



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Les patients de la maison médicale de garde et ceux des urgences
pédiatriques : deux populations différentes ?**

**Une étude prospective et comparative des patients en maison médicale de garde et
aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois à Maubeuge**

Présentée et soutenue publiquement le 07 décembre 2016 à 18h00
au Pôle Formation

Par Kossivi DJAGBAVI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Luc DAUCHET

Monsieur le Docteur Philippe HANNEQUART

Monsieur le Docteur Magloire GNANSOUNOU

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Magloire GNANSOUNOU

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

Liste des abréviations

ACS : aide à la complémentaire santé

AME : aide médicale d'état

CHSA : centre hospitalier de Sambre-Avesnois

CMU : couverture maladie universelle

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

CNOM : conseil national de l'ordre des médecins

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

MMG : maison médicale de garde

PCS : professions et catégories socioprofessionnelles

PDSA : permanence des soins ambulatoires

SAMU : service d'aide médicale urgente

SAU : service d'accueil des urgences

UAUP : unité d'accueil des urgences pédiatriques

UP : urgences pédiatriques

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Contexte général	2
II. Contexte spécifique	4
A. Démographie médicale et données sociodémographiques et économiques de la population en Sambre-Avesnois	4
B. Les urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois	5
C. La maison médicale de garde du Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois	5
D. Orientation des patients à leur arrivée au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Sambre-Avesnois	6
E. Objectif de l'étude	6
Matériels et méthodes	7
I. Conception de l'étude	7
II. Population étudiée	9
III. Déroulement et Durée de l'étude	9
IV. Analyse statistique	10
V. Aspect légal et éthique	10
Résultats	12
I. Nombre de sujets inclus	12
II. Analyse des caractéristiques sociodémographiques et économiques	12
A. Age des patients	12
B. Sexe des patients	13
C. Age des parents	13
D. Lieu de vie des patients	14
E. Professions et catégories socioprofessionnelles des parents	14
F. Nombre d'enfants à charge des parents	15
G. Protection sociale	15
1. Groupe MMG	15
2. Groupe UP	16
3. Analyse comparative en fonction de la protection sociale	17
III. Analyse du parcours de soins	18
A. Motifs de consultation	18
B. Durée des symptômes	19
C. Médecin traitant déclaré	19
D. Parcours pré-hospitalier	20
E. Durée de passage	21
F. Devenir du patient	21
G. Site de consultation le plus adapté à postériori	22
Discussion	23
I. Méthode de recherche	23
A. Limite de l'enquête	23
B. Forces de l'enquête	23

II. Discussion des principaux résultats.....	24
A. Les caractéristiques sociodémographiques et économiques	24
B. Parcours de soins.....	26
Conclusion et Perspective.....	29
Références bibliographiques	30
Annexe	33
Questionnaire anonyme	33

RESUME

Contexte : Dans le cadre de la permanence des soins, les maisons médicales de garde (MMG) sont une offre de soins complémentaire des unités d'accueil des urgences pédiatriques (UP). Leur impact réel sur l'activité des urgences reste controversé. L'objectif de notre enquête a été de comparer, en fonction de leur parcours de soins et de leurs caractéristiques sociodémographiques et économiques, les patients des urgences pédiatriques et ceux de la maison médicale de garde.

Méthode : Notre étude s'est déroulée au centre hospitalier de Sambre-Avesnois, à Maubeuge, du 23 mars 2016 au 18 mai 2016. Les patients de moins de 15 ans et 3 mois ayant recours à la MMG ou aux UP, pour un motif médical, ont été inclus. Les variables qualitatives et quantitatives décrivant le parcours de soins et les caractéristiques sociodémographiques et économiques des patients, ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme.

Résultats : 204 patients dont 69 en MMG (groupe MMG) et 135 aux UP (groupe UP), ont été inclus dans notre enquête. Le taux de réponse a été de 80%. Le taux de recours des nouveau-nés a été deux fois plus élevé aux urgences pédiatriques qu'en maison médicale de garde (3% versus 1,5%). Il n'y a pas de différence entre les deux groupes du point de vue des professions et catégories socioprofessionnelles et de la protection sociale. Dans leur parcours pré-hospitalier, les patients des UP ont eu recours à leur médecin traitant plus fréquemment que les patients de la MMG (20,3% versus 9% ; $p < 0,05$). Les patients de la MMG ont eu, plus souvent que les patients des UP, un contact avec la plateforme téléphonique de la permanence des soins ambulatoires (15,9% versus 5,26% ; $p < 0,05$).

Conclusion : Les patients des UP et ceux de la MMG ne se différencient pas les uns des autres, par leurs caractéristiques sociodémographiques ou économiques. Ils se distinguent en revanche par leur parcours de soins.

INTRODUCTION

I. Contexte général

Le nombre de passages aux urgences ne cesse d'augmenter en France (1). Le taux de recours le plus élevé concerne les enfants notamment les nourrissons (2).

De l'année 2002 à l'année 2007, le nombre de passages spécifiques aux unités d'accueil des urgences pédiatriques (UAUP) a augmenté de 13% (3). Les causes de cet accroissement des passages aux urgences pédiatriques (UP) seraient (4,5):

- un niveau socio-économique bas des populations ;
- une difficile accessibilité aux soins ambulatoires ;
- le délitement de la permanence libérale la nuit et le week-end ;
- la gratuité et le caractère illimité de l'accès aux UAUP ;
- la qualité présumée de la prise en charge aux UP ;
- l'anxiété des familles voire des médecins libéraux consultés.

Afin de pallier cette situation, une offre alternative de soins non programmés est mise en place, sous la forme de maisons médicales de garde (MMG). Jusqu'en 2001, les MMG faisaient partie d'un dispositif expérimental dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Les MMG constituent désormais une modalité incontournable de la PDSA. La permanence des soins ambulatoires est mentionnée dans les textes réglementaires aux articles L6314-1 et R6315-1 du code

de la santé publique. Les médecins généralistes en sont les principaux acteurs (6). Parallèlement à l'augmentation de la fréquentation des unités d'accueil des urgences pédiatriques, le nombre de MMG n'a cessé de croître en France depuis 2003. Le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) en dénombrait, en France, au 1^{er} janvier 2015, 414 contre 367 en 2012 (7).

Actuellement, le renforcement de cette dynamique d'augmentation du nombre des maisons médicales de garde, est au cœur des politiques régionales françaises de santé. Cependant, des études européennes montrent que les MMG n'ont pas un réel impact sur l'accroissement et le coût du recours dit non-urgent, aux services d'accueil des urgences (SAU) (8). Certaines enquêtes, en effet, révèlent que les patients n'ont pas recours en priorité aux maisons médicales de garde, dans leur parcours de soins pendant les horaires de PDSA. D'autres études, en revanche, montrent que l'ouverture d'une MMG dans un bassin de vie, fait baisser la fréquentation des urgences pédiatriques du centre hospitalier correspondant (9–11).

Le choix des patients de consulter en MMG plutôt qu'aux urgences, dépendrait, en partie, de leur milieu de vie, leur âge et leur niveau de vie (12). En France, aucune étude n'a encore comparé les patients qui ont recours aux maisons médicales de garde à ceux qui ont recours aux urgences pédiatriques. Une telle étude permettrait de révéler les différences sociodémographiques et économiques éventuelles entre ces deux groupes de patients.

II. Contexte spécifique

A. Démographie médicale et données sociodémographiques et économiques de la population en Sambre-Avesnois

La zone géographique appelée « le pays de Sambre-avesnois », a une superficie de 1408 km². Il s'articule autour de Maubeuge qui en est le plus grand pôle urbain. Il compte 151 communes (13).

La densité médicale en Sambre-Avesnois, en 2014, était de 85 médecins généralistes pour 100 000 habitants, contre 107 sur le plan national. Il s'agit de médecins généralistes ayant une activité libérale et salariée ou une activité libérale exclusive (14).

La zone d'emplois Sambre-Avesnois définie par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), comptait en 2015, près de 232 680 habitants. Au sein de cette population, les ouvriers et les employés constituent les deux classes sociales les plus représentées. Le revenu médian des ménages en Sambre-Avesnois, est inférieur de 10% à celui des ménages de l'aire métropolitaine de Lille. Le taux moyen de chômage y est l'un des plus élevés du Nord-Pas-de-Calais : il est de 15,5% contre 7% en France métropolitaine. Le taux moyen de couverture maladie universelle (CMU) Complémentaire, y est également l'un des plus élevés de la région : 13% contre 11,52% pour la région Nord-Pas-de-Calais et 7,44% pour la France métropolitaine (14,15).

B. Les urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois

Le service des urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois (CHSA) fait partie du service d'accueil des urgences. Il a enregistré 15 000 passages en 2015. Il dispose de deux salles d'examen. La prise en charge médicale est assurée par un interne de médecine générale toujours supervisé par un pédiatre. Le médecin est assisté d'un(e) infirmier(ère) et d'un(e) auxiliaire de puériculture. Les urgences pédiatriques du CHSA accueillent les nouveau-nés, les nourrissons, les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans et 3 mois. Les patients ayant une affection chronique, sont suivis jusqu'à l'âge de 18 ans. A leur arrivée, patients se présentent au point d'accueil administratif commun aux urgences adultes et aux urgences pédiatriques (16).

C. La maison médicale de garde du Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois

La maison médicale de garde du CHSA est située au sein de l'hôpital, à proximité du service d'accueil des urgences. Elle a ouvert ses portes le 15 Janvier 2007. Elle fonctionne tous les soirs de 20 heures à minuit. En outre, elle accueille les patients, les samedis de 16 heures à 18 heures et les dimanches et jours fériés, de 10 heures à 12 heures et de 16 heures à 18 heures. Elle dispose d'un secrétariat où l'enregistrement administratif des patients s'effectue. Les patients sont ensuite examinés par le médecin généraliste de garde. Le nombre de passages en MMG du CHSA est en constante augmentation. Pour les enfants de 0 à 16 ans, ce nombre est passé de 2050 passages en 2012 à 2629 passages en 2014, soit une augmentation de 25% en 2 ans.

D. Orientation des patients à leur arrivée au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Sambre-Avesnois

Au service d'accueil des urgences du CHSA, l'accueil des patients est fait par un agent administratif. Il n'y a donc pas d'infirmier(ère) de tri ou de médecin qui oriente les patients. Ceux qui ont connaissance de l'existence de la MMG, se dirigent directement au secrétariat de la MMG pour y être pris en charge, lorsqu'ils le souhaitent. Une information peut être donnée par l'agent administratif d'accueil, aux patients qui ignorent l'existence de la MMG afin qu'ils puissent choisir librement, leur site de prise en charge, entre la MMG et les urgences. Les patients adressés par leur médecin traitant, ou amenés au SAU par le service d'aide médicale urgente (SAMU) ou les sapeurs pompiers, sont systématiquement pris en charge aux urgences.

E. Objectif de l'étude

Notre étude a pour objectif de comparer, dans leurs parcours de soins et leurs caractéristiques sociodémographiques et économiques, les patients qui ont recours au médecin généraliste en maison médicale de garde à ceux qui ont recours aux urgences pédiatriques, au Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois à Maubeuge.

MATERIELS ET METHODES

I. Conception de l'étude

Notre étude est une enquête prospective et comparative. Afin d'atteindre l'objectif de notre étude, nous avons défini deux groupes à comparer :

- le groupe UP constitué de tous les patients ayant eu recours aux urgences pédiatriques, pendant la durée de l'enquête, durant les heures d'ouverture de la maison médicale de garde et ayant accepté de répondre à un questionnaire anonyme ;
- le groupe MMG constitué des patients cibles ayant eu recours, dans le même temps, au médecin généraliste en maison médicale de garde.

Au sein de ces deux populations, nous avons, à l'aide d'un questionnaire anonyme (voir annexe), répertorié les variables décrivant le parcours de soins et les caractéristiques sociodémographiques et économiques.

Nous avons désigné, par caractéristiques sociodémographiques et économiques : l'âge de l'enfant, son sexe, les professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) des parents, le nombre d'enfants à charge des parents, et la protection sociale (assurance maladie obligatoire et complémentaire) du patient ou de ses parents. Le parcours de soins est défini par le motif de consultation, la

démarche entreprise avant de se présenter au SAU ou en MMG, la durée de passage aux UP ou en MMG et le devenir du patient.

Concernant l'âge des patients, après avoir déterminé l'âge moyen dans chaque groupe, nous avons défini quatre sous-groupes à comparer : les nouveau-nés (âge : 0 à 28 jours), les nourrissons (âge : 1 mois à 24 mois), les jeunes et grands enfants (âge : 2 ans et 1 jour à 10 ans) et les adolescents (âge : 11 ans à 15 ans et 3 mois).

Pour les professions et catégories socioprofessionnelles, nous avons comparé les groupes MMG et UP selon les 8 groupes socioprofessionnels définis par l'INSEE :

- le groupe numéro 1 regroupant les agriculteurs exploitants ;
- le groupe numéro 2 regroupant les artisans, commerçants et chefs d'entreprise ;
- le groupe numéro 3 composés de cadres et professions intellectuelles supérieures ;
- le groupe numéro 4 représenté par les professions intermédiaires ;
- le groupe numéro 5 composé d'employés ;
- le groupe numéro 6 représenté par les ouvriers ;
- le groupe numéro 7 qui est celui des retraités ;
- le groupe numéro 8 regroupant les autres personnes sans activité professionnelle.

Pour étudier dans le détail, le parcours de soins des patients, nous avons recueilli pour chaque patient, le délai entre le début des symptômes et l'arrivée en MMG ou aux UP, et les démarches entreprises avant de se présenter au SAU telles

que la consultation du médecin traitant, le contact téléphonique avec le service d'aide médicale urgente (SAMU), la maison médicale de garde, ou les pompiers.

II. Population étudiée

Nous avons restreint notre étude à tous les patients ayant au plus 15 ans et 3 mois, se présentant pour un motif médical, par leur propre moyen, accompagnés d'une personne majeure, aux services d'accueil des urgences du CHSA à Maubeuge, aux heures d'ouverture de la maison médicale de garde. Ont été exclus de notre étude, les patients adressés au SAU par leur médecin traitant, ou amenés aux urgences pédiatriques par le SAMU ou les sapeurs pompiers, ou encore se présentant aux urgences pédiatriques pour un motif traumatologique ou psychiatrique.

III. Déroulement et Durée de l'étude

Notre enquête a duré 8 semaines, du 23 mars 2016 au 18 mai 2016. Le questionnaire anonyme utilisé pour recueillir les variables à étudier, est proposé aux accompagnants des patients, soit à l'accueil administratif des urgences du CHSA, soit au secrétariat de la maison médicale de garde. Le questionnaire comporte une première partie réservée à l'administration et à l'équipe paramédicale, une deuxième partie destinée aux patients et leurs accompagnants et une dernière partie réservée au médecin de la maison médicale de garde et des urgences pédiatriques.

IV. Analyse statistique

Les données recueillies ont été saisies à l'aide d'un logiciel Excel 2007. Nous avons comparé, par des tests statistiques appropriés, les deux groupes : MMG et UP. La comparaison a porté sur les éléments du parcours de soins et les principales caractéristiques sociodémographiques et économiques retenues : l'âge, le délai entre l'apparition des symptômes et la consultation aux UP ou en MMG, le lieu de vie du patient, l'existence d'un médecin traitant déclaré, les professions et catégories socioprofessionnelles des parents, la couverture maladie.

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs (n) et les pourcentages (%). Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne. Pour chaque pourcentage, un intervalle de confiance à 95% (IC 95%) est déterminé et pour chaque moyenne, un intervalle de confiance à 95% et un écart-type (δ) sont donnés. La comparaison des variables qualitatives entre les deux groupes, est faite par un test du Khi2 lorsque les effectifs étaient supérieurs ou égaux à 5. Cette comparaison a été faite par un test de Fischer lorsque les effectifs sont inférieurs à 5. La comparaison des variables quantitatives a été effectuée à l'aide d'un test de Student. Le seuil de significativité statistique « p » retenu, devait être inférieur à 0,05.

V. Aspect légal et éthique

Il s'agit d'une étude épidémiologique d'observation sans bénéfice individuel direct. Les parents ou tuteurs des patients ont été informés par une fiche descriptive, de l'objectif de notre étude et du caractère anonyme du recueil et du traitement de nos données. Un consentement oral des parents ou tuteurs, est recueilli avant la réponse au questionnaire anonyme. Une autorisation de la commission nationale de

l'informatique et des libertés (CNIL) octroyée au CHSA, nous a permis de recueillir et de traiter nos données informatiquement dans un cadre légal.

RESULTATS

I. Nombre de sujets inclus

250 questionnaires anonymes ont été distribués. 204 patients ont répondu aux questionnaires. Le taux de réponse a été donc de 81,6%. Parmi ces patients, 135 ont eu recours aux urgences pédiatriques et 69 ont consulté le médecin généraliste en maison médicale de garde.

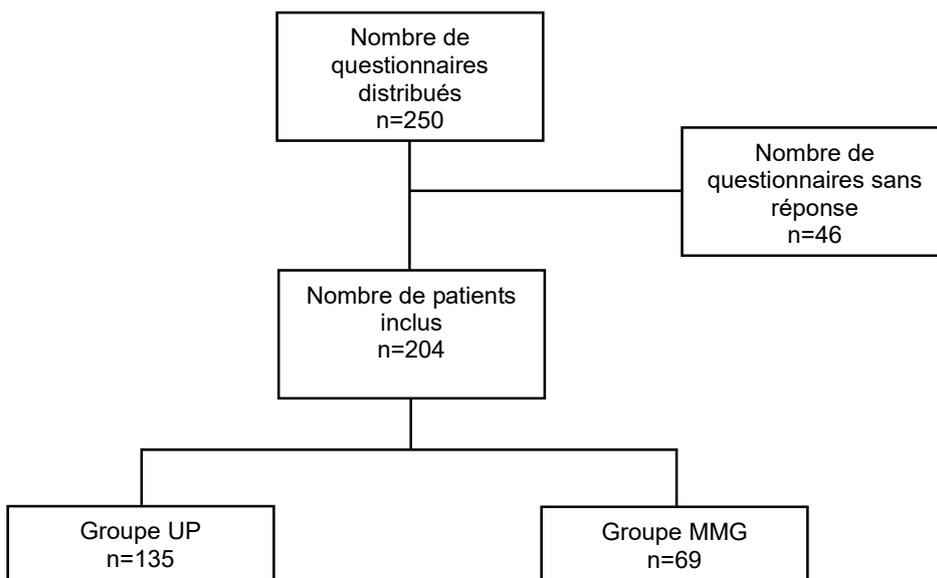


Figure 1 : Diagramme de flux

II. Analyse des caractéristiques sociodémographiques et économiques

A. Age des patients

L'âge moyen des patients du groupe MMG est de 4,5 ans ($n=68/69$; $\delta=3,8$ ans; IC 95% [3,6 ; 5,4]) contre 4,9 ans ($n=135$; $\delta=4,26$ ans; IC 95% [4,2 ; 5,6]) dans le

groupe UP. La comparaison des deux groupes en fonction de l'âge est résumée dans le tableau 1.

Tableau1 : Analyse comparative des groupes MMG et UP en fonction de l'âge

Variables selon l'âge	MMG N=69			UP N=135			p
	Moyenne (Ecart-type)			Moyenne (Ecart-type)			
Age moyen (années)	4,5 (3,8)			4,9 (4,26)			0,36
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Nouveau-nés	1	1,5	[0 ; 3,4]	4	3	[0,1 ; 6]	0,66
Nourrissons	25	36,8	[25,5 ; 48,5]	40	29,6	[22,3 ; 37,7]	0,3
Jeunes et grands enfants	32	47	[35,1 ; 58,8]	64	47,4	[38,6 ; 55,4]	0,96
Adolescents	10	14,7	[6,5 ; 23,5]	27	20	[13,2 ; 26,7]	0,35

B. Sexe des patients

Dans le groupe MMG, on compte 36 garçons pour 31 filles (n=67/69 ; 54% de garçons et 46% de filles). Au sein du groupe UP, il y a 71 garçons pour 64 filles, soit 53% de garçons et 47% de filles.

C. Age des parents

L'âge moyen des parents est de 34 ans (n=67/69 ; δ =6,63 ans ; IC 95% [32,4 ; 35,6]) pour le groupe MMG. Il est de 34,5 ans (n=134/135 ; δ =8,92 ans ; IC 95% [33 ; 36]) pour les parents ayant amené leurs enfants aux urgences pédiatriques.

D. Lieu de vie des patients

67,4% (n=91/135) des patients ayant consulté aux urgences pédiatriques vivaient chez leurs deux parents. 43 (31,9%) patients des UP vivaient avec leur mère seule et 1 (0,7%) patient des UP habitait chez un autre membre de sa famille.

Au sein du groupe MMG : 74,6% (n=50/67) des patients vivaient chez leurs deux parents ; 15 (22,4%) patients vivaient chez leur mère seule ; 1(1,5%) patient habitait chez son père seul et 1 (1,5%) patient vivait chez un autre membre de sa famille.

En définitive, 31,9% des patients des urgences pédiatriques vivaient dans une famille monoparentale contre 23,9% (n=16/67) des patients de la maison médicale de garde ($p = 0,21$).

E. Professions et catégories socioprofessionnelles des parents

Les employés constituent la profession la plus représentée des deux groupes MMG et UP. En effet, ils représentent respectivement 44% (n=29/66 ; IC 95% [32% ; 56%]) des professions pour le groupe MMG et 35,6% (n=47/132 ; IC 95% [27,4% ; 43,7%]) pour le groupe UP.

L'analyse comparative des groupes MMG et UP en fonction des professions et catégories socioprofessionnelles des parents, est résumée dans le tableau 2.

Tableau 2 : Comparaison des groupes MMG et UP selon les professions et catégories socioprofessionnelles

Professions et Catégories socioprofessionnelles	MMG N=66			UP N=132			p
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Agriculteurs exploitants	3	4,6	[0 ; 9,6]	1	0,8	[0 ; 2,3]	0,1
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	3	4,6	[0 ; 9,6]	4	3	[0 ; 5,9]	0,68
Cadres et professions intellectuelles supérieures	8	12,1	[4,2 ; 19,9]	13	9,8	[4,7 ; 14,9]	0,62
Professions intermédiaires	2	3	[0 ; 7,1]	5	3,8	[0,5 ; 7]	-
Employés	29	44	[32 ; 56]	47	35,6	[27,4 ; 43,7]	0,25
Ouvriers	9	13,6	[5,3 ; 21,8]	28	21,2	[14,2 ; 28,1]	0,19
Retraités	0	0	-	1	0,8	[0 ; 2,3]	-
Autres personnes sans activité professionnelle	12	18,1	[8,8 ; 27,3]	33	25	[17,6 ; 32,3]	0,28

F. Nombre d'enfants à charge des parents

Les parents ont, en moyenne, deux enfants en charge dans les deux groupes MMG et UP : 2 (n=67/69 ; $\delta=1,28$; IC 95% [1,69 ; 2,3]) pour le groupe MMG et 2 (n=135 ; $\delta=1,25$; IC 95% [1,79 ; 2,21]) pour le groupe UP.

G. Protection sociale

1. Groupe MMG

Dans le groupe MMG, l'assurance maladie obligatoire et complémentaire sont connues pour 67 patients sur les 69.

Pour la couverture maladie obligatoire, 59,7% (n=40 ; IC 95% [47,9% ; 71,5%]) des patients étaient au régime général de la sécurité sociale, 32,8% (n=22 ; IC 95% [21,6% ; 44%]) des patients bénéficiaient de la couverture maladie universelle (CMU) obligatoire, trois (4,5% ; IC 95% [0% ; 9,5%]) patients étaient affiliés à un organisme spécial d'assurance maladie et 2 (3% ; IC 95% [0% ; 7%]) patients étaient couverts par l'aide médicale d'état (AME).

Deux (3% ; IC 95% [0% ; 7%]) patients n'avaient aucune couverture maladie complémentaire, 4 (6% ; IC 95% [0,3% ; 11,7%]) patients bénéficiaient de l'aide à la complémentaire santé (ACS), 32,8% (n=22 ; IC 95% [21,6% ; 44%]) des patients avaient la CMU complémentaire et 58,2% (n=39 ; IC 95% [46,4% ; 70%]) des patients avaient une assurance maladie complémentaire privée.

2. Groupe UP

Pour la couverture maladie obligatoire, les données sont manquantes pour deux patients (N=133). Un patient (0,7% ; IC 95% [0% ; 2,1%]) n'avait pas de assurance maladie obligatoire. Un autre patient bénéficiait de l'AME. 6% (n=8 ; IC 95% [2% ; 10%]) des patients étaient affiliés à un organisme spécial d'assurance maladie. Le taux de CMU était de 36% (n=48 ; IC 95% [27,8% ; 44,1%]). Enfin, 56,3% (n=75 ; IC 95% [47,9% ; 64,7%]) des patients étaient affiliés au régime général de la sécurité sociale.

La couverture maladie complémentaire était connue pour 130 patients sur les 135 de l'échantillon UP. Parmi, ces patients, soixante-seize (58,5% ; IC 95% [50% ; 67%]) avaient une assurance complémentaire privée, quarante-huit (37% ; IC 95% [28,7% ; 45,3%]) bénéficiaient de la CMU complémentaire, 3% (n=4 ; IC 95% [0% ;

5,9%]) avaient l'ACS et deux (1,5% ; IC 95% [0% ; 3,5%]) n'avaient aucune assurance complémentaire santé.

3. Analyse comparative en fonction de la protection sociale

Les analyses comparatives des groupes MMG et UP en fonction de la couverture maladie obligatoire et complémentaire, sont illustrées par les figures 2 et 3.

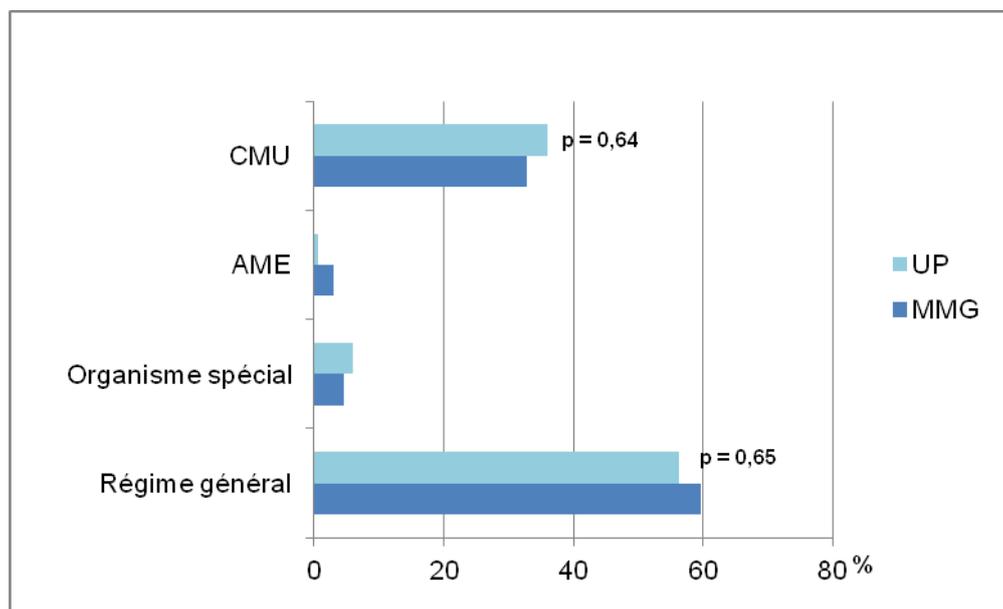


Figure 2 : Comparaison des groupes MMG et UP en fonction de l'assurance maladie obligatoire

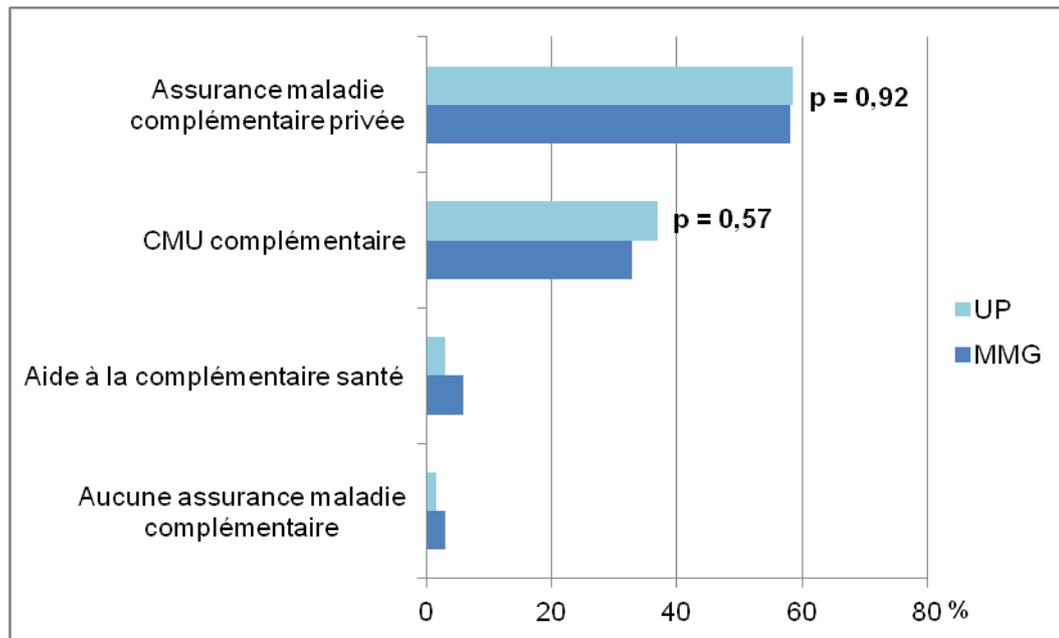


Figure 3 : Comparaison des groupes MMG et UP en fonction de l'assurance maladie complémentaire

III. Analyse du parcours de soins

A. Motifs de consultation

La fièvre était le motif de recours le plus fréquent dans les deux groupes. Elle a été évoquée dans 43% (n=28/65) des cas, par les patients de la maison médicale de garde et dans 36,7% (n=47/128) des cas, par les patients des urgences pédiatriques (figure 4).

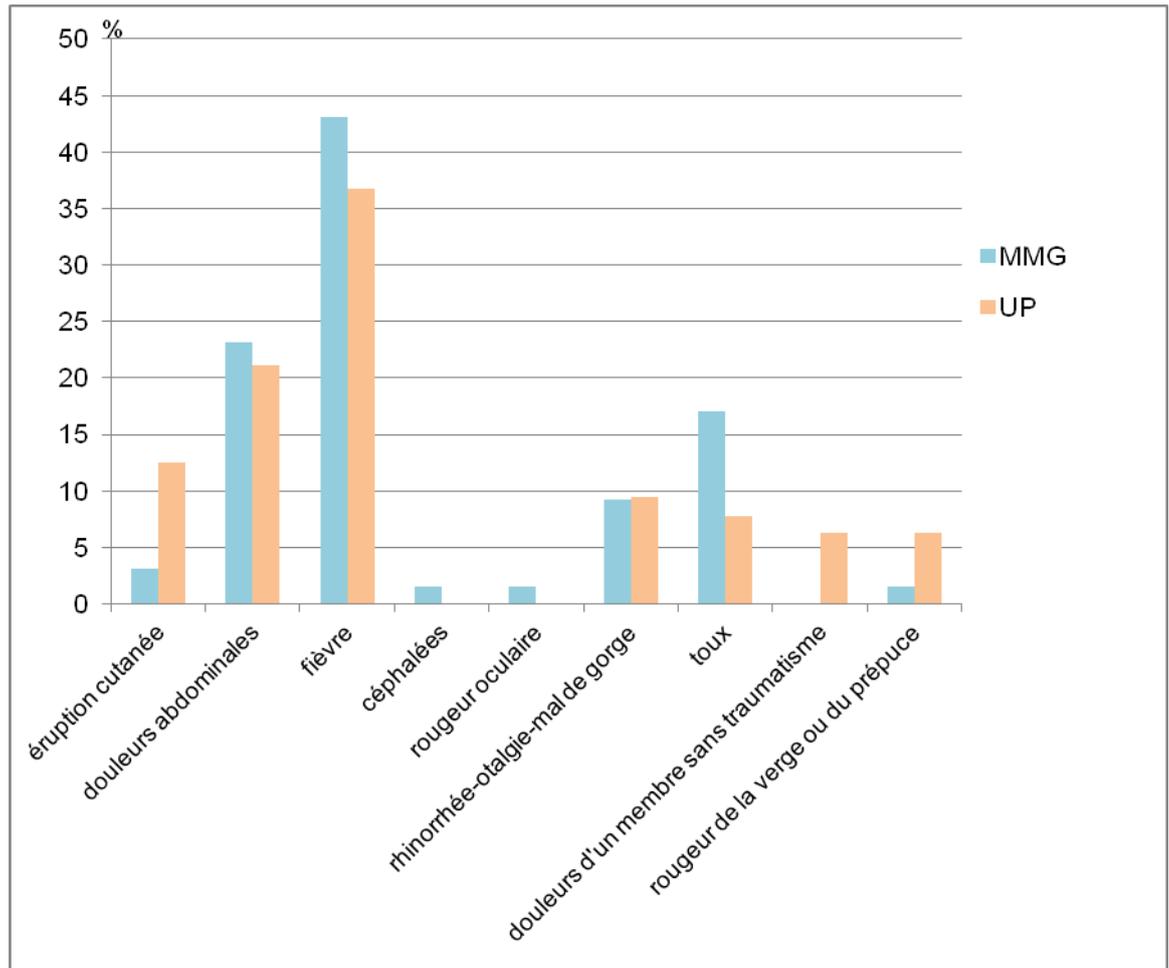


Figure 4 : Motifs de consultation

B. Durée des symptômes

La durée moyenne des symptômes avant la consultation en maison médicale de garde a été de 2,03 jours ($n=66$; $\delta=3,2$; IC 95% [1,26 ; 2,8]). Pour les patients des urgences pédiatriques, cette durée moyenne a été de 3,7 jours ($n=131$; $\delta=13,3$; IC 95% [1,42 ; 5,98]). La valeur de p est de 0,17.

C. Médecin traitant déclaré

98,5% ($n=66/67$; IC 95% [95% ; 100%]) des parents des patients de la maison médicale de garde avaient un médecin traitant déclaré. Aux UP, 97,8% ($n=131/134$; IC 95% [95% ; 100%]) des parents avaient un médecin traitant déclaré.

D. Parcours pré-hospitalier

Avant de se présenter en maison médicale de garde ou à l'unité d'accueil des urgences pédiatriques du CHSA, les patients ont entrepris des démarches qui sont résumées dans le tableau 3. Durant leur parcours pré-hospitalier, les patients des deux groupes se distinguent par rapport au recours préalable à un médecin traitant ($p=0,04$) et au contact téléphonique avec la plateforme de la régulation de la permanence des soins ambulatoires ($p=0,01$).

Tableau3 : Analyse comparative des groupes MMG et UP par rapport aux parcours pré-hospitalier

Parcours de soins pré-hospitalier	MMG			UP			p
	n/N	%	IC 95%	n/N	%	IC 95%	
Consultation du médecin traitant	6/66	9	[2 ; 16]	27/133	20,3	[13 ; 27]	0,04
Contact téléphonique avec le 15 (SAMU –SMUR)	2/64	3,12	[0 ; 7]	5/132	3,8	[0 ; 7]	-
Contact téléphonique avec la plateforme de régulation de la PDSA	10/63	15,9	[7 ; 25]	7/133	5,26	[1 ; 9]	0,01
Contact téléphonique avec le 18 (Sapeurs pompiers)	1/64	1,5	[0 ; 4,6]	2/132	1,51	[0 ; 3,5]	-

En se présentant aux SAU du CHSA, 69,7 % ($n=46/66$; IC 95% [59% ; 81%]) des patients de la MMG savaient qu'ils avaient le choix entre les UP et la MMG. Quarante-huit ($n=88/132$; 66,7% ; IC 95% [58% ; 75%]) patients des urgences pédiatriques avaient connaissance de ce choix avant leur arrivée aux SAU.

E. Durée de passage

La durée moyenne de passage a été de 0,69 heure (n=32 ; $\delta=0,48$; IC 95% [0,52 ; 0,85]) en MMG et de 1,36 heure (n=120 ; $\delta=0,93$; IC 95% [1,19 ; 1,53]) aux UP, avec $p = 0,002$.

F. Devenir du patient

Pour le groupe MMG, 93,5% (n=58/62 ; IC 95% [87,4% ; 99,6%]) des patients sont retournés à leur domicile. Quatre patients (6,5% ; IC 95% [0,4% ; 12,6%]) ont été adressés aux UP.

Pour le groupe UP, 90,2% (n=119/132 ; IC 95% [85,1% ; 95,2%]) sont retournés à leur domicile. Douze patients (9% ; IC 95% [4,1% ; 13,9%]) ont été hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHSA et un patient (0,8%) a été transféré vers un autre centre hospitalier. Figure 5.

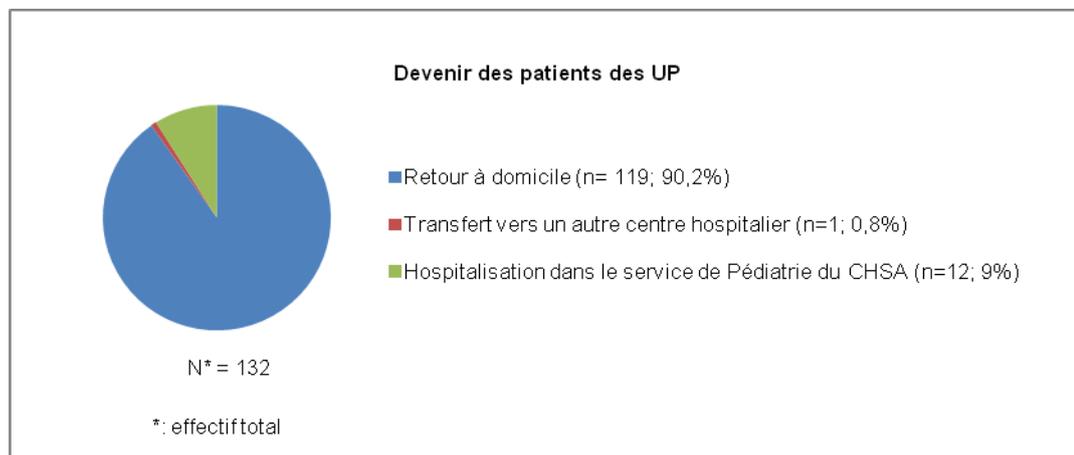


Figure 5 : Devenir des patients des Urgences pédiatriques

G. Site de consultation le plus adapté à postériori

Le site de consultation le plus adapté pour les patients qui ont eu recours à la maison médicale de garde, est la maison médicale de garde dans 93,5% des cas (n=58 /62 ; IC 95% [87,4% ; 99,6%]).

Les patients pris en charge aux urgences pédiatriques auraient pu bénéficier de soins ambulatoires en maison médicale de garde dans 76% des cas (n=100/132 ; IC 95% [68,7% ; 83,3%]).

DISCUSSION

I. Méthode de recherche

A. Limite de l'enquête

La limite de notre enquête est sa validité externe. En effet, il s'agit d'une étude mono-centrique réalisée dans un bassin de vie caractérisé par une situation sociodémographique et économique particulière. Cette spécificité peut limiter l'extrapolation de nos résultats à d'autres populations.

B. Forces de l'enquête

Plusieurs études en France, ont décrit les patients des urgences. D'autres enquêtes, plus rares, ont étudié les patients des maisons médicales de garde. Aucune enquête, en revanche, n'a étudié en miroir, ces deux catégories de patients. Notre étude en est la première en France. Les résultats de notre enquête pourraient être considérés comme les prémices d'autres études qui chercheraient à comprendre la persistance de l'augmentation du recours aux urgences pédiatriques malgré l'existence des maisons médicales de garde.

L'implication de tous les acteurs de la maison médicale de garde et du service d'accueil des urgences, a garanti le bon déroulement de l'enquête.

II. Discussion des principaux résultats

A. Les caractéristiques sociodémographiques et économiques

Concernant l'âge des patients, nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre nos deux échantillons UP et MMG. Néanmoins, le taux de recours aux urgences pédiatriques des nouveau-nés a été deux fois supérieur à celui des nouveau-nés en maison médicale de garde. En effet, plus les enfants sont jeunes, plus l'inquiétude parentale et celle des médecins libéraux consultés, sont grandes devant l'apparition d'un symptôme. En général, les nouveau-nés représentent 1 à 2,5% des admissions totales d'une unité d'urgences pédiatriques (17). Notre observation corrobore celle de Claudet et al. Dans leur étude sur la fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés, ils ont fait deux observations majeures. D'une part, ils ont constaté que les nouveau-nés ont été plus souvent adressés par un médecin généraliste ou un pédiatre. D'autre part, ils ont remarqué que les enfants âgés de moins de 15 jours, ont consulté plus souvent aux urgences pédiatriques par inquiétude parentale sans diagnostic reconnu (18).

Notre enquête a montré que les patients de la maison médicale de garde et ceux des urgences pédiatriques ne se distinguent pas les uns des autres, par leur lieu de vie. A ce propos, citons la revue systématique de la littérature américaine de Uscher-Pines et al. concernant les recours dit « non-urgents » aux SAU. Cette étude a montré qu'il n'y a aucun lien statistique entre le statut monoparental ou non des familles et le taux de recours aux SAU (19).

Du point de vue des professions et catégories socioprofessionnelles, les employés et les ouvriers ont été les professions les plus représentées au sein de

notre échantillon. Baubeau et Carrasco ont fait la même observation en étudiant en 2003, les motifs et trajectoires de recours des patients aux urgences (20). Nos deux échantillons UP et MMG sont similaires : il n'y a pas de surreprésentation de populations à bas revenu ou à haut revenu dans un groupe par rapport à l'autre. En effet, la demande de soins non programmés, qu'elle soit indifféremment aux urgences pédiatriques ou en maison médicale de garde, est plus forte au sein des populations avec un niveau d'éducation et de revenus modéré ou bas. Cette observation est conforme à celles de Leclerc et al. concernant les urgences pédiatriques en France, et de Drummond et al. portant sur les maisons médicales de garde au Royaume-Uni (4,21). Cependant, cette dernière étude étant réalisée dans un bassin de vie réputé pour le niveau socioéconomique particulièrement bas de sa population au Royaume-Uni, il y a pu y avoir un biais de sélection.

La protection sociale des patients au sein de nos deux échantillons est similaire. En l'occurrence, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les deux groupes, concernant la CMU complémentaire. Nos résultats semblent en contradiction avec l'enquête de Gentile et al. à propos de la réorientation vers une MMG, des patients dits « non urgents » se présentant au SAU. Cette enquête a révélé que les patients bénéficiaires de la CMU complémentaire sont beaucoup plus réticents que les autres à être réorientés vers une maison médicale de garde (60% contre 23,1% ; $p=0,002$) (22). Aussi, une étude américaine de Tang et al. montre-t-elle que les patients ayant des revenus bas et bénéficiant d'une assurance maladie fédérale avaient un taux de recours au SAU plus élevé que ceux qui avaient une assurance maladie privée (23). Toutefois, l'étude de Gentile et al. a été réalisée en 2004, quatre ans seulement après la mise en application de la loi du 27 juillet 1999 portant sur la CMU en France. A cette époque, la quasi-totalité des patients qui ont

recours aux médecins généralistes en MMG, devaient avancés les frais de consultation. Cette contrainte budgétaire était un frein important au recours en MMG lors de la PDS, pour les patients bénéficiaires de la CMU. En 2016, en France, que ce soit en maison médicale ou aux urgences pédiatriques, cette avance de frais de consultation n'est plus d'actualité. Les patients choisissent ainsi librement, sans contrainte budgétaire, le site de consultation dans leur parcours de soins, pendant la période de PDSA. Cet aspect positif des politiques publiques de santé pourrait expliquer, en partie, l'absence de différence entre nos deux échantillons, concernant la protection sociale des patients.

B. Parcours de soins

En maison médicale de garde comme aux urgences pédiatriques, plus de 9 parents sur 10 avaient un médecin traitant déclaré.

Dans leur parcours pré-hospitalier, les patients du groupe UP se distinguent de ceux du groupe MMG, selon deux critères : le recours au médecin traitant et le contact de la plateforme téléphonique de permanence de soins ambulatoires.

Les patients des urgences pédiatriques ont eu plus souvent recours à leur médecin traitant avant de se présenter au SAU. Certains d'entre eux seraient certainement adressés par le médecin traitant en quête d'un avis spécialisé. D'autres étaient amenés aux UP en accès direct par leurs parents qui souhaiteraient avoir l'avis d'un pédiatre et non d'un médecin généraliste. L'accès à un plateau technique capable de réaliser des examens complémentaires chez leurs enfants, pourrait être une autre motivation au recours aux urgences pédiatriques. Une enquête qualitative, réalisée par Berry et al., sur les motivations des parents à amener leurs enfants aux urgences pédiatriques pour des motifs dits « non urgents », révèlent que l'une des

motivations les plus fréquentes est l'orientation par le médecin traitant (24). Une revue systématique de la littérature concernant ces motivations a été faite par Costet Wong et al. Elle montre qu'une autre motivation souvent évoquée par les parents, est leur insatisfaction après une première consultation auprès de leur médecin traitant (25).

Les patients de la maison médicale de garde ont plus souvent appelé la plateforme téléphonique de la permanence de soins ambulatoires que les patients des urgences pédiatriques. Les parents des patients de la maison médicale de garde seraient donc mieux informés de l'existence de cette plateforme téléphonique. Une enquête de Stagnara et al. démontre que la mise en place d'une plateforme téléphonique spécifique à la pédiatrie, réduirait aux urgences pédiatriques, le nombre de consultations non programmées et considérées comme « non justifiées » (26). Aussi, la plateforme téléphonique de la PDSA orienterait-elle plus souvent vers les maisons médicales de garde qu'aux urgences pédiatriques. L'idonéité de l'orientation des patients par la plateforme téléphonique de la PDSA est toutefois reconnue par les différentes études se rapportant à ce sujet. En effet, la revue de la littérature de Huibers et al. montre que l'orientation faite par les plateformes téléphoniques des maisons médicales de garde est pertinente dans la majorité des cas (27). Un accent particulier pourrait donc être mis sur l'information des patients concernant l'existence et l'accessibilité de la plateforme téléphonique de la maison médicale de garde. Cette campagne d'information pourrait limiter les accès directs non justifiés aux urgences pédiatriques.

Les patients ont passé moins de temps en maison médicale de garde qu'aux urgences pédiatriques. Dans le cadre des soins non programmés, toutes les études concordent à montrer qu'un délai court de prise en charge est associé à une

satisfaction des patients. Cette différence du délai de prise en charge entre la maison médicale de garde et les urgences pédiatriques est due à un plus grand engorgement des urgences pédiatriques par rapport à la maison médicale de garde. L'enquête de Demonchy et al., a montré des résultats similaires aux nôtres à propos de la durée de passage des patients (28).

Près de 9 patients sur 10 sont retournés à leur domicile après avoir été pris en charge aux urgences pédiatriques ou en maison médicale de garde. A posteriori, les trois-quarts des patients pris en charge aux urgences pédiatriques auraient pu bénéficier de soins ambulatoires en maison médicale de garde. Le recours dit « non-urgent » aux urgences pédiatriques a été considérable pendant notre enquête. D'après Berry et al., le taux de recours dits « non-urgents » aux urgences pédiatriques varie entre 58% et 82% selon les études (24). Enfin, pendant notre enquête, le taux d'hospitalisation aux urgences pédiatriques est faible. Notre enquête s'est déroulée au printemps. Le pic de consultation hivernale aux UP, avec les affections graves des nourrissons, était donc passé avant le début de notre étude. Ce taux faible d'hospitalisation peut donc s'expliquer par la saison à laquelle s'est tenue notre enquête.

CONCLUSION ET PERSPECTIVE

La comparaison des patients de la maison médicale de garde à ceux des urgences pédiatriques nous a permis d'observer que :

- le système français de protection sociale avec la mise en place de la CMU a permis de lever le frein de la contrainte budgétaire au recours à la maison médicale de garde pendant les horaires de PDSA;
- les patients des UP et de la MMG se distinguent dans leur parcours de soins : on note un recours plus fréquent au médecin traitant avant de se présenter au SAU, pour les patients des UP et un contact plus fréquent avec la plateforme téléphonique de la permanence des soins ambulatoires, pour les patients de la MMG.

Sur la base de nos résultats, nous pouvons proposer de:

- renforcer l'information auprès des patients par rapport au contact avec la plateforme téléphonique de la permanence des soins ambulatoires. Il s'agirait d'un moyen simple pour désengorger les urgences pédiatriques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on? DREES Panor Etablissements Santé. 2013;11-28.
2. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences: la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DREES Etudes Résultats. juill 2014;(889):1-8.
3. Hue V, Dubos F, Pruvost I, Martinot A. Organisation et moyens de l'accueil des urgences pédiatriques : enquête nationale française en 2008. Arch Pédiatrie. févr 2011;18(2):14-8.
4. Leclerc F, Martinot A, Sadik A, Hue V, Dorkenoo A. L'inflation des urgences pédiatriques. Arch Pédiatrie. 1999;6, Supplement 2:S454-6.
5. Morin L, Smail A, Siriez J-Y, Angoulvant F, Titomanlio L, Ravuth E, et al. Fréquentation des urgences pédiatriques : jusqu'où ? J Eur Urgences. juin 2009;22:A92-3.
6. Descours C, Honoraire S. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. [en ligne]. Paris: Ministère de la solidarité de la santé et de la protection sociale; 2003. [consulté le 5 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.unof.org/IMG/doc-33.pdf>
7. Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins;2014. [en ligne]. [consulté le 31 mars 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds_cnom2014.pdf
8. Uden CJ, Ament AJ, Voss GB, Wesseling G, Winkens RA, Schayck OC, et al. Out-of-hours primary care. Implications of organisation on costs. BMC Fam Pract. 2006;7:29.
9. Duval C-M, Loire C, Montbrun A. Impact de l'ouverture de la maison médicale de Bellepierre sur le taux de fréquentation des urgences pédiatriques au CHD Felix-Guyon, Saint-Denis de la Réunion. J Eur Urgences. 2007;20(1):112.
10. Ondik B. Les maisons médicales de garde de l'agglomération dunkerquoise: bilan d'activité et impact sur l'activité des autres intervenants dans la permanence de soins [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2008.
11. Van Uden CJT, Crebolder H. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? Emerg Med J EMJ. nov 2004;21(6):722-3.

12. Jansen T, Zwaanswijk M, Hek K, de Bakker D. To what extent does sociodemographic composition of the neighbourhood explain regional differences in demand of primary out-of-hours care: a multilevel study. *BMC Fam Pract.* 2015;16:54.
13. Région Nord Pas de Calais. Le pays Sambre-Avesnois. Fiche Territoire; 2014. [en ligne]. [consulté le 28 sept 2016]. Disponible sur: https://www.nordpasdecalais.fr/upload/depotWeb/carto/PDF/pays_sambre_avesnois.pdf
14. ARS - Agences Régionales de Santé: Atlas de la santé 2015 [en ligne]. [consulté le 3 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ars.nord-pas-de-calais-picardie.sante.fr/Atlas-de-la-sante-2015.180715.0.html>
15. Les Schémas de Cohérence Territoriale (SCoT) de Sambre-Avesnois. [en ligne]. In: INSEE; 2013. [consulté le 31 mars 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/nord-pas-de-calais/themes/insee-dossier/ID15_07-SCoT%20de%20Sambre-Avesnois.pdf
16. SAU (Service d'Accueil des Urgences). [en ligne]. [consulté le 14 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ch-sambre-avesnois.fr/sau.html>
17. Ung S, Woolfenden S, Holdgate A, Lee M, Leung M. Neonatal presentations to a Mixed Emergency Department. *J Paediatr Child Health.* janv 2007;43(1-2):25-8.
18. Claudet I, Montis PD, Debuissou C, Maréchal C, Honorat R, Grouteau E. Fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés. *Arch Pédiatrie.* août 2012;19(9):p.900-906.
19. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. *Am J Manag Care.* janv 2013;19(1):47-59.
20. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. [en ligne]. In: DREES Etudes et Résultats; 2003. [consulté le 10 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr:80/jspui/handle/1/13117>
21. Drummond N, McConnachie A, O'Donnell CA, Moffat KJ, Wilson P, Ross S. Social variation in reasons for contacting general practice out-of-hours: implications for daytime service provision? *Br J Gen Pract.* juin 2000;50(455):460.
22. Gentile S, Durand A-C, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* févr 2009;57(1):3-9.
23. Tang N, Stein J, Hsia RY, Maselli JH, Gonzales R. Trends and characteristics of US emergency department visits, 1997-2007. *JAMA.* août 2010;304(6):664-70.
24. Berry A, Brousseau D, Brotanek JM, Tomany-Korman S, Flores G. Why Do Parents Bring Children to the Emergency Department for Nonurgent Conditions? A Qualitative Study. *Ambul Pediatr.* nov 2008;8(6):360-7.

25. Costet Wong A, Claudet I, Sorum P, Mullet E. Why Do Parents Bring Their Children to the Emergency Department? A Systematic Inventory of Motives. [en ligne]. In: *Int J Fam Med*; 2015. [consulté le 9 août 2016];2015. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4649091/>
26. Stagnara J, Vermont J, Jacquel J, Bagou G, Masson S, Kassai B, et al. Réduction des consultations non programmées et non justifiées dans le cadre des urgences pédiatriques grâce à une plateforme téléphonique. *Presse Médicale*. nov 2010;39(11):e258-63.
27. Huibers L, Smits M, Renaud V, Giesen P, Wensing M. Safety of telephone triage in out-of-hours care: A systematic review. *Scand J Prim Health Care*. déc 2011;29(4):198-209.
28. Demonchy D, Haas H, Gillet Vittori L, Montaudie I, Piccini-Bailly C, Tran A. Un circuit court pour désengorger les services d'accueil des urgences pédiatriques. *Arch Pédiatrie*. mars 2015;22(3):247-54.

ANNEXE

Questionnaire anonyme

PARTIE RESERVEE AU PERSONNEL PARAMEDICAL (Secrétariat de la maison médicale de garde/infirmiers(es) et auxiliaires de puériculture des urgences pédiatriques) – Ne rien inscrire dans ce cadre

B – Motif de consultation :

C – Durée du passage aux UP ou en MMG (en heures) :h

Le service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois (CHSA) vous remercie d'accorder quelques minutes de votre temps pour répondre à ce questionnaire. Si vous avez besoin d'aide pour compléter ce questionnaire, n'hésitez pas à solliciter le personnel.

Partie 1 : À propos de votre enfant

1. Quel est l'âge de votre enfant ? :an(s)

2. Son sexe:

Féminin

Masculin

3. Qui accompagne votre enfant ? Une seule réponse possible

Son père

Un autre membre de la famille (oncle, grands-parents, etc.)

Sa mère

Un représentant légal en dehors des parents ou de la famille

Son père et sa mère

Le patient est seul

4. Depuis quand les symptômes ont-ils commencé chez votre enfant (précisez le nombre de jours) ?jours

NB: si les symptômes ont commencé depuis aujourd'hui, mettre 0 (zéro).

Partie 2 : À propos des parents

5. Quel est l'âge du père ?ans

6. Quel est l'âge de la mère ?ans

7. Avez-vous un médecin traitant déclaré ? Oui Non

8. Où vit principalement votre enfant ? Une seule réponse possible

chez ses parents (Père et mère)

chez un autre membre de la famille (oncle, grands -parents etc.)

chez son père seul

en famille d'accueil

chez sa mère seule

en foyer d'action éducative

9. Quelle est la catégorie socio professionnelle des parents ? Une seule réponse possible

	Père	Mère
Agriculteurs exploitant, artisans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Commerçants, chef d'entreprise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cadres, professions intellectuelles supérieures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professions intermédiaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Employés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ouvriers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retraités (<u>préciser votre profession antérieure</u> :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres personnes sans activité professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Combien d'enfants à charge les parents ont-ils ?enfants à charge.

11. A quel organisme d'assurance maladie obligatoire est rattaché votre enfant ? Une seule réponse possible

- Le régime général de la sécurité sociale (hors CMU)
- Un organisme spécifique (MSA, RSI, MGEN etc.)
- La couverture maladie universelle obligatoire (CMU)
- L'aide médical d'état (AME)
- Aucun

NB: L'organisme d'assurance maladie obligatoire auquel vous êtes rattachés dépend de votre activité professionnelle.

12. De quelle assurance maladie complémentaire bénéficie votre enfant ? Une seule réponse possible

- Une complémentaire de santé privée (mutuelle, assurance privée etc.)
- Une aide à la complémentaire santé (ACS)
- La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)
- Aucune assurance complémentaire

13. Avant de vous présenter au service d'accueil des urgences du CHSA :

- 13.1. Avez-vous consulté votre médecin traitant ? : Oui Non
- 13.2. Avez-vous contacté le 15 (SAMU-SMUR)? : Oui Non
- 13.3. Avez-vous contacté la régulation de la permanence des soins au 03 20 33 20 33? : Oui Non
- 13.4. Avez-vous contacté le 18 (Sapeurs pompiers) ? : Oui Non

14. En vous présentant aux services d'accueil des urgences, saviez-vous que vous aviez le choix entre la maison médicale de garde et les urgences pédiatriques : Oui Non

FIN DU QUESTIONNAIRE.

Nous vous remercions d'avoir contribué à cette étude.

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN – Ne rien inscrire dans ce cadre

D - Quel est le devenir du patient ? :

- Retour à domicile
- Adressé aux urgences pédiatriques
- Adressé en maison médicale de garde
- Hospitalisation dans le service de Pédiatrie du CHSA
- Transféré vers un autre centre hospitalier

E – Au regard du diagnostic final et de la prise en charge mise en œuvre, quel est le site de consultation le plus adapté à postériori?

- Urgences pédiatriques
- Maison médicale de garde

NB : A titre indicatif, à la question E, cocher « urgences pédiatriques » si réalisation d'un examen radiologique ou d'un bilan sanguin en urgences dans la prise en charge ou encore si hospitalisation ou transfert vers un autre centre hospitalier dans le devenir du patient.

AUTEUR : Nom : DJAGBAVI

Prénom : Kossivi

Date de Soutenance : 07 décembre 2016

Titre de la Thèse : Les patients de la maison médicale de garde et ceux des urgences pédiatriques : deux populations différentes ? Une étude prospective et comparative des patients en maison médicale de garde et aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois à Maubeuge.

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Maison médicale de garde, urgences pédiatriques, permanence de soins ambulatoires, parcours de soins.

Résumé : Contexte : Dans le cadre de la permanence des soins, les maisons médicales de garde (MMG) sont une offre de soins complémentaire des unités d'accueil des urgences pédiatriques (UP). Leur impact réel sur l'activité des urgences reste controversé. L'objectif de notre enquête a été de comparer, en fonction de leur parcours de soins et de leurs caractéristiques sociodémographiques et économiques, les patients des urgences pédiatriques et ceux de la maison médicale de garde.

Méthode : Notre étude s'est déroulée au centre hospitalier de Sambre-Avesnois, à Maubeuge, du 23 mars 2016 au 18 mai 2016. Les patients de moins de 15 ans et 3 mois ayant recours à la MMG ou aux UP, pour un motif médical, ont été inclus. Les variables qualitatives et quantitatives décrivant le parcours de soins et les caractéristiques sociodémographiques et économiques des patients, ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme.

Résultats : 204 patients dont 69 en MMG et 135 aux UP, ont été inclus dans notre enquête. Le taux de réponse a été de 80%. Le taux de recours des nouveau-nés a été deux fois plus élevé aux urgences pédiatriques qu'en maison médicale de garde (3% versus 1,5%). Il n'y a pas de différence entre les deux groupes du point de vue des professions et catégories socioprofessionnelles et de la protection sociale. Dans leur parcours pré-hospitalier, les patients des UP ont eu recours à leur médecin traitant plus fréquemment que les patients de la MMG (20,3% versus 9% ; $p < 0,05$). Les patients de la MMG ont eu plus souvent que les patients des UP, un contact avec la plateforme téléphonique de la permanence des soins ambulatoires (15,9% versus 5,26% ; $p < 0,05$).

Conclusion : Les patients des UP et ceux de la MMG ne se différencient pas les uns des autres, par leurs caractéristiques sociodémographiques ou économiques. Ils se distinguent en revanche par leur parcours de soins.

Composition du Jury :

Président : Pr. A. Martinot

Assesseurs : Pr. C. Berkhout, Dr. L. Dauchet, Dr. Ph. Hannequart, Dr. M. Gnansounou