

UNIVERSITÉ TOULOUSE III - Paul SABATIER -

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2015

2015 TOU3 1063

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22 SEPTEMBRE 2015

PAR Loïc RIBAUT

**PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES. DETERMINANTS
DE CONSULTATION ET EVALUATION DE L'INTENTION D'UN
RECOURS A UN SERVICE D'URGENCE : EXEMPLE DE LA
MAISON MEDICALE DE GARDE DE LA SAUDRUNE**

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Marc LORRAIN

JURY

Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE	PRESIDENT
Monsieur le Professeur Philippe ARLET	ASSESEUR
Monsieur le Professeur Marc VIDAL	ASSESEUR
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU	ASSESEUR
Monsieur le Docteur Marc LORRAIN	ASSESEUR

UNIVERSITÉ TOULOUSE III - Paul SABATIER -

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2015

2015 TOU3 1063

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22 SEPTEMBRE 2015

PAR Loïc RIBAUT

**PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES. DETERMINANTS
DE CONSULTATION ET EVALUATION DE L'INTENTION D'UN
RECOURS A UN SERVICE D'URGENCE : EXEMPLE DE LA
MAISON MEDICALE DE GARDE DE LA SAUDRUNE**

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Marc LORRAIN

JURY

Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE	PRESIDENT
Monsieur le Professeur Philippe ARLET	ASSESEUR
Monsieur le Professeur Marc VIDAL	ASSESEUR
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU	ASSESEUR
Monsieur le Docteur Marc LORRAIN	ASSESEUR

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L. (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALVAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A.	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N.	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE,

je vous remercie d'avoir accepté la présidence du jury de soutenance. Je vous remercie également pour votre hospitalité et pour la relecture de mon travail.

A Monsieur le Professeur Philippe ARLET,

je vous remercie pour l'honneur que vous me faite en acceptant de siéger au jury de soutenance de thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Marc VIDAL,

je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger parmi les membres de ce jury de thèse. Je tiens à vous assurer de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Marc LORRAIN,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir aidé tout son long.

Je te remercie infiniment de m'avoir fait découvrir et aimer ton travail de médecin généraliste.

DEDICACES PERSONNELLES

Tout d'abord à toi Maman, merci pour tout. Tu as toujours cru en moi et tu as tout fait pour que je puisse suivre ma voie. Je t'en suis reconnaissant éternellement.

A toi Julia, tu es mon amour. Bientôt 10 ans que tu partages ma vie. Ton soutien m'a été précieux. Je ne saurais t'exprimer tout mon amour. Je t'aime.

A mes 2 filles, toi Enola qui va faire 2 ans et toi Séléna qui à l'heure où j'écris a maintenant 3 jours, vous me comblez de bonheur.

A ma sœur Emilie, il semble que tu es trouvée ta voie. Sache que je suis fier de toi. Que la vie t'apporte autant de bonheur qu'elle m'en a apporté.

A ma belle famille, belle-maman Marie-Hélène et beau-papa Erick, la vie avec vous est très agréable. J'espère continuer longtemps à entendre le son des bouchons sauter. Même si vous ne saurez sûrement pas là pour ma soutenance, je sais que vous me soutenez.

A toi mon Beauf Thomas, profite de ton voyage à cette coupe du monde. On se rattrapera à ton retour.

A toi Nanou, merci de gâter autant nos petites puces. Je te souhaite plein de bonheur pour la suite.

A toi Jean-Luc, tu fait un excellent papi. Veilles sur ma maman.

A toi Thomas, ses années d'études nous ont rapprochées. Que de bons moments passer à étudier entre quelques parties de play. Maintenant nos enfants sont là, peut-être retrouveront nous un peu de temps pour remettre ses parties de play.

A toi Bertrand, dit Beber la poudre, ce stage à Villefranche-de-Rouergue nous a fait nous rencontrer, ton amitié m'ai chère.

A vous Marion et Guilhem, nos petites soirées sont toujours sympa. J'aurai aimé pouvoir me joindre à vous plus souvent.

A toi Anaëlle, petite dédicace particulière, ça sera toujours un plaisir de te recevoir. Gros bisous à toi (Et à tout les autres, Chrystelle, Franck, Marion, Tatie Jackie, ...)

A toi mon cousin Dominique, nos rencontres sont maintenant très rares. Le temps où nous nous voyons plus me manque. Je t'embrasse fort.

A vous Jeremy, Fanny et Sophia, c'est une joie de vous connaître. Une petite pensée spéciale à ma filleule. Je vous souhaite plein de bonnes choses et profitez avant l'arrivée de votre deuxième petit bout.

A toi Alexandre, Tu est comme un demi-frère. J'apprécie nos parties de clash of clan. C'est toi le chef. J'espère qu'on se verra avant Noël.

Enfin à tous ce que je n'ai pas cité, une petite pensée.

TABLE DES MATIERES

A/ INTRODUCTION.....	3
I/ Naissance et évolution de la permanence des soins ambulatoires	5
1) Création de la permanence des soins ambulatoires.....	5
a) Histoire de la permanence des soins.....	5
b) Révolte des médecins généralistes en 2001	5
c) Définition de cette permanence	5
d) Naissance légale de la PDSA	6
2) Rapports d'évolution et d'évaluation.....	6
II/ Organisation de la Permanence des soins ambulatoires en Haute-Garonne.....	8
1) Fonctionnement de la PDSA en Midi-Pyrénées	8
a) Organisation territoriale	8
b) La régulation médicale.....	8
c) L'effectif	9
d) Autres	10
2) Bassin de Muret	11
a) Découpage du Bassin de Muret.....	11
b) Sous-bassin n°1	11
3) Création de la Maison Médicale de Garde de la Saudrune	12
4) Réorganisation des sous-bassins n°1 et n°2.....	12
B/ ETUDE	13
I/ Objectifs.....	13
II/ Méthodologie.....	13
1) Type de l'étude.....	13
2) Matériels de l'étude.....	13
C/ RESULTATS	15
I/ Nombre de consultants inclus	15
II/ Analyse des données médico-démographiques	15
1) Répartition temporelle des consultations	15
2) Distribution des consultants selon l'âge.....	15
3) Répartition des consultants selon le sexe	17
4) Distribution selon les communes	18
a) Le soir.....	18
b) Le week-end et les jours fériés	20
5) Catégories diagnostiques.....	22
6) Orientation à l'issue de la consultation.....	24
III / Analyse du questionnaire remis aux patients.....	25
1) Mode d'accès à la maison médicale de garde de Frouzins	25
2) Complexité de la démarche pour consulter le médecin de garde.....	26
3) Connaissance de la maison médicale	27
4) Intention de recours à un service d'urgence avant l'appel régulé ou la consultation	29
5) Connaissance d'un autre lieu de consultation et si non, recours à un service d'urgence.....	31
6) Consultations aux urgences durant l'année passée	33
7) Préférence d'un service d'urgence pour la consultation du jour.....	34
8) Intention en cas de prochaine consultation nécessaire en période de PDSA	35

D/ DISCUSSION	36
I/ Forces de l'étude	36
II/ Limites de l'étude	36
III/ Points intéressants	37
1) Intention de consultation aux urgences	37
2) Ages et sex-ratio des consultants	38
3) Accès à la MMG, connaissance de la MMG et localité d'habitation des consultants	39
a) Accès direct	39
b) Accès par le « 3966 »	39
c) Connaissance de la MMG et lieu d'habitation	39
4) Satisfaction des patients	40
5) Attitude en cas de nouvelles consultations	41
IV/ Perspectives	41
E/ CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIES.....	44
ANNEXES.....	48

A/ INTRODUCTION

La Permanence des soins ambulatoires (PDSA), née de la refonte du système en 2003, est au cœur des préoccupations actuellement. Elle est jugée mission d'intérêt général, et est basée sur une participation sur le volontariat rémunéré, en remplacement de l'obligation de garde de l'ancien article 77 du code de déontologie modifié à cette occasion.

Parallèlement, le nombre de passages aux urgences aux cours des dernières décennies n'a cessé d'augmenter. Le rapport de la sécurité sociale pour la cour des comptes de septembre 2013 [1] rapporte une augmentation des passages aux urgences de 36% entre 2000 et 2009 et on peut voir dans les derniers rapports d'activités des urgences de Midi-Pyrénées de 2011 à 2013 [2][3][4], cette augmentation continuer. Ceci a pour effet d'engorger les urgences.

Depuis 2003, les maisons médicales de garde (MMG) augmentent en nombre et semblent être une solution pour remobiliser les acteurs de la PDSA et pour participer au désengorgement des urgences.

Mais comme le note le rapport de la sécurité sociale de 2013, il est difficile de préciser ce qui est dû à l'augmentation naturelle de la fréquentation des urgences, de ce qui relève des consultations de la permanence des soins.

L'étude de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs salariés (CNAMT) de 2004 [5] a montré que 60% des consultants aux urgences s'y rendaient sans avis médical préalable quel qu'il soit. Ceci abonde dans le sens des résultats des enquêtes de la Direction de Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2002 sur les usagers des urgences qui l'évaluait à environ 70% [6] et est confirmé par les 66% retrouvés dans celle de 2013 [7].

Par ailleurs, certains travaux ont montré qu'en moyenne, 30% à 40% en moyenne des passages aux urgences semblent inappropriés et relèveraient de la médecine de ville [8][9][10][11], bien que tous les professionnels ne soient pas d'accord sur la définition des passages inappropriés.

Remplaçant en médecine générale depuis 2011, je suis amené à participer régulièrement à cette permanence des soins ambulatoires, notamment en maison médicale de garde à l'accès régulé. Il m'a semblé que les consultants, en grande majorité, présentaient des pathologies non-graves et je me suis demandé si les patients consultants les maisons médicales de garde étaient ceux qui se rendraient aux urgences en cas de non réponse à leur demande de voir le médecin de garde. D'autant que, comme dit plus haut, les études montrent que les deux tiers des consultants des urgences s'y rendent sans avis médical préalable. Et donc, si cette activité contribuait à réguler l'augmentation de l'activité des urgences.

Nous nous sommes donc intéressés, avec mon directeur de thèse, particulièrement à ceux consultant à la Maison Médicale de Garde de la SAUDRUNE, pour connaître les déterminants de consultations et leur intention d'aller consulter un service d'urgence.

I/ Naissance et évolution de la permanence des soins ambulatoires

1) Création de la permanence des soins ambulatoires

a) Histoire de la permanence des soins

Le 1^{er} janvier 1876, suite à la proposition du Dr Passant, démarre la permanence des soins médicaux de nuit [12][13]. Celle-ci est réalisée par des médecins volontaires inscrits sur une liste affichée dans les postes de police de quartiers par lesquels ils peuvent être réquisitionnés.

Ce modèle était les prémices de la permanence des soins ambulatoires. Puis cette « permanence » a évolué et continué à exister.

Chaque médecin assurait une permanence des soins pour sa patientèle, parfois en s'organisant à plusieurs pour assurer une garde « tournante ».

b) Révolte des médecins généralistes en 2001

En 2001 éclate une grève des « gardes » des médecins libéraux, suite à une explosion de la demande de soins et à une dégradation de leurs conditions d'exercice [14].

Cette grève durera de novembre 2001 à juin 2002 et de celle-ci découle un détournement massif des appels vers les centres 15 et par conséquent un engorgement des urgences.

Face à cela, les médecins s'organisent et mettent en place une « permanence des soins ambulatoires » comme elle sera définie par la suite.

c) Définition de cette permanence

Commandé par le Ministre de la santé, Mr MATTEI, en 2002, le rapport DESCOURS [15] remis en janvier 2003, pose les bases du fondement de la PDSA.

La PDSA est donc définie comme « *une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, à la demande de soins non programmés exprimée par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence de médecin traitant. La permanence des soins n'est pas la continuité des soins, obligation déontologique imposée par l'article 47 du code de déontologie médicale, au praticien envers sa patientèle.* »

Il reconnaît par ailleurs la PDSA comme un enjeu de santé publique et comme une mission d'intérêt général.

d) Naissance légale de la PDSA

Suite aux préconisations de ce rapport DESCOURS, le décret du 15 septembre 2003 [16] signe la naissance de la PDSA. Il sera complété par la circulaire du 12 décembre 2003 [17]. L'application sera explicitée par le décret du 7 avril 2005 [18].

2) Rapports d'évolution et d'évaluation

Plusieurs rapports d'évaluation furent publiés par la suite, à savoir le rapport IGAS 2006 [19], suivi des rapports Grall de 2006 et 2007 [20][21] et en 2008, le rapport Boënnec [22].

Ceux-ci rapportent que bien que le déploiement de cette PDSA soit rapide, l'efficacité n'est pas ressentie sur le désengorgement des urgences avec un nombre de passages en constante augmentation et une augmentation des dépenses.

Ceci conduit donc à préconiser de regrouper la gestion de cette permanence des soins par un unique acteur. Et cela aboutira à la Loi HPST [23] en 2009, qui ordonne la création des Agences Régionales de Santé (ARS), remplaçant les anciennes organisations (ARH, DRASS, DDASS, URCAM...) et qui est en charge de piloter le projet.

Un rapprochement entre libéraux et hospitaliers avec une mise en commun des moyens est préconisé, avec dans le même temps l'arrêt de la distinction entre Aide Médicale Urgente et PDSA, qui n'a d'existence qu'aux yeux des professionnels médicaux mais dont la

distinction n'est pas forcément claire pour le grand public. Il est donc plutôt conseillé de parler d'Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP), ceci dans le but de clarifier le fonctionnement du système de soins. Mais cette notion, bien que préconisée, n'a pas été mise en avant.

Ces rapports dénoncent également la persistance d'un trop grand nombre de secteurs de garde, entraînant un surcoût malgré leur diminution progressive. Au fil du temps, une baisse du volontariat, un désengagement de la nuit profonde (00h-08h) et très peu d'actes pendant cette période entraînent également un surcoût, impliquant un déport de la PDSA dans les centres hospitaliers pour cette période. Ce qui est quasiment la règle générale maintenant.

Plus récemment en 2013, la sécurité sociale pour la cour des comptes a publié un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale [1]. Concernant la PDSA, celui-ci préconise :

- de « Mieux organiser la présence médicale » sur le territoire par un « redécoupage des territoires de PDS », en encourageant le développement des maisons médicales de garde et celui d'effecteurs mobiles plus adaptés à certaines situations et en recherchant une bonne articulation entre ces maisons médicales de garde et les hôpitaux.

- Confier aux ARS le « financement de la PDSA dans le cadre d'enveloppes régionales fermées regroupant l'ensemble des dépenses y compris en ce qui concerne la rémunération des actes médicaux. ».

II/ Organisation de la Permanence des soins ambulatoires en Haute-Garonne

1) Fonctionnement de la PDSA en Midi-Pyrénées

Ce fonctionnement est régi par l'ARS Midi-Pyrénées qui édite, par arrêté, le cahier des charges régional de la PDSA [24].

a) Organisation territoriale

La région Midi-Pyrénées est composée de 8 départements : Ariège, Aveyron, Haute-Garonne, Gers, Lot, Hautes-Pyrénées, Tarn et Tarn-et-Garonne.

Chaque département est sectorisé en bassin de santé, eux-mêmes subdivisés en sous-bassins.

Le bassin qui nous intéresse est le bassin de Muret, du département de Haute-Garonne (Annexe 1) et plus particulièrement le sous-bassin 1 (Annexe 2) (Et le sous-bassin 2).

e) La régulation médicale

Principe fondamental reconnu de la PDSA, elle en est le pilier. Elle a pour but « *d'apporter aux urgences les plus lourdes une réponse adaptée dans les meilleurs délais et de réorienter les demandes dont les réponses peuvent être différées et apportées par le médecin traitant dans le cadre d'une consultation programmée* » [17].

Elle est assurée au niveau départemental par le Centre de réception et de régulation des appels (CRRA – SAMU 31) ainsi que par l'association Régu'1 31 (Régulateurs libéraux) implantée au sein du CRRA 31 et auquel elle est interconnectée.

Cette régulation est joignable au numéro « 15 » et depuis le 2 janvier 2014, l'est également par un numéro à 4 chiffres, le « 3966 », Allo Docteur. Ce numéro est mis en place par l'ARS au niveau régional pour limiter les appels vers le « 15 » aux urgences dites vitales et

rediriger les appels concernant la médecine générale vers la régulation libérale de Régu'1 31.

Cette régulation a à sa disposition 3 moyens de réponses aux appels.

- Premièrement, elle peut délivrer un conseil médical.
- Deuxièmement, elle peut réaliser une prescription téléphonique et faxer une ordonnance à la pharmacie de garde (en plus du conseil).
- Enfin troisièmement, elle peut déclencher une effecton (réponse avec mise en œuvre de moyens).

L'association SOS Médecins (SOS 31) a également une activité de régulation propre.

f) L'effecton

Cette effecton dépend du régulateur et du degré d'urgence comme défini dans le guide proposé par SAMU de France [25], et validé par les recommandations de l'HAS [26].

Le régulateur peut déclencher des secours de type AMU (Unité mobile hospitalière type VSAB ou SMUR ou encore un transport sanitaire) ou alors déclencher un effecteur de PDSA, si un conseil et/ou une prescription téléphonique ne suffisent pas.

Cette effecton de PDSA peut se décliner sous 2 modalités [24] à savoir :

- Effecton postée exclusive (EPE) : le médecin consulte sur un lieu déterminé, il n'assure pas de visite à domicile. Au cours de la période d'astreinte, il reçoit les patients qui lui sont adressés par la régulation.
- Effecton mixte (EM) : le médecin consulte sur un lieu déterminé, il assure les visites à domicile inévitables sur un territoire identifié. Dans la période d'astreinte, il peut définir une plage horaire au cours de laquelle il reçoit les patients adressés par la régulation. Les visites inévitables sont effectuées en dehors de cette plage.
- D'autres modalités sont possibles en expérimentation.

g) Autres

A coté de cela, la permanence des soins peut également être assurée indépendamment de la régulation par des associations dédiées à cette permanence telle SOS-Médecins. Ou par des Maisons Médicales de Garde qui travaillent également en accès libre telles celles de Toulouse (MMG de la Farouette, MMG de la Grave). Ou encore par des cabinets médicaux privés ouverts durant une partie des horaires de PDSA (Exemple : le centre médical Bernadet à Plaisance-du-Touch).

2) Bassin de Muret

a) Découpage du Bassin de Muret

Ce bassin est subdivisé en 6 sous-bassins (Annexe 2), n°1 FROUZINS, n°2 SEYSSES, n°3 LE VOLVESTRE/PEYSSIES, n°4 MURET CENTRE, n°5 AUTERIVE et n°6 SAINT-LYS.

Chaque sous-bassin a un médecin de garde effecteur à la disposition du centre de régulation.

En janvier 2014, à l'initiative du Dr POINOT entre autres, un médecin mobile est venu compléter ce schéma sur ce bassin de Muret par l'intermédiaire de l'association MMOB 31 [27], réalisant uniquement les visites, sur les horaires de PDSA du week-end et jours fériés.

h) Sous-bassin n°1

Ce sous-bassin est constitué des communes de Cugnaux, Frouzins, Villeneuve-Tolosane, Roques-sur-Garonne et Portet-sur-Garonne. (Annexe 3)

Ce bassin était jusqu'en 2012 géré par SOS 31 qui, par convention, avait pris la charge de la PDSA dans ce secteur suite à sa mise en place depuis les grèves de 2001.

Au 2 janvier 2013, suite à la refonte du système, la charge de la PDSA a été rendue aux médecins libéraux qui ont dû s'organiser. Afin de remobiliser les effectifs, un projet de Maison médicale de garde a été monté, sous l'entrain des Docteurs Philippe HILARY, Marc DUCOS-DE-LAHITTE et d'autres.

3) Création de la Maison Médicale de Garde de la Saudrune

Ce projet de MMG se concrétise enfin en août 2013. Cette MMG se pose comme EPE du sous-bassin n°1. Elle est située au 87 Boulevard de la Méditerranée à Frouzins, le local étant fourni par la mairie. (Annexe 3)

L'accueil des patients est assuré après régulation, par une secrétaire sur place pendant les heures de PDSA qui reçoit les appels du centre 15 ou de REGU'L 31 et qui fixe les rendez-vous. L'accès direct n'est pas favorisé. Le médecin d'astreinte est soit sur place soit contacté pour les rendez-vous.

Son fonctionnement budgétaire est soumis au financement par subventions des mairies du sous-bassin, bien que toutes n'y participent pas encore. D'autre part, les médecins participant à la PDSA au sein de la MMG payent une cotisation annuelle servant pour moitié au fonctionnement de la MMG et pour l'autre au financement du MMOB 31.

4) Réorganisation des sous-bassins n°1 et n°2

Avec la MMG de la Saudrune, le sous-bassin n°1 bénéficie d'un effecteur posté exclusif les soirs et les week-ends (également les jours fériés). Le sous-bassin n°2 fonctionnait, lui, avec un effecteur mixte.

Avec l'arrivée du médecin mobile de MMOB 31, réalisant les visites de tout le bassin murétain le week-end et les jours fériés, le secteur n°2 a rejoint, en partie, la MMG pour ces horaires, continuant à rester d'autre part, en effecteur mixte pour les soirs de semaines (Annexe 4).

B/ ETUDE

I/ Objectifs

L'objectif de l'étude est d'évaluer d'une part les déterminants de consultations à la MMG de la Saudrune et d'autre part l'intention d'un recours à un service d'urgence par ces mêmes patients.

II/ Méthodologie

1) Type de l'étude

Pour répondre à ce questionnement, nous avons réalisé une étude observationnelle transversale.

2) Matériels de l'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de 10 semaines s'étendant du 24/11/2014 au 08/02/2015.

Tous les patients consultants à la MMG de la Saudrune devaient être inclus dans l'étude en remplissant un questionnaire à l'issue de la consultation.

Ce questionnaire (Annexe 5) est composé de deux parties :

- La première partie concerne les données démographiques des patients et le motif/diagnostic amenant à consulter ainsi que le devenir ou l'orientation du patient à l'issue de la consultation. Cette partie était complétée par la secrétaire de la MMG si besoin à l'aide du médecin.
- La deuxième partie, à remplir par le patient ou son représentant, se compose de 9 questions et concerne des informations sur leur consultation et surtout sur leurs avis et intentions quant au recours à un service d'urgence tout au long de leur démarche.

Pour l'exploitation des données, celles-ci ont été compilées dans un tableur Excel afin de réaliser les calculs.

C/ RESULTATS

I/ Nombre de consultants inclus

Sur la période de 10 semaines, un total de 341 consultations a eu lieu. 237 questionnaires ont été recueillis.

La différence de 104 questionnaires peut s'expliquer par des oublis, des refus des consultants, des patients ayant consulté plusieurs fois pendant cette période ou des consultations multiples ou bien encore des visites, sans qu'il soit possible de déterminer exactement la part de chacune de ces possibles causes.

II/ Analyse des données médico-démographiques

1) Répartition temporelle des consultations

La période de l'étude comprenait 48 soirs de semaine et 22 jours de Week-end ou jours fériés.

Sur les 237 consultations évaluées, 24 consultations ont eu lieu un soir de semaine et 213 un week-end ou un jour férié.

Ce qui donne comme résultats : 0,5 consultation par jour en soirée de semaine et 9,6 consultations par jour les jours de week-end ou jours fériés.

Ces résultats sont un peu sous-estimés par le manque de quelques questionnaires.

2) Distribution des consultants selon l'âge

36 consultations pour des enfants de 0 à 2 ans (15%), 59 consultations pour des enfants de 2 à 6 ans (25%), et 29 consultations pour des enfants de 6 à 15 ans (12%). Soit 124 consultations pour des enfants (52%) (Fig 1).

Pour les adultes, 90 consultations dans le groupe 16 à 59 ans (38%), 10 consultations dans le groupe 60 à 69 ans (4%) et 13 consultations chez les plus de 70 ans (5%). Soit 113 consultations (48%).

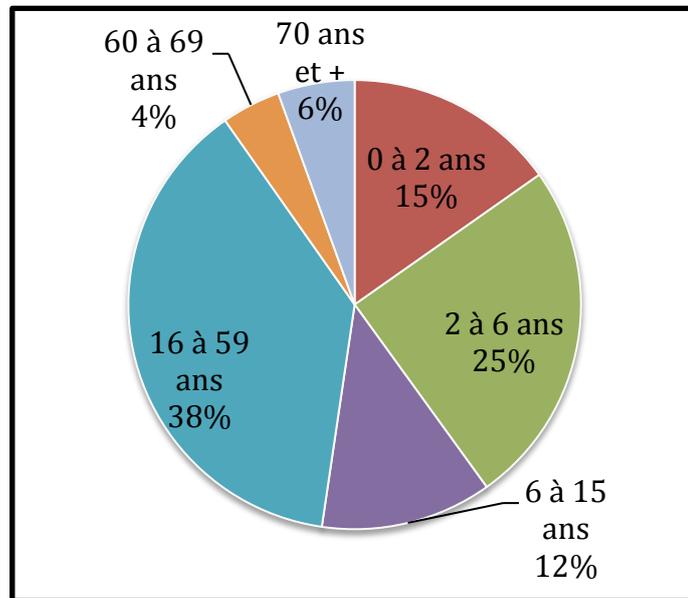


Fig 1 : Distribution des consultants selon les tranches d'âges

Si l'on s'intéresse plus particulièrement aux tranches d'âges chez les adultes (Fig 1.1), on a 21 consultations pour les 16-25 ans (8,8%); 19 pour les 26-35ans (8%) ; 24 pour les 36-45 ans (10,2%) ; 19 pour les 46-55 ans (8%) ; 11 pour les 56-65 ans (4,6%) ; 9 pour les 66-75 ans (3,8%) et enfin 9 pour les plus de 75 ans (3,8%).

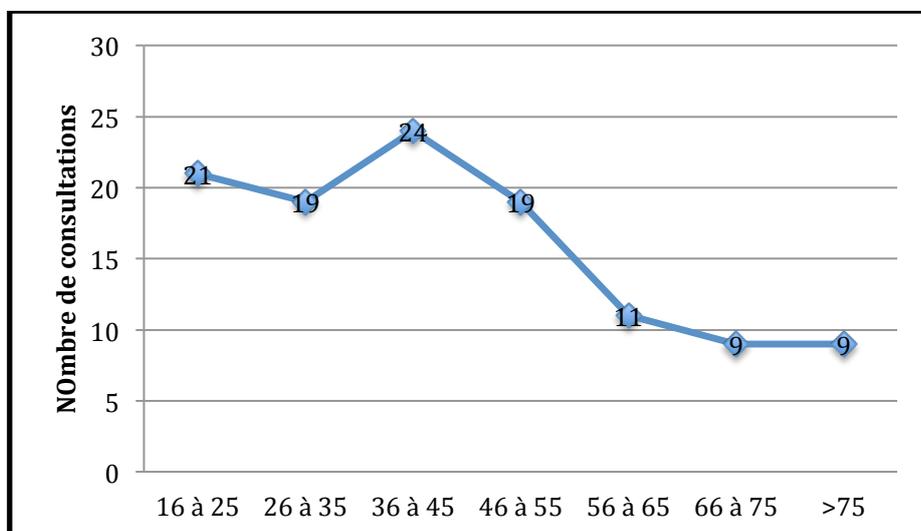


Fig 1.1 : Distribution selon les tranches d'âges chez les adultes

3) Répartition des consultants selon le sexe

137 consultations (58%) pour le sexe féminin et 100 (42%) pour le sexe masculin (Fig 2).

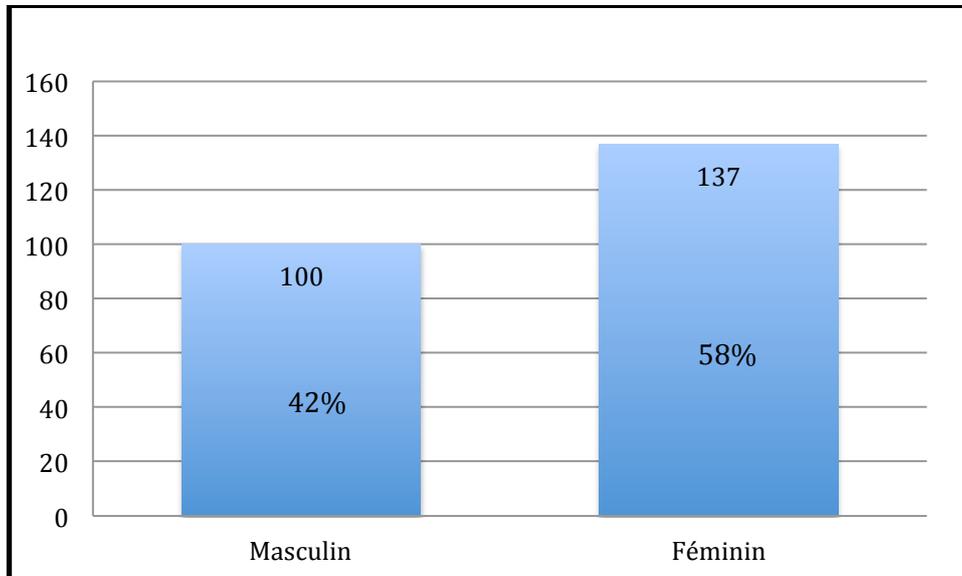


Fig 2 : Distribution des consultants selon le sexe

Chez le groupe adulte (16 ans et plus) plus particulièrement, 70 consultations (62,50%) pour le sexe féminin et 42 (37,50%) pour le sexe masculin (Fig 3).

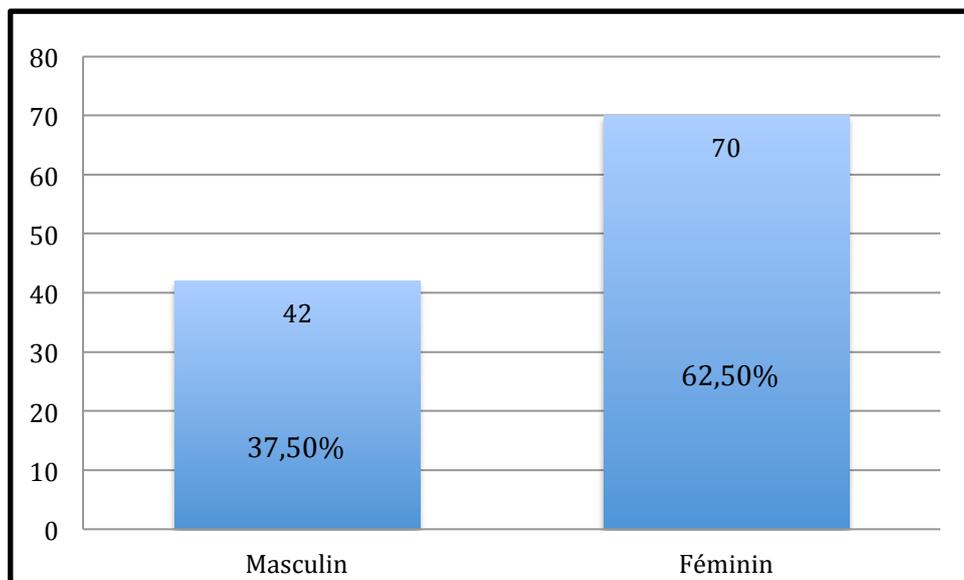


Fig 3 : Distribution selon le sexe chez les patients de plus de 16 ans

4) Distribution selon les communes

Pour cette question, les résultats sont différenciés selon que la consultation a eu lieu un soir de semaine ou un week-end ou jour férié. Ceci en raison du rapprochement du secteur n°2 avec le secteur n°1 les week-ends et jours fériés.

a) **Le soir**

Sur les 24 consultations des soirs de semaine du secteur, la répartition entre les communes d'habitation est la suivante (Fig 4) :

- 10 de Frouzins,
- 4 de Villeneuve-Tolosane
- 3 de Cugnaux
- 3 de Portet-sur-Garonne
- 1 de Roques-sur-Garonne
- et 3 autres et hors secteurs (1 de Seysses, 1 de Muret et 1 autre).

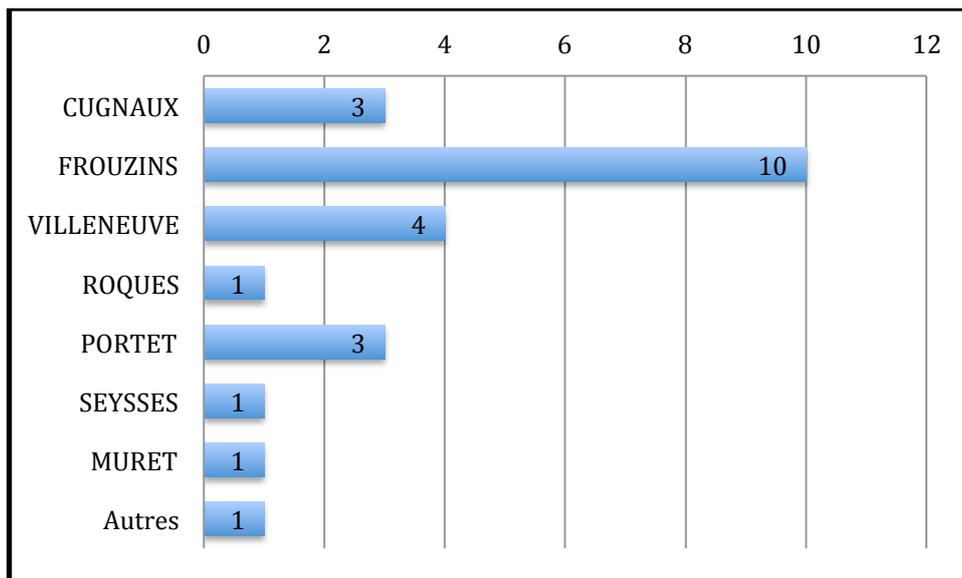


Fig 4 : Répartition des consultations selon les communes d'habitation en soirée de semaine.

Le nombre de consultations rapporté au nombre d'habitants de la commune, pour les communes du secteur, donne les résultats suivants (Tab 1) :

Commune	CUGNAUX	FROUZINS	VILLENEUVE	ROQUES	PORTET
Nombre de consultations	3	10	4	1	3
Population	16314	8612	9065	4170	9531
Nombre de consultations /10000 habitants	1,84	11,61	4,41	2,40	3,15

Tab 1 : Tableau récapitulatif des consultations en soirée de semaine pondérées par le nombre d'habitants de la commune

b) Le week-end et les jours fériés

Sur les 213 consultations des week-ends et jours fériés du secteur, la répartition entre les communes d'habitation est la suivante (Fig 4.1) :

- 66 de Frouzins,
- 44 de Cugnaux,
- 23 de Villeneuve,
- 21 de Seysses,
- 17 de Portet-sur-Garonne,
- 13 de Roques-sur-Garonne,
- 7 de Lavernose,
- 3 de Lamasquère,
- 3 de Labastidette,
- 3 du Lherm,
- 2 de Rieumes
- 2 de Saint-Hilaire
- 1 de Bérat
- 1 de Rieux-Volvestre
- et 7 autres et hors secteurs (1 de Plaisance-du-Touch, 2 de Fonsorbes et 4 autres).

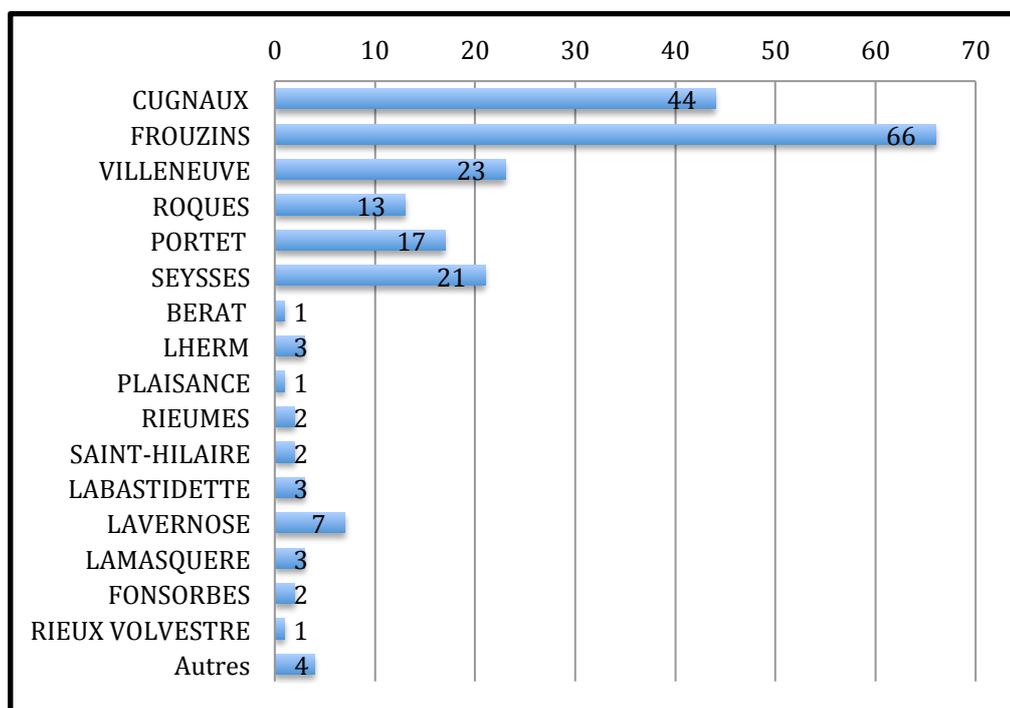


Fig 4.1 : Répartition des consultations selon les communes d'habitation les week-ends et les jours fériés.

Le nombre de consultations rapporté au nombre d'habitants de la commune, pour les communes du secteur, donne les résultats suivants (Tab 2) :

Commune WE	CUGNAUX	FROUZINS	VILLENEUVE	ROQUES	PORTET
Nombre	44	66	23	13	17
Nombre d'habitants	16314	8612	9065	4170	9531
Nombre de consultations / 10000 habitants	26,97	76,64	25,37	31,18	17,84
Commune WE	SEYSSES	BERAT	LHERM	RIEUMES	SAINT-HILAIRE
Nombre	21	1	3	2	2
Nombre d'habitants	8033	2867	3566	3511	1085
Nombre de consultations / 10000 habitants	26,14	3,49	8,41	5,70	18,43
Commune WE	LABASTIDETTE	LAVERNOSE	LAMASQUERE	RIEUX VOLVESTRE	
Nombre	3	6	3	1	
Nombre d'habitants	2364	2820	1434	1434	
Nombre de consultations / 10000 habitants	12,69	21,28	20,92	6,97	

Tab 2 : Tableau récapitulatif des consultations en week-ends et jours fériés pondérées par le nombre d'habitants de la commune

5) Catégories diagnostiques

Les motifs de consultations étaient très divers et ont été réunis par grandes catégories diagnostiques (Fig 6).

Au premier plan viennent les pathologies infectieuses, retrouvées à 160 reprises (58%) réparties en :

- une grande majorité d'infections ORL, 61 cas (22%),
- infections broncho-pulmonaires, 39 cas (14%),
- infections digestives, 20 (7%),
- infections urinaires, 10 cas (4%),
- infections dermatologiques, 2 cas (1%)
- et 10 cas d'infections non définies (10%).

On relève ensuite dans l'ordre de fréquence, les pathologies :

- pulmonaires, 45 cas (17%),
- digestives, 17 cas (6%),
- traumatiques, 11 cas (4%),
- cardiologiques, 7 cas (2,5%),
- algologiques, 6 cas (2,2%),
- rhumatologiques, 5 cas (1,8%),
- ORL, 5 cas (1,8%),
- neurologiques, 4 cas (1,5%),
- psychiatrique, 4 cas (1,5%),
- ophtalmologiques, 3 cas (1,1%),
- iatrogéniques, 2 cas (0,8%),
- allergologiques, 1 cas (0,5%),
- urologiques, 1 cas (0,5%)
- et de médecine légale, 1 cas (0,5%).

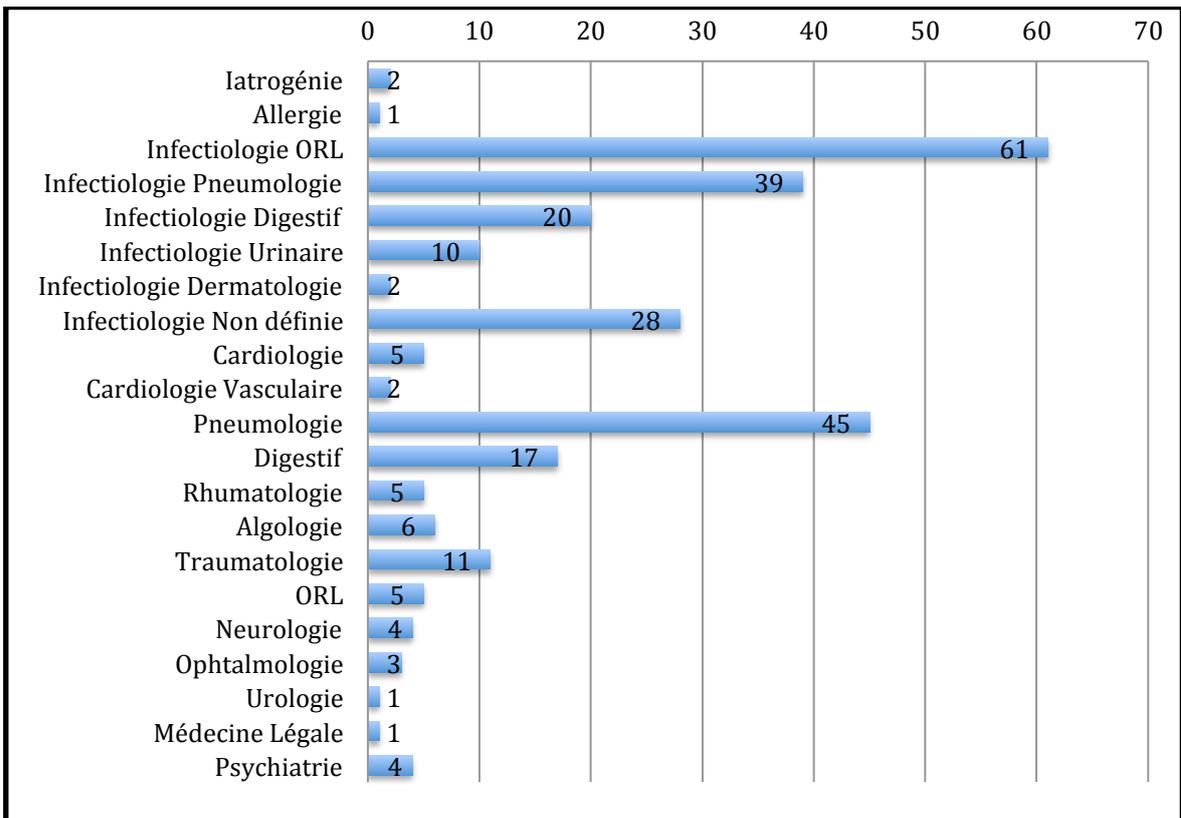


Fig 6 : Nombre de cas selon les catégories diagnostiques

6) Orientation à l'issu de la consultation

En fin de chaque consultation, il a été noté par la secrétaire, avec l'aide du médecin si nécessaire, si le patient :

- a été renvoyé à domicile simplement,
- a été orienté vers un service d'urgence et dans ce cas pour quelles raisons,
- a été renvoyé à domicile sous surveillance avec consultation secondaire dans un service d'urgence en cas d'aggravation.

Sur les 237 consultations analysées, 214 patients ont eu un retour à domicile simple (90%). (Fig 7). Il y a eu 6 retours à domicile avec surveillance accrue et consultation d'un service d'urgence en cas d'aggravation (3%).

Enfin 16 consultations ont nécessité une orientation vers un service d'urgence (7%), pour les raisons suivantes : 4 en raison d'une urgence vitale (1 douleur thoracique, 2 crises d'asthme non contrôlées et 1 purpura fébrile chez un bébé de 9 mois), 10 pour la réalisation d'examens complémentaires (dont 1 pour une urgence vitale) et 3 pour surveillance.

A noter qu'1 questionnaire n'avait pas d'indication sur l'orientation.

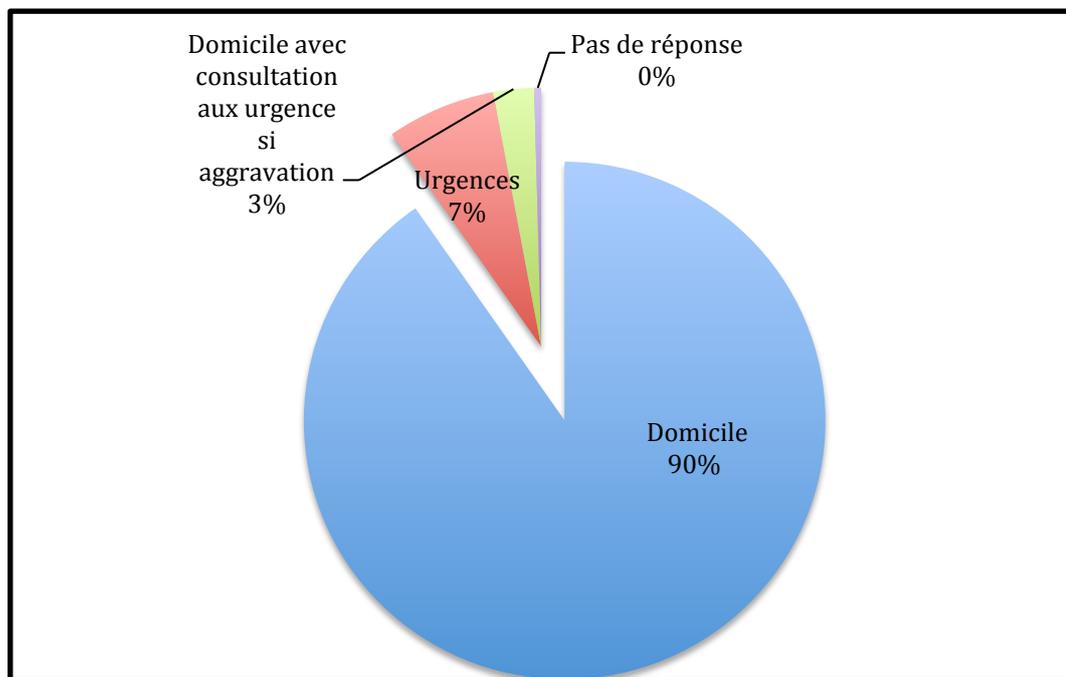


Fig 7 : Orientation à l'issu de la consultation

III / Analyse du questionnaire remis aux patients

1) Mode d'accès à la maison médicale de garde de Frouzins

« Quel numéro avez-vous appelé avant de venir ?

15 3966 Médecin traitant Accès direct Autre : »

Concernant le mode d'accès des consultants, la grande majorité a eu recours au 3966 (120 cas soit 50,4%) (Fig8).

Le deuxième mode d'accès le plus fréquent est l'appel du 15 (94 cas soit 39,5%).

Enfin viennent les accès directs (19 cas soit 8%) et l'appel du médecin traitant (4 cas soit 1,7%). On note également 1 cas ayant répondu un autre moyen sans précision.

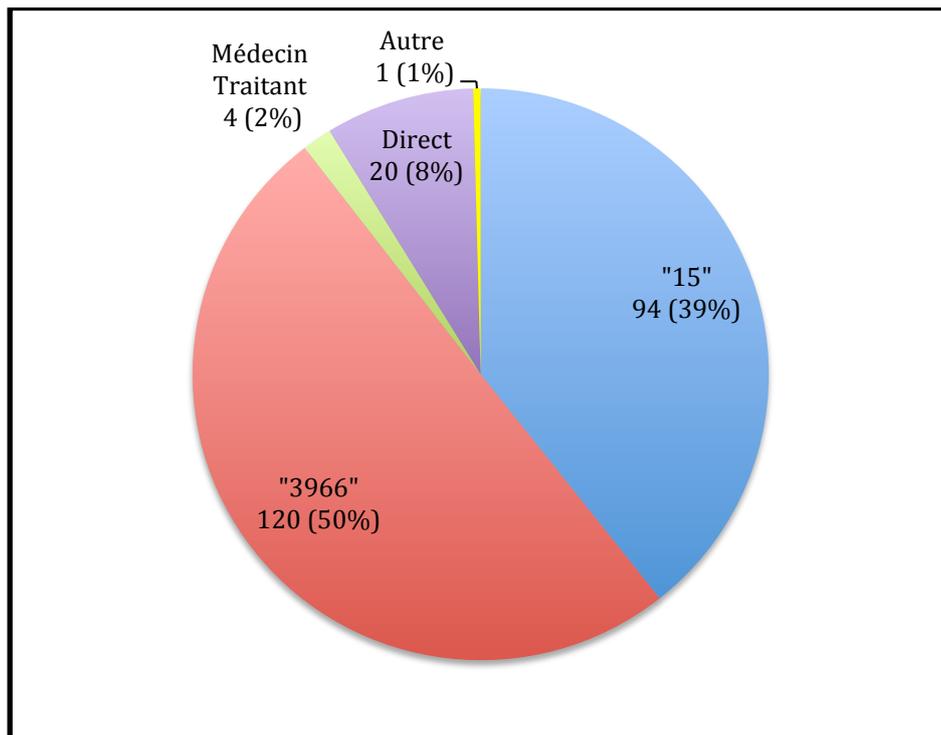


Fig 8 : Mode d'accès à la maison médicale de garde

2) Complexité de la démarche pour consulter le médecin de garde

« *Votre démarche pour consulter le médecin de garde vous a t-elle semblé compliquée ?*

Oui *Non* »

A cette question, 21 personnes ont trouvé cette démarche compliquée (8,86%) contrairement à la majorité, à savoir 211 personnes (89,03%).

5 personnes n'ont pas répondu à cette question (2,11%).

3) Connaissance de la maison médicale

« Connaissez-vous l'existence de cette Maison Médicale de Garde avant ce jour ?

Non Oui

Si oui, comment ? : Amis Famille Médecin traitant Médias Déjà consulté

Autre (Précisez) : »

A cette question, on a obtenu 108 réponses « Non » (45,57%) et 123 « Oui » (51,90%).

6 personnes n'ont pas répondu.

Parmi le groupe ayant répondu « Oui », la connaissance de la MMG était répartie de la façon suivante (Fig 9) :

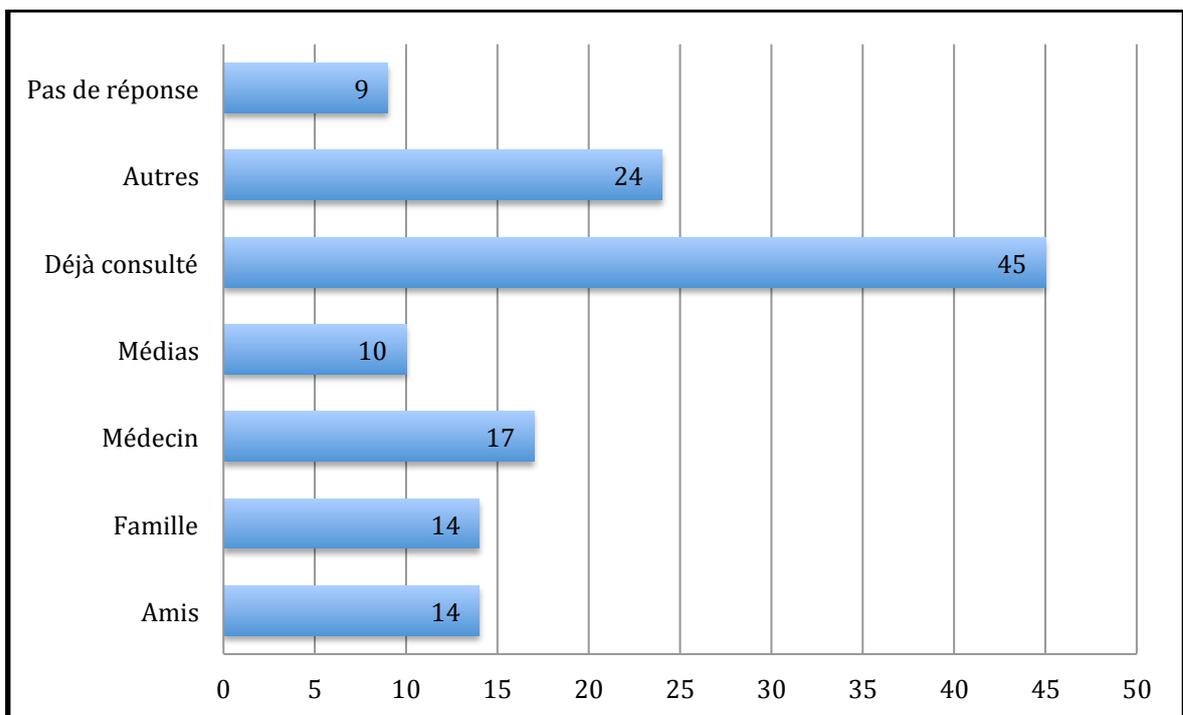


Fig 9 : Modalités de connaissance de la maison médicale de garde

- 14 personnes la connaissaient par des amis,
- 14 personnes par la famille,
- 17 personnes l'ont connu par leur médecin traitant,
- 10 personnes par les médias,
- 45 personnes connaissaient la MMG en raison d'une précédente consultation,
- Enfin 24 personnes l'ont connu par un autre moyen dont 15 cas par une notion de proximité (7 habitent ou habitaient dans la commune, 3 passent devant en amenant les enfants à l'école, 3 passent devant en allant au travail, 1 dû à la proximité de son médecin traitant à savoir le cabinet dans le même bâtiment et 1 a vu le panneau en passant.

Les autres sont 3 personnes qui l'ont appris par la Mairie de Frouzins, 1 personne ayant reçu l'information dans sa boîte au lettre, 2 informées par la pharmacie, 1 aide soignante de l'EHPAD de Frouzins, 1 personne en ayant entendu parler sans précision et 1 personne ayant cherché un cabinet le jour même.

- 9 personnes n'ont pas répondu.

4) Intention de recours à un service d'urgence avant l'appel régulé ou la consultation

« Avez-vous pensé à vous rendre directement dans un service d'urgence (Hôpital ou Clinique) avant d'appeler (ou de venir) ?

Oui Non

Si Oui, Pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

Sensation de gravité de la situation Accès plus facile Localisation plus proche Téléphone encombré Autres (Précisez) : »

Cette question nous éclaire sur la 1^{ère} intention des consultants (Fig 10).

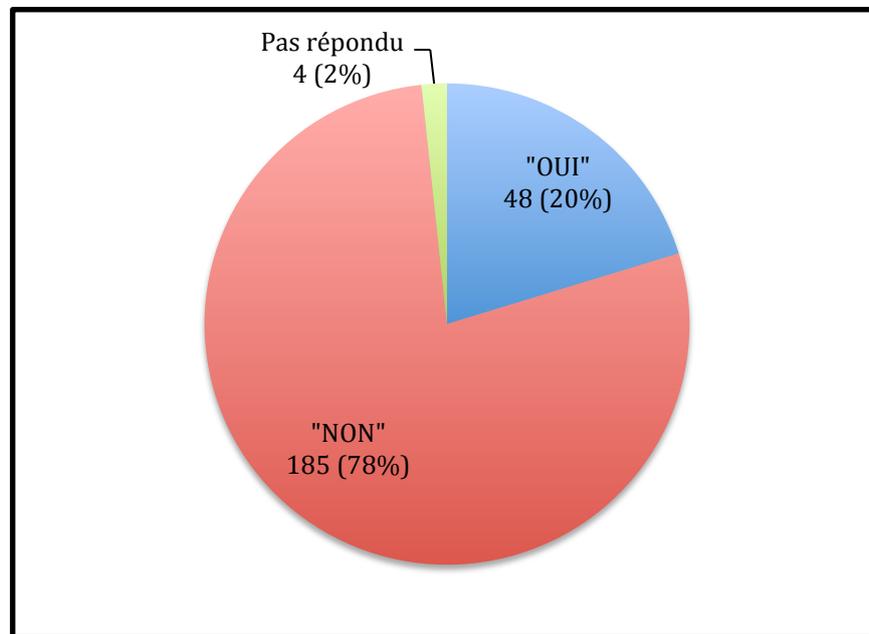


Fig 10 : Nombre d'intention de recours à un service d'urgence en 1^{ère} intention

Les résultats montrent : 48 personnes avaient envisagé de se rendre directement aux urgences (20,25%) contre 185 non (78,06%). 4 n'ont pas répondu (1,69%).

Parmi ceux qui l'ont envisagé, les raisons évoquées sont (Fig 11):

- pour 23, la sensation de gravité
- pour 6, l'accès plus facile
- pour 3, la localisation
- pour 5, l'encombrement téléphonique
- pour 5, une autre raison (1, son médecin ne travaillait pas ce jour là, 2 n'étaient pas informés de l'existence d'un médecin de garde, 1 se sentait dépassé et enfin 1 qui n'a pas répondu).

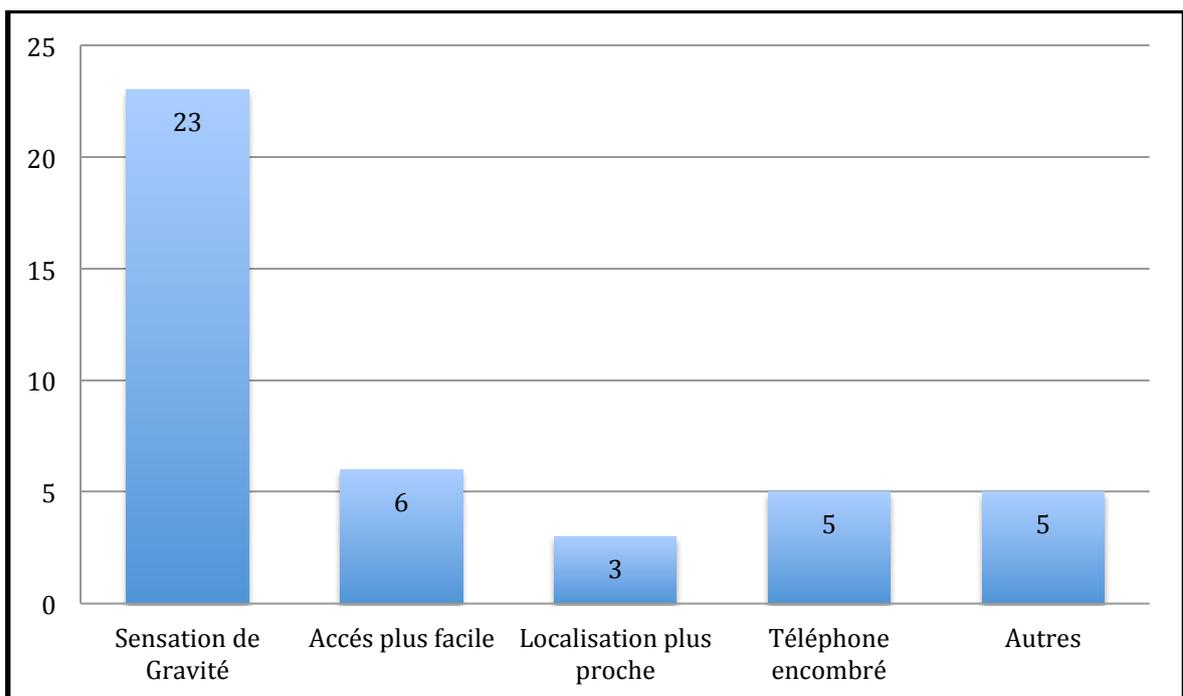


Fig 11 : Motifs de ceux ayant envisagés une consultation aux urgences en 1^{ère} intention

5) Connaissance d'un autre lieu de consultation et si non, recours à un service d'urgence

« Si la Maison Médicale de Garde avait été fermée, connaissez-vous un autre lieu ou structure où vous auriez pu vous orienter (Hormis un service d'urgence)?

Si Oui, lesquelles ?

Si Non, seriez-vous allé dans un service d'urgence (Hôpital ou Clinique) ? »

A cette question sur la connaissance d'autres lieux, 48 personnes ont répondu « Oui » (20,25%) (Fig 12) et ont mentionné : le centre Médical Bernadet de Plaisance-du-Touch, SOS Médecin, la MMG de Lafarouette et la MMG de la Grave.

En revanche, 185 personnes ont répondu « Non » (78,06%).

4 n'ont pas répondu.

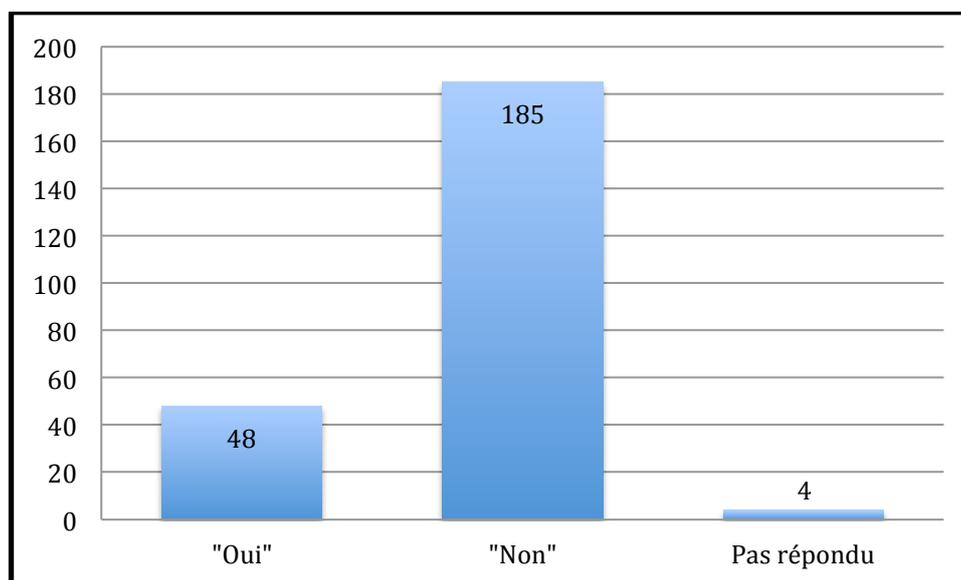


Fig 12 : Connaissance d'un autre lieu de consultation

Parmi le groupe ne connaissant pas d'autres lieu de consultations, nous avons à nouveau posé la question de savoir s'ils envisageaient un recours à un service d'urgences, soit en 2nde intention.

151 personnes ont répondu avoir l'intention de recourir à un service d'urgence (81,62%) contre 32 qui ont répondu « Non » (17,30%) et 2 sans réponses (Fig 13).

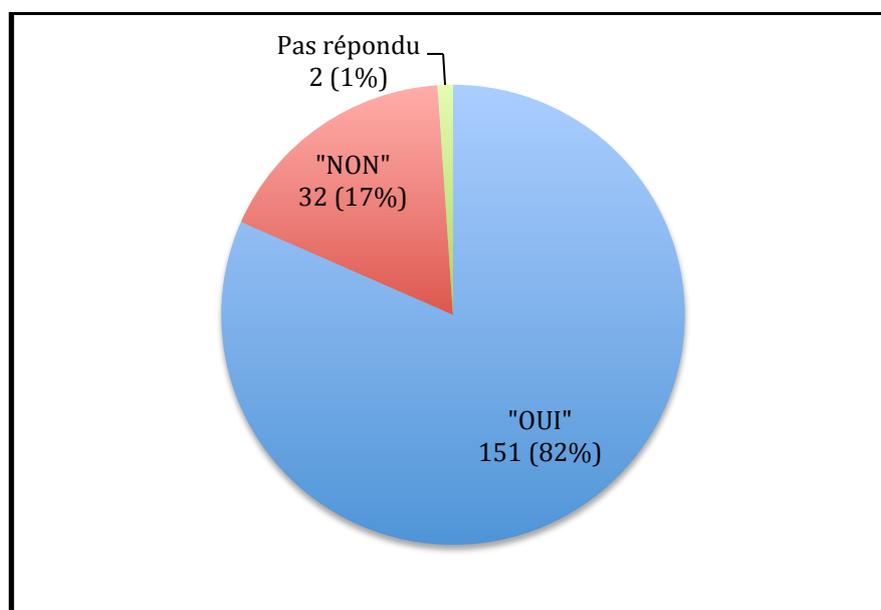


Fig 13 : Nombre d'intention de recours à un service d'urgence en 2^{ème} intention

A noter que parmi les personnes connaissant un autre lieu de consultation, 16 personnes ont tout de même répondu « Oui » à cette question, ce qui laisse présager leur intention de consulter aux urgences également en cas de non réponse de ces structures.

6) Consultations aux urgences durant l'année passée

« Durant l'année 2014, avez-vous déjà consulté dans un service d'urgence (Hôpital ou Clinique) ?

Si Oui, pensez-vous que vous auriez pu consulter à la Maison Médicale de Garde à la place ?

Si Non, Pourquoi ? »

Cette question nous permet d'approfondir l'analyse des intentions de recours aux services d'urgences. 74 personnes ont eu recours à un service d'urgence l'année passée (31,72%) contre 153 qui n'en ont pas eu besoin (64,56%). 10 n'ont pas répondu.

Parmi les 74 qui y ont eu recours, 42 ont estimé qu'ils auraient pu consulter la MMG à la place (56,76%) (Fig 14).

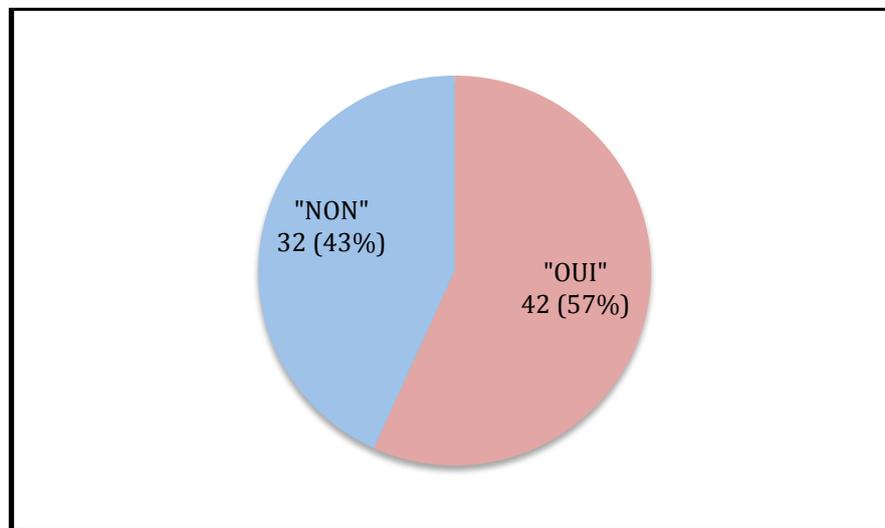


Fig 14 : Consultants estimant qu'un précédent recours aux urgences aurait pu être évité par une consultation à la MMG

Les 32 considérant la consultation à la maison médicale impossible ont cité les raisons suivantes : orientation par médecin de garde, une antalgie intra-veineuse nécessaire, gravité, fracture, plaies, l'éloignement de la MMG, problème ophtalmologique, de multiples consultations généralistes avant, consultation pour un prématuré, une convulsion fébrile, non connaissance de la MMG, problème chirurgical et avis néphrologique nécessaire.

7) Préférence d'un service d'urgence pour la consultation du jour

« Aujourd'hui, auriez-vous préféré aller dans un service d'urgence (Hôpital ou Clinique)

Si oui, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

Accès libre (sans régulation)

Consultation sans rendez-vous

Tiers-payant (pas d'avance des frais)

Possibilité de réaliser des examens complémentaires : Radiographie, examen sanguin,...

Autres : »

A cette question, 217 consultants ont répondu « Non » (91,56%). Seulement 7 ont répondu « Oui » (3%). (Fig 15)

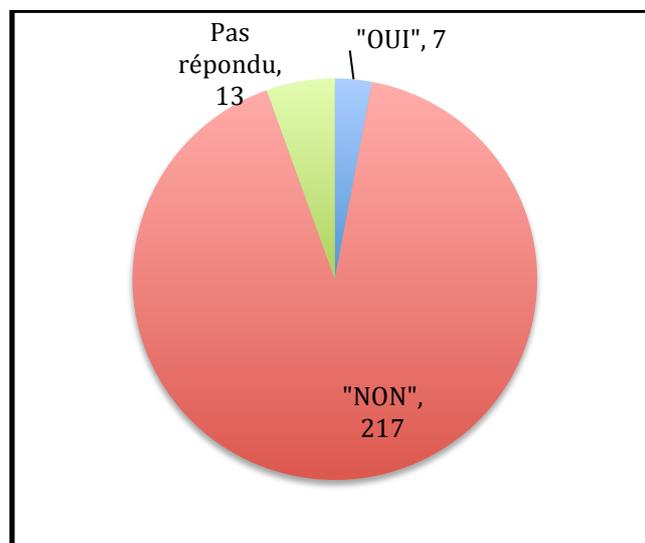


Fig 15 : Préférence d'un service d'urgence pour la consultation du jour

Les raisons évoquées sont

- à 3 reprises l'accès libre,
- à 2 reprises l'absence de rendez-vous,
- à 3 reprises le 1/3 payant,
- à 3 reprises la possibilité d'examen complémentaires,
- à 2 reprises une autre raison sans précision.

A noter que 1 patient ayant évoqué la possibilité d'examen complémentaire, a été adressé aux urgences pour une urgence vitale.

8) Intention en cas de prochaine consultation nécessaire en période de PDSA

« Si vous aviez besoin de consulter à nouveau un médecin de garde (après 20h ou le week-end à partir de 12h), que feriez-vous la prochaine fois ?

J'appellerai le 15

J'appellerai le 3966

Je viendrai directement à la maison médicale de garde

J'irai directement aux Urgences (Hôpital ou Clinique)

Autres possibilités (Précisez) : »

A cette question, les réponses sont (Fig 16) :

- à 53 reprises, l'appel du 15 (20,70%) a été coché,
- à 150 reprises, l'appel du 3966 (58,59%),
- à 47 reprises, un accès direct a été choisi (18,36%),
- à 5 reprises, les patients disent qu'ils iront directement aux urgences (1,95%),
- Enfin 1 personne a coché autre en indiquant qu'elle contacterait SOS Médecin.

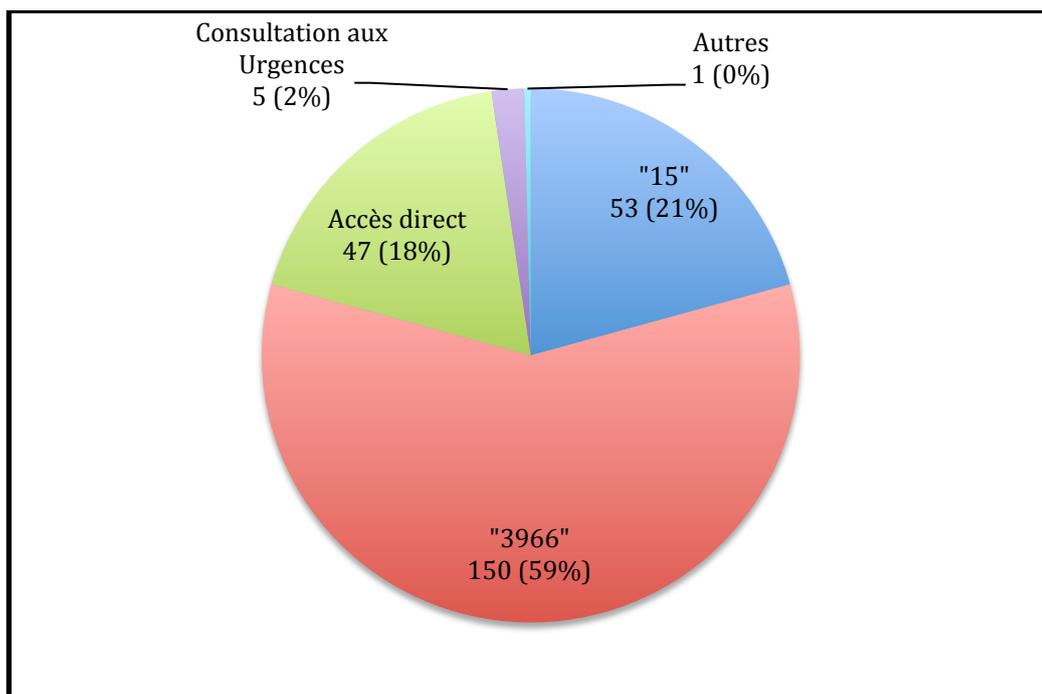


Fig 16 : Intention lors d'une prochaine consultation

D/ DISCUSSION

I/ Forces de l'étude

Tout d'abord, l'étude est originale. Les études d'intention habituelles s'intéressent plutôt aux patients ayant consulté aux urgences. Celle-ci s'intéresse aux intentions des patients de PDSA captés en médecine libérale.

D'autre part, elle est représentative d'un grand secteur de population, à savoir plus de 47000 habitants pour le secteur n°1 et plus de 74000 pour les secteurs n°1 et 2 réunis.

Enfin nous avons pu obtenir 237 questionnaires exploitables.

II/ Limites de l'étude

L'étude a été réalisée sur une petite période de 10 semaines, ce qui peut limiter la valeur des résultats.

D'autre part, il existe une certaine différence entre le nombre de questionnaires recueillis et le nombre de consultations sur la période. Et, comme dit précédemment, la part d'oublis ou de doublons est difficilement quantifiable.

Enfin, il y a un biais de sélection des participants. L'étude ne s'intéresse qu'aux patients consultant la MMG et ne prend pas en compte ceux ayant pu consulter une autre structure participant en partie à la PDSA du secteur tels SOS-Médecin, les MMG de Toulouse, le centre médical Bernadet de Plaisance... Voir même consulter sur un secteur voisin.

III/ Points intéressants

1) Intention de consultation aux urgences

Ce travail a montré que la grande majorité des consultants à la MMG n'avait pas l'intention de consulter un service d'urgence avant d'appeler le CRRA (78%).

Ceci semble indiquer que la majorité des patients n'estime pas que leur pathologie nécessite un recours à un service d'urgence. Et cette majorité semble bien évaluer la gravité de leur pathologie puisque 90% des consultants ont un retour à domicile simple.

Malgré cela, en 2nde intention, en cas de non réponse à leur attente de voir un médecin, 81% des patients ne connaissant pas d'autres lieux de consultation libérale pouvant les accueillir déclarent qu'ils auraient eu recours à un service d'urgence. Ce taux est plus important que celui de l'analyse des MMG de Toulouse en 2006 [28] qui retrouvait un taux de 50%. Mais cet écart peut s'expliquer par la différence de fonctionnement des MMG de Toulouse qui ont un accès direct prédominant et également par le fait que les intentions ont été évaluées sur la totalité des consultants.

La notion retrouvée dans le rapport du Dr Grall Y. de juillet 2006 sur les maisons médicales de garde estimant que les patients se rendraient aux urgences s'ils ne trouvaient pas de médecin de garde est donc bien confirmée.

A contrario, 32 personnes déclarent qu'elles n'auraient pas eu recours à un service d'urgences en 2nde intention en cas de non réponse à leur demande de voir un médecin. On peut dans ce cas, se demander s'ils considèrent que leur consultation aurait donc pu attendre l'ouverture du cabinet de leur médecin traitant ? (Bien que 2 cas aient été adressés aux urgences pour examens complémentaires).

Une autre étude de 2006 de la CNAMTS [5] sur les déterminants des consultations aux urgences retrouvait que 1/3 des patients considéraient qu'ils auraient pu avoir recours à la médecine libérale à la place. Dans notre étude, 74 patients ont eu un recours à un service d'urgence durant l'année précédente et un peu plus d'un patient sur deux estime qu'il

aurait pu avoir recours à la MMG à la place. Il aurait été intéressant de savoir pourquoi ils « ont échappé » à la médecine libérale ces fois-là.

Nous pouvons nous demander si les personnes ayant contacté la régulation et ayant reçu un simple conseil ne vont pas consulter par la suite aux urgences.

2) Agés et sex-ratio des consultants

Il est intéressant de noter que les consultations sont équitablement réparties entre enfants (52%) et les adultes (48%). Ce qui diffère des rapports ORU-MIP sur les passages aux urgences avec en moyenne 20% de pédiatrie sur les années 2011, 2012 et 2013 [2][3][4]. La santé des enfants est plus facilement source d'angoisse pour les parents qui n'hésitent pas à venir consulter d'autant plus qu'aucune permanence de soins n'est organisée par les pédiatres libéraux. Il reste encore beaucoup d'efforts d'information à faire auprès des jeunes parents, le recours aux urgences pour les enfants représentant encore environ 20% en 2014 soit 155 199 passages, dont 27,8% de CCMU 1 et dont 53,1% arrivent pendant les horaires de PDSA [29].

Par ailleurs, très peu de consultations de gériatrie sont effectuées, possiblement en raison de l'absence de visite par le médecin de la MMG. Ce problème est probablement compensé le week-end par le médecin mobile du bassin de Muret. Cependant on peut s'interroger sur la prise en charge des personnes âgées les soirs de semaines, qui pourraient être orientées vers les services d'urgences, à défaut de pouvoir voir le médecin de garde. Les résultats de l'étude de P. BOUDARD dans sa thèse [30] montrant une augmentation du nombre de transports non médicalisés des personnes de plus de 75 ans vers les urgences depuis la création de la MMG locale dans l'Isère, abondent dans ce sens.

Concernant le sexe, il semble exister une prédominance dans le sexe féminin 58% contre 42% dans le sexe masculin. Cette prédominance est encore plus parlante si l'on compare le groupe des adultes uniquement (en excluant les enfants de moins de 16 ans). En effet, dans ce groupe, la proportion de femmes passe à 62,50%. Là encore, ce résultat diffère des rapports ORUMIP sans qu'il n'y ait d'explication évidente.

3) Accès à la MMG, connaissance de la MMG et localité d'habitation des consultants

a) Accès direct

Notre travail a montré que très peu d'accès directs étaient effectués à la maison médicale de garde. Seulement 19 fois sur les 237 cas étudiés. Ce chiffre est étonnamment bas, ce qui peut s'expliquer par le principe même du fonctionnement de la PDSA qui est régulée mais aussi par l'influence des secrétaires qui ont pour consigne de faire réguler toutes les personnes arrivant de leur propre chef. Elles ont donc pu influencer les réponses à la question 1 et créer un biais de sélection.

Par ailleurs, la structure étant récente, elle reste encore peu connue de la population notamment concernant la plus éloignée de Frouzins. Comme l'atteste la proportion des patients consultants directement, 9 sont de Frouzins, 4 de Villeneuve-Tolosane, 3 de Cugnaux. Aucun de Portet-sur-Garonne ou Roques. Les autres étant 1 de Rieumes, 1 non défini et 2 d'un secteur voisin (Plaisance-du-Touch et Muret).

b) Accès par le « 3966 »

L'accès par le « 3966 » représente 50%, ce qui est conséquent pour un numéro apparu récemment. Cependant des efforts sont encore à faire comme le montre la récente étude de l'ARS Midi-Pyrénées d'avril 2015 [31] retrouvant que seulement 44% des Midi-Pyrénéens connaissent ce numéro mais dont seulement 29% savent exactement à quoi il sert.

Par ailleurs, le rapport ORU-MIP 2014 [29] comportant un volet Régulation montre un taux d'utilisation du « 3966 » dans les plus faibles pour la Haute-Garonne (2,5%), juste devant les Hautes-Pyrénées.

c) Connaissance de la MMG et lieu d'habitation

La localité d'habitation la plus représentée parmi les consultants est Frouzins soit la ville de la MMG, et ceci en semaine comme en week-end et jours fériés.

Ajouté à cela le fait que plus de la moitié des consultants connaissaient la MMG, à savoir 123 personnes, dont parmi elles 45 en raison d'une précédente consultation et le fait que 15 autres personnes évoquent leur connaissance par un phénomène de proximité (soit en habitant dans la commune de la MMG ou en passant devant pour amener les enfants à l'école ou aller au travail), il semble que le fait d'avoir précédemment consulté la MMG et surtout la proximité de celle-ci favorisent son accès.

Peut-on supposer que les patients les plus éloignés de la MMG trouvent une autre solution telle qu'un service d'urgence plus proche (Clinique Occitanie à Muret), SOS Médecin Route d'Espagne pour Portet-sur-Garonne ou une autre MMG comme celle de Peyssies ?

Ou encore reportent-ils leur consultation aux horaires d'ouverture du cabinet de leur médecin traitant ?

Ou ne sont-ils tout simplement pas au courant de l'existence de cette MMG et du fonctionnement de la permanence des soins ambulatoires ?

Ces données sont concordantes avec celles retrouvées dans le rapport sur les MMG de Toulouse en 2006 [28] où le phénomène de proximité ressortait avec 80% des consultants qui habitaient dans un quartier proche de la MMG de Lafarouette. Un peu moins pour la MMG de la Grave.

Par contre, cette notion ne va pas dans le sens des préconisations du projet HPST et du rapport de la cour des comptes de 2013 qui préconise la diminution du nombre de secteurs et l'élargissement de ceux-ci, ce qui pourrait rendre difficile l'accès aux soins en raison de l'augmentation de l'éloignement.

4) Satisfaction des patients

Il semble que la grande majorité ait été satisfaite de leur passage à la MMG, plus de 90% ayant répondu qu'ils n'auraient pas préféré aller aux urgences à la place. Bien que les enquêtes de satisfaction n'ont que peu de valeur statistique, cela semble montrer l'intérêt de cette MMG. Sous réserve qu'il ait pu y avoir un biais lors du remplissage des questionnaires. En effet ceux-ci étaient remplis et remis à la secrétaire directement à l'issue de la consultation et bien qu'anonymes, les consultants ont pu avoir peur de s'exprimer.

5) Attitude en cas de nouvelles consultations

Concernant l'attitude lors d'un prochain besoin de consulter un médecin en période de permanence de soins, si la majorité a mentionné qu'elle appellerait la régulation par le 15 ou le 3966 et qu'une minorité se tournerait vers une autre structure, il y a quand même 47 personnes optant pour un accès direct à la MMG soit plus du double du nombre d'accès direct constaté durant l'étude.

Même si comme évoqué plus haut, il y a probablement un biais minimisant les résultats de la 1^{ère} question. Il faut donc continuer à faire circuler l'information et à éduquer les patients sur le fonctionnement de la permanence des soins.

IV/ Perspectives

- Renforcer l'information des patients sur le fonctionnement de la PDSA et, notamment pour notre secteur, sur la présence de la MMG ouverte pendant les horaires de PDSA et accessible sur appel du « 3966 » après régulation. Insister sur les communes les plus éloignées de la MMG qui n'ont pas la notion de l'existence de cette MMG.
- Réévaluer la nécessité de diminuer le nombre de secteurs, malgré l'aspect des consultations de semaines peu nombreuses, car cela ne semble pas favorable pour la population la plus éloignée. Cette notion de proximité mériterait d'être vérifiée par l'étude sur d'autres MMG comme celle de Peyssis par exemple.
- Revoir la possibilité de visite en semaine notamment pour la prise en charge des personnes âgées.
- Rendre l'accès à la MMG libre, éventuellement sur des plages horaires limitées, telles que les journées des week-ends et des jours fériés, afin de faciliter l'accès et de ramener plus de patients des urgences vers la médecine libérale. Mais cela pourrait ne pas être accepté, à la fois par la CAMNTS qui est en accord avec les

médecins pour continuer d'augmenter le taux d'actes de PDSA régulés et par ces médecins qui ne souhaitent pas retourner à la situation qui a conduit à la grève en 2001.

- Envisager une régulation médicale avant toute consultation aux urgences, même si cela semble irréalisable.

E/ CONCLUSION

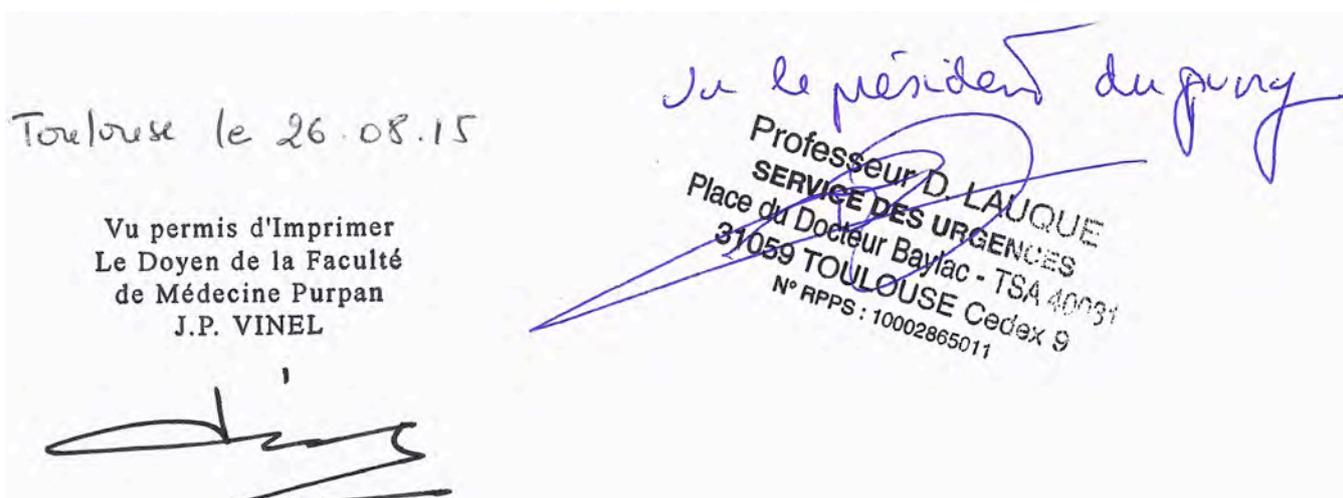
Cette thèse avait pour but de mieux connaître les usagers de la MMG de la Saudrune et d'évaluer leur intention de recourir à un service d'urgence.

Les usagers de la MMG sont en majorité des enfants et des femmes. Ils consultent principalement le week-end ou les jours fériés, moins le soir, pour un motif infectieux simple dans la moitié des cas. De plus, ils consultent plus facilement s'ils habitent à proximité de la MMG. La consultation se fait majoritairement de façon régulée. La moitié suite à un appel du « 3966 » dédiée à la PDSA.

Quant aux intentions des usagers, si la majorité n'a pas envisagé de se rendre dans un service d'urgence avant d'appeler la régulation et de venir consulter à la MMG (80%), parmi les 80% de personnes ne connaissant pas d'autres lieux de consultations, 8 personnes sur 10 déclarent qu'elles recourraient à un service d'urgence si elles n'avaient pas pu voir le médecin de garde.

On peut donc considérer que la MMG remplit bien son rôle dans la permanence des soins. Elle permet de limiter l'accès aux services d'urgence pour des actes de médecine générale notamment en pédiatrie.

Le fait qu'environ 2/3 des patients se rendent aux urgences sans avis préalable et que 2/3 également connaissent mal le fonctionnement de la PDSA doit nous inciter à renforcer l'information des patients, pour augmenter l'efficacité de la MMG.



BIBLIOGRAPHIES

- [1] Cour des comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Septembre 2013, p.335-364.
- [2] ORUMIP, Rapport annuel sur l'activité des structures d'urgences en Midi-Pyrénées, 2011. p.51-111.
- [3] ORUMIP, Rapport annuel sur l'activité des structures d'urgences en Midi-Pyrénées, 2012. p.69-189.
- [4] ORUMIP, Rapport annuel sur l'activité des structures d'urgences en Midi-Pyrénées, 2013. p.75-201.
- [5] CNAMT, ORUMIP, ORSMIP, Eesse, URML MP. Etude des déterminants de consultations conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicales à se présenter dans un service d'urgence plutôt que faire appel à la médecine de ville, 2004.
- [6] CARRASCO V, BAUBEAU D, Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale, DREES, 2003.
- [7] BOISGUERIN B, VALDELIEVRE H. Urgences la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation, DRESS, 2013.
- [8] GENTILLE S. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale. Analyse de nouveaux comportements de santé. 6ème journées médicales et 4ème journées infirmières Collège PACA de Médecine d'Urgence, Mars 2007.
- [9] LANG T, DAVIDO A, DIAKITE B, AGUAY E, VIEL JF, FLICOTEAUX B. Non Urgent care in the hospital medical emergency department in France how much and which health need judge it reflect. J.Epidemiol Communality Health. 1996, 50(4)456-462.

- [10] KAPROWSKI A. Déterminants du premier recours aux urgences adultes du CHU de Nantes des patients consultant sans avis médical préalable. Thèse d'exercice de médecine générale, UNIVERSITE DE NANTES - FACULTE DE MEDECINE, Mai 2013.
- [11] HUGLI OW, POTIN M, SCHREYER B. Engorgement des centres d'urgences. Une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents ? Revue Médicale Suisse. 2006; p75.
- [12] MENTHONNEX P, MENTHONNEX E. Histoire de la médecine d'urgence de Napoléon nos jours. Conférence Congrès Urgences 2010, chapitre 52. Paris ; 2010, pp 569-598.
- [13] LE QUELLEC-BARON S, Histoire des urgences à paris de 1770 à nos jours. Thèse d'exercice de médecine générale, UNIVERSITE PARIS 7 – DENIS DIDEROT FACULTE DE MEDECINE XAVIER BICHAT, Octobre 2000.
- [14] LOUVEL K, FILLAUT T. Les généralistes de campagne et la permanence de soins : chronique d'une exaspération montante (Fin XIXème siècle-2001). Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest, 116-2 | 2009, 217-229.
- [15] DESCOURS C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Janvier 2003, 20p.
- [16] Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique.
- [17] Circulaire DHOS/01 n°587-2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire (BO du ministère chargé de la santé n°2003-50).
- [18] Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (JO du 8 avril 2005 p.6345).

- [19] BLANCHARD P, DUPONT M, OLLIVIER R, FERRIER C, PRETOT X. Evaluation du nouveau dispositif de permanence de soins en médecine ambulatoire, Rapport conjoint IGAS n°2006 029 et IGA n°06-007-02. Mars 2006.
- [20] GRALL JY. Les Maisons Médicales de Gardes. Rapport Juillet 2006.
- [21] GRALL JY. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Août 2007.
- [22] BOËNNEC P. Rapport d'information fait au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins. Octobre 2008.
- [23] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- [24] Arrêté du 13 novembre 2012 fixant le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoire en Midi-Pyrénées.
- [25] BAGOU G. Classification des degrés d'urgence en régulation. Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15. 2^{ème} édition. 2009.
- [26] Rapport de la Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Recommandations de Bonne Pratique et Argumentaire. Mars 2011.
- [27] BABLED C. Expérimentation d'un médecin mobile de permanence des soins en médecine générale ambulatoire sur le bassin de Muret. Evaluation lors du premier semestre 2014. Thèse d'exercice de médecine générale. Avril 2015.
- [28] CAYLA F, FAHET G. Les Maisons Médicale de Garde de Toulouse dans le dispositif de Permanence des soins. ORSMIP. Novembre 2007.
- [29] ORUMIP. Activité des structures d'urgence. Panorama 2014 de la région Midi-

Pyrénées. 2014.

[30] BOUDARD P. Impact de la création de la Maison Médicale de Garde du Grésivaudan sur la réponse du médecin régulateur aux appels des patients de 75 ans et plus. Thèse d'exercice de médecine générale. UNIVERSITE JOSEPH FOURIER. FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE. Décembre 2014.

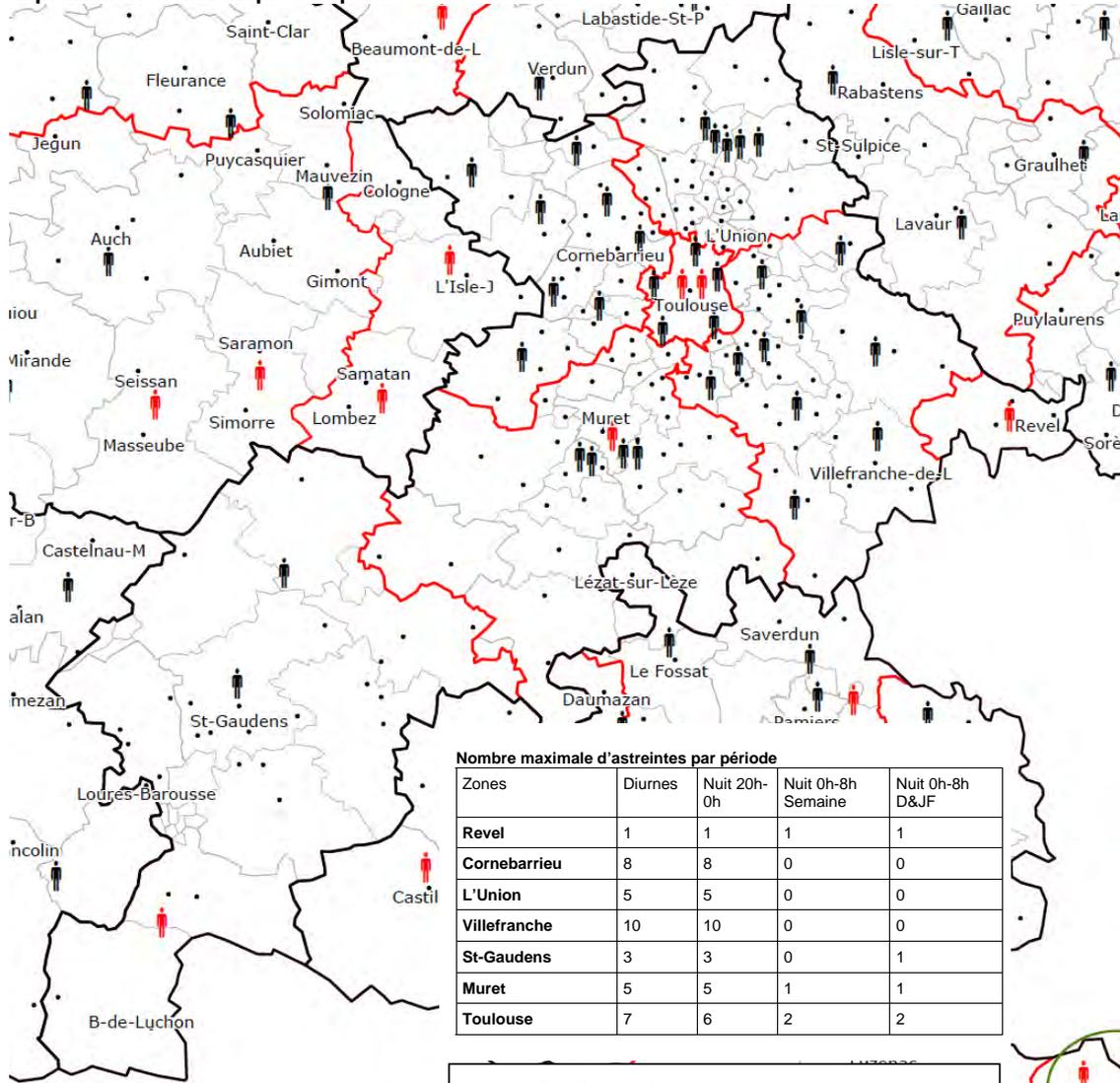
[31] ARS Midi-Pyrénées. Notoriété et satisfaction à l'égard du 3966 Allo Docteur en Midi-Pyrénées. 1^{er} Juin 2015.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Bassin Médical du Département de la Haute-Garonne

Département de la Haute-Garonne

Implantation schématique des points de consultation



- Frontières de département
- Frontières de bassin
- Implantation des cabinets libéraux
- Implantation schématique des médecins d'astreinte
- Astreintes maintenues sur tout ou partie des périodes de nuit profonde (0h-8h)

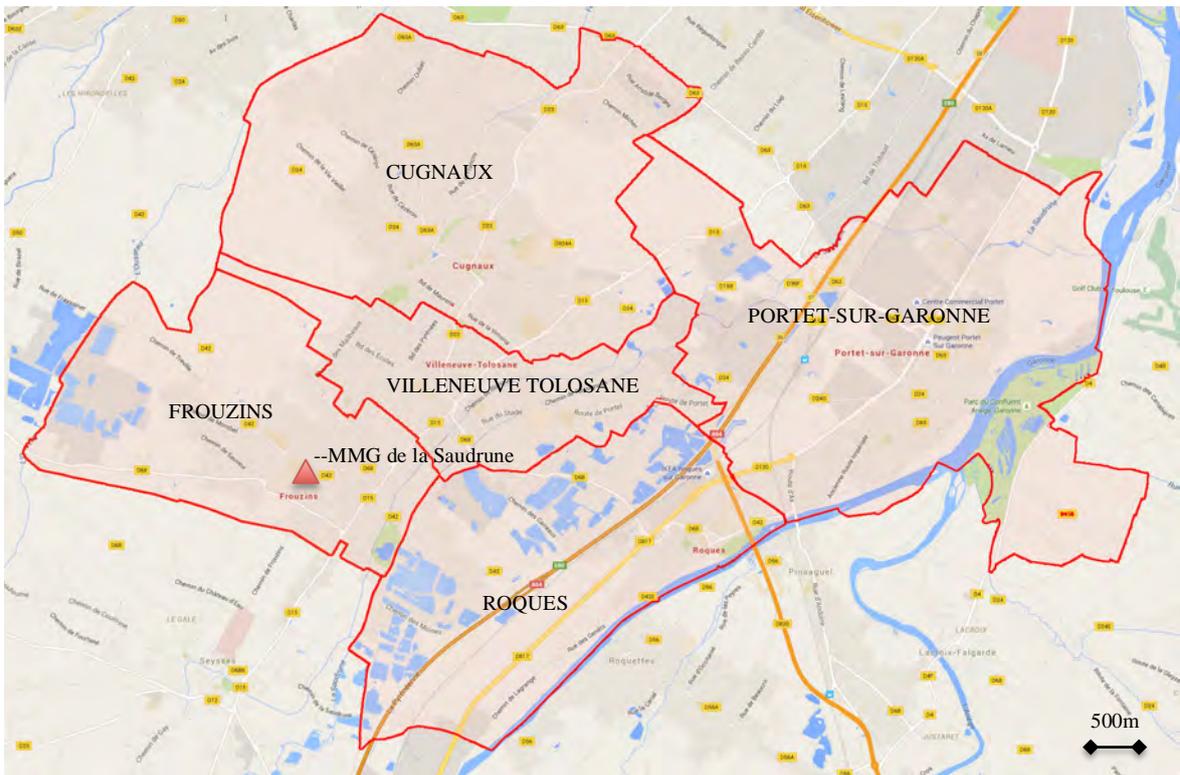
ANNEXE 2 : Sous-bassins de PDSA du Bassin de Muret



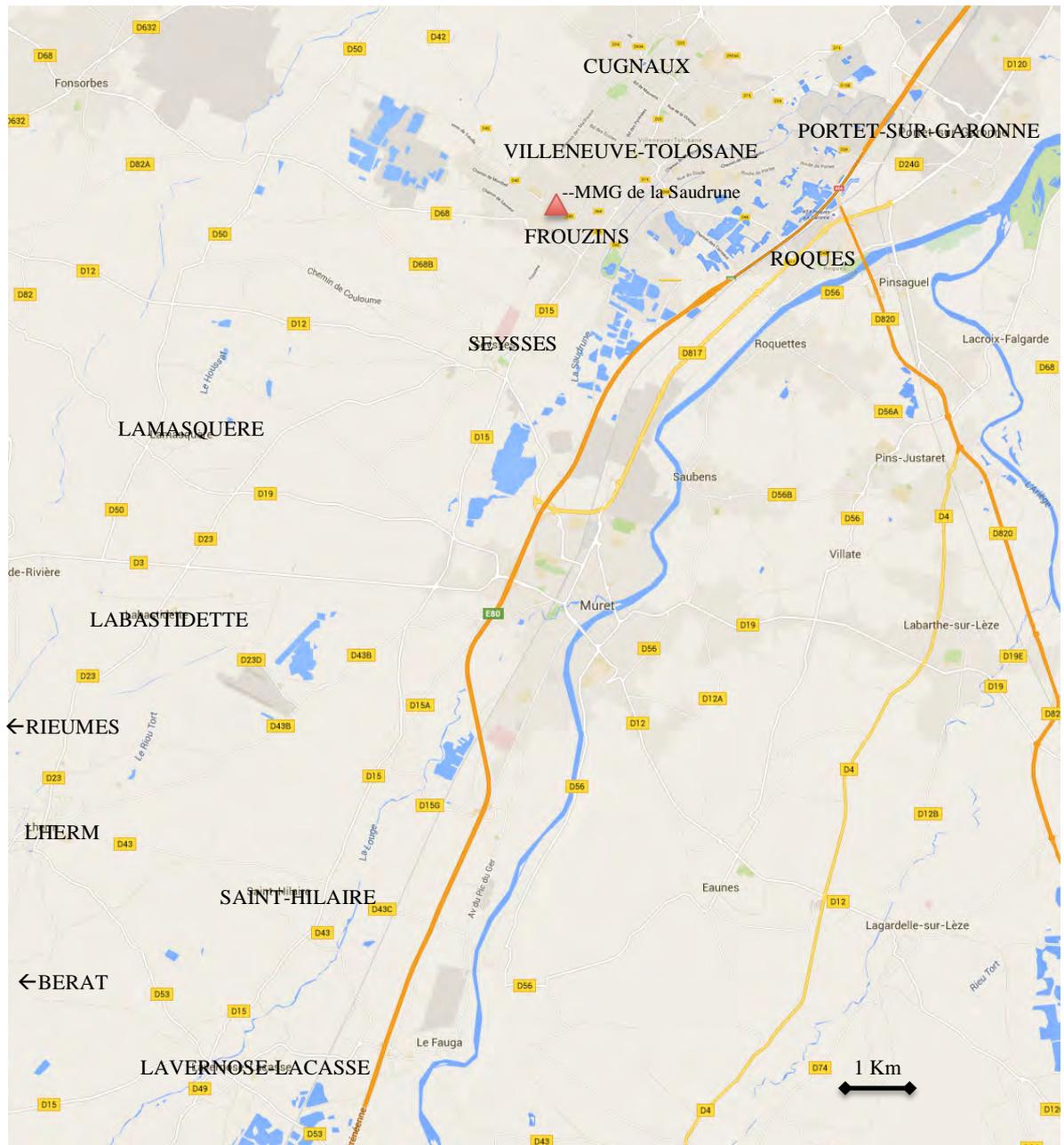
Annexe 1 : Sous-bassins de PDSA du bassin de Muret

Sous-Bassins	Population Totale RP 2009	Population > 75 ans RP 2009	Superficie	Médecins installés	
31 – Sous-Bassin 1	45299	3419	5111	48	Cugnaux, Frouzins, Portet-sur-Garonne, Roques, Villeneuve-Tolosane
32 – Sous-Bassin 2	28177	1763	28188	29	Beaufort, Berat, Forgues, Labastide-Clermont, Labastidette, Lahage, Lamasquère, Lautignac, Lavenose-Lacasse, Le Pin-Murelet, Lherm, Monès, Montastruc-Savès, Montgras, Plagnole, Poucharramet, Rieumes, Sabonnères, Sajas, Saint-Hilaire, Savères, Seysses
33 – Sous-Bassin 3	47509	4639	82261	41	Alan, Bachas, Bax, Benque, Bois-de-la-Pierre, Boussan, Boussens, Canens, Capens, Carbonne, Castagnac, Castelnaud, Casties-Labrande, Cazères, Couladère, Francon, Fustignac, Gensac-sur-Garonne, Goutevernisse, Gouzens, Gratens, Lacaugne, Lafitte-Vigordane, Lahitère, Lapeyrère, ..., Latrape, Lavelanet-de-Comminges, Le Fauga, Le Fousseret, Le Plan, Lescuns, Longages, Lussan-Adeilhac, Mailholas, Marignac-Lasclares, Marignac-Laspeyres, Marquefave, Martres-Tolosane, Massabrac, Mauran, Mauzac, Mondavezan, Montaut, Montberaud, Montbrun-Bocage, Montclar-de-Comminges, Montegut-Bourjac, Montesquieu-Volvestre, Montgazin, Montoulieu-Saint-Bernard, Montoussin, Noé, Palaminy, Peyrissas, Peyssies, Plagna, Polastron, Pouy-de-Touges, Rieux-Volvestre, Roquefort-sur-Garonne, Saint-Araïlle, Saint-Ch..., Saint-Eloi-le-Château, Saint-Julien-sur-Garonne, Saint-Michel, Saint-Sulpice-sur-Lèze, Salies-sur-Garonne, Samouillan, Sana, Sénarens, Terrebasse
34 – Sous-Bassin 4	23356	1904	5839	34	Muret
35 – Sous-Bassin 5	52407	3568	38875	61	Auragne, Auribail, Auterive, Beaumont-sur-Lèze, Caujac, Cintegabelle, Clermont-le-Fort, Eaunes, Espanès, Esperce, Gaillac-Toulza, Grazac, Grépiac, ..., Labarthe-sur-Lèze, Labruyère-Dorsa, Lagardelle-sur-Lèze, Lagrace-Dieu, Marliac, Maressac, Miremont, Nouailles, Pinsaguel, Pinsjustaret, Puydaniel, Roquettes, Saubens, Venerque, Vernet, Villate
36 – Sous-Bassin 6 (bassin de Cornebarrieu)	29854	1456	16713	27	Bonrepos-sur-Aussonnelle, Augayrac, Cambernard, Empeaux, Fonsorbes, Fontenilles, Saiguède, Saint-Clar-de-Rivière, Saint-Lys, Saint-Thomas, Sainte-Foy de Payrolières
Total	228802	16529	176988	240	

ANNEXE 3 : Carte du Secteur n°1



ANNEXE 4 : Carte des secteurs n°1 et n°2



ANNEXE 5 : Questionnaire de l'étude

QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE

DONNEES MEDICO-DEMOGRAPHIQUES

DATE ET HEURE DE L'APPEL :

AGE DU CONSULTANT :

SEXE :

COMMUNE DE RESIDENCE :

MOTIF DE CONSULTATION :

DIAGNOSTIC SUPPOSE :

ORIENTATION AUX URGENCES :

Non Oui Retour à domicile avec consultation aux urgences si aggravation.

Si Oui, pourquoi ?

Urgence vitale Examen complémentaire Surveillance Autre :

Si Non, seriez-vous allé dans un service d'urgence (Hopital ou Clinique) ?

- Oui Non

6) Durant l'année 2014, avez-vous déjà consulté dans un service d'urgence (Hopital ou Clinique) ?

- Oui Non

Si Oui, pensez-vous que vous auriez pu consulter à la Maison Médicale de Garde à la place ?

- Oui Non

Si Non, Pourquoi ?

-
-
-
-

7) Aujourd'hui, auriez-vous préféré aller dans un service d'urgence (Hopital ou Clinique) ?

- Oui Non

Si oui, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Accès libre (sans régulation)
- Consultation sans rendez-vous
- Tiers-payant (pas d'avance des frais)
- Possibilité de réaliser des examens complémentaires : Radiographie, examen sanguin,...
- Autres :

8) Si vous aviez besoin de consulter à nouveau un médecin de garde (après 20h ou le week-end à partir de 12h), que feriez-vous la prochaine fois ?

- J'appellerai le 15
- J'appellerai le 3966
- Je viendrai directement à la maison médicale de garde
- J'irai directement aux Urgences (Hopital ou Clinique)
- Autres possibilités (Précisez) :

9) Avez-vous des commentaires ?

-
-
-
-

MERCI DE VOTRE COLLABORATION.

AMBULATORY CARE SERVICES. DETERMINERS OF CONSULTATION AND EVALUATION OF THE INTENTION OF AN APPEAL TO AN EMERGENCY SERVICE: EXAMPLE OF THE SAUDRUNE'S DUTY MEDICAL HOUSE

Presented on september 22 2015

Introduction: Since the 2001 guard duties strike and the « Ambulatory Care Services (ACS) » reformation which followed itself, the « Duty Medical House (DMH) » emerged to re-mobilize the volunteers.

In parallel, the attendance of emergencies services did not stop increasing without the part of ACS being assessable. On the other hand, 2/3 of the patients consult emergencies services without a preliminary medical notice.

The question is whether the patients consulting in DMH are the ones who would consult in emergency services.

Method and tools : This study is interested at the Saudrune's DMH, in the determiners of consultations and in the intentions of consulting in emergency services, from 11/24/2014 to 02/08/2015.

Results : 237 questionnaires have been collected and analyzed. It emerges from it that the closeness of the DMH favors its access and that a little more than half of the consultations concern pediatrics. Furthermore, in first intention 80% did not intend to go to emergencies. On the other hand, among the 80% not knowing any solution of substitution, 8 out of 10 declare that they will go to the emergencies as a second intention if they didn't have the possibility to consult a doctor on duty.

Conclusion : Without their welcome at the DMH, patients would thus go to emergencies, what shows that its activity contributes to limit the access of emergencies, for general medicine reasons.

Administrative subject : GENERAL MEDECINE

Key Words : Permanence of primary care, General Médecine, Medical House of Guard, Emergency, intentions of consulting in emergency services

Thesis Director : Dr Marc LORRAIN

PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES. DETERMINANTS DE CONSULTATION ET EVALUATION DE L'INTENTION D'UN RECOURS A UN SERVICE D'URGENCE : EXEMPLE DE LA MAISON MEDICALE DE GARDE DE LA SAUDRUNE

Soutenue le 22 Septembre 2015

Introduction : Depuis la grève des gardes de 2001 et la réforme de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) qui s'en est suivie, les Maisons Médicales de Gardes (MMG) ont émergé pour remobiliser les volontaires.

Parallèlement, la fréquentation des services d'urgences n'a cessé d'augmenter sans que la part de PDSA ne soit évaluable. D'autre part, 2/3 des patients consultent les urgences sans avis médical préalable.

La question se pose de savoir si les patients consultant dans les MMG sont ceux qui consulteraient aux services d'urgences.

Matériel et Méthode : Cette étude s'intéresse à la MMG de la Saudrune, aux déterminants de consultations et aux intentions de consulter aux services d'urgences, sur la période du 24/11/2014 au 08/02/2015.

Résultats : 237 questionnaires ont été récoltés et analysés. Il en ressort que la proximité de la MMG favorise son accès et qu'un peu plus de la moitié des consultations concerne la pédiatrie. De plus, en 1^{ère} intention 80% n'ont pas envisagé de se rendre aux urgences. Par contre, parmi les 80 % ne connaissant pas de solution de remplacement, 8/10 déclarent qu'ils se rendraient aux urgences en 2^{nde} intention s'ils n'avaient pas pu consulter le médecin de garde.

Conclusion : Sans leur accueil à la MMG, les patients se rendraient donc aux urgences, ce qui montre que son activité contribue à limiter l'accès aux services d'urgences, pour des consultations de médecine générale.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Permanence des soins ambulatoires, Médecine générale, Maison Médicale de Garde, Urgence, Intention de recours aux services d'urgences

Directeur de thèse : Dr Marc LORRAIN
