

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2019

N° 2019-257

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Marion DUPUIS

Née le 02/07/1991 à Lesquin

Présentée et soutenue publiquement le 10/12/2019

Évaluation de la satisfaction des patients réorientés de l'accueil des urgences de l'hôpital de La Roche-sur-Yon vers la régulation téléphonique de la permanence des soins ambulatoires

Président : Monsieur le Professeur Rémy Senand

Directeur de thèse : Docteur Aurélie Begaudeau-Chauvet

Composition du jury

Président : Monsieur le Professeur Rémy Senand

Directeur de thèse : Docteur Aurélie Begaudeau-Chauvet

Membres : - Monsieur le Professeur Philippe Leconte

- Monsieur le Professeur Cyrille Vartanian

- Docteur Philippe Fradin

Remerciements

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Rémy Senand, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous en remercie et soyez assuré de toute ma considération.

Monsieur le Professeur Philippe Le comte, Vous me faites l'honneur de juger ce travail, je vous en remercie et soyez assuré de ma profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Cyrille Vartanian, vous me faites l'honneur de juger cette thèse, veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma sincère reconnaissance.

Docteur Philippe Fradin, vous me faites l'honneur de juger ce travail, je vous en remercie et ne retiendrai que des éléments positifs de mes stages passés dans votre service. J'y ai appris la rigueur, j'ai également apprécié de travailler au sein de votre équipe.

Aurélie, merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse, d'avoir donné de ton temps pour m'encadrer et me conseiller tout au long de mon travail, je t'en suis très reconnaissante.

A ma famille.

Papa, Maman, si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous, je ne vous remercierai jamais assez pour le soutien que vous m'avez apporté pendant toutes ces années. Merci de m'avoir portée, rassurée, encouragée, merci de m'avoir fait grandir.

Mamidou, merci d'être la meilleure Mamie au monde, d'être aussi attentionnée et aimante. Que je suis fière d'avoir une Mamie comme toi. Et « Haut les cœurs ! »

Sylvain, mon petit Frère, je ne sais pas si tu liras ces lignes, mais sache que je t'aime et que tu me manques.

Mon Papidou et Papi André, je suis sûre que vous auriez été ravis d'assister à l'accomplissement de mon travail, vous être dans mon cœur pour toujours.

Merci à l'ensemble de ma famille, il est tellement agréable de passer du temps avec vous tous !

A mes collègues et amis,

Merci à Patrice Pernollet, Chef Laterza, Hyacinthe et les toutes infirmières du 1^{ier} étage de Luçon de m'avoir laissé des souvenirs impérissables de ce passage dans le service. Par ce que l'imparfait et les boucles roses c'était la vie !

Merci à toute l'équipe des urgences et du SAMU de La Roche sur Yon pour ces 2 semestres riches en émotions. Travailler avec vous fut un réel plaisir ! Merci également aux secrétaires de l'ADOPS pour leur aide et leur réactivité et à mes co-internes de choc : Chloé, Pablo, Fata Fara, Pablo, Romain, Aurélie. Valou, merci pour ton coaching de vie et pour toutes tes reprises de garde qui m'ont sauvées. Nina, quelle joie de t'avoir rencontrée et de passer des si bons moments avec toi. Merci pour tes encouragements tout au long de ce travail !

Merci à l'ensemble de l'équipe de réa de La Roche et à mes co-internes de m'avoir appris à gérer la pose de KT d'une main de maître, j'ai passé un semestre au top grâce à vous tous et toutes. Caroline, j'ai eu la chance de rencontrer, tu es une personne adorable et pétillante. Fiona et Marie, ce fut un plaisir de passer 6 mois avec vous à Mazu.

Merci à toutes les médecins et les puéricultrices de la PMI de St Nazaire ainsi qu'à ma co-interne Héloïse de m'avoir permis de travailler une semaine sur 2 dans le monde des Bisounours loin du tumulte des urgences pédiatriques.

Loïc, merci de ton aide précieuse, de tes conseils, de ton implication dans cette thèse, du temps que tu as pris à la relire et à m'expliquer (non sans difficulté) toutes les bases de la recherche clinique. Sans toi, cette thèse ne serait pas telle qu'elle est aujourd'hui.

A mes amis,

Anne-Sophie, merci d'être toujours là dans les bons ou les mauvais moments, merci pour tes conseils avisés que je suis à la lettre (toujours) et surtout pour ton décroché inimitable !

Mathilde, merci pour ta gentillesse, ta capacité de réassurance hors norme, j'ai de la chance de te compter parmi mes amis chers.

Victoire, merci pour ton amitié et ta bonne humeur permanente. Quel bonheur de se retrouver à 4 dès que cela est possible. #CDR.

Merci à Marie, que de bons souvenirs passés ensemble à faire du vélo (ou plutôt à faire plein d'autres choses que du vélo !). Gregory, Thank you for making me laugh and making me do crazy things every time we spend together. Gaël, quelle joie de voir que même 10 ans après, notre complicité est toujours intact ! Yannick, merci de ton soutien par la pensée.

Merci à toute la famille des 4 jours de Dunkerque et notamment à Cathy, Jean-Marie, Hervé, Thierry, Philippe, Mickaël et Domi. Vous avez été ma raison de poursuivre ces études dans les moments de doutes et de difficultés. Cathy et Jean-Marie, merci pour vos messages d'encouragement, votre présence aujourd'hui me fait chaud au cœur.

Merci au Noyau Dur, Tifenn, Anne-Aïs, Cyril, Johann et Antoine de m'avoir permis de passer une semaine inoubliable dans les Pyrénées. Je crois que le coup de foudre amical existe et il s'est concrétisé avec vous. Un merci très spécial à toi Cyril également pour ton soutien sans faille pendant les derniers jours de rédaction !

Comment finir sans écrire quelques mots pour mes coloc's chéris. Erwan et Fiona, Anthony, Rassou, Florian Le Petit, Amélie, Marion, Ophélio, merci pour toutes vos petites attentions (culinaires +), merci de votre soutien. Pour l'amour des Kinder Surprise et des M&M's Crispy.

Merci à tous ceux qui ont fait le déplacement pour assister à ma soutenance, vous m'en voyez ravie et comblée.

Sommaire

1. INTRODUCTION.....	9
2. ETAT DES LIEUX	11
2.1. La permanence des soins ambulatoires.....	11
2.2. La Maison médicale de garde de La Roche-sur-Yon	16
2.3. L'hôpital de La Roche sur Yon et son service d'urgences	17
2.4. Le protocole de réorientation.....	19
3. METHODE	20
3.1. Objectif principal.....	20
3.2. Objectifs secondaires	20
3.3. Type d'étude	20
3.4. Durée de l'étude.....	21
3.5. Population d'étude	21
3.6. Élaboration de notre questionnaire de satisfaction	22
3.7. Déroulement de l'enquête et mode de recueil des données.....	27
3.8. Analyse des données.....	28
3.9. Aspect éthique	28
4. RESULTATS	29
4.1. Description de la population.....	29
4.2. Objectif principal.....	39
4.3. Objectifs secondaires	40
5. DISCUSSION	53
5.1. Satisfaction des patients.....	53
5.2. Compréhension de la réorientation vers un appel téléphonique	56
5.3. Comportement des patients et améliorations futures possibles vis-à-vis de la présentation aux urgences.....	57
5.4. Sécurité du protocole	62
5.5. Respect du protocole de réorientation	64
5.6. Limites de l'étude	67
6. CONCLUSION	68

7. Bibliographie.....	69
8. Annexes.....	73
8.1. Annexe 1 : Plages horaires de régulation en fonction des jours.....	73
8.2. Annexe 2 : Carte des secteurs de permanence des soins en Vendée.....	74
8.3. Annexe 3 : Classification CIMU.....	76
8.4. Annexe 4 : Classification CCMU.....	77
8.5. Annexe 5 : protocole de réorientation.....	78
8.6. Annexe 6 : Questionnaire d'appel patient et fiche d'information patient.....	83
8.7. Annexe 7 : Extraits de réponses aux questions ouvertes triées selon les thèmes présentés dans le tableau VIII.....	86
8.8. Annexe 8 : Listes des figures.....	92
8.9. Annexe 9 : Listes des tableaux.....	94
8.10. Annexe 10 : Liste des sigles employés par ordre alphabétique.....	95

1. INTRODUCTION

Les patients ressentent parfois le besoin de consulter un médecin en dehors des horaires d'ouverture habituels des cabinets médicaux. La permanence des soins en médecine générale a été mise en place pour répondre à cette demande. Elle permet aux patients d'obtenir un conseil médical ou une consultation auprès d'un médecin généraliste de garde après une régulation téléphonique (1). Cette régulation est joignable en Vendée en composant le 116 117. Malgré tout, un certain nombre de patients se présentent spontanément aux urgences pour des problématiques de médecine générale. Même si leurs consultations ne semblent ni retarder la prise en charge des patients plus graves ni participer réellement à l'engorgement des urgences, ces patients n'ont pas leur place dans ces services (2) (3).

Des coopérations avec les médecins généralistes ont vu le jour pour pallier cette problématique en donnant une solution d'aval (4). Suite à l'ouverture de la maison médicale de garde de La-Roche-sur-Yon au sein des locaux du centre hospitalier départemental, les médecins urgentistes et généralistes ont entamé une réflexion sur les possibilités d'une collaboration entre le service des urgences et cette structure. Suite à celle-ci, c'est finalement une réorientation vers le médecin régulateur du 116 117, qui est mise en place le 25 juin 2018. Cette solution, soutenue par les médecins généralistes, est privilégiée à la réorientation directe vers la maison médicale. Elle permet de (i) réguler le flux de patients vers la maison médicale, (ii) donner un conseil médical téléphonique quand la consultation ne s'impose pas, (iii) éduquer la population pour qu'elle contacte directement le 116 117 dans le futur (vi) éviter leur présentation systématique aux urgences dans le seul but d'être orienté vers la maison médicale de garde.

Ce protocole est toutefois controversé. Les médecins du service des urgences considèrent cette régulation inutile, favorisant uniquement l'insatisfaction. Cette dernière serait due à l'attente téléphonique et l'incompréhension des patients face à la réorientation. Cet avis médical n'a toutefois pas été confronté à la réalité du ressenti des patients.

Or la satisfaction est un marqueur important dans l'évaluation de la qualité des soins ainsi que de l'observance et de l'acceptabilité de ceux-ci (5) (6). À notre connaissance, aucune étude de satisfaction de patients réorientés vers une permanence téléphonique n'a encore été effectuée. Plusieurs études portant sur des patients orientés vers une maison médicale de garde ou pris

en charge par un médecin généraliste au sein de la structure d'urgences ont montré une certaine satisfaction (7) (8) (9). Nous avons donc voulu analyser la satisfaction globale des patients face à cette procédure de réorientation vers une régulation téléphonique à 1 an du début de sa mise en place.

2. ETAT DES LIEUX

2.1. La permanence des soins ambulatoires

2.1.a. Définition

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est une mission de service public encadrée par le code de santé publique qui a pour objectif de répondre aux besoins de soins non programmés aux horaires de fermeture des cabinets libéraux (10) :

- tous les jours de 20 heures à 8 heures ;
- les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;
- en fonction des besoins de la population évalués (fonction de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante) : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié (11).

2.1.b. Organisation générale de la PDSA

Elle est organisée au niveau régional par les agences régionales de santé (ARS), instances publiques autonomes mettant en œuvre la politique régionale de santé. Les ARS éditent un cahier des charges revu au minimum tous les 3 ans (10). Il a pour but de définir les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins. Il fixe également le cadre de financement et de rémunération de cette mission ainsi que les modalités de communication, de suivi et d'évaluation de l'organisation et de son fonctionnement.

Au niveau départemental, l'ARS délègue aux associations de médecins, la mise en place de la PDSA afin de répondre au cahier des charges régional défini.

Ces associations se nomment ADOPS, (Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des soins des Médecins Libéraux). Elles sont responsables également de la gestion financière de l'enveloppe départementale.

En Vendée, l'ADOPS 85 est constituée d'un bureau de 6 médecins généralistes exerçant sur le département. Les médecins participants à la permanence des soins sur le territoire adhèrent à cette association.

La PDSA est réalisée par les médecins généralistes sur la base du volontariat, mais en cas de plage non pourvue, les médecins peuvent être réquisitionnés sur ordre du préfet (12).

Elle est organisée autour de 2 axes : la régulation et l'effecteur. L'accès au médecin de garde, encore appelé médecin effecteur, n'est possible qu'après une régulation téléphonique gérée par des médecins régulateurs (1).

2.1.c. Organisation de la PDSA en Vendée

• Régulation téléphonique

La régulation téléphonique couvre l'ensemble des horaires de la permanence des soins. Elle est accessible via le numéro gratuit du 116 117 mis en place depuis le 4 avril 2017 dans 3 régions pilotes (Loire-Atlantique, Normandie et Corse). La régulation est toujours joignable par l'ancien numéro de la garde des médecins au 02 51 44 55 66. (À savoir que le numéro 116 117 devait être généralisé à l'ensemble de la France, fin 2017, mais que cela n'est toujours pas acté à l'heure actuelle) (1).

Les médecins régulateurs travaillent dans les locaux du SAMU Centre 15 au sein du Centre Hospitalier Départemental Vendée, site de La Roche-sur-Yon, et partagent la salle de régulation avec les médecins urgentistes et les assistants de régulation médicale (ARM).

Les patients sont initialement évalués téléphoniquement par un ARM afin de recueillir leurs coordonnées et pour s'assurer que leur pathologie ne relève pas d'une régulation par un médecin urgentiste. L'appel est ensuite basculé vers un médecin régulateur généraliste. Les appels des patients reçus via le 15 relevant de la médecine générale après évaluation par l'ARM sont également basculés vers la régulation de médecine générale pendant les horaires de permanence de soins.

Le médecin évalue ensuite par téléphone la pathologie du patient et plusieurs possibilités s'offrent à lui : conseil médical téléphonique (encore appelé conseil médical simple), prescription médicale téléphonique, orientation vers un médecin de garde, visite d'un médecin généraliste à domicile, orientation vers les urgences par ses propres moyens ou avec une ambulance.

Le planning est organisé pour qu'il y ait toujours entre 2 et 4 régulateurs sur chaque plage horaire (voir annexe 1).

• **Effectation médicale fixe**

Pour l'effectation fixe, le département est séparé en secteurs dont les limites sont arrêtées par le directeur général de l'ARS, selon les principes d'organisation définis dans le cahier des charges régional. Il est séparé en 19 secteurs de garde (dont 3 partagés avec les départements limitrophes : 44, 49 et 79) (voir annexe 2).

Dans chaque secteur, un ou plusieurs médecins se partagent la garde de 20 h à 00 h en semaine, de 12 h à 00 h le samedi et de 8 h à 00 h le dimanche. Les patients sont reçus : soit directement dans le cabinet habituel du médecin, soit au sein de lieux fixes de consultation spécialement dédiés à la permanence des soins : maisons médicales de gardes (MMG) ou centre d'accueil et de permanence des soins (CAPS). 3 secteurs disposent actuellement d'une MMG: il s'agit des secteurs de La Roche-sur-Yon, de Montaigu et des Sables-d'Olonne.

Ce sont les médecins de garde fixes qui réalisent les visites à domicile, dans leur secteur, en journée pendant le week-end (de 12 h à 20 h le samedi et de 8 h à 20 h le dimanche).

• **Effectation médicale mobile**

De 20 h à 08 h en semaine et le week-end, le département dispose de 3 médecins effecteurs mobiles dont le territoire de garde est séparé par secteurs. (Ce nombre monte à 4 pendant les mois de juillet et août)

Les visites à domicile sont réalisées par des effecteurs mobiles, un médecin-mobile pour chaque secteur. 49 médecins ont participé à ces gardes en 2018.

Il n'existe pas d'organisation privée de permanence des soins type SOS médecin en Vendée.

• **Données chiffrées**

En 2018, 78726 appels ont été traités par la régulation des médecins généralistes sur la PDSA, contre 54 733 en 2017, soit une augmentation du nombre d'appels de 44 % (sans modification de l'effectif de médecins régulateur pour chaque plage horaire).

Parmi eux, 29 313 appels ont débouché sur un conseil médical (soit 37%), 18 345 patients (23%) ont été dirigés vers un médecin de garde et 3 585 visites ont été demandées (4%).

19 255 patients (24%) ont été orientés vers les urgences.

Concernant les effecteurs mobiles, 1514 actes ont été réalisés : 305 jours avec 3 médecins mobiles ayant fait 915 effectations et 60 jours avec 4 médecins mobiles ayant fait 240 effectations.

Cela correspond à une moyenne de 1.31 acte par nuit.

2.2. La Maison médicale de garde de La Roche-sur-Yon

La maison médicale de garde de La Roche-sur-Yon a ouvert ses portes le 25 juin 2018. Elle est gérée par l'AGUMY (Association de Garde et d'Urgence Médicale Yonnaise). Cette association regroupe les médecins généralistes volontaires à la réalisation de consultations de permanence des soins dans la ville de La Roche-sur-Yon. Cette maison médicale est mise en place dans le but de disposer d'un lieu unique de soins ambulatoires pendant la permanence des soins. Ce lieu, adjacent aux urgences du CHD Vendée, site de La Roche-sur-Yon, est parfaitement identifié et repérable par tous.

Du point de vue médical, elle permet des conditions d'exercice optimal de la médecine, tant au niveau de la qualité du local, du matériel, de l'accessibilité que de la sécurité. Elle permet aussi une fréquence de garde inversement proportionnelle au nombre de médecins exerçant au sein de l'établissement. Ces différents éléments sont favorables à l'installation de jeunes médecins sur l'agglomération.

Cette maison médicale est située dans l'enceinte de l'hôpital du CHD Vendée, site de La Roche-sur-Yon, au sein du nouveau bâtiment des urgences, dans des locaux partagés avec la consultation PASS (permanence d'accès aux soins de santé). Son accès se fait par une passerelle spécifique avec une entrée fermée par un digicode.

Elle est constituée d'une salle d'attente et de deux bureaux comprenant l'ensemble de l'équipement nécessaire à la réalisation de consultations de médecine générale. Elle est équipée avec un électrocardiogramme, de quoi réaliser des gestes techniques comme des sutures et des pansements.

56 médecins généralistes se partagent la liste de garde. Un médecin de garde y travaille les soirs de semaine et deux médecins les week-ends et jours fériés. La présence sur place de manière fixe n'est pas obligatoire, mais l'utilisation des lieux est fortement souhaitée.

Elle draine une population de patients provenant des 14 communes limitrophes de La Roche-sur-Yon (voir annexe 2). Lors de la première année de mise en place de la maison médicale (entre le 25 juin 2018 et le 30 juin 2019), 1 981 consultations ont été réalisées. Elles étaient réalisées pour 74 % le week-end.

2.3. L'hôpital de La Roche sur Yon et son service d'urgences

2.3.a. Centre Hospitalier Départemental Vendée

Le Centre Hospitalier Départemental Vendée (CHD Vendée) est un établissement public de santé qui résulte de la fusion, le 1er janvier 2003, de trois établissements : le Centre Hospitalier Départemental de La Roche-sur-Yon, le Centre Hospitalier de Luçon et le Centre Hospitalier de Montaigu. Le site de La Roche-sur-Yon a une capacité d'accueil de 457 lits en médecine, 171 lits en chirurgie, 74 lits en obstétrique, 163 lits de moyens ou longs séjours et 63 lits d'hébergements.

2.3.b. Le service des urgences

Le nouveau service des urgences du site de La Roche-sur-Yon a été inauguré le 5 octobre 2016. Il s'articule autour de 5 secteurs sur 896 m² :

- un secteur d'accueil et d'orientation comprenant : un accès public (patients valides), un accès ambulances (patients couchés), une salle d'accueil et d'orientation avec 2 postes infirmiers ainsi qu'une zone d'attente permettant aux patients couchés de patienter avant d'être orientés dans les différents secteurs du service ;
- un secteur SAUV (Salle d'Accueil des Urgences Vitales) comprenant 3 places ;
- un secteur circuit court ambulatoire avec 9 box et un secteur circuit long distinct (circuit médico-chirurgical) comprenant 11 box dont 2 doublés;
- une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (pour les patients nécessitant une hospitalisation de moins de 24 h) comprenant 13 lits ;
- 3 bureaux polyvalents de consultation (police, psychologue, gériatre, etc.) sont également présents ainsi qu'un bureau dédié à l'assistante sociale.

2.3.c. Circuit des patients aux urgences

Lors de l'arrivée d'un patient aux urgences, un dossier administratif est créé puis le patient est évalué par l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA). Il est trié en fonction de la gravité sa pathologie selon la classification infirmière des malades aux urgences (CIMU). La CIMU est une échelle destinée au tri par une infirmière d'accueil et orientation. Elle comporte cinq niveaux de priorité croissante établis en fonction du motif de recours aux urgences et des constantes vitales (voir annexe 3).

Le patient est ensuite placé en salle d'attente, dans le secteur d'attente couchée ou dans la salle d'attente du circuit court ambulatoire selon sa pathologie, avant d'être installé en salle de soins. (Sauf pour les urgences vitales où le patient est directement admis en SAUV). À la suite de sa prise en charge médicale aux urgences, le médecin clôture le dossier du patient et le classe en fonction de sa CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences) (voir annexe 4).

Les patients mineurs se présentant aux urgences sont également évalués à l'accueil par l'IOA. Ils sont ensuite orientés vers le circuit court ambulatoire commun avec les urgences adultes s'ils relèvent de ce secteur, sinon ils sont orientés directement aux urgences pédiatriques.

2.3.d. Données chiffrées

L'effectif actuel du service comprend 57 médecins, 12 internes, 49 infirmières, 35 aide-soignantes, 4 agents de service hospitalier et 3 cadres de santé.

Sur l'année 2018, 43 405 patients adultes ont été admis aux urgences, dont 4 186 classés CCMU 1 (soit 9,6 %) et 11 890 ayant nécessité par la suite une hospitalisation (soit 27 %). On observe une augmentation de la fréquentation du service de 19 % depuis 5 ans puisque 36 338 entrées avaient été comptabilisées en 2013.

2.4. Le protocole de réorientation

Le protocole de réorientation entre l'accueil des urgences du CHD Vendée, site de La-Roche-sur-Yon et la permanence des soins ambulatoires a été mis en place le 25 juin 2018, jour de l'ouverture de la maison médicale de garde. Il a été validé conjointement par les médecins de l'ADOPS 85, de l'AGUMY et par le chef de service des urgences et est affiché à l'entrée des urgences au niveau de la salle d'accueil et d'orientation (voir annexe 5).

Les patients qui respectent les critères de réorientation, après validation par le médecin d'accueil et d'orientation, ne sont pas admis dans le circuit des urgences et sont invités à composer eux-mêmes le 116 117.

Le médecin régulateur du 116 117 évalue par téléphone la problématique de santé du patient, et décide de la meilleure réponse à lui apporter. En cas d'indication à une consultation avec un médecin de garde, les patients doivent être réorientés vers le médecin de garde de leur secteur d'habitation (qui n'est pas forcément celui de la maison médicale de garde de La Roche-sur-Yon).

3. METHODE

3.1. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la satisfaction globale des patients réorientés des urgences vers le 116 117.

3.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer 7 points :

- la satisfaction globale des patients en fonction de la décision prise par le médecin régulateur (conseil médical ou orientation vers le médecin de garde) ;
- leur satisfaction au cours des différentes étapes de leur prise en charge ;
- leur ressenti vis-à-vis de la justification de cette réorientation ;
- leur compréhension vis-à-vis de cette réorientation vers une régulation téléphonique ;
- l'impact de la réorientation sur leur comportement futur (en cas de problématique relevant de la médecine générale en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux) ;
- la sécurité du protocole de réorientation ;
- les possibilités d'amélioration de ce protocole.

3.3. Type d'étude

Il s'agissait d'une enquête de satisfaction observationnelle, prospective, monocentrique au sein du CHD Vendée, site de La Roche-sur-Yon.

3.4. Durée de l'étude

La période d'inclusion était comprise entre le 18 juin et le 30 septembre 2019. Elle comprenait 105 jours incluant quinze week-ends (comprenant donc les samedis et dimanches) et deux jours fériés (les 14 juillet et 15 août).

3.5. Population d'étude

3.5.a. Critères d'inclusion

- patient qui s'est présenté spontanément aux urgences du CHD Vendée, site de La Roche-sur-Yon avec création d'un dossier administratif ;
- patient évalué à l'accueil des urgences par l'IOA et réorienté vers la PDSA via un appel au 116 117 ;
- existence d'un moyen de rappel téléphonique notifié dans le dossier patient.

3.5.b. Critères d'exclusion

- refus du patient de participer à l'étude.

3.5.c. Mode de recrutement

L'ensemble des patients ont été inclus de façon consécutive dans l'étude tout au long de la durée prévue d'inclusion.

Nous avons décidé d'inclure au moins 120 patients afin de posséder une population suffisante en tenant compte des éventuels perdus de vue.

3.6. Élaboration de notre questionnaire de satisfaction

Une seule étude évaluant spécifiquement la satisfaction des patients réorientés d'un service d'urgences vers une MMG a été trouvée dans la littérature, sans référence quant à l'origine du questionnaire (7).

Nous avons donc décidé de créer notre propre questionnaire afin de répondre à nos objectifs.

3.6.a. Choix des questions de notre enquête de satisfaction

- **Satisfaction globale**

Afin de connaître la satisfaction globale des patients, nous leur avons demandé : « *Comment évaluez-vous votre satisfaction globale vis-à-vis de l'ensemble de votre prise en charge ?* ». Cette question est en effet choisie comme critère de jugement principal dans de nombreuses études de satisfaction (13).

- **Satisfaction des patients aux urgences**

Nous avons analysé la littérature sur le sujet afin de déterminer les questions les plus pertinentes à poser aux patients.

De nombreux travaux se sont intéressés aux facteurs déterminants de la satisfaction des patients aux urgences. Il apparaît que les patients accordent une grande importance aussi bien à la qualité des informations et des explications fournies, qu'au respect qu'accorde le personnel à leur égard (14) (15). Sun et coll. ont montré d'ailleurs que c'était le manque d'information et d'explication qui était un des facteurs les plus pourvoyeurs d'insatisfaction (16). Perruche et coll. en 2004 corroboraient cette idée. Ils concluaient dans une revue de la littérature que le facteur le plus prédictif de la satisfaction des patients aux urgences était la relation et l'interaction entre le personnel et le patient (13).

Il semblerait enfin que le temps d'attente perçu (plutôt que réel) soit également un facteur déterminant de la satisfaction (13).

Nous avons donc décidé, au vu de ces données, de demander aux patients :

« *Qu'avez-vous pensé de :*

- *La durée d'attente avant de voir l'infirmière d'accueil des urgences ?*
- *La qualité d'écoute de l'infirmière ?*
- *La façon dont l'infirmière a pris votre problème au sérieux ?*
- *La compréhension de votre problème par l'infirmière ?*
- *Des explications que vous avez reçues par l'infirmière (notamment concernant la réorientation) ? »*

• **Satisfaction des patients lors de la permanence de soins**

Certains pays, notamment les pays anglo-saxons et néerlandais, se sont attachés dès 1997 à mettre en place des questionnaires afin d'évaluer la satisfaction de leurs patients pendant la permanence des soins. Leur organisation rejoint, pour certains points, la nôtre via un accès au médecin de garde par une régulation (médicale ou paramédicale) téléphonique.

Ces questionnaires ont pour avantage d'être issus de revues de la littérature, d'avis d'experts, mais surtout de focus groups ou d'entretiens avec les patients (17) (18) (19) (20). Même s'ils présentent certains biais, ils ont été mis en avant pour leur validité et leur fiabilité dans plusieurs études (21) (22).

Ces différents questionnaires montrent des similitudes : concernant la régulation téléphonique, ils interrogent les patients sur : le temps que le médecin a pris pour eux, sa compréhension de leur problème médical, la clarté des informations données, son professionnalisme ; mais également sur la façon dont il a pris soin d'eux, les a rassurés, les a pris au sérieux. Concernant la consultation avec le médecin de garde, les mêmes thèmes sont abordés. La notion de la qualité de l'examen clinique pratiqué est toutefois ajoutée.

Il apparaît enfin dans la littérature que les patients accordent une importance à la réassurance et à la prise en compte de leur point de vue dans la décision finale (23). La durée d'attente semble prendre également une dimension importante dans la satisfaction des patients (24).

Nous nous sommes donc basés sur ces questionnaires et sur les résultats des études présentées ci-dessus afin de déterminer nos propres questions explorant la satisfaction des patients pendant la permanence des soins (voir annexe 6).

- **Ressenti vis-à-vis de la justification de cette réorientation**

Nous avons posé la question : « *Selon vous la réorientation était-elle justifiée ? Si non pourquoi ?* », afin de connaître la proportion de patients estimant que cette consultation aux urgences ne relevait effectivement pas de ce service.

- **Compréhension des patients vis-à-vis d'une réorientation vers une régulation téléphonique**

La question « *Avez-vous compris le fait d'être réorienté vers un appel au 116 117 ? Si non pourquoi ?* » a été posée aux patients dans le but d'évaluer si cette réorientation vers une régulation téléphonique était effectivement un facteur d'incompréhension.

- **Impact de la réorientation sur leur comportement futur**

Afin d'évaluer cet effet, nous avons demandé aux patients sous forme de question ouverte : « *À l'avenir, si vous aviez besoin de consulter un médecin généraliste en dehors des horaires d'ouverture des cabinets, que ferez-vous ?* ». À une question fermée de type « *comptez-vous réutiliser le 116 117 dans le futur ?* », nous lui avons préféré cette question afin de limiter le risque de biais.

- **Sécurité du protocole**

La question ouverte « *Pensez-vous que le fait de ne pas avoir été vu aux urgences a eu un effet néfaste sur votre santé ? Si oui, pourquoi ?* » a été posée aux patients. Même cette évaluation était subjective, cela permettait d'avoir une première approche de la sécurité du protocole.

- **Améliorations possibles du protocole**

La question ouverte « *Y aurait-il, selon vous, des améliorations à apporter à ce qui vous a été proposé ?* » a été posée aux patients.

- **Autres questions**

Afin de mieux caractériser notre population, il a été demandé aux patients (a) s'ils connaissaient le 116 117, (b) s'ils avaient un médecin traitant, (c) s'ils avaient essayé de le contacter avant de se présenter aux urgences, mais également (d)(e) quels étaient leur couverture sociale ainsi que leur métier.

Enfin nous avons laissé l'opportunité aux patients de s'exprimer librement en fin de questionnaire avec une question ouverte : « *Avez-vous des remarques générales positives ou négatives sur l'ensemble du service médical qui vous a été proposé ?* ».

3.6.b. Choix des modalités de réponses

Outre les questions ouvertes, le type d'échelle le plus utilisé lors de la réalisation d'enquêtes de satisfaction, et notamment lors des enquêtes sus-citées, est l'échelle psychométrique de Likert. Cependant, afin de faciliter les réponses au questionnaire et l'interprétation des résultats, nous avons choisi d'utiliser, pour les questions fermées, l'échelle de réponse des questionnaires édités par la HAS (25) ; ainsi, pour chaque proposition, les patients devaient choisir entre : « *excellent* », « *bon* », « *moyen* », « *faible* » ou « *mauvais* ».

Les questions fermées non réalisables selon le modèle ci-dessus ont été mises sous la forme d'une échelle graduée entre « *non pas du tout* », « *plutôt non* », « *ne sait pas* », « *plutôt oui* », « *oui tout à fait* ». En cas de réponses négatives, une justification de celle-ci était demandée.

3.6.c. Relecture et test du questionnaire

Une fois écrit, le questionnaire a été relu par cinq personnes : un médecin généraliste réalisant de la régulation et de l'effection, deux médecins généralistes réalisant uniquement de l'effection et deux médecins urgentistes.

Il a ensuite été testé sur dix patients afin de s'assurer de la facilité de réalisation de ce questionnaire par téléphone, de la bonne compréhension des questions ainsi que de l'adéquation entre les réponses fournies et les questions posées. C'est ainsi que certaines questions ont été clarifiées ou raccourcies.

3.7. Déroulement de l'enquête et mode de recueil des données

Une fiche d'information concernant l'étude observationnelle était remise par l'IOA aux patients réorientés vers le 116 117 (voir annexe 7).

Les dossiers des patients réorientés étaient ensuite extraits du logiciel RESURGENCES ® (Berger Levrault) par l'investigateur. Les dossiers de soins clôturés en « orienté vers médecin de garde », « orienté vers médecin traitant » ou encore « non pris en charge » avec mention d'une orientation vers la PDSA, le 116 117, le CAPS ou la MMG étaient évalués pour inclusion dans l'étude.

Après vérification des critères d'inclusion et d'exclusion, les patients étaient recrutés sous un numéro d'anonymat.

Nous avons extrait les données suivantes : le sexe, l'âge, la commune d'habitation, la date et l'heure de consultation aux urgences, le motif de consultation ainsi que la classification CIMU.

Les données correspondant à l'appel au 116 117 étaient récupérées sur le logiciel CENTAURE 15 ® (SIS). Étaient ainsi recueillis dans le fichier anonymisé : l'appel ou non du 116 117, les heures d'appel et de mise en relation avec le médecin régulateur ainsi que la décision prise par ce médecin (conseil médical simple, orientation vers le CAPS de La Roche-sur-Yon, orientation vers un autre médecin de garde ou orientation vers les urgences).

Ces patients étaient ensuite appelés par l'investigateur de l'étude trois à cinq jours après leur passage aux urgences pour la réalisation de l'enquête par questionnaire (voir annexe 6).

Les questions étaient posées directement au patient (ou à ses représentants légaux en cas de patients mineurs amenés par ses parents).

Les patients ne répondant pas étaient rappelés jusqu'à 5 fois. Après 5 appels restés sans réponse, les patients étaient classés comme « Patients non réponders ». Les patients ne parlant pas français lors de l'appel étaient classés comme « Patients ne parlant pas français ». Les patients refusant de répondre au questionnaire après contact téléphonique étaient exclus de l'étude.

3.8. Analyse des données

Les motifs de consultations des patients ont été classés selon le thésaurus des motifs de recours en médecine d'urgence de la société française de médecine d'urgence (SFMU) (26).

Les activités professionnelles exercées par les patients ont été classées selon la nomenclature statistique des professions et catégories socioprofessionnelles créée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 1982.

Nos variables qualitatives ont été présentées sous forme de pourcentage (effectif) : % (n =).

Nous avons réalisé la comparaison de la satisfaction globale des patients ayant reçu un conseil médical avec celle des patients ayant consulté un médecin. Ont été considérés comme satisfaits : les patients ayant évalué leur satisfaction globale comme excellente ou bonne.

Les variables recueillies pour comparaison étaient qualitatives. Elles ont été comparées par un test de X^2 . Le seuil de significativité était fixé à $p = 0,05$.

Concernant les questions ouvertes, l'analyse a été qualitative avec une codification à posteriori, hormis pour la dernière question ouverte : « *avez-vous des remarques positives ou négatives sur l'ensemble de la prise en charge qui vous a été proposée ?* » où une analyse thématique a été réalisée.

3.9. Aspect éthique

Le protocole de recherche s'inscrivant dans une étude de satisfaction, considérée « hors loi Jardé », il n'a pas nécessité d'accord du comité de protection des personnes.

4. RESULTATS

4.1. Description de la population

Pendant la période d'inclusion, 151 dossiers de patients ont été recensés comme réorientés vers la permanence des soins ambulatoires. Parmi eux, 20 patients n'ont pas été inclus, car ils ne respectaient pas les critères d'inclusion et 4 patients ont été exclus, car ils ont refusé de participer à l'étude.

Au final donc, 127 patients ont été étudiés.

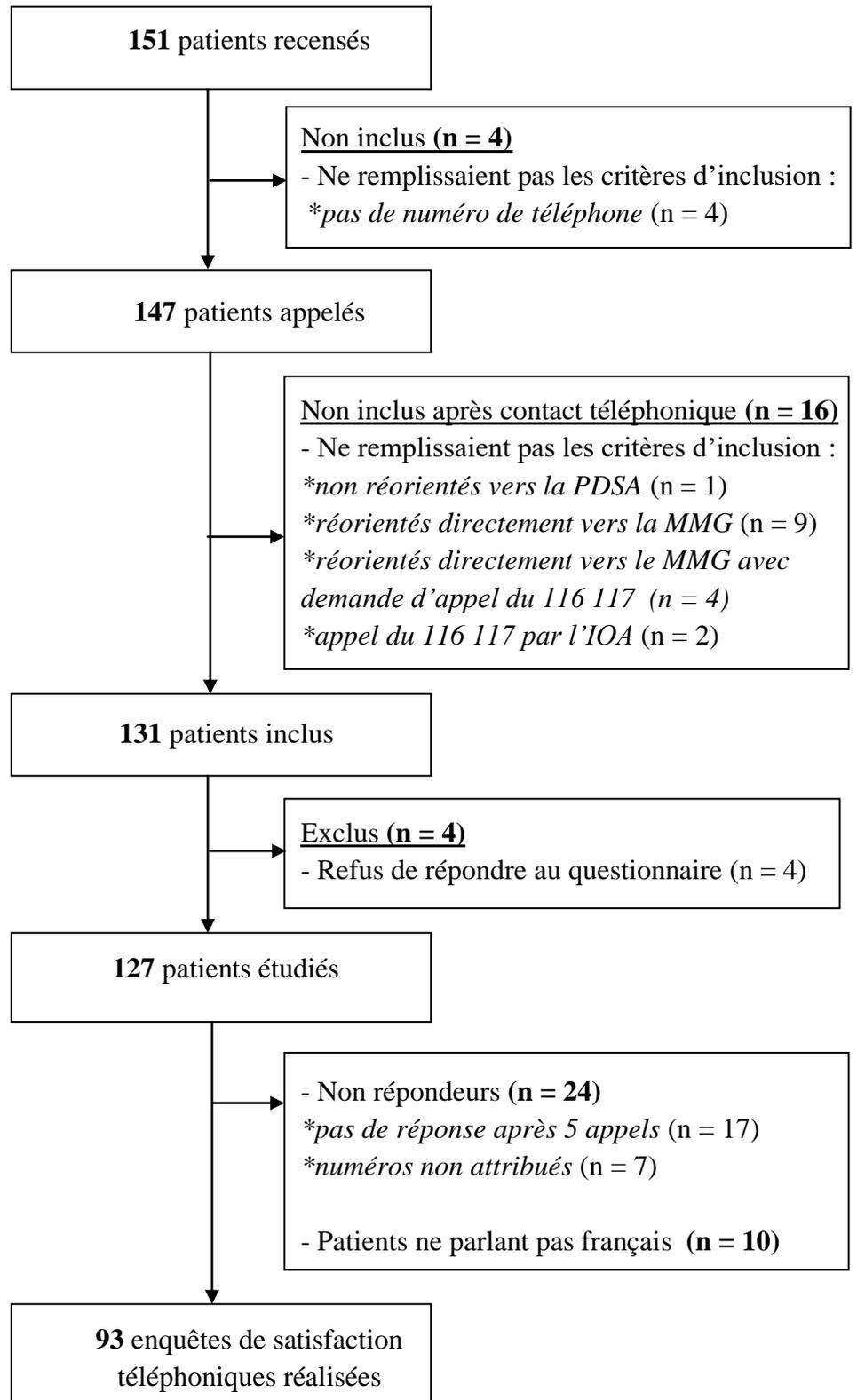


Figure 1 : diagramme de flux

4.1.a. Caractéristiques de la population étudiée

- **Caractéristiques démographiques**

La population d'étude était composée de 64 hommes et 63 femmes, soit un sexe-ratio de 1,02 pour un âge moyen de 37 ans.

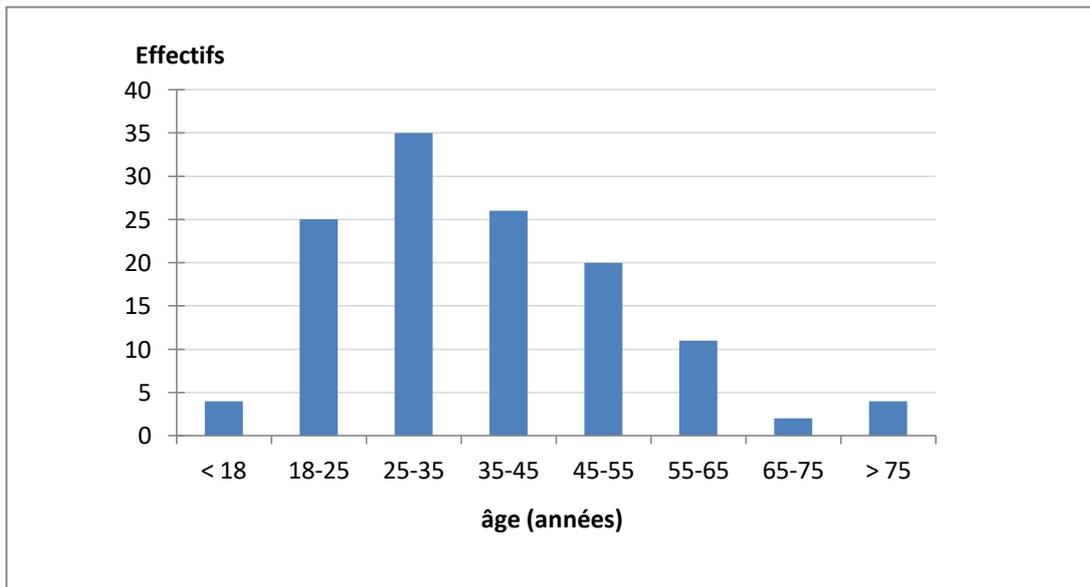


Figure 2 : répartition des patients en fonction de leur tranche d'âge.

• Jours et horaires de consultation

Les patients ont consulté pour 58 % (n = 74) d'entre eux un jour de week-end ou un jour férié.

Les consultations le week-end étaient plutôt étalées sur l'ensemble des horaires. Il s'agissait préférentiellement, pour les jours de semaines, des horaires entre 20 h et 21 h (30 % des patients, n = 16) ou entre 22 h et 23 h (26 % des patients, n = 14).

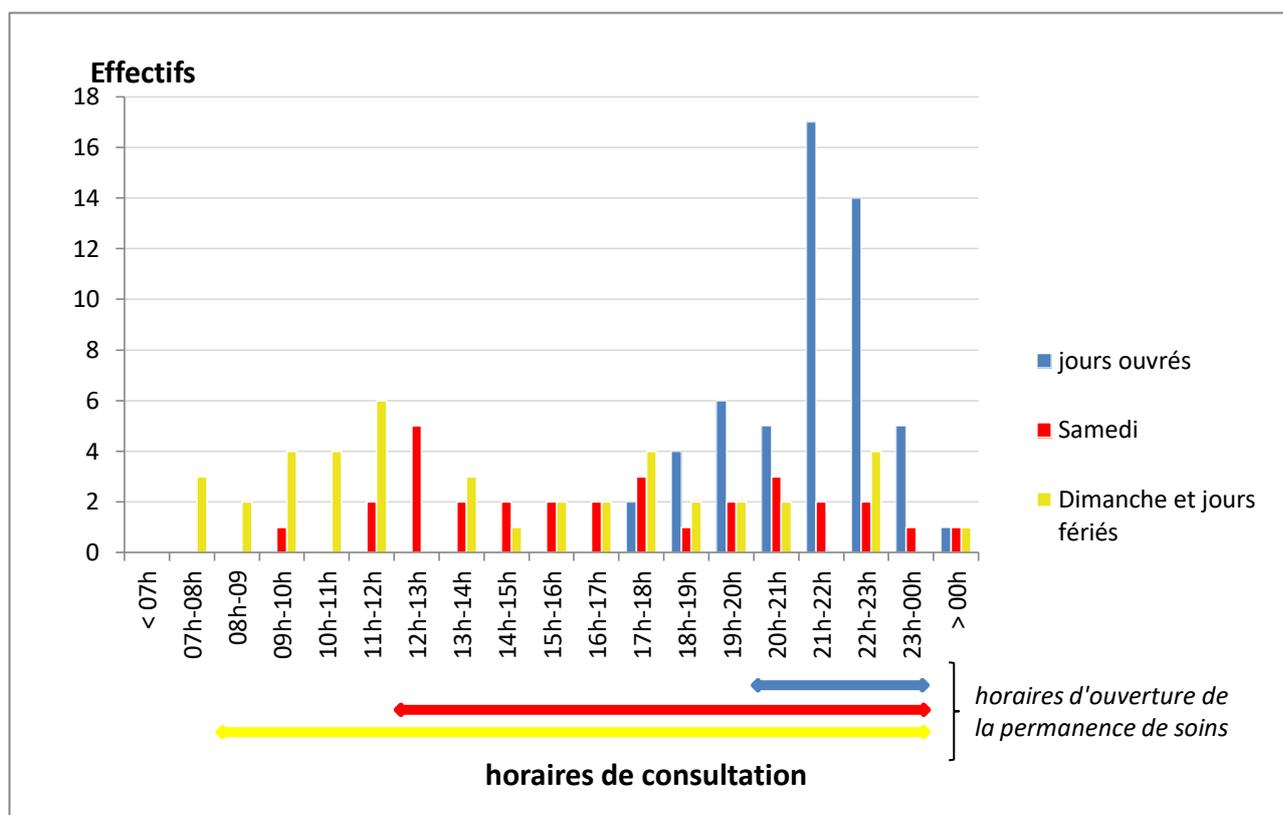


Figure 3 : horaires de présentation des patients aux urgences avant leur réorientation.

• Motifs de consultations et classification CIMU

Les motifs de consultations aux urgences étaient pour 26 % (n = 35) une pathologie ORL, pour 20 % (n = 26) une pathologie dermatologique, pour 16 % (n = 21) une pathologie gastro-entérologique et pour 13 % (n = 16) une pathologie rhumatologique.

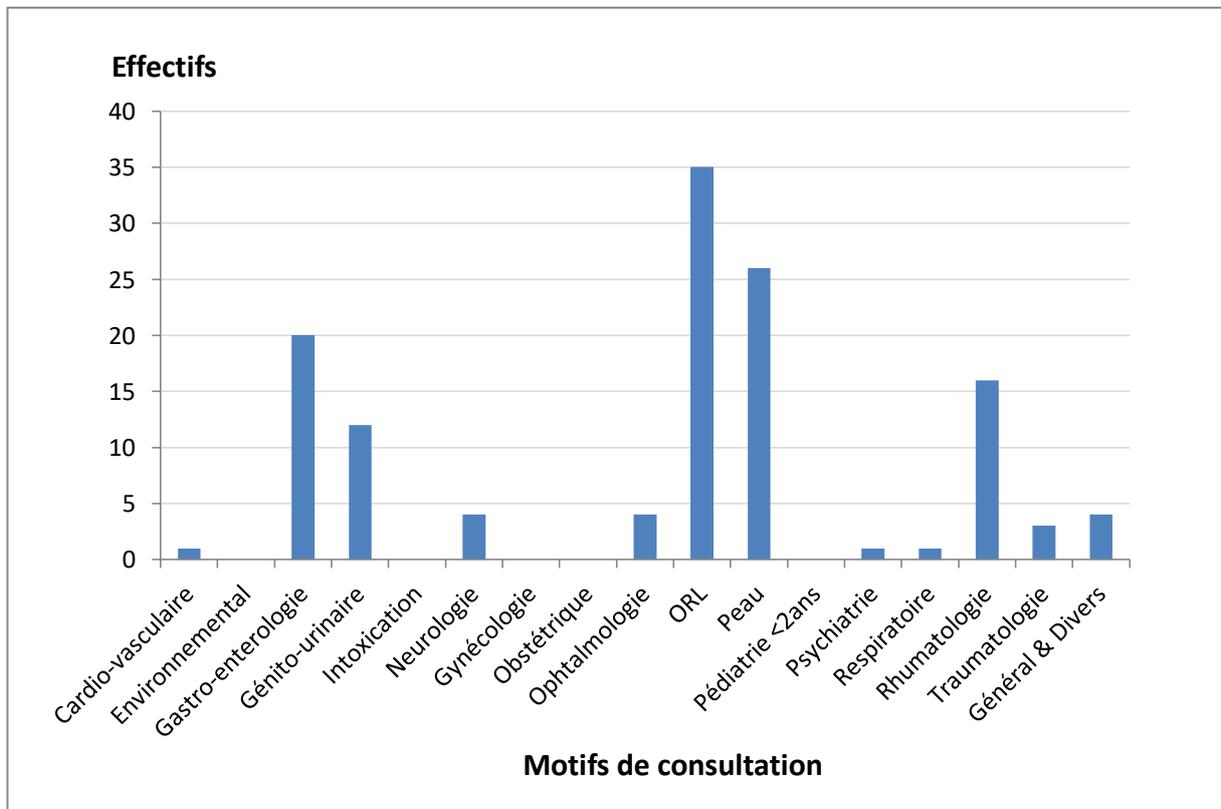


Figure 4 : motifs de consultation des patients réorientés.

27 % (n = 34) des patients réorientés avaient un CIMU à 4 et 68 % (n = 87) un CIMU à 5. Les IOA n'avaient pas notifié de CIMU pour 6 patients.

4.1.b. Caractéristiques des patients répondants

93 patients sur les 127 inclus ont répondu au questionnaire de satisfaction.

1 patient n'a pas répondu à toutes les questions et a raccroché avant de finir le questionnaire, au niveau de la question 32. Il a tout de même été inclus, les données non communiquées sont notifiées en données manquantes.

• Lieu d'habitation

Les patients habitaient pour 47 % (n = 45) dans le secteur 1 de permanence des soins, c'est-à-dire dans le secteur de La Roche-sur-Yon. Ils venaient dans 15 % (n = 14) des cas d'un autre département.

Tableau I : répartition des patients en fonction de leur lieu d'habitation (selon les secteurs de permanence des soins).

Secteurs d'habitation	Effectifs	Secteurs d'habitation	Effectifs
1	45	10	3
3	5	11	1
4	2	12	2
5	1	14	1
6	8	19	1
7	2	Rat 44	1
8	7	Autre département	14

Les secteurs sans effectif ne sont pas inscrits

• Déclarations d'un médecin traitant et protection sociale

81 % (n = 75) des patients ont déclaré avoir un médecin traitant.

81 % (n = 75) des patients avaient une sécurité sociale et une mutuelle. 16 % (n = 15) des patients bénéficiaient de la CMU. 1 patient avait une sécurité sociale sans mutuelle et 1 patient n'avait aucune couverture sociale, 1 patient n'a pas répondu à la question.

Le patient sans couverture sociale a été réorienté vers la MMG et n'a pas pu régler la consultation.

• Catégorie socioprofessionnelle

27 % (n = 25) des patients réorientés étaient des « employés », 24 % (n = 22) étaient des « personnes sans activité professionnelle » (c'est-à-dire des étudiants, des chômeurs et des personnes diverses sans activité professionnelle), 17 % (n = 16) des « ouvriers ».

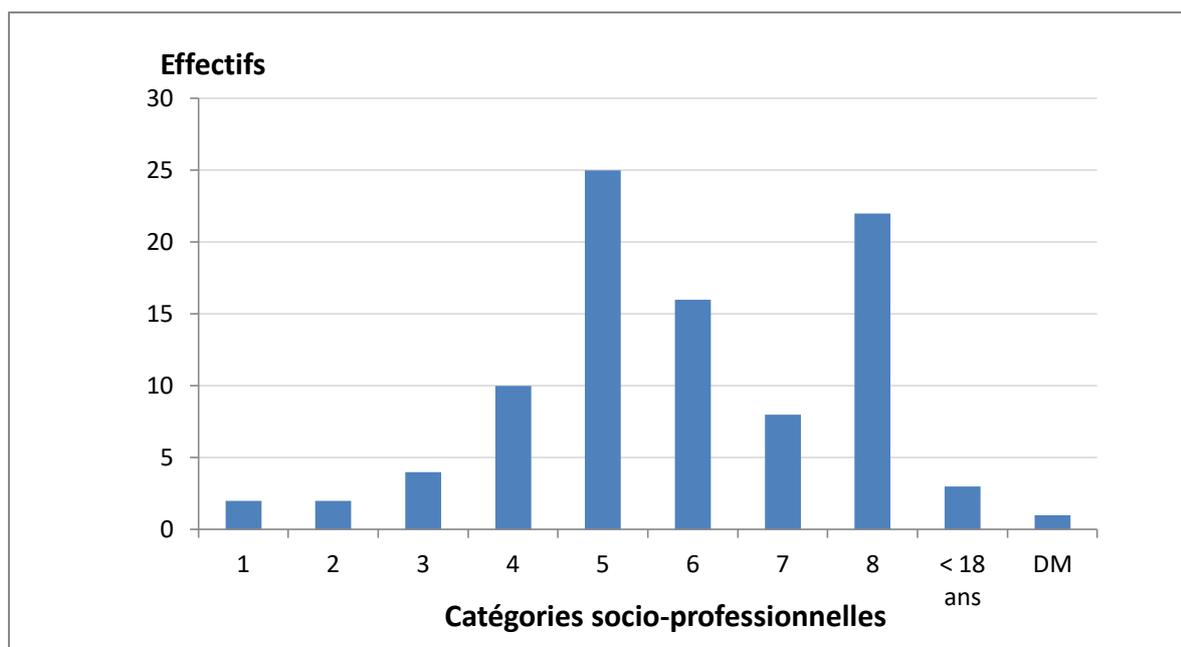


Figure 5 : répartition des patients en fonction des catégories socioprofessionnelles.

Catégories socioprofessionnelles : 1 : Agriculteurs exploitants, 2 : Artisans, commerçants et chefs d'entreprise, 3 : Cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 : Professions intermédiaires, 5 : Employés, 6 : Ouvriers, 7 : Retraités, 8 : Autres personnes sans activité professionnelle, DM : Donnée manquante.

4.1.c. Parcours de soins des patients répondeurs

• Avant d'être réorientés

89 % (n = 67) des patients ayant un médecin traitant ont déclaré ne pas avoir essayé de le joindre avant de se rendre aux urgences.

92 % (n = 86) des patients ne connaissaient pas l'existence du numéro de téléphone du 116 117 avant d'être réorientés.

• Après avoir été réorientés

Après avoir été réorientés vers un appel au 116 117, les parcours des patients ont été tels que décrits sur la figure 6.

Ainsi, 94 % (n = 87) des patients ont composé le numéro de téléphone du 116 117 après avoir été réorientés. Parmi eux, 4 patients ont raccroché avant d'avoir été régulés, car la durée d'attente téléphonique était trop longue.

Parmi les patients ayant été régulés, 67 % (n = 56) ont été orientés vers un médecin de garde et 33 % (n = 27) ont bénéficié d'un conseil médical téléphonique.

2 patients qui avaient été réorientés vers la maison médicale de garde n'ont pas pu y accéder. L'un des 2 a été refusé par le médecin de la maison médicale de garde, car il n'était pas inscrit sur la liste des patients que le médecin attendait. Il s'est dirigé secondairement vers La clinique Saint-Charles. L'autre patient a été orienté par le médecin régulateur vers la maison médicale de garde à minuit moins dix, il a attendu 45 minutes dans la salle d'attente et personne n'est venu le chercher, il est donc rentré chez lui sans consultation.

Tableau II : Raisons avancées par les 6 patients n'ayant pas appelé le 116 117.

Raison	Effectifs
Ne voyait pas ce qu'un médecin par téléphone allait pouvoir faire pour sa pathologie	2
Est rentré chez lui et a préféré attendre de voir le médecin le lendemain	1
N'avait pas de téléphone portable sur lui	1
A constaté une amélioration spontanée de sa symptomatologie en arrivant aux urgences	1
Ne sait pas	1

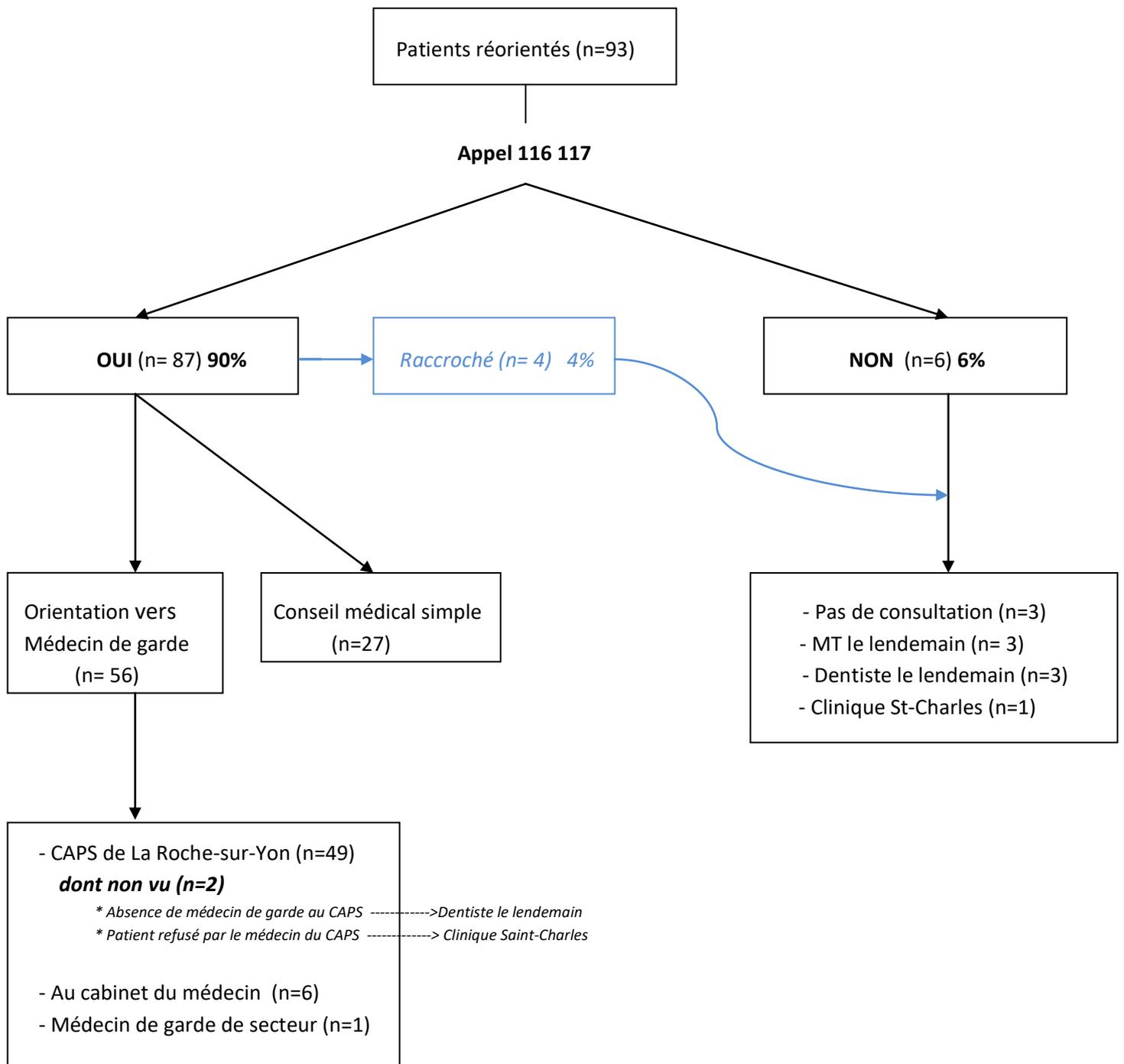


Figure 6 : parcours de soins des patients de leur réorientation à la fin de leur prise en charge.

MT : médecin traitant

- **Durée d'attente téléphonique avant la mise en relation avec le médecin régulateur**

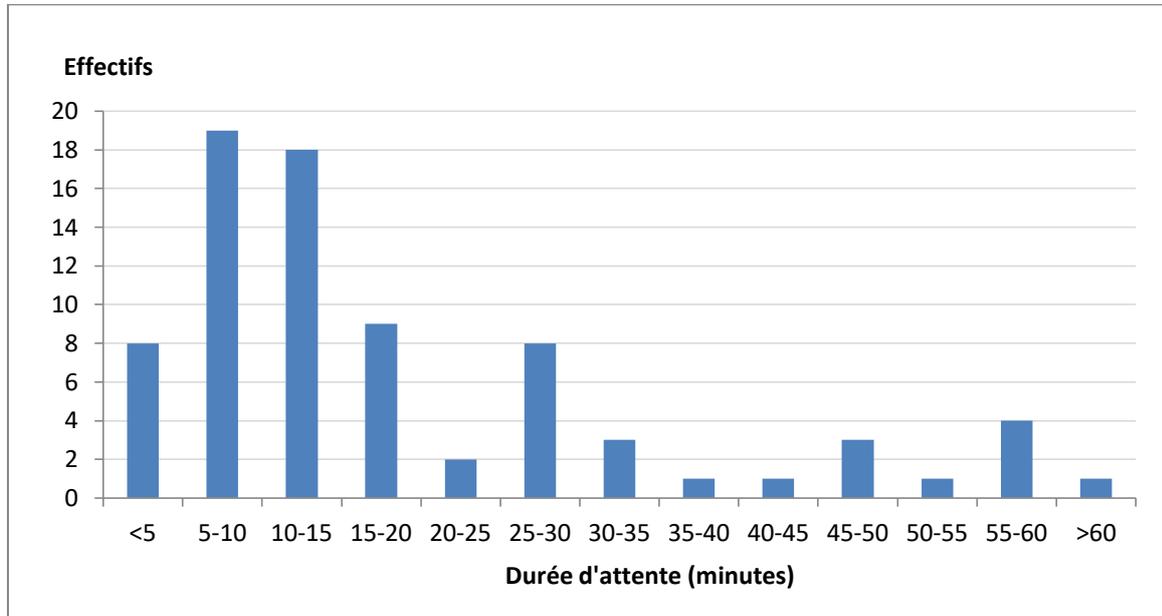


Figure 7 : répartition des patients en fonction de la durée d'attente avant de parler au médecin régulateur.

4.2. Objectif principal

4.2.a. Satisfaction globale

77 % (n = 72) des patients ont estimé leur satisfaction comme bonne ou excellente.

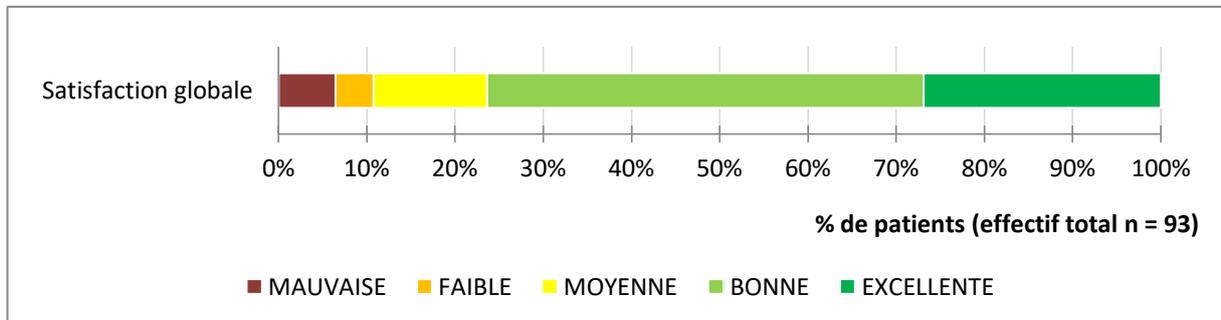


Figure 8 : proportion de patients ayant estimé leur satisfaction globale comme excellente, bonne, moyenne, faible ou mauvaise.

4.3. Objectifs secondaires

4.3.a. Satisfaction globale des patients en fonction de la décision prise par le médecin régulateur

- **Satisfaction globale des patients orientés vers un médecin de garde**

91 % (n = 51) des patients orientés vers un médecin de garde ont estimé leur satisfaction globale comme bonne ou excellente.

- **Satisfaction globale des patients ayant reçu un conseil médical téléphonique**

59 % (n = 16) des patients ayant reçu un conseil médical téléphonique ont estimé leur satisfaction globale comme bonne ou excellente.

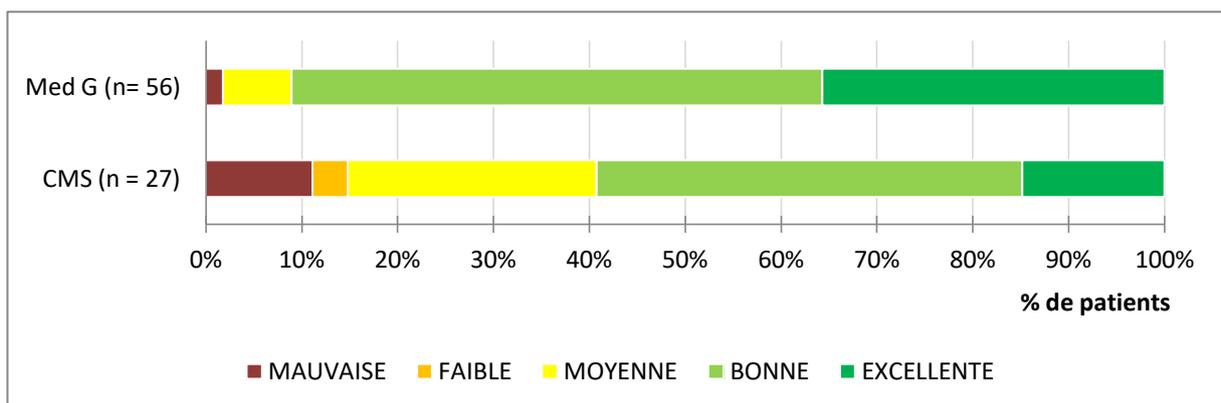


Figure 9 : proportion de patients ayant estimé leur satisfaction globale comme excellente, bonne, moyenne, faible ou mauvaise selon leur orientation par le médecin régulateur.

MedG : patients orientés vers un médecin de garde, CMS : patient ayant reçu un conseil médical simple

• Différence de satisfaction entre les 2 populations

Il existe une différence significative entre les satisfactions globales des patients orientés vers un médecin de garde et les patients ayant bénéficié d'un conseil médical téléphonique ($p = 0,025$).

• Satisfaction globale des patients ayant raccroché

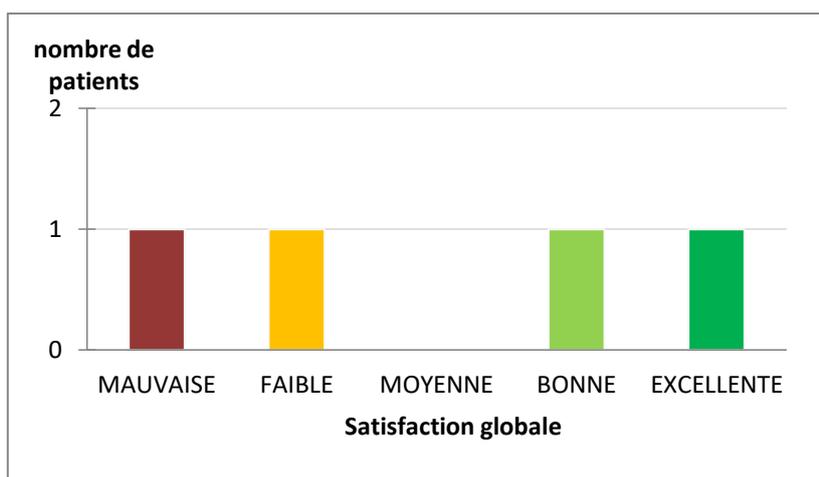


Figure 10 : nombre de patients ayant raccroché qui ont estimé leur satisfaction comme excellente, bonne, moyenne, faible ou mauvaise.

• Satisfaction globale des patients n'ayant pas appelé le 116 117

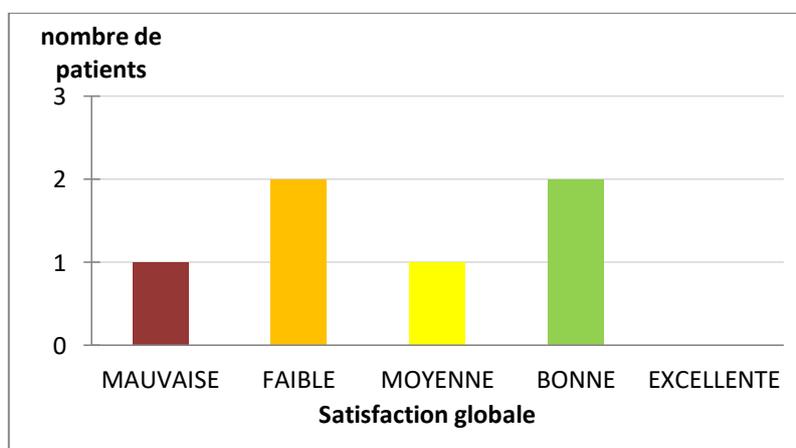


Figure 11 : nombre de patients n'ayant pas composé le 116 117 qui ont estimé leur satisfaction comme excellente, bonne, moyenne, faible ou mauvaise.

4.3.b. Satisfaction des patients au cours des différentes étapes de leur prise en charge

• Satisfaction des patients aux urgences

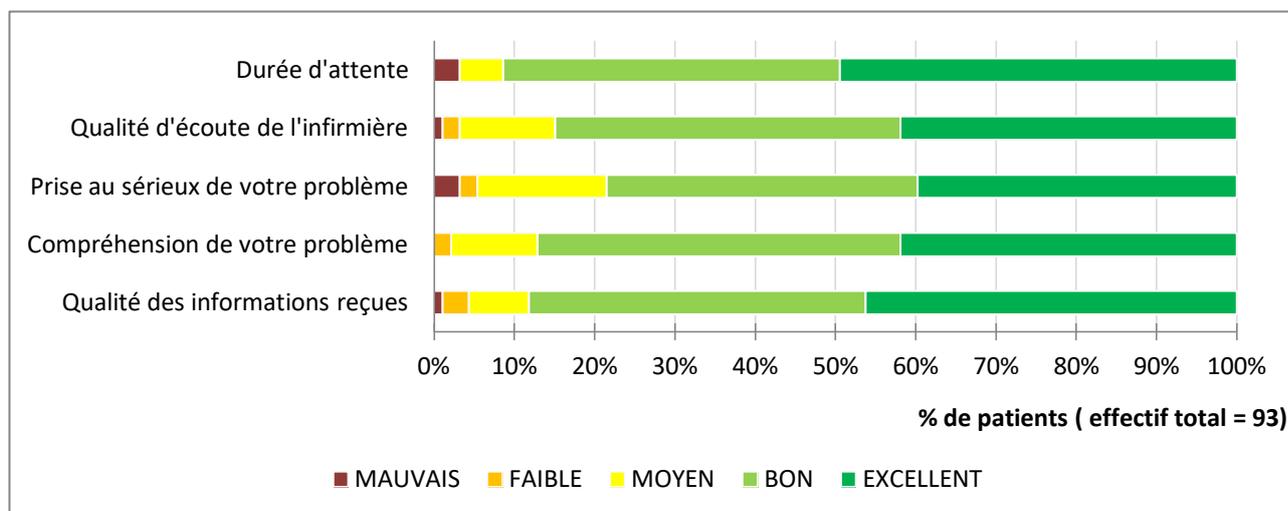


Figure 12 : proportion de patients estimant les différents aspects des soins dont ils ont bénéficié aux urgences comme excellent, bon, moyen, faible ou mauvais.

• **Satisfaction des patients lors de la régulation médicale**

60% (n = 52) des patients ont estimé la durée d'attente avant d'être mis en relation avec le médecin de garde comme bonne ou excellente.

Les 4 patients ayant raccroché ont évalué uniquement la durée d'attente et la qualité d'écoute du premier interlocuteur.

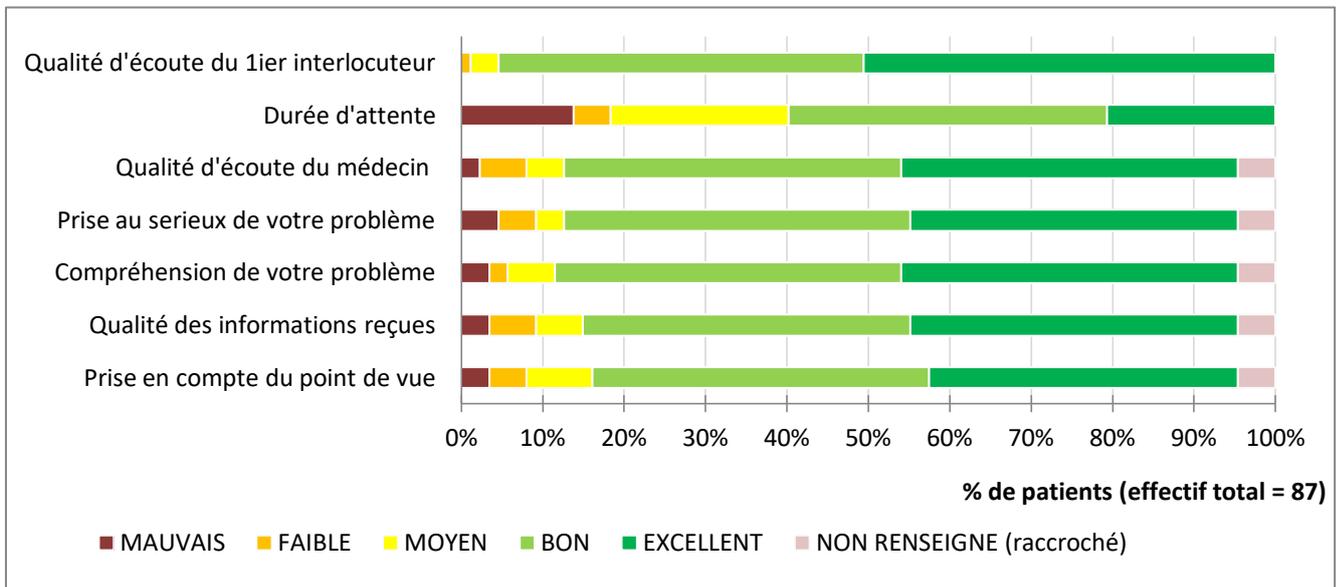


Figure 13 : proportion de patients estimant les différents aspects des soins dont ils ont bénéficié à la régulation téléphonique comme excellent, bon, moyen, faible ou mauvais

82 % (n = 68) des patients régulés ont estimé que la décision prise par le médecin régulateur leur a convenue. 1 ne savait pas.

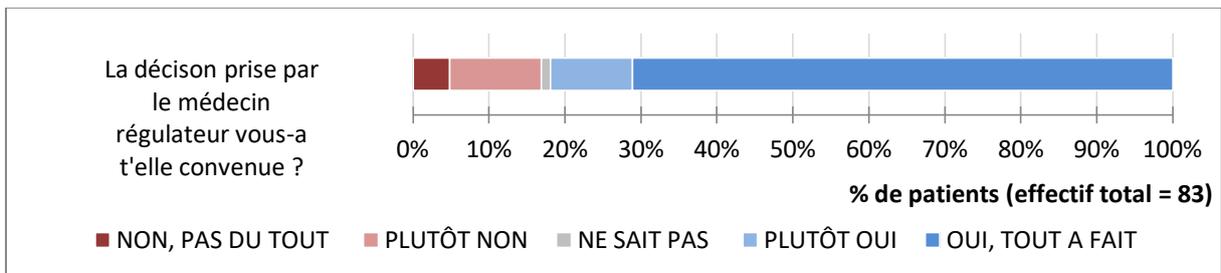


Figure 14 : proportion de patients estimant que la décision prise par le médecin régulateur leur a convenu.

Sur les 14 patients s'estimant non satisfaits de la décision prise, 13 sont des patients qui ont eu un conseil médical simple : soit 48 % des patients ayant eu un conseil médical simple. 10 d'entre eux auraient préféré être vus par le médecin de garde plutôt que de recevoir des conseils médicaux, 1 aurait voulu être mieux rassuré par téléphone et 2 auraient voulu être vus aux urgences.

Le patient restant qui a lui été vu par le médecin de garde aurait préféré être reçu aux urgences.

Concernant les patients ayant reçu un conseil médical simple, 52 % des patients (n = 14) ont estimé la réassurance comme excellente ou bonne.

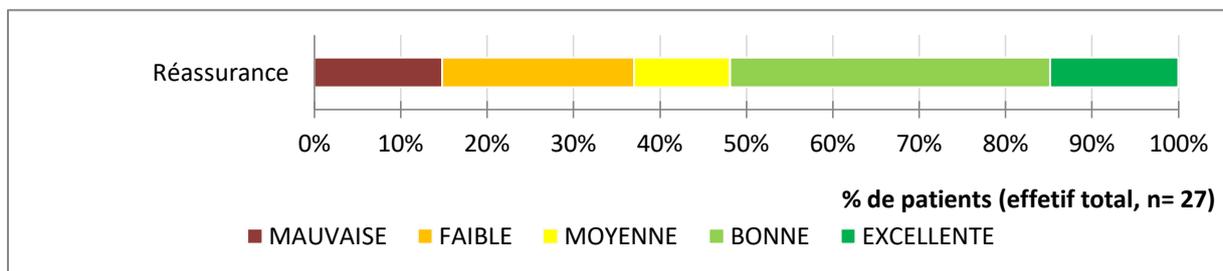


Figure 15 : proportion de patients ayant reçu un conseil médical simple estimant leur réassurance comme excellente, bonne, moyenne, faible ou mauvaise.

• **Satisfaction des patients lors de leur prise en charge par le médecin de garde**

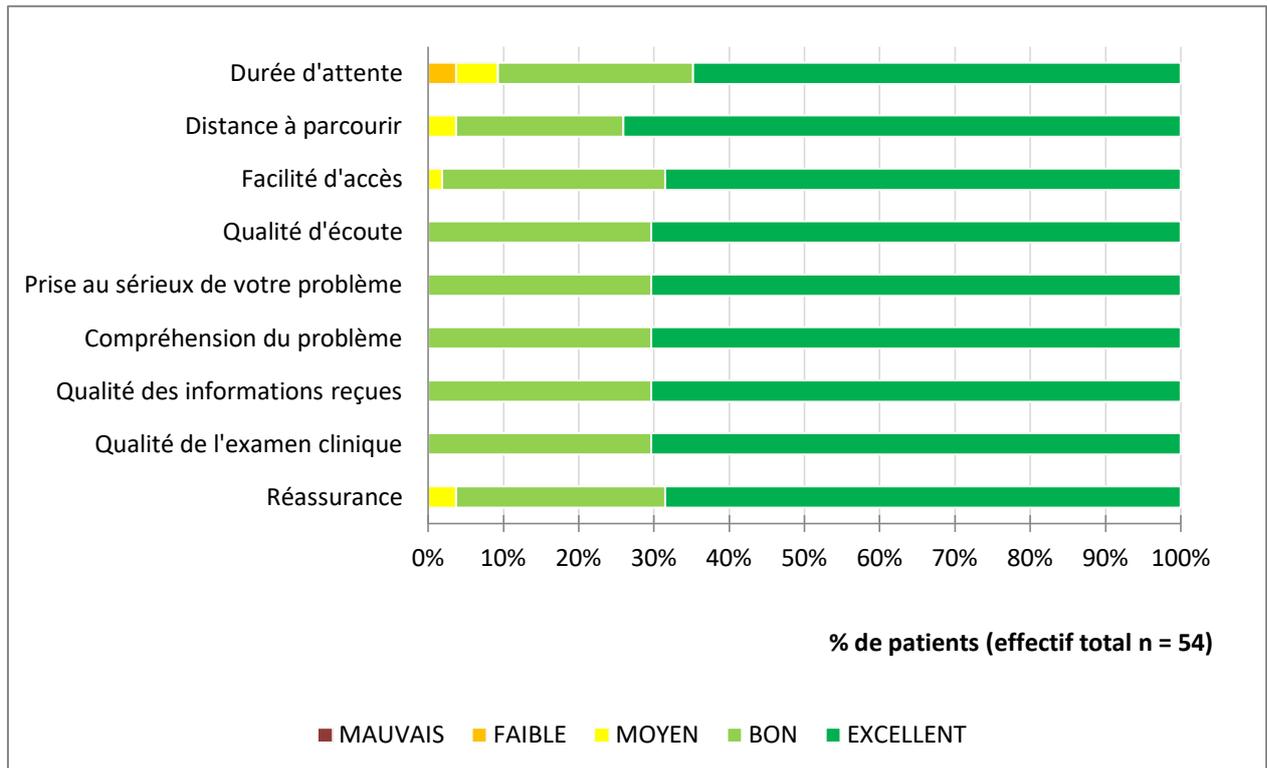


Figure 16 : proportion de patients estimant les différents aspects des soins dont ils ont bénéficié avec le médecin de garde comme excellent, bon, moyen, faible ou mauvais

A savoir que les questions n'ont pas été posées aux 2 patients qui n'ont pas pu être reçus par le médecin de garde.

4.3.c. Compréhension des patients vis-à-vis de cette réorientation vers une régulation téléphonique

81% (n = 75) des patients ont déclaré avoir compris le fait d'être réorienté vers un appel au 116 117.

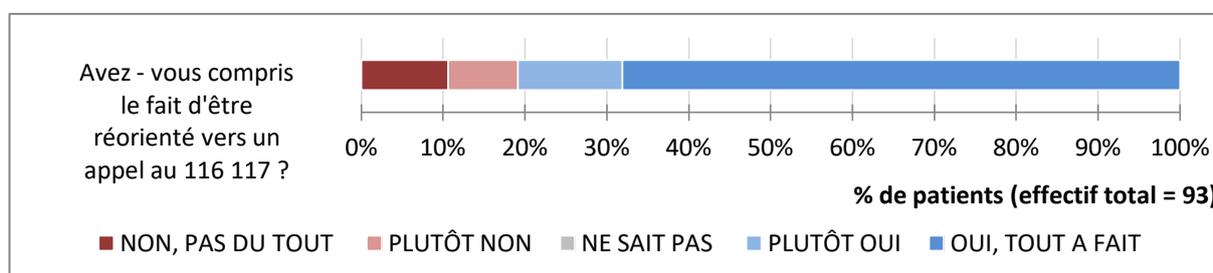


Figure 17 : proportion de patients ayant compris le fait d'être réorienté vers un appel au 116 117.

Tableau III : Raisons avancées par les patients estimant ne pas avoir compris la réorientation vers le 116 117.

Raisons avancées	Effectifs
Urgence ressentie de la pathologie	4
Absence d'explication donnée par l'infirmière	3
Méconnaissance antérieure de ce type de réorientation	2
Incompréhension face au fait de devoir appeler un numéro de téléphone pour ouvrir une porte	2
Incompréhension face au fait de devoir passer un appel à des gens inconnus	1
Incompréhension du médecin régulateur lui-même de l'appel provenant d'un patient situé face aux urgences	1
Absence de réponse du 116 117 lors de l'appel	1
Protocole non digne d'un service d'urgences qui se doit de soigner les gens	1
Ne sait pas	3

4.3.d. Ressenti des patients au sujet de la justification de cette réorientation

76 % (n = 71) des patients ont estimé que la réorientation était justifiée, 6 % (n = 6) ne savaient pas.

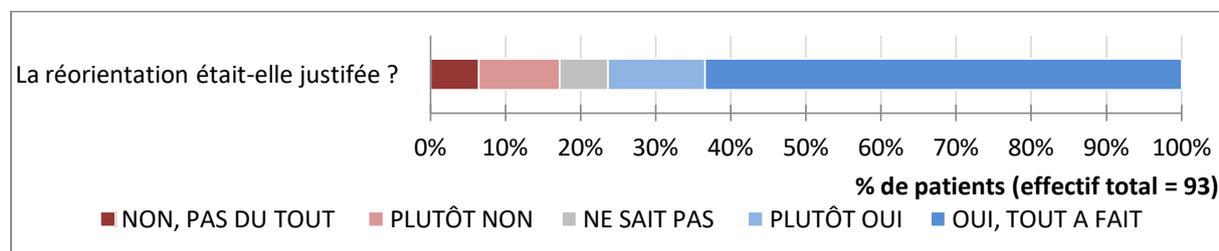


Figure 18 : proportion de patients estimant que la réorientation était justifiée.

Tableau IV : Raisons avancées par les patients estimant que leur réorientation n'était pas justifiée ainsi que la répartition des réponses en fonction des décisions prises par le médecin régulateur du 116 117.

Raisons avancées	total	Effectifs			
		MedG	CMS	Ra	Papp
En rapport avec les antécédents	1	-	-	-	1
En rapport avec la pathologie					
Gravité ressentie de la pathologie	5	2	2	-	1
Intensité de la douleur	2	-	1	-	1
Aggravation de la pathologie qui a nécessité une nouvelle consultation	2	1	1	-	-
En rapport avec la consultation avec le MedG					
Pas de possibilité d'examen complémentaires sur place	1	1	-	-	-
Durée d'attente trop longue avant la consultation	1	1	-	-	-
En rapport avec le coût					
Avance nécessaire des frais	1	1	-	-	-
Prise en charge qui pouvait se faire aux urgences car :					
Prescription rapide à faire qui n'aurait pas pris beaucoup de temps	1	-	-	1	-
Durée d'attente qui semblait faible aux urgences	1	-	-	1	-
Réassurance possible aux urgences par un examen rapide du médecin	1	-	-	-	1
Total	16	6	4	2	4

MedG : patients orientés vers un médecin de garde, CMS : patients ayant reçu un conseil médical simple, Ra : patient ayant raccroché, Papp : patient n'ayant pas appelé le 116 117.

4.3.e. Effet néfaste de la réorientation sur les patients

10 % (n = 9) des patients ont estimé que cette réorientation avait eu un effet néfaste sur leur santé.

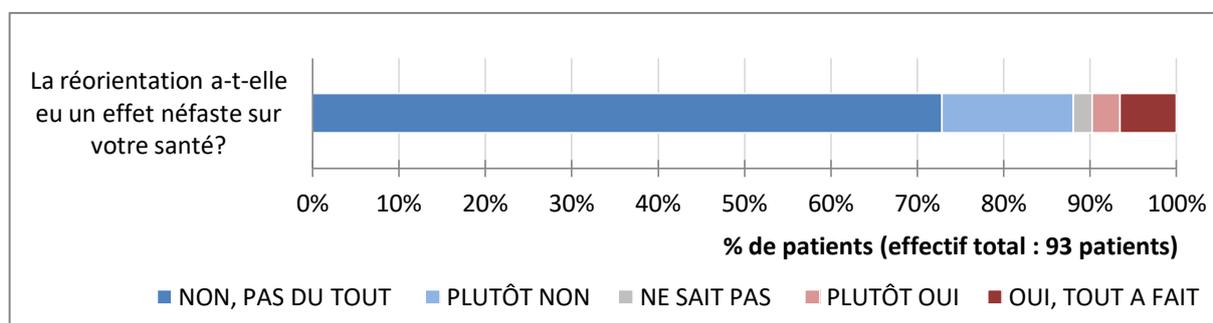


Figure 19 : proportion de patients estimant que la réorientation avait eu un effet néfaste sur leur santé.

Tableau V : Raisons avancées par les patients estimant que la réorientation avait eu un effet néfaste sur leur santé ainsi que la répartition des réponses en fonction des décisions prises par le médecin régulateur du 116 117.

Raisons avancées	total	Effectifs			
		MedG	CMS	Ra	Papp
Absence d'amélioration de la symptomatologie	2	-	1	-	1
Toujours en attente d'examens paracliniques	1	1	-	-	-
Aggravation de la pathologie avec nécessité d'une nouvelle consultation :					
- aux urgences de La Roche-sur-Yon	1	1	-	-	-
- à la clinique Saint-Charles	2	1	1	-	-
- auprès du médecin traitant	1	-	1	-	-
Aggravation de la pathologie sans nouvelle consultation	1	-	1	-	-
Consultation dans un autre service d'urgences qui lui a accepté la prise en charge	1	-	-	1	-
Total	9	3	4	1	1

MedG : patients orientés vers un médecin de garde, CMS : patients ayant reçu un conseil médical simple, Ra : patient ayant raccroché, Papp : patient n'ayant pas appelé le 116 117.

Aucun patient n'a nécessité d'hospitalisation.

Aucun de ces 9 patients n'a considéré la réorientation comme justifiée.

4.3.f. Comportement dans le futur

Dans le futur, en cas de problématique relevant de la médecine générale alors que le cabinet de leur médecin traitant est fermé, 47 % (n = 44) appelleront le 116 117. 23 % (n = 21) des patients se dirigeront de nouveau vers un service d'urgences.

3 patients ont répondu qu'ils ne savaient pas et ont retourné la question afin de savoir ce qu'il leur était possible de faire. Ils ont tous les 3 été étonnés d'apprendre que le 116 117 était composable de chez eux.

Tableau VI : réponses apportées par les patients à la question de savoir quel serait leur parcours en cas de problématique relevant de la médecine générale en dehors des horaires d'ouverture des cabinets ainsi que la répartition des réponses en fonction des décisions prises par le médecin régulateur du 116 117.

Réponse	Total (n = 93)	%	Effectifs			
			MedG (n=56)	CMS (n=27)	Ra	Papp
Médecine ambulatoire	62	66	44	15	1	2
Appel du 116 117	44	47	34	9	1	1
Attente de voir un médecin généraliste aux heures d'ouverture	11	12	7	3	-	-
Appel d'un médecin de garde	3	3	1	2	-	-
Appel au 15	2	2	1	1	-	-
Présentation au SAMI à Paris	1	1	-	-	-	1
Présentation au CAPS	1	1	1	-	-	-
Service des urgences	21	23	8	11	-	2
Présentation aux urgences	13	15	7	7	-	1
Présentation aux urgences pour savoir si la réorientation vers le 116 117 est suffisante	2	2	1	1	-	-
Présentation aux urgences, mais pas celles de La Roche-sur-Yon	2	2	-	2	-	-
Présentation à la Clinique St-Charles	2	2	-	1	-	-
Présentation aux urgences de Nantes	1	1	-	-	-	-
Présentation aux urgences et en cas d'attente prolongée retour à la maison	1	1	-	-	-	1
Autres	2	2	2	-	-	-
Présentation à la pharmacie de garde	2		2	-	-	-
Ne sais pas	8	9	2	1	3	2

MedG : patients orientés vers un médecin de garde, CMS : patients ayant reçu un conseil médical simple, Ra : patient ayant raccroché, Papp : patient n'ayant pas appelé le 116 117

4.3.g. Améliorations possibles

Tableau VII : propositions d'amélioration avancées par les patients.

Proposition	Effectifs
Communication sur l'existence du 116 117	
- Mieux informer la population sur son existence	4
- Informer les patients dès l'entrée des urgences pour éviter de devoir faire une entrée dans ce service	3
- Informer l'ensemble du personnel médical sur son existence	1
Personnel	
- Augmenter le personnel dans son ensemble	2
- Augmenter le personnel à l'accueil des urgences	1
- Donner plus de moyens aux urgences	1
Accueil aux urgences	
- Être mieux examiné aux urgences	2
- Mieux catégoriser les patients en fonction de leurs urgences lors de l'admission	1
- Être plus écouté, plus examiné, avant d'être réorienté	1
- Autoriser les médecins des urgences à faire des certificats d'accident du travail	1
- Mieux informer les patients sur la localisation du médecin de garde (<i>lorsqu'il n'est pas au CAPS</i>)	1
- Être rassuré par le médecin des urgences	1
- Pouvoir recevoir une ordonnance par le médecin à l'accueil des urgences	1
Réorientation	
- Faire passer l'appel au 116 117 par l'infirmière d'accueil pour éviter de devoir tout répéter	2
- Être quand même vu aux urgences pour les patients n'ayant pas d'argent pour payer la consultation	1
Régulation	
- Améliorer le temps de mise en communication avec le médecin régulateur	10
- Voir un médecin en direct (plutôt que de l'avoir au téléphone)	4
- Ne pas devoir dire plusieurs fois les mêmes informations à l'assistant de régulation	1
- Informer les assistants de régulation et les médecins régulateurs de cette réorientation	1
- Proposer des visioconférences en cas de problématique dermatologique	1

Maison médicale de garde

- Localisation de la MMG
 - Mettre la MMG dans l'enceinte des urgences pour éviter de devoir sortir 1

- Attente
 - S'il y a un événement qui fait que le médecin n'est pas présent, trouver un moyen de pouvoir prévenir le patient (une infirmière, une secrétaire...) 1
 - Informer du temps d'attente dans la salle d'attente du CAPS 1

- Coût
 - Informer que la consultation va être payante 1
 - Mettre une fiche d'information dans la salle d'attente du CAPS avec les honoraires 1
 - Disposer d'un lecteur de carte bancaire 1

- Autres
 - Donner la pharmacie de garde après la consultation 2

Autres

- Trouver des médecins généralistes pour les nouveaux arrivants dans la région 1
 - Augmenter le nombre de médecins généralistes à La Roche-sur-Yon 1
-

4.3.i. Remarques positives ou négatives

52 patients se sont exprimés lors de la question ouverte leur demandant s'ils avaient des remarques positives ou négatives sur leur prise en charge (soit 56 % des patients). 17 patients ont spontanément émis des remarques sur leur prise en charge dès l'explication du motif d'appel. Leur discours ont donc été analysés conjointement.

L'analyse des données a permis de les regrouper autour de plusieurs thèmes tels que décrits dans le tableau ci-dessous. (Certains patients ont abordé plusieurs thèmes différents lors de cette question, ils ont donc été comptabilisés plusieurs fois dans le tableau.)

Les remarques les plus pertinentes sont présentées en annexe (voir annexe 7).

Tableau VIII : nombres de patients ayant abordé les différents thèmes lors de la question ouverte et répartition des réponses entre remarques positives et négatives.

Thèmes	Effectifs	
	Remarques positives	Remarques négatives
Accessibilité	15	15
Durée d'attente	14	13
Distance	1	1
Coût	-	1
Qualité des soins	24	9
<i>Général</i>		
Accueil	4	-
Écoute	4	-
Gentillesse	4	1
Professionalisme	2	-
<i>Accueil des urgences</i>		
Accueil	1	1
Prise au sérieux du problème	-	2
Temps pris	-	1
<i>Régulation téléphonique</i>		
Gentillesse	-	2
Explications	1	1
Temps pris	-	1
<i>Médecin de garde</i>		
Accueil	2	-
Professionalisme	5	-
Gentillesse	1	-
Processus de réorientation	10	2
Satisfaction	8	13

5. DISCUSSION

5.1. Satisfaction des patients

5.1.a. Globale

Les patients se sont estimés en majorité satisfaits de leur prise en charge suite à leur réorientation vers le 116 117. Cette réponse médicale semble avoir pu répondre à leurs attentes.

Notre étude était, à notre connaissance, la première à évaluer la satisfaction des patients réorientés vers une régulation médicale téléphonique. En effet, nous n'avons retrouvé aucune donnée dans la littérature concernant ce type de procédure de réorientation à l'accueil d'un service d'urgence.

Les résultats obtenus sont tout de même concordants avec la littérature se rapprochant du sujet. Les patients se présentant spontanément aux urgences semblent être plutôt satisfaits lorsqu'une prise en charge alternative leur est proposée, qu'il s'agisse d'une consultation de médecine générale par un praticien spécialiste au sein même de la structure des urgences (9) (8) ou d'une réorientation dès l'accueil des urgences vers une maison médicale de garde (7).

5.1.b. Satisfaction des patients ayant reçu un conseil médical simple

Dans notre étude, la satisfaction globale des patients était meilleure chez ceux ayant bénéficié d'une consultation avec un médecin après la régulation téléphonique, que chez ceux n'ayant reçu qu'un conseil médical. 48% des patients ayant reçu un conseil médical téléphonique auraient préféré être vu par un médecin. Ces résultats confirment les données de la revue de la littérature de Leibowist en 2003. Il a mis en évidence que les patients étaient insatisfaits de leur appel auprès d'une régulation téléphonique lorsqu'elle constituait un obstacle aux autres formes de soins (27).

52% des patients ayant reçu un conseil médical simple ont estimé la réassurance comme bonne ou excellente. Malgré le fait que la délivrance d'un conseil médical simple ne

corresponde probablement pas aux attentes de certains patients, il serait intéressant de réaliser une analyse de nos pratiques. Ceci dans le but de déterminer sur quels aspects, l'entretien téléphonique pourrait être amélioré, et ce, d'autant plus que les patients qui se présentent aux urgences pour une problématique de médecine générale sont plus inquiets que ceux qui consultent en externe (28) (29). Il serait peut-être opportun de s'appuyer sur des techniques de communication positive, de reformulation et de validation de la décision médicale par le patient en régulation.

Il semblerait enfin, en analysant les discours des patients, que certains croyaient passer cet appel dans le but de se rendre à la MMG pour une consultation. Il est possible que toutes les IOA n'aient pas expliqué de la même façon la réorientation aux patients.

Il sera judicieux dans l'avenir de rappeler aux IOA l'importance d'informer les patients réorientés de façon la plus claire possible, afin qu'ils soient avertis de la possibilité de ne recevoir qu'un conseil médical simple par téléphone.

5.1.c. Satisfaction des patients au cours des différentes étapes de leur prise en charge

Au cours des différentes étapes de leur prise en charge, les patients se sont estimés plutôt satisfaits des soins dont ils ont bénéficié.

• Durée d'attente

La durée d'attente avant de pouvoir parler au médecin régulateur est cependant ressortie comme le principal facteur d'insatisfaction des patients. Cette donnée confirme les travaux de Kelly et coll (24).

Dans notre étude, la durée d'attente a été en effet très longue pour plusieurs patients : 5 patients ont attendu entre 30 et 45 minutes au téléphone et 9 patients plus de 45 minutes. Ce délai d'attente prolongée a été à l'origine de l'interruption téléphonique de 4 patients. Cependant lors de la question ouverte finale, si plusieurs patients ont fait part de leur insatisfaction vis-à-vis de cette durée d'attente téléphonique, d'autres ont souligné la rapidité

de leur prise en charge comme élément positif. Ils étaient d'ailleurs 60 % à estimer la durée d'attente téléphonique comme bonne ou excellente. Ces différences notables de niveaux de satisfaction sont peut-être à mettre en lien avec la durée d'attente variable entre les jours et les horaires d'appels.

Il paraît important toute de même que cette durée d'attente téléphonique anormalement longue pour certains patients puisse être prise en compte, et ce, pas uniquement lors de la réorientation, mais également pour l'ensemble des patients contactant le 116 117. Une étude sur les horaires et les jours d'affluence pourrait être réalisée afin d'optimiser la présence des médecins régulateurs. Il faut de plus, tenir compte, comme signalé précédemment, de l'augmentation significative du nombre d'appels sur 1 an (+ 44 %) sans modification du nombre de médecins régulateurs pour chaque plage horaire.

Dans le cadre de notre protocole, il nous semble pertinent d'informer les patients sur cette durée d'attente dès la réorientation afin d'éviter une rupture de soins si le patient raccroche alors qu'il n'a pas encore parlé au médecin régulateur.

• Autres aspects des soins

Notre étude a enfin révélé une très grande satisfaction des patients vis-à-vis des soins reçus auprès du médecin de garde. La majorité des patients ont jugé les aspects des soins proposés comme bons ou excellents et leurs remarques ont toutes été positives.

5.2. Compréhension de la réorientation vers un appel téléphonique

Cette réorientation vers un appel téléphonique a été comprise par 81 % des patients, contrairement à ce que pensaient initialement les médecins urgentistes (à savoir que la réorientation via le 116 117 pouvait être responsable d'une incompréhension de la part des patients). Ils ne semblaient pas gênés d'être réorientés vers une plateforme téléphonique après avoir été accueillis aux urgences.

Lors de l'analyse des réponses fournies par les 19 % des patients restants, le manque d'information délivrée par l'IOA lors de la réorientation est ressorti à plusieurs reprises pour expliquer leur incompréhension. L'information sur les raisons et les objectifs de cette réorientation vers le 116 117 devra être la plus claire possible, ceci afin de limiter les risques d'incompréhension, et de rupture de soins par une absence d'appel téléphonique.

5.3. Comportement des patients et améliorations futures possibles vis-à-vis de la présentation aux urgences

Cette réorientation a été considérée comme justifiée par 76 % des patients, c'est-à-dire que la majorité des patients réorientés ont estimé que leur motif de venue ne relevait pas d'une prise en charge dans un service d'urgences. Certains patients ont même considéré cette réorientation comme bénéfique, permettant de laisser la place aux urgences à des patients plus urgents. Ce chiffre est comparable à celui retrouvé dans l'étude de Morin en 2017 qui s'était intéressé à une procédure de réorientation des patients de l'accueil du SAU directement vers la MMG (30). Dans son étude, 79,6 % des patients avaient estimé leur réorientation comme justifiée.

Certains patients ont tout de même considéré que leur réorientation n'était pas justifiée du fait de l'intensité de leur douleur qu'il sera important, en fonction de la pathologie, de prendre en charge systématiquement à l'accueil des urgences avant d'envisager la réorientation.

Même si la question n'a pas été directement posée aux patients, nous nous sommes intéressés aux motivations qui avaient pu inciter ceux-ci à consulter aux urgences alors qu'ils considéraient, pour la plupart, que leur problématique ne relevait pas d'une telle consultation.

5.3.a. Motivations à consulter aux urgences

- **Difficulté d'accès aux soins primaires et consumérisme médical**

Vidal et coll. ont réalisé en 2009 une revue de la littérature portant sur les motivations qu'avaient les patients non urgents à consulter aux urgences. Son analyse révélait que la difficulté d'accès aux soins primaires était une des raisons principales de présentation spontanée au SAU (31). Mais il ne s'agissait pas uniquement de la disponibilité des services de premiers recours, mais surtout de la possibilité d'obtenir des soins rapidement. C'était donc la peur du patient de ne pas obtenir, en temps voulu, un rendez-vous avec un médecin généraliste qui amenait celui-ci aux urgences. Les résultats de notre étude semblent en

adéquation avec ces données. Les patients inclus déclaraient pour 81% d'entre eux avoir un médecin traitant, mais seulement 11 % avaient essayé de le joindre avant de se rendre aux urgences.

La disponibilité sur place des examens et la gratuité apparente des soins semblent avoir été également pour certains patients la raison de leur venue aux urgences et cela est concordant avec la littérature (31) (32). En effet, certains patients regrettent d'avoir dû avancer les frais à la MMG et d'autres d'être encore en attentes d'examens complémentaires.

• Difficulté à estimer l'urgence de leur pathologie

Il est malgré tout nécessaire de prendre en considération la difficulté que peuvent avoir certains patients à estimer par eux même l'urgence de leur pathologie (32). Une urgence au sens médical n'est pas forcément une urgence du point de vue du patient. 5 patients ont d'ailleurs estimé qu'ils auraient dû être pris en charge aux urgences au vu de la gravité de leur état de santé. Pour aller dans le même sens, deux patients ont déclaré qu'en cas de nouvelle problématique relevant de la médecine générale, ils reviendraient aux urgences afin que l'IOA puisse évaluer si leur état nécessite une prise en charge au SAU ou une réorientation vers la PDSA. 3 patients ont d'ailleurs été étonnés de pouvoir appeler le 116 117 de chez eux.

• Méconnaissance de l'offre de soins

Cette consultation spontanée aux urgences pourrait enfin être expliquée en partie par la méconnaissance de l'organisation de la permanence des soins. En effet, on constate que seulement 8 % des patients de notre étude connaissaient le 116 117 avant d'avoir été invités à le composer. Ces données confirment les résultats de l'enquête menée par l'ARS des Pays de la Loire en 2016 révélant que seulement 14 % des patients interrogés reconnaissaient avoir eu une information sur le numéro de téléphone à appeler lors de la permanence des soins (10).

5.3.b. Impact de la réorientation sur le comportement futur des patients

La procédure de réorientation semble avoir eu un faible impact sur le comportement futur des patients. En effet, seulement 47 % des patients ont indiqué qu'ils rappelleraient le 116 117 en cas de problématique relevant de la médecine générale en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux.

Certains patients, pourtant totalement satisfaits de leur prise en charge, n'ont pas mentionné l'appel au 116 117 comme solution à une potentielle problématique similaire. Les patients ont-ils vraiment compris à quoi correspondait ce numéro qu'ils ont appelé après avoir été réorientés ? Ont-ils compris que ce numéro était composable de chez eux pour que la prise en charge la plus adaptée à leur problématique leur soit proposée ? Ces questions rejoignent le problème, déjà mentionné plus haut, de l'information donnée par l'IOA aux patients vis-à-vis de ce numéro de téléphone.

5.3.c. Éducation de la population et communication

Il semble donc nécessaire de mettre en place un vrai travail d'éducation et de communication sur la PDSA et sur son organisation. Ceci dans le but que le service des urgences ne soit plus le premier recours aux soins pour certains patients. Ce travail devra être réalisé à l'échelle nationale tout d'abord avec une information grand public par l'intermédiaire des différents canaux de communications (affichage public, presse, radio, télévision, réseaux sociaux...), mais également au niveau local, par l'intermédiaire des médecins généralistes. Les patients seront peut-être plus enclins à modifier leurs habitudes si l'éducation est apportée par la personne en qui ils ont confiance.

L'éducation des patients devra porter sur l'intérêt d'une évaluation téléphonique en cas de problématique qu'ils jugent urgente. Elle pourra également s'attarder sur la détection des signes de gravité nécessitant une prise en charge aux urgences, et notamment pour les pathologies ORL ou dermatologiques.

Comme préconisé par plusieurs patients, il pourrait être judicieux d'améliorer l'affichage à l'entrée des urgences sur l'existence du 116 117.

Une attention particulière devra enfin être portée par l'IOA sur l'éducation des patients réorientés vis-à-vis de ce numéro de téléphone, joignable de chez eux en cas de problématique relevant de la médecine générale.

5.3.d. Réforme de santé

Afin de limiter ces recours inappropriés aux urgences, mais également d'améliorer l'accès aux soins, le ministre de la Santé, Agnès Buzyn a proposé une réforme du système de santé : « Ma santé 2022 » (33). Le 1^{er} pilier repose sur la création des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) : un collectif d'acteurs de santé (médecins et paramédicaux), créé à leur initiative, visant à renforcer leur coordination et à améliorer la prise en charge de la population de leur territoire. L'objectif étant que l'ensemble du territoire soit couvert par les CPTS au 1er juillet 2021.

Les CPTS auront pour objectif à terme notamment :

- de faciliter l'accès à un médecin traitant (en recensant les patients sans médecin traitant, en identifiant les patients « prioritaires » pour la prise en charge par un médecin traitant) ;
- d'améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville (avec une mise en place des consultations secondaires dans les territoires désertés, et le partage d'un agenda comportant les horaires et les congés des professionnels de santé) (34).

La CPTS de La Roche-sur-Yon est en cours de création.

Dans son pacte de refondation des urgences, présenté le 9 septembre 2019 (35), le ministre de la Santé a présenté certaines mesures qui permettraient de faire face à l'engorgement des urgences et à l'épuisement des professionnels. Un des plans, dont la mise en place devrait être dévoilée sous peu, sera le service d'accès aux soins. Il s'agira d'une plateforme unique, qui permettra de joindre à toute heure et à distance un professionnel de santé. Il lui fournira alors un conseil, une téléconsultation ou une orientation vers une consultation sans rendez-vous ou un service d'urgences. L'objectif étant que les patients aient une « boussole » afin de savoir vers quel endroit se diriger et ne se présentent plus spontanément aux urgences.

5.3.e. Limites

Il serait judicieux dans une prochaine étude de comprendre les raisons objectives pour lesquelles les patients de notre étude n'ont pas mentionné le 116 117 comme solution pour une problématique médicale future. Cela pourrait en effet également être dû à leur réticence à contacter spontanément un médecin régulateur pour une problématique médicale.

En 2001, Payne a d'ailleurs réalisé une étude qualitative sur la satisfaction des patients ayant bénéficié d'une régulation téléphonique (36). Dans son étude, de nombreux patients ont fait part de leur anxiété face à leur capacité à décrire efficacement leurs symptômes ou à bien comprendre et suivre les conseils qu'ils recevaient par téléphone.

5.4. Sécurité du protocole

10% (n = 9) des patients ont estimé que la réorientation avait eu un effet néfaste sur leur santé. Parmi eux, 5 patients (5 %) ont déclaré avoir eu une aggravation de leur pathologie du fait de leur non-prise en charge aux urgences, mais aucun patient n'a dû par la suite être hospitalisé. Même si cette évaluation était subjective et que l'effectif de notre cohorte était faible, le fait qu'aucun patient n'ait nécessité d'hospitalisation dans les suites de cette procédure de réorientation vers une régulation téléphonique permet d'avoir une première analyse de la sécurité du protocole. Il ne semble pas y avoir eu de réorientation inappropriée, d'autant plus que 33% des patients régulés ont pu bénéficier d'un conseil médical simple.

Cette problématique nécessiterait cependant une étude dédiée sur une durée plus longue. En effet, à l'heure actuelle, aucun protocole de réorientation des patients à l'accueil des urgences ne fait l'objet de recommandations officielles et la sécurité de ces derniers à l'accueil des urgences est controversée par certains auteurs (37).

Ces études allant à l'encontre de la réorientation présentent cependant des biais majeurs. Elles étaient pour la plupart réalisées rétrospectivement par une analyse des dossiers de patients admis dans le circuit des urgences. Le caractère « non urgent » des pathologies était déterminé en utilisant le score de triage attribué à l'entrée des urgences. Or cette échelle de tri employée n'a pas été construite dans ce but, mais dans celui de permettre de prendre en charge les patients aux urgences en fonction de leur sévérité (38) (39). De même, Durand en 2011 considérait cette réorientation non sécurisée du fait d'une difficulté apparente des infirmières à déterminer le caractère urgent ou non d'une pathologie. Les infirmières devaient apprécier pour chaque patient se présentant à l'accueil s'il nécessitait ou non d'une prise en charge aux urgences. Une comparaison était ensuite faite entre cette évaluation initiale et la décision finale prise par le médecin urgentiste, à la suite de sa prise en charge. Cependant cette appréciation réalisée par l'infirmière ne reposait sur aucun protocole mis en place (40).

Notre démarche de réorientation présente contrairement à ces études plusieurs avantages : elle est basée sur un protocole spécifique, elle est validée pour chaque réorientation par le médecin d'accueil et d'orientation des urgences et elle réoriente les patients vers une autre offre de soins où une évaluation de la problématique médicale est réexaminée.

Il est important tout de même dans notre protocole de tenir compte des ruptures de soins, c'est-à-dire des patients qui n'ont pas appelé le 116 117 ou qui ont appelé, mais raccroché secondairement. Il sera essentiel dans le futur de les limiter le plus possible en les informant de l'utilité de cet appel.

5.5. Respect du protocole de réorientation

Cette étude était également l'occasion d'analyser les dysfonctionnements qui ont été parfois responsables de l'insatisfaction des patients, ceci dans une démarche d'amélioration de nos pratiques.

5.5.a. Patients non inclus

Lorsque l'on s'intéresse aux patients qui n'ont pas pu être inclus dans l'étude, on retrouve 20 patients réorientés vers la PDSA pour lesquels le protocole n'a pas été respecté : 16 d'entre eux ont été réorientés directement vers la maison médicale de garde sans régulation. De plus, il a été demandé à 4 autres d'appeler le 116 117 alors que, dans le même temps, ils étaient dirigés vers la salle d'attente de la MMG. Ils ont finalement été vus par le médecin de garde avant la régulation téléphonique. Ces pratiques vont à l'encontre des objectifs de ce protocole et contribuent ainsi à l'incompréhension de la procédure et au sentiment d'inutilité d'une régulation médicale téléphonique. Aucun patient ne devrait être envoyé dans la salle d'attente du médecin garde sans contact préalable avec la régulation médicale du 116 117. Se pose tout de même la question de savoir où faire patienter le patient lorsqu'il est en attente de l'avis du médecin régulateur. Une salle dédiée attenante au service des urgences pourrait être mise en place.

5.5.b. Horaires de consultation

Les horaires de réorientation n'ont pas été respectés pour 21 patients. Si aucun patient réorienté en dehors des horaires de permanence des soins ne s'en est plaint, il sera important de faire attention à cela dans l'avenir, et ce particulièrement pour les réorientations tardives. Ces patients ne pourront en effet pas bénéficier d'une consultation le soir même avec un médecin de garde alors que le médecin régulateur l'aurait peut être jugé utile.

5.5.c. Patients ne parlant pas français

Par ailleurs, 10 questionnaires n'ont pas pu être réalisés, car les patients ne parlaient pas français. Il est licite de se demander comment ces patients avaient pu être réorientés vers une régulation téléphonique alors qu'ils ne parlaient pas correctement français. Il est probable que lors de leur présentation aux urgences, soit ces patients étaient accompagnés par quelqu'un parlant français qui a alors téléphoné au 116 117 pour eux, soit ils ont été réorientés directement vers la MMG.

5.5.d. Patients mineurs

Enfin, on observe que peu de patients mineurs ont été réorientés vers la permanence des soins. Cela s'explique en partie par l'organisation des urgences sur l'hôpital. Les enfants de moins de 18 ans sont en effet évalués par l'IOA à l'entrée des urgences, mais ils sont pris en charge au niveau des urgences pédiatriques en cas de problématique médicale.

Au vu des résultats de notre étude, il pourrait être intéressant d'entamer une discussion avec les pédiatres, afin que ce protocole soit élargi pour la population pédiatrique.

5.5.e. Régulation téléphonique

3 patients ont été réorientés vers la MMG alors que le médecin de garde n'avait pas été prévenu par le médecin régulateur. 1 patient a de ce fait attendu 1h en salle d'attente et 2 patients n'ont pas pu être reçus par le médecin de garde. L'un d'eux a consulté dans un autre hôpital à la place. Il sera donc important de rappeler aux médecins régulateurs l'intérêt de contacter le médecin de garde avant de réorienter les patients vers la maison médicale de garde.

Enfin, un des objectifs de la régulation préalable était de permettre de réorienter le patient vers le médecin de garde du secteur de permanence des soins dont dépendait le patient. On voit que cela n'a presque jamais été respecté (sauf pour un patient). Une patiente a dû revenir sur la maison médicale de garde pour un rendez-vous alors qu'elle était déjà rentrée chez elle,

dans un autre secteur. Un des biais à cette réorientation sur le bon secteur de PDSA vient du fait que l'ARM prend l'adresse de l'appel (donc les urgences de l'hôpital de La Roche-sur-Yon) et non du lieu de vie du patient. Peut-être serait-il nécessaire que la commune d'habitation du patient soit systématiquement demandée par l'ARM lorsque le patient appelle de l'accueil des urgences.

5.5.f. Problématique sociale

Un patient sans couverture sociale a été réorienté via le 116 117 vers une consultation auprès du médecin de garde et n'a pas pu régler la consultation. Il serait peut-être judicieux de ne pas réorienter les patients sans couverture sociale.

5.6. Limites de l'étude

Notre étude était observationnelle. Elle donne tout de même une première approche de la satisfaction des patients et de l'acceptabilité du protocole.

L'inclusion des patients a été faite sur les mois d'été, de juin à septembre, ce qui peut occasionner un biais de sélection. Les médecins généralistes, mais aussi les patients sont plus souvent en vacances pendant cette période et ceci peut favoriser un recours plus important aux urgences. D'autre part, la période choisie était également hors période d'épidémies hivernales. Pour autant, la représentativité de notre population de patients non urgents semble cohérente avec la littérature. Vidal et coll. dans sa revue de la littérature identifie les patients consultants aux urgences pour des motifs non urgents comme : jeunes, de sexe féminin, sans comorbidité et de niveau socio-économique moyen et bas. (31).

Il est possible qu'un biais de désirabilité sociale soit présent, notamment concernant la question « À l'avenir, si vous aviez besoin de consulter un médecin généraliste en dehors des horaires d'ouverture des cabinets, que feriez-vous ? ». Même si le fait de poser une question ouverte tend à diminuer ce biais, il est probable que certains patients aient répondu qu'ils comptaient rappeler le 116 117 uniquement pour faire bonne impression.

Avec un questionnaire standardisé, réalisé par un investigateur unique, nous avons essayé de réduire au minimum le risque de biais de mesure. La phrase de présentation de l'étude ainsi que les questions étaient le plus neutres possible afin de ne pas influencer les réponses des patients.

6. CONCLUSION

Les patients réorientés de l'accueil des urgences vers un appel au 116 117 se sont estimés globalement satisfaits de leur prise en charge, et ce d'autant plus lorsqu'ils ont pu bénéficier d'une consultation avec un médecin généraliste. Les patients semblaient par ailleurs bien comprendre cette réorientation vers une régulation téléphonique qu'ils ont majoritairement jugée justifiée. Les premières données vis-à-vis de la sécurité de ce protocole sont bonnes. Ces éléments positifs incitent à la poursuite de cette réorientation. Après cette étude, il apparaît essentiel d'informer l'ensemble du personnel médical et paramédical de l'existence de ce protocole de réorientation ainsi que de son déroulement et de son objectif. Ceci dans le but d'harmoniser les pratiques et d'améliorer encore davantage la compréhension et la satisfaction des patients. L'éducation et l'information des patients vis-à-vis du 116 117 sont également à poursuivre afin de gérer de façon optimale leur orientation en amont des urgences.

7. Bibliographie

1. République Française. Code de la santé publique - Article R6315-3 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032934534&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170124>
2. Schull MJ, Kiss A, Szalai J-P. The Effect of Low-Complexity Patients on Emergency Department Waiting Times. *Ann Emerg Med.* mars 2007;49(3):257-264.e1.
3. Richardson D, Mountain D. Myths versus facts in emergency department overcrowding and hospital access block |. *Med J Aust.* 2009;190(7):369-74.
4. Descours C, Honoraire S. Rapport Descours [Internet]. 2003 [cité 14 août 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf
5. Fitzpatrick R. Surveys of patients satisfaction: I--Important general considerations. *BMJ.* 13 avr 1991;302(6781):887-9.
6. Séné-Bourgeois E. L'évaluation de la satisfaction des usagers, un enjeu pour la qualité des soins. *Soins* [Internet]. 2017;62 (812) [cité 27 août 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1104170/article/l-evaluation-de-la-satisfaction-des-usagers-un-enj>
7. Noreille F. Evaluation des flux entre le Service d'Accueil des Urgences du CHRU et la Maison Médicale de Garde de SOS Médecins à Besançon dans le cadre de la convention [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2014.
8. Boeke AJP, van Randwijck-Jacobze ME, de Lange-Klerk EM, Grol SM, Kramer MH, van der Horst HE. Effectiveness of GPs in accident and emergency departments. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* oct 2010;60(579):378-84.
9. Bosmans JE, Boeke AJ, van Randwijck-Jacobze ME, Grol SM, Kramer MH, van der Horst HE, et al. Addition of a general practitioner to the accident and emergency department: a cost-effective innovation in emergency care. *Emerg Med J.* mars 2012;29(3):192-6.
10. ARS. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires [Internet]. 2016 [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-05/CDC2017-2019.pdf>
11. République Française. Code de la santé publique - Article R6315-1 [Internet]. [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B862E9C50FBBAE340BF06FE68E67DC8B.tplgfr33s_2?idArticle=LEGIARTI000038465009&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170124

12. République Française. Code de la santé publique - Article R6315-4 [Internet]. [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=B862E9C50FBBAE340BF06FE68E67DC8B.tplgfr33s_2?idArticle=LEGIARTI000038465153&cidTexte=LEGIARTI000006072665&dateTexte=20170124
13. Perruche F, Pourriat J-L, Claessens Y-E. Satisfaction des patients consultant aux urgences. Mise au point. *J Eur Urgences*. juin 2014;21(1):14-21.
14. Boudreaux ED, O'Hea EL. Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. *J Emerg Med*. janv 2004;26(1):13-26.
15. Attard N, Vitasse Y, Nouvellet S, Kurtzemann I, Pisapia M, Galiez F, et al. Enquête de satisfaction des usagers d'un SAU adulte. Intérêts et limites d'une étude prospective. *J Eur Urgences*. 8 mars 2008;20(1S):127-0.
16. Sun BC, Adams J, Orav EJ, Rucker DW, Brennan TA, Burstin HR. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Ann Emerg Med*. mai 2000;35(5):426-34.
17. McKinley RK, Manku-Scott T, Hastings AM, French DP, Baker R. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United Kingdom: development of a patient questionnaire. *BMJ*. 18 janv 1997;314(7075):193-8.
18. van Uden CJT, Ament AJHA, Hobma SO, Zwietering PJ, Crebolder HFJM. Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands. *BMC Health Serv Res*. 15 janv 2005;5(1):6.
19. Garratt AM, Danielsen K, Forland O, Hunskaar S. The Patient Experiences Questionnaire for Out-of-Hours Care (PEQ-OHC): data quality, reliability, and validity. *Scand J Prim Health Care*. juin 2010;28(2):95-101.
20. Campbell JL, Dickens A, Richards SH, Pound P, Greco M, Bower P. Capturing users' experience of UK out-of-hours primary medical care: piloting and psychometric properties of the Out-of-hours Patient Questionnaire. *Qual Saf Health Care*. déc 2007;16(6):462-8.
21. Garratt AM, Danielsen K, Hunskaar S. Patient satisfaction questionnaires for primary care out-of-hours services: a systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. sept 2007;57(542):741-7.
22. Allemann Iseli M, Kunz R, Blozik E. Instruments to assess patient satisfaction after teleconsultation and triage: a systematic review. *Patient Prefer Adherence*. 24 juin 2014;8:893-907.
23. Moscato SR, Valanis B, Gullion CM, Tanner C, Shapiro SE, Izumi S. Predictors of patient satisfaction with telephone nursing services. *Clin Nurs Res*. mai 2007;16(2):119-37.

24. Kelly M, Egbunike JN, Kinnersley P, Hood K, Owen-Jones E, Button LA, et al. Delays in response and triage times reduce patient satisfaction and enablement after using out-of-hours services. *Fam Pract.* 1 déc 2010;27(6):652-63.
25. HAS. e-Satis +48h MCO [Internet] avril 2018. [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: https://www.aphp.fr/sites/default/files/e-satis_questionnaire_campagne_2015.pdf
26. Référentiels SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 1 nov 2019]. Disponible sur: https://www.sfm.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm/le-thesaurus-des-motifs-de-recours/ref_id/22
27. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract.* juin 2003;20(3):311-7.
28. Howard MS, Davis BA, Anderson C, Cherry D, Koller P, Shelton D. Patients' Perspective on Choosing the Emergency Department for Nonurgent Medical Care: A Qualitative Study Exploring One Reason for Overcrowding. *J Emerg Nurs.* oct 2005;31(5):429-35.
29. Olsson M, Hansagi H. Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective. *Emerg Med J EMJ.* nov 2001;18(6):430-4.
30. Morin C. Evaluation d'une procédure de réorientation des patients vers la maison médicale de garde dès l'accueil des urgences [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2017.
31. Vidal Carret ML, Gastal Fassa A, Marlos Rodrigues D. Inappropriate Use of Emergency Services: A Systematic Review of Prevalence And Associated Factors. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2009;1(25):7-28.
32. Kraaijvanger N, van Leeuwen H, Rijpsma D, Edwards M. Motives for self-referral to the emergency department: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 9 déc 2016;16 [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5148909/>
33. ARS. Ma Santé 2022 : les grandes mesures inscrites dans la loi [Internet]. juil 2019 [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-les-grandes-mesures-inscrites-dans-la-loi>
34. URPS. CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) [Internet]. URPS. 2019 [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: <http://urml-paysdelaloire.org/cooperations-interprofessionnelles/cpts-communaute-professionnelle-territoriale-de-sante/>
35. DICOM. Discours d'Agnès Buzyn - Pacte de refondation des urgences [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 30 oct 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-pacte-de-refondation-des-urgences>
36. Payne F, Shipman C, Dale J. Patients' experiences of receiving telephone advice from a GP co-operative. *Fam Pract.* avr 2001;18(2):156-60.

37. Marchetti M, Lepape M, Lauque D. La réorientation à l'accueil des services d'urgences : évaluation des pratiques professionnelles françaises. *Ann Fr Médecine Urgence*. 1 nov 2014;4(6):349-53.
38. Birnbaum A, Gallagher EJ, Utkewicz M, Gennis P, Carter W. Failure to Validate a Predictive Model for Refusal of Care to Emergency-department Patients. *Acad Emerg Med*. 1994;1(3):213-7.
39. Vertesi L. Does the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale identify non-urgent patients who can be triaged away from the emergency department? *CJEM*. sept 2004;6(5):337-42.
40. Durand A-C, Gentile S, Gerbeaux P, Alazia M, Kiegel P, Luigi S, et al. Be careful with triage in emergency departments: interobserver agreement on 1,578 patients in France. *BMC Emerg Med* [Internet]. déc 2011;11(1) [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: <https://bmccemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-227X-11-19>

8. Annexes

8.1. Annexe 1 : Plages horaires de régulation en fonction des jours

- pour un jour de semaine : il y a 2 régulateurs de 20 h à 08h.

	12 h – 14 h	14 h – 16 h	16 h – 18h	18 h – 20 h	20 h – 24 h	24 h – 08 h
Médecin 1						
Médecin 2						
Médecin 3						
Médecin 4						
Médecin 5						
Médecin 6						

- pour un samedi :

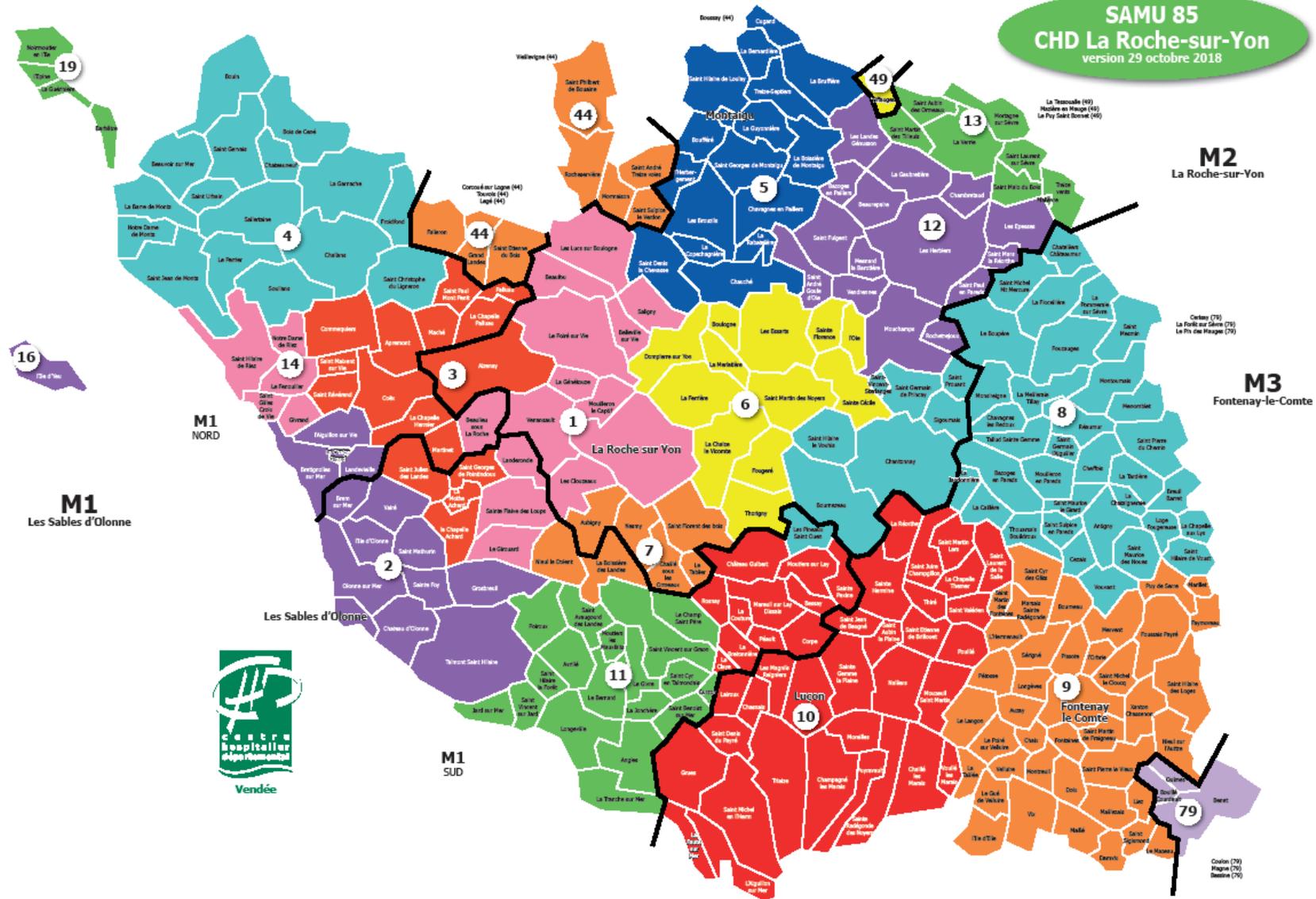
- pour un dimanche ou jour férié :

	06 h – 08 h	08 h – 10 h	10 h – 12 h	12 h – 14 h	14 h – 16 h	16 h – 18h	18 h – 20 h	20 h – 24 h	24 h – 08 h
Médecin 1									
Médecin 2									
Médecin 3									
Médecin 4									
Médecin 5									
Médecin 6									
Médecin 7									
Médecin 8									
Médecin 9									

8.2. Annexe 2 : Carte des secteurs de permanence des soins en Vendée

(Voir carte page suivante).

SAMU 85
CHD La Roche-sur-Yon
 version 29 octobre 2018



8.3. Annexe 3 : Classification CIMU

Niveau CIMU	Situation	Risque	Ressource	Action	Délais	Secteur
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 1 min	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	SAUV
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	≥ 3	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	1-2	Acte diagnostique et/ ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	Pas d'acte diagnostique et/ ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

8.4. Annexe 4 : Classification CCMU

Classification CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

8.5. Annexe 5 : protocole de réorientation

1-OBJET	Définir les modalités de réorientation vers la permanence des soins (116 117) des patients ne relevant pas d'une prise en charge dans la Structure d'Urgences (SU) du CHD Vendée.	
2-DOMAINES D'APPLICATION	3 sites du CHD Vendée possédant une SU Adultes.	
3-PERSONNES CONCERNÉES	Infirmières Organisatrices de l'Accueil (IOA) Admissionnistes Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO).	
4-Définitions et abréviations	IOA Infirmières Organisatrices de l'Accueil MAO Médecin d'Accueil et d'Orientation SU Structure d'Urgences	
5- Documents de référence	<ul style="list-style-type: none"> • 	
6- Documents associés	<ul style="list-style-type: none"> • Liste, tableau, imprimé... • Modes opératoires, Fiches techniques, Fiches d'enregistrement 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Référence 	Titre
7-équipements associés	<i>Résurgences®</i>	
8-MODIFICATIONS		

9-RESPONSABLES DE LA RÉDACTION	Identification	Fonction	Date
	FREY Jérôme LAURENCEAU Franck	PH Urgences Cadre de Santé Urgences	31/05/2018
10 -RESPONSABLES VERIFICATION	TRICOIRE Daniel	Cadre Supérieur de Santé SSU	05/06/2018

11-INFORMATIONS	
------------------------	--

INTERVENANT

IOA 1

Admissionniste

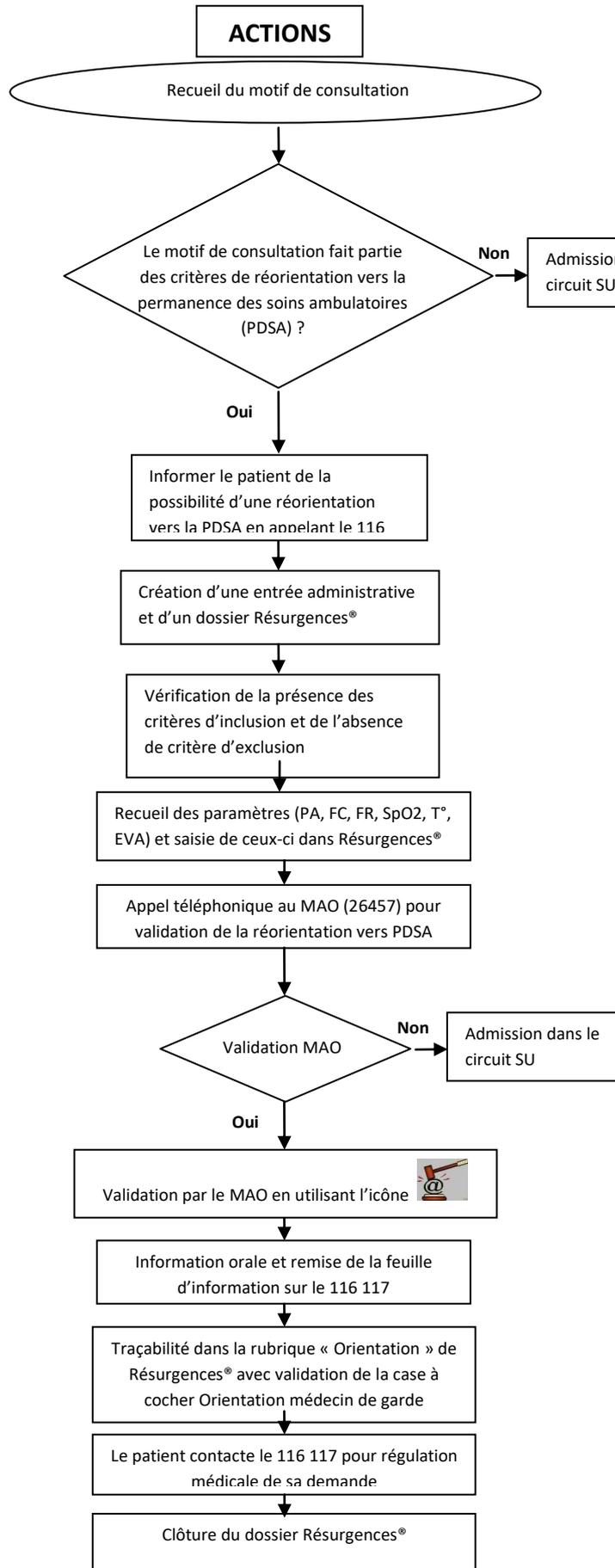
IOA 2

MAO

IOA 2

IOA2

ACTIONS



Annexe 1.
Critères d'inclusion et d'exclusion

Annexe 2.
Feuille d'information sur le 116 117

Annexe 1. Critères d'inclusion et d'exclusion

CRITERES D'INCLUSION	OUI	NON
TOUTES LES CASES OUI DOIVENT ETRE COCHEES		
Patient ne nécessitant pas de façon évidente d'examens complémentaires		
Problème médical sans caractère de gravité immédiate évident		
Pathologie aigue qui aurait pu être gérée par le médecin traitant aux heures ouvrables		
Horaires de la PDSA : Du lundi au vendredi : 20h00-00h00 Le samedi : 12h00-00h00 Le dimanche et jours fériés : 08h00-00h00		

CRITERES DE NON-INCLUSION	NON	OUI
TOUTES LES CASES NON DOIVENT ETRE COCHEES		
Patient adressé aux urgences par un médecin (CCRA 15 compris), quel que soit le motif.		
Priorités d'entrée en box immédiate		
Agitation ou alcoolisation importante		
Prescription de traitement de substitution (SUBUTEX par exemple)		
Nécessité d'un avis auprès d'un spécialiste		
Nécessité d'une hospitalisation		
Pathologies traumatologiques avec impotence fonctionnelle		
Certificat médical de compatibilité de Garde à Vue/ Certificat de Non Hospitalisation		
Douleur abdominale isolée, aigue, brutale pouvant évoquer colique nephretique, IDM, pancréatite		
Douleur abdominale dans un contexte post-opératoire récent		
Douleur thoracique		
AVC (transitoire ou constitué)		
TS ou patients suicidaires		
Dyspnée aigue		
Hémorragies extériorisées (y compris gynéco)		
Syncope, crises comitiales		
Crise gériatrique et/ou médico-sociale		

Troubles de la conscience		
Fièvre chez un patient immuno-déprimé		
Présence de critère(s) de gravité		

A titre d'exemple, ces pathologies peuvent relever d'une réorientation vers la PDSA :

- Pathologies ORL:
 - o Symptômes pouvant évoquer une rhinopharyngite, angine ou une sinusite.
 - o Ootalgie, odynophagie
 - o Non infectieuse (bouchons de cérumen, CE, ...)
- Problèmes dermatologiques et éruptions diverses non fébriles
- Poussée d'HTA sans souffrance d'organe
- Brulures du 1er degré (érythème isolé sans phlyctène)
- Symptômes urinaires pouvant évoquer une cystite
- Fièvre sans signe d'accompagnement
- Toux
- Tableaux digestifs : douleurs abdominales sans caractère aigu, constipation, vomissements, douleur anale (hémorroïdes), symptômes évocateurs de gastro-entérite aigue
- Réaction allergique limitée (à l'exclusion des réactions généralisées ou atteignant la face)
- Piqûres d'insectes
- Douleurs dentaires sans œdème du visage ni fièvre
- Rachialgies non traumatiques : torticolis, lombalgies, sciatgies non compliquées (à exclure patients ne pouvant pas se lever ou avec lombosciatique déficitaire)
- Douleur d'un membre non traumatique, non fébrile
- Œil rouge non traumatique, conjonctivite, paupière inflammatoire (orgelet, chalazion)
- Spasmophilie
- Demande de certificat descriptif de coups et blessures (ne nécessitant pas de soins)
- Problème de contraception (hors renouvellement), pilule du lendemain
- Psychiatrie courante : troubles du sommeil, anxiété.
- Conseils médicaux divers
- Traumatisme périphérique sans impotence fonctionnelle

Besoin

- > d'un **MÉDECIN** généraliste de garde faites le **116 117** en semaine après 20 heures, le week-end (le samedi à partir de 12 heures), les jours fériés.
- > d'un **DENTISTE** de garde faites le **02 51 46 28 83** le dimanche et jours fériés de 9 heures à 12 heures
- > d'un **PHARMACIEN** de garde faites le **32 37**

**EN CAS
D'URGENCE VITALE
FAITES LE 15**



Besoin

- > d'un **MÉDECIN** généraliste de garde faites le **116 117** en semaine après 20 heures, le week-end (le samedi à partir de 12 heures), les jours fériés.
- > d'un **DENTISTE** de garde faites le **02 51 46 28 83** le dimanche et jours fériés de 9 heures à 12 heures
- > d'un **PHARMACIEN** de garde faites le **32 37**

**EN CAS
D'URGENCE VITALE
FAITES LE 15**



8.6. Annexe 6 : Questionnaire d'appel patient et fiche d'information patient

Bonjour, je vous appelle, car vous être passé par les urgences et une réorientation vers un appel au 116 117 vous avait été proposée. Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je réalise une enquête afin d'évaluer la satisfaction des patients réorientés vers ce numéro de téléphone. Auriez-vous 5 minutes à m'accorder ?

- Accueil aux urgences

* **Qu'avez-vous pensé** : *[excellent, bon, moyen, faible, mauvais]*

1- de la durée d'attente avant de voir l'infirmière d'accueil des urgences ?

2- de la qualité d'écoute de l'infirmière ?

3- de la façon dont l'infirmière a pris votre problème au sérieux ?

4- de la compréhension de votre problème par l'infirmière ?

5- des explications que vous avez reçues par l'infirmière (notamment concernant la réorientation) ?

6- Selon vous la réorientation était-elle **justifiée** ? *Si non pourquoi ?*

Non, pas du tout

Non, pas vraiment

Oui, plutôt

Oui, tout à fait

7- Avez-vous **compris** le fait d'être réorienté vers un appel au 116 117 ? *Si non pourquoi ?*

Non, pas du tout

Non, pas vraiment

Oui, plutôt

Oui, tout à fait

8- Avez-vous **appelé** le 116 117 ? Sinon pourquoi ?

- À la régulation

* **Qu'avez-vous pensé** : *[excellent, bon, moyen, faible, mauvais]*

9- de la qualité d'écoute de votre premier interlocuteur ?

10- de la durée d'attente avant de pouvoir parler au médecin régulateur ?

11- de la qualité d'écoute du médecin ?

12- de la façon dont votre problème a été pris au sérieux par le médecin ?

13- de la compréhension de votre problème par le médecin ?

14- de la qualité des informations et des conseils que vous avez reçus ? (claires/compréhensibles)

15- de la façon dont le médecin a pris en compte votre point de vue dans sa décision finale ?

16- La décision prise par le médecin régulateur vous a-t-elle **convenue** ? *si non pourquoi ?*

Non, pas du tout

Non, pas vraiment

Oui, plutôt

Oui, tout à fait

- **En cas de conseil médical simple**

17- de la façon dont vous avez été rassuré par le médecin sur votre état de santé ?

- **En cas d'orientation auprès du médecin de garde**

18 - Au CAPS ?

***Qu'avez-vous pensé :** [*excellent, bon, moyen, faible, mauvais*]

19- de la durée qui s'est écoulée entre votre appel et la consultation auprès du médecin de garde ?

20- de la distance à parcourir pour vous rendre chez le médecin de garde ?

21- de la facilité d'accès au lieu de consultation (transport, parking, signalétique) ?

22- de la qualité d'écoute du médecin ?

23- de la façon dont votre problème a été pris au sérieux par le médecin ?

24- de la compréhension de votre problème par le médecin ?

25- de la qualité des informations et des conseils que vous avez reçus ? (claires / compréhensibles)

26- de l'examen clinique pratiqué ?

27- de la façon dont vous avez été rassuré par le médecin sur votre état de santé ?

- **Général**

28- Comment évaluez-vous votre **satisfaction globale** vis-à-vis de l'ensemble de votre prise en charge ?

[*Excellent, bon, moyen, faible, mauvais*]

29- Pensez-vous que le fait de ne pas avoir été vu aux urgences a eu **un effet néfaste** sur votre santé ? *Si oui, pourquoi ?*

Non, pas du tout

Non, pas vraiment

Oui, plutôt

Oui, tout à fait

30- **À l'avenir**, si vous aviez besoin de consulter un médecin généraliste en dehors des horaires d'ouverture des cabinets, que feriez-vous ?

31- **Connaissez-vous** le 116 117, avant de vous rendre aux urgences ?

32- Y aurait-il, selon vous, des **améliorations** à apporter à ce qui vous a été proposé ?

33- Avez-vous des **remarques** générales positives ou négatives sur l'ensemble de la prise en charge qui vous a été proposée ?

34- Avez-vous un médecin traitant ? OUI/NON

35- Aviez-vous essayé de le contacter ? Sinon pourquoi ? OUI/NON

36- Avez-vous une protection sociale ? OUI/NON

37- Pouvez-vous me donner, si cela ne vous ennuie pas, votre profession ?

FICHE D'INFORMATION DESTINÉE AUX PATIENTS :

ENQUÊTE DE SATISFACTION



Madame, Monsieur,

L'équipe du service d'accueil des urgences du CHD de La Roche-sur-Yon vient de vous proposer une réorientation vers un appel auprès du 116 117.

Afin d'**évaluer votre satisfaction** vis-à-vis de cette réorientation, mais également vis-à-vis de votre prise en charge, vous allez être rappelés par **téléphone** (sur le numéro que vous avez laissé à l'accueil) dans un **délai de 3 à 5 jours**.

Cette enquête de satisfaction téléphonique entrera dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

- **Objectif de l'étude :**

Évaluer votre satisfaction vis-à-vis de cette réorientation et vis-à-vis de votre prise en charge médicale.

- **Déroulement de l'étude :**

Questionnaire de satisfaction par appel téléphonique d'ici 3 à 5 jours (durée moyenne de l'appel : 5 minutes).

- **Que deviendront les résultats de cette étude ? :**

Il s'agit d'un recueil de données entrant dans le cadre d'une thèse de médecine générale. L'analyse des résultats permettra également par l'intermédiaire de vos différentes réponses, d'améliorer la qualité et l'offre de soins qui vous sont proposés.

- **Confidentialité :**

Toutes les données vous concernant resteront confidentielles avec respect de la réglementation en vigueur dans le cadre de méthodologie de référence encadrant les traitements de données à caractère personnel « MR004 ».

La publication des résultats de l'étude ne comportera aucune donnée individuelle.

*Merci de votre implication dans ce travail,
L'équipe du service des urgences de La Roche-sur-Yon*

8.7. Annexe 7 : Extraits de réponses aux questions ouvertes triées selon les thèmes présentés dans le tableau VIII.

1. Accessibilité

a. Temps d'attente

Certains patients ont souligné la rapidité de leur prise en charge entre leur arrivée aux urgences et la réponse à leur problématique. « *J'ai été prise en charge directement, donc oui très rapide, c'était nickel quoi, prise en charge très rapide quoi* » P145, patient reçu à la maison médicale de garde.

D'autres patients ont fait part quant à eux d'une durée d'attente trop longue notamment au téléphone avant de pouvoir parler au médecin de garde. Pour la majorité des patients abordant ce problème, il s'agissait du seul point d'ombre au cours d'une prise en charge qu'ils considéraient plutôt positive dans l'ensemble. « *À part le temps qu'il a fallu pour avoir le médecin du numéro 116 117, c'était excellent* » P41, patient reçu à la maison médicale de garde. « *Hormis le temps d'attente, très bien reçu que ce soit par téléphone ou physiquement, on s'est très bien occupé de moi donc pas de problème* » P82, patient reçu à la maison médicale de garde.

Cette durée d'attente était même jugée parfois dangereuse et inacceptable par plusieurs patients. « *Je pense quand même qu'il faudrait régler ce problème d'attente, car normalement c'est un malade qui essaie d'appeler et puis ce qu'il y a, c'est qu'il faut une bonne batterie qui tienne une heure d'attente. Donc là, je trouve que ce n'est vraiment pas top, alors là ce n'est pas du tout professionnel* » P91, patient reçu à la maison médicale de garde.

Un patient, quant à lui, a regretté le temps passé dans la salle d'attente du CAPS bien plus longue que ce qui avait été indiqué par le médecin régulateur. « *Ce qui est embêtant ce n'est pas le temps d'attente, mais le fait de ne pas savoir si quelqu'un va nous prendre ou pas. C'était très long, on a attendu 1 h, Il n'y avait personne en salle d'attente, personne dehors, alors que le médecin que l'on a eu au téléphone nous avait dit de sortir des urgences, que c'était à 100 m et qu'on serait pris rapidement...* » P30, patient reçu à la maison médicale de garde.

b. Distance

La localisation de la maison médicale de garde dans les locaux des urgences est un point positif souligné par un patient.

Une patiente a regretté la nécessité de posséder une voiture pour se rendre auprès du médecin généraliste. « *Moi je n'ai pas le permis, heureusement que j'ai une personne qui m'a amenée sinon je n'aurais pas pu y aller.* » P75, patiente réorientée vers le cabinet du médecin généraliste de garde sur La Roche-sur-Yon.

Un autre patient aurait préféré être redirigé vers la maison de garde de son propre secteur géographique et non pas vers celle de La Roche-sur-Yon. « *On a eu rendez-vous le lendemain matin, c'était quand même assez loin, on en avait plus d'une demie - heure de trajet, mais elle nous a dit que l'on n'était pas sur le bon secteur, mais c'est parce que les urgences de La Roche redirigent directement vers la maison médicale à La Roche. Donc on est retourné à la maison médicale de La Roche-sur-Yon* ». P65, patient reçu à la maison médicale de garde.

c. Coût

La question du coût de la consultation auprès du médecin de garde a été mentionnée comme problématique par une personne lors de cette question ouverte. « *Franchement j'aurais préféré attendre 3h aux urgences plutôt que de payer 51 euros !* » P42, patiente reçue à la maison médicale de garde.

2. Qualité des soins

Concernant la qualité des soins, les commentaires ont été très variés. Les patients ont mentionné à la fois des points positifs et négatifs.

a. Qualité générale et accueil au SAU

L'accueil dont ils ont bénéficié, la gentillesse du personnel et leur qualité d'écoute ont souvent été soulignés et remerciés par les patients. *« Dans l'ensemble ils prennent le temps de parler aux gens même au niveau du médecin régulateur c'est pareil ils prennent le temps surtout le week-end ils n'ont pas de temps donc dans l'ensemble c'était une bonne écoute de la part de tous les médecins et les infirmiers. »* P25, patiente reçue à la maison médicale de garde.

« Dans l'ensemble, je pense que je peux remercier tout le monde, car ils sont très compétents, franchement très professionnels. » P91, patiente reçue à la maison médicale de garde.

Une seule patiente a regretté toutefois le manque d'amabilité de l'infirmière d'accueil aux urgences. *« Ce serait bien que les infirmières soient un peu plus aimables, ce serait bien, d'ailleurs on s'est pris la tête avec l'infirmière je l'ai menacée d'ailleurs, je lui ai dit que s'il se passait quoi que ce soit je me retournerai personnellement contre elle »* P97, patiente ayant reçu un conseil médical simple

Certains patients ont mis l'accent sur l'aspect expéditif de leur prise en charge. *« Je n'ai pas été très satisfaite qu'on ne me pose pas plus de questions. Elle n'a pas trop cherché quoi, on voit qu'ils sont pressés. Mais c'est vrai qu'il y a un problème, je ne nie pas qu'il y a un problème, il y a beaucoup de gens ; je pense qu'ils ne sont pas assez nombreux... C'est pour ça je n'en veux pas particulièrement à l'infirmière de pas m'avoir posé plus de questions... C'est pour ça qu'ils ont raison de faire grève d'ailleurs, car il faut qu'on alloue plus d'argent aux urgences, moi je suis tout à fait d'accord, c'est ça le soucis, c'est un souci de moyen, c'est pour ça qu'ils ont raison de réclamer, de faire grève, car vraiment la santé c'est vital et moi je les soutiens à 200 pour cent. »* P24, patiente reçue à la maison médicale de garde.

b. À la régulation

Deux patientes ont rapporté une conversation compliquée avec le médecin de la régulation qu'elles ont jugé brutal. « *Au téléphone, ça s'est très mal passé, il m'a pris pour une imbécile, ce n'est pas très agréable hein, il m'a carrément envoyé bouler il n'a pas du tout voulu me prendre en charge et heu il ne m'a même pas prise d'ailleurs...* » P99, patiente ayant reçu un conseil médical simple.

Plusieurs patients sont restés sceptiques face aux conseils délivrés par le médecin régulateur : « *Après pfiouuuu je ne sais pas, j'ai trouvé très bizarre et limite hallucinant ce qu'il m'a dit de faire [...] En tous cas, il ne faut pas être malade quoi, alors j'espère ne plus avoir de problèmes quoi par ce que les urgences franchement je n'y allais pas de gaité de cœur, après je comprends qu'il y avait des problèmes plus graves que moi et je ne voulais surtout pas encombrer les urgences, donc moi je n'ai plutôt pas mal pris d'être réorientée. Maintenant, je pensais que j'allais voir quelqu'un quand même, ou au moins avoir un truc visuel quoi. Il m'aurait dit vous m'envoyez des photos de ce problème et bien pourquoi pas, mais là rien...* » P52, patiente ayant reçu un conseil médical simple.

c. Avec le médecin de garde

Beaucoup de remarques positives concernant le médecin de garde ont été rapportées par les patients. Ils ont souligné la qualité de son examen clinique, sa gentillesse ainsi que sa prise en charge complète. « *Le docteur vraiment bien, elle m'a fait déshabiller, elle m'a toute regardée, alors vraiment de A jusque Z et elle m'a pris ma tension, elle m'a pris le cœur, elle m'a vraiment bien soignée.* » P85, patiente orientée vers la maison médicale de garde.

« *Non, rien de particulier, les médecins sont très gentils, par ce que d'habitude, pour avoir déjà eu l'occasion de voir des médecins de garde que je ne connaissais pas, ils n'étaient pas forcément aussi agréables que ceux que j'ai pu voir ici.* » P31, patiente orientée vers la maison médicale de garde.

Un seul patient a fait un commentaire négatif sur le médecin de garde, il s'agit du patient qui n'a pas pu être vu par le médecin de la maison médicale de garde alors qu'il y avait été orienté par le médecin régulateur. « *L'infirmier m'a demandé de téléphoner à un numéro à 5 chiffres, ça a marché, ça a fini, je suis allée dans la salle d'attente, le monsieur, le docteur il n'a pas voulu me prendre, parce que je n'étais pas sur le registre, rien du tout, je ne sais pas j'ai compris, du coup je n'ai pas été vu, du coup je suis allé à la clinique, je trouve que c'est*

un petit peu immonde, le monsieur, pas très sympathique » P146, patient orienté vers la maison médicale de garde.

3. Processus de réorientation vers le 116 117

Certains patients ont fait remarquer que l'appel au 116 117 aurait été plus pertinent s'il avait été réalisé par l'infirmière d'accueil et d'orientation. *« Ce qui est juste un peu pénible dans le parcours je dirais, c'est qu'il faut que ce soit le patient qui appelle, surtout pour quelqu'un qui est peut être encore plus mal que moi, j'ai trouvé que ça pourrait être mieux que ce soit l'hôpital qui fasse la démarche du 116 117 »* P44 orienté vers la maison médicale de garde.

D'autres patients ont estimé cette réorientation comme bénéfique. Elle leur a permis de connaître le numéro de téléphone du 116 117, ils ont alors été contents de ne pas encombrer les urgences et de permettre la gestion de patients « plus urgents ». *« Je trouve ça très bien qu'on puisse être réorienté vers un autre centre, car les urgences sont vraiment réservées aux urgences vitales et au moins il n'y a pas de perte de temps pour les urgences finalement. »* P109 patient orienté vers la maison médicale de garde.

« Je ne connaissais pas ce service, elle m'a donné une carte, je l'ai gardée, comme ça je sais qu'en cas de week-end/jours fériés, je sais si on a besoin, où appeler. » P50, patiente ayant reçu un conseil médical simple.

4. Rappel de leur satisfaction ou de leur insatisfaction

Certains patients se sont exprimés brièvement sur leur satisfaction en exprimant quelques mots comme : « *positive, j'étais contente* » P32, patiente ayant reçu un conseil médical simple.

D'autres patients ont rappelé dans cette question leur insatisfaction lors de la délivrance d'un conseil médical simple ou d'une réorientation qu'ils n'estimaient pas justifiée.

« *J'aurais préféré voir le médecin plutôt que de l'avoir au téléphone, je suis sûre qu'il en avait pour 5 minutes, je ne pense pas qu'il était débordé, ça ne paraissait pas, mais bon...* »

P101, patient ayant reçu un conseil médical simple.

« *Pour une fois que ça avait été super rapide aux urgences, et au final : vous rentrez chez vous, même l'infirmière était surprise au final que je sois revenu, que le médecin m'ait dit qu'il n'avait pas besoin de m'ausculter, elle m'a regardée, elle a ouvert grand les yeux histoire de dire ... bon, car c'est pas trop la faute des urgences, c'est plus la réaction du médecin que je n'ai pas apprécié, les urgences, ça s'est très bien passé, c'est plus l'appel aux CAPS qui m'a déçu.* » P108, patient ayant reçu un conseil médical simple.

« *Ce qui m'a embêté, c'est qu'ils m'ont renvoyé dehors et que j'avais mal, j'avais du mal à marcher, je faisais de l'œdème quand même et je n'ai eu personne pour m'aider et tout.* »

P139, patient orienté vers la maison médicale de garde.

8.8. Annexe 8 : Listes des figures

Figure 1 : *diagramme de flux.*

Figure 2 : *répartition des patients en fonction de leur tranche d'âge.*

Figure 3 : *horaires de présentation des patients aux urgences avant leur réorientation.*

Figure 4 : *motifs de consultation des patients réorientés.*

Figure 5 : *répartition des patients en fonction des catégories socioprofessionnelles.*

Figure 6 : *parcours de soins des patients de leur réorientation à la fin de leur prise en charge.*

Figure 7 : *répartition des patients en fonction de la durée d'attente avant de parler au médecin régulateur.*

Figure 8 : *proportion de patients ayant estimé leur satisfaction globale comme excellente, bonne, moyenne, faible ou mauvaise.*

Figure 9 : *proportion de patients ayant estimé leur satisfaction globale comme excellente, bonne, moyenne, faible ou mauvaise selon leur orientation par le médecin régulateur.*

Figure 10 : *nombre de patients ayant raccroché qui ont estimé leur satisfaction comme excellente, bonne, moyenne, faible ou mauvaise.*

Figure 11 : *nombre de patients n'ayant pas composé le 116 117 qui ont estimé leur satisfaction comme excellente, bonne, moyenne, faible ou mauvaise.*

Figure 12 : *proportion de patients estimant les différents aspects des soins dont ils ont bénéficié aux urgences comme excellent, bon, moyen, faible ou mauvais.*

Figure 13 : *proportion de patients estimant les différents aspects des soins dont ils ont bénéficié à la régulation téléphonique comme excellent, bon, moyen, faible ou mauvais.*

Figure 14 : *proportion de patients estimant que la décision prise par le médecin régulateur leur a convenu.*

Figure 15 : *proportion de patients ayant reçu un conseil médical simple estimant leur réassurance comme excellente, bonne, moyenne, faible ou mauvaise.*

Figure 16 : *proportion de patients estimant les différents aspects des soins dont ils ont bénéficié avec le médecin de garde comme excellent, bon, moyen, faible ou mauvais.*

Figure 17 : *proportion de patients ayant compris le fait d'être réorienté vers un appel au 116 117.*

Figure 18 : *proportion de patients estimant que la réorientation était justifiée.*

Figure 19 : *proportion de patients estimant que la réorientation avait eu un effet néfaste sur leur santé.*

8.9. Annexe 9 : Listes des tableaux

Tableau I : répartition des patients en fonction de leur lieu d'habitation (selon les secteurs de permanence de soins).

Tableau II : Raisons avancées par les 6 patients n'ayant pas appelé le 116 117.

Tableau III : Raisons avancées par les patients estimant n'avoir pas compris la réorientation vers le 116 117.

Tableau IV : Raisons avancées par les patients estimant que leur réorientation n'était pas justifiée ainsi que la répartition des réponses en fonction des décisions prises par le médecin régulateur du 116 117.

Tableau V : Raisons avancées par les patients estimant que la réorientation avait eu un effet néfaste sur leur santé ainsi que la répartition des réponses en fonction des décisions prises par le médecin régulateur du 116 117.

Tableau VI : réponses apportées par les patients à la question de savoir quel serait leur parcours en cas de problématique relevant de la médecine générale en dehors des horaires d'ouverture des cabinets ainsi que la répartition des réponses en fonction des décisions prises par le médecin régulateur du 116 117.

Tableau VII : propositions d'amélioration avancées par les patients.

Tableau VIII : nombres de patients ayant abordé les différents thèmes lors de la question ouverte et répartition des réponses entre remarques positives et négatives.

8.10. Annexe 10 : Liste des sigles employés par ordre alphabétique

- ADOPS : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des soins
- AGUMY : Association de Garde et d'Urgence Médicale Yonnaise
- ARM : Assistants de Régulation Médicale
- ARS : Agences Régionales de Santé
- CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence de Soins
- CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences
- CHD : Centre Hospitalier Départemental
- CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences
- CMU : Couverture Médicale Universelle
- CMS : Conseil Médical Simple
- HAS : Haute Autorité de Santé
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- IOA : Infirmière Organisatrice de l'Accueil
- LRSY : La Roche Sur Yon
- MedG : médecin de garde
- MMG : Maisons Médicales de Gardes
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ORL : Ortho-Rhino-Laryngologie
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales
- SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Vu le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Rémy Senand

Vu, le Directeur de Thèse,
Docteur Aurélie Begaudeau-Chauvet

Vu, le Doyen de la Faculté,

Évaluation de la satisfaction des patients réorientés de l'accueil des urgences de l'hôpital de La Roche-sur-Yon vers la régulation téléphonique de la permanence des soins ambulatoires

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Afin de limiter le nombre de passages aux urgences de patients relevant d'une consultation de médecine générale, un protocole de réorientation a été mis en place. Sur les horaires de permanence de soins, le patient est invité, après une évaluation par l'infirmière organisatrice de l'accueil des urgences, à composer le 116 117. Ce protocole est sujet à controverse notamment concernant la satisfaction de ces patients. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la satisfaction globale des patients réorientés.

MÉTHODE : Une enquête de satisfaction téléphonique observationnelle, prospective, monocentrique sur l'hôpital de La Roche-sur-Yon a été réalisée sur 105 jours avec un appel des patients 3 à 5 jours après la réorientation. La satisfaction globale des patients était évaluée, ainsi que leur satisfaction dans les différents aspects des soins. Le ressenti des patients vis-à-vis de la justification de cette réorientation mais également la compréhension de cette dernière étaient étudiés. L'effet néfaste qu'avait pu avoir cette réorientation sur leur santé, tout comme leur parcours de soins futur en cas de problématique relevant de la médecine générale étaient aussi recherchés.

RÉSULTATS : 127 patients ont été inclus dans l'étude qui s'est déroulée du 18 juin au 30 septembre 2019. 93 patients ont répondu au questionnaire de satisfaction. Parmi eux, 90 % ont appelé le 116 117 et ont été régulés : 33 % ont bénéficié d'un conseil médical et 67 % ont été orientés vers un médecin de garde. 77 % des patients se sont estimés globalement satisfaits de leur prise en charge. Les patients ayant reçu un conseil médical étaient 59 % à être globalement satisfaits contre 91 % chez les patients vus par un médecin généraliste. 81 % des patients ont déclaré avoir compris la réorientation et 76 % l'ont estimée justifiée. Concernant le processus de régulation, 60 % des patients ont estimé la durée d'attente téléphonique comme bonne ou excellente. 13% des patients ont estimés que leur réorientation avait eu un effet néfaste sur leur santé, parmi eux 5 % ont déclaré avoir eu une aggravation de leur pathologie mais aucun n'a nécessité d'hospitalisation. Dans le futur, 47 % rappelleront le 116 117 en cas de problématique relevant de la médecine générale.

CONCLUSION : Les patients se sont estimés globalement satisfaits de leur prise en charge et ce d'autant plus lorsqu'ils ont pu être vus en consultation par un médecin de garde. La réorientation semble comprise, acceptée par les patients et plutôt sécurisée. Le protocole pourra être poursuivi. L'accent devra être mis sur l'information des professionnels de santé vis-à-vis de ce protocole, mais également sur l'information et l'éducation des patients au sujet du 116 117 et de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires.

MOTS – CLEFS

satisfaction, soins primaires, urgences, conseil médical, régulation téléphonique