,1%)

- Motifs de consultation

Les motifs de consultation les plus fréquemment invoqués par les patients réorientés sont l'hyperthermie, suivi des symptômes ou des plaintes au niveau lombaire puis les douleurs dentaires. Le tableau III classe les dix premiers motifs de consultation (sur quarante-huit au total) aux urgences des patients réorientés.

*Tableau III : Dix premiers motifs de consultation chez les patients réorientés.*

	<b>Effectif n=221(100%)</b>
<b>1) Fièvre</b>	24(10,9%)
<b>2) S/P lombes</b>	23(10,4%)
<b>3) S/P dents/gencives</b>	18(8,1%)
<b>4) S/P de la gorge</b>	15(6,8%)
<b>5) Dysurie/miction douloureuse</b>	10(4,5%)
<b>6) Eruption localisée</b>	10(4,5%)
<b>7) Toux</b>	9(4,1%)
<b>8) S/P de la jambe et de la cuisse</b>	8(3,6%)
<b>9) Douleur/crampes abdominales</b>	7(3,2%)
<b>10) Douleur d'oreille/Otalgie</b>	7(3,2%)

Concernant les raisons secondaires qui ont poussé les patients à consulter en urgence (tableau IV), plus d'un tiers des patients (36,6%) évoquaient une douleur trop importante pour attendre. L'angoisse d'un problème grave était la deuxième raison évoquée par les patients (16,7% des cas) pour justifier de leur recours à un service d'urgences.

Tableau IV : Raisons secondaires motivant les patients à consulter aux urgences.

	<b>Effectif n=221(100%)</b>
<b>Douleur</b>	81(36,6%)
<b>Angoisse/Peur grave</b>	37(16,7%)
<b>Pas de MT</b>	17(7,7%)
<b>Avis Médical Urgent</b>	10(4,5%)
<b>AT</b>	9(4,1%)
<b>Autre avis (dont avis spécialisé et /ou dentiste)</b>	6(2,7%)
<b>Certificat descriptif</b>	4(1,8%)
<b>MT absent</b>	4(1,8%)
<b>Imagerie en urgence</b>	3(1,4%)
<b>Prurit</b>	3(1,4%)
<b>Ordonnance</b>	1(0,4%)
<b>Pas dans la région</b>	1(0,4%)
<b>Pas de réponse</b>	45(20,4%)

### 3. Caractéristiques des patients non répondeurs

Soixante-sept patients (23,3%) n'ont pas répondu au questionnaire (47 patients n'ont jamais décroché, 14 ont donné un faux numéro lors de leur entrée administrative, 4 patients n'ont pas transmis de numéro de téléphone et 2 patients ont refusé de répondre).

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le groupe des patients répondeurs et non répondeurs en ce qui concerne le sex ratio, le passage en semaine ou en week-ends / jour férié, le passage en période de journée ou de nuit, ou l'âge moyen. Il existe une différence significative entre

les deux groupes en ce qui concerne le fait d'avoir un MT déclaré (88,7% pour les répondants et 77,6% pour les non répondants).

Tableau V : Caractéristiques épidémiologiques des deux groupes répondants vs « non répondants ».

	<b>Patients non répondants</b>	<b>Patients répondants</b>	<b>Total</b>	<b>p</b>
<b>Effectif n (%)</b>	67(23,3%)	221(76,7%)	288(100%)	
<b>Féminin</b>				
<b>Féminin</b>	30(44,8%)	127(57,5%)	157(54,5%)	0.06
<b>Masculin</b>	37(55,2%)	94(42,5%)	131(45,5%)	
<b>Jour de passage</b>				
- Semaine	30(44,8%)	102(42,2%)	132(45,8%)	0.84
- Week-ends et jour férié	37(55,2%)	119(57,8%)	156(54,2%)	
<b>Age Moyen</b>				
<b>Age Moyen</b>	31,69	37,44		0.06
<b>Médecin traitant déclaré</b>				
<b>Médecin traitant déclaré</b>	52(77,6%)	196(88,7%)	248(86,1%)	0.02
<b>Heures de réorientations</b>				
- Nuit (20 h à 8 h)	20(29,9%)	63(28,5%)	83(28,8%)	0.83
- Jour (8h à 20 h)	47(70,1%)	158(71,5%)	205(71,2%)	

## 4. Objectifs secondaires de l'étude

### 4.1. Sécurité

Neuf patients réorientés ont été amenés à reconsulter dans un service d'urgences dans les 72 heures pour le même motif (taux de reconsultation de 4,1%).

Deux de ces patients n'ont pas consulté à la MMG (pour l'un à cause d'un coût trop élevé et pour l'autre des horaires qui ne convenaient pas).

Un patient reconsultant a été hospitalisé par la suite pour une prise en charge chirurgicale d'un abcès anal. Il s'agit du seul patient réadressé directement au SAU par le praticien de la MMG.

Seul un patient a essayé de contacter son MT avant sa venue aux urgences.

Les autres caractéristiques des 9 patients reconsultant dans les 72h sont décrites dans le tableau VI.

### 4.2. Accessibilité

*Rapport-gratuit.com*  
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MEMOIRE 

Cent quatre-vingt-dix-neuf (199) patients réorientés ont consulté le médecin de la MMG (taux d'accessibilité de 90%). Les principales raisons évoquées pour une « non-consultation » sont : l'attente trop longue (9 patients), les horaires d'ouverture de la MMG non adaptés (pour 5 patients) et le coût trop élevé de la consultation (pour 4 patients).

Les caractéristiques des patients réorientés n'ayant pas consulté à la MMG sont décrits dans le tableau en Annexe V.

Vingt-neuf pourcent (29%) des patients réorientés ne connaissaient pas l'existence de la MMG avant de venir aux urgences.

Tableau VI : Caractéristiques des patients reconsultant dans un SAU dans les 72h.

<b>Motif principal de la consultation aux urgences</b>	
- Douleur rectale/anale	2
- Fièvre	1
- Palpitation/perception battements cardiaque	1
- S/P de la gorge	1
- S/P de la jambe et de la cuisse	1
- S/P de l'épaule	1
- S/P lombes	1
- Souffle court, dyspnée	1
<b>Motif secondaire de la consultation aux urgences</b>	
- Angoisse/Peur grave	3
- Avis Médical Urgent	1
- Douleur	3
- Absence de MT	2
<b>Diagnostic final retenu par le patient à l'issu de sa consultation à la MMG</b>	
- Palpitations NCA	1
- Bursite, tendinite, synovite NCA	1
- Fissure anale/abcès périanal	2
- Grippe	1
- Suspicion de TVP	1
- Syndrome dorso-lombaire sans irradiation	1
- Trouble somatoforme	1
- Ne sait pas	1

### 4.3. Efficience

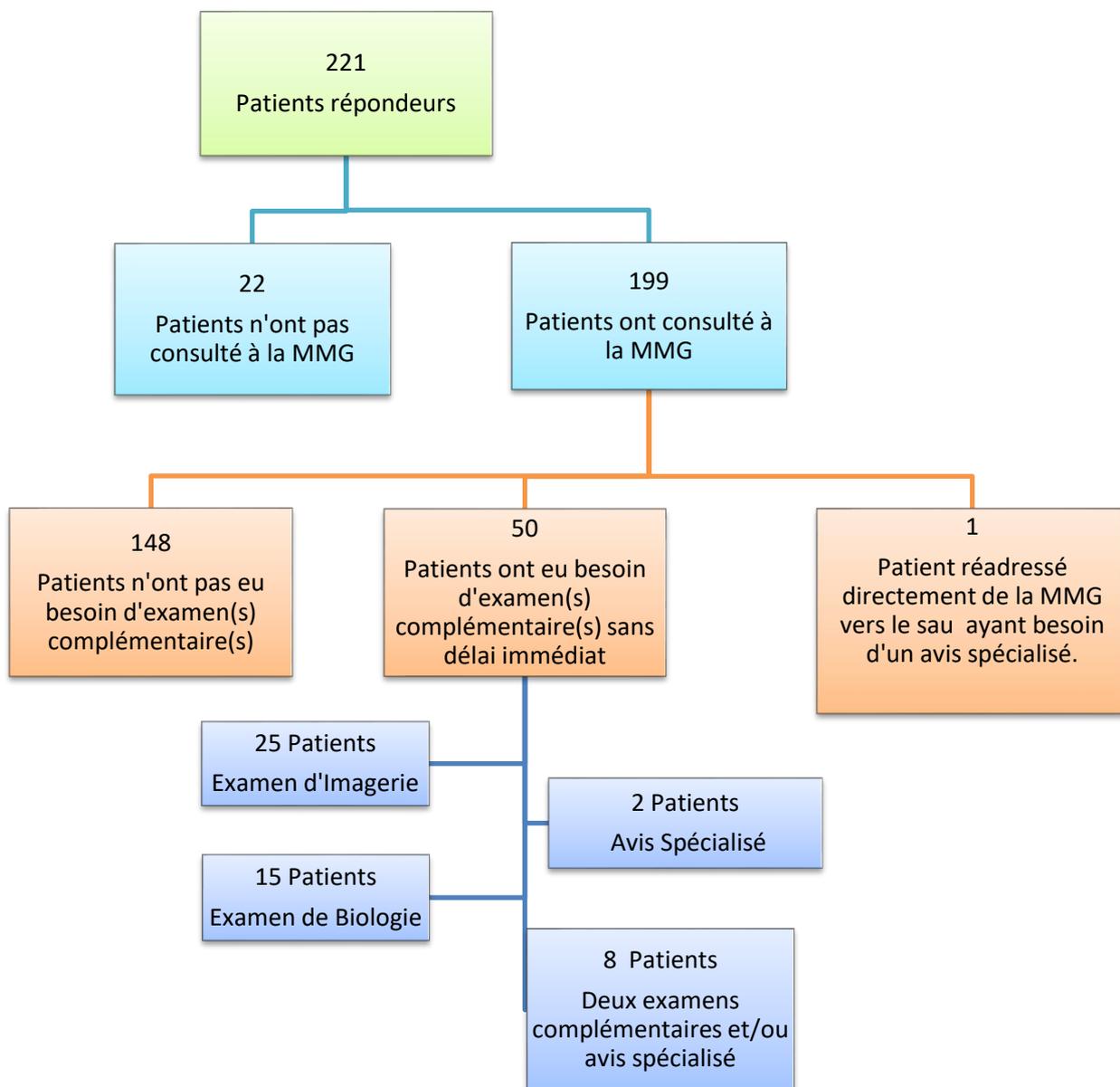


Figure 2: Répartition de la prescription d'examens complémentaires et/ou avis spécialisé chez les patients réorientés vers la MMG.

Cent quarante-huit patients n'ont pas eu besoin de prescription d'examen complémentaire ou d'avis spécialisé lors de leur prise en charge à la MMG (taux d'efficience de 74,4 %).

#### 4.4. Satisfaction des patients

Pour 176 patients cette réorientation était justifiée (taux de satisfaction de 79,6%). Les motifs rapportés de non satisfaction sont décrits dans le tableau suivant (tableau VII). Plus de la moitié des patients réorientés (62,4 %) se disent avoir été surpris de cette proposition de réorientation lors de leur accueil aux urgences.

Tableau VII : Motifs rapportés par les patients trouvant que la proposition de réorientation n'était pas justifiée.

	<b>Effectif n=45(100%)</b>
<b>Absence d'imagerie et d'examen complémentaire sur place</b>	12(26,7%)
<b>Absence de spécialiste (y compris dentiste)</b>	8(17,8%)
<b>Douleur trop importante</b>	4(8,9%)
<b>Nécessitait prise en charge aux urgences</b>	4(8,9%)
<b>Temps d'attente excessif</b>	4(8,9%)
<b>Coût</b>	2(4,4%)
<b>Lieu différent des urgences</b>	1(2,2%)
<b>Absence d'amélioration des symptômes depuis la consultation</b>	1(2,2%)
<b>Réadressé aux urgences</b>	1(2,2%)
<b>Absence de réponse</b>	8(17,8%)

## **DISCUSSION**

### **1. Intérêts de l'étude**

Peu de travaux à ce jour étudient le devenir des patients réorientés. L'intérêt de notre étude est de faire un état des lieux de cette pratique en s'assurant de la sécurité du patient réorienté. Nous avons analysé les motifs de recours aux urgences ainsi que la connaissance des patients concernant le fonctionnement de la permanence des soins en Sarthe.

Cette étude suggère que le nombre de patients réorientés pendant la période d'inclusion reste relativement faible avec un taux de réorientation de 3% toutes périodes confondues, s'élevant à 5,7% sur la période weekends/jour férié.

Ce travail a permis de s'assurer que la sécurité du patient réorienté était préservée avec un taux faible de reconsultation (4,1%), sans préjudice sur le plan médical.

Globalement, les patients estimaient que leur réorientation était justifiée (taux de satisfaction de 79,6%) et suivaient le conseil de réorientation en consultant le médecin de la MMG dans la grande majorité des cas (taux d'accessibilité de 90%).

L'étude a permis de définir les caractéristiques de la population réorientée. La cohorte des patients réorientés est majoritairement féminine (56%) et jeune (avec un âge moyen de 36 ans (écart type 15,48)). La grande majorité des patients (86%) ont déclaré avoir un médecin généraliste référent.

## **2. Limites de l'étude**

### **2.1. Limites et biais**

Cette étude est observationnelle, elle ne permet donc pas de mesurer l'éventuel impact de la réorientation sur des mesures classiques de qualité du flux aux urgences, tel que le temps de passage moyen par exemple. Pour cela, dans un travail ultérieur, il conviendrait de réaliser une étude interventionnelle comparant deux systèmes distincts, avec et sans réorientation.

Notre travail ne nous permet pas de répondre à la question de savoir si des patients admis au sein du SAU au cours de la période de recueil auraient également pu bénéficier d'une réorientation.

L'utilisation d'un caractère standardisé et d'un seul investigateur permet de limiter le risque d'un biais de recueil. Par contre, il n'est pas exclu que le caractère rétrospectif du recueil téléphonique entraîne un biais d'interprétation et de mémorisation.

### **2.2. Validité interne**

Presque un quart des patients inclus dans l'étude n'ont pas répondu au questionnaire. Cette donnée peut occasionner un biais d'interprétation des informations dans l'analyse de données.

Néanmoins, la comparaison entre les groupes de patients répondeurs et non répondeurs n'a pas retrouvé de différence significative, hormis la déclaration d'un MT. Les données recueillies dans le groupe des patients répondeurs semblent être généralisables à l'ensemble de la population réorientée.

### **3. Interprétations des résultats et validité externe**

#### **3.1. Sécurité**

Moins de 5% des patients réorientés vers la MMG reconsultent dans un SAU dans les 72 heures. Ce pourcentage est comparable aux données de la littérature [30,31].

Une étude américaine incluant plus de 4 millions de patients et analysant les retours aux urgences dans les 72 heures a mis en évidence un taux de reconsultation de 7,5%. Il s'agissait de patients admis au sein du SAU incluant donc une population plus hétérogène que celle de notre étude, dans un système de soins différent [30].

De même, une étude néerlandaise a évalué la sécurité des soins chez des patients pris en charge par un médecin généraliste coopérant au sein de la structure d'urgence. Il s'agissait de patients évalués par l'IOA qui après évaluation selon une échelle de tri spécifique décidait de la réorientation vers le médecin généraliste. Chez les patients identifiés comme non graves, le taux de retour aux urgences dans les 15 jours est de 3,6% dans le groupe des patients pris en charge par le généraliste contre 4,5% dans le groupe pris en charge par les urgentistes. Les auteurs de cette étude concluent que les patients non graves peuvent être pris en charge efficacement et en toute sécurité par un médecin généraliste [31].

La prise en charge de patients par un médecin généraliste coopérant au service d'urgences, par exemple au sein d'une MMG semble être une proposition de prise en charge sûre pour les patients initialement identifiés comme non grave [32].

### **3.2. Taux de réorientation**

Parmi toutes les admissions aux urgences, 288 patients ont été réorientés vers la MMG, soit un taux de réorientation de 3 %.

Le taux de réorientation est significativement plus important les weekends et jours fériés par rapport au reste de la semaine (5,7% vs 1,9% ( $p < 0.001$ )).

Cette augmentation du taux de réorientation sur cette période pourrait être expliquée par deux phénomènes. D'une part, une proportion plus élevée de patients se présentant aux urgences relevant de la médecine générale du fait d'une moindre disponibilité des médecins généralistes sur ces périodes. D'autre part, des horaires d'ouverture des MMG plus larges avec quatre heures de présence chaque soir de semaine, 28 heures les week-ends et 16 heures les jours fériés. Notre étude ne permet pas de répondre à la question de savoir lequel de ces facteurs explique cette augmentation.

Compte-tenu du taux relativement faible de réorientations, il est probable que celle-ci n'ait pas en soi d'impact significatif sur le flux des patients aux urgences. Néanmoins, il semble licite de s'interroger sur l'impact réel d'une augmentation du nombre de réorientations sur les temps de passage, d'autant plus que les patients réorientés nécessitent une charge en soins relativement faible.

Afin de majorer ce potentiel impact, il conviendrait d'identifier d'autres patients éligibles à une réorientation.

L'estimation de la proportion de patients admis aux urgences relevant de la médecine générale est extrêmement variable selon les études [33,34,35].

Une étude en 2009 interrogeant les patients sur une éventuelle réorientation vers une structure de soins alternative soulignait que 2/3 d'entre eux ne seraient pas défavorables à cette proposition [33].

Il existe probablement aussi des facteurs limitant le recours à la réorientation. Ainsi, dans une étude analysant la pratique de la reorientation en France, les médecins refusant de réorienter le faisaient par « pression de leur service, par manque de solution d'aval et par crainte du risque médicojudiciaire.»[25]

De plus, la rémunération des urgences, depuis 2006 basée sur le nombre de consultations, n'incite probablement pas les administrateurs à favoriser la réorientation[24].

Une procédure de service encadre la proposition de réorientation vers la MMG au sein du SAU du Mans. Dans celle-ci, il est stipulé que les patients adressés spécifiquement au SAU par un autre médecin ou par la régulation du centre 15 ne peuvent pas être réorientés. Malgré cette procédure, 17 patients orientés par le centre 15 et un patient adressé par son médecin traitant ont été réorientés vers la MMG. Il serait intéressant d'interroger les urgentistes afin de préciser leur connaissance de cette procédure et les raisons du non respect de celle-ci.

### **3.3. Accessibilité**

Un patient sur dix réorientés n'a pas vu de médecin à la MMG.

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'expliquer ce résultat.

Les principaux motifs avancés par les patients n'ayant pas consulté sont l'attente, le coût et les horaires d'ouverture de la MMG. Un meilleur respect de la procédure autorisant la réorientation permettrait de limiter le nombre de non-consultants, car ces facteurs sont normalement des obstacles à une réorientation selon la procédure du service.

Le fait que la MMG ne soit pas dans le même bâtiment que les urgences peut aussi constituer une limite à l'accès de cette structure.

Etant donné la forte proportion de patients identifiés dans la littérature comme relevant de la médecine ambulatoire et afin d'améliorer l'accessibilité, une des solutions proposées par certains centres d'urgences est une coopération avec un médecin généraliste afin d'améliorer le flux de patients au sein du SAU.

Une étude Australienne suggère que les services d'urgence bénéficiant de l'aide d'un médecin généraliste dans la prise de charge des patients considérés comme non urgents permet de réduire l'encombrement des urgences, en diminuant le délai d'attente de façon significative de 19% par rapport à une structure d'urgences sans médecin généraliste [36].

La collaboration d'un médecin généraliste dédié au sein d'une structure d'urgences semble être une alternative de soins efficace dans la gestion du flux des urgences.

A contrario, il a été également démontré que les patients considérés comme non urgents et donc potentiellement éligibles à une réorientation n'entravent pas forcément le flux aux urgences. Une étude réalisée dans le

service des urgences de l'hôpital du Mans a démontré que la présence d'un ou plusieurs patient(s) grave(s) était associée à une augmentation globale des temps de passage dans le service [37]. Cette étude conforte l'hypothèse selon laquelle ce sont les patients nécessitant la charge de soins la plus lourde qui ont l'impact le plus important sur les temps de passage. Par conséquent, diminuer le nombre des patients « non graves » est peu susceptible de réduire les temps d'attente pour les autres patients ou de diminuer l'encombrement aux urgences [38].

Les solutions pour améliorer le flux des patients aux urgences seraient plutôt à chercher dans l'organisation interne des services, ainsi que dans celle des hôpitaux pour ce qui concerne l'aval de la prise en charge des urgences.

### **3.3.1 Coût**

Moins d'examens complémentaires en ambulatoire, rapporté à un coût de consultation également moins important, semble être une piste contribuant à une diminution des dépenses de santé. Dans une étude évaluant le rapport coût-efficacité de différentes filières, il est démontré que l'ajout d'un médecin généraliste à une structure d'urgences permet d'être plus efficace tout en contrôlant les coûts, avec une différence significative moyenne de -71 Euros par patient [39].

Compte tenu du faible taux de réorientations observé dans notre étude, l'impact économique de la réorientation semble malgré tout relativement peu important.

### 3.4. Efficience

Les médecins généralistes ambulatoires utilisent moins d'examens complémentaires que leurs confrères hospitaliers. En effet, la dernière étude de la DREES concernant les urgences en France, décrit qu'un acte de soins est réalisé pour 40 % des passages, 45% bénéficient d'un acte d'imagerie et 35% d'une analyse biologique [40].

En comparaison, ces pourcentages sont plus faibles en consultation ambulatoire. Une autre étude dirigée par la DREES concernant les recours urgents ou non programmés en médecine générale a permis de mettre en évidence qu'un tiers des consultations aboutissent à une prescription non médicamenteuse, 11% des consultations nécessitent une prescription d'examens biologiques, 10% une prescription d'examens radiologiques et 12 % un avis spécialisé [41].

A l'échelle régionale, l'ARS des Pays de la Loire confirme ces chiffres dans une étude de 2007 portant également sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Elle rapporte une prescription d'examens biologiques pour 9% des patients ainsi que 9% de radiographies et une demande d'avis spécialisé dans 12% des cas [42].

Dans notre étude, sur les 199 patients ayant consulté à la MMG, 51 d'entre eux (soit 25,6%) ont nécessité un ou plusieurs examens complémentaires ou avis spécialisé sans délai immédiat. Cependant, au sein de notre cohorte le recours aux avis spécialisés est nettement inférieur aux chiffres précédemment décrits soit 1.5% vs 12% pour la DREES ou l'ARS des Pays de la Loire.

La différence de prescription d'examens complémentaires entre le SAU et la MMG peut avoir plusieurs explications. Tout d'abord, la facilité d'accès aux plateaux techniques dans les services d'urgences peut inciter à une sur-prescription d'examens complémentaires. Ce phénomène peut être amplifié par l'expérience du prescripteur, un interne ou un médecin récemment diplômé ayant parfois une tendance à la sur-prescription [43]. Ensuite, il existe également une différence quant aux caractéristiques des patients accueillis. Par exemple, les sujets âgés (souvent poly pathologiques) représentent 17% des admissions aux SAU et nécessitent plus fréquemment le recours aux examens complémentaires [14,40].

Il a aussi été démontré que le délai d'obtention des examens complémentaires ou l'attente d'un avis spécialisé est une cause importante d'attente et donc de surcharge au sein du SAU [44].

Il serait intéressant d'étudier si la réorientation aurait été légitime chez des patients admis au SAU et ayant nécessité un examen complémentaire, ce dans un but éventuel d'élargir les indications de réorientation. Il est également probable que la forte suspicion par l'IOA ou le MAO de la nécessité d'examen complémentaire est un facteur limitant une réorientation.

#### **4. Circonstances et motifs du recours aux urgences**

Dans notre travail, la majorité des patients réorientés n'a pas contacté son médecin traitant avant de se présenter aux urgences.

L'étude de la DREES confirme nos résultats avec seulement « un tiers des patients interrogés ont entrepris des démarches relatives à leur état de santé durant les 24 heures précédant leur venue dans un service d'urgences » [40].

Une étude de 2016 montre que seulement 5% des passages aux urgences sont précédés d'une visite ou d'une consultation chez un médecin [45].

Dans notre travail la principale raison évoquée pour cette absence de consultation en médecine générale avant de se présenter aux urgences est l'indisponibilité supposée ou réelle du médecin traitant. Cette indisponibilité peut être expliquée par les horaires de consultation, en majorité le week-end et entre 19 et 21h.

Pourtant, une majorité de patients sont favorables à une prise en charge ambulatoire. Le fait de s'adresser directement au SAU sans contact médical préalable peut donc s'expliquer par une méconnaissance de la MMG comme moyen alternatif de consultation. Cela peut aussi s'expliquer par une volonté d'obtenir une réponse rapide, une difficulté d'obtenir une réponse à leur problème en dehors d'un service d'urgence ou alors une difficulté d'appréciation de la gravité des symptômes.

#### **4.1 Différents exemple d'accès aux soins non programmés dans le monde**

Aux Etats-Unis, il existe des « Retail Clinics », équivalents à des centre de soins primaires de proximité où la prise en charge est effectuée par une « nurse practitioner », c'est-à-dire une infirmière formée et habilitée à



réaliser certains diagnostics et prescriptions « simples », qui relèveraient de la médecine générale en France. Une étude récente démontre que la présence d'un de ces centres de soins proche d'un service d'urgence n'est pas associée à une diminution du flux aux urgences [46].

En effet, les auteurs d'un éditorial accompagnant cette étude suggèrent qu'en créant de nouveaux modes d'accès à des soins primaires non programmés, on élargit l'offre et par là même la demande. Ils expliquent qu'offrir un service de soins de proximité incite les patients à consulter alors qu'ils ne se seraient pas nécessairement déplacés dans une structure d'urgences pour le même problème médical [47].

Au Royaume-Uni, face à une difficulté d'accès aux soins primaires et une augmentation croissante de l'utilisation des services d'urgences, de profondes réformes ont eu lieu à partir des années 2000. On note notamment la création de centres de soins primaires sans rendez-vous, comparables à nos MMG. Au sein de ces structures de proximité, la prise en charge peut être effectuée soit par une nurse et/ou un GP (Walk in Center), soit par un GP seul (Urgent Care Centres) [48]. Une autre réforme adoptée concerne l'élargissement de l'accès aux cabinets des GP, avec des horaires d'ouvertures plus larges le soir et le week-end. Il s'agit d'un système d'accès à des soins non programmés qui semble satisfaire la population à l'échelle locale. Cependant, certains auteurs critiquent cette multiplication des structures de soins, qui semble créer une confusion pour les patients quant aux solutions les plus adéquates et soulignent que leur effet sur le flux aux urgences reste minime [49,50].

Le système de soins d'urgences dans le modèle espagnol est basé sur l'existence de centres de santé régionalisés et ouverts 24H/24 (« Punto de

Attencion Continuada »), associés à un service de visites à domicile. Même si cela semblerait être une réponse optimale aux problématiques des soins primaires ambulatoires, les délais d'attente longs pour obtenir une consultation incitent les patients à venir aux urgences hospitalières [51].

## **5. L'information du patient**

Dans son rapport de janvier 2004, le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie souligne que l'inégalité dans l'information « constitue une des plus profondes inégalités dans l'accès aux soins » [52].

Il est démontré que le recours aux urgences est fréquemment lié à un problème d'accessibilité des autres moyens mis à la disposition du patient. En effet, le patient malgré sa volonté d'une prise en charge ambulatoire ne trouve souvent pas d'autre moyen que de se rendre aux urgences pour trouver une réponse à son problème [53,54].

Près d'un tiers des patients avouent ne pas connaître la régulation médicale des centres 15, pourtant le pivot essentiel de la prise en charge des soins non programmés en France.

Cette méconnaissance du système de garde est confirmée par une étude de la SFMU concernant les français et l'accès aux soins non programmés. Interrogés sur ce qu'il faudrait faire en priorité pour améliorer la qualité des services du SAMU-Centre 15, les Français (58% des répondants) estiment d'ailleurs que c'est l'information sur le fonctionnement des services d'urgences et des

permanences de soins, plus que le temps de réponse qu'il faut traiter prioritairement.

Aux Pays-Bas, un programme commun de soins d'urgences avec une filière de tri commun permettant de centraliser les informations, associé à une campagne d'information sur cette filière auprès de la population, a permis de diminuer de 22% le nombre de passages aux SAU [55].

Cela conforte l'idée de l'importance de la régulation médicale ou paramédicale afin de mieux cibler les patients, leur pathologie et leur orientation au sein des différentes structures de soins. Des mesures simples pourraient permettre à la population d'être mieux informée, notamment par le développement accru d'affiches d'informations du système de garde de leur secteur au sein des cabinets médicaux. [56]

## CONCLUSION

Bien que le taux de réorientation dans notre étude soit faible (3%), la MMG est une alternative sûre au SAU pour les patients ambulatoires non urgents.

De plus, la population semble globalement satisfaite et favorable à ce mode de prise en charge ambulatoire pour des soins non programmés.

La réorientation vers une structure de soins alternative permet de répondre de façon adéquate aux demandes de soins des patients, sous réserve d'horaires élargis et d'accès facilités.

Par contre la réorientation de patients vers ce genre de structure n'a probablement qu'un effet minime sur le flux des patients au sein du service des urgences.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Richardson DB, Bryant M. Confirmation of Association between overcrowding and adverse events in patients who do not wait to be seen. Acad Emerg Med. 2004 ; 11(5) : 462
2. Sprivulis PC, DaSilva JA, Jacobs IG, Jelinek GA, Frazer ARL. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. Med J Australia. 2006 ; 184(5) : 208–212
3. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. Med J Australia. 2006 ; 184(5) : 213
4. American College of Emergency Physicians. Crowding (policy statement). 2008. <https://www.acep.org/clinical---practice-management/crowding/> (Dernier accès le 26 novembre 2016)
5. Pateron D. Dis-moi comment est ton aval et je te dirai comment marche ton accueil. Ann Fr Med Urgence. 2016 ; 6(3) : 157-158.
6. Beltramini A, Debuc E, Pateron D. L'organisation des services d'urgences : un enjeu face à la surcharge. Ann Fr Med Urgence. 2014 Fev 19 ; 4(2) : 106-115
7. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang LJ, Han W et al. Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. Ann Emerg Med. 2013 ; 61(6) : 605-611

8. McCarthy ML, Zeger SL, Ding R, Levin SR, Desmond JS, Lee J, et al. Crowding delays treatment and lengthens emergency department length of stay, even among high-acuity patients. *Ann Emerg Med.* 2009 oct 1 ; 54(4) : 492-503
9. Cowan RM, Trzeciak S. Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critical ill. *Crit Care.* 2005 Jun ; 9(3) : 291-295
10. Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Paris : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques; *Études et Résultats.* 2007 : 607
11. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on. *Le Panorama des établissements de santé*–édition. 2013 ; 11-28.
12. Rault JF, Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins.
13. Baubeau D, Carrasco V. Les usagers des urgences, Premiers résultats d'une enquête nationale. Paris : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, *Études et Résultats* 2003 ; 212
14. La Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences. *Panorama de l'activité des Urgences* .2015
15. ARS des Pays de la Loire. Le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires 2014-2015. L'évaluation de son organisation et de son fonctionnement – LES CHIFFRES CLES. 2016

16. Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France. Santé publique. 2005 ; 17(2) : 233-240.
17. Code de la santé publique. Article L6315-1 Modifié par LOI n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 10. Circulaire DHOS/SDO n° 2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville. <https://www.legifrance.gouv.fr>
18. Code de la santé publique. Article L6314-1 Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 75. <https://www.legifrance.gouv.fr>
19. DGOS. Les chiffres clés de l'offre de soins édition 2015. <http://www.ars.sante.fr>
20. Nicolas R. Etat des lieux de la permanence des soins ambulatoires du secteur de garde" Ambert-Ar lanc": évaluation de la satisfaction auprès des usagers du 15. [Thèse d'exercice de médecine]. Université de médecine Université de Clermont I. 2013
21. Code de la santé publique. Circulaire DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. <https://www.legifrance.gouv.fr>
22. Or Z, Com-Ruelle L. La qualité de soins en France: comment la mesurer pour l'améliorer? Journal d'économie médicale. 2008 ; 26(6) : 371-385
23. Askenazy P, Dormont B, Geoffard PY, Paris V. Pour un système de santé plus efficace. Notes du conseil d'analyse économique. 2013 ; (8) : 1-12.

24. Cour des comptes. Chapitre XII Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. septembre 2014.  
[https://www.ccomptes.fr/.../rapport\\_securite\\_sociale\\_2014\\_urgences\\_hospitalieres.pdf](https://www.ccomptes.fr/.../rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf)
25. Marchetti M, Lepape M, Lauque D. La réorientation à l'accueil des services d'urgences : évaluation des pratiques professionnelles françaises. *Ann Fr Med Urgence*. 2014 Oct 16 ; 4(6) : 349-353.
26. Raven MC, Kushel M, Ko MJ, Penko J, Bindman AB. The Effectiveness of Emergency Department Visit Reduction Programs: A Systematic Review. *Ann Emerg Med*. 2016 Oct ; 68(4) : 467-483
27. Durand AC, Gentile S, Gerbeaux P, Alazia M, Kiegel P, Luigi S et al. Be careful with triage in emergency departments: interobserver agreement on 1,578 patients in France. *BMC Emerg Med*. 2011 Oct 31 ; 11 : 19
28. Ng CJ, Liao PJ, Chang YC, Kuan JT, Chen JC, Hsu KH. Predictive factors for hospitalization of nonurgent patients in the emergency department. *Medicine*. 2016 Jun; 95(26): e4053
29. Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med*. 2011 ; 29(3) :333-345.
30. Rising KL, Victor TW, Hollander JE, Carr BG. Patient returns to the emergency department: the time-to-return curve. *Acad Emerg Med*. 2014 Aug ; 21(8) : 864-71

31. Van der Straten LM, van Stel HF, Spee FJM, Vreeburg ME, Schrijvers AJP, Sturms LM. Safety and efficiency of triaging low urgent self-referred patients to a general practitioner at an acute care post: an observational study. *Emerg Med J.* 2012 Nov ; 29(11) : 877-81
32. Chmiel C, Wang M, Sidler P, Eichler K, Rosemann T, Senn O. Implementation of a hospital-integrated general practice - a successful way to reduce the burden of inappropriate emergency-department use. *Swiss Med Wkly.* 2016 ; 146 : w14284
33. Gentile S, Durand AC, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients «non urgents» se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 2009 Fev ; 57(1) : 3-9.
34. Vertesi L. Does the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale identify non-urgent patients who can be triaged away from the emergency department? *CJEM.* 2004 septembre; 6 (5): 337-42.
35. Hugli OW, Potin M, Schreyer N, Yersin B. (2006). Engorgement des centres d'urgences: une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents? *Rev Med Suisse.* 2006 Aug 9 ; 2 (75) : 1836-9.
36. Sharma A, Inder B. Impact of co-located general practitioner (GP) clinics and patient choice on duration of wait in the emergency department. *Emerg Med J.* 2011 Aou ; 28(8) : 658-61.
37. Moulin O et al. données non encore publiées (CH LE MANS)
38. Schull MJ, Kiss A, Szalai JP. The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. *Ann Emerg Med.* 2007 Mar ; 49(3) : 257-264

39. Bosmans J, Boeke AJ, van Randwijck-Jacobze ME, Grol SM, Kramer MH, van der Horst HE et al. Addition of a general practitioner to the accident and emergency department : A cost effective innovation in emergency care. *Emerg Med J.* 2012 Mar ; 29(3) : 192-6
40. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences: la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. *Études et Résultats, DREES.* 2014 ; (889).
41. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats DREES. 2006
42. Observatoire régional de la sante des pays de la Loire. Recours urgents ou non programmés en médecine générale dans les Pays de la Loire. Juin 2007. [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com)
43. Gerbeaux P, Ledoray V, Torro D, Thirree R, Nelh P, Jean P. Impact de la «seniorisation» sur les prescriptions d'examens de biologie dans un service d'accueil et des urgences. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2000 ; 19(1) : 62-66
44. Kocher KE, Meurer WJ, Desmond JS, Nallamotheu BK. Effect of testing and treatment on emergency department length of stay using a national database. *Acad Emer Med.* 2012 May ; 19(5) : 525-534.
45. Ricroch L, Yilmaz E. Parcours de soins des patients des urgences hospitalières. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 2016 Mar ; 64(S1) : S19
46. Martsolf G, Fingar KR., Coffey R, Kandrack R, Charland T, Eibner C et al. Association between the opening of retail clinics and low-acuity emergency department visits. *Ann Emerg Med.* 2016

47. Pines JM. Why Retail Clinics Do Not Substitute for Emergency Department Visits and What This Means for Value-Based Care. *Ann Emerg Med*. 2016 Nov
48. NHS, Patients' Use of Walk-In Centres Report October 2013. <https://www.gov.uk>
49. Arain M, Baxter S, Nicholl JP. Perceptions of healthcare professionals and managers regarding the effectiveness of GP-led walk-in centres in the UK. *BMJ Open*. 2015 ; 5(8) : e008286
50. Arain M, Campbell MJ, Nicholl JP. Impact of a GP-led walk-in centre on NHS emergency departments. *Emergency Medicine Journal*. 2015 ; 32(4) : 295-300.
51. Chodosas M. Etude de l'organisation des différents systèmes d'urgence dans 5 pays : la France, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Portugal. Thèse : médecine. Paris VII: 2012.
52. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie. Rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. 2004. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/044000031.pdf>
53. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC research notes*. 2012 ; 5(1) : 1
54. D'Avolio DA, Strumpf NE, Feldman J, Mitchell P, Rebholz CM. Barriers to primary care perceptions of older adults utilizing the ED for nonurgent visits. *Clinical nursing research*. 2013 ; 22(4) : 416-431.

55. Van Gils-van Rooij ESJ, Yzermans CJ, Broekman SM, Meijboom BR, Welling GP, de Bakker DH. Out-of-Hours Care Collaboration between General Practitioners and Hospital Emergency Departments in the Netherlands. J Am Board Fam Med. 2015 Dec ; 28(6) : 807-15
  
56. ARS des Pays de la Loire. Accompagnement et soins : Permanences des soins. <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Permanences-des-soins.83892.0.html>

## **Liste des figures**

Figure 1: Nombre de patients réorientés selon l'heure de passage aux urgences

Figure 2: Répartition de la prescription d'examens complémentaires et/ou avis spécialisé chez les patients réorientés vers la MMG

## **Liste des tableaux**

Tableau I: Répartition de la couverture sociale au sein des patients répondeurs.

Tableau II: Raisons évoquées par les patients ne reconsultant pas leur médecin pour le même motif.

Tableau III: Dix premiers motifs de consultation.

Tableau IV: Raisons secondaires motivant les patients à consulter aux urgences.

Tableau V: Caractéristiques épidémiologiques des deux groupes répondeurs vs « non répondeurs ».

Tableau VI: Caractéristiques des patients reconsultant dans un SAU dans les 72h.

Tableau VII: Motifs rapportés par les patients trouvant que la proposition de réorientation n'est pas justifiée.

# Table des matières

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>INTRODUCTION</b> .....	12
1. Préambule .....	12
2. Une augmentation du nombre de passages aux Urgences. ....	12
3. Etat des lieux de la permanence des soins en France .....	14
3.1. Définition .....	14
3.2. Place de la Maison médicale de garde dans l'offre de soins non programmés ambulatoire .....	15
4. Qualité des soins. ....	16
4.1. L'efficacité .....	16
4.2. La sécurité .....	16
4.3. L'accessibilité .....	17
4.4. La réactivité .....	17
4.5. L'efficience .....	18
5. La réorientation : une piste à explorer ? .....	18
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	21
1. Description de l'étude .....	21
2. Critères d'inclusion .....	21
3. Critères de non inclusion .....	21
4. Recueil des données .....	22
4.1. Ethique et consentement .....	22
4.2. Triage à l'accueil .....	22
4.3. Questionnaire et rappel téléphonique .....	24
5. Objectifs de l'étude .....	24
5.1. Objectif principal : Evaluation de l'efficacité de la réorientation ..	24
5.2. Evaluation de la sécurité du patient : .....	25
5.3. Evaluation de l'accessibilité .....	25
5.4. Evaluation de l'efficience de la procédure .....	25
5.5. Evaluation de la satisfaction des patients .....	25
6. Classification et analyse des données .....	26
<b>RESULTATS</b> .....	27
1. Population incluse et taux de réorientation .....	27
2. Caractéristiques de la population ayant répondu au questionnaire téléphonique .....	28
3. Caractéristiques des patients non répondants .....	32
4. Objectifs secondaires de l'étude .....	34
4.1. Sécurité .....	34
4.2. Accessibilité .....	34
4.3. Efficience .....	36

4.4. Satisfaction des patients.....	37
<b>DISCUSSION</b> .....	38
1. Intérêts de l'étude .....	38
2. Limites de l'étude .....	39
2.1. Limites et biais.....	39
2.2. Validité interne .....	39
3. Interprétations des résultats et validité externe .....	40
3.1. Sécurité .....	40
3.2. Taux de réorientation.....	41
3.3. Accessibilité.....	42
3.3.1Coût .....	44
3.4. Efficience .....	45
4. Circonstances et motifs du recours aux urgences .....	46
4.1. Différents exemple d'accès aux soins non programmés dans le monde .....	47
5. L'information du patient .....	49
<b>CONCLUSION</b> .....	51
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	52
Liste des figures.....	60
Liste des tableaux .....	61
Table des matières .....	62
Annexes.....	64

## **Annexes**

### **Annexe I : Lettre d'information transmise aux patients à l'accueil du SAU.**

LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PATIENTS POUR PARTICIPATION A UNE ETUDE OBSERVATIONNELLE.

Madame, Monsieur;

Merci de prendre le temps de lire cette lettre d'information.

Dans une démarche de qualité des soins, l'équipe du service d'accueil des urgences du Mans vient de vous proposer une réorientation vers une structure médicale qui nous semble plus adaptée.

Afin d'évaluer la qualité et la pertinence de votre réorientation, vous allez être susceptible d'être rappelé par téléphone dans un délai d'une semaine afin de prendre de vos nouvelles et de vous interroger concernant votre réorientation.

#### **Objectif de l'étude**

S'assurer que votre réorientation vers une MMG améliore votre prise en charge en réduisant notamment votre délai d'attente et en apportant une réponse à votre motif de consultation.

#### **Confidentialité**

#### **La collecte des données à analyser se fait de façon anonymisée.**

Toutes les données vous concernant resteront confidentielles et votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

#### **Que deviennent les résultats de cette étude?**

Il s'agit d'un recueil de données entrant dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Les résultats seront donc analysés et publiés sous forme d'un article scientifique. Il n'est pas possible d'identifier les participants à partir de la publication de cet article.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information et d'avoir accepté de participer à cette étude.

L'équipe du service d'accueil des urgences du centre hospitalier du Mans.

Annexe II : Questionnaire s'adressant aux patients consultant aux urgences et à qui une réorientation vers la MMG a été proposée.

Date Passage aux urgences :

Heure de passage :

Madame Monsieur

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

1) Avez-vous un médecin généraliste ?

Oui

Non

2) Avez-vous déclaré un Médecin Traitant ?

Oui

Non

3) Avez-vous déjà consulté un médecin pour le problème qui vous a amené à consulter aux urgences ?

Oui

Non

Si oui pourquoi n'êtes-vous pas retourné le voir.

4) Aviez-vous essayé de joindre votre médecin pour ce problème avant de vous présenter aux urgences ? (une seule réponse possible)

Oui

NON pourquoi ?

5) Si votre médecin traitant habituel (ou si aviez un médecin traitant) avait pu vous recevoir le jour même, l'auriez-vous consulté ?

Oui

Non

6) Aviez-vous contacté le 15 avant de vous présenter aux urgences ?

Oui

Non

7) Qui vous a conseillé de venir aux urgences ?

- parce que le médecin généraliste n'était pas là
- par l'entourage
- y est allé de sa propre initiative
- centre 15
- autre

8) Quel est le motif de votre consultation aux urgences ?

Raison principal : ex (Douleur Lominaire)

Raison secondaire : (par exemple arrêt de travail pour le lendemain)

9) La proposition de réorientation vers la maison médicale de garde vous a-t-elle surpris ?

Oui Non

10) Cette proposition de réorientation est-elle satisfaisante pour vous ?

Oui Non

11) Pensez-vous que cette proposition de réorientation vers un médecin généraliste de garde était justifiée compte tenu du motif de votre consultation ?

Oui Non Si non pourquoi ?

12) Connaissiez-vous la structure de soin Maison médicale de garde avant votre passage aux urgences ?

Oui Non

13) Etes-vous allé à la maison médicale de garde le jour même et avez-vous un médecin ?

Oui Non si non pourquoi

14) Si non à la question précédente Avez-vous consulté un médecin traitant ou médecin généraliste pour le même motif dans les 3 jours suivant votre réorientation ?

Oui

Non si non pourquoi ?

15) Etes-vous repassé pour le même motif par un service d'urgences dans les 72 h ?

Oui si oui avez-vous été hospitalisé ?

Non

16) Quel a été le diagnostic posé à l'issue de cette consultation par le médecin ? (Maladie, problème) qu'a-t-il retrouvé chez vous ?

17) Le médecin vous a-t-il prescrit des examens complémentaires ?

Oui

Non

Si oui - Bilan biologique

- Examen d'imagerie

- Cs spécialiste

18) Couverture Sociale : De quelle couverture sociale bénéficiez-vous ?

Sécurité Sociale

Sécurité Sociale + Mutuelle

ALD (100%)

CMU

AME

Aucune couverture sociale

# Annexe III : Classification internationale des soins primaires (CISP-2).

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 <sup>nd</sup> Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. <b>B</b>	Oeil	F	Ostéo-articulaire	L			
<b>Procédures</b>	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/indét. 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/indét. 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 Conjonctivite infectieuse F71 Conjonctivite 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 canala lacrymal de l'enfant F81 Autre anom. congénitale de l'œil F82 Décollement de la rétine F83 Rétinopathie F84 Dégénérescence maculaire F85 Ulcère de la cornée F86 Trachome F91 Déficit de réfraction F92 Cataracte F93 Glaucome F94 Cécité F95 Strabisme F99 Autre maladie de l'œil/annexes	F01 Douleur d'oreille/otalgie F02 P. d'audition F03 Acouphène/bourdonnement d'oreille F04 Ecoulement de l'oreille F05 Saignement de l'oreille F13 Sensation d'oreille bouchée F15 Préoc. par l'aspect des oreilles F27 Peur d'une maladie de l'oreille F28 Limitation de la fonction/incap. (H) F29 Autre S/P de l'oreille F70 Otite externe F71 Otite moyenne aiguë/myringite F72 Otite moyenne séreuse F73 Salpingite/eustache F74 Otite moyenne chronique F75 Tumeur de l'oreille F76 CE dans l'oreille F77 Perforation du tympan F78 Lésion traumat. superf. de l'oreille F79 Autre lésion traumat. de l'oreille H80 Anom. congénitale de l'oreille H81 Excès de cérumen H82 Syndrome vertigineux H83 Otosclérose H84 Presbycusie H85 Traumatisme sonore H86 Surdité H99 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde	F01 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-artic. L 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 L72 Fracture du radius/du cubitus L73 Fracture du tibia/du péroné L74 Fracture de la main/du pied L75 Fracture du fémur L76 Autre fracture L78 Entorse de la cheville L79 Entorse du genou L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire L83 Syndrome cervical L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation L85 Déformation acquise de la colonne L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation L87 Bursite, tendinite, synovite NCA L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive L89 Coxarthrose L90 Gonarthrose L91 Autre arthrose L92 Syndrome de l'épaule L93 Coude du joueur de tennis L94 Ostéochondrose L95 Ostéoporose L96 Lésion aigue interne du genou L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic. L98 Déformation acquise membres inf. L99 Autre maladie ostéo-articulaire	<b>Général et non spécifié <b>A</b></b>	<b>Syst. Digestif <b>D</b></b>	<b>Oreille <b>H</b></b>	<b>Neurologique <b>N</b></b>
	D01 Douleur/crampes abdominales gén. D02 Douleur abdominale/épigastrique D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac D04 Douleur rectale/anale D05 Démangeaisons périanales D06 Autre douleur abdominale loc. D07 Dyspepsie/indigestion D08 Flatulence/gaz/renvoi D09 Nausée D10 Vomissement D11 Diarrhée D12 Constipation D13 Jaunisse D14 Hématémèse/vomissement de sang D15 Méléna D16 Saignement rectal D17 Incontinence rectale D18 Modification selles/mouvem. intestin D19 S/P dents/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/indét. du syst. dig. D79 CE du syst. digestif D80 Autre traumat. du syst. digestif D81 Anom. congénitale du syst. digestif D82 Maladie des dents/des gencives D83 Maladie bouche/langue/lèvres D84 Maladie de l'œsophage D85 Ulcère duodénal 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 Entérite chronique/colite ulcéreuse D95 Fissure anale/abcès périanal D96 Vers/autre parasite D97 Maladie du foie NCA D98 Cholestyctite/cholélithiase D99 Autre maladie du syst. Digestif	<b>Cardio-vasculaire <b>K</b></b>	<b>Neurologique <b>N</b></b>					
	<b>CODES PROCÉDURE</b>	<b>Cardio-vasculaire <b>K</b></b>	<b>Neurologique <b>N</b></b>					
	<b>SYMPTÔMES ET PLAINTES</b>	<b>Cardio-vasculaire <b>K</b></b>	<b>Neurologique <b>N</b></b>					
	<b>INFECTIONS</b>	<b>Cardio-vasculaire <b>K</b></b>	<b>Neurologique <b>N</b></b>					
	<b>NÉOPLASMES</b>	<b>Cardio-vasculaire <b>K</b></b>	<b>Neurologique <b>N</b></b>					
	<b>TRAUMATISMES</b>	<b>Cardio-vasculaire <b>K</b></b>	<b>Neurologique <b>N</b></b>					
	<b>ANOMALIES CONGÉNITALES</b>	<b>Cardio-vasculaire <b>K</b></b>	<b>Neurologique <b>N</b></b>					
	<b>AUTRES DIAGNOSTICS</b>	<b>Cardio-vasculaire <b>K</b></b>	<b>Neurologique <b>N</b></b>					
		K01 Douleur cardiaque K02 Oppression/contriction cardiaque K03 Douleur cardio-vasculaire NCA K04 Palpitations/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 d' de l'hypertension K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire K28 Limitation de la fonction/incap. (K) K29 Autre S/P cardio-vasculaire K70 Infection du syst. cardio-vasculaire K71 RA/maledie cardiaque rhumatismale K72 Tumeur cardio-vasculaire K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire K74 Cardiopathie ischémique avec angor K75 Infarctus myocardique aigu K76 Cardiopathie ischémique sans angor K77 Décompensation cardiaque K78 Fibrillation 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 Hypotension 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	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 Paralyse/faiblesse N19 Trouble de la parole N26 Peur d'un cancer neurologique N27 Peur d'une autre maladie neurologique N28 Limitation de la fonction/incap. (N) N29 Autre S/P neurologique N70 Poliomyélie N71 Méningite/encéphalite NCA N72 Tétanos N73 Autre infection neurologique N74 Cancer du syst. neurologique N75 Tumeur bénigne neurologique N76 Autre tumeur indét. neurologique N79 Commotion N80 Autre lésion traumat. de la tête N81 Autre lésion traumat. neurologique N85 Anom. congénitale neurologique N86 Sclérose en plaque N87 Syndrome parkinsonien N88 Epilepsie N89 Migraine N90 Aigie vasculaire de la face N91 Paralyse faciale/paralyse de Bell N92 Névralgie du trijumeau N93 Syndrome du canal carpien N94 Névrite/neuropathie périphérique N95 Céphalée de tension N99 Autre maladie neurologique					

Psychologique	P	Peau	S	U72 Urétrie	Syst. génital masculin et sein	Y
P01 Sensation anodété/nervosité/tension		S01 Douleur/hypersensibilité de la peau		U75 Cancer du rein	Y01 Douleur du pénis	
P02 Réaction de stress aiguë		S02 Prurit		U76 Cancer de la vessie	Y02 Douleur des testicules, du scrotum	
P03 Sensation de dépression		S03 Verrue		U77 Autre cancer urinaire	Y03 Ecoulement urétral chez l'homme	
P04 Sentiment/comport irritabilité/colère		S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau		U78 Tumeur bénigne du tractus urinaire	Y04 Autre S/P du pénis	
P05 Sensation vieux comportement sénile		S05 Tuméfactions/gonflements gén. peau		U79 Autre tumeur indét. urinaire	Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum	
P06 Perturbation du sommeil		S06 Eruption localisée		U80 Lésion traumat. du tractus urinaire	Y06 S/P de la prostate	
P07 Diminution du désir sexuel		S07 Eruption généralisée		U85 Anom. congénitale du tractus urinaire	Y07 Impuissance sexuelle NCA	
P08 Diminution accomplissement sexuel		S08 Modification de la couleur de la peau		U88 Glomérulonéph./syndr. néphrotique	Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme	
P09 Préoccupation sur identité sexuelle		S09 Doigt/orteil infecté		U95 Lithiase urinaire	Y10 Stérilité, hypofertilité de l'homme	
P10 Bégaïement, bredouillement, tic		S10 Furoncle/anthrax		U98 Analyse urinaire anormale NCA	Y13 Stérilisation de l'homme	
P11 Trouble de l'alimentation de l'enfant		S11 Infection post-traumat. de la peau		U99 Autre maladie urinaire	Y14 Autre PF chez l'homme	
P12 Enurésie		S12 Piqûre d'insecte			Y16 S/P du sein chez l'homme	
P13 Encoprésie		S13 Morsure animale/humaine		<b>Grossesse, accouchement et PF</b>	Y24 Peur dysfonction sexuelle homme	
P15 Alcoolisme chronique		S14 Brûlure cutanée		W01 Question de grossesse	Y25 Peur d'une MST chez l'homme	
P16 Alcoolisation aiguë		S16 Ecchymose/contusion		W02 Peur d'être enceinte	Y26 Peur d'un cancer génital homme	
P17 Usage abusif de tabac		S17 Erafure, égratignure, ampoule		W03 Saignement pendant la grossesse	Y27 Peur autre maladie génitale homme	
P18 Usage abusif de médicament		S18 Coupure/lacération		W05 Nausée/vomissement de grossesse	Y28 Limitation de la fonction/incap. (Y)	
P19 Usage abusif de drogue		S19 Autre lésion traumat. de la peau		W10 Contraception post-coitale	Y29 Autre S/P génitale chez l'homme	
P20 Perturbation de la mémoire		S20 Cor/callosité		W11 Contraception orale	Y70 Syphilis chez l'homme	
P22 S/P du comportement de l'enfant		S21 S/P au sujet de la texture de la peau		W12 Contraception intra-utérine	Y71 Gonococcie chez l'homme	
P23 S/P du comportement de l'adolescent		S22 S/P de l'ongle		W13 Stérilisation chez la femme	Y72 Herpes génital chez l'homme	
P24 P. spécifique de l'apprentissage		S23 Calvitie/perte de cheveux		W14 Autre contraception chez la femme	Y73 Prostatite/vésiculite séminale	
P25 Problèmes de phase de vie adulte		S24 Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu		W15 Stérilité - hypofertilité de la femme	Y74 Orchite/épididymite	
P27 Peur d'un trouble mental		S26 Peur du cancer de la peau		W17 Saignement du post-partum	Y75 Balanite	
P28 Limitation de la fonction/incap. (P)		S27 Peur d'une autre maladie de la peau		W18 Autre S/P du post-partum	Y76 Condylome acuminé chez l'homme	
P29 Autre S/P psychologique		S28 Limitation de la fonction/incap. (S)		W19 S/P du sein/lactation post-partum	Y77 Cancer de la prostate	
P70 Démence		S29 Autre S/P de la peau		W21 Préoc. par modif. image et grossesse	Y78 Autre cancer génital chez l'homme	
P71 Autre psychose organique		S70 Zona		W22 Préoc. complications de la grossesse	Y79 Autre tum. génit. bén./indét. homme	
P72 Schizophrénie		S71 Herpes simplex		W28 Limitation de la fonction/incap. (W)	Y80 Lésion traumat. génitale homme	
P73 Psychose affective		S72 Gale/autre acarirose		W29 Autre S/P de la grossesse	Y81 Phimosi/hypertrophie du prépuce	
P74 Trouble anxieux/état anxieux		S73 Pédiculose/autre infestation peau		W70 Infection puerpérale, sepsis	Y82 Hypospadias	
P75 Trouble somatoforme		S74 Dermatomyxose		W71 Infection compliquant la grossesse	Y83 Ectopie testiculaire	
P76 Dépression		S75 Monilase/candidose de la peau		W72 Tumeur maligne avec grossesse	Y84 Autre anom. congénitale homme	
P77 Suicide/tentative de suicide		S76 Autre maladie infectieuse de la peau		W73 Tumeur bénigne/mdét. et grossesse	Y85 Hypertrophie bénigne de la prostate	
P78 Neurasthénie, surmenage		S77 Cancer de la peau		W75 Lésion traumat. et grossesse	Y86 Hydrocèle	
P79 Phobie, trouble obsessionnel compulsif		S78 Lipome		W76 Anom. congénitale et grossesse	Y99 Autre maladie génitale chez l'homme	
P80 Trouble de la personnalité		S79 Autre tumeur bén./indét. de la peau		W78 Grossesse		
P81 Trouble hyperkinétique		S80 Kératose actinique/coup de soleil		W79 Grossesse non désirée	<b>Social</b>	<b>Z</b>
P82 Syndrome de stress post-traumatique		S81 Hémangiome/lymphangiome		W80 Grossesse ectopique	Z01 Pauvreté/P. économique	
P85 Retard mental		S82 Naevus/naevus pigmentaire		W81 Toxémie gravidique	Z02 P. d'eau/de nourriture	
P86 Anorexie mentale, boulimie		S83 Autre anom. congénitale de la peau		W82 Avortement spontané	Z03 P. d'habitat/de voisinage	
P98 Autre psychose NCA		S84 Impétigo		W83 Avortement provoqué	Z04 P. socioculturel	
P99 Autre trouble psychologique		S85 Kyste/fistule pilonidal		W84 Grossesse à haut risque	Z05 P. de travail	
		S86 Dermite séborrhéique		W85 Diabète gravidique	Z06 P. de non emploi	
		S87 Dermite atopique/eczéma		W90 Acc. non compliqué, enfant vivant	Z07 P. d'éducation	
		S88 Dermite et allergie de contact		W91 Acc. non compliqué, enfant mort	Z08 P. de protection sociale	
		S89 Erythème fessier		W92 Acc. compliqué, enfant vivant	Z09 P. légal	
		S90 Pytriasis rosé		W93 Acc. compliqué, enfant mort	Z10 P. relatif au syst. de soins de santé	
		S91 Psoriasis		W94 Mastite puerpérale	Z11 P. du fait d'être malade/complaisance	
		S92 Maladie des glandes sudoripares		W95 Autre mal. sein et grossesse/lactation	Z12 P. de relation entre partenaires	
		S93 Kyste sébacé		W96 Autre complication puerpérale	Z13 P. de comportement du partenaire	
		S94 Ongle incarné		Y99 Autre maladie de la grossesse/acc.	Z14 P. du à la maladie du partenaire	
		S95 Molluscum contagiosum			Z15 Perte/décès du partenaire	
		S96 Acné		<b>Syst. génital féminin et sein X</b>	Z16 P. de relation avec un enfant	
		S97 Ulcère chronique de la peau		X01 Douleur génitale chez la femme	Z18 P. du à la maladie d'un enfant	
		S98 Urticaire		X02 Douleur menstruelle	Z19 Perte/décès d'un enfant	
		S99 Autre maladie de la peau		X03 Douleur intermenstruelle	Z20 P. relation autre parent/famille	
				X04 Rapport sexuel douloureux femme	Z21 P. comportement autre parent/famille	
				X05 Menstruation absente/rare	Z22 P. du à la mal. autre parent/famille	
				X06 Menstruation excessive	Z23 Perte/décès autre parent/famille	
				X07 Menstruation irrégulière/fréquente	Z24 P. de relation avec un ami	
				X08 Saignement intermenstruel	Z25 Aggravation/événement nocif NCA	
				X09 S/P prémenstruel	Z27 Peur d'un P. social	
				X10 Ajournement des menstruations	Z28 Limitation de la fonction/incap. (Z)	
				X11 S/P liés à la ménopause	Z29 P. social NCA	
				X12 Saignement de la post-ménopause		
				X13 Saignement post-coital femme	<b>Abréviations</b>	
				X14 Ecoulement vaginal	/ ou	
				X15 S/P du vagin	Acc. Accouchement	
				X16 S/P de la vulve	Anom. Anomalie	
				X17 S/P du petit bassin chez la femme	bén. Bénin (igne)	
				X18 Douleur du sein chez la femme	CE Corps étranger	
				X19 Tuméfaction/masse du sein femme	Gén Généralisé(e)	
				X20 S/P du mamelon chez la femme	Incap Incapacité	
				X21 Autre S/P du sein chez la femme	Indét Indéterminé(e)	
				X22 Préoc. par l'apparence des seins	Loc. Localisé(e)	
				X23 Peur d'une MST chez la femme	Mal. Maladie	
				X24 Peur dysfonction sexuelle femme	MST Maladie sexuellement transmissible	
				X25 Peur d'un cancer génital femme	NCA Non classé ailleurs	
				X26 Peur d'un cancer du sein femme	P. Problème	
				X27 Peur autre mal. génitale/sein femme	Préoc Préoccupé(e)	
				X28 Limitation de la fonction/incap. (X)	RAA Rhumatisme articulaire aigu	
				X29 Autre S/P génital chez la femme	S/P Symptôme ou plainte	
				X70 Syphilis chez la femme	Sec. Secondaire	
				X71 Gonococcie chez la femme	Subs Substance	
				X72 Candidose génitale chez la femme	Syndr Syndrome	
				X73 Trichomonase génitale femme	Tum. Tumeur	
				X74 Mal. inflammatoire pelvienne femme		
				X75 Cancer du col de l'utérus		
				X76 Cancer du sein chez la femme		
				X77 Autre cancer génital chez la femme		
				X78 Fibrome utérin		
				X79 Tumeur bénigne du sein femme		
				X80 Tumeur bénigne génitale femme		
				X81 Autre tumeur génitale indét. femme		
				X82 Lésion traumat. génitale femme		
				X83 Anom. génitale congénitale femme		
				X84 Vaginite/vulvite NCA		
				X85 Maladie du col de l'utérus NCA		
				X86 Frottis de col anormal		
				X87 Prolapsus utero-vaginal		
				X88 Maladie fibrokystique du sein		
				X89 Syndrome de tension prémenstruelle		
				X90 Herpes génital chez la femme		
				X91 Condylome acuminé chez la femme		
				X92 Infection génitale chlamydia femme		
				X99 Autre maladie génitale de la femme		
					<b>Traducteurs:</b>	
					<b>Michel Roland et</b>	
					<b>Marc Jamouille</b>	

Annexe IV : Caractéristiques des patients non réponders.

	<b>Féminin</b>	<b>Masculin</b>	<b>Total général</b>
<b>Effectif n (%)</b>	30(44,8%)	37(55,2%)	67(100%)
<b>Jour de passage</b>			
- Semaine	11(16,4%)	19(28,4%)	30(44,8%)
- Week-end et jours fériés	19(28,4%)	18(26,9%)	37(55,2%)
<b>Age Moyen</b>	29,46	33,55	31,69
<b>Médecin généraliste déclaré</b>	27(40,3%)	25(37,3%)	52(77,6%)
<b>Motif de l'absence de réponse aux questionnaires</b>			
- Faux Numéro	6(9%)	8(11,9%)	14(20,9%)
- Pas de numéro attribué	1(1,5%)	3(4,5%)	4(6%)
- Refus de répondre	1(1,5%)	1(1,5%)	2(3%)
- Ne décroche pas	22(32,8%)	25(37,3%)	47(70,1%)
<b>Heures de réorientations</b>			
- Nuit (20 h à 8 h)	10(14,9%)	10(14,9%)	20(29,8%)
- Jour (8h à 20 h)	20(29,9%)	27(40,3%)	47(70,2%)

Annexe V : Caractéristiques des patients n'ayant pas vu de médecin à la MMG.

	<b>Féminin</b>	<b>Masculin</b>	<b>Total</b>
<b>Effectif n(%)</b>	10(45,5%)	12(54,5%)	22(100,00%)
<b>Age moyen</b>	33,8	36,25	35,13
<b>Jour de réorientation</b>			
- Week-end et jour férié	5(22.7%)	6(27,3%)	11(50,00%)
- Semaine	5(22.7%)	6(27,3%)	11(50,00%)
<b>Heures de réorientations</b>			
- Nuit (20 h à 8 h)	2(9,1%)	2(9,1%)	4(18,19 %)
- Jour (8 h à 20 h)	8(36,4%)	10(45,4%)	18(81,8%)
<b>Médecin généraliste déclaré</b>	10(45,4%)	6(27,3%)	16(72,7%)
<b>Pas d'appel du MT avant la venue aux urgences</b>	7(31,8)%	11(50 %)	18(81,8%)
<b>Décision du recours aux urgences</b>			
- centre 15	0,00%	1(4,5%)	1(4,5%)
- entourage	2(9,1%)	3(4,5%)	3(13,6%)
- propre initiative	8(36,4%)	10(45,4%)	18(81,8%)
<b>Patient connaissant la MMG</b>	2(9,1%)	3(13,6%)	5(22,7 %)
<b>Couverture Sociale</b>			
- ALD	0,00%	1(4,5%)	1(4,5%)
- CMU	2(9,1%)	3(13,6%)	5(22,7%)
- Sécurité sociale	1(4,5%)	1(4,5%)	2(9,1%)
- Sécurité sociale + mutuelle	6(27,3 %)	6(27,3 %)	12(54,5%)
- Ne sait pas	1(4,5%)	1(4,5%)	2(9,1%)

Annexe V : Suite du tableau.

	Féminin	Masculin	Total
<b>Motif de non recours à une consultation à la MMG</b>			
- A obtenu un RDV avec son MT avant ouverture MMG	0	1(4,5%)	1(4,5%)
- Consulte en dehors horaires d'ouvertures et/ ou horaires d'ouvertures ne conviennent pas	3(13,6%)	2(9,1%)	5(22,7%)
- Coût	2(9,1%)	2(9,2%)	4(18,2%)
- Pas de spécialiste	2(9,09%)	0,00%	2(9,09%)
- Trop compliqué de changer de bâtiment/Lieu différent	0	1(4,5%)	1(4,5%)
- Trop d'attente à la MMG	3(13,6%)	6(27,3%)	9(40,9%)
<b>Patients qui ont consulté un médecin pour le même motif dans les 72h suivant leur réorientation</b>	4(18,2%)	4(18,2%)	8(36,4%)
<b>Motif justifiant la non consultation médicale dans les 72 heures suivant la réorientation</b>			
- Besoin d'un dentiste	0	1(7,1%)	1(7,1%)
- Absence de MT	0	2(14,3%)	2(14,3%)
- Pas de RDV rapide possible	0	2(14,3%)	2(14,3%)
- Pas le temps de consulter	1(7,1%)	0	1(7,1%)
- Amélioration spontanée des symptômes	3(21,4%)	3(21,4%)	6(42,8%)
- Pas de réponse	2(14,3%)	0	2(14,3%)

Annexe VI : Classement par fréquence des différents diagnostics médicaux compris par les patients selon Classification internationale des soins primaires (CISP-2).

	<b><u>Nombre de patients</u></b>
<b>1. Syndrome dorso-lombaire sans irradiation</b>	15
<b>2. Maladie des dents/des gencives</b>	14
<b>3. Grippe</b>	14
<b>4. Infection gastro-intestinale</b>	10
<b>5. autre maladie Virale NCA</b>	9
<b>6. Trouble anxieux/état anxieux</b>	8
<b>7. Cystite/autre infection urinaire</b>	8
<b>8. Angine aiguë</b>	7
<b>9. Pneumopathie</b>	7
<b>10. Urticaire</b>	7
<b>11. Bursite, tendinite, synovite NCA</b>	7
<b>12. Otite moyenne aiguë/myringite</b>	6
<b>13. Lésion traumatique. NCA ostéo-articulaire</b>	5
<b>14. Syndrome du colon irritable</b>	5
<b>15. Syndrome dorso-lombaire et irradiation</b>	4
<b>16. Agression/événement nocif NCA</b>	4
<b>17. Traumatisme/lésion traumatique NCA</b>	4
<b>18. Infection aiguë voies respiratoire sup</b>	4
<b>19. Bronchite aiguë</b>	3
<b>20. Migraine</b>	3
<b>21. Dermate et allergie de contact</b>	3
<b>22. Asthme</b>	3
<b>23. Autre ulcère peptique</b>	2
<b>24. Suspicion de TVP</b>	2
<b>25. Lithiase urinaire</b>	2
<b>26. Douleur musculaire</b>	2
<b>27. Gale/autre acariose</b>	2
<b>28. Allergie/réaction allergique NCA</b>	2
<b>29. Herpes simplex</b>	2
<b>30. céphalée de tension</b>	2
<b>31. Lésion aiguë interne du genou</b>	2
<b>32. Fissure anale/abcès périanal</b>	2
<b>33. Zona</b>	2

<b>34. poussée pathologie rhumatologique</b>	2
<b>35. Sinusite aiguë/chronique</b>	2
<b>36. Impétigo</b>	2
<b>37. Dermatite atopique/eczéma</b>	1
<b>38. Maladie de nature/site non précisé</b>	1
<b>39. Trouble somatoforme</b>	1
<b>40. Entorse de la cheville</b>	1
<b>41. Contusion/hémorragie de l'œil</b>	1
<b>42. Brûlure cutanée</b>	1
<b>43. infection sexuellement transmissible</b>	1
<b>44. Mononucléose infectieuse</b>	1
<b>45. Autre maladie infectieuse de la peau</b>	1
<b>46. Névrite/Neuropathie périphérique</b>	1
<b>47. Autre traumat. du syst. Digestif</b>	1
<b>48. ordonnance</b>	1
<b>49. Autre arthrose</b>	1
<b>50. Otite externe</b>	1
<b>51. Blépharite,orgelet,chalazion</b>	1
<b>52. Arythmie cardiaque NCA</b>	1
<b>53. Kyste sébacé</b>	1
<b>54. Panaris</b>	1
<b>55. Dermatophytose</b>	1
<b>56. Goitre</b>	1
<b>57. Effet tardif d'un traumatisme</b>	1
<b>58. Goutte</b>	1
<b>59. RGO</b>	1

## MORIN Charles

### Evaluation d'une procédure de réorientation des patients vers la maison médicale de garde dès l'accueil aux urgences

#### RÉSUMÉ

**Introduction :** Dans un contexte de surcharge des urgences, la réorientation de patients se présentant au SAU relevant de la médecine générale vers une maison médicale de garde (MMG) est une alternative de prise en charge. **Objectif :** Evaluer une procédure de réorientation dans un SAU réalisant 55 000 passages/an et le devenir des patients réorientés à 72h. **Matériel et méthode :** Etude observationnelle monocentrique sur une période de deux mois. Tous les patients adultes réorientés vers la MMG ont été inclus et contactés par téléphone pour répondre à un questionnaire standardisé, afin de mesurer les taux de:

- Réorientation sur l'ensemble de la période et lors des périodes de semaine ou de week-end/jour férié,
- Patients réorientés qui ont consulté le médecin de la MMG,
- Reconsultation dans un SAU dans les 72 h pour le même motif,
- Patients réorientés n'ayant eu aucun examen ou avis spécialisé prescrit à la MMG,
- Taux de satisfaction de cette réorientation.

**Résultats :** Sur la période de l'étude le SAU a reçu 9551 patients, dont 288 ont été réorientés vers la MMG (3,0%). Le taux de réorientation en semaine était de 1,9% et de 5,7% pour les week-end/jour férié ( $p < 0.001$ ). Soixante-dix-sept pourcents des patients réorientés ont répondu au questionnaire téléphonique. Quarante-vingt-dix pourcents de ces patients ont consulté à la MMG. Les principales raisons évoquées pour une non consultation étaient : attente trop longue, horaires d'ouverture non adaptés, coût trop élevé.

Le taux de reconsultation dans un SAU dans les 72h pour le même motif était de 4,1%.

Aucun examen complémentaire ou avis spécialisé n'ont été prescrit à la MMG pour 74,4% des patients.

Chez les patients interrogés, 79,6% étaient satisfait de cette réorientation. La principale raison de non satisfaction était l'absence d'imagerie ou d'examen complémentaires sur place, suivi de l'absence de spécialiste/dentiste. **Conclusion :** Le taux de réorientation faible n'influe probablement que de façon marginale sur le flux des urgences. Néanmoins, la procédure semble sûre et bien acceptée par la majorité des patients.

**Mots-clés :** Réorientation, Maison Médicale de Garde, Permanence des soins, Surcharge aux urgences

### Evaluation of a patient redirection procedure towards an out of hours general practice before admission in an emergency department

#### ABSTRACT

**Introduction:** Redirection of selected patients to an out of hours general practice (OOHGP) before admission to the emergency department (ED) could be a viable care alternative, especially during periods of department overload. **Objective:** To evaluate a redirection procedure in an ED with 55 000 admissions per year, and patients' outcomes at 72h. **Material and methods:** Observational monocentric study over a period of two months. Every patient redirected to the OOHGP was included and subsequently contacted by telephone to answer to a standardized questionnaire, in order to measure:

- Redirection rate over the whole period and during weekdays or weekends/holiday
- Rate of redirected patients who went to the OOHGP
- Rate of redirected patients who consulted in an ED in the next 72h for the same reason
- Rate of redirected patients for whom no further testing or specialized consult was necessary
- Redirected patients' satisfaction rate

**Results:** During the study period 9551 patients presented themselves to the ED, of which 288 were redirected towards the OOHGP (3%). The redirection rate was 1.9% during weekdays and 5.7% during weekends/holiday ( $p < 0.001$ ). Of the redirected patients, 77% answered the telephone interview. Ninety percent of these patients consulted the OOHGP. The main reasons for not consulting were: unduly long wait, opening hours not suitable, too costly. The rate of redirected patients who consulted in an ED in the following 72h for the same reason was 4.1%. Of interviewed patients, 74.4% required no further testing or specialized consult. The satisfaction rate was 79.6% among interviewed patients. The main reasons for non-satisfaction were: no imaging or biological testing possible in the OOHGP and no specialist or dentist present in the OOHGP. **Conclusions:** The low reorientation rate has probably a low impact on patient flow in the ED. However, the procedure seems safe and well accepted by a majority of patients.

**Keywords :** Overcrowding in ED , Redirection procedure , out of hours General practice

