

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	1
TABLEAUX ET FIGURES.....	3
LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
RESUME.....	5
ABSTRACT.....	6
I INTRODUCTION.....	7
I.1 La permanence de soins ambulatoires	8
I.1.1 Organisation de la PDSA(1).....	8
I.1.1.A L'Agence Régionale de Santé dans l'organisation de la PDSA.....	9
I.1.1.B Le cahier des charges.....	10
I.1.2 La régulation téléphonique (4).....	11
I.1.3 Place du médecin généraliste (5).....	13
I.1.3.A Le médecin effecteur.....	15
I.1.3.B Le médecin régulateur (1).....	16
I.2 Bilan de la PDSA dans le VAR.....	18
I.2.1 Fonctionnement dans le Var(8).....	18
I.2.2 Coût de la PDSA dans le Var.....	20
I.3 Etat de la permanence de soins en France(9).....	21
I.3.1 Répartition de la PDSA sur le territoire	21
I.3.2 Coût de la PDSA en France et évolution.....	23
I.4 Population couverte par SOS Médecins	25
I.4.1 SOS Médecins France.....	25
I.4.2 SOS Médecins Toulon.....	26
I.5 Démographie médicale.....	27
I.5.1 Pénurie de médecins et numerus clausus.....	28
I.5.2 Féminisation de l'exercice libéral.....	29
I.5.3 Déserts médicaux.....	31
I.5.4 Effectifs en médecine générale et spécialités(17).....	32
I.5.5 Rejet de l'exercice libéral des jeunes médecins.....	33
I.5.6 Horizon 2030-2040(21).....	35
I.6 Justification du sujet.....	38
	40
II MATERIELS ET METHODES.....	40
II.1 Matériels.....	43
II.2 Méthodes.....	46
	50
III RESULTATS ET INTERPRÉTATIONS.....	50
III.1 Pourcentage de passages aux urgences après consultations de SOS Médecins.....	53
III.2 Pourcentage d'hospitalisations après consultations SOS Médecins versus consultations service des urgences	60
III.3 Etude qualitative.....	66
III.3.1 Enquête sur les patients hospitalisés après consultations chez SOS Médecins	68
III.3.2 Enquête pour les patients dont la prise en charge a été ambulatoire	70
III.3.2.A Patients dont une réévaluation a été demandée par le médecin généraliste de garde en PDSA.....	71
III.3.2.B Patients dont une réévaluation n'a pas été demandée par le médecin	

généraliste	72
III.3.3 Conclusion de l'étude qualitative.....	73
III.4 Informations des patients de l'existence de la PDSA.....	74
IV DISCUSSION.....	75
IV.1 Analyse des biais.....	76
IV.1.1 Biais de sélection.....	76
IV.1.2 Biais de confusion.....	79
IV.1.3 Biais de déclaration.....	79
IV.2 L'information du patient, un prérequis	80
IV.3 La Cour des Comptes en faveur d'une meilleure gestion de la PDSA.....	81
IV.4 La vision du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) (26).....	84
V CONCLUSION.....	86
VI BIBLIOGRAPHIE.....	90
VII ANNEXES.....	94

TABLEAUX ET FIGURES

Graphique 1 : Projection des effectifs de médecins selon le scénario tendanciel :	35
Graphique 2 : Projection de la densité de médecins selon le scenario tendanciel :	35
Graphique 3 : Évolution de l'âge moyen des médecins et pourcentage de femmes parmi les médecins :	36
Graphique 4 : Évolution des effectifs de médecins généralistes et spécialistes de 1991 à 2040 :	36
Graphique 5 : Évolution des effectifs des médecins généralistes libéraux et salariés de 1991 à 2040.....	37
Graphique 6 : Répartition du nombre de dossiers en fonction des pathologies	51
Graphique 7 : Nombre de passages aux urgences après consultations effectuées par SOS Médecins pour pleurs excessifs du nourrisson.....	53
Tableau 1 : Nombre de passages aux urgences en fonction de l'heure de consultation pour pleurs excessifs du nourrisson.....	54
Graphique 8 : Nombre de passages aux urgences après consultations effectuées par SOS Médecins pour des céphalées fébriles aigües.....	55
Tableau 2 : Nombre de passages aux urgences en fonction de l'heure de consultation pour céphalées fébriles.....	55
Graphique 9 : Nombre de passages aux urgences des consultations effectuées par SOS Médecins pour coliques néphrétiques.....	56
Tableau 3 : Nombre de passages aux urgences en fonction de l'heure de consultation pour colique néphrétique.....	57
Graphique 10 : Récapitulatif de transferts aux urgences suivant l'heure de la consultation sur les trois pathologies	58
Tableau 4 : Récapitulatif des passages aux urgences en fonction de l'heure.....	59
Graphique 11 : Pourcentage d'hospitalisations aux urgences pour coliques néphrétiques effectuées en consultations SOS Médecins du 1er Aout au 30 Septembre 2016 toutes heures ouvrées.....	60
Graphique 12 : Pourcentage d'hospitalisations aux urgences pour coliques néphrétiques effectuées en consultations SOS Médecins du 1er Aout au 30 Septembre 2016 en heures de PDSA.....	61
Graphique 13 : Pourcentage d'hospitalisations pour coliques néphrétiques effectuées aux urgences du 1er Aout au 30 septembre 2016 toutes heures ouvrées.....	62
Graphique 14 : Pourcentage d'hospitalisations pour coliques néphrétiques effectuées aux urgences du 1er Aout au 30 septembre 2016 en heures de PDSA.....	63
Tableau 5 : Récapitulatif des hospitalisations et des non-hospitalisations suivant le type de consultation SOS Médecins ou Urgences en fonction de l'heure.....	64
Graphique 15 : Répartition du recueil des appels téléphoniques par tranche d'âge.....	66
Graphique 16 : Niveau de satisfaction des consultations SOS Médecins	67
1 pas satisfait du tout à 10 très satisfait.....	67
Graphique 17: Durée d'hospitalisation des patients vus par SOS Médecins en amont.....	68
Graphique 18 : Proportion de recours douloureux selon le diagnostic principal	77
Tableau 6 : Répartition des recours selon le diagnostic principal et l'âge des patients, pris en charge par une association d'urgentistes, en cabinet ou en hôpital.....	78

LISTE DES ABREVIATIONS

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires

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

CODAMUPS-TS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires

ARS : Agence Régionale de Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

ASSU : Ambulance de Secours et de Soins d'Urgence

HPST : Hôpitaux, Patients, Santé, Territoire

CSP : Code de la Santé Publique

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

MMG : Maison Médicale de Garde

ORU : Observatoire Régional des Urgences

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

CN : Colique Néphrétique

RESUME

La permanence de soins ambulatoires permet d'assurer un accès aux soins en dehors des heures de cabinet. L'intérêt et le rôle que le médecin généraliste y joue est l'objectif de cette thèse.

Cette étude se déroule dans l'agglomération toulonnaise pour des consultations de coliques néphrétiques, céphalées fébriles et pleurs excessifs du nourrisson sur une période de six mois chez SOS Médecins.

Après avoir quantifié le nombre de transferts aux urgences après consultations d'un médecin de PDSA, une évaluation sur le nombre d'hospitalisations post-consultations aux urgences et celles après consultations en PDSA sur la colique néphrétique à Hyères est réalisée.

Les résultats révèlent un taux d'hospitalisations faible en heures PDSA correspondant à 10%. Sur les coliques néphrétiques, 31,3% des patients sont hospitalisés suite à une consultation aux urgences contre 13,6% pour une consultation en PDSA par un médecin généraliste. L'hospitalisation n'est pas conditionnée par la consultation préalable de SOS Médecins p-value>0.05.

Dans une seconde partie, l'enquête qualitative sur un échantillon de 300 patients souligne leur satisfaction et confirme l'efficacité de la régulation.

Enfin, un sondage sur la connaissance des patients rencontrés lors de mes gardes à propos de l'existence d'une régulation et de la PDSA a été effectué. Les réponses révèlent un manque d'informations qu'il semble important de palier.

Le Médecin généraliste en PDSA sur l'aire toulonnaise permet donc de diminuer le flux des urgences grâce une régulation efficace et de faire bénéficier au patient d'un traitement rapide, efficace, en ambulatoire.

Mots clés : PDSA – Médecin généraliste – régulation – information patients – consultations urgences – hospitalisations – satisfaction patients – surcharge urgences

ABSTRACT

The permanence of ambulatory care is a system that ensures continuity of care during closing hours of medical offices. The role of the general practitioner in PDSA is essential in our health system. This study wants to demonstrate the interest and the role of the general practitioner in PDSA.

So, this survey takes place in the area of Toulon with “SOS Médecins” association about consultations for nephritic colics, fever headaches and excessive weepings of infants over a period of six months.

First, the percentage of transfers to the emergency services following consultations in PDSA will be done. Then, a comparison between the hospitalizations addressed by the emergency services and those by the PDSA will be achieved about nephritic colics consultations in Hyères city during two months. Hospitalization is not conditioned by SOS Médecins, $p\text{-value}>0.05$.

The results show a low hospitalizations rate in PDSA hours corresponding to 10%. About nephritic colic, 31.3% of patients were hospitalized after an emergency consultation against 13.6% for a PDSA consultation. Hospitalization is not conditioned by SOS Doctors $p\text{-value}> 0.05$.

In a second part, a qualitative study on 300 patients randomly selected shows their satisfaction and confirms the effectiveness of the regulation.

Finally, a survey on patient knowledge about the existence of regulation and PDSA is achieved. The answer reveal a lack of informations that should be corrected.

So, the actions of the general practitioner reduce the flow of emergencies with effective regulation and people take benefit from prompt medical treatment in ambulatory.

Key words: PDSA - General practitioner - regulation - patient information - emergency consultations - hospitalizations - patient satisfaction - emergency overload

I INTRODUCTION

Rapport:Graduit.com

I.1 La permanence de soins ambulatoires

I.1.1 Organisation de la PDSA(1)

La permanence des soins est un système de prise en charge des patients, qu'elle soit libérale ou hospitalière afin d'assurer la continuité des soins en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux : entre vingt heures et minuit, la nuit de minuit à huit heures ainsi que le week-end à partir du samedi midi et les jours fériés.

Le terme « nuit profonde » est actuellement utilisé pour désigner la tranche horaire « minuit-8 h du matin ».

Ce dispositif est organisé par les Agences Régionales de Santé (ARS) avec l'aide des CODAMUPS-TS. Un cahier des charges régional, arrêté par le directeur général de l'ARS, décrit les principes d'organisation de permanence des soins et de rémunération de celle-ci sur le territoire régional.

I.1.1.A L'Agence Régionale de Santé dans l'organisation de la PDSA

Sur la base du volontariat, les médecins s'inscrivent sur un tableau de garde. Le Conseil départemental de l'Ordre en recueille leurs désideratas.

Le tableau de garde recense les médecins affectés à chaque territoire de PDSA. Il est établi au niveau départemental, sous la supervision de l'ARS qui s'assure que la PDSA est bien effective.

Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) communique au Préfet, représentant de l'État dans le département, les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions des praticiens éventuellement nécessaires si le tableau de garde n'est pas rempli.

Pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins, des modalités particulières de prescription sont fixées par voie réglementaire dans le cahier des charges régional défini indépendamment selon la région (2).

I.1.1.B Le cahier des charges

Le cahier des charges est régi par 4 principes fondateurs(3) :

- La réponse aux besoins, assurée par la complémentarité des acteurs
- La régulation téléphonique des appels
- La rémunération de la régulation et de l'effection identique en tout point du territoire
- La mise en place d'une instance collégiale régionale

Il contient un socle régional commun à tous. Ce socle comprend :

- La définition de la PDSA
- L'établissement des tableaux de garde et le déploiement du logiciel *ordigard*
- La régulation téléphonique des appels
- L'organisation d'une réponse adaptée en tout point du territoire
- Les maisons médicales de garde
- Le signalement, le suivi et le traitement des dysfonctionnements
- L'information et la communication
- La rémunération et les modalités de liquidation
- L'instance collégiale régionale de la PDSA

I.1.2 La régulation téléphonique (4)

Le territoire est divisé en secteurs de permanence des soins, pour chacun desquels est élaboré un tableau nominatif de garde médicale. La régulation des appels, opérée par les médecins libéraux, est le plus souvent intégrée au centre de réception et de régulation des appels du SAMU-Centre 15. Elle peut également être autonome, mais reste alors interconnectée avec le SAMU-Centre 15 de façon à pouvoir y transférer les appels.

Le numéro national gratuit 112 est attribué pour la permanence des soins ambulatoires ou par le numéro national d'aide médicale urgente comme le précise la loi HPST votée le 21 juillet 2009 qui définit en son article 49 le cadre législatif applicable à la régulation médicale : « *La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels.* »

En application de l'article L. 1435-5, c'est le directeur général de l'ARS qui détermine, pour la région, lequel des deux numéros, 15 ou 112, est utilisé pour la permanence des soins ambulatoires. La régulation téléphonique reste toutefois accessible par le numéro national de permanence des soins même si c'est le numéro d'aide médicale urgente qui est retenu dans la région donnée. Cette permanence est coordonnée avec les dispositifs d'intervention en urgences psychiatriques.

Selon le décret du 13 juillet 2010 : « *Art. R. 6315-3.- L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national par le numéro d'appel 15 et organisée par le service d'aide médicale urgente.*

Les médecins libéraux volontaires y participent dans des conditions définies par le

cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6. Lorsque le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile, il signe une convention avec l'établissement siège du service d'aide médicale urgente ».

« L'accès au médecin de permanence est également assuré par les numéros des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le centre de réception et de régulation des appels et ont signé une convention avec l'établissement siège du service d'aide médicale urgente approuvée par le directeur général de l'agence régionale de santé ».

I.1.3 Place du médecin généraliste (5)

L'art L1411-11 du Code de Santé Publique (CSP) précise que « *l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ces soins comprennent :* »

1. *La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;*
2. *La dispensation et l'administration des médicaments,*
3. *L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
4. *L'éducation pour la santé. »*

Pour prendre en charge les missions territoriales, il pourrait être ajouté un cinquième point :

5. La prise en compte de la santé de la population dans un territoire concerné en application des directives des projets de santé régionaux.

Les missions du médecin généraliste sont décrites dans le CSP (article L. 4130-1) :

- *Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé.*
- *Orienter ses patients dans le système de soins et le secteur médico-social.*
- *S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.*
- *Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques.*
- *S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.*
- *Contribuer aux actions de prévention et de dépistage.*

- *Participer à la mission de service public de permanence des soins.*
- *Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de 2ème et 3ème cycles d'études médicales.*

La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L.162-5-10 et L.162-32-1 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code.

Selon le CSP, Article R733 (*Décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 art. 3 Journal Officiel du 8 avril 2005*) : « *Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.* »

Un secteur géographique est couvert par un médecin volontaire d'astreinte indemnisé appelé: médecin Effecteur. Il répond à une demande d'un médecin régulateur.

I.1.3.A Le médecin effecteur

Le médecin effecteur doit donc répondre à la sollicitation de toutes les régulations reconnues fonctionnant en liaison avec le CRRA du département. (6)

L'article R. 6315-3 du CSP circulaire DHOS du 12 décembre 2003 en précise les conditions : « *Le médecin inscrit au tableau de permanence doit s'engager à répondre aux sollicitations des médecins régulateurs durant toute la durée de la permanence. Il doit être joignable et, sauf organisation particulière définie par le cahier des charges, prendre en charge le patient dans les meilleurs délais, en cabinet, en maison médicale, au domicile du patient le cas échéant ou dans tout autre lieu de son choix. Il doit tenir informé le centre de régulation médicale du devenir du patient selon des modalités définies dans le cahier des charges* ».

Son rôle est d'assurer un bilan clinique approfondi mais avec des moyens ambulatoires. Il devra confirmer qu'il n'y ait pas d'urgence vitale pour le patient.

Si le risque vital est présent, le médecin effecteur rappelle le centre de régulation pour une intervention du SMUR, SAMU, ASSU ou ambulance privée.

Dans le cas contraire, il pourra prescrire une ordonnance et/ou délivrer un traitement sur place, ou encore faire une lettre au médecin traitant si besoin est.

La fin de son intervention doit être signalée au médecin régulateur.

I.1.3.B Le médecin régulateur (1)

Le dispositif de régulation des appels est assuré par des médecins libéraux ou salariés exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence de soins. La régulation peut être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique après avis du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins et selon des modalités fixées contractuellement avec le Directeur Général de l'ARS (Article R6315-1 du CSP)

Selon le rapport du Conseil de l'Ordre de 2015 (4), la participation des médecins libéraux est effective dans la quasi-totalité des départements. Seuls 3 départements n'en disposent toujours pas : La Guyane, Mayotte et la Lozère.

Le rôle du médecin est d'analyser la demande de l'interlocuteur, d'organiser la réponse adaptée dans le temps et avec les moyens disposés. Celui-ci est donc responsable des réponses apportées et de la démarche enclenchée. Notons que les appels peuvent être réceptionnés par un assistant de régulation médicale (ARM), toutefois, même si le médecin régulateur n'a pas son interlocuteur directement, c'est lui qui supervise les enjeux aboutissants de la demande.

Son objectif est donc de poser des questions pertinentes pour cibler au mieux les soins à prodiguer. Il devra ensuite poser un diagnostic puis proposer une prise en charge correcte. Il se charge aussi de rassurer le patient et d'en atténuer la détresse mais aussi d'éviter l'hospitalisation inutile.

Les patients qui contactent le numéro national de permanence de soins sont entendus par un médecin de garde dit « régulateur ». Celui-ci évalue la situation, oriente chaque appelant vers la juste prestation médicale que son état requiert et propose une réponse adaptée. Selon le cas, plusieurs possibilités sont envisageables :

- Il peut donner un conseil médical ou une prescription médicamenteuse par téléphone. Dans ce cas, la situation est considérée comme non urgente. Appellation « R4 ».

- Il peut décider d'envoyer un médecin sur place (SMUR). Dans ce cas, le médecin régulateur aura jugé le degré d'urgence vital, appelé « R1 » selon l'appellation par SAMU de France dès 2004, revue en 2009. Il s'agit d'une urgence vitale patente ou latente imposant l'envoi d'un moyen de réanimation.

- Il peut orienter le patient vers le médecin de la PDSA du secteur lorsque la situation est considérée comme urgente différée ou non urgente.

Ce sera le cas pour une urgence vraie sans détresse vitale, le délai ne constituant pas un facteur de risque en soi, mais qui nécessite l'envoi d'un médecin de proximité, d'une ambulance ou d'un VSAV dans un délai adapté contractualisé entre le régulateur, l'effecteur et l'appelant. Appellation R2 ou R3 :

R2 = urgence vraie sans détresse vitale nécessitant l'envoi d'un médecin de proximité, d'une ambulance ou d'un VSAV dans un délai adapté contractualisé entre le régulateur, l'effecteur et l'appelant.

R3 = recours à la permanence des soins, le délai ne constituant pas un facteur de risque en soi, une prescription médicamenteuse d'attente peut être proposée

Dans ce cas, la consultation peut avoir lieu au domicile, au cabinet du médecin ou dans une structure de permanence de soins , selon l'organisation en place sur le secteur.

I.2 Bilan de la PDSA dans le VAR

I.2.1 Fonctionnement dans le Var(8)

L'organisation régionale de la PDSA est définie dans le cahier des charges régional arrêté par le Directeur Général de l'ARS et régulièrement actualisé.

Les travaux d'élaboration du premier cahier des charges régional de la PDSA publié au mois de février 2013 ont nécessité deux ans de concertation avec l'ensemble des partenaires: Conseil de l'Ordre des médecins, Union Régionale des Professions de Santé médecins (URPS-ML), représentants des maisons médicales de garde (MMG), SOS Médecins, représentants des SAMU - centres 15 et des régulateurs libéraux.

Pour le Var, il existe 10 secteurs de PDSA et les lignes de garde qui leur sont rattachées.

Les médecins qui participent à la PDSA s'inscrivent sur un tableau de garde pour une durée minimale de 3 mois qui doit être transmis au Conseil de l'Ordre des médecins au minimum 45 jours avant son application.

L'ARS et le centre 15 ont accès à ce tableau. En cas de carence, le Conseil de l'Ordre des Médecins intervient auprès des médecins pour trouver des solutions de remplacement. Si la carence est confirmée, il appartient à l'ARS d'évaluer la situation et si nécessaire de proposer au Préfet des réquisitions.

Le département du Var est divisé en 10 secteurs. A chacun de ces secteurs sont affectées des lignes de gardes.

Sur les 10 secteurs de PDSA, sont affectées les lignes de gardes suivantes :

Da façon constante durant l'année :

- tous les soirs de 20h à minuit : 21 lignes de gardes ;
- toutes les nuits de minuit à 8h : 6 lignes de gardes (Comps, Fayence, Fréjus, TPM

élargi)

- les samedis après-midi, dimanches et fériés en journée : 26 lignes de gardes
- les journées de pont : 24 lignes de gardes

En période estivale : 4 lignes saisonnières en renfort :

- Sur le secteur de Fayence de 20h à minuit + weekends et fériés
- Sur le secteur de Fréjus : idem
- Sur le secteur de Gassin : idem
- Sur Porquerolles : idem + nuit profonde

Il existe 6 MMG sur le département :

- Fréjus (CH de Fréjus) ;
- Draguignan (CH de Draguignan) ;
- Gassin (CH de Saint Tropez) ;
- Brignoles (CH de Brignoles) ;
- Saint Maximin ;
- Le Luc .

Le CHITS (Centre Hospitalier Intercommunal Toulon la Seyne) et le CH d'Hyères ont mis en place des MMG qui ne rentrent pas dans le dispositif PDSA mais qui assurent néanmoins des consultations de médecine générale en horaire PDSA.

De même, SOS Médecins a ouvert un point de consultation à La Valette dans ses locaux sur le site de Valgora. (8)

Le taux de participation des MMG à la PDSA dans le Var se situe entre 40 et 60% des médecins généralistes installés(7) comparé à une moyenne nationale de 63% .

Le taux de couverture du territoire dans le Var de la PDSA est de 25% à 50%.

I.2.2 Coût de la PDSA dans le Var

Le coût de la PDSA comprend la rémunération des médecins régulateurs et celle des médecins effecteurs.

Le coût annuel des médecins régulateurs est de 963 040€, soit 23% des dépenses de régulation de la région.

Le coût annuel des médecins effecteurs est de 1 012 550€, soit 12% des dépenses régionale de l'effection.

Le coût total est donc de 1 975 590€ soit 16% de l'enveloppe régionale.(8)

A cela doivent s'ajouter les coûts des transports sanitaires de garde et des pharmacies de garde.

I.3 Etat de la permanence de soins en France(9)

I.3.1 Répartition de la PDSA sur le territoire

La France est divisée en territoires sur lesquels un tour de garde est mis en place entre médecins installés volontaires. Même si les médecins salariés, retraités et remplaçants peuvent participer au tour de garde, leur implication est encore trop rare.

Depuis dix ans, le nombre de territoires a été divisé par deux, soit pour permettre le maintien de la PDSA dans des zones sous-médicalisées, soit pour des raisons d'économies décidées par les ARS.

Les Maisons Médicales de Garde couvrent 27,5% des territoires de PDSA mais ces créations tendent à diminuer.

Le nombre de médecins libéraux volontaires diminue, il est passé de 73% en 2012 à 63% en 2014 pour de multiples raisons(9) :

- Une démographie médicale en baisse avec une pyramide des âges inversée
- Un déficit d'installation en libéral
- Des missions de plus en plus lourdes et complexes en journée
- Une surcharge de travail administratif
- Une absence de réévaluation des astreintes
- Des obligations hors du champ de la PDSA qui alourdissent la mission du médecin garde (garde à vue, certificat de décès)

Le conseil de l'ordre préconise six mesures(9) :

- un effecteur fixe en cabinet ou en MMG pour des consultations
- Une pharmacie de garde proche de l'effecteur
- Un effecteur mobile pour les visites incompressibles

- Des transports sanitaires vers les urgences
- Des campagnes d'informations des usagers sur le dispositif de la PDSA
- Des transports conventionnés (taxis, VSL ou navette sociale) vers l'effecteur fixe

Depuis quelques années, on assiste à des remaniements de sectorisations de la PDSA, voire à des fermetures en raison de la faible demande dans ces territoires reculés. Cependant, la liaison avec les services d'urgences pour ces territoires reste effective même si ces derniers peuvent parfois être très éloignés et entraîner un défaut de prise en charge médicale. Les raisons en sont soit stratégiques pour pérenniser la PDSA, soit purement économiques.

I.3.2 Coût de la PDSA en France et évolution

Les dépenses de santé en matière de PDSA n'ont cessé d'augmenter encourageant les politiques à fermer les gardes en nuit profonde sur certains territoires sans se poser de question sur les causes entraînant cette augmentation.

Les dépenses totales de PDSA sont passées de 220 millions d'euros en 2001 à 393 millions d'euros en 2011.

Les dépenses de pharmacie en PDSA sont passées de 8,5 millions d'euros en 2001 à 54 millions d'euros en 2011.

Enfin, les dépenses des transports sanitaires sont passées de 164 millions d'euros en 2005 (pas de données disponibles avant cette date) à 181 millions d'euros en 2011.

Si l'on ajoute les dépenses de garde des transports sanitaires et si l'on tient compte du doublement décidé en 2012 des forfaits pharmaceutiques, on peut estimer que les dépenses totales ont quasiment triplé entre 2001 et 2012, passant d'environ 250 millions à près de 700 millions d'euros (10).

Cette augmentation de dépenses serait due à la revalorisation des actes en PDSA , à la mise en place d'un forfait d'astreinte en 2002, et à l'extension de la couverture territoriale de la PDSA.

Cela a donc entraîné des fermetures de nuit profonde, en raison d'un déséquilibre entre des versements forfaitaires attribués aux médecins effecteurs et le peu d'actes réalisés. Ce cas s'est présenté dans la Sarthe où seulement 10 actes ont été réalisés dans l'année 2009.

On pourrait alors se demander si le faible taux de demandes de soins en PDSA n'est pas lié à une absence d'informations de la population sur l'existence d'une permanence de soins dans leur secteur. Une des conséquences à cela serait la présentation aux urgences, inutile dans une majorité de cas.

La Cour des comptes estime qu'il est compliqué d'évaluer les dépenses totales des urgences mais elle constate que l'activité a augmenté de 36% entre 2000 et 2009.

On peut donc en déduire que les besoins en santé sur le territoire ne font que croître et que des stratégies thérapeutiques, en prenant compte les déserts médicaux et les besoins croissants, doivent être mis en œuvre à l'heure où les territoires de PDSA commencent à se stabiliser.

I.4 Population couverte par SOS Médecins

I.4.1 SOS Médecins France

Le Docteur LASCAR, médecin généraliste à Paris, créait SOS MÉDECINS suite à un fait tragique en 1966. Un de ses patients, décède d'une crise cardiaque, faute d'avoir pu joindre un médecin un samedi après-midi.

Paradoxalement, relate le Docteur LASCAR : « *le week-end précédent, en butte à une fuite d'eau dans ma baignoire, j'avais été dépanné dans le quart d'heure par SOS DÉPANNAGE* ».

Jugeant que la santé de l'homme valait mieux qu'un simple tuyau de plomb, il créa SOS MÉDECINS. A une époque où le SAMU n'existe pas, le concept est révolutionnaire.

Depuis, SOS MÉDECINS France représente 70 Associations où les médecins effectuant plusieurs millions de visites par an.

SOS MÉDECINS FRANCE est un des plus important réseau d'urgences et de permanence de soins en France

- 4 millions d'appels traités
- 2,5 millions d'interventions à domicile ou de consultations
- Un millier de médecins généralistes ou urgentistes
- 62 associations réparties sur le territoire (métropole et outre-mer)
- 70 % de la couverture libérale de permanence de soins en milieu urbain et péri-urbain
- Une disponibilité des équipes 24 heures sur 24
- 60 % des actes réalisés la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés

Ils traitent la majorité des appels reçus par le centre 15 pour avis médical à toutes heures de la journée et de la nuit.

I.4.2 SOS Médecins Toulon

C'est SOS Médecins Toulon qui s'occupe de la PDSA de la majorité du Var avec des lignes de gardes et une organisation bien structurées.

Les communes couvertes par SOS Médecins Toulon sont divisées en trois secteurs :

- secteur 1 : Bandol, Ollioules, La Seyne sur Mer, Le Revest-les-Eaux, Sanary sur mer, Saint Mandrier, Six-fours-les-plages, Toulon ouest
- secteur 2 : Toulon est, la Farlède, Le Pradet, La Garde
- secteur 3 : Hyères, Cuers, Bormes les mimosas , Le Lavandou, Carqueiranne, La Crau, La Farlède, Pierrefeu du Var, Les 3 Solliès, La Londe les maures et Puget Ville.

Les weekends certaines communes sont rajoutées : Evenos, La Cadière d'Azur, le Castellet, Le Beausset, Riboux, Saint-Cyr sur mer, Signes.

SOS Médecins y assurent non seulement la permanence de soins mais également des consultations aux heures de cabinets de ville.

Avec ses 45 médecins et plus d'une dizaine de remplaçants ou suppléants, SOS Médecins Toulon fait partie d'une des associations les plus développées de médecins de France. Dans le Var, les médecins qui y travaillent ne possèdent pas de cabinet et se consacrent exclusivement à cette association.

L'association possède également un centre de consultations implanté à la Valette du Var et gère également les maisons médicales de garde dans le secteur par l'intermédiaire de l'association ICARE. Cette dernière a ses locaux aux urgences d'Hyères, au Luc à coté de l'hôpital départemental et à Draguignan où la désertification médicale se fait ressentir.

Il existe également deux autres maisons médicales de garde situées sur les urgences du Centre Hospitalier de Sainte Musse à Toulon et les urgences de la Seyne sur mer (gardes non assurées par de médecins de SOS).

I.5 Démographie médicale

La France compte en 2016, 102 299 médecins généralistes en exercice, ce qui fait une densité moyenne pour 100 000 habitants de 131 médecins généralistes.

L'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans, on assiste donc à un vieillissement de la population médicale et à des médecins qui ont de plus en plus de difficultés à céder leur patientèle faute de trouver de jeunes médecins.

En 2013, 2516 médecins partaient à la retraite alors que 2462 étaient nouvellement inscrits sur le tableau de l'ordre des médecins.

Enfin, l'envie pour les nouveaux médecins de s'installer en cabinet s'est étiolée, elle est passée de 60,5% en 2007 à 56,9% en 2016 en faveur de l'exercice salarié qui est passé de 33% en 2007 à 36,5% en 2016 (11).

Nous pouvons trouver plusieurs raisons à ce phénomène, additionnées les unes avec les autres entraînant la conjoncture dans laquelle nous sommes actuellement : l'apparition de déserts médicaux ou la diminution du nombre de médecins par habitant dans certaines régions avec pourtant des besoins accrus dus au vieillissement de la population.

L'horizon 2030 est proche et malgré un numérus clausus qui ne fait qu' augmenter, nous constatons que les efforts politiques faits ne suffiront pas à éradiquer le problème.

I.5.1 Pénurie de médecins et numerus clausus

Le numerus clausus est utilisé dans les filières de médecine, maïeutique (sage-femme), chirurgie dentaire et pharmacie. Mis en place en 1971, il devait être la réponse à une trop grande disparité géographique, tout en régulant le nombre d'étudiants par rapport aux places disponibles en service hospitalier pour accueillir les étudiants au cours de leur formation pratique.

On constate que pour les médecins, il a commencé à diminuer en 1978 progressivement pour arriver à un nombre divisé par deux environ en 1992.

Puis, les politiques devant un avenir s'annonçant noir ont décidé de l'augmenter progressivement à un niveau quasi identique à celui de 1971. En 2017, le numérus clausus était de 8124 places contre 8588 en 1972(12).

Il existe également des disparités entre les régions. Le numérus clausus a aussi été mis en place pour équilibrer une installation homogène sur le territoire. En effet, 85% des étudiants en médecine s'installent à proximité du lieu où ils ont fait leur cursus universitaire.

On constate une forte implantation de généralistes dans la partie sud de la France et des écarts parfois considérables avec le reste du pays. Ainsi, la région Centre a une densité de 111 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 157 en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

Concernant les médecins spécialistes, la densité est de 147,3 pour 100 000 habitants. Là encore, on remarque un écart très significatif entre, par exemple, les régions Île-de-France (215,7) ou PACA (199,1) et la région Picardie (114)(13).

La France n'a jamais compté autant de médecins toutes spécialités confondues, il existe malgré tout une pénurie de médecins. Si la diminution du numérus clausus a joué en partie son rôle dans l'équilibre actuel, il ne prend pas en compte l'augmentation de la population et le vieillissement de celle-ci qui augmentent les besoins en terme de santé.

Cependant ce n'est pas la seule cause...

I.5.2 Féminisation de l'exercice libéral

En 2004, on comptait 37 % de femmes chez les médecins généralistes, soit un taux légèrement supérieur à celui des professions libérales (36,6 % en 2003), et cette proportion croît chaque année. Les femmes sont en effet désormais majoritaires parmi les étudiants en médecine, et le taux est encore plus élevé en début de cursus, où elles représentaient en 2002, 64 % des étudiants en première année de médecine. La structure par sexe et âge de la profession confirme ce constat d'une féminisation croissante : 56 % des médecins de moins de 35 ans sont des femmes, alors qu'elles sont 41 % entre 35 et 50 ans, et seulement 29 % parmi les médecins de 50 ans et plus(14).

Dans les prochaines années les femmes devraient être majoritaires.

Cependant, en moyenne, l'activité libérale des femmes est plus faible que celles des hommes. Selon une étude de Niel et Vilain (2001), les femmes travailleraient six heures de moins que les hommes par semaine(14).

Il semblerait que les femmes préfèrent s'installer en milieu urbain. Elles sont partagées entre devoir professionnel et devoir domestique et familial.

Cette problématique remet en question le concept de disponibilité permanente du médecin. Les femmes vont donc davantage chercher à avoir une stabilité dans les horaires et se tourner plus facilement vers le salariat, qui permet par ailleurs une plus grande facilité d'adaptation lors de grossesses et congés maternité que la profession libérale.

Cependant, selon Nathalie Lapeyre et Nicky le Feuvre(2005) : « *Avec l'arrivée des femmes sur le marché de l'emploi, les impératifs liés à la sphère privée tendent à s'immiscer dans les interstices des temporalités professionnelles de l'ensemble des médecins, hommes et femmes* ». Cette réflexion amène à penser que les nouvelles générations, hommes et femmes confondus, souhaitent préserver leur temps pour la famille ou d'autres activités en priorité plutôt que leur travail(15).

Même s'il est vrai que les femmes favorisent leur vie personnelle, au fond il s'agit bien d'un mouvement générationnel qui préfère associer vie privée et vie

professionnelle dans les meilleures conditions mises à leurs dispositions, et que la féminisation ne peut à elle seule, expliquer l'apparition des déserts médicaux et la diminution du nombre d'installations.

I.5.3 Déserts médicaux

Au sein des régions, le maillage médical reste insuffisant dans un peu plus de 4000 cantons ruraux ou banlieues. Selon l'UFC-que-choisir, 30% de la population est à plus de trente minutes d'un médecin. Ce sont les fameux « déserts médicaux ».

C'est principalement le mode de vie des médecins qui est en cause et la libre installation sur le territoire.

En effet, 80% des étudiants en médecine sont des citadins(16), il est donc normal que ces derniers s'installent en zone urbaine ou péri-urbaine. Ensuite, la délinquance et le manque de sécurité dans certaines zones sont un frein majeur à une installation dans ces quartiers.

D'autre part, les médecins sont des hommes et des femmes qui ont une vie sociale et familiale souvent déjà ancrée et il existe donc un certain attachement à un mode de fonctionnement, de vie, d'environnement.

Pour résumer sur ce phénomène, nous pouvons donc dire que la croissance urbaine engendre une perte de médecine générale rurale. S'il n'y a plus de médecins de campagne en France c'est parce qu'il n'y a plus de France rurale.(16)

Des solutions ont commencé à être proposées dès 2002, et ont été mises en œuvre dès 2003 et reprises par la loi de 2005 relative au développement des territoires ruraux. Certaines mesures prises créent un « effet d'aubaine » proposant des avantages offerts lors d'une installation dans certaines zones. Paradoxalement, la complexité de ces mesures nuit à leur lisibilité par les éventuels intéressés.

I.5.4 Effectifs en médecine générale et spécialités(17)

La population française était de 57 996 000 habitants en 1990, elle est de 66 726 000 en 2016, soit une augmentation entre ces deux dates d'environ 15%.

Quant aux médecins, ils étaient au total en 1990, 153 000 à exercer, en 2016 ils sont 215 000, soit une augmentation de 40%.

Or, l'offre médicale reste insuffisante à l'heure d'aujourd'hui en majeure partie pour les raisons évoquées précédemment.

On peut également constater par le graphique 1 qu'à partir de 2001, le nombre de spécialistes est supérieur à celui des généralistes et ne cesse d'augmenter depuis, alors qu'à contrario le nombre de médecins généralistes est resté globalement stable depuis 2003 et a même tendance à diminuer.

Ces chiffres et dates semblent coïncider avec la mise en place des ECN pour tous les étudiants par le décret du 16 janvier 2004.

En effet le nombre de postes de médecins généralistes en 2014 était de 3752 sur 8054 postes toutes spécialités confondues. Donc moins de la moitié des postes sont consacrés à la médecine générale, ce qui entraîne par lien de cause à effet une diminution d'installations.

Ce phénomène de diminution est d'autant plus marqué compte tenu de freins d'installation trop importants(18) que subissent les cabinets de médecins généralistes.

I.5.5 Rejet de l'exercice libéral des jeunes médecins

En 2013, 6 940 médecins se sont inscrits pour la première fois à un tableau de l'Ordre départemental (soit une augmentation de 9,7 % par rapport à 2012). L'âge moyen de l'entrée à l'Ordre est de 34,2 ans : 33 ans pour les femmes et 36 ans pour les hommes. Les femmes représentent 58% de la jeune profession. À titre de comparaison, elles représentaient 53 % des nouveaux inscrits en 2006.

Parmi tous les nouveaux inscrits au 1er janvier 2014, 63,4 % ont fait le choix d'exercer leur activité en tant que médecin salarié et 10,7 % ont privilégié la médecine libérale exclusive. Parmi les nouveaux inscrits en médecine générale, 20,4 % ont fait le choix de l'exercice libéral. 33,4 % sont salariés et 4,3 % ont un exercice mixte.

Depuis 2007, l'exercice libéral attire de moins en moins les jeunes médecins : alors qu'un tiers des nouveaux inscrits en 2007 exerce en secteur libéral en 2014, la proportion chute à 14,9 % pour la génération de 2012.

En moyenne, la densité régionale est, au 1er janvier 2014, de 134,5 médecins généralistes, en activité régulière, pour 100 000 habitants.

Ils sont dans l'ensemble 52 760 à exercer leur spécialité en libéral, 31 631 à être salariés et 6163 à effectuer une pratique mixte.(19)

Cette tendance est due aux conditions de travail de l'exercice libéral : gestion administrative, peur de l'isolement, craintes sur la qualité de vie et l'organisation du travail (17).

Les jeunes médecins optent pour une meilleure conciliation entre l'exercice médical et la vie familiale. Le travail en poste salarié exige moins de prise de responsabilités et propose des horaires réduits et mieux cadrés.

La rémunération du médecin généraliste est moindre que celle d'un médecin spécialisé. Bien qu'elle soit passée à 9 ans, une formation moins longue et différente explique cette différence mais le généraliste est pourtant confronté à de nombreuses pathologies qui dépassent le cadre d'un simple rhume.

Cette rémunération est d'autant plus faible pendant les visites où le temps passé

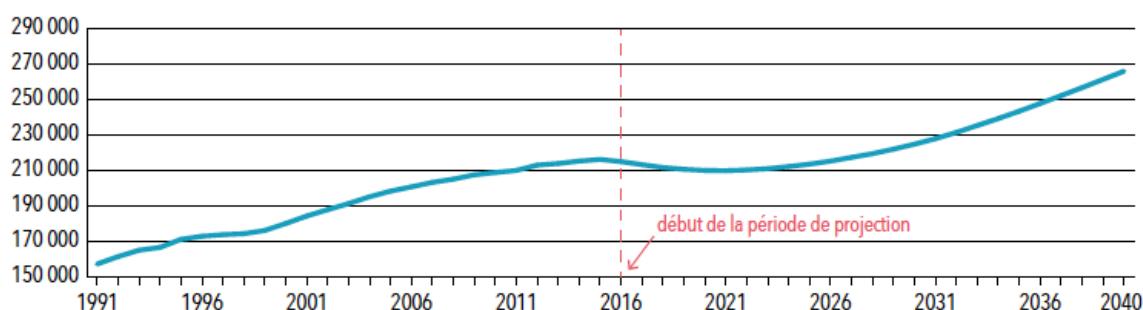
est de deux à trois fois plus long suivant le trajet ou la pathologie.

En ce sens, la nouvelle cotation des actes des médecins généralistes semble prendre en compte cette difficulté des pathologies lourdes.

I.5.6 Horizon 2030-2040(21)

La DREES (Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) réalise périodiquement des projections des effectifs de médecins. Plusieurs scenarii sont modélisés selon la législation mise en oeuvre . Un scénario dit « tendanciel » simule l'évolution du nombre de médecins sous l'hypothèse que les comportements observés au moment de l'exercice de projection se prolongent.

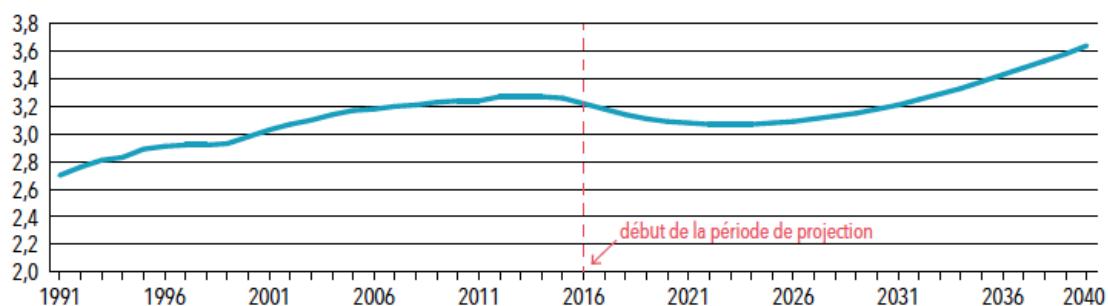
Graphique 1 : Projection des effectifs de médecins selon le scénario tendanciel :



Champ > France m.tropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La R.union).
Sources > Adeli, RPPS, Projections DREES 2015.

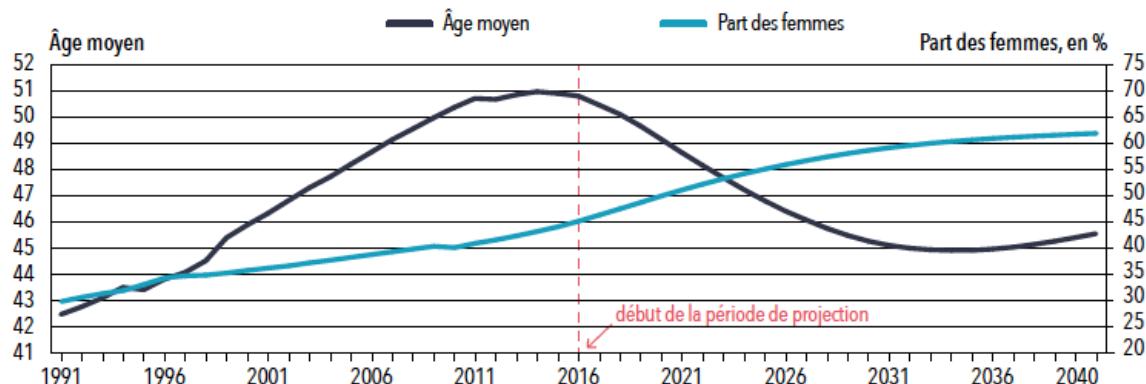
Selon ce graphique fait par la DRESS, on constate que nous rentrons dans une période de diminution des effectifs et qu'à partir de 2026 les chiffres reprennent une courbe croissante selon l'augmentation de la population. Si on prend en compte la densité, on constate que le rapport offre de soins / demande est plus importante en 2023.

Graphique 2 : Projection de la densité de médecins selon le scenario tendanciel :



Champ > France m.tropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La R.union).
Sources > Adeli, RPPS, Projections DREES 2015.

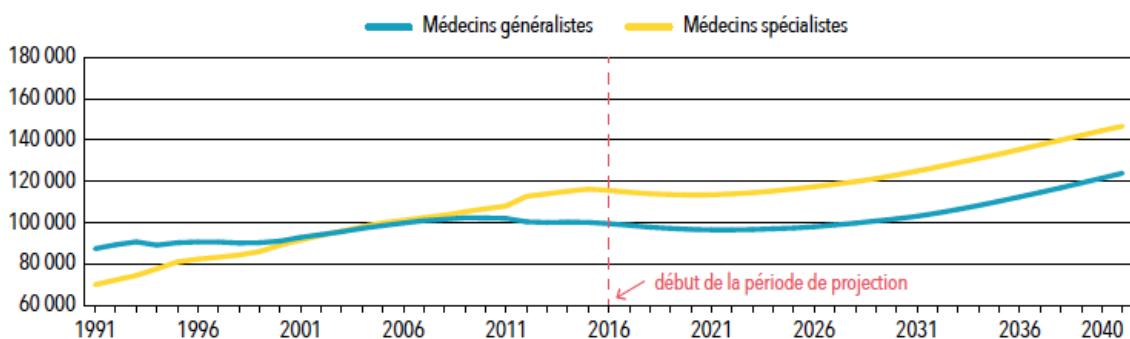
Graphique 3 : Évolution de l'âge moyen des médecins et pourcentage de femmes parmi les médecins :



Champ > France m.tropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La R.union).
Sources > Adeli, RPPS, Projections DREES 2015.

L'âge moyen des médecins tend à diminuer dès 2016 et le pourcentage de femmes a augmenté jusqu'à devenir supérieur à celui des hommes en 2019.

Graphique 4 : Évolution des effectifs de médecins généralistes et spécialistes de 1991 à 2040 :

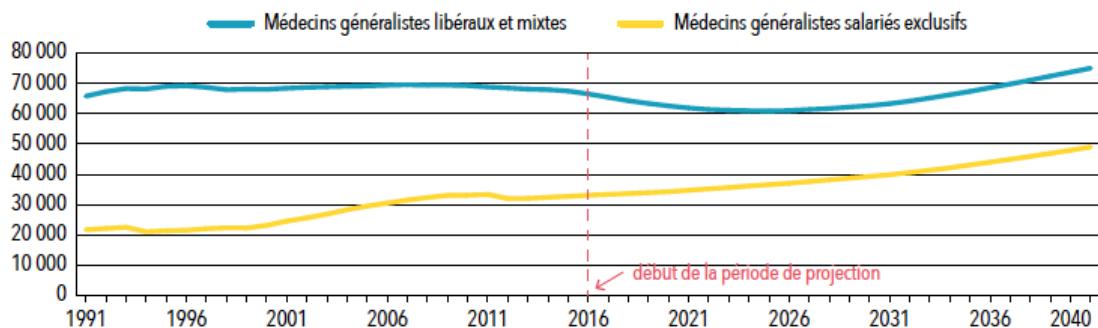


Champ > France m.tropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La R.union).
Sources > Adeli, RPPS, Projections DREES 2015.

L'écart entre spécialistes et généralistes devrait rester identique sur les vingt prochaines années.

Enfin l'évolution du nombre de médecins salariés continuera à augmenter alors que les libéraux augmenteront mais dans une évolution moins marquée ce qui participera à aggraver l'offre de santé en ville.

Graphique 5 : Évolution des effectifs des médecins généralistes libéraux et salariés de 1991 à 2040



Champ > France m.tropolitaine et DOM (Antilles-Guyane et La R.union).

Sources > Adeli, RPPS, Projections DREES 2015.

Il s'agit de courbes tendancielles, donc non immuables. De plus, ce scénario ne prend pas en compte les modifications de la législation et de la politique de santé qui affectent les médecins. Il sera donc intéressant de prendre en compte les propositions faites par les ARS dans la discussion pour essayer de résoudre les différents problèmes énumérés ci-dessus et montrer que le médecin généraliste a toute sa place et qu'il est indispensable dans l'offre de soins sur tout le territoire et à toutes heures.

I.6 Justification du sujet

Le nombre d'entrées aux urgences est en croissance constante comme l'a démontré la DREES, SAE 2001-2011, traitement DREES (22). Ce phénomène est engendré notamment par les disparités actuelles des rythmes de travail selon les médecins généralistes et par la réduction du nombre de ces derniers. Cela amène donc les patients à se présenter directement aux urgences sans avoir d'avis médical préalable et ainsi à alourdir la prise en charge des urgences.

De plus, une politique de santé actuelle oriente les patients vers l'hôpital au détriment d'une régulation au préalable par un médecin en visite en permanence de soins. Pourtant, l'essence-même du médecin généraliste est sa proximité avec le patient, sa gestion des pathologies non urgentes mais aussi son écoute. Les consultations aux urgences ne permettent pas, quant à elles, de répondre à ces spécificités du quotidien.

Toutefois, ce rôle précieux du médecin généraliste, accessible même en heures non ouvrées, ne peut être mis à profit qu'avec une campagne d'information claire sur les accès aux médecins de garde sans passer par les urgences en accès direct.

L'objectif est de montrer le rôle et l'intérêt prépondérant du médecin généraliste au sein de la permanence de soins ambulatoires malgré les difficultés d'ordre économiques, démographiques et sociologiques que nous avons évoquées précédemment. (Cf « numerus clausus, féminisation, diminution des installations »).

Pour montrer que la permanence de soins ambulatoires, tenue par les médecins généralistes libéraux, est nécessaire, cette thèse tentera de mettre en évidence par une étude comparative que l'intervention à domicile d'un médecin généraliste en PDSA permet de réduire le taux de passages aux urgences et d'hospitalisations. Il s'agira donc d'analyser le taux de consultations aux urgences après visite d'un médecin généraliste d'une PDSA puis de comparer ce résultat avec le nombre d'hospitalisations après consultations aux urgences .

En effet, j'ai souhaité démontrer que si la PDSA par l'intermédiaire d'associations, de maisons médicales ou encore un groupement de médecins généralistes venait à régresser voire à disparaître, la prise en charge de certaines pathologies nécessitant une consultation urgente pour la majorité des patients ferait accroître la prise en charge hospitalière.

D'autre part, mon étude s'attachera à développer une partie évaluant la qualité de la prise en charge du patient en PDSA . En effet, il semble que la nature de soins ambulatoires en PDSA soit plus adaptée pour les patients selon certaines pathologies contrairement à d'autres qui nécessitent, elles, de réelles urgences. Cette analyse aura pour objet de vérifier cette hypothèse.

Ainsi cette thèse se déroulera en trois temps. Tout d'abord, j'effectuerai une analyse du taux de consultations aux urgences après visite d'un médecin généraliste. Il s'agira d'une enquête menée auprès de l'association SOS Médecins Toulon. A partir des données recueillies, je ferai une étude comparative du nombre d'hospitalisations après consultations diagnostiques d'un médecin de garde en PDSA par rapport au nombre d'hospitalisations après consultations diagnostiques aux urgences. Ma seconde partie, quant à elle, sera consacrée à une évaluation de la qualité de la prise en charge du patient dans la permanence de soins ambulatoires. Enfin, dans un dernier temps je procéderai à un sondage visant à quantifier le pourcentage de patients qui ignorent l'existence de la régulation et de l'existence de la PDSA.

III MATERIELS ET METHODES

Cette étude a été menée dans l'agglomération toulonnaise au sein de l'association SOS Médecins Toulon qui s'occupe de la PDSA dans le Var. Comme évoqué précédemment dans le chapitre consacré à la PDSA dans le Var, l'association suit une organisation rigoureuse et efficace avec des lignes de gardes complètes toute l'année et un centre d'appel centralisé pour toute l'agglomération.

C'est une étude rétrospective avec une période d'inclusion d'avril 2016 à septembre 2016.

Selon le ministère de la santé, « *l'urgence médicale est définie comme une situation du vécu humain qui nécessite une intervention médicale immédiate ou rapide sans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel pourrait être engagé. Elle relève d'une décision médicale* » , j'ai donc retenu initialement pour cette étude trois pathologies ou symptomatologies considérées comme des situations d'urgence par les patients

-La colique néphrétique

-Les céphalées fébriles

-Les pleurs excessifs du nourrisson

Les patients inclus dans cette étude présentaient un de ces trois items.

Pour répondre à notre problématique s'interrogeant sur le rôle et la place du médecin généraliste au sein de la PDSA, j'ai d'abord calculé le pourcentage de consultations aux urgences après consultations d'un médecin effecteur de la PDSA.

J'ai ensuite réalisé un comparatif entre le pourcentage d'hospitalisations après consultations d'un médecin effecteur chez SOS Médecins et celui après avoir consulté directement aux urgences.

Pour cela, il m'a fallu faire face à des difficultés analytiques dues à l'utilisation de logiciels différents à l'hôpital et chez SOS Médecins. De ce fait, il n'a pas été

possible de comparer exactement les trois items retenus pour notre étude car la nomination des diagnostics sur les logiciels n'est pas la même en dehors de la colique néphrétique.

J'ai donc décidé de réduire le champ d'actions à une seule structure hospitalière, un secteur associé à ces urgences du TPM chez SOS Médecins et sur une seule pathologie.

J'ai donc travaillé avec les données des urgences d'Hyères, annexées dans le groupe SOS Médecins à un secteur (Hyères) du TPM. et avec un item facilement identifiable : la colique néphrétique.

Dans la seconde partie, j'ai sondé la qualité de la consultation en PDSA sur une base de 300 appels téléphoniques.

Enfin j'ai consacré une dernière partie à un sondage sur la connaissance des patients sur l'existence d'une régulation et de la PDSA.

II.1 Matériels

A l'aide d'un questionnaire de recueil de données informatiques *Google forms* (annexe 1), j'ai recueilli les données par l'intermédiaire de l'association SOS Médecins Toulon-Hyères qui s'occupe de la PDSA dans cette agglomération.

Le logiciel de gestion des patients utilisé s'appelle SOBEK. Ce recueil de données des patients permet d'inscrire lors de la consultation, la date et heure de consultation, la pathologie envisagée par le médecin régulateur ou la secrétaire qui prend l'appel et celle diagnostiquée par le médecin effecteur, les données administratives du patient (adresse, numéro de téléphone...), ainsi que l'orientation du patient après visite (hospitalisation, traitements à domicile, préconisations de bilans etc ...).

Pour cibler notre échantillonnage, j'ai donc inclus toutes les données dont les informations comprenaient dans le dossier :

- l'un des trois motifs de l'appel : colique néphrétique, céphalées fébriles, pleurs excessifs du nourrisson. Ces motifs sont évalués par les auxiliaires de permanence de soins présentes au standard téléphonique situé à la Valette du Var (ces motifs sont ceux surlignés en annexe 5),
- la date de consultation comprise entre le 1er avril 2016 et le 30 septembre 2016 toutes heures ouvrées (l'association est ouverte 24H/24 7J/7).

Parmi ces dossiers, j'ai exclu tous dossiers dans lesquels des informations étaient manquantes ou dont le diagnostic comportait quelques ambiguïtés. Une fiche-exemple, extraite du logiciel Sobek, est présente en annexe 5.

Dans une deuxième partie, j'ai voulu évaluer la qualité de la consultation et le niveau de satisfaction des patients.

Pour cela, j'ai constitué un questionnaire, visible en annexe 4 également, à l'aide du logiciel *Google Forms* qui demandait au patient s'il ferait appel à nouveau à SOS Médecins puis celui-ci devait évaluer la consultation par une note sur 10.

Ainsi, j'ai pris au hasard 300 dossiers dans les patients recueillis dans la première partie de mon travail, et pour être homogène, j'ai préféré désigner 100 profils de patients pour chaque catégorie de pathologies.

Les critères d'inclusion étaient donc les mêmes que dans la première partie, pris au hasard dans la liste ainsi que tous les patients ayant été hospitalisés après la visite du médecin de SOS Médecins.

Le critère d'exclusion était un appel sans correspondant. Si tel était le cas, je prenais un autre patient pour rester dans l'objectif d'obtenir le nombre d'appels de 100 patients par pathologie et avoir au total les 300 appels téléphoniques.

J'ai soumis à mes locuteurs un questionnaire totalement anonyme (voir annexe 4) mais qui variait selon la réponse concernant la prise en charge :

- Questionnaire tronc commun pour chaque patient interrogé

Les questions permettaient de confirmer les données relevées dans la première partie (âge, sexe, motif d'appel) et d'évaluer la satisfaction des patients sur la consultation faite par les médecins de SOS Médecins. Notons que cela n'est pas dans le but d'évaluer les médecins mais d'évaluer l'offre de soins et le service médical rendu.

- Questions pour les patients hospitalisés

Une partie du questionnaire était consacrée exclusivement aux patients hospitalisés dans la mesure où la prise en charge était différente. Le but était de savoir si l'hospitalisation était nécessaire et si l'orientation médicale a été bien régulée par le médecin effecteur et régulateur.

Enfin, il s'agissait de savoir si dans une situation similaire, le patient ferait appel à nouveau à SOS Médecins en PDSA.

- Questions pour les patients en ambulatoire

De la même manière que précédemment pour les patients hospitalisés, j'ai questionné les patients pour savoir si un suivi avait été demandé par le médecin généraliste de garde en PDSA et si une hospitalisation avait eu lieu dans les jours

ou les mois suivants, en rapport avec la pathologie pour laquelle le patient avait fait appel à SOS Médecins. Cela permettait d'en déduire si la régulation avait été effective.

Afin de savoir si la consultation avait été efficace, il a également été demandé plusieurs autres informations concernant les traitements prescrits, l'observance, les prescriptions.

Ce questionnaire, selon le recueil de réponses, permettra donc d'évaluer d'une part la qualité de la prise en charge des patients et d'en connaître leur niveau de satisfaction et d'autre part, il aura pour intérêt de compléter ma première partie, puisqu'il indiquera si une hospitalisation a suivi la consultation de SOS Médecins en PDSA. Inversement, il indiquera du point de vue du patient, si l'hospitalisation régulée par le médecin généraliste a été nécessaire.

De la même manière que sur les enquêtes précédentes, c'est le logiciel *Google Forms* qui a été utilisé pour établir les graphiques, recueillir les données et les recouper.

Pour ma dernière partie, une simple fiche visible me permettait de recueillir la réponse binaire de chaque patient capable de répondre à la question suivante.

Connaissiez-vous l'existence de la régulation et de la PDSA avant le recours aux urgences ?	
OUI	NON

II.2 Méthodes

Pour commencer ma recherche, j'ai sélectionné dans le logiciel, des mots-clés correspondant aux motifs de l'appel (motif d'appel également surligné en annexe 5). Ainsi, chaque appel où apparaissaient les mots « colique néphrétique », «céphalées et fièvre » et « pleurs enfant » ont été pris en compte.

A partir de ces dossiers, j'ai relevé les numéros de téléphone de ces patients afin de pouvoir réaliser mon étude qualitative dans un second temps. Ces numéros n'apparaîtront pas dans cette thèse afin de respecter l'anonymat des patients.

J'ai recueilli pour chaque appel téléphonique le diagnostic établi par le médecin effecteur de SOS Médecins, puis j'ai classifié ces données selon le sexe et la tranche d'âge du patient consulté.

Enfin, j'ai recueilli les suites données à la consultation, à savoir si la prise en charge est restée ambulatoire (patient maintenu au domicile) ou si le patient a été hospitalisé aux urgences.

Une fois ce recueil fait, j'ai pu établir des statistiques concernant le pourcentage d'hospitalisations aux urgences après visite d'un médecin de chez SOS Médecins. Dans cette partie nous considérons comme « hospitalisation », tout transport hors du domicile après la consultation.

A partir du pourcentage précédent, j'ai tout d'abord évalué le pourcentage de transferts aux urgences après consultation SOS Médecins toutes heures ouvertes. Ensuite j'ai quantifié le pourcentage des patients vus pendant les heures de permanence de soins. Pour cela, il a fallu sélectionner sur la fiche l'heure de fin de visite qui détermine le montant de la consultation selon l'heure de facturation. Ceci est surligné sur l'annexe 5.

De toute évidence, les consultations prises en charge par le médecin généraliste en permanence de soins minimisent l'inflation du nombre d'entrées aux urgences. Ceci peut avoir deux conséquences : une économie du service public ou au contraire une augmentation des dépenses à cause du phénomène de doubles consultations (celle de SOS Médecins cumulée avec celle des urgences).

Il m'a donc semblé intéressant d'effectuer un comparatif entre le pourcentage d'hospitalisations après consultations d'un médecin de SOS Médecins et le pourcentage d'hospitalisations après avoir consulté un médecin des urgences. Les chiffres présentés au chapitre suivant révèlent un impact sur le désengorgement des urgences hospitalières.

Compte tenu de la complexité du sujet et du trop grand champ d'investigations que celui-ci implique, j'ai décidé de limiter l'étude à une seule pathologie, sur un territoire plus restreint et sur une période plus courte. Il s'agira donc d'étudier la colique néphrétique sur le secteur Hyères et ses alentours (délimitation de SOS Médecins) entre le 1er Août 2016 et le 30 septembre 2016.

Pour obtenir le pourcentage d'hospitalisations aux urgences après consultations d'un médecin de chez SOS Médecins, j'ai repris la base de données déjà recueillie lors du recueil de dossiers au début de mon enquête. Pour rappel, il s'agissait de la colique néphrétique, des céphalées fébriles et des pleurs excessifs du nourrisson sur les secteurs de Toulon et communes Ouest jusqu'à Bandol, Toulon et communes Est jusqu'à Pierrefeu ainsi que le secteur Hyères jusqu'au Lavandou. La période d'étude se déroulait d'avril 2016 à septembre 2016. A partir de ces dossiers, j'ai éliminé les critères d'inclusion qui ne correspondaient plus aux critères limités cités dans le paragraphe précédent. Les données recueillies par questionnaire sur *Google Forms* sont en annexe 2.

Afin d'obtenir le pourcentage d'hospitalisations après consultations des urgences de l'hôpital d'Hyères, j'ai contacté le chef de service des urgences pour que ce dernier me permette de recueillir les données qui sont stockées par le logiciel ORU PACA (logiciel de gestion des patients de toutes les urgences de la région PACA et du centre d'appel 15) .

Les critères d'inclusion retenus étaient :

- diagnostics suspectés ou confirmés : colique néphrétique
- période : 1er août au 30 septembre 2016

Ainsi, j'ai pu établir dans un premier temps, le pourcentage d'hospitalisations des patients après avoir consulté aux urgences à toutes heures ouvertes et dans un second temps celui pendant les heures de permanence de soins (l'heure prise en compte était celle de l'admission). Précisons que l'on considère comme «hospitalisation» tout transfert dans les services ou toute hospitalisation aux urgences, UHCD de plus de 24 heures.

Sur le questionnaire en annexe 2, nous avons recoupé les deux relevés SOBEK et ORUPACA pour évaluer si un même patient avait consulté à la fois SOS Médecins et les urgences d'Hyères à la demande du médecin de la PDSA.

Dans la deuxième partie, j'ai sélectionné 300 appels pris au hasard selon le recueil de la première partie afin d'obtenir 100 appels par pathologie. Tous les patients hospitalisés ont été sélectionnés puis les autres ont été pris au hasard pour arriver à 100 appels par pathologie. Si un numéro était erroné ou injoignable, je passais directement au suivant.

En développant ma thèse, j'ai remarqué qu'aucune question n'était posée sur la connaissance des patients concernant la PDSA. Je me suis alors demandé si ces derniers connaissaient l'existence d'une régulation avant de choisir leur orientation selon leur propre chef.

Il m'a donc semblé intéressant de réaliser une enquête en interrogeant tous les patients rencontrés lors de gardes aux urgences de la Timone de novembre 2017 à février 2018.

En complément de l'enquête de satisfaction, le but de cette démarche est de découvrir si le recours aux urgences est un choix volontaire ou un manque d'informations sur les prestations de soins des médecins généralistes de PDSA.

Après la consultation une seule question, à réponse binaire, était posée :

« Connaissez-vous l'existence de la PDSA et de la régulation par le centre 15 avant de vous diriger vers les urgences ?»

Pour cette enquête, aucun critère d'exclusion, tous les patients consultés ont été interrogés.

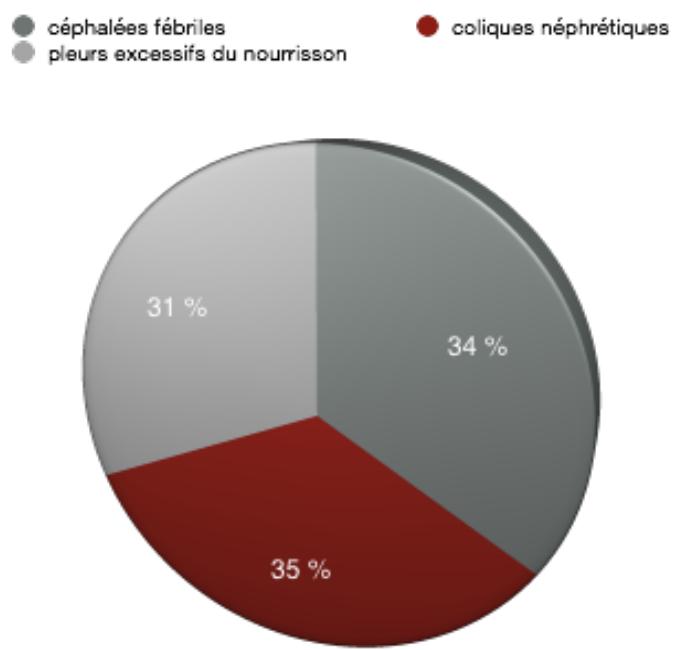
III RESULTATS ET INTERPRÉTATIONS

Dans un premier temps, j'ai recueilli toutes les fiches sur lesquelles apparaissaient les trois diagnostics ciblés ainsi que les dates correspondant à notre étude grâce au logiciel SOBEK de SOS Médecins.

J'ai obtenu 983 fiches à lire et à interpréter en remplissant le questionnaire créé sur *Google Forms* présent en annexe 1.

Après élimination des dossiers ambigus (fiches mal remplies ou présentant des doutes) et celles ne répondant pas aux critères d'inclusion, j'ai obtenu 681 dossiers à traiter .

Graphique 6 : Répartition du nombre de dossiers en fonction des pathologies



Sur les 681 dossiers inclus, 231 réponses correspondent aux céphalées fébriles aiguës, 213 aux pleurs excessifs aigus du nourrisson et 237 aux coliques néphrétiques. On peut donc en déduire que ces 3 types de pathologies sont de fréquences équivalentes dans les consultations de SOS Médecins.

J'ai distingué ensuite les résultats en fonction de la répartition homme/femme : 339 consultations étaient pour des femmes soit 49,8% contre 342 hommes soit 50,2%. Soit un ratio homme/femme au centième de 1. On peut donc en déduire que la parité homme-femme est plutôt bien équilibrée et donc que les consultations de SOS Médecins ne sont pas plus marquées par un sexe que l'autre pour ces 3 items

retenus.

Pour les céphalées fébriles, sur les 231 consultations, il y en avait 116 qui concernaient des hommes et 115 des femmes, soit un ratio Homme/Femme à 1.

Pour les coliques néphrétiques, sur les 237 consultations, il y en avait 122 qui concernaient les hommes et 115 les femmes, soit un ratio Homme/Femme de 1,06.

Pour les pleurs du nourrisson, sur les 213 consultations, il y en avait 104 qui concernaient des garçons et 109 des filles, soit un ratio Homme/Femme de 0,95.

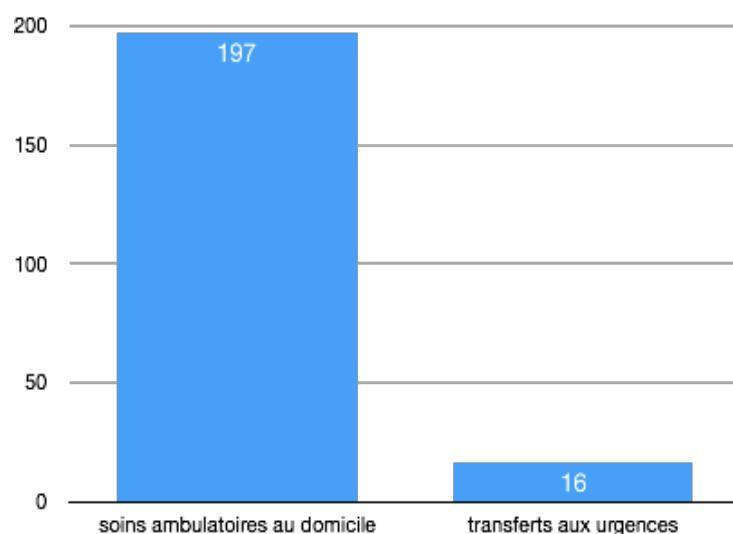
On peut donc considérer que pour les 3 pathologies, le ratio est sensiblement identique au ratio général et que le sexe du patient n'a pas d'influence sur la fréquence de la pathologie.

III.1 Pourcentage de passages aux urgences après consultations de SOS Médecins

Grâce au logiciel *Google Forms*, nous avons pu obtenir un pourcentage de passages aux urgences après consultations du médecin effecteur de SOS Médecins.

J'ai étudié également le nombre de passages aux urgences toutes heures ouvrées par pathologies:

Graphique 7 : Nombre de passages aux urgences après consultations effectuées par SOS Médecins pour pleurs excessifs du nourrisson



Sur les 213 consultations, 16 nourrissons ont été transférés aux urgences, soit 7,5%. Ce résultat est supérieur à la moyenne des trois pathologies confondues.

Tableau 1 : Nombre de passages aux urgences en fonction de l'heure de consultation pour pleurs excessifs du nourrisson

PLEURS EXCESSIFS DU NOURRISSON	soins ambulatoires au domicile	transferts aux urgences	Total
heures PDSA	129	12	141
heures hors PDSA	68	4	72
total	197	16	

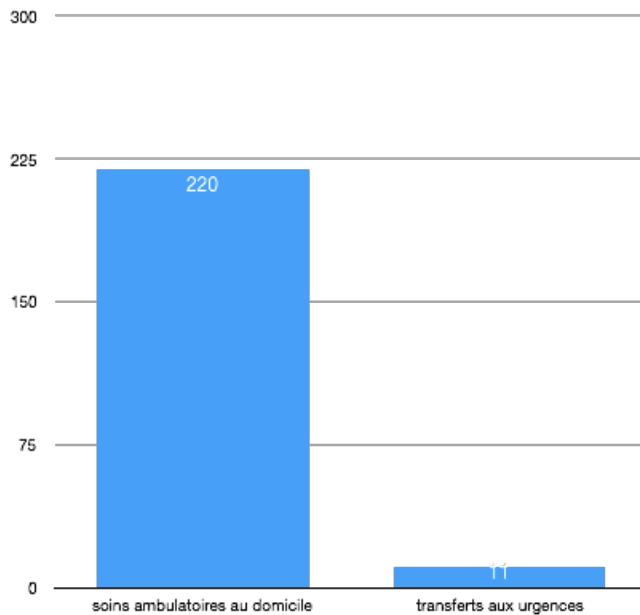
9,3% des enfants vus ont été hospitalisés en heures de PDSA, contre 5,9% pendant les heures hors PDSA soit un Δ de 3,4%.

On émet donc l'hypothèse : l'hospitalisation et l'heure de la consultation pour pleurs excessifs du nourrisson sont dépendantes.

Le test de fischer nous donne un P value à 0,58 ($>0,05$), donc le test n'est pas statistiquement significatif, l'hypothèse n'est pas rejetée, il existe une relation entre l'hospitalisation et l'heure de consultation pour pleurs excessifs du nourrisson.

On constate qu'environ deux tiers des consultations pour les nourrissons sont vus en PDSA. Cela montre une certaine inquiétude des parents lorsque les cabinets de pédiatrie ou du médecin traitant sont fermés concernant la santé de leurs enfants. Le taux d'hospitalisation reste faible (environ un enfant sur dix), ce taux nous encourage fortement au maintien de la PDSA. En effet, les parents seraient allés consulter aux urgences s'ils n'avaient pas eu d'avis médical par SOS médecin. Il paraît évident que la détresse d'un parent face à son enfant malade doit être résolu quelque soit l'heure de la journée. Ceci renforce bien l'idée que la PDSA est nécessaire.

Graphique 8 : Nombre de passages aux urgences après consultations effectuées par SOS Médecins pour des céphalées fébriles aigües



Sur les 231 consultations, 11 patients ont été transférés aux urgences, soit 5%. Ce résultat est inférieur à la moyenne des trois pathologies confondues.

Tableau 2 : Nombre de passages aux urgences en fonction de l'heure de consultation pour céphalées fébriles

CEPHALEES FEBRILES	soins ambulatoires au domicile	transferts aux urgences	Total
heures PDSA	103	9	112
heures hors PDSA	117	2	119
total	220	11	

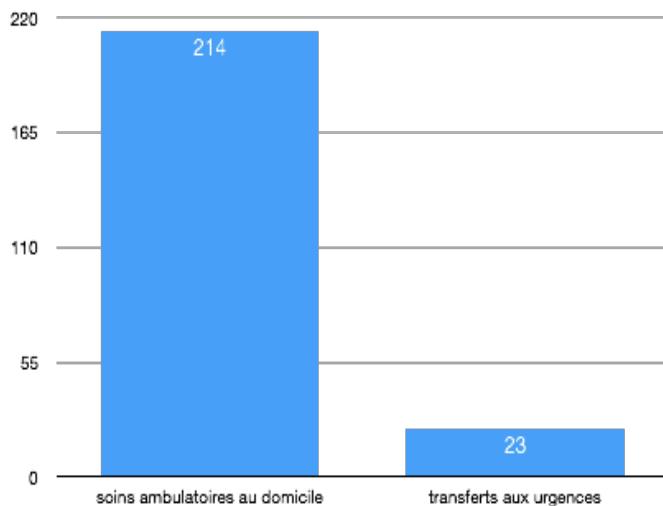
8,7% des personnes, ayant appelé pour céphalées fébriles, ont été hospitalisés en heures de PDSA, contre 1,7% pendant les heures hors PDSA soit un Δ de 7%.

On émet donc l'hypothèse que l'hospitalisation et l'heure de la consultation pour céphalées fébriles sont dépendantes.

Le test de fischer nous donne un P value à 0,029 ($<0,05$) et l'intervalle de confiance ne contient pas 1, donc le test est statistiquement significatif. L'hypothèse est rejetée, il existe donc une indépendance entre l'hospitalisation et l'heure de consultation pour céphalées fébriles.

Ce tableau montre également que le nombre de consultations pour céphalées fébriles est quasi-similaire en PDSA qu'en dehors de celle-ci. C'est un motif anxiogène (réassurance vis à vis d'une possible méningite) pour les patients qui éprouvent le besoin de consulter rapidement quelque soit l'heure. Le taux d'hospitalisations est quatre fois plus élevé en PDSA cependant il reste faible, nous encourageant au maintien de la PDSA.

Graphique 9 : Nombre de passages aux urgences des consultations effectuées par SOS Médecins pour coliques néphrétiques



Sur les 237 consultations, 23 patients ont été transférés aux urgences, soit 9,7%. Ce résultat est supérieur à la moyenne des trois pathologies confondues. La colique néphrétique reste une pathologie très douloureuse et nécessite donc des hospitalisations aux urgences avec un taux supérieur à celui d'autres pathologies mais reste cependant faible.

Tableau 3 : Nombre de passages aux urgences en fonction de l'heure de consultation pour colique néphrétique

COLIQUE NEPHRETIQUE	soins ambulatoires au domicile	transferts aux urgences	Total
heures PDSA	128	15	143
heures hors PDSA	86	8	94
total	214	23	

11,7% des patients vus pour colique néphrétique ont été hospitalisés en heures de PDSA, contre 9,3% pendant les heures hors PDSA soit un Δ de 2,4%.

On émet donc l'hypothèse que l'hospitalisation et l'heure de la consultation pour colique néphrétique sont dépendantes.

Le test de χ^2 nous donne un P value à 0,78 ($>0,05$), donc le test n'est pas statistiquement significatif, l'hypothèse n'est pas rejetée, il existe une relation entre l'hospitalisation et l'heure de consultation pour colique néphrétique.

Il s'agit d'une pathologie où selon la société française d'urologie seulement 6% des coliques néphrétiques sont graves et nécessitent une hospitalisation. Cela nous conforte dans l'intérêt d'une consultation rapide au domicile pour traiter dans un premier temps la douleur et d'éviter en l'absence de signe de gravité, un transfert aux urgences. Cette réduction du taux d'hospitalisations, favoriserait une décroissance de passages aux urgences.

Ainsi, le nombre de passages aux urgences après consultations de SOS Médecins toutes heures confondues est de 7,3% sur les 3 pathologies confondues.

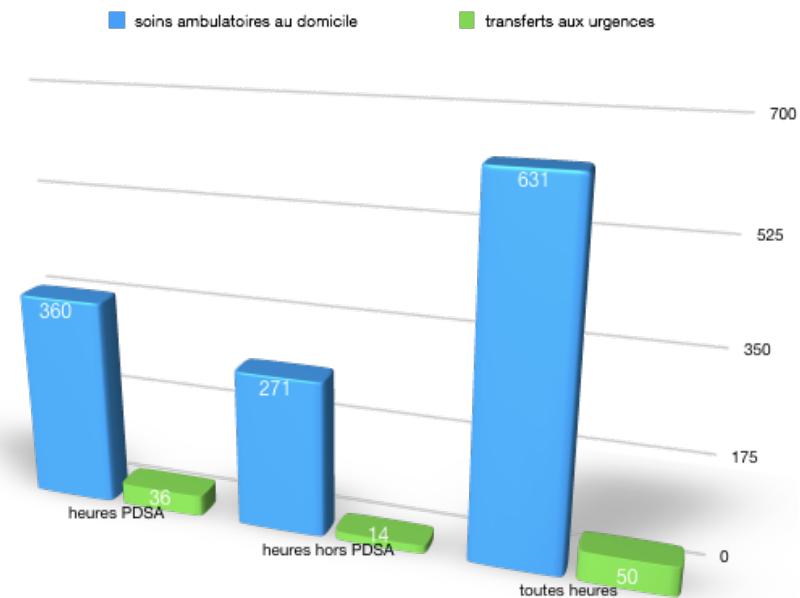
Ce résultat permet de constater que le taux reste plutôt faible pour des appels où les personnes souhaitent une prise en charge urgente.

Enfin, le pourcentage de transferts aux urgences pendant les heures de PDSA est de 10%. En effet, parmi les 681 patients, 396 ont été traités en PDSA soit 58,1%

des patients inclus.

Le nombre de passages aux urgences se montre plus élevé en dehors des heures ouvrées. Cela s'explique principalement par une offre de soins plus élargie grâce aux cabinets de médecines de ville et l'accès aux soins complémentaires privés ou hospitaliers avec avis spécialisé et orientation adaptée du patient.

Graphique 10 : Récapitulatif de transferts aux urgences suivant l'heure de la consultation sur les trois pathologies



Ce graphique récapitulatif montre bien que le nombre de transferts aux urgences reste faible après visite du médecin généraliste.

Il est donc intéressant de savoir si l'heure de la consultation influe sur la probabilité d'être transféré aux urgences.

Pour cela nous avons réalisé un test du χ^2 en rapportant les données du graphique sur un tableau et en formulant l'hypothèse nulle que l'hospitalisation et l'heure de consultation sont indépendantes.

Tableau 4 : Récapitulatif des passages aux urgences en fonction de l'heure

	Transferts aux urgences	Soins ambulatoires	Total
Heures PDSA	36	360	396
Heures non PDSA	14	271	285
Total	50	631	

On émet donc l'hypothèse nulle que l'hospitalisation et l'heure de la consultation sont indépendantes.

Le test de χ^2 nous donne un P value à 0,039 ($<0,05$), donc le test est statistiquement significatif, l'hypothèse nulle est rejetée, il existe alors une relation entre l'hospitalisation et l'heure de consultation.

Nous pouvons donc conclure que l'heure de la consultation, avec un risque d'erreur de 5%, influe sur le risque d'être hospitalisé. En effet, comme expliqué précédemment l'accès aux soins en heures de PDSA est moindre.

Cependant, ces premiers résultats nous confortent dans l'idée de l'intérêt de la présence du médecin généraliste en PDSA pour permettre une meilleure gestion des consultations aux urgences.

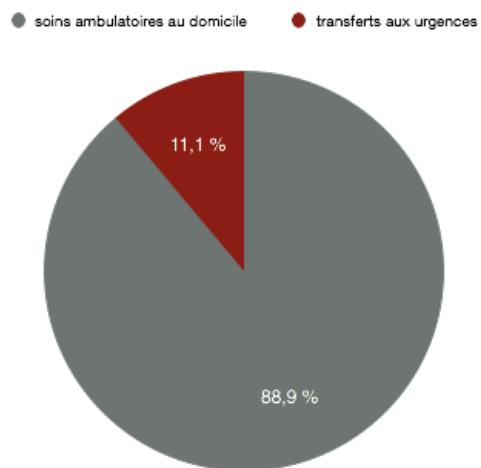
De ce fait, le rôle du médecin généraliste en PDSA reste une nécessité dans la mesure où le passage aux urgences est évité dans plus de 90% des cas. Mon étude pour ces 3 pathologies donne le chiffre de 92,7%. Par un lien de cause à effet, nous pouvons affirmer que la consultation du médecin généraliste permet de limiter le flux des patients aux urgences hospitalières.

III.2 Pourcentage d'hospitalisations après consultations SOS Médecins versus consultations service des urgences

Pour donner de la puissance à notre étude (calcul de χ^2), j'ai établi un comparatif entre les consultations de SOS Médecins et celles des urgences. Comme expliqué dans la partie « Matériels et Méthodes », j'ai analysé les données concernant les coliques néphrétiques du 1er Aout 2016 au 30 Septembre 2016. Le but est de déterminer le pourcentage d'hospitalisations des personnes vues en consultation chez SOS Médecins du secteur Hyères et le pourcentage d'hospitalisations des personnes vues directement aux urgences de l'hôpital d'Hyères.

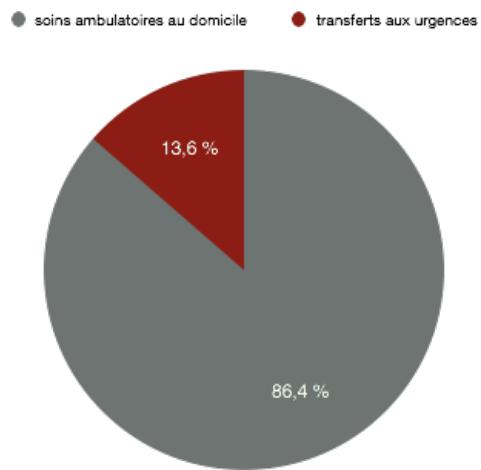
Sur l'ensemble des patients retenus dans l'enquête chez SOS Médecins, 36 patients correspondaient aux critères d'inclusion dont 22 qui ont été vus pendant les heures de PDSA.

Graphique 11 : Pourcentage d'hospitalisations aux urgences pour coliques néphrétiques effectuées en consultations SOS Médecins du 1er Aout au 30 Septembre 2016 toutes heures ouvertes



Sur 36 patients, 4 ont été hospitalisés aux urgences. Le pourcentage est de 11,1% et donc légèrement supérieur par rapport aux données vues précédemment mais l'écart n'est pas significatif.

Graphique 12 : Pourcentage d'hospitalisations aux urgences pour coliques néphrétiques effectuées en consultations SOS Médecins du 1er Aout au 30 Septembre 2016 en heures de PDSA

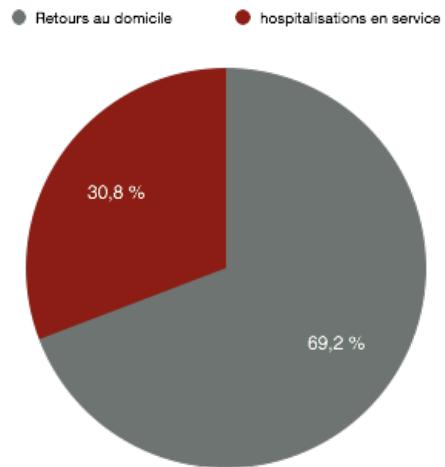


Pendant les heures de PDSA, 22 patients ont été vus dont 3 ont été hospitalisés aux urgences. Le taux pourcentage est donc de 13,6%, l'augmentation reste sensiblement en corrélation par rapport aux chiffres obtenus précédemment toutes pathologies confondues.

Parmi les 4 personnes hospitalisées aux urgences d'Hyères, un patient a été renvoyé chez lui après traitement. Le nombre de patients hospitalisés reste peu élevé, et la majorité des patients a bien été orientée par le médecin généraliste de garde.

Cependant, une hospitalisation inférieure à 24 heures peut être suffisante et utile (surveillance, antalgie...).

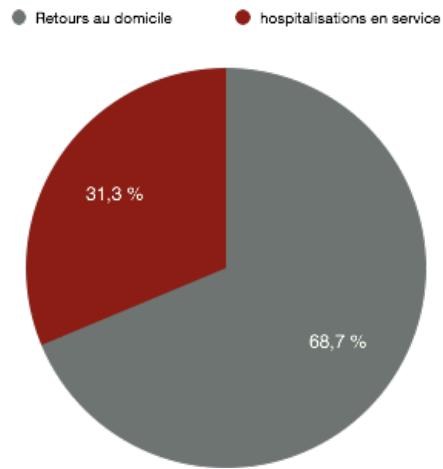
Graphique 13 : Pourcentage d'hospitalisations pour coliques néphrétiques effectuées aux urgences du 1er Aout au 30 septembre 2016 toutes heures ouvrées



Aux urgences, ces chiffres sont un peu différents probablement grâce à une régulation qui est pertinente. En effet, la régulation permet de diminuer le nombre d'entrées aux urgences et de conserver les pathologies les plus lourdes pour lesquelles les urgences ont été créées, même si cela reste encore insuffisant pour diminuer la surcharge des urgences.

Le pourcentage est de 30,8% d'hospitalisations en service (soit 32 patients) toutes heures ouvrées sur 104 patients inclus .

Graphique 14 : Pourcentage d'hospitalisations pour coliques néphrétiques effectuées aux urgences du 1er Aout au 30 septembre 2016 en heures de PDSA



Le pourcentage d'hospitalisations aux urgences d'Hyères en PDSA du 1er AOUT au 30 septembre 2016 est de 31,3%. Soit 21 patients sur 67 ayant consulté pour ce motif.

Le test χ^2 ne pouvant s'appliquer ici, j'ai utilisé le test de Fisher pour analyser l'hypothèse suivante : l'hospitalisation pour colique néphrétique est-elle indépendante du mode de consultation (SOS Médecins ou accès aux urgences en primo intention) ?

Nous émettons donc l'hypothèse nulle qu'il y a une indépendance entre l'hospitalisation et le fait de consulter aux urgences d'Hyères ou chez SOS Médecins du secteur de Hyères (cf chapitre I.4.2).

Tableau 5 : Récapitulatif des hospitalisations et des non-hospitalisations suivant le type de consultation SOS Médecins ou Urgences en fonction de l'heure

	Heures de PDSA		
	Hospitalisés	Non hospitalisés	Total
Urgences	21	46	67
SOS Médecins	3	19	22
Total	24	65	

En heure de PDSA on trouve un p-value à 0,1651 pour une probabilité d'erreurs de 5%.

L'hypothèse nulle est validée avec un risque d'erreur α de 5% (p-value > α : 0,05), il y a donc une indépendance entre l'hospitalisation et la consultation, qu'elle soit aux urgences d'Hyères ou en visite chez SOS Médecins d'Hyères.

On peut donc conclure qu'aux heures de PDSA, l'hospitalisation pour colique néphrétique n'est pas conditionnée par une consultation faite par SOS Médecins au préalable. Cette association de médecins présente donc l'avantage pour les patients non hospitalisés de bénéficier d'un antalgique rapide au domicile, d'une prise en charge ambulatoire et donc de réduire le taux de passages aux urgences.

On pourrait considérer qu'aux heures de PDSA, près de 68,7% des patients vus aux urgences pourraient être vus par un médecin généraliste de PDSA.

Une régulation par un médecin effecteur ou régulateur par téléphone pourrait être rendue obligatoire. En effet, les chiffres montrent qu'un nombre important de consultations aux urgences est inférieur 24H et que l'état de santé de la grande majorité des patients ne nécessite pas d'hospitalisation et qu'un simple traitement antalgique au domicile ou dans des maisons médicales pourrait être suffisant et bien plus économique. Cependant cette hypothèse ne peut être confirmée sans réalisation d'une étude sur le suivi des patients aux urgences pour colique néphrétique et sans notification de tout ce qui a été réalisé.

Ces résultats montrent également que dans la majorité des cas, l'indication d'hospitalisation a bien été posée par le médecin de garde de SOS Médecins dans

son rôle de régulation.

Dans tous les cas, il se trouve que le nombre de retours à domicile reste élevé et qu'il est évident qu'un manque d'informations persiste concernant l'existence d'une régulation et de la présence de la PDSA où un médecin 24H/24 peut intervenir.

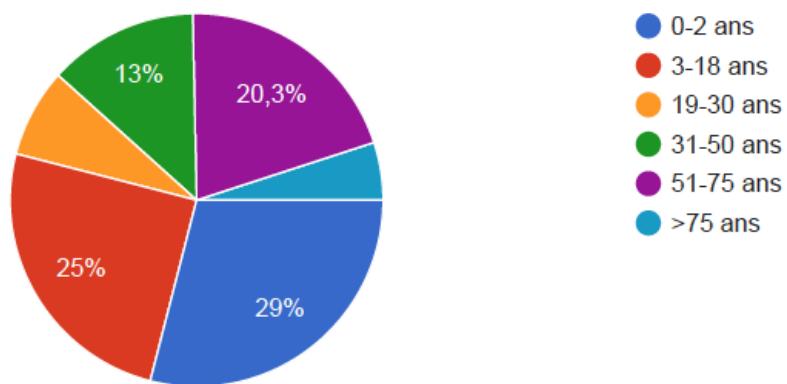
III.3 Etude qualitative

Selon le questionnaire de l'annexe 4, j'ai sélectionné 300 appels pris au hasard sur la liste de la première partie : 100 appels par pathologie. Toutes les consultations pour lesquelles une hospitalisation a suivi, ont été sélectionnées.

Si une personne ne répondait pas ou si l'appel informait que le numéro de téléphone n'était pas attribué, je passais au numéro suivant sur la liste jusqu'à recueillir 100 appels par pathologie afin d'obtenir une étude significative.

Au total, dans notre échantillonnage, j'ai interrogé 46% d'hommes et 54% de femmes.

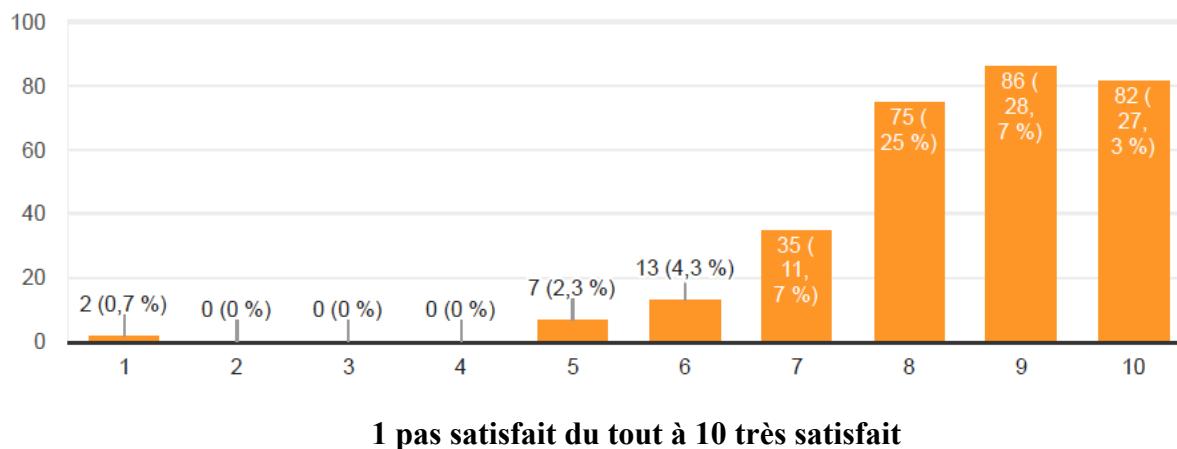
Graphique 15 : Répartition du recueil des appels téléphoniques par tranche d'âge



On peut donc en déduire que la sélection a bien été prise au hasard puisque tous les âges sont représentés. Nous remarquons tout de même qu'il y a une grande majorité des appels qui concerne des mineurs puisqu'on obtient les chiffres de 54%.

Précisons que pour tous les appels, j'ai demandé un consentement et précisé que ce questionnaire restait anonyme. 100% des personnes ont accepté de répondre.

Graphique 16 : Niveau de satisfaction des consultations SOS Médecins



→ Sur la notation de la consultation, le niveau de satisfaction des patients est supérieur à 5/10 pour 298 personnes appelées. Seulement deux personnes ont totalement été insatisfaites dont une pour erreur médicale .

81% des personnes donnent une note supérieure ou égale à 8/10, ce qui nous montre une grande satisfaction des patients.

→ Les qualificatifs et éléments positifs qui revenaient majoritairement dans les commentaires libres étaient : compétent, agréable, efficace, réponse rapide, privilège d'attendre chez soi.

→ Les patients mentionnent, d'un point de vue négatif, la durée de l'attente un peu longue et l'incompétence du médecin, cette dernière remarque n'étant mentionnée qu'une seule fois par le patient ayant noté la consultation 1/10.

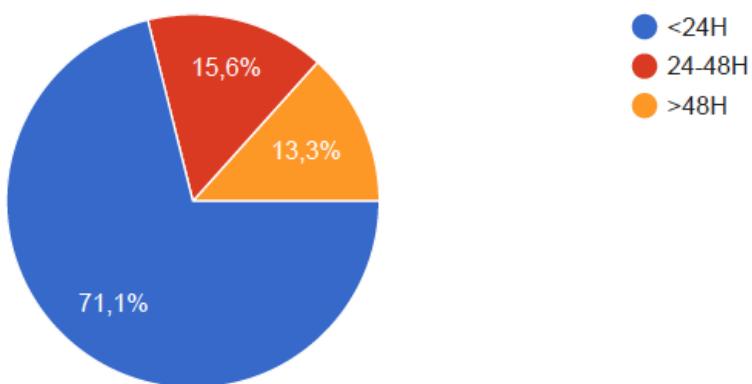
III.3.1 Enquête sur les patients hospitalisés après consultations chez SOS Médecins

Après les questions communes à tous les patients, le logiciel *Google Forms* m'a permis de distinguer les personnes hospitalisées suite à une consultation du médecin généraliste de garde et celles restées dans le cadre de l'ambulatoire.

45 patients au total ont été hospitalisés.

A partir de ces informations, j'ai demandé quelle a été la durée d'hospitalisation.

Graphique 17: Durée d'hospitalisation des patients vus par SOS Médecins en amont



➔ Sur 45 patients hospitalisés, la durée d'hospitalisation n'a pas excédé 24 heures pour 32 d'entre eux, soit près de 71% .

On pourrait alors en déduire que l'hospitalisation aux urgences aurait pu être évitée. Pourtant, une partie de ces hospitalisations s'explique par le fait que les urgences disposent de certains traitements et examens complémentaires nécessaires qui ne sont pas réalisables en ambulatoire aux heures de PDSA.

➔ 86,7% des patients hospitalisés considèrent que l'hospitalisation était nécessaire. Il s'agit évidemment d'avis subjectifs de patients et non d'un avis médical.

- ➔ Dans 26,7% des cas, aucun examen complémentaire n'a été pratiqué à l'hôpital et l'hospitalisation s'est résumée par une surveillance et traitement symptomatique aux urgences.
- ➔ Dans 71,1% des cas, le diagnostic suspecté par le médecin de garde de SOS Médecins correspondait au diagnostic des urgences. Ce chiffre nous montre l'efficacité de la consultation en PDSA alors que, rappelons-le, le diagnostic ne peut être basé que sur un examen clinique car aucun examen complémentaire au domicile ne peut être effectué.
- ➔ Enfin 73,3% des 45 patients hospitalisés feraient à nouveau appel à SOS Médecins sans passer aux urgences directement si une situation similaire devait se reproduire. Ce résultat corrobore le fait que pour une large majorité, la régulation du médecin généraliste est rationnelle avant d'envisager le recours aux urgences et ce, malgré une situation ressentie urgente par les patients.

Pour résumer sur l'ensemble de ces questions, malgré l'hospitalisation, l'idée principale qui s'en dégage est la nécessité d'un médecin généraliste pour orienter le patient. Son rôle de régulateur est primordial et prend tout son sens autant pour le confort du patient que pour limiter le flux des urgences.

III.3.2 Enquête pour les patients dont la prise en charge a été ambulatoire

Si le patient n'a pas été hospitalisé suite à la consultation du médecin effecteur de SOS Médecins, le questionnaire élaboré nous dirige sur une page différente, comprenant des questions spécifiques pour les patients traités seulement en ambulatoire.

Sur les 300 appels téléphoniques effectués, 255 patients ont bénéficié d'une prise en charge seulement ambulatoire.

→ La première question était de connaître la prescription médicamenteuse. L'enquête a révélé que dans 69% des cas, le médecin généraliste a donné un traitement antalgique ou antipyrétique au moment de la consultation. Cette pratique permet ainsi d'éviter l'hospitalisation aux urgences.

→ Ensuite, il a également été mis en évidence que 94,5% des patients ont dû se rendre à la pharmacie de garde afin de chercher les médicaments nécessaires. Ces données sont à prendre en compte dans le coût de la prise en charge globale. Même si cet aspect ne sera pas traité ici en raison de données trop complexes, cette piste de réflexion sera évoquée dans la discussion car les consultations en PDSA impactent sur l'économie de la santé.

→ Par la suite, il a été demandé si le médecin généraliste a demandé une réévaluation dans les 48 heures. Le but de cette demande est de vérifier que le médecin de garde s'assure du suivi du patient, de son état de santé de façon continue et non ponctuelle. Il s'agit là de retrouver le rôle principal du médecin généraliste comme déjà évoqué précédemment à savoir le coté relationnel. Pour 61,2% des cas, les patients se souviennent des conseils du médecin de garde pour une réévaluation par le médecin traitant ou celui de la permanence de soins.

III.3.2.A Patients dont une réévaluation a été demandée par le médecin généraliste de garde en PDSA

- ➔ Selon les réponses recueillies, dans 15,2 % des cas, une hospitalisation a dû être effectuée avant réévaluation.
- ➔ Au total 19,2% des patients ont été hospitalisés dans les 48h et plus dont 12,1% dans la semaine après la consultation du médecin généraliste de SOS Médecins. Donc 80,8% n'ont pas été hospitalisés.
- ➔ De plus dans 85,9% des cas, le traitement a été efficace au moment de la consultation.
- ➔ Enfin, comme pour les patients hospitalisés, le questionnaire se concluait sur une question demandant si les patients feraient de nouveau appel au médecin généraliste de garde si une situation similaire devait se reproduire. Les avis sont favorables à 96%, ce qui montre encore largement l'efficacité et la nécessité de la présence du médecin généraliste au chevet du patient et donc la conservation impérative du médecin de garde en PDSA sur l'aire toulonnaise.

III.3.2.B Patients dont une réévaluation n'a pas été demandée par le médecin généraliste

- ➔ Dans le cas où une réévaluation n'a pas été demandée, le traitement donné par le médecin effecteur s'est avéré efficace dans 92,9 % des cas sur 156 réponses.
- ➔ Sur la demande d'une éventuelle consultation supplémentaire ultérieure pour les mêmes symptômes, 90,4% des patients nous informent ne pas avoir eu besoin de consulter à nouveau dans les jours suivants. Ces résultats montrent que le médecin, sur ces patients dont il a estimé qu'aucune réévaluation n'était nécessaire, a apporté une réponse directe et a résolu le problème avec efficacité.
- ➔ Dans la mesure où ces 90,4% de personnes n'ont pas consulté à nouveau un médecin, le diagnostic final retenu était considéré comme identique au diagnostic initial suspecté par SOS Médecins. La pertinence clinico-diagnostic est de 91,7%.
- ➔ Dans 96,8% des cas, aucune hospitalisation n'a été nécessaire. Ce pourcentage correspond également au pourcentage des personnes qui feraient à nouveau appel au médecin de garde.

Par déduction que dans seulement 3,2% des cas, les personnes interrogées ont jugé que le médecin de garde aurait du améliorer ou modifier sa prise en charge médicale. Cette remarque n'a pas d'impact sur la satisfaction des patients.

Une enquête coordonnée par le professeur de Santé Publique Philippe Michel a recensé les «événements indésirables associés aux soins» (EIAS)(20). Il existerait 3,5% d'erreurs médicales en France, chiffre équivalent aux autres pays voisins de l'Union Européenne. Le chiffre quasi-similaire de 3,2% révélé dans mon étude et pouvant être considéré comme erreur médicale, est un paramètre qui ne peut être difficilement éradiqué puisque l'évaluation de l'état de santé des patients en PDSA est clinique et paraclinique. De fait, on peut donc considérer que la présence du médecin généraliste au chevet du patient permet une bonne orientation clinique.

III.3.3 Conclusion de l'étude qualitative

Nous pouvons considérer, compte tenu des résultats obtenus lors de mon enquête sur cet échantillon de 300 patients interrogés, que le médecin généraliste présent dans le cadre de la PDSA est indispensable dans l'agglomération toulonnaise. En effet, les notes révélées sur la prestation de la consultation révèlent bien la satisfaction des patients. La spécificité relationnelle du médecin généraliste et la réponse rapide et efficace qu'il donne en sont les atouts principaux. Par ailleurs, il est à noter une nette préférence pour les patients d'attendre hors de la structure hospitalière.

D'un point de vue professionnel, les chiffres découverts ont montré que le médecin généraliste en PDSA a un rôle important dans la régulation des urgences. De fait, si les consultations en PDSA venaient encore à s'amenuiser voire à disparaître, le système des urgences hospitalières en pâtirait par le flux important de patients qu'il devrait gérer. Il a été démontré qu'une partie des pathologies ne méritaient pas d'hospitalisation. Le rôle du médecin de garde est de diriger chaque patient vers la structure la plus adaptée selon le cas ou de le maintenir au domicile dans la majorité des cas.

L'étude a tout de même établi qu'une part d'erreur était présente sur l'orientation des patients mais que celle-ci était moindre et légèrement en-deçà de la moyenne nationale des médecins généralistes.(23)

De façon quasi unanime, les patients affirment qu'ils feraient à nouveau appel au médecin généraliste de garde.

Cependant, il est important de rappeler que notre étude se base sur une liste de patients qui ont fait appel à la PDSA. Mais alors, il serait intéressant de se demander si les patients présents aux urgences connaissent l'existence de la PDSA et de la régulation.

III.4 Informations des patients de l'existence de la PDSA

Lors de mes gardes pendant mon stage d'interne, j'ai décidé d'effectuer un sondage qui me permettrait de répondre à l'interrogation soulevée précédemment. A la fin de chaque consultation, j'ai posé la question suivante :

« Êtes-vous au courant de l'existence de la PDSA et de la régulation qui permet soit par l'intermédiaire d'un médecin régulateur téléphonique, soit par un médecin effecteur, une orientation de prise en charge adaptée ?

Une réponse par oui ou non était attendue.

86 patients ont été inclus, 67 patients n'étaient pas informés de l'existence de la régulation et de la PDSA à savoir 77,9%.

Ce résultat confirme qu'il existe un véritable manque d'informations de la population sur le mécanisme d'orientation des patients et de ce fait, ceci expliquerait notamment la raison pour laquelle les patients s'orientent directement vers les urgences alors que le cas ne le nécessite pas forcément.

IV DISCUSSION

IV.1 Analyse des biais

IV.1.1 Biais de sélection

Mon étude porte sur le territoire du Var, population dense de plus d'un million d'habitants, les besoins médicaux y sont continus et intenses.

Les résultats obtenus dans cette thèse ne sont pas généralisables au niveau national dans la mesure où chaque département a une situation démographique différente et par conséquent des besoins médicaux différents.

Par exemple, selon le rapport de la cour des comptes (10)dans le secteur du Grand Lucé, dans la Sarthe, où durant toute l'année 2009, il n'y a eu que 10 actes en «nuit profonde » (2 consultations et 8 visites), les coûts qui en résultent pour l'assurance maladie se sont élevés à 3 723 € par consultation et 3 727 € par visite. Les dépenses sont très supérieures à celles qui auraient été occasionnées par le passage aux urgences, même en prenant en compte le coût d'un transport sanitaire. Mon étude, qui conclut en faveur de la conservation du médecin généraliste en PDSA, ne peut pas parvenir à la même conclusion dans le secteur évoqué ici. En effet, même si cela apporte un service médical non négligeable, la conservation de la PDSA engage trop de frais en nuit profonde.

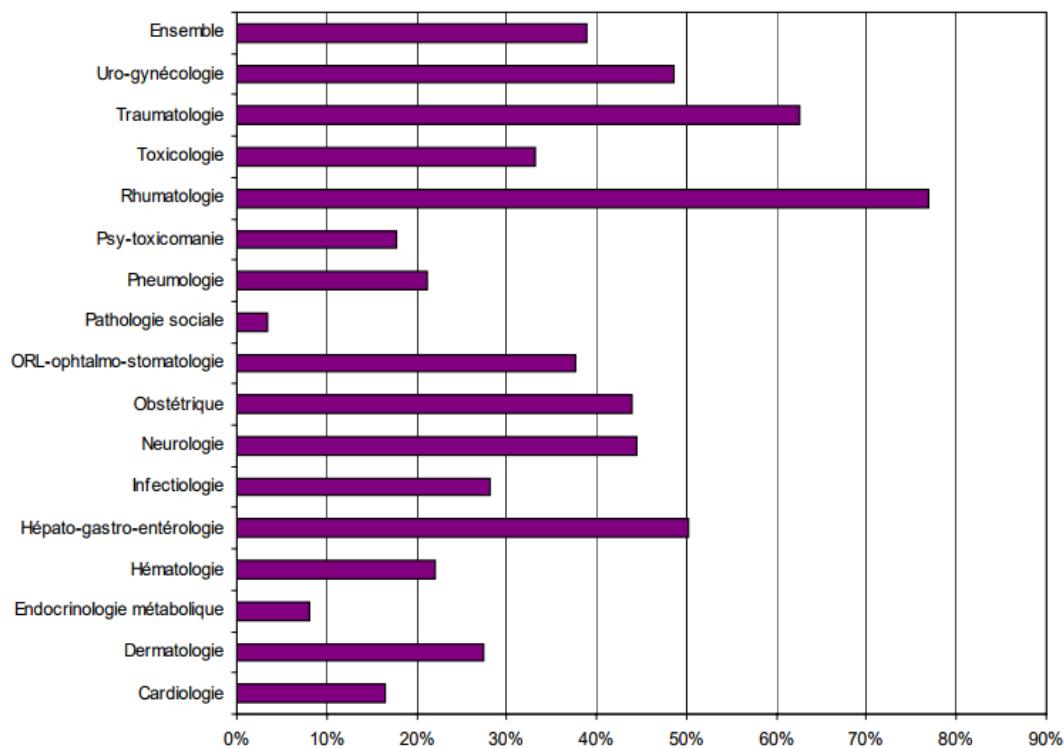
Mon étude porte sur trois pathologies considérées comme urgentes. D'une part en raison de la douleur ressentie par les patients mais aussi par le caractère incertain des conséquences plus ou moins graves en cas de retard diagnostic. Pourtant, ces pathologies ne sont pas les seules à présenter un caractère urgent.

Selon l'enquête 94 de la DRESS datant d'avril 2006 intitulée « *Les urgences en médecine générale* »(24), il existerait 16 motifs considérés comme urgents dus à la douleur engendrée par la pathologie. Il s'agit d'une enquête sur des recours aux soins non programmés pris en charge par la médecine générale de ville . Pendant

une semaine d'octobre 2004, 1304 médecins généralistes exerçant dans un cabinet et 94 médecins pratiquant au sein d'une association d'urgentistes (SOS Médecins, Urgences médicales de Paris) ont renseigné un questionnaire pour chaque séance urgente ou non programmée, la collaboration de ces professionnels de santé ayant permis d'étudier un échantillon de 17 254 séances .

Il est donc décrit qu'une douleur à soulager est signalée dans 40 % des cas. Près de 2 patients sur 5 se plaignent d'une douleur qu'il faut soulager rapidement. Ce cas est particulièrement fréquent lorsque le diagnostic relève de la rhumatologie, de la traumatologie ou de l'hépato-gastro-entérologie, pour lesquelles la douleur est signalée par le médecin dans 50 à 77 % des cas. En revanche, lorsque le recours concerne la pathologie sociale et médico-légale, l'uro-gynécologie ou l'endocrinologie métabolique, la douleur est citée comme motif de recours dans moins d'un cas sur dix (graphique 18).

Graphique 18 : Proportion de recours douloureux selon le diagnostic principal



Source : Enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (Drees, 2004).

Dans ce même rapport, il est également indiqué que les diagnostics principaux le plus souvent établis par les généralistes travaillant au sein d'une association d'urgentistes relèvent d'abord des maladies infectieuses (20%), suivies de l'otorhino-pharyngologie, de l'ophtalmologie et de la stomatologie (18%), puis de l'hépatogastro-entérologie (16%) (tableau ci après). Sont citées moins d'une fois sur dix la pneumologie (7%), la rhumatologie (7%, avec une grande majorité de patients âgés de plus de 25 ans) et la cardiologie (7%). Les diagnostics relevant d'autres types de pathologies sont signalés lors de moins de 5 % des recours.

Tableau 6 : Répartition des recours selon le diagnostic principal et l'âge des patients, pris en charge par une association d'urgentistes, en cabinet ou en hôpital

	Médecin généraliste exerçant en cabinet						Urgentiste						Ensemble Urgences à l'hôpital
	- 12 ans	13-24 ans	25-44 ans	45-69 ans	+ 70 ans	Ens.	- 12 ans	13-24 ans	25-44 ans	45-69 ans	+ 70 ans	Ens.	
Cardiovasculaire	0,6	2,7	3,0	11,6	22,2	7,8	0,2	0,9	4,4	11,3	21,8	6,6	7,0
Dermatologie	3,4	2,3	1,7	2,7	2,3	2,5	2,0	1,8	1,2	2,5	0,8	1,7	5,0
Endocrinologie métabolique	0,2	1,0	0,5	2,8	3,2	1,5	0,1	0,6	0,6	0,9	0,8	0,5	8,0
Hématologie	0,1	0,1	0,3	0,5	0,7	0,4	0,0	0,0	0,4	0,1	1,9	0,4	3,0
Hépato-gastro-entérologie	10,2	13,0	10,1	9,6	9,9	10,3	16,1	21,1	18,2	14,6	12,2	16,2	45,0
Infectiologie	38,5	23,6	19,4	15,5	11,5	21,8	29,8	21,9	15,6	9,8	17,7	20,1	5,0
Neurologie	0,5	2,1	2,7	3,0	4,9	2,6	1,0	3,3	7,7	5,3	5,2	4,4	4,0
Obstétrique	0,3	1,7	1,6	0,1	0,1	0,7	0,1	0,9	1,0	0,1	0,0	0,4	5,0
ORL, OPH, stomatologie	28,9	18,0	16,8	10,1	5,4	16,0	33,1	18,0	15,0	8,4	3,0	18,2	3,0
Pathologie sociale et médico-légale	0,4	2,1	0,9	1,0	0,4	0,9	0,2	0,0	0,9	0,2	0,9	0,5	4,0
Pneumologie	6,4	4,4	3,3	5,2	10,1	5,8	10,4	4,0	4,8	6,2	9,1	7,4	1,3
Psychiatrie, toxicomanie	0,8	5,6	10,6	7,6	6,2	6,4	0,6	6,8	6,0	6,4	4,2	4,1	0,7
Rhumatologie	1,3	4,1	12,5	16,8	10,3	9,7	0,4	4,5	9,8	15,4	8,2	7,0	0,8
Toxicologie, agents physiques, allergies	0,7	0,3	0,7	0,5	0,5	0,6	1,8	1,6	1,2	2,8	0,4	1,6	
Traumatologie	6,8	14,6	11,2	9,3	8,4	9,7	3,2	10,5	5,2	8,0	8,6	6,0	2,0
Urologie, appareil génital	1,0	4,6	4,6	3,8	4,1	3,5	1,2	3,9	8,0	7,8	5,2	5,0	0,5

Sources : Enquêtes sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (Drees, 2004), sur les urgences hospitalières (Drees, 2002).

Lecture : une maladie infectieuse est diagnostiquée par un urgentiste de ville dans 29,8 % des séances qu'il effectue auprès des enfants de moins de 13 ans.

Ainsi, cette enquête montre bien que les conclusions de mon étude peuvent s'étendre à toutes les pathologies citées ci-dessus puisqu'elles correspondent à la fois à des consultations de PDSA et celles rencontrées également aux urgences hospitalières.

IV.1.2 Biais de confusion

La note au dossier du patient doit être rédigée au cours de la consultation ou immédiatement après. En effet, le délai de consignation doit être réduit au minimum. L'information doit être consignée lorsqu'elle est fraîche à l'esprit et que la mémoire est encore fidèle. Pourtant, dans le cadre de consultations chez SOS Médecins, la liste d'appel est souvent saturée, ce qui implique une pression pour le médecin qui tente d'enchaîner les consultations au maximum afin de répondre le plus rapidement aux besoins. De ce fait, certains dossiers peuvent présenter des anomalies dans les notes. Cela a été révélé dans notre étude puisque sur les 983 dossiers qui ont été analysés dans la première partie, seulement 681 dossiers ont été retenus car 302 dossiers n'étaient pas remplis de façon conforme. Soit 30,7% de dossiers présentaient un défaut de lisibilité, de classement selon la pathologie ou un diagnostic évasif.

IV.1.3 Biais de déclaration

L'étude qualitative est basée sur un recueil téléphonique, les facteurs recueillis sont à l'appréciation du patient, il va donc de soi qu'il s'agit de données subjectives. Il est à noter que celles-ci peuvent parfois être reçues dans un contexte peu propice à la bonne écoute (locuteur pressé, occupé par ce qu'il était en train de faire, bruits de fond etc). De plus, en raison du laps de temps entre la consultation et l'appel téléphonique, il en découlera parfois des réponses confuses et approximatives.

IV.2 L'information du patient, un prérequis

Selon la thèse sur le «Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre» (25) *70% des patients admettent s'être présentés aux urgences sans avis médical, soit parce qu'ils ignoraient qu'il existait un système de régulation soit parce qu'ils pensaient que c'était une nécessité.* Cette thèse est en accord avec notre conclusion concernant le manque d'informations de la population sur les différents services de soins hors heures ouvrées. Cette analyse vient renforcer le fait qu'il devient essentiel de travailler la diffusion d'informations voire de rendre obligatoire un avis médical, rôle primordial, du médecin généraliste de garde.

IV.3 La Cour des Comptes en faveur d'une meilleure gestion de la PDSA

Comme chaque année, la cour des comptes établit des rapports avec le bilan financier de la PDSA. Nous pouvons y constater que son coût n'a cessé d'augmenter pour atteindre 393,5 millions d'euros en 2011. A cela s'ajoute les dépenses en pharmacie de garde et les transports sanitaires qui n'ont fait que s'accroître également.(10)

Le rapport explique que les augmentations de dépenses ont commencé par la mise en place d'un forfait d'astreinte des médecins de garde et la mise en place de majorations pour les actes réalisés pendant ces horaires de PDSA.

De plus, la cour des comptes explique que les besoins en santé sur le territoire ne sont pas identiques, et que la rémunération par forfait des médecins devient coûteuse dans ces secteurs par rapport à une demande faible. Il en résulte qu'il vaut mieux pour des cas isolés, que les patients se présentent aux urgences plutôt que de maintenir un tour de garde de médecins libéraux.

Enfin, elle met en cause la présence d'associations type SOS Médecins pour lesquelles le nombre d'actes par heure de PDSA est augmenté dans les secteurs où elles sont présentes. En effet, sur des communes équivalentes en nombres d'habitants, la dépense par habitant est plus que doublée dans celles où sont présentes SOS Médecins par rapport à des communes où il n'y en a pas.

Cependant, ce rapport ne rend pas compte des consultations qui devraient être assurées par un médecin généraliste mais qui sont assurées par défaut par les urgences. En effet, Il est mentionné qu'il est impossible de chiffrer le coût des urgences et seul le coût moyen de la consultation aux urgences est donné, il correspond à 190€ .

SOS Médecins apporte un service en PDSA mais également aux heures ouvrées où la visite est facturée 35€ comme chez le médecin généraliste en cabinet en visite à domicile (pour rappel :71€ en viste de PDSA le soir et 84,50€ la nuit). La tendance actuelle des cabinets de ville tend vers un appauvrissement des visites à domicile (départs en retraite de médecins non remplacés, réduction du rythme de travail et/ou arrêt des visites suite à des problèmes de santé des médecin

généralistes) et SOS Médecins apporte une compensation considérable à ce phénomène notamment pour toutes les personnes dépendantes ou celles qui ne peuvent pas se déplacer ponctuellement.

De plus, si le nombre de consultations est davantage élevé dans les communes comprenant des associations de PDSA, c'est aussi parce que c'est un service supplémentaire apporté à la population. Dans des communes comme Toulon où la demande est importante, il semble important de la conserver car ce sont la plupart du temps des consultations où les patients ont une demande, une inquiétude particulière et ce sont des patients qui seraient allés aux urgences. Il peut effectivement y avoir des abus mais ceux-ci se répercuteraient dans toutes structures qu'elles soient hospitalières ou libérales.

La cour des compte a mis en avant une incohérence entre l'offre et la demande de certains territoires. En effet, comme nous l'avons vu précédemment dans certains territoires en nuit profonde, seuls 10 actes avaient été faits sur l'année. Ceci montre bien que la gestion des lignes de garde selon le secteur doit être une priorité. Ceci a déjà été amélioré à ce jour par la suppression des lignes de garde suivant les territoires et les chiffres commencent à se stabiliser au niveau national notamment en privilégiant le transport sanitaire dans certains territoires.

Dans tous les cas, si l'on prend en compte une consultation individuelle en nuit profonde par le médecin généraliste en PDSA, le prix de la consultation est moindre puisqu'il est de 84,50€ en visite à domicile et de 72,50€ en MMG. C'est pour cela qu'il serait vraiment avantageux de développer soit la télémédecine, soit des MMG accolées aux urgences. Ce dernier système qui existe déjà, est en concurrence à l'heure actuelle avec les urgences. En effet, ces dernières étant rémunérées à l'acte, il est plus avantageux pour le service hospitalier de ne pas déléguer aux médecins généralistes. De ce fait, les patients qui se présenteraient aux urgences ne sont pas ou peu informés qu'une consultation en MMG est possible. Ce fut le cas à Aix en Provence au cours de l'année 2017, du fait de la faible activité de la MMG tenue par les médecins de SOS Médecins, ces derniers ont décidé de ne plus y assurer les consultations par manque de rentabilité.

En ce sens, face à cette pression financière, il serait intéressant de scinder le budget des urgences de celui du reste de l'hôpital et leur allouer un budget spécifique afin que ce service reprenne le rôle essentiel de ce pourquoi il a été créé à savoir pratiquer des urgences à caractère vital. Ainsi, en rendant obligatoire la consultation soit au domicile, soit dans la MMG, la surcharge des urgences en serait certainement réduite.

IV.4 *La vision du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)* **(26)**

Le recours massif aux hospitalisations ponctuelles est une particularité du système de santé français. Leur nombre croissant traduit un système de santé axé sur une prise en charge hospitalière, un déficit des prises en charge alternatives à l'hospitalisation, et posent la question des déserts médicaux. Le coût des hospitalisations ponctuelles est le premier poste de dépenses de l'Assurance maladie (31 milliards de dépenses, avec une progression de 2,4 % pour la période 2012-2015). La réduction des hospitalisations ponctuelles doit être un objectif d'une réorganisation du système de santé selon l'ARS.

Devant une offre de soins mal répartie, d'importantes inégalités sociales dans le recours aux soins, une organisation de l'offre de soins déséquilibrée (hôpital prégnant sur soins de ville) et le manque de coordination, le HCSP a émis des objectifs afin de réorienter l'offre de soins vers les soins de ville (6,3 consultations par an par patient en médecine de ville en France comparé à 7,5 pour les 15 premiers pays de l'Union Européenne) :

- Renforcer et structurer les soins de ville, dans leurs composantes de soins primaires, mais également de soins médicaux spécialisés
- Les établissements sont appelés à se concentrer sur leur mission de recours spécialisé
- Dès l'enfance, accompagner la mise en place du parcours éducatif de santé : le parcours éducatif de santé est une excellente opportunité pour articuler les enseignements et la promotion de la santé. L'objectif est de développer une véritable culture de santé dans tous les programmes d'enseignement (littérature en santé).

Les ARS ont pour objectif de respecter ces recommandations nationales et de les adapter à leur territoire.

Il y a une intention de privilégier le recours aux soins de ville et de laisser l'hôpital à

un recours spécialisé. Le but est d'éduquer la population en partant de l'enfance afin que la consultation aux urgences ne soit plus un automatisme mais que le recours aux soins de ville soit une évidence plutôt qu'une obligation.

Ainsi, l'idée dégagée dans cette thèse, d'une campagne d'informations pour «éduquer» la population est en corrélation avec la vision pour les années à venir du HCSP.

V CONCLUSION

Nous montrons bien dans notre étude concernant le département du Var, que le maintien du généraliste en PDSA est indispensable.

Il participe de façon considérable à une régulation adaptée et il est un acteur fondamental de la réduction du taux d'hospitalisations. En effet, nous avons démontré qu'une grande partie des personnes reçues aux urgences pourrait être consultée en ambulatoire. De fait, 60% des passages aux urgences ne relèvent pas de l'urgence si l'on s'en réfère à la description académique du mot, à savoir des situations pathologiques dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés dans l'immédiat. Pour ces patients qui auraient donc pu consulter un médecin généraliste, des économies grâce à la différence de tarification auraient pu être réalisées. (27)

Même s'il est évident que le degré de gravité de certaines situations est plus important aux urgences, une grande partie des pathologies que l'on y retrouve devrait être traitée par le médecin généraliste. En effet, il semble que malgré des moyens moins développés qu'en hôpital, la consultation du médecin généraliste soit efficace et réduise considérablement l'hospitalisation en réglant le problème en ambulatoire avec des examens complémentaires en externe.

Outre son rôle de régulateur, le médecin généraliste en PDSA est important dans la complémentarité de la médecine générale en cabinet de ville aux heures ouvrées. Il assure le lien entre le patient et les spécialités médicales puisqu'il est en première ligne pour diriger le patient vers la structure adaptée pour sa pathologie ou pour des examens complémentaires et/ou spécialisés. Cette responsabilité, plus généralement assurée par le médecin traitant, est dans chaque cas mis en avant dans des situations considérées comme indispensables pour le patient qu'il s'agisse afin de soulager une douleur qui ne permet pas d'attendre, ou que le patient n'ait pas de médecin traitant (patient loin de son domicile ou ayant déménagé par exemple.)

De même, le médecin généraliste de garde assure au fil des appels le suivi du patient. Par la proximité que la visite à domicile engendre ou par l'intimité de la consultation en MMG par rapport à la structure hospitalière, le lien de confiance patient/médecin est privilégié comme l'indiquent les résultats de grande satisfaction

pour plus de 90 % des patients. Véritablement, les patients disent préférer un service ambulatoire plutôt que s'orienter vers l'hospitalisation. Le constat est similaire même chez les patients ayant été dirigés vers l'hôpital après consultation du médecin généraliste.

Les résultats ont permis également de rendre compte que même s'il y a eu hospitalisation après visite du médecin généraliste, les consultations n'en ont pas été pour autant inutiles, l'état du patient nécessitant cette double consultation.

Enfin, cette étude a mis en évidence une connaissance insuffisante sur la régulation et les différents modes de soins puisque 77,9% des patients ne savent pas qu'il existe un moyen de régulation qui permet d'éviter les passages aux urgences inutiles. Il a donc été suggéré l'idée d'un travail publicitaire sur l'information du patient à l'instar de celui déjà effectué sur les antibiotiques ou sur les 5 fruits et légumes à consommer par jour. Ainsi, comme le met en avant la politique de santé actuelle, le recours aux soins de ville et donc au médecin généraliste est à privilégier en éduquant les personnes dès l'enfance.

Il est évident que l'offre de soins en PDSA est à adapter au territoire et que d'un point de vue économique, il est difficile d'avoir pour tous la même offre de soins. Cependant il est important que tout le monde puisse avoir une structure de premier recours à moins de 15 minutes de chez soi et à moins de 30 minutes d'un service d'urgences (actuellement il reste encore une partie de la population qui est trop éloignée des soins de premier recours et à d'une structure hospitalière) (28).

Pour aller plus loin, devant ce nombre important de patients qui se présentent aux urgences de manière spontanée (29) nous pourrions considérer qu'une régulation par un médecin généraliste de garde ou un médecin régulateur pourrait être rendue obligatoire avant de consulter un urgentiste.

Ainsi, le rôle et la place du médecin généraliste au chevet du patient dans une structure de PDSA sont essentiels dans le fonctionnement de la Santé Publique. Outre le fait d'éviter pour le patient l'hospitalisation en le soulageant en ambulatoire, il en assure le suivi, s'attache à la répartition avec les autres soins médicaux et est un relais complémentaire des cabinets de ville, essentiel aux heures ouvrées pour la santé du patient. Etant un rouage indispensable de

l'organisation sanitaire, nous pouvons donc affirmer que sans médecin généraliste de garde dans une PDSA, les patients s'orienteraient davantage vers les structures hospitalières. Tout le système s'enraillerait alors rapidement entraînant une crise du système de santé français .

VI BIBLIOGRAPHIE

1. ARS PACA. « cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires de la région PACA » [Internet]. 2016 sept. Disponible sur:
https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017/04/cahier_des_chargesRegional_septembre_2016_PDSA.pdf
2. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE - « Article L6314-1. Code de la santé publique » 2018.
3. CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DU VAR . « Comment la permanence des soins est-elle organisée ? » [Internet]. [cité 18 mars 2017]. Disponible sur: <http://cdom83.fr/2016/01/20/comment-la-permanence-des-soins-est-elle-organisee/>
4. « Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins » - Article 1. 2010-809 juillet, 2010.
5. DRUAIS PL. « La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé » [Internet]. 2015 mars. Disponible sur:
http://www.apima.org/img_bronner/Rapport_Druais_20150306.pdf
6. CONSEIL DEPARTEMENTALE DE L'ORDRE DES MEDECINS 31. « Permanence des soins : médecins et PDS en pratique ». In 2012. Disponible sur:
<http://www.ordmed31.org>
7. ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. « Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2015 » [Internet]. france; 2016 p. 69. Disponible sur:
<https://www.conseil-national.medecin.fr>
8. ARS PACA. « la permanence des soins ambulatoires dans le var » [Internet]. Disponible sur: <http://amf83.fr>
9. ORDRE NATIONAL DES MEDECINS « La permanence des soins : Etat des lieux au 1er janvier 2015 » [Internet]. LOWE STRATEUS; 2015. Disponible sur:
<https://www.conseilsnational.medecin.fr/sites/default/files/cnominfographiepds2014.pdf>
10. COUR DES COMPTES. « La Permanence des soins » [Internet]. Paris; 2013 Disponible sur www.ccomptes.fr.
11. « Chiffres clés : Médecin généraliste » [Internet]. Spécialités : Profil Médecin. 2014 [cité 31 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-generaliste/>
12. « Numerus clausus dans l'admission aux études de santé françaises ». [Internet]. 2017 [cité 31 mai 2017]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/>
13. « Quelle est la densité médicale en France ? »- La protection de la santé Découverte des institutions - Repères - vie-publique.fr [Internet]. 2016 [cité 31 mai 2017]. Disponible sur: www.vie-publique.fr/dcouverte-institutions/protection-sociale/risque-

sante/professionnels-sante/quelle-est-densite-medicale-france.html

14. BESSIÈRE S. « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage ». 2005. (1):17-33.
15. DENOYEL-JAUMARD A, BOCHATON A. « Des pratiques et espaces médicaux en transformation : effet générationnel ou conséquence de la féminisation de la profession ? » revue francophone sur la Santé et les territoires; decembre 2015
16. « Pourquoi les déserts médicaux » [Internet]. Les 4 verites. 2012 [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.les4verites.com/economie-4v/pourquoi-les-deserts-medicaux>
17. DREES, BARLET M, MARBOT C. « les médecins combien sont ils? In: portrait des professionnels de sante » [Internet]. edition 2016. Avril2016. p. 160. (Panoramas de la DREES). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr>
18. BARANES D. « Freins à l'installation en cabinet ambulatoire des jeunes médecins généralistes en Ile de France » [Internet] [These pour le diplome d'état de docteur en medecine]. [paris]: Saint quentin en yvelines; 2016. Disponible sur: <http://www.thesesimg.fr>
19. CRISTOFARI. « Démographie médicale : généralistes en baisse, spécialistes en hausse » [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 18 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/545-demographie-medicale-generaliste-en-baisse-specialistes-en-hausse>
20. BLOY G. « Jeunes diplômés de médecine générale : devenir généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010) » [DREES Études et recherches]. 2011.
21. DREES, BARLET M, MARBOT C. « Les projections des effectifs de médecins. In: Portrait des professionnels de santé » [Internet]. édition 2016. 2016. p. 160. (Panoramas de la DREES). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche19-3.pdf>
22. VUAGNAT A. « les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? » In DRESS; 2013. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf
23. FREOUR P,« Erreurs médicales chez le généraliste : une question d'organisation » [Internet]. 2014 [cité 4 oct 2017]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/09/09/22763-erreurs-medicales-chez-generaliste-question-dorganisation>
24. GOUYON M. « les urgences en médecine générale. » In DREES; 2006. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat94.pdf>
25. MEUNIER L. « Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre ». 2009.

26. HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. « Avis relatif à la saisine du 17 mai 2017 sur la stratégie nationale de santé ». 2017.
27. CAROLE L. « Les urgences ne sont pas un service de «bobologie» ! » [Internet]. Le Figaro.fr. [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://plus.lefigaro.fr/note/les-urgences-ne-sont-pas-un-service-de-bobologie>
28. BROCAS AM. « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. » In DRESS; Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er764.pdf>
29. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE . « Les passages aux urgences de 1990 à 1998: une demande croissante de soins non programmés. » 2000. (Etudes et résultats). Report No.: N°72.

VII ANNEXES

Annexe 1

RECUEIL DONNÉES INFORMATIQUE

*Obligatoire

1. items *

Une seule réponse possible.

- Colique néphrétique *Passez à la question 2.*
- Pleurs excessifs aigus de l'enfant *Passez à la question 3.*
- Céphalées febriles aigues *Passez à la question 4.*

CN

2. diagnostic suspecté *

Une seule réponse possible.

- CN
- pyelonephrite/cystite
- lombalgie
- Autre : _____

Passez à la question 5.

PLEURS

3. Diagnostic suspecté *

Une seule réponse possible.

- traumatisme
- oesophagite et RGO
- APLV
- constipation
- colique
- otite
- céphalée (htic , trauma)
- pyelonephrite
- hernie inguinale
- invagination intestinale aigue
- fièvre isolée
- ANGINE
- gea
- infection viral
- laryngite
- rhino pharyngite
- Autre : _____

cephalées

4. diagnostic suspecté *

Une seule réponse possible.

- insolation
- syndrome grippal
- otite
- rhinopharyngite
- sinusite
- gastro enterite
- migraine
- pneumopathie/ bronchite
- meningite
- HTIC
- fièvre isolée
- ANGINE
- Autre : _____

Passez à la question 5.

générale

5. sexe *

Une seule réponse possible.

- homme
- femme

6. tranches d'âges *

Une seule réponse possible.

- 0-2 ans
- 3-18 ans
- 19-30 ans
- 31-50 ans
- 51-75 ans
- >75 ans

7. prise en charge? *

Une seule réponse possible.

- Hospitalisation (urgence ou service hospitalier direct)
- soins ambulatoires au domicile

8. prise en charge heures de PDSA.

Une seule réponse possible.

- Hospitalisation (urgence ou service hospitalier)
- soins ambulatoire au domicile

Annexe 2

hospitalisation consultation sos médecin hyeres colique néphrétique aout septembre 2016

1. hospitalisé toutes heures ouvrées?

Une seule réponse possible.

 oui non

2. hospitalisé heures PDSA?

Une seule réponse possible.

 oui non

3. vu aux urgences de hyeres?

Une seule réponse possible.

 oui non

4. hospitalisation de plus de 24H aux urgences de hyeres ou autre service médicale?

Une seule réponse possible.

 oui non

Annexe 3

hospitalisation urgences coliques néphrétique aout septembre 2016

*Obligatoire

1. hospitalisation tout heure ouvrées? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

2. hospitalisation heures PDSA?

Une seule réponse possible.

- oui
- non

Annexe 4

APPELS TÉLÉPHONIQUES

*Obligatoire

1. Quel est votre sexe? *

Une seule réponse possible.

- femme
 homme

2. quelle est votre tranche d'age? *

Une seule réponse possible.

- 0-2 ans
 3-18 ans
 19-30 ans
 31-50 ans
 51-75 ans
 >75 ans

3. Acceptez-vous (si mineur, les parents) que vos données médicales soient transmises de façon anonyme dans le but de réaliser une étude sur la permanence de soins et l'hospitalisation? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

Après avoir répondu à la dernière question de cette section, cessez de remplir ce formulaire.

4. Etes vous satisfait de la consultation SOS médecin? A noter de 1 à 10 *

Une seule réponse possible.



5. quelle a été votre prise en charge après la consultation?

Une seule réponse possible.

- hospitalisation après consultation sos medecin *Passez à la question 6.*
 traitement ambulatoire *Passez à la question 17.*

hospitalisation

6. un traitement antalgique a t il été donné par sos medecin *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

7. quelle a été votre durée d'hospitalisation *

Une seule réponse possible.

- <24H
 24-48H
 >48H

8. quels sont les types de soins données pendant l'hospitalisation? *

Plusieurs réponses possibles.

- symptomatiques (antalgie, transit..)
 traitements de fonds (opération, laser)
 surveillance

9. avez vous eu des examens complémentaires? si oui lesquels? *

Plusieurs réponses possibles.

- bilan biologique
 échographie
 radiographie
 scanner ou irm
 ECBU
 ponction lombaire
 aucun

10. avez-vous du consulter votre médecin traitant après l'hospitalisation? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

11. le diagnostic de sortie correspondait il au diagnostic suspecté par sos medecin ? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

12. quel est le diagnostic final retenu? *

Une seule réponse possible.

- Colique néphrétique
- constipation
- pyelonephrite/cystite
- otite
- hernie inguinale
- traumatisme
- céphalée
- invagination intestinale aigue
- APLV
- oesophagite ET RGO
- colique du nourrisson
- grippe
- sinusite
- meninge
- gastro enterite
- migraine
- rhinopharyngite
- pneumopathie/bronchite
- HTIC
- insolation
- infection virale
- angine
- balanite
- scarlatine
- lumbago
- hernie
- aphes buccaux
- laryngite
- pancreatite
- torsion kyste
- diverticulite
- fièvre isolée
- Autre : _____

13. item concerné *

Une seule réponse possible.

- colique néphrétique
 pleurs excessifs aigus de l'enfant
 céphalées fébriles aigues
 Autre : _____

14. l'hospitalisation vous a-t-elle semblé nécessaire ? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

15. si la situation devait se reproduire, feriez vous appel à un médecin en ville ou en PDS ou iriez vous directement aux urgences? *

Une seule réponse possible.

- ville
 urgences

16. commentaires

Arrêtez de remplir ce formulaire.

soins ambulatoire

17. Le médecin vous a-t-il donné un traitement antalgique au moment de la consultation? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

18. avez vous eu un traitement prescrit à aller prendre en pharmacie? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

19. avez vous eu des examens complémentaires prescrit? si oui lesquels? *

Plusieurs réponses possibles.

- bilan biologique
- echographie
- radio
- scanner ou irm
- ECBU
- ponction lombaire
- aucun

20. avez vous suivi toutes les prescriptions (observance)? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

21. le médecin de sos vous a-t-il demandé une réévaluation par le medecin traitant ou medecin en PDS? *

Une seule réponse possible.

- oui *Passez à la question 30.*
- non *Passez à la question 22.*

pas de réévaluation

22. le traitement a-t-il été efficace? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

23. avez vous eu la nécessite de consulter de nouveau ? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

24. avez vous été hospitalisé par la suite et quel délai? *

Une seule réponse possible.

- hospitalisation dans les 48h suivant la consultation sos medecin
- hospitalisation dans la semaine suivant la consultation sos medecin
- hospitalisation dans le mois suivant la consultation sos medecin
- hospitalisation > 1 mois
- pas d'hospitalisation

25. le diagnostic final avec les examens complémentaires faits correspondait il au diagnostic initial? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

27. item concerné *

Une seule réponse possible.

- colique néphrétique
 pleurs excessifs aigus du nourrisson
 céphalées febriles aigues
 Autre : _____

28. si la situation devait se reproduire, feriez vous appel à un médecin en ville ou en PDS ou iriez vous directement aux urgences? *

Une seule réponse possible.

- ville
 urgences

29. commentaires

Arrêtez de remplir ce formulaire.

demande de réévaluation

30. le temps entre les deux consultations a-t-il nécessité une hospitalisation? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

31. avez vous consulté de nouveau selon les recommandations du médecin? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

32. le deuxième avis médical a-t-il conforté le premier? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

33. le traitement et le suivi ont-ils été efficace? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

26. quel est le diagnostic final retenu? *

Une seule réponse possible.

- CN
- constipation
- pyelonephrite
- otite
- hernie inguinale
- traumatisme
- céphalée
- invagination intestinale aigue
- APLV
- oesophagite ET RGO
- colique du nourrisson
- syndrome grippal
- sinusite
- meningite
- gastro enterite
- migraine
- rhinopharyngite
- pneumopathie/bronchite
- HTIC
- insolation
- infection virale
- angine
- balanite
- scarlatine
- hernie
- aphtes buccaux
- laryngite
- pancreatite
- torsion de kyste
- diverticulite
- lumbago
- fièvre isolée
- Autre : _____

34. **à la suite du traitement et du deuxième avis médical, avez vous été hospitalisé?**

Une seule réponse possible.

- oui
- non

35. **avez vous été hospitalisé par la suite et quel délai? ***

Une seule réponse possible.

- hospitalisation dans les 48h suivant la consultation sos medecin
- hospitalisation dans la semaine suivant la consultation sos medecin
- hospitalisation dans le mois suivant la consultation sos medecin
- hospitalisation > 1 mois
- pas d'hospitalisation

36. **le diagnostic final avec les examens complémentaires faits correspondait il au diagnostic initial? ***

Une seule réponse possible.

- oui
- non

37. quel est le diagnostic final retenu *

Une seule réponse possible.

CN

constipation

pyelonephrite

otite

hernie inguinale

traumatisme

céphalée

invagination intestinale aigue

APLV

oesophagite ET RGO

colique du nourrisson

syndrome grippal

sinusite

meningite

gastro enterite

migraine

rhinopharyngite

pneumopathie/bronchite

htic

insolation

infection virale

angine

balanite

scarlatine

hernie

aphtes buccaux

laryngite

pancréatite

torsion de kyste

diverticulite

lumbago

fièvre isolée

Autre : _____

38. item concerné *

Une seule réponse possible.

- colique néphrétique
- pleurs excessifs aigus de l'enfant
- céphalées fébriles aigues
- Autre : _____

39. si la situation devait se reproduire, feriez vous appel à un médecin en ville ou en PDS ou iriez vous directement aux urgences? *

Une seule réponse possible.

- ville
- urgences

40. commentaires

Annexe 5

Fiche d'intervention: Document confidentiel - Secret Médical					
Patient					
Date	02/04/2016 09:28	N° fiche	2016.049.793		
Nom	B		H 10 a	Né(e) le: 25/10/2005	
Tél appelant	0				
Tél patient	0				
Adresse					
Adresse	[REDACTED]			Valette du Var	
Batiment	Residence				
Escalier	Entrée	C	Etage	1	
Porte	DRTE	Digicod	2246A	Interphone	BARDIN
Compl adresse	RES LA POMMERAIE C				
Détail					
Association	SOS TPM	Type	Visite		
Provenance	Particulier	Urgence	3		
Appel régulé?	<input checked="" type="checkbox"/>				
Motif 1	Céphalées	Motif 2	Fièvre>40°C		
Motif 3	Otalgie	Motif 4			
Compl motif	Dep ce matin les deux oreilles				
Com dispatch					
Com médecin					
Chronologie de l'appel					
Appel pris par	[REDACTED]			Appel régulé [REDACTED]	
Date attribution	02/04/2016 12:07	Date trans.	02/04/2016 12:08		
Date acquitte	02/04/2016 12:11	Date en route	02/04/2016 12:11		
Date sur place	02/04/2016 12:52	Date fin d' appel	02/04/2016 13:15		
Intervention					
Appel effectué par	[REDACTED] par [REDACTED]				
Diag1	Angine aigüe	Diag 2			
Diag 3	Diag 4				
Compl					
Devenir	Laissé sur place				
Cond particulière					
Annulation	Compl annulation				
Heure appel amb.	Délai donné				

Édité le 06/10/2016 à 12:00

