

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Camille FOUCAULT

Le 13 Octobre 2017

**Evaluation des connaissances des usagers des Urgences pédiatriques
du CHU de Toulouse sur l'existence des maisons médicales de garde**

Directeur de thèse : Docteur Isabelle CLAUDET

JURY :

Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER	Président
Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Monsieur le Docteur Jean Luc RASTRELLI	Assesseur
Madame le Docteur Isabelle CLAUDET	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FRENOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danièle	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. MONTOYA Richard	Physiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biochimie et Informatique médicale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. VERGEZ François	Hématologie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie		
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
		M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Remerciements

A *Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER*, vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, je vous remercie pour votre investissement dans la formation des futurs urgentistes.

A *Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE*, je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Veuillez trouver en ce travail, l'expression de ma sincère reconnaissance.

A *Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA*, je vous remercie pour votre disponibilité et votre implication dans la formation des futurs médecins généralistes.

A *Monsieur le Docteur Jean Luc RASTRELLI*, vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Découvrir la médecine générale à vos côtés fut une expérience très enrichissante. Veuillez trouver en ce travail, l'expression de mon plus profond respect.

A *Madame le Docteur Isabelle CLAUDET*, je vous remercie de m'avoir encadrée pour ce travail. Merci de votre disponibilité, vos conseils et votre rigueur qui ont permis la réalisation de cette étude.

A toute ma famille, a tous mes amis, a tous ceux qui m'ont soutenu pendant cette belle expérience, **Merci!**

Table des matières

I.	Introduction.....	1
1.	Les services de médecine d'urgence : d'hier à aujourd'hui	1
2.	L'évolution des besoins	3
2.1.	Au niveau des urgences.....	3
2.2.	Une évolution des modes de consommation de soin par la population	4
2.3	Une évolution de la démographie des médecins	5
3.	La notion d'urgence :.....	6
3.1.	Définition	6
3.2	Comment définir ce qui est urgent, ce qui relève des services des urgences et ce qui nécessite une consultation de médecine générale ?	7
3.3	L'obligation des services d'urgence :	8
4.	Une nouvelle organisation de la permanence de soins ambulatoires	9
4.1.	La création de SOS médecins	9
4.2	La permanence de soins en ambulatoire (PDSA)	10
4.3	La maison médicale de garde (MMG)	10
5.	L'état des lieux en France	11
5.1	Le dernier rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières de juillet 2017	13
6.	A Toulouse.....	14
7.	La pédiatrie et la PDSA	14
II.	Matériels et méthode	15
1.	Schéma de la recherche	15
2.	Population d'étude	15
3.	Modalités de recrutement et recueil des données	15
4.	Analyse statistique	16
5.	Considérations éthiques et réglementaires.....	16
III.	Résultats.....	17
1.	Analyse descriptive des patients	17
1.1	La population	17
1.2	Origine géographique.....	19
1.3	Antériorité de venue.....	22
1.4	La période d'admission.....	23
1.5	Les accompagnants	26
1.6	Les motifs de venue aux Urgences :.....	28
1.7	La prise en charge aux Urgences :	28
1.8	Le devenir	28
2.	La réponse au questionnaire	29
2.1	La connaissance des maisons médicales de garde	29

2.2	Les médecins présents en MMG	30
2.3	Les horaires d'ouverture des MMG :.....	31
2.4	L'accompagnement d'un enfant en MMG.....	31
2.5	Les raisons de venue aux Urgences pédiatriques.....	32
2.6	Les raisons de non-venue en MMG	33
2.7	Le temps d'attente aux urgences	34
IV.	Discussion.....	35
V.	Conclusion	41
	Bibliographie :	42
	Annexes :.....	44

I. Introduction

Les Maisons Médicales de Garde (MMG) structures de soin récemment intégrées dans la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) semblent peu connues du grand public. Les services d'Urgences et en particulier les Urgences Pédiatriques, voient leur nombre de passages quotidiens augmenter, avec des pics d'affluence, les soirs et week-ends dans des locaux non extensibles. Une consultation aux Urgences coûte plus cher qu'une consultation médicale libérale en soirée. La politique des pouvoirs publics visant à réduire les coûts s'oppose à une société de plus en plus consumériste perdue face aux déserts médicaux de la médecine libérale.

C'est dans ce contexte que nous avons souhaité nous intéresser à la connaissance des usagers des Urgences pédiatriques du CHU de Toulouse sur l'existence des maisons médicales de garde.

1. Les services de médecine d'urgence : d'hier à aujourd'hui

« Nous avons à Paris un hôpital unique en son genre. On y est reçu à toute heure sans exception d'âge, de sexe, de pays, de religion ; les fiévreux, les blessés, les contagieux, les non-contagieux ; les fous susceptibles de traitement. »

C'est ainsi que Jacques Tenon, chirurgien sous Louis XVI définit l'originalité française dans son mémoire sur les hôpitaux de Paris publié en 1788 (1). Mais ce n'est qu'à partir de 1868, qu'un service nocturne est mis en place sous la pression de l'opinion publique, avec réquisitions de médecins de ville. En 1941, une loi suivie d'un décret de 1943 préconisent la création « d'un poste de secours » dans tout hôpital ou hospice de plus de 30 lits, et ouvrent les hôpitaux aux accidentés du travail (2),.

Dans *l'Assommoir* de Zola, l'hôpital est dénigré, vu comme un lieu où les pauvres meurent. Dans l'après-guerre, on observe une évolution de la société. Avec le développement des voitures et réseaux routiers, les accidents de la voie publique sont de plus en plus fréquents et mortels. 1972 est une année clé : il n'y a jamais eu autant de morts sur les routes : plus de 16 600 décès.

En 1956, le Pr CARA met en place un transport médicalisé inter hospitalier pour les patients sous assistance ventilatoire dans un contexte d'épidémie de poliomyélite. Puis en 1968, le Pr Louis LARENG, à Toulouse, crée les premiers transports médicaux pré-hospitaliers. La circulaire DGS/650/MS4 du 19 juillet 1972, sous l'impulsion de René COIRIER, chef du bureau des secours d'urgence au ministère de la Santé officialise le SAMU (Service d'Aide

Médicale d'Urgence) (3–5). L'hôpital change, sa vocation sanitaire est précisée, il devient un plateau technique et les malades doivent y être adressés rapidement.

Alors qu'initialement, le médecin généraliste était celui qu'on appelait à toute heure du jour et de la nuit, un tournant est pris dans les années 1960 avec la création des services médicaux d'urgence (6). Et petit à petit, le SAMU se substitue aux médecins généralistes pour les cas les plus graves.

Une première loi hospitalière du 31 décembre 1970 oblige les hôpitaux à accueillir les malades de jour comme nuit (7). Puis la circulaire ministérielle du 29 janvier 1975 relative à l'organisation de l'accueil de l'hôpital officialise les services d'accueil des urgences. Les rapports STEG de 1989 puis de 1993 mettent en valeur leurs dysfonctionnements en particulier en terme d'effectif et d'organisation (8,9). La circulaire DH.DGS-90.326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration de l'accueil des Urgences puis un décret de 1995 tentent de les corriger(10).

D'après Jean PENEFF, « *les médecins urgentistes ont d'abord reçu un accueil favorable de la part des directeurs et des chefs de services : au moment de la grande expansion hospitalière, de nombreux lits restaient inoccupés et les urgences allaient contribuer à les remplir* » (11).

Dans le cadre du plan Urgences mis en œuvre entre 2004 et 2008 (12), les services d'urgence évoluent, en particulier grâce à deux décrets de 2006 (13,14) pour arriver à l'organisation actuelle que nous connaissons : une unité trifonctionnelle s'articulant entre la régulation des appels par le Samu, la prise en charge pré hospitalière ou inter-hospitalière des patients par les Smur (Services mobiles d'urgence et de réanimation) et l'accueil continu des personnes se présentant à la porte des établissements de santé (15).

Chacun de ces plans a pour objectif de corriger les dysfonctionnements dénoncés dans les rapports précédents, se concentrant sur les problèmes de sous-effectif de personnels, d'accessibilité et d'affluence en particulier. Les urgences deviennent petit à petit des lieux de technicité où se côtoient spécialistes et patients dans un contexte de soins non programmés.

2. L'évolution des besoins

2.1 Au niveau des urgences

En 1990, sept millions de patients étaient accueillis dans les structures françaises d'urgence, actuellement, plus de 19 millions de passages aux urgences sont recensés avec une augmentation de 4,1% entre 2013 et 2014 (16,17). Au sein de la région Midi-Pyrénées, en 2016, ce sont 818 020 passages aux urgences soit +3,1% par rapport à 2015 (18). Cette augmentation du recours aux urgences se retrouve à l'étranger avec les mêmes problématiques concernant la permanence de soins en ambulatoire (19).

En analysant l'activité des structures de médecine d'urgence, les urgences vitales augmentent peu tandis que la demande de consultations non programmées d'urgence s'emballe. En parallèle, une modification de la nature des urgences et la nécessité de soins de plus en plus complexes requérant des plateaux techniques particuliers est observée.

Dans les années 70, l'organisation des urgences était centrée sur la prise en charge des accidentés de la route. Grâce aux mesures de prévention et de santé publique, la morbidité routière est en décroissance. Actuellement, 50% des patients consultant aux urgences concernent de la traumatologie non routière (20).

De nouvelles priorités sont apparues aux Urgences :

Les pathologies cardiovasculaires et en particulier l'infarctus du myocarde représentent plus de 30% des urgences prises en charge par les SAMU-SMUR. La mortalité de l'infarctus en France est devenue inférieure à 5% grâce aux progrès de la prise en charge pré-hospitalière. De même, 15 ans après, l'évolution de la prise cardiovasculaire s'observe pour les pathologies neuro-vasculaires. De plus en plus nombreux, les accidents vasculaires cérébraux nécessitent une filière spécialisée avec une rapidité de prise en charge pré-hospitalière.

Les complications aiguës des cancers et des maladies chroniques dont l'amélioration de la prise en charge a permis un allongement de la durée de vie amènent de plus en plus de patients à consulter aux urgences pour des motifs mettant en jeu le pronostic vital.

Enfin, de nouveaux contextes apparaissent en lien avec le vieillissement, le handicap, l'exclusion sociale, la fin de vie et l'hospitalisation à domicile.

2.2 Une évolution des modes de consommation de soin par la population

La société évolue et la population, mieux informée cherche à éviter tout risque pour sa santé entraînant une demande croissante de soin mais permettant souvent aussi un dépistage plus précoce et donc de prévenir d'éventuelles complications. La population est en quête d'immédiateté. Les patients souhaitent obtenir une réponse rapide, pouvoir réaliser l'ensemble des examens complémentaires au même endroit. Les services se retrouvent face à une certaine demande consumériste.

De plus en plus de patients arrivent aux Urgences dans un état sanitaire très dégradé. Hors du circuit, ils arrivent à l'hôpital en premier recours. Ils présentent souvent des pathologies complexes, des stades avancés de maladies chroniques non suivies.

La dimension sociale est de plus en plus présente. La précarité est observée sous deux facettes : des personnes, marginalisées avec des pathologies avancées et des patients faute d'une orientation correcte dans les soins de premiers recours, viennent aux urgences pour des motifs relevant d'une consultation de médecine générale. Cette dernière situation se retrouve dans des zones géographiques sous dotées en professionnels de santé de soins primaires (21).

La fin de vie est également présente aux Urgences, avec parfois des décès sans que la structure hospitalière et le personnel ne soient formés pour gérer ces situations. L'hôpital se retrouve confronté à une société acceptant mal la mort et devient le lieu de la majeure partie des décès.

Dans un rapport de la DRESS de 2003 concernant les motifs de recours aux urgences hospitalières, il ressort que la méconnaissance de la population des possibilités de prise en charge semble participer à l'affluence des patients. La familiarité avec les urgences (près des trois-quarts déclarent être déjà venu dans le même service pour eux-mêmes ou un proche), l'accessibilité, l'identification facile de la structure, la possibilité de réaliser des examens complémentaires apparaissent comme des facteurs favorisant la venue aux Urgences et avec des patients qui au décours sont satisfaits (22).

Parallèlement à l'augmentation du nombre de passages aux Urgences hospitalières, les trois-quarts d'entre eux viennent directement par leur propre moyen et près de 16.5% sont classés

CCMU1 (Classification Clinique des Maladies des Urgences), c'est-à-dire n'ayant pas de nécessité d'examen complémentaires (cf. annexes).

Ces faits sont encore plus marqués pour les Urgences pédiatriques : 28,6% des passages pédiatriques en Midi Pyrénées en 2016 sont classés CCMU 1. Dans l'enquête de la DRESS, les patients âgés de moins de 18 ans représentent cinq millions de passages, soit 27% du nombre de passage total (23). Concernant la pédiatrie, en Midi-Pyrénées, ce sont 162 640 passages en 2016, soit +1% par rapport à 2015 (18).

La médicalisation de la petite enfance au cours du XXe siècle a rendu indispensable la présence du médecin pour l'éducation de l'enfant. La transmission orale et le savoir ancestral ont disparu, par les modifications du schéma familial, suppléé par le savoir médical. Les mères ont perdu leur légitimité dans le quotidien de leur enfant, dicté par une légalité médicale énoncée par les puéricultrices. Pour ces mères, administrer un traitement ou juger de la gravité clinique nécessite un avis médical. Elles se tournent ainsi vers des structures spécialisées (24).

Dans le rapport du Sénat de 2017, il est souligné qu'en particulier en pédiatrie, les professionnels de santé se retrouvent face à une population qui a des difficultés excessives à gérer l'angoisse liée à la maladie ou à la douleur. Secondaire à une absence de connaissance et donc d'éducation thérapeutique, les parents seraient dans l'incapacité de gérer des situations considérées comme sans gravité particulière par les soignants (en cas de fièvre par exemple)(21).

2.3 Une évolution de la démographie des médecins

La population médicale est de plus en plus vieillissante avec une modification des modes de travail en particulier chez les généralistes et les pédiatres libéraux associées à une féminisation de la profession (25). L'augmentation du nombre de femmes parmi les médicaux modifie la répartition du temps entre activité professionnelle et vie « hors médecine » (26). D'après le rapport Berland, en 2025, les hommes et les femmes devraient avoir la même activité professionnelle moyenne (27). Cette évolution devrait passer par une réduction du temps de travail des hommes avec une tendance à avoir une activité en groupe, au sein de maisons de santé pluridisciplinaire par exemple (28).

Il existe une pénurie de pédiatres libéraux en France. Au 1^{er} janvier 2016, le Conseil National de l'Ordre recensait 629 pédiatres libéraux ou en activités mixtes en Ile de France. Il est observé une baisse de leur effectif de 16,4 % entre 2007 et 2016 avec une population qui

s'est féminisée et rajeunie (29). Ce déficit de pédiatres est observé alors que la France est le pays européen avec le taux de natalité le plus élevée. Face à cette crise, de plus en plus d'enfants sont suivis par des médecins généralistes mais ces derniers ne peuvent être « *omniscients et omniprésents* », ce d'autant que la médecine générale est, elle aussi, en crise (30).

De plus, les horaires des cabinets des pédiatres ne permettant pas aux familles d'y conduire leurs enfants à l'issue d'une journée de travail entraînent un pic de fréquentation aux Urgences entre 18 et 22h.

Enfin, les déserts médicaux où la permanence de soins est mal organisée n'attirent pas les jeunes médecins ce qui n'est qu'un cercle vicieux pour le parcours des patients.

Ces changements ont été à l'origine de la réorganisation de la permanence de soins en France au début des années 2000.

3. La notion d'urgence

3.1 Définition

La circulaire du 13 août 1965 tente de préciser la notion d'urgence, « *bien connue. Elle se fonde sur l'état d'un malade ou d'un blessé qui nécessite (ou risque de nécessiter dans un délai court, en principe l'heure qui suit) l'administration de soins complexes ressortissant soit au domaine médical, soit au domaine chirurgical.* » (31). Devant l'accroissement de la population se présentant dans ces services, la définition de l'urgence se pose. En 1971, les instances publiques définissent « *le cas du malade ou de l'accidenté qui se présente hors des heures de fonctionnement des heures de consultations, ou qui arrive sans rendez-vous à une consultation et qu'on doit examiner et traiter sans délai.* » En 1990, est ajoutée la notion « *d'urgence lourde ou d'urgence ressentie.* »

Cependant, l'absence de consensus est observée entre ce qu'est l'urgence pour un médecin et pour un malade. Les services d'urgences accueillent tout patient qui s'y présente, de lui-même, adressé par les pompiers, la police, un médecin. La gravité du motif peut être jugée différemment : considéré comme une urgence par le patient, mais pas par l'infirmière, ou au contraire, être urgent pour le médecin mais pas pour les pompiers (32).

3.2 Comment définir ce qui est urgent, ce qui relève des services des urgences et ce qui nécessite une consultation de médecine générale ?

La circulaire du 16 avril 2003 définit la permanence des soins en médecine ambulatoire comme « *une organisation mise en place avec les médecins libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmées exprimées par les patients. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouvertures des cabinets libéraux, de 20h à 8h, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, le samedi après-midi.* » tandis que les services d'urgences « *ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir*» (33). La notion de nécessité d'agir vite, est retrouvée, ce qui définit l'urgence d'après le Larousse.

Cependant, dans le livre blanc de 2015 de l'association SAMU-Urgences de France, « *l'urgence en matière de santé est définie par le patient lui-même ou par son entourage, inquiet devant des signes d'apparition brutale, mais aussi lorsqu'il ne trouve pas de réponse ailleurs à son problème de santé* » (20). L'absence, la méconnaissance ou les difficultés rencontrées pour accéder à la permanence de soins ambulatoires (PDSA) entraînent donc l'arrivée du patient à l'hôpital.

La Société Américaine de Médecine d'Urgence définit la mission d'un service d'urgences comme « *l'évaluation et la prise en charge de toute situation médicale pour laquelle une personne, sans formation spécifique, pense que des soins médicaux immédiats sont requis* » (34). Elle replace le patient au centre, acteur de sa prise en charge avec l'éternelle confrontation entre la vision médicale de l'urgence vitale et l'urgence ressentie par le patient. En 2017, les 1eres Assises de l'Urgence, organisées par le SAMU-et-Urgences de France bannissent les notions de vraie et fausse urgence et définissent l'Urgence comme « *toute situation où l'absence de prise en charge rapide pourrait avoir des conséquences physiques ou psychiques durables* »(35).

Au sein des services hospitaliers, la Classification Clinique des Maladies des Urgences (CCMU) répartie les patients en sept catégories selon la gravité évaluée après un examen clinique. Elle est souvent utilisée pour justifier de la non nécessité de recours aux Urgences de nombreux usagers, en particulier ceux classés CCMU1, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas besoin de réaliser des examens complémentaires. Facile, claire et précise, elle s'inscrit dans

la vision du soignant et non dans celle du patient dont le ressenti, l'angoisse l'ont amené aux Urgences.

Dans un rapport de la DRESS de 2008 sur les recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville, le caractère urgent de la demande a été évalué en amont et en aval par le médecin et le patient. Il est ressorti a posteriori que quatre recours urgents sur cinq étaient justifiés, c'est-à-dire qu'à la fois le patient, qui appelait pour une urgence et le médecin, qui acceptait de recevoir sa demande, étaient tous les deux d'accord, après coup, sur la nécessité de cette consultation en urgence (36).

La problématique de la définition de l'urgence perd le patient dans son parcours de soins. Elle peut aussi participer aux désengagements de certains médecins généralistes libéraux dans la permanence de soins (37). Si l'urgence met en jeu le pronostic vital, elle doit être gérée dans les hôpitaux.

A travers toutes ces définitions, la notion d'urgence reste difficile à caractériser mais ne faut-il pas plutôt s'intéresser à éclaircir les différentes missions des services des urgences et de la permanence de soins ambulatoires ?

3.3 L'obligation des services d'urgences

D'après le code de la Santé Publique, un service d'urgences accueille tous les jours de l'année, vingt-quatre sur vingt-quatre les patients se présentant et procède à un examen clinique (10). Il doit accueillir toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresses et d'urgences vitales (38). Selon ce même article, un établissement ne peut orienter les patients vers un autre établissement que lorsque ce dernier ne peut dispenser les soins nécessaires.

La mission de la médecine d'urgence, est décrite dans le rapport STEG de 1993 : « *Elle vient au secours de l'homme dans toutes les dimensions de sa brutale épreuve, souffrance physique, détresse morale et souvent misère sociale. Elle vaut que tout soit fait pour en assurer la qualité. Elle vaut que la collectivité concentre ses efforts et consente des sacrifices afin que chacun soit assuré qu'en cas de malheur, tout sera entrepris au plus vite par les meilleurs, dans les meilleures conditions de sécurité* » (8).

Les médecins, sous l'obligation de moyen se doivent de soigner le patient conformément « *aux données acquises de la science* ». Ainsi le corps médical peut être condamné si l'état d'un patient s'aggrave à la sortie de l'hôpital. Si ce dernier n'a pas été examiné et n'a pas

bénéficié de l'ensemble des moyens disponibles au sein de la structure hospitalière, il peut être reproché au médecin une obligation de moyen.

Pris entre le législateur et le patient, les services d'urgences se doivent d'accueillir toute personne s'y présentant, faisant bien souvent face au défaut de la permanence de soins ambulatoires en France.

4. Une nouvelle organisation de la permanence de soins ambulatoires

4.1 La création de SOS médecins

« *En 1966, en France, on traite donc mieux les tuyaux de plomb que les coronaires ?* ». Marcel LASCAR crée au printemps 1966 un réseau qui donne accès aux soins à domicile, 24h sur 24, suite au décès d'un proche qui n'avait pu joindre un médecin un samedi après-midi alors qu'il faisait un infarctus. Et le Dr LASCAR se souvient que quelques jours auparavant, il avait pu contacter un plombier en 15 minutes pour réparer une fuite d'eau. Initialement mal reçu par les confrères médecins et le conseil de l'Ordre qui y voit une concurrence déloyale, la presse et l'opinion publique soutiennent cette innovation (39).

De nos jours, SOS médecins travaille en réseau avec le SAMU et le centre 15.

Aujourd'hui, c'est un millier de médecins qui couvrent 80% de la population française. Le numéro d'appel, le 36 24, c'est six millions d'appels par an ouvrant quatre millions de dossiers médicaux. Ils enregistrent plus de deux millions et demi de visites à domicile et de consultation(40,41).

La fédération SOS médecins regroupe 64 associations françaises permettant la couverture libérale de permanence de soins en milieu urbain et périurbain.

A Toulouse, SOS médecins est présent 24h/24, pour des visites à domicile et dispose de deux centres de consultation :

- Consultation Route d'Espagne, 24 route d'Espagne, à Toulouse,
Ouvert en journée de 10h à 17h, en soirée en semaine de 20h à minuit, les samedis de 9h à minuit et les dimanches et jours fériés de 9h à minuit.
- Consultation Allées Jean Jaurès, 76 allées Jean Jaurès, à Toulouse,
Ouvert tous les jours de 20h à minuit, les samedis de 13h à minuit et les dimanches et jours fériés de 9h à minuit.

4.2 La permanence de soins en ambulatoire (PDSA)

La permanence et la continuité des soins, c'est l'accès à un médecin lorsque les cabinets médicaux sont fermés. C'est un dispositif de prise en charge des demandes de soins non programmées par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets libéraux. Il est organisé par l'ARS (Agence Régionale de Santé) avec l'aide du CODAMUPS-TS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires) (37,42).

En région Midi-Pyrénées, un arrêté de l'ARS de 2012 a fixé le cahier des charges régional de la PDSA. Un numéro unique, le 3966 a été mis en place le 2 juin 2014. Il permet la régulation des appels par un médecin généraliste libéral, en lien avec le 15. Les patients sont ensuite orientés selon les situations, vers les Urgences, une maison médicale de garde, un médecin généraliste de garde ou une ordonnance peut être faxée à la pharmacie de garde la plus proche(43). Les départements sont découpés en secteurs avec pour chacun un ou plusieurs médecin(s) de garde selon deux modalités :

- Une effectif postée exclusive, le médecin consulte en un lieu déterminé. Il reçoit les patients après régulation. Il peut se situer au sein d'une maison médicale de garde ou à son cabinet.
- Une effectif mixte : le praticien consulte en un lieu fixe et réalise des visites à domicile.

4.3 La maison médicale de garde (MMG)

Suite à une grève des gardes de nuit et de week-end remettant en cause l'obligation d'assurer la permanence des soins, par les médecins généralistes en 2001-2002, les maisons médicales de garde (MMG) voient le jour. C'est une nouvelle modalité d'organisation de la permanence des soins en France (44).

Plusieurs facteurs ont participé à leur émergence :

- En 2002, les préfets ont dû réquisitionner les médecins libéraux pour assurer les gardes aux heures de fermetures des cabinets de ville,
- Les médecins libéraux ont cherché un meilleur confort d'exercice, avec un environnement urbain sécurisé et un allègement des tours de garde dans les zones déficitaires.

Le décret du 17 avril 2005 insère les maisons médicales de garde dans l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire et apporte une rémunération attractive aux

médecins libéraux, complété par le circulaire du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire (45). D'après cette dernière, une MMG se définit comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée.

L'activité des MMG se concentre essentiellement le week-end et les patients sont très jeunes avec une proportion importante d'actes pédiatriques (46).

Dans un rapport sur les MMG remis au Ministre de la Santé en 2006, les MMG se révèlent être une des solutions d'avenir pour un maintien de la permanence de soins ambulatoire. Elles permettent une meilleure filière de prise en charge des patients en collaboration avec les services d'urgences hospitaliers (47).

Au 1^e mars 2004, il existe 68 MMG dont les deux tiers ont ouvert en 2003. Au 1^{er} juillet 2006, 198 MMG sont dénombrées. En 2015, dans un rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 443 lieux d'effection fixes de la permanence de soins en France sont recensés, incluant les maisons médicales de garde, les centres d'accueil de permanence des soins et les centres de consultations (gérés par des associations de type SOS médecins.) Ils couvrent 30% des territoires de permanence de soin en étant implantés dans 85% des départements (48).

5. L'état des lieux en France

Près de la moitié des MMG sont installées dans un centre hospitalier disposant d'un service d'urgences avec comme objectif principal de « désengorger les services d'urgences ». Lorsque le ré adressage des patients se présentant à l'accueil des Urgences est bien protocolisé pour les infirmières d'accueil et d'orientation, une diminution des passages pour les prises en charge CCMU 1 et 2 est observée (44).

Cependant, dans le cadre des urgences pédiatriques, la diminution des passages par ré-adressages est moins nette, les parents, une fois aux Urgences pédiatriques préférant souvent attendre pour pouvoir consulter un pédiatre.

En milieu rural, les MMG se trouvent dans des zones éloignées de services d'urgences. Leur accès est souvent régulé par tri-téléphonique. Pour un bon fonctionnement, il est noté la nécessité d'avoir accès à une pharmacie de garde à proximité pour éviter des déplacements multiples et favoriser la venue directe aux Urgences.

En milieu urbain, les MMG ont souvent un accès direct prédominant comme c'est le cas dans la région lyonnaise avec 80% de venue directe à Vénissieux. Leur activité se concentre essentiellement le week-end, et elles apportent une réponse adaptée à la population lors des pics d'épidémie de gastro-entérite aiguë ou de bronchiolite par exemple. Elles peuvent aussi jouer un point d'ancrage dans les quartiers défavorisés comme on peut l'observer à Toulouse ou à Lyon (49).

Selon le rapport du Dr J-Y Grall de juillet 2006 concernant les MMG, elles seraient une solution à conforter pour cinq raisons :

- Elles permettent une re-médicalisation du milieu rural : l'organisation de la PDSA étant facilitée, ces zones deviennent plus attractives pour des jeunes médecins,
- Elles peuvent permettre d'évoluer vers des « maisons de santé »,
- Des professionnels se sont réintégrés à la PDSA grâce aux MMG (50),
- Lorsque l'articulation avec les services d'urgences est bien protocolisée, elles facilitent le flux des patients aux Urgences (51,52),
- Enfin, en zone urbanisée, elles deviennent un point fixe, facilement identifiable, connu de la population, intégrable dans un plan de santé publique pour les gestions d'épidémies par exemple.

Toutefois, depuis quelques années, une stagnation du nombre de MMG est observée et plusieurs points négatifs à ces dispositifs sont retrouvés (53):

- En zone urbaine, s'il n'y a pas de relation claire avec les services d'urgences et de protocole pour ré-adressage, leur activité est faible. D'une part, certains services d'urgences craignent de renvoyer leurs patients in fine, au cas où la situation serait plus grave que prévue. D'autre part, l'absence de plateau technique peut entraîner un allongement de la prise des patients qui arrivent en MMG avant d'aller aux Urgences pour réaliser les examens.
- Lorsque l'activité de ces structures est faible, les professionnels libéraux se désengagent des tours de garde.
- Des difficultés de communication avec la population et la régulation lorsque les horaires d'ouvertures ne couvrent pas toute la plage horaire de la PDSA.

5.1 Le dernier rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales sur les Urgences hospitalières de juillet 2017 (21)

D'après ce qu'ont relevé les rapporteurs, les dysfonctionnements des services d'urgences seraient la conséquence d'une désorganisation des professionnels libéraux dans la permanence de soins ambulatoires et des consultations non programmées. La relation ville-hôpital doit être renforcée en particulier au niveau de la régulation pour permettre un meilleur parcours et suivi des patients.

Devant l'augmentation de l'activité consacrée à des actes de soins de premiers recours et non à la prise en charge de l'aigu par les services d'urgences, ils parlent de « *phénomène de vases communicants entre la (non) prise en charge des soins non programmés par les médecins de ville, et celle assurée par les services d'urgences* ».

Les actions proposées sont :

- La valorisation de la prise en charge des soins non programmés par les médecins libéraux,
- Les centres de santé doivent être ouverts de 8h à 20h tous les jours de la semaine ainsi que le samedi matin, et ils peuvent prendre le rôle de MMG lors de la PDSA,
- Elargir les horaires de la PDSA en incluant le samedi matin,
- L'exonération du ticket modérateur pour les patients aux horaires de la PDSA,
- Privilégier la proximité des MMG avec les services d'urgences et encourager à la mise en place de protocoles de ré-adressage entre les structures,
- Mise en place du 116-117 pour la régulation de la PDSA et mutualisation de la régulation entre les équipes d'aide médicale urgente et les professionnels libéraux,
- Améliorer l'information des patients sur les acteurs de la permanence et de la continuité des soins.

6. A Toulouse

Actuellement, à Toulouse, il existe deux maisons médicales de garde :

- La maison médicale de garde de la Faourette,

142 avenue Henri Desbals, à Toulouse

Elle est ouverte du lundi au vendredi de 20h à minuit, le samedi de 14h à minuit et les dimanches et jours fériés de 9h à 13h30 puis de 15h à minuit.

- La maison médicale de garde- Cité de la Santé

20-24 rue du Pont St Pierre, à Toulouse

Elle est ouverte du lundi au vendredi de 20h à minuit, le samedi de 14h à minuit et les dimanches et jours fériés de 9h à minuit.

Une étude de 2006 a étudié les MMG toulousaines dans le dispositif de permanence de soins(54). Le quart des consultants des MMG étaient âgés de moins de 5 ans.

7. La pédiatrie et la PDSA

La pédiatrie est de plus en plus présente aux Urgences. Les enfants bénéficient moins souvent d'examens complémentaires que les adultes. Les heures de plus grande affluence se situent entre 18 et 23h, c'est-à-dire, aux heures de la PDSA.

Alors que cette population est la plus à même de bénéficier d'une consultation en MMG, pourquoi vient-elle aux Urgences pédiatriques plutôt qu'en MMG ?

C'est pour répondre à cette question que nous avons souhaité réaliser cette étude : l'évaluation des connaissances des usagers des Urgences pédiatriques du CHU de Toulouse sur l'existence des MMG.

II. Matériels et méthode

1. Schéma de la recherche

Il s'agit d'une étude épidémiologique, monocentrique, observationnelle, descriptive effectuée aux Urgences Pédiatriques de l'Hôpital des Enfants de Toulouse.

Les inclusions ont été réalisées de février à juin 2017.

2. Population d'étude

Un questionnaire a été distribué à l'accueil des Urgences Pédiatriques à tous les usagers se présentant pour un motif de consultation médical. La distribution de ce questionnaire a eu lieu pendant les horaires d'ouverture des MMG, soit de 20h à minuit les soirs en semaine, de 14h à minuit les samedis et de 9h à minuit les dimanches et jours fériés. Entre le 22 février et le 18 juillet 2017, il y a eu 8988 passages aux Urgences pédiatriques dont 5842 pour un motif médical sur ces horaires ciblés.

Ont été exclus tous les questionnaires distribués en dehors des horaires d'ouverture des MMG et ceux distribués à des usagers se présentant pour un motif non médical.

3. Modalités de recrutement et recueil des données

Le questionnaire comportait des questions à choix multiples (cf. annexes) sur deux pages avec une feuille de consentement à signer en deux exemplaires. Le questionnaire était distribué par l'agent d'accueil lors de l'admission de l'enfant et récupéré par ce même agent ou par l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA).

Après récupération des questionnaires ; à l'aide du logiciel URQUAL®, des informations complémentaires ont été recueillies : sexe et âge de l'enfant, nombre de venues antérieures, mode de venue (adressé ou non), code postal et ville du domicile, heures d'arrivée et de départ des Urgences, motif de consultation et diagnostic final, réalisation ou non d'examen complémentaires, devenir (retour à domicile ou hospitalisation). Ces données rendues confidentielles ont été recueillies dans un tableur.

L'objectif principal était l'évaluation de la connaissance des usagers des Urgences pédiatriques sur l'existence des maisons médicales de garde. Les objectifs secondaires étaient l'évaluation des motifs de consultations aux Urgences pédiatriques et des arguments amenant les usagers à consulter aux Urgences pédiatriques plutôt qu'en MMG.

4. Analyse statistique

Dans l'analyse descriptive, les données sont présentées en valeur moyenne avec leurs écarts-type et leur médiane ainsi que les valeurs extrêmes.

5. Considérations éthiques et réglementaires

Le synopsis de cette étude a été déclarée en Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le numéro d'enregistrement 2034344. Un formulaire d'information et de consentement (cf. annexes) était joint, signé en deux exemplaires par l'utilisateur remplissant le questionnaire.

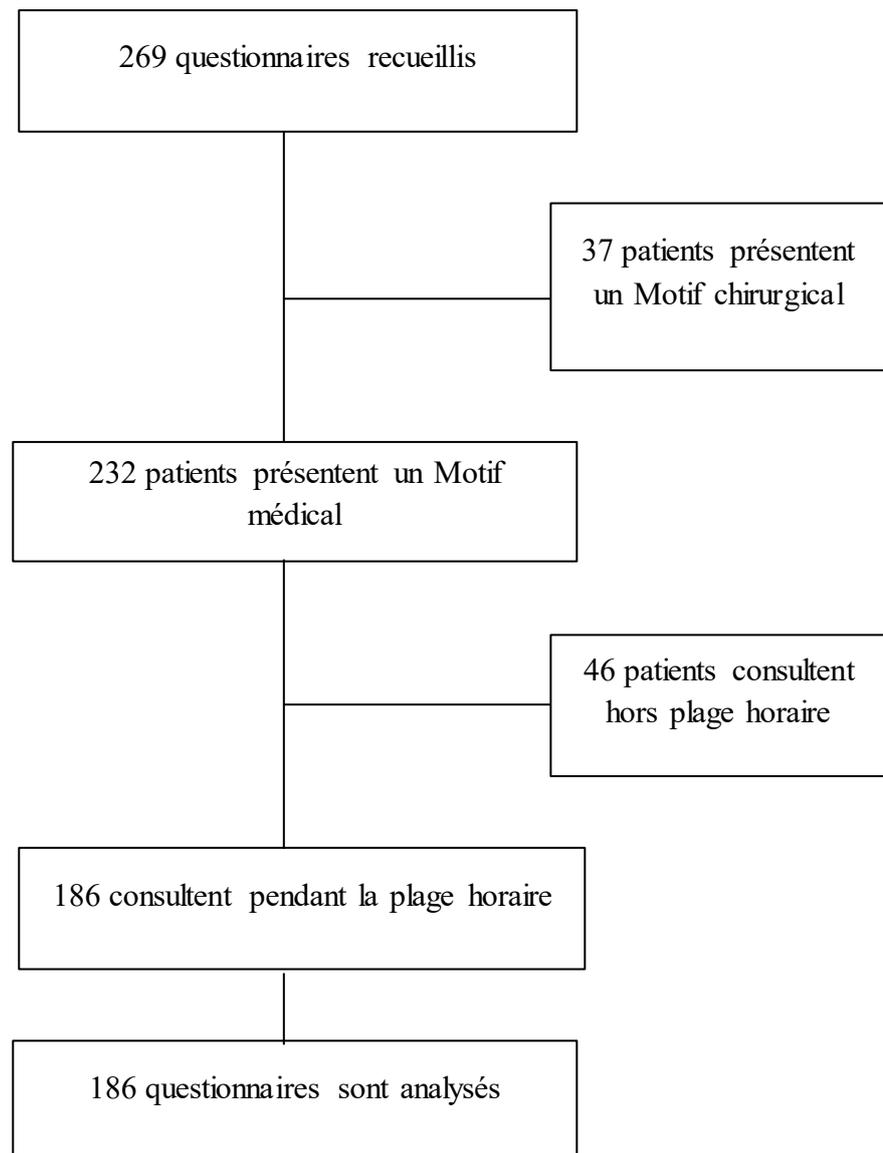
III. Résultats

1. Analyse descriptive des patients

1.1 La population

Du 22 février 2017 au 18 juillet 2017, 269 questionnaires ont été récupérés sur 300 questionnaires distribués. Les trente-sept questionnaires de patients venant pour un motif chirurgical ont été exclus de même que 46 questionnaires de patients consultant hors plage d'horaire d'ouverture des maisons médicales de garde toulousaines.

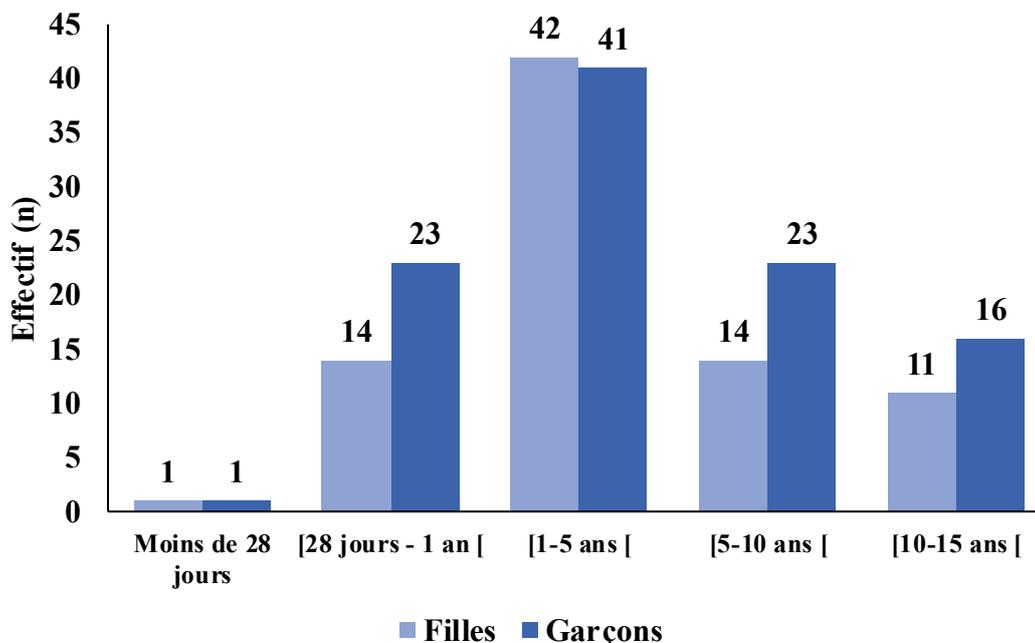
Figure 1 : Diagramme de flux



Parmi les 186 patients, on retrouvait 104 garçons (56%) soit un sexe-ratio égale à 1,3.

La moyenne d'âge était de 4,4 +/- 3,9 ans (extrêmes de 11 jours à 15 ans, médiane 3,1 ans). Parmi les garçons, la moyenne d'âge était de 4,6 +/- 4 ans (extrêmes 22 jours à 15 ans, médiane 3,4 ans). Parmi les filles, la moyenne d'âge était de 4,3 +/- 3,8 ans (extrêmes 11 jours à 15 ans, médiane 2,7 ans). La figure 2 représente la répartition des patients selon leur âge et leur sexe.

Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge et le sexe :



La tranche d'âge 1-5 ans représentait 45% de l'effectif total. Dans chaque sous-groupe, les garçons étaient majoritaires en particulier dans la tranche 5-10 ans où ils représentaient 62%. Deux enfants étaient âgés de moins de 28 jours soit 1%. Pour la tranche d'âge 28 jours – 1 an on totalisait 37 enfants soit 20% de l'effectif et le sexe ratio était de 1,6.

Dans le tableau 1, on compare nos données avec les chiffres de l'ORUMIP concernant les passages aux Urgences en Midi-Pyrénées en 2016 des moins de 15 ans.

Tableau 1 : Effectifs selon l'âge et données de l'ORUMIP 2016 :

Selon l'âge :	Effectif (n)	Pourcentage	ORUMIP 2016
Moins de 28 jours	2	1%	1%
[28 jours - 1 an [	37	20%	11%
[1-5 ans [	83	45%	33%
[5-10 ans [	37	20%	26%
[10-15 ans [	27	15%	30%
TOTAL	186	100%	100%

1.2 Origine géographique

Parmi les 186 questionnaires recueillis, deux patients n'étaient pas domiciliés dans la région Midi-Pyrénées : un enfant provenait de Paris et un autre de l'Aude. La Haute Garonne était le département de domiciliation de 94% des patients. Parmi ceux originaires de Haute Garonne, 39% habitaient Toulouse. Les cartes suivantes montrent la répartition géographique des patients.

Figure 3 : Carte représentant l'origine géographique des patients dans la région Midi-Pyrénées

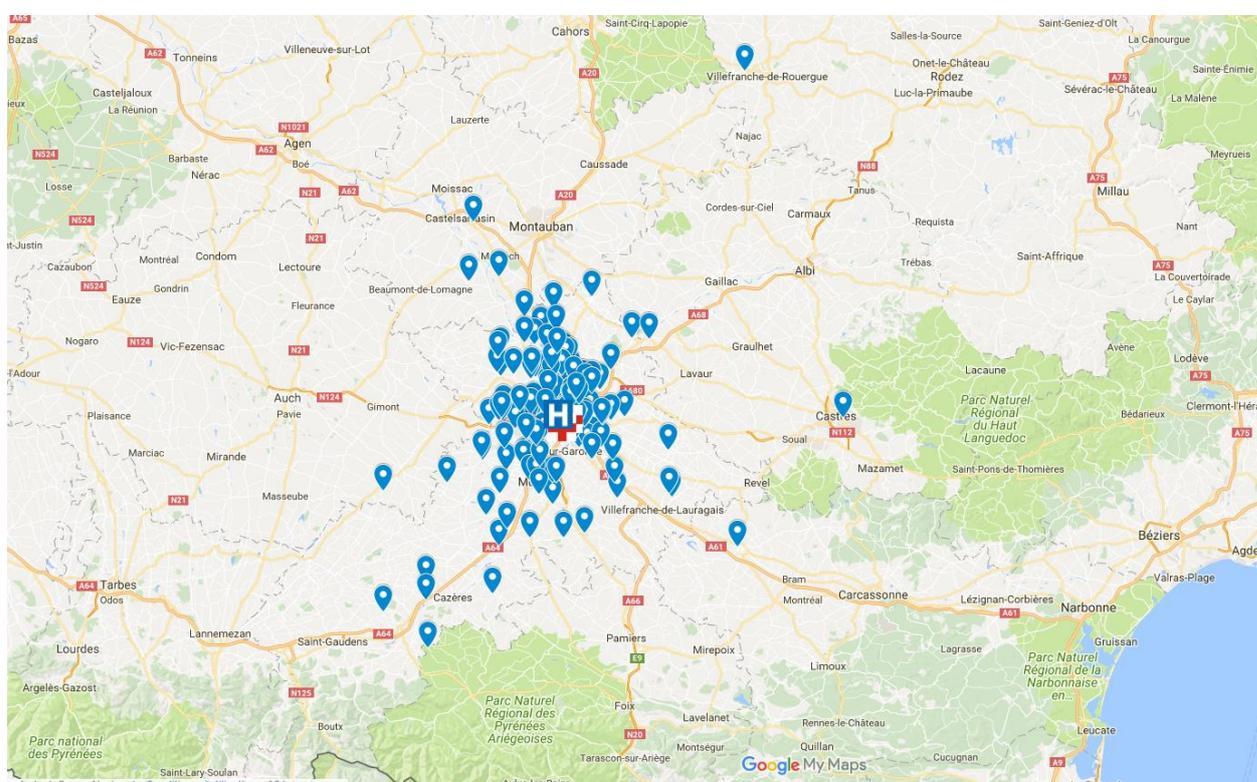


Figure 4 : Carte représentant un zoom sur Toulouse et ses environs

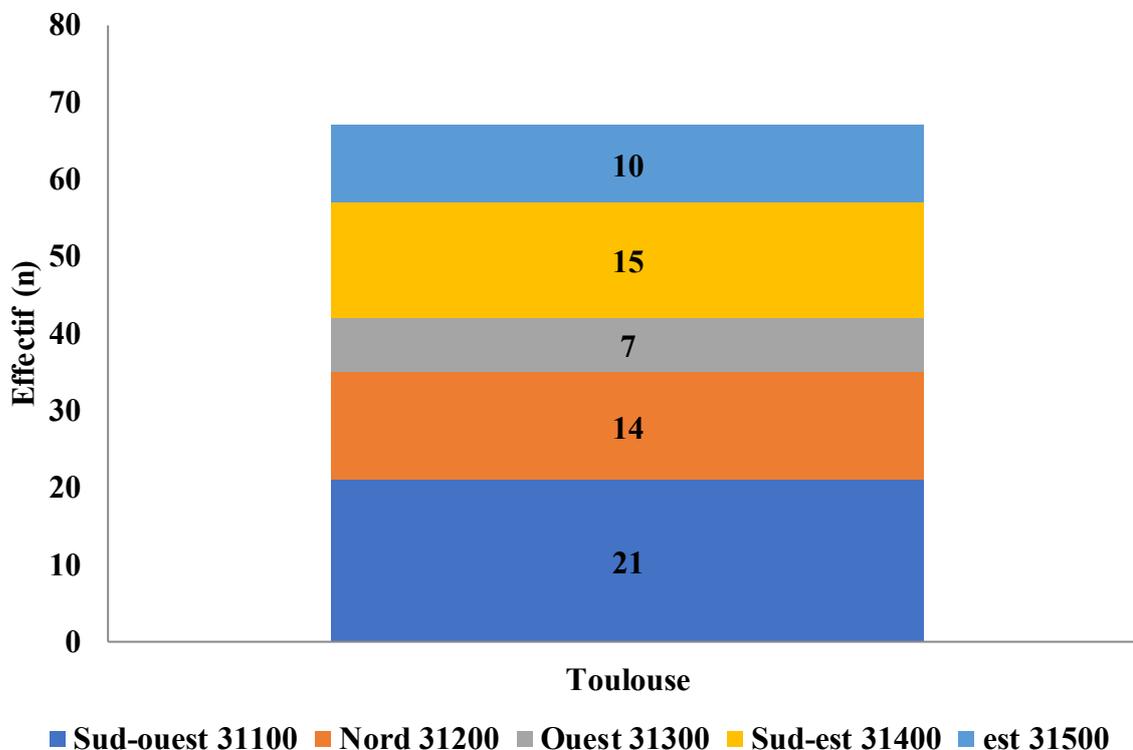


⊕ : logo représentant les 2 maisons médicales de garde à Toulouse

⊞ : logo représentant l'Hôpital des Enfants au CHU Purpan à Toulouse

Ci-joint par la figure suivante, la répartition des patients au sein de Toulouse et en Haute Garonne. 31% des patients habitant Toulouse venaient du Sud-Ouest de Toulouse.

Figure 5 : Répartition des patients au sein de Toulouse



Parmi les 186 patients, le domicile de 25% d'entre eux (n=47) était plus proche de l'Hôpital des Enfants que d'une des maisons médicales de garde de Toulouse.

Tous les patients sont venus par leurs propres moyens aux Urgences.

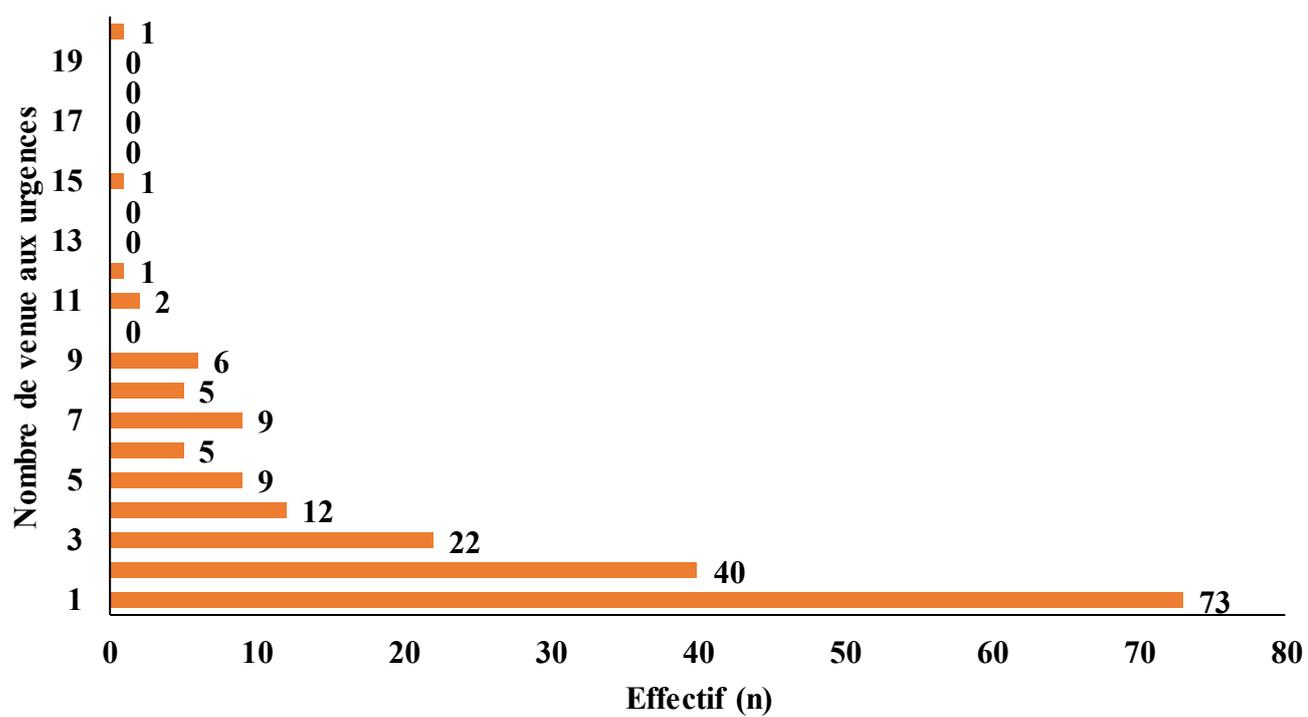
Parmi les habitants de la Haute Garonne, la distance moyenne entre leur domicile et l'Hôpital des Enfants était de 16,5 +/- 12,8 km (extrêmes de 1,0 à 75,7 km, médiane 13,5 km).

Parmi les habitants de Toulouse, lorsque leur domicile était plus proche d'une MMG que de l'Hôpital des Enfants, ils habitaient en moyenne à 4,6 +/- 2,3 km de la MMG de la Grave (extrêmes de 400 mètres à 13,2 km, médiane 4,4 km) ou à 2,2 +/- 1,3 km de la MMG de la Faourette (extrêmes de 300 mètres à 6,2 km, médiane 2,3 km), selon la MMG la plus proche.

1.3 Antériorité de venue

La figure 6 expose le nombre de venues par patient. Pour 39% des patients, c'était leur première venue aux Urgences pédiatriques ; 25% étaient déjà venus plus de 5 fois.

Figure 6 : nombre de venue aux Urgences

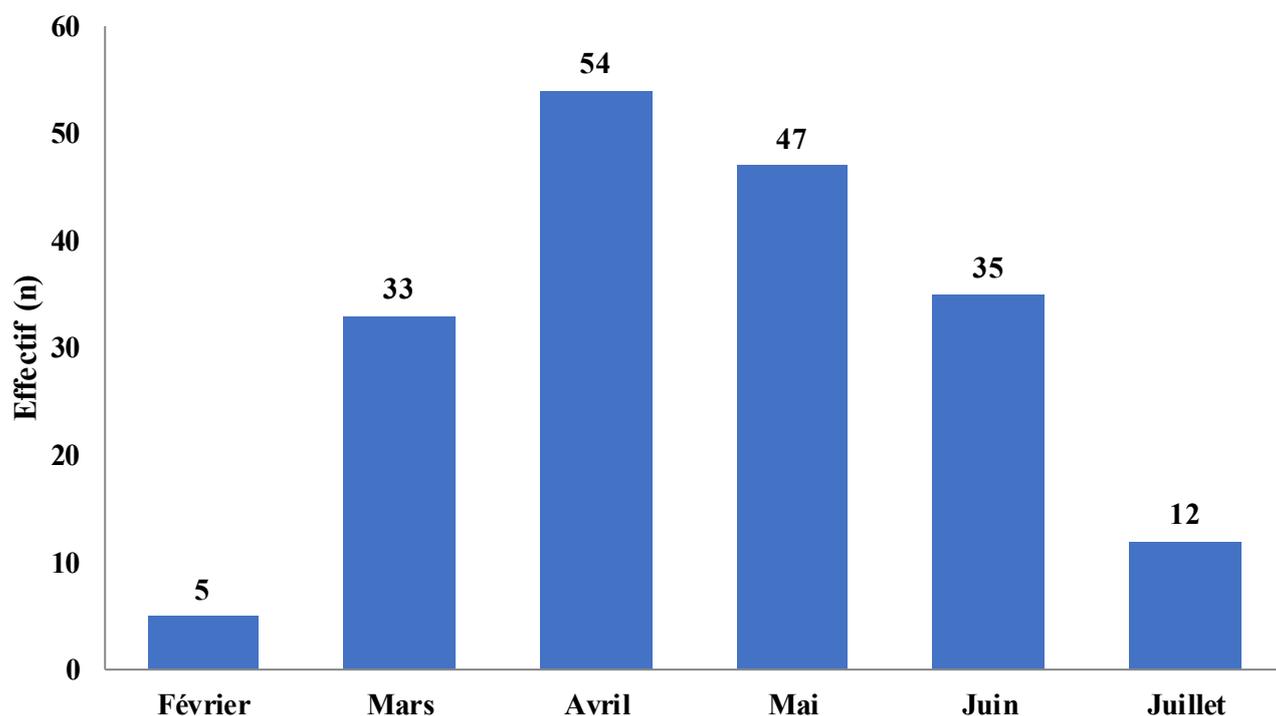


1.4 La période d'admission

a. Selon le mois

Les questionnaires ont été distribués du 22 février 2017 au 18 juillet 2017. La figure suivante représente la répartition de leur recueil. Le mois d'avril totalisait 29% des questionnaires recueillis.

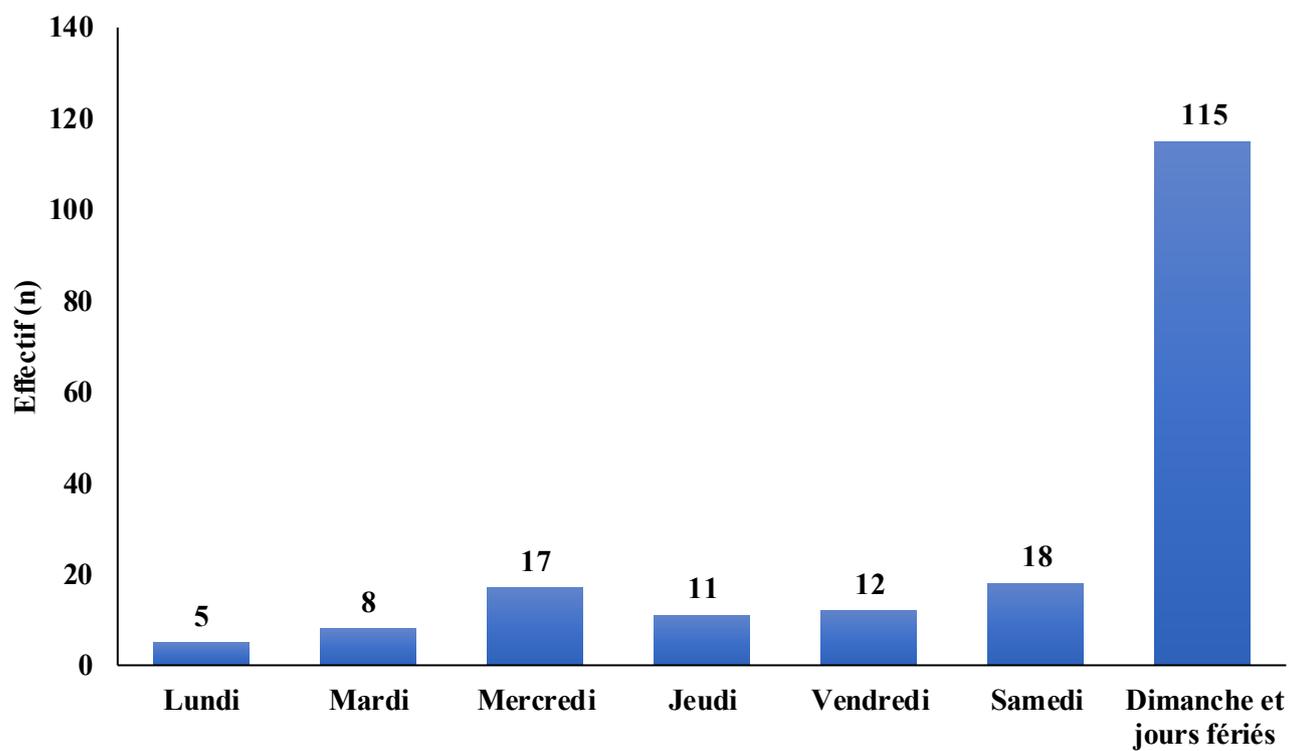
Figure 7 : Répartition du recueil des questionnaires selon le mois :



b. Répartition selon le jour

La répartition des réponses selon les jours de la semaine est montrée par la figure 8. Parmi les 186 questionnaires recueillis, 62% l'ont été les dimanches et jours fériés.

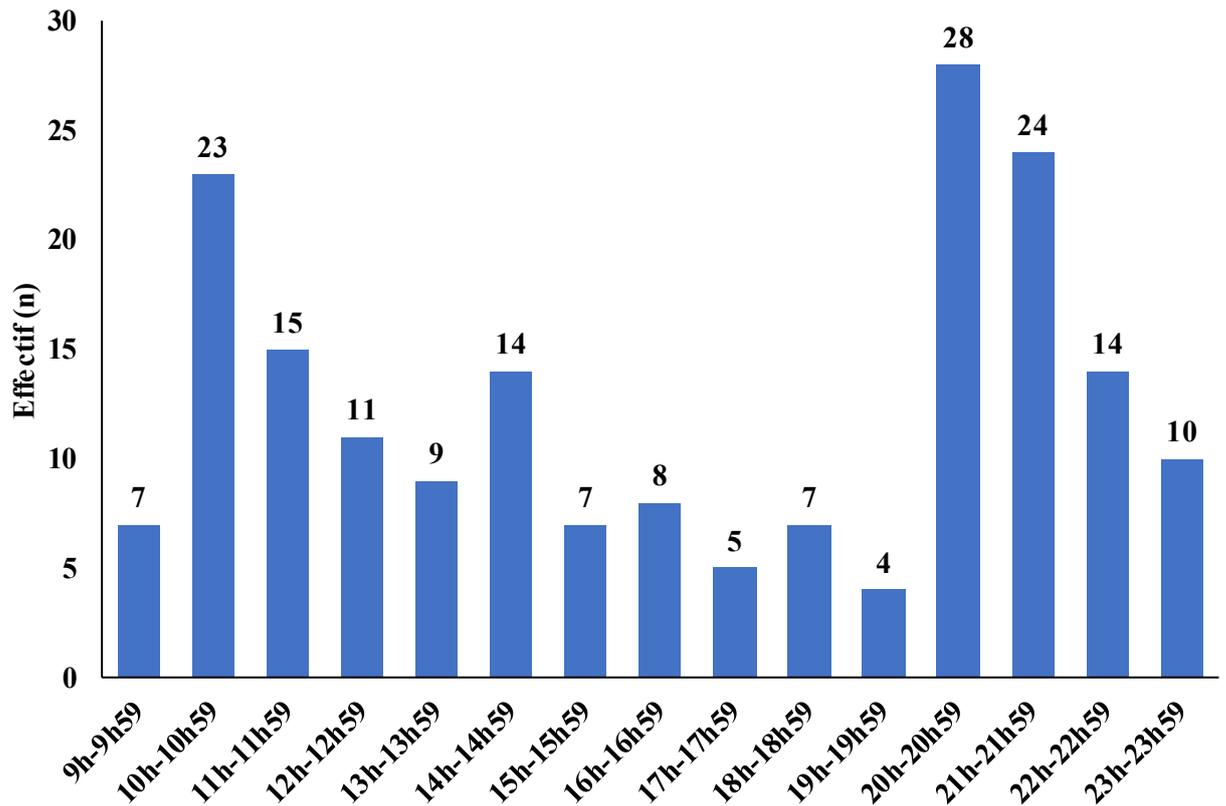
Figure 8 : Répartition des réponses selon les jours de la semaine :



c. Répartition selon l'heure :

La figure 9 représente la répartition des recueils des questionnaires selon l'heure. On observe que 28% des questionnaires sont recueillis pour des patients arrivant entre 20h et 22h et que 12% des réponses sont obtenues pour des patients se présentant entre 10 et 11h.

Figure 9 : Répartition des réponses selon l'heure d'arrivée des patients :



1.5 Les accompagnants

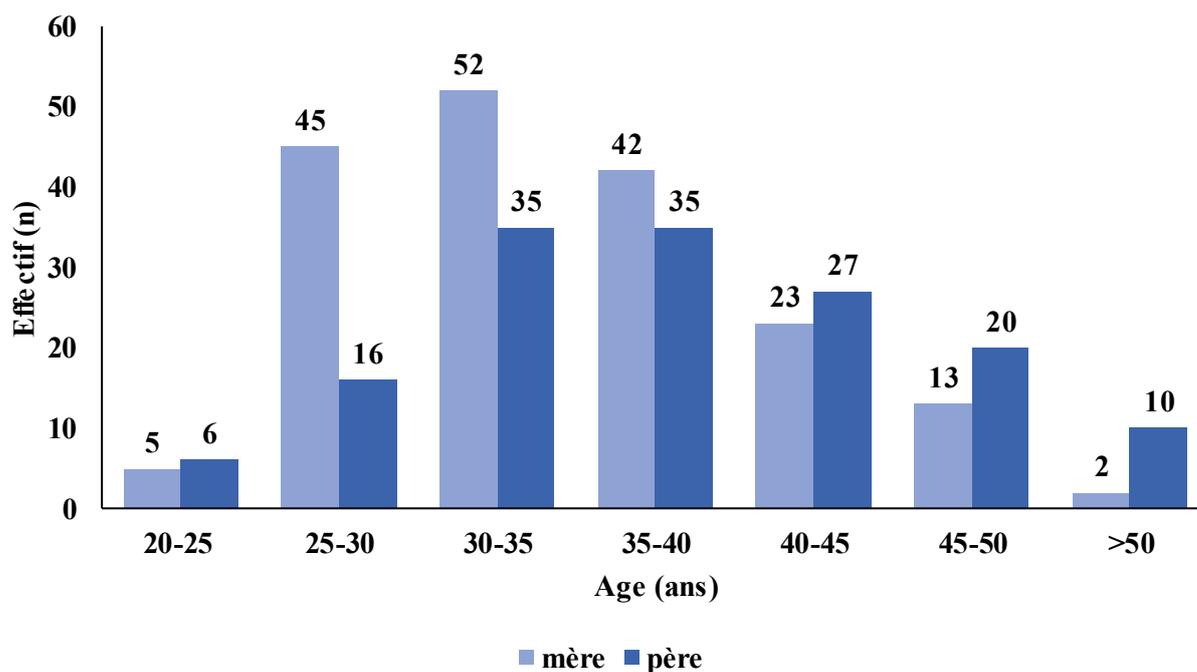
a. Le type d'accompagnant :

Les patients étaient accompagnés de leur parent dans 99% des situations. Parmi les 186 réponses, 65% des enfants étaient accompagnés de leur mère, 22% de leur père et 13% de leurs deux parents.

b. L'âge des parents :

Les parents des patients étaient âgés de 22 à 61 ans. Chez les mères, la moyenne d'âge était de 34 +/- 7 ans (extrêmes 22 à 52 ans, médiane 34 ans). Chez les pères, la moyenne d'âge était de 37 +/- 8 ans (extrêmes 22 à 61 ans, médiane 37 ans). La répartition selon les tranches d'âges est présentée par la figure suivante.

Figure 10 : Répartition selon l'âge des parents :



Plus de la moitié (55%) des mères étaient âgées de moins de 35 ans tandis que 31% des pères étaient âgés de moins de 35 ans.

c. La catégorie socio-professionnelle des parents :

La figure suivante illustre la répartition des parents selon leur catégorie socio-professionnelle en comparaison avec la répartition de ces catégories socio-professionnelles selon les données de l'INSEE de 2014 en Haute-Garonne (55).

Tableau 2 : Répartition des parents selon leur catégorie socio-professionnelle :

Pour les mères :

Catégorie socio-professionnelles	Effectif mère (n)	Pourcentage mère (%)	En Haute Garonne
			en 2014 Femmes (%)
1 : agriculteurs exploitants	0	0,0%	0,2%
2 : artisans, commerçants et chefs d'entreprise	2	1,1%	1,9%
3 : Cadres et professions intellectuelles supérieures	23	12,4%	10,4%
4 : Professions intermédiaires	42	22,6%	17,6%
5 : Employés	45	24,2%	23,1%
6 : Ouvriers	7	3,8%	3,1%
7 : retraités	0	0,0%	0,3%
8 : Autres personnes sans activité professionnelle	45	24,2%	19,9%
Données manquantes	22	11,8%	0,0%
TOTAL	186	100,0%	

Pour les pères :

Catégorie socio-professionnelles	Effectif père (n)	Pourcentage (%) père	En Haute Garonne en
			2014 Homme (%)
1 : agriculteurs exploitants	1	1%	1%
2 : artisans, commerçants et chefs d'entreprise	8	4%	5%
3 : Cadres et professions intellectuelles supérieures	36	19%	18%
4 : Professions intermédiaires	36	19%	16%
5 : Employés	16	9%	8%
6 : Ouvriers	35	19%	17%
7 : retraités	0	0%	20%
8 : Autres personnes sans activité professionnelle	8	4%	15%
Données manquantes	46	25%	0%
TOTAL	186	100%	

1.6 Les motifs de venue aux Urgences :

Parmi les 186 questionnaires recueillis, la répartition des motifs d'entrée était la suivante : un problème abdominal/digestif (31%), une hyperthermie (24%), un problème dermatologique (17%), un problème respiratoire (11%), un problème ORL (6%), un problème cardiologique (3%), un motif neurologique (3%) et autres (6%).

1.7 La prise en charge aux Urgences :

a. La durée de séjour aux Urgences

La durée moyenne de passage aux Urgences était de 3h23 +/- 6min (extrêmes 7 minutes à 17h11, médiane de 2h43) avec 72% des patients vus en moins de 4h.

La durée médiane en cas de retour à domicile était de 2h37. La durée médiane en cas d'hospitalisation était de 6h41.

b. La réalisation d'examens complémentaires

Parmi notre échantillon de patients, 68% (n=126) n'ont pas eu d'examens complémentaires. Parmi ceux qui ont bénéficié d'un examen complémentaire (n=60), 28 patients ont eu une bandelette urinaire, dont 16 patients n'ont pas eu d'autres examens. Une microCRP a été réalisée chez 16 patients dont trois comme unique examen. Une biologie sanguine a été réalisée chez 12 patients, 16 enfants ont eu une imagerie. Une thérapeutique a été administré chez huit enfants. Un avis spécialisé a été demandé pour trois patients.

1.8 Le devenir

Pour 6% des patients (n=11), une hospitalisation a été mise en place dont un enfant en surveillance médicale continue alors que 93% (n=173) des enfants sont rentrés à domicile. On a noté deux patients qui ont fugué ou non pas été vu par un médecin.

2. La réponse au questionnaire

2.1 La connaissance des maisons médicales de garde

A la question, *Connaissez-vous l'existence des MMG ?* 23% ont répondu oui.

Parmi les 51 réponses concernant le nombre de MMG, 73% (n=37) ne savait pas, 10% (n=5) ont répondu deux, 8% (n=4) ont répondu trois, 6% (n=3) ont répondu quatre et 4% (n= 2) ont répondu une.

La réponse attendue était deux : la MMG de la Faourette et celle de la Grave.

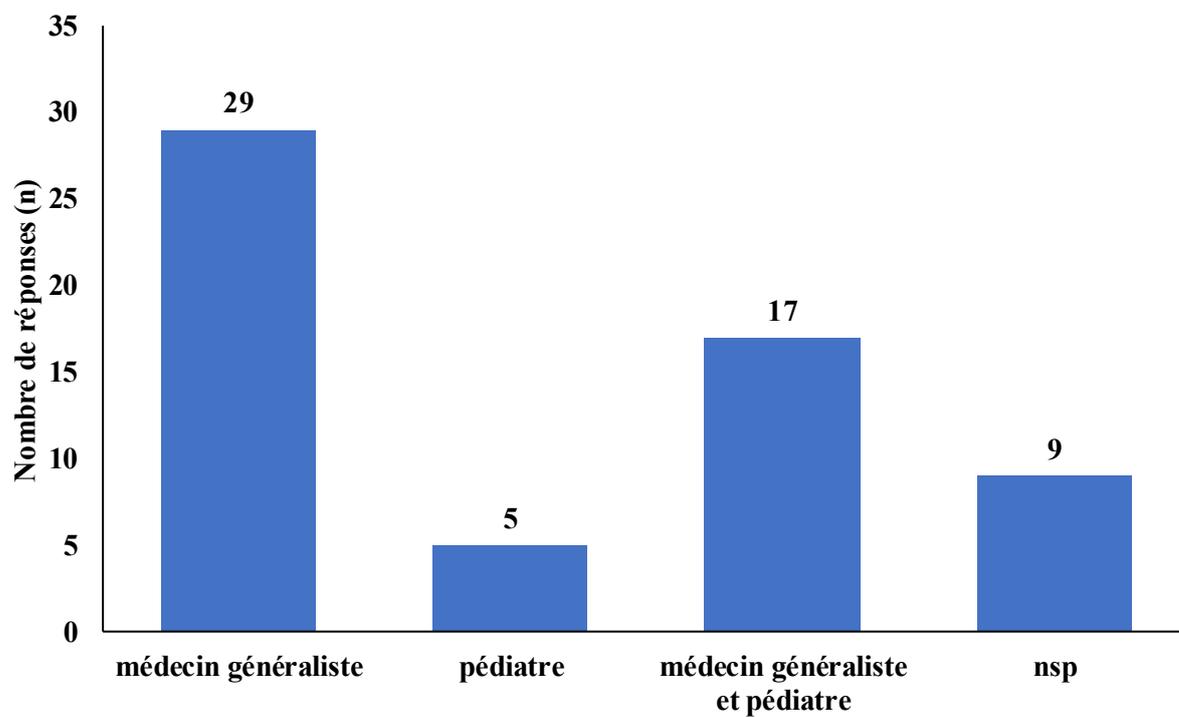
A la question, *Savez-vous où sont-elles situées ?*

Parmi les 56 réponses, 24 ont répondu oui, huit personnes ont cité la Faourette, sept personnes la Grave, quatre personnes ont évoqué la MMG de Plaisance du Touch, trois personnes celle de St Alban, deux personnes la Clinique St Jean du Languedoc, une personne la Clinique Sarrus et une personne SOS médecin. Une adresse erronée a été donnée par 11% des répondeurs (n=5).

2.2 Les médecins présents en MMG

La figure suivante représente les réponses à la question *Quel médecin est présent en MMG ?*
La réponse attendue était un médecin généraliste.

Figure 11 : Répartition des réponses concernant le type de médecin exerçant en MMG :



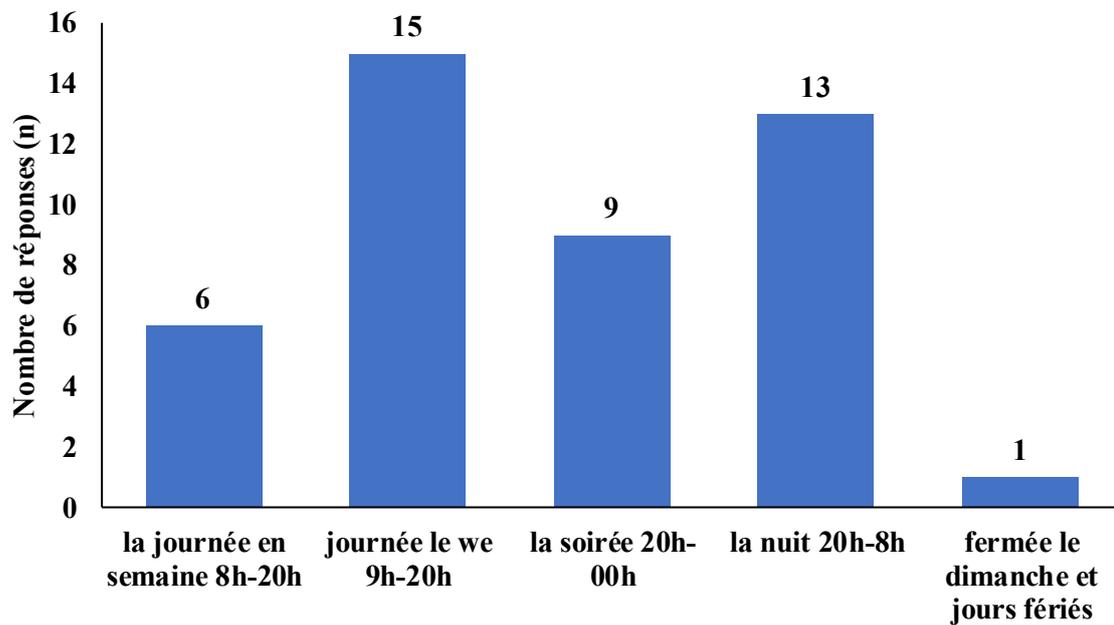
2.3 Les horaires d'ouverture des MMG :

A la question, *Connaissez-vous les horaires d'ouverture des MMG ?*

Parmi les 53 réponses, 66% (n=35) ont répondu non vs 34% (n=18) oui. La répartition de leurs réponses est représentée dans la figure 12.

Les réponses attendues étaient une ouverture le soir de 20h à minuit et la journée le week-end.

Figure 12 : réponse à la question concernant les horaires d'ouverture des MMG :



2.4 L'accompagnement d'un enfant en MMG

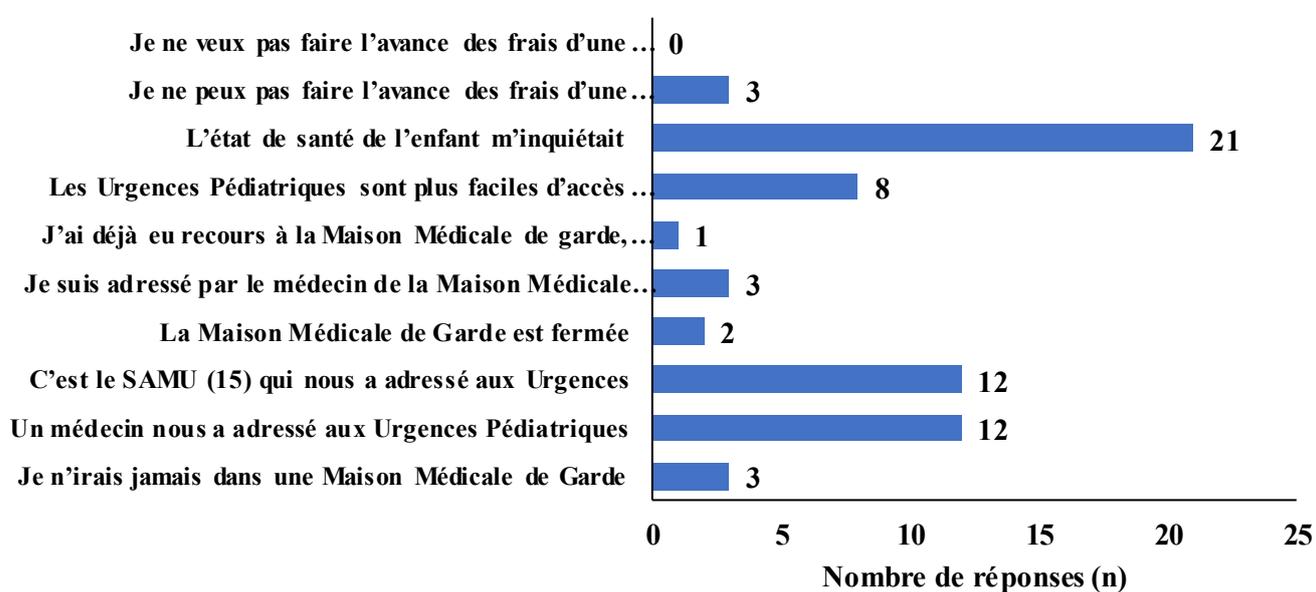
Vingt-cinq personnes répondent être déjà allées en MMG, parmi elles, 54% étaient satisfaites à plus de 8/10, sur une échelle de satisfaction allant de 0 à 10 (0 : pas satisfait du tout et 10 : extrêmement satisfait).

2.5 Les raisons de venue aux Urgences pédiatriques

A la question « *quelles sont la ou les raison(s) de votre venue aux Urgences pédiatriques plutôt qu'à la MMG ?* »

Parmi les 56 personnes qui ont répondu, 37,5% (n=21) étaient inquiets concernant l'état de leur enfant et 3% (n=3) ne pouvaient pas faire l'avance des frais d'une consultation. La figure ci-dessous résume les réponses retrouvées.

Figure 13 : Réponses à la question *Quelles sont la ou les raison(s) de votre venue aux Urgences pédiatriques plutôt qu'à la MMG ?*



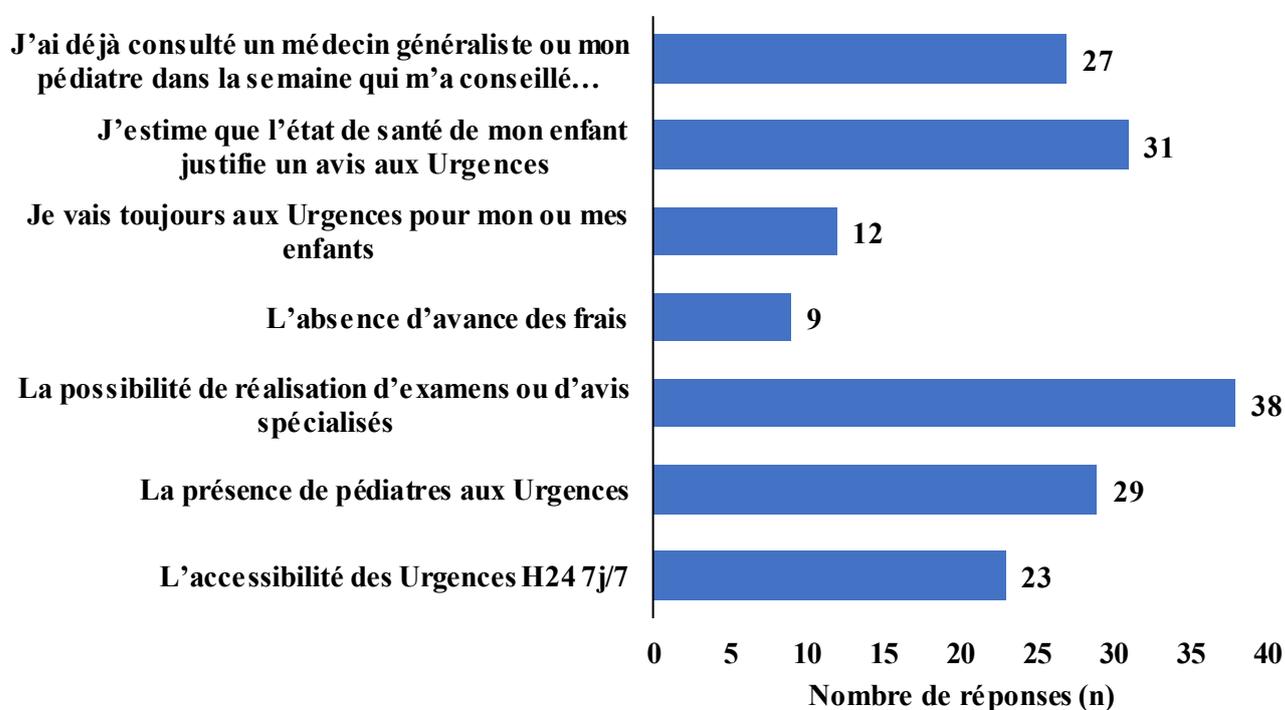
2.6 Les raisons de non-venue en MMG

A la question, « Si vous aviez eu connaissance des MMG, y seriez-vous allés ? »,

Parmi les 175 réponses, 107 personnes ont répondu « oui ». Soixante-seize personnes ont expliqué leur non venue en MMG pour les raisons suivantes : 50% (n=38) exprimaient la possibilité de réaliser des examens complémentaires aux Urgences, 16% (n=12) viennent toujours aux Urgences pour leur enfant.

La répartition des différentes réponses est retrouvée dans la figure 14.

Figure 14 : Réponses à la question « Quelles sont les raisons de non-venues en MMG ? »

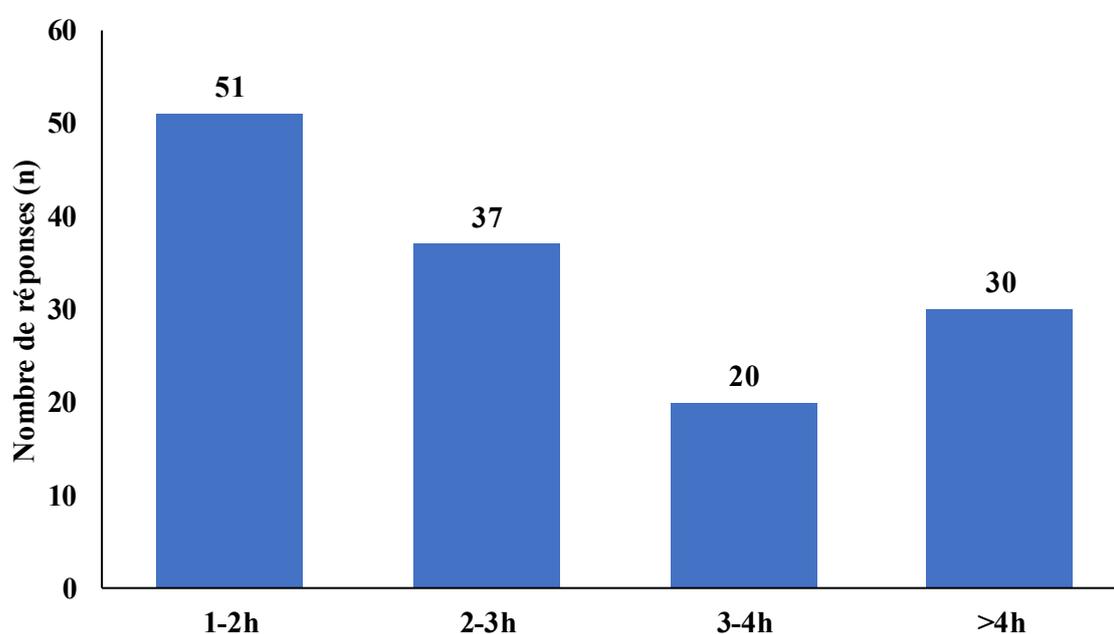


2.7 Le temps d'attente aux Urgences

Enfin, à la question, « *Pour une consultation en semaine et en journée, au bout de combien d'heures d'attente aux Urgences allez-vous envisager d'aller consulter chez votre médecin ou pédiatre habituel ?* », 138 personnes ont coché une réponse dont le résultat est illustré par la figure suivante.

Un à deux heures d'attente aux Urgences en journée en semaine ferait aller consulter un médecin libéral pour 37% des répondants.

Figure 15 : Temps d'attente aux Urgences en semaine et en journée faisant consulter le médecin traitant ou le pédiatre habituel :



IV. Discussion

Sur la période de distribution des questionnaires, 5842 passages ont été enregistrés aux Urgences pour motif médical et 186 questionnaires ont été analysés soit environ 3% du nombre de passage. Malgré ce faible échantillon, la répartition des âges des patients semblent correspondre à la population des Urgences de Midi-Pyrénées d'après l'ORUMIP de 2016 (18), sauf pour la dernière tranche d'âge des 10-15 ans où nous en avons 15% versus 30%. Le sexe ratio dans notre étude est de 1,3 versus 1,25 au niveau régional.

Les pathologies digestives étaient le principal motif de recours, ce qui est retrouvé au niveau régional. Nous obtenons une durée moyenne de séjour plus importante que les données de l'ORUMIP sur la région (3h23 versus 2h36) mais notre durée médiane est identique à celle de l'Hôpital des Enfants en 2016 (2h43 versus 2h41). Les extrêmes très larges (7min à 17h11) que nous avons obtenus peuvent l'expliquer. Dans notre étude, 93% des patients sont rentrés à domicile versus 89.1% au niveau régional. Ces données peuvent s'expliquer par le biais de distribution de nos questionnaires, qui n'ont pas été distribués aux patients dont l'état clinique initial semblait grave.

Concernant les catégories-socio-professionnelles des parents, en comparant nos données à celle de l'INSEE en Haute Garonne en 2014, la même répartition est retrouvée mise à part un défaut de personnes retraitées dans nos effectifs, expliqué par la spécificité pédiatrique.

A travers notre étude, l'élément principal qui ressort semble être le manque de connaissance des usagers des Urgences pédiatriques concernant les maisons médicales de garde avec seulement 23% des personnes interrogées qui connaissaient leur existence. Les sénateurs constatent également dans leur rapport de juillet 2017, « *la méconnaissance persistante du dispositif par le public* » et « *l'absence d'autre solution de prise en charge identifiée* » (21). Tout d'abord les patients ne connaissent pas l'organisation de la PDSA et semblent perdus concernant les horaires d'ouverture des MMG. Parmi les répondants à la question concernant les horaires d'ouverture des MMG, 38% (n=13) pensaient que ces dernières étaient ouvertes toute la nuit. Ce flou se retrouve parmi les arguments pour venir aux Urgences : deux personnes ont prétexté que la MMG était fermée. De même, neuf des personnes ayant répondu à la question concernant le type de médecin présent en MMG, ne savaient pas quel médecin était présent. Cinq évoquaient la présence d'un pédiatre seul. Parmi les explications données concernant leur non venue en MMG, 12 personnes ont répondu qu'ils vont toujours aux Urgences pour leurs enfants. Dans certains questionnaires, des remarques manuscrites mentionnaient que les personnes interrogées ne savaient pas comment aller en MMG.

L'errance des patients dans l'organisation de la permanence de soins ambulatoires entraîne une modification des flux vers une structure connue, facilement identifiable tel que l'hôpital, ouvert 7 jours/7 et 24h/24 (22).

La région Midi-Pyrénées bénéficie d'un numéro unique de régulation de la PDSA, le 3966 qui est sensé aider la population dans son parcours de soin et l'orienter vers la structure adéquate. Douze personnes prétextaient venir aux Urgences après appel de ce numéro. Le 15 et le 3966, travaillant en étroite relation sont souvent confondus par les patients. Nous n'avons pas spécifiquement analysé les patients qui auraient été adressés par le 15 et ceux adressés par le 3966.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a réalisé une enquête sur l'état des lieux de la PDSA en France en 2015 (48). Parmi les doléances reçues des patients, ils évoquent une méconnaissance de ces derniers concernant le dispositif de PDSA. La population connaît mal la permanence de soins mais semble satisfaite lorsqu'elle y a accès. Dans notre étude, les patients qui avaient déjà consulté en MMG étaient majoritairement satisfaits de leur passage. Un questionnaire de satisfaction distribué dans une MMG à Douai conclue à une satisfaction de la majorité des patients répondants quant à leur consultation médicale (56). La DRESS en 2008 dans une étude sur les recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville retrouve que globalement les patients ont été satisfaits de la prise en charge (31). De même, le CNOM n'a retrouvé aucune plainte portant sur les actes médicaux, ni relevé d'affaires en chambre disciplinaire ou de rapport du Sou Médical mettant en cause les effecteurs de la PDSA. Toutefois, dans notre étude, trois personnes nous ont dit qu'elles n'iraient jamais en MMG : est-ce par mal connaissance ou par mauvaise expérience ?

Ensuite, la problématique de la définition de l'urgence et en particulier l'opposition entre la vision soignante et celle du patient se retrouve dans les résultats de notre étude. Alors que 93% des patients sont rentrés à domicile et 68% n'ont pas eu d'examens complémentaires, le principal motif de venue retrouvé était l'inquiétude des parents concernant l'état de santé de leur enfant. A noter que parmi les motifs médicaux d'arrivée aux Urgences, un seul patient est venu pour « inquiétude parentale » et est rentré à domicile sous le diagnostic « d'inquiétude parentale ». Cette angoisse des mères en particulier (78% des accompagnants) secondaire à la médicalisation de la petite enfance les conduirait à venir dans des structures médicales (24). Les mères et les pères, désengagés de leur rôle central dans le soin, le médecin est devenu le pilier de la bonne éducation de leur enfant. Tout

symptôme doit être évalué par le corps médical, tout traitement doit être approuvé par un médecin (57).

De plus, la technicité médicale et la nécessité d'examens complémentaires, associée à une certaine forme de consumérisme, s'observe dans les réponses aux questionnaires. La possibilité de réaliser des examens complémentaires est retrouvée chez 50% des répondants comme argument de venue aux Urgences. Ils souhaitent une réponse rapide, efficace, confirmée par l'examen biologique ou radiologique. La nécessité de ces bilans peut être remise en cause, en particulier en pédiatrie. D'après les dernières données de l'ORUMIP de 2016, la pédiatrie aux Urgences se caractérisent par des patients plus souvent CCMU 1 (28,6% versus 16,5% chez les adultes), c'est-à-dire n'ayant pas eu recours à un examen complémentaire (18). Et quand bien même, certains bilans seraient réalisés, quelle est leur valeur pour le diagnostic et la suite de la prise en charge (58)? L'arrêt Mercier de 1936, a introduit dans la jurisprudence l'obligation de moyen (59). « *Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement de donner des soins attentifs, consciencieux et, (...) conformes aux données acquises de la science.* » Ainsi, l'accès au plateau technique de la structure favorise la réalisation d'examens complémentaires. Les médecins se doivent de réaliser l'ensemble des examens complémentaires requis, selon les disponibilités pour prendre en charge au mieux l'enfant. Tout examen non réalisé mais accessible à l'hôpital peut leur être reproché s'il semblait nécessaire selon l'examen clinique de l'enfant.

Enfin, l'attractivité des Urgences comme structure permettant un accès aux soins sans avance de frais est peu retrouvée dans les réponses aux questionnaires. Seul 12% (n=9) des répondants à la question 8, exprimaient l'absence d'avance de frais comme une raison de non venue en MMG et 5% des répondants l'impossibilité d'avance de frais comme raison de venue aux Urgences pédiatriques. Cet élément est retrouvé dans l'étude de 2003 de la DRESS sur les motifs et trajectoires de recours aux Urgences hospitalières, pour qui l'absence d'avance de frais correspondait à moins de 10% des raisons les amenant à consulter aux Urgences. L'absence d'avance de frais est donc un argument minoritaire dans les réponses des patients. Pourtant les rapporteurs du Sénat soulève que contrairement à ce rapport de la DRESS, « *les professionnels estiment quasi unanimement que l'absence d'avance de frais, (...), joue un rôle important dans le choix du recours aux Urgences.* » Dans une thèse récente concernant une MMG à Douai, 98% des patients interrogés estimaient que les frais de consultation ne représentaient pas un frein à la consultation en

MMG (56). Comment expliquer ces contradictions ? Est-ce parce qu'il est malséant de parler d'argent dans notre société ? Ou qu'en tant que soignant confronté à l'augmentation de la précarité aux Urgences, à la dimension sociale de plus en plus prégnante faisons-nous un amalgame pour justifier l'affluence grandissante (60)? Les solutions proposées par le Sénat avec la mise en place du tiers payant pour les soins de PDSA permettront de trancher.

L'argument de l'accessibilité et de la facilité de la structure hospitalière est discutable. En examinant les distances entre les domiciles des patients, l'Hôpital des Enfants et les deux MMG, 25% d'entre eux sont plus proches de l'hôpital. Seulement 14% des répondants mettent en avant l'accessibilité par rapport à leur domicile comme raison de venue aux Urgences. A la question tendancieuse « *Pour une consultation en semaine et en journée, au bout de combien d'heures d'attente aux Urgences allez-vous envisager d'aller consulter chez votre médecin ou pédiatre habituel ?* », 37% iraient consulter si l'attente était de 1 à 2h. Certes la facilité et l'accessibilité peuvent jouer mais le patient est peu patient et il cherche surtout une solution rapide à son problème, bien inscrit dans cette dynamique consumériste, du tout, tout de suite, quand je veux.

Les MMG sont considérées comme une solution d'avenir, favorisant le volontariat des médecins libéraux à la PDSA lorsqu'elles sont attractives. La proportion de patients de moins de 15 ans est importante et leur activité se concentre les week-end (37,51,61). Tous les rapports sont unanimes, lorsqu'une MMG est en lien avec un service d'urgences et que des protocoles de ré-adressage sont bien établis, l'affluence aux Urgences diminuent et le bilan de la MMG est positif (44,50,52). A Toulouse, les deux MMG ne sont pas adossées aux services d'urgences et les protocoles de ré-adressage ne sont pas encore clairement établis. Aux Urgences adultes du CHU de Toulouse, un médecin d'accueil peut réorienter les patients selon les motifs de venue, ce qu'on ne retrouve pas en pédiatrie. Un lien privilégié avec la MMG de la Grave, la plus proche de l'Hôpital des Enfants pourrait être à développer.

Quant à la MMG de la Faourette, elle a vu le jour grâce au collectif des professionnels de santé du 21 septembre 2001 constitué après l'explosion d'AZF (62). Elle est implantée dans un quartier classé Zone Urbaine Priorité par l'INSEE (63). Ses habitants sont plus exposés à l'inactivité, au chômage et à la précarité financière. D'après la thèse concernant la MMG de Vénissieux, il est démontré qu'une MMG dans certain quartier permet d'être un lieu identifié d'accès au soin, facilement repérable en particulier pour une population qui est

habituellement plus présente aux Urgences (64,65). Sans résoudre la fracture sociale et ses inégalités, elle peut aider à l'accès au soin aux horaires de fermeture des cabinets libéraux.

La méconnaissance des MMG par la population, pointée par le dernier rapport du Sénat , « découlerait également du manque de communications sur ce point auprès des citoyens, notamment de la part de l'ARS et des caisses primaires d'assurance maladie » (21). Mais dans le rapport de 2006 de l'URCAM Midi-Pyrénées, seuls 30% des médecins s'estiment suffisamment informés sur les MMG, et plus souvent les médecins libéraux exerçant dans les quartiers proches de l'implantation des MMG. Plus des deux tiers souhaitent une information complémentaire (54). Il est reproché à la population de ne pas connaître l'organisation de la permanence de soin mais les professionnels médicaux ne semblent pas mieux renseignés .Un décret publié en juillet 2016, instaure un numéro unique national de régulation de la PDSA : le 116 117 (66). Actuellement mise en place dans trois régions françaises : la Corse, la Normandie et le Pays-de-Loire, il permet de joindre un médecin de garde aux heures de fermetures des cabinets médicaux (67). Lorsqu'au 15 janvier 2018, ce numéro sera étendu à l'ensemble du territoire, la campagne de communication permettra une meilleure connaissance de l'organisation des soins par les français. En favorisant le réflexe d'appel à ce numéro, les patients pourront être mieux orientés et en particulier vers les MMG. De même, intégrer l'organisation de la permanence de soins en ambulatoire dans les enseignements des étudiants en médecine semble nécessaire.

Concernant les biais de notre étude, un faible nombre de questionnaires a été recueilli. Disposés à l'accueil des Urgences et devant être distribués par les agents d'accueil, ces derniers nous ont informés de leur difficulté à les distribuer pendant les périodes de grandes affluences aux Urgences. Fait regrettable car c'est lors de ces journées chargées que les informations collectées auraient été des plus intéressantes. Les questionnaires étaient distribués aux horaires d'ouverture des MMG. Le soir, la distribution commençait à 20h et le samedi à 14h. Malgré des rappels téléphoniques quotidiens, la distribution n'étant pas intégrée par réflexe pour toute admission, cela peut expliquer le faible recueil pendant ces périodes-là. Les jours où nous avons reçu le plus de questionnaires sont les dimanches et jours fériés, dont la distribution se faisait de 9h à minuit, peut être mieux intégrée dans les activités de la journée.

La distribution des questionnaires a commencé fin février, après l'épidémie de bronchiolite, et les congés de fin d'années, alors qu'ils sont souvent responsables de difficultés de permanence de soins et de surcharge des services d'urgences.

Lorsque les personnes ne parlaient pas correctement français ou ne savaient ni lire ni écrire, les questionnaires n'étaient pas non plus distribués, ce qui aurait pu avoir une répercussion sur les profils socio-économiques. Nous ne retrouvons pas dans notre population, une augmentation des classes défavorisées par rapport à la répartition départementale. Dans les dernières études épidémiologiques concernant la population aux Urgences, il est retrouvé une augmentation de la précarité et des inégalités sociales (65,68). Le biais de recueil peut être responsable de ces différences.

Enfin, le faible niveau de réponses aux questions nous empêche la réalisation de tests statistiques avec une puissance suffisante pour être interprétés.

V. Conclusion

Les usagers des Urgences pédiatriques du CHU de Toulouse semblent peu connaître les maisons médicales de garde toulousaines. Quand ils en ont entendu parler, rares sont ceux capables de citer leurs horaires d'ouverture, leur adresse, quel médecin y exerce. Pourtant lorsque ces derniers y sont déjà allés, ils sont satisfaits de leur prise en charge. L'inquiétude des parents à propos de l'état de santé de leur enfant est la principale raison de leur venue aux Urgences. L'accès à un plateau technique avec la possibilité de réaliser des examens complémentaires est évoqué comme argument de non-venue en maison médicale de garde. Axer le dialogue entre MMG et service d'Urgences, avec des protocoles de ré-adressement est nécessaire pour permettre la diminution de l'affluence et une meilleure valorisation de ces MMG auprès des médecins libéraux. La simplification de l'organisation de la permanence de soins prévue par les derniers rapports semble appropriée. Une communication de la part des instances publiques plus spécifiquement à propos du numéro unique de régulation de la permanence de soins paraît indispensable. Elle permettrait une information auprès du public mais aussi auprès des professionnels de santé, sur les conduites à tenir en dehors des ouvertures des cabinets de médecine libérale.


Professeur Sandrine CHARPENTIER
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Service des Urgences - Hôpital Rangueil
1, av. du Pr Jean Poulhès - TASA 50032
31059 TOULOUSE Cedex 9 - Tél. 05 61 32 27 95

Toulouse, le 29 septembre 2017
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE


Bibliographie

1. Tenon J. Mémoires sur les hôpitaux de Paris, par M. Tenon,... [Internet]. 1788 [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6275882s>
2. Loi du 21 décembre 1941 REORGANISATION DES HOPITAUX ET DES HOSPICES CIVILS. [cité 1 sept 2017] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000869378&categorieLien=id>
3. La vie entre les mains [Internet]. [cité 22 sept 2017]. Disponible sur: https://books.google.com/books/about/La_vie_entre_les_mains.html?hl=fr&id=vqs5Xv140N0C
4. Circulaire DGS/650/MS 4 du 19 juillet 1972 relative aux directives générales en ce qui concerne les secours médicaux d'urgence (aide de l'Etat). - Programme finalisé de sécurité routière (sous-programme «secours routier»). - APHP DAJ [Internet]. [cité 22 sept 2017]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgs650ms-4-du-19-juillet-1972-relative-aux-directives-generales-en-ce-qui-concerne-les-secours-medicaux-durgence-aide-de-letat-programme-finalise-de-securite-routiere-sous-prog/>
5. La récente histoire des urgences du 10 juin 2015 [Internet]. France Inter. [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/la-marche-de-l-histoire/la-marche-de-l-histoire-10-juin-2015>
6. Vergez-Chaignon B. Le monde des médecins au XXe siècle [Internet]. Éd. Complexe; 1996 [cité 22 sept 2017]. Disponible sur: [https://babordplus.u-bordeaux.fr/notice.php?q=id_origine:\(198354\)&fq=id_source:\(1\)](https://babordplus.u-bordeaux.fr/notice.php?q=id_origine:(198354)&fq=id_source:(1))
7. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 décembre, 1970. [cité 1 sept 2017] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874228&dateTexte=19920103>
8. Pr Adolphe Steg. Rapport sur la médicalisation des urgences [Internet]. Commission nationale de restructuration des urgences; 1993 [cité 23 sept 2017]. Disponible sur: <http://documentation.fhp.fr/documents/3746R.pdf>
9. texte FC économique et social A du. L'urgence à l'hôpital : séances des 11 et 12 avril 1989 / [Conseil économique et social]; [rapport présenté par M. Adolphe Steg] [Internet]. 1989 [cité 26 sept 2017]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k3320020m>
10. Décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre l'activité de soins Accueil et traitement des urgences et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). 95-648 mai, 1995.
11. Les Malades des urgences [Internet]. [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-malades-des-urgences--9782864243465.htm>
12. Dr Jean Yves Grall. Evaluation du plan urgences 2004-2008 [Internet]. Ministère de la Santé et des Solidarités / Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des

soins; 2007 janv [cité 23 sept 2017] p. 33. Disponible sur: http://urgences-bretagne.fr/actualites/images/pu_rapport_grall_200702.pdf

13. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-576 mai, 2006. [cité 23 sept 2017]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788651&dateTexte=20060523>
14. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-577 mai, 2006. [cité 23 sept 2017]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788652&categorieLien=id>
15. Code de la santé publique - Article R6123-1. Code de la santé publique. [cité 23 sept 2017] Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916739&dateTexte=&categorieLien=cid>
16. Les établissements de santé - Édition 2016 - Panoramas de la DREES - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 1 sept 2017]. Disponible sur:
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2016>
17. DRESS. Les établissements de santé [Internet]. 2016 [cité 10 sept 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf>
18. Livret-Chiffres-Clés-2016.pdf [Internet]. [cité 9 sept 2017]. Disponible sur:
<https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2017/04/Livret-Chiffres-Cl%C3%A9s-2016.pdf>
19. Schuur JD, Venkatesh AK. The Growing Role of Emergency Departments in Hospital Admissions. *N Engl J Med.* 2 août 2012;367(5):391-3.
20. SAMU -Urgences de France. Livre Blanc : Organisation de la médecine d'Urgence en France : un défi pour l'avenir [Internet]. 2015 [cité 15 août 2017]. Disponible sur:
https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjajq7NwdjVAhVEPRoKHT5HBYcQFghCMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.samu-urgences-de-france.fr%2Fmedias%2Ffiles%2F129%2F821%2Flivre-blanc-sudf-151015.pdf&usq=AFQjCNF91QPxtj7iHQFpkwr0UXrxKO56_g
21. Cohen L, Catherine GENISSON, René-Paul SAVARY. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières [Internet]. Sénat; 2017 juillet [cité 23 sept 2017] p. 109. Report No.: 685. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
22. Baubeau Dominique, Carrasco Valérie. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières [Internet]. DRESS; 2003 janv [cité 24 sept 2017]. Report No.: 215. Disponible sur: <http://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/er215.pdf>

23. DRESS. Le panorama des établissements de santé [Internet]. 2014 [cité 23 sept 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf>
24. Morel MF. Le tout-petit, sa mère et le médecin: la médicalisation de la petite enfance (XVIIIe–XXe siècles). *Arch Pédiatrie*. janv 1999;6:S444-7.
25. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016 - atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf [Internet]. [cité 10 sept 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
26. Yvon B, Lehr-Drylewicz A-M, Bertrand P. Féminisation de la médecine générale : faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire. *Médecine*. 1 févr 2007;3(2):83-8.
27. Berland Yvon. Commission démographie médicale [Internet]. 2005 avril [cité 27 sept 2017] p. 64. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_berland.pdf
28. Dumontet M. Féminisation, activité libérale et lieu d'installation: quels enjeux en médecine générale?: Analyses micro-économétriques de l'offre de soins [Internet]. Université Paris Dauphine-Paris IX; 2015 [cité 27 sept 2017]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01215131/>
29. Soigner en Ile-de-France - L'exercice libéral en pédiatrie [Internet]. [cité 27 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.soignereniledefrance.org/exercer-au-quotidien/les-specialites/pediatre/>
30. Jérôme Valleteau de Moulliac. La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives. *Bull Acad Natle Méd*. 2013;197(6):1143-52.
31. Circulaire du 13 août 1965, relative à l'instruction sur l'organisation des services d'urgence et de réanimation dans les hôpitaux. août, 1965.
32. Vassy C. L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. *Mouvements*. n° 32(2):67-74.
33. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Circulaire n°195 /DHOS/01/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences [Internet]. 195 avril, 2003 p. 27. Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/documents-vp/circ_urgences.pdf
34. Definition of an Emergency Service. *Ann Emerg Med*. juill 2009;54(1):143.
35. SAMU -Urgences de France. Les 1eres Assises de l'Urgence - Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence? [Internet]. Paris; 2012 sept [cité 23 sept 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Riou_-_Assises_de_l_urgence_-_recommandations_de_Samu-Urgences_de_France.pdf
36. Brocas A-M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles [Internet]. DRESS; 2008 février [cité 23 sept 2017] p. 8. Report No.: 625. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er625.pdf>

37. Blanchard P, Dupont M, Ollivier R, Ferrier C, Pretot. Evaluation du dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2006 mars [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000321.pdf>
38. Code de la santé publique - Article R6123-3. Code de la santé publique. [cité 23 sept 2017] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916744>
39. Il y a 50 ans, il inventait SOS Médecins - Le Parisien [Internet]. [cité 6 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/informations/il-y-a-50-ans-il-inventait-sos-medecins-01-06-2016-5846091.php>
40. SOS Médecins 31 - Médecins Toulouse et pharmacies de garde [Internet]. [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.sosmedecins31.org/>
41. SOS Médecins : Jean-Baptiste Delmas, le docteur aux 100 000 anecdotes - Le Parisien [Internet]. [cité 6 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/vie-quotidienne/sante/sos-medecins-jean-baptiste-delmas-le-docteur-aux-100-000-anecdotes-06-02-2017-6658530.php>
42. La permanence et continuité des soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014 [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/permanence-et-continuite-des-soins/article/la-permanence-et-continuite-des-soins-l-acces-a-un-medecin-lorsque-les-cabinets>
43. ARS. Arrêté fixant le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires en Midi-Pyrénées [Internet]. 2012 [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: http://www.occitanie.paps.sante.fr/fileadmin/LRMP/PAPS/EXERCE/ARSMP_ARRETE_CCR_PDSA-2012-16_et_CC_PDSA_20121026.pdf
44. Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France. Santé Publique. 2005;17(2):233.
45. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°68 [Internet]. [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>
46. adsp. Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge? sept 2005;n°52.
47. française LD. Les maisons médicales de garde [Internet]. [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000564/index.shtml>
48. Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins [Internet]. [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquete_pds_2015.pdf
49. Bernoud F, =Université de Lyon 1 Claude Bernard. Lyon. FRA / com. La maison médicale de garde de Vénissieux : sa création, son fonctionnement, son activité. Influence du contexte social. 2004.

50. Dumont Peggy. Les maisons médicales de garde dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée [Internet]. Université de Nantes; 2004 [cité 24 sept 2017]. Disponible sur: https://www.google.fr/search?client=firefox-b-ab&dcr=0&q=les+maisons+m%C3%A9dicales+de+garde+en+loire+atlantique+th%C3%A8se&oq=les+maisons+m%C3%A9dicales+de+garde+en+loire+atlantique+th%C3%A8se&gs_l=psy-ab.3..33i21k1l2j33il60k1l2.8063.9192.0.9336.6.6.0.0.0.151.280.0j2.2.0....0...1.1.64.psy-ab..4.2.279...33i22i29i30k1.0.t5ejaqkdCVg
51. Menard Benoît. L'émergence des maisons médicales de garde dans la permanence des soins et leur incidence sur l'activité hospitalière [Internet]. ENSP Rennes; 2004 [cité 24 sept 2017]. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2004/edh/menard.pdf>
52. Havez Emilia. Maison médicale de garde et hôpital : l'articulation entre services d'urgence et permanence des soins de ville à Saint-Etienne [Internet]. ENSP Rennes; 2005 [cité 24 sept 2017]. Disponible sur: <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2005/iass/havez.pdf>
53. française LD. Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR) : rapport définitif [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2006 mai [cité 26 sept 2017] p. 163. Report No.: 2006 022. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000726/index.shtml>
54. Cayla Françoise FG. Les Maisons Médicales de Garde de Toulouse dans le dispositif de Permanence de Soins [Internet]. URCAM Midi-Pyrénées; 2007 nov [cité 9 sept 2017] p. 60. Disponible sur: http://www.orsmip.org/tlc/documents/MMG_RAPPORT.pdf
55. Dossier complet–Département de la Haute-Garonne (31) | Insee [Internet]. [cité 24 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-31>
56. Grière Mathilde. La Maison Médicale de Garde de Douai pour assurer la permanence des soins ambulatoires dans le Douais. Evaluation de l'adaptabilité du dispositif et de la satisfaction des usagers [Internet]. Faculté de médecine Henri Wremlbourg; 2017 [cité 26 sept 2017]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/ef0f2362-f88a-42df-a995-298d8d570cc2>
57. Claudet I, Joly-Pedespan L. Consultations de routine aux urgences : faut-il gérer ou lutter ? Arch Pédiatrie. déc 2008;15(12):1733-8.
58. Martinot A, Dubos F, Hue V. Valeur des examens complémentaires aux urgences : interprétation des résultats. Arch Pédiatrie. juin 2005;12(6):700-2.
59. Code civil - Article 1147. Code civil. [cité 23 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006436401&cidTexte=LEGITEXT000006070721>
60. Colineaux H, Bérault F, Lang T, Lamy S. État des lieux des inégalités sociales de santé en France. Soins. juill 2017;62(817):8-11.

61. française LD. Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire [Internet]. [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000321/index.shtml>
62. InVS. Conséquences sanitaires de la catastrophe d'AZF [Internet]. 2011 [cité 26 sept 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr../layout/set/print/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Consequences-sanitaires-de-la-catastrophe-d-AZF/Contexte-enjeux-role-de-l-InVS>
63. Bordet Christophe, Pertile Isabelle. La politique de la ville en Midi-Pyrénées : 57 quartiers prioritaires passés au crible [Internet]. INSEE; 2011 nov [cité 26 sept 2017] p. 6. (6 pages de l'Insee). Report No.: 139. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1291222>
64. Morel S. L'urgence à plusieurs vitesses": fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence [Internet]. Université de Nantes; 2014 [cité 26 sept 2017]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01118203/>
65. Lombrail P, Lang T, Pascal J. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? : Dossier « Inégalités sociales de santé ». Santé Société Solidar. 2004;3(2):61-71.
66. Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires. 2016-1012 juillet, 2016. [cité 23 sept 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=762CD3E52F7C7CA0B74A4C81D8E7FEFC.tplgfr26s_3?cidTexte=JORFTEXT000032928958&idArticle=&categorieLien=id
67. 116 117 : ouverture dans 3 régions d'un numéro de téléphone unique pour trouver un médecin de garde [Internet]. [cité 26 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A11579>
68. Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C. Les conditions de vie des enfants construisent la santé et ses inégalités sociales à l'horizon de plusieurs décennies. Arch Pédiatrie. août 2017;24(8):699-702.

Annexes

Annexe 1 : Classification Clinique des Maladies des Urgences (CCMU)

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.

Connaissance des usagers des Urgences Pédiatriques concernant les Maisons Médicales de Garde (MMG) à Toulouse

Nom de l'enfant :

Date de naissance : .../.../.....

1-Lien de parenté avec l'enfant :

père mère fraternité grands-parents autre :

Age Mère :

Profession de la mère :

Age Père :

Profession du père :

2-Connaissez-vous l'existence des Maisons Médicales de Garde (MMG) ? Oui Non

-Si non, allez directement à la question n°8

-Si oui, combien y en a-t-il sur la ville de Toulouse ? 1 2 3 4 ne sait pas

-Si oui, savez-vous où sont-elles situées ? Oui Non

Si vous savez où elles sont situées, pouvez-vous préciser dans quel quartier :

.....
.....

3-De votre point de vue, dans une MMG sur Toulouse, le médecin présent est :

un médecin généraliste un pédiatre les deux sont présents Ne sait pas

4-Connaissez-vous les jours et horaires d'ouverture de la ou des MMG à Toulouse ? Oui Non

-Si oui, parmi les propositions suivantes, cochez les réponses qui vous semblent vraies ?

la journée en semaine (8h-20h) la journée le weekend (9h – 20h) la soirée (20h – 00h)
 la nuit (20h – 8h) fermée(s) le dimanche et jours fériés

5-Avez-vous déjà accompagné un enfant dans une Maison Médicale de Garde ?

Oui Non

-Si non, pourquoi ?

6-Si vous êtes déjà allés consulter dans une Maison Médicale de Garde sur Toulouse, quel en a été votre degré de satisfaction ? (0=Pas satisfait du tout et 10= Extrêmement satisfait)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



7-Quelle(s) est (sont) le ou les raisons de votre venue aux Urgences pédiatriques plutôt qu'à la Maison Médicale de Garde ? (cocher toutes les propositions qui vous conviennent)

- Je n'irais jamais dans une Maison Médicale de Garde
- Un médecin nous a adressé aux Urgences Pédiatriques
- C'est le SAMU (15) qui nous a adressé aux Urgences
- La Maison Médicale de Garde est fermée
- Je suis adressé par le médecin de la Maison Médicale de Garde
- J'ai déjà eu recours à la Maison Médicale de garde, je ne souhaite pas y retourner
- Les Urgences Pédiatriques sont plus faciles d'accès depuis mon domicile
- L'état de santé de l'enfant m'inquiétait
- Je ne peux pas faire l'avance des frais d'une consultation
- Je ne veux pas faire l'avance des frais d'une consultation

8-Une Maison Médicale de Garde : C'est un lieu ouvert au public. Des médecins consultent sans rendez-vous.

Si vous aviez eu connaissance des Maisons Médicales de Garde, y seriez-vous allés aujourd'hui ? Oui Non

-Si non, pour quelle(s) raison(s) ? (Cocher toutes les réponses qui vous conviennent)

- L'accessibilité des Urgences H24 7j/7
- La présence de pédiatres aux Urgences
- La possibilité de réalisation d'examens ou d'avis spécialisés
- L'absence d'avance des frais
- Je vais toujours aux Urgences pour mon ou mes enfants
- J'estime que l'état de santé de mon enfant justifie un avis aux Urgences
- J'ai déjà consulté un médecin généraliste ou mon pédiatre dans la semaine qui m'a conseillé d'aller aux Urgences si le problème persistait

9-Pour une consultation en semaine et en journée, au bout de combien d'heures d'attente aux Urgences allez-vous envisager d'aller consulter chez votre médecin ou pédiatre habituel ?

- 1 à 2h 2-3h 3-4h > 4h

Evaluation des connaissances des usagers des Urgences Pédiatriques concernant les Maisons Médicales de Garde à Toulouse
Version n°1 du 12 /02/2017

Formulaire d'information et de consentement pour la famille, les parents ou tuteur, la personne de confiance

Madame, Monsieur,

➤ L'affluence aux Urgences Pédiatriques est de plus en plus importante. L'attente y est de plus en plus longue en particulier les week-ends et en soirée. Ces conditions ne sont pas favorables à une bonne prise en charge des enfants.

➤ A travers ce questionnaire, nous allons évaluer vos connaissances concernant les Maisons Médicales de Garde à Toulouse. Nous souhaitons mieux comprendre ce qui vous a amené à consulter aux Urgences Pédiatriques.

➤ Dans le cadre de cette étude, la seule action est de remplir un questionnaire. Certains renseignements médicaux tels que le motif de consultation seront recueillis à partir du dossier médical. La participation de votre enfant est facultative. Si vous refusez, cela ne modifiera en rien sa prise en charge au sein du service.

➤ En remplissant ce questionnaire, vous nous permettez de mieux connaître ce que vous savez des Maisons Médicales de Garde. Grâce à ces informations recueillies, nous pourrions améliorer l'offre de soins pour permettre une meilleure prise en charge de votre enfant.

➤ Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le CHU de Toulouse vous propose de participer, un traitement de ses données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui a été présenté. Ces données seront identifiées par un numéro de code. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères, à d'autres entités du CHU de Toulouse. Conformément aux dispositions de loi relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous et votre enfant disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous et votre enfant disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisés dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous et votre enfant pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble des données médicales de votre enfant en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui suit votre enfant dans le cadre de la recherche et qui connaît son identité.

Cette étude a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 09/02/2017.

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous témoignez et restons à votre disposition au 05 61 77 22 33 pour tout renseignement complémentaire concernant cette étude.

- Dr Isabelle CLAUDET

Je soussigné(e) M./M^{me} (Nom, Prénom)
Lien de parenté avec le patient : déclare avoir été bien informé(e) sur l'étude « Evaluation des connaissances des usagers des Urgences Pédiatriques concernant

les Maisons Médicales de Garde à Toulouse ». J'accepte de participer à cette étude dans les conditions précisées ci-dessus.

- Fait à Toulouse, en deux exemplaires dont un est remis à l'intéressé(e).

Nom et prénom du médecin

Nom et prénom du parent/personne de confiance/tuteur

.....

.....

Date :/...../20.....

Date :/...../20.....

Signature du médecin

Signature du patient

AUTEUR : **FOUCAULT Camille**

DIRECTEUR DE THÈSE : **Docteur Isabelle CLAUDET**

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : **A Toulouse, le 13 Octobre 2017**

Evaluation des connaissances des usagers des Urgences pédiatriques du CHU de Toulouse sur les maisons médicales de garde

Les maisons médicales de garde (MMG) sont un dispositif récent dans la permanence de soin ambulatoire. Les services d'urgences pédiatriques voient leur nombre de passage quotidien augmenter avec des pics d'affluence les soirs et week-end. Nous nous sommes intéressés à la connaissance des usagers des Urgences pédiatriques du CHU de Toulouse sur l'existence des MMG. Entre février et juillet 2017, un questionnaire a été distribué à l'accueil des Urgences, pendant les horaires d'ouverture des MMG aux patients venant pour un motif médical. Au total, 186 questionnaires furent analysés. Les usagers semblent peu connaître les MMG. L'inquiétude parentale et la possibilité de réaliser des examens complémentaires sont les principales raisons de leur venue aux Urgences.

Evaluation of the knowledge of Medical Guard Houses that users of the Paediatric Emergency Department of the Toulouse Hospital had

Medical Guard Houses (MGH) are a recent system of organisation in on-duty healthcare services. Emergencies increase, especially for children during evenings and weekends. We focused on the knowledge of MGH that users of the Paediatric Emergency Department of the Toulouse Hospital had. Between February and July 2017, a questionnaire was handed to patients of paediatric emergency services coming for medical reasons during the opening hours of MGH. Overall, 186 questionnaires were analysed. Users seem to know little about MGH. Parental concern and the possibility to make additional medical tests seem to be the main reasons why they come to Paediatric Emergency departments.

Mots-Clés : maison médicale de garde, urgences pédiatriques,

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France