



HAL
open science

Caractéristiques démographiques et connaissances de la permanence des soins des usagers de la maison médicale de garde du Havre. Comparaison avec les caractéristiques des usagers des services des urgences du Havre

Charlotte Renault

► To cite this version:

Charlotte Renault. Caractéristiques démographiques et connaissances de la permanence des soins des usagers de la maison médicale de garde du Havre. Comparaison avec les caractéristiques des usagers des services des urgences du Havre. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00745784

HAL Id: dumas-00745784

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00745784>

Submitted on 26 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2012

N°

THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Mademoiselle Charlotte RENAUT

Née le 21 mai 1984 à Harfleur

Présentée et soutenue publiquement le 9 octobre 2012

TITRE DE LA THÈSE :

**Caractéristiques démographiques et connaissances de la
permanence des soins des usagers de la maison médicale de garde
du Havre.**

Comparaison avec les caractéristiques des usagers des services des urgences du
Havre.

Président du Jury: Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Stéphane Landel

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Pierre Fainsilber

Monsieur le Professeur Benoit Veber

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 - 2012
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. FIGUET - C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J. ANDRIEU-GUTTRANCOURT - M. BENOZIO - J. BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - DESHAYES - C. FESSARD - J.F. FILLASTRE - P. FRIGOT - J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER - Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P. LEMERCIER - J.F. LEMOINE - M ^{lle} MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P. MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H. FIGUET - M. SAMSON - Mme SAMSON-DOLLFUS - J.C. SCHRUB - R. SOYER - B. TARDIF - TESTART - J.M. THOMINE - C. THUILLEZ - P. TRON - C. WINCKLER - L.M. WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

LISTES EMEDPHAR2011-2012

M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (Surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépat – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dével. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie - Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique

LISTENS EIMEDPHAR2011-2012

M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ

UFR Anglais

Mme Michèle GUIGOT

UFR Sciences humaines - Techniques d'expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SE GUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEUIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique

M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

M. Jean-Pierre GOULLE	Toxicologie
------------------------------	-------------

MATRE DE CONFERENCE ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
----------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Micobiologie

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouwray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
---------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINCILBER	UFR	Médecine générale
----------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
------------------	-----	-------------------

M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
--------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
---------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
--------------------------	-----	-------------------

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mlle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS**MAITRES DE CONFERENCES****M. Sahil ADRIOUCH**Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 905)**Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE**Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)**M. Antoine OUVRARD-PASCAUD**

Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES**M. Mario TOSI**Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)**M. Serguei FETISSOV**

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su RUAN

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil,
Merci de nous avoir fait l'honneur de présider notre jury de thèse et de m'avoir guidé tout au long de mes années d'internat.

A Monsieur le Professeur Pierre Fainsilber,
D'avoir pris le temps de faire parti de notre jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Benoit Veber,
Merci d'avoir accepté de juger mon travail.

A Monsieur le Docteur Landel,
D'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, d'avoir été disponible tout au long de ce travail. Je vous remercie pour vos précieux conseils.

Au département de médecine générale,
Pour m'avoir accueilli lors de leurs réunions et de m'avoir permis de participer à des congrès de médecine générale.

A Messieurs les Dr Dumenil, Dr Le Roux et Dr Lesire,
Vous nous avez aidés à réaliser notre travail dans les meilleures conditions. Merci de nous avoir ouvert la maison médicale et vos services.

A Mme Michel et aux secrétaires de l'AMUH,
Je vous remercie d'avoir pris le temps de me rencontrer et de partager votre expérience. Merci d'avoir répondu à mes nombreuses demandes.

Aux Dr Rapp, Dr Deom, Dr Mingam et Dr Savalle,
Merci de m'avoir accueilli dans vos cabinets au cours de mon internat et de m'avoir transmis votre amour du métier.

A mes parents,
Merci de m'avoir trouvé un havre de paix pour pouvoir travailler sereinement. Merci de votre soutien tout au long de ces années d'études.

A Justine,
Merci pour tes petits mots de réconfort et merci de m'avoir aidé dans ce travail.

A Charlotte,
Pour ces années de colocation qui resteront un merveilleux souvenir de nos années d'études, et merci d'avoir pris le temps de relire mon travail.

A ma famille, pour leur affection.

A mes amis du SIREHN et de l'ISNAR qui m'ont fait découvrir un autre visage de la médecine générale tout aussi passionnant.

A mes amis, pour leurs encouragements.

A Elsa,
sans qui ce travail n'aurait jamais été le même. Merci pour ton aide, ta motivation, ton efficacité, ta détermination et ton amitié.

Sommaire

Introduction.....	18
<i>Contexte actuel...</i>	19
... en France.....	19
... en Haute-Normandie	19
<i>La permanence des soins</i>	21
D'un point de vue législatif	21
D'un point de vue national.....	22
En Haute-Normandie et en Seine-Maritime	23
Au Havre	25
<i>La démographie</i>	29
La population havraise ¹⁵	29
La démographie médicale du Havre ¹²	31
<i>Problématique</i>	32
Matériel et méthode	33
<i>Les objectifs de l'étude</i>	33
<i>La population</i>	33
<i>Le questionnaire</i>	34
<i>L'analyse des résultats</i>	35
Résultats	36
<i>Caractéristiques démographiques du patient et de la personne accompagnante</i>	36
<i>Le patient dans le système de soins</i>	41
<i>Le recours à la permanence de soins</i>	42
<i>Promouvoir la DOMUS MEDICA</i>	49
Discussion.....	51
<i>Le résultat principal</i>	51
<i>Les limites de l'étude</i>	51
<i>Les points forts de l'étude</i>	53

<i>Les résultats corrélés aux données de la littérature.....</i>	54
<i>Comparaison des résultats avec la thèse d'Elsa GRIFFIN sur les caractéristiques démographiques des usagers des urgences du Havre.....</i>	55
<i>Quelles pourraient être les solutions pour optimiser la PDS ambulatoire ?</i>	57
Conclusion.....	62
Résumé.....	81

Glossaire

ALD = Affection de longue durée

AMU = Aide Médicale Urgente

AMUH = Association médicale des urgences du Havre

ARS = Agence régionale de santé

BEP = Brevet d'études professionnelles

CAP = Certificat d'aptitudes professionnelles

CDOM = Conseil départemental de l'ordre des médecins

CMU = Couverture maladie universelle

CNOM = Conseil national de l'ordre des médecins

CODAH = Communauté de l'agglomération havraise

DREES = Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DHOS = Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

EGOS = Etats généraux de l'organisation de la santé

IGAS = Inspection générale des affaires sociales

INSEE = Institut national de la statistique et des études économiques

ONDPS = Observatoire national de la démographie des professions de santé

PDS = Permanence des soins

PDSA = Permanence des soins ambulatoire

SASPAS = Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisé

URPS = Unions Régionales des Professionnels de Santé

Introduction

Depuis plusieurs années, la pratique de la médecine générale s'est fortement modifiée. La démographie médicale est devenue une problématique quotidienne au cœur des préoccupations des professionnels de santé, des élus mais aussi de la population. Depuis 2009, est mise en avant une volonté de tous de modifier et d'améliorer notre système de santé, en particulier la permanence des soins.

C'est dans ce contexte que j'ai pu constater au cours de mes stages ambulatoires et hospitaliers, pendant mon internat de médecine générale, que la permanence des soins est loin d'être optimale. En effet, il existe un engorgement permanent des services des urgences hospitaliers et les patients ne connaissent pas le médecin de garde de ville.

Au Havre en particulier, malgré la présence d'une permanence des soins ambulatoire bien développée organisée par une association créée il y a 34 ans, les services des urgences restent très fréquentés. D'autre part, j'ai constaté, lors d'échanges avec des patients, que les Havrais ne connaissent ni la maison médicale de garde ni les personnes à contacter pour obtenir un avis médical aux heures de fermeture des cabinets médicaux.

Actuellement, peu d'études s'intéressent aux usagers de cette permanence des soins et à leur parcours de soins aux heures de fermeture des cabinets médicaux.

Il m'a donc semblé intéressant de faire un état des lieux de la permanence des soins au Havre en 2012. Quelles sont les caractéristiques des usagers de la maison médicale de garde ? Pourquoi consultent-ils à la DOMUS MEDICA ? Comment informer au mieux les havrais qui n'y ont pas recours ? Comment améliorer la permanence de soins ambulatoire au Havre ?

Contexte actuel...

... en France¹

La médecine générale est actuellement en crise. En France mais aussi dans d'autres pays d'Europe, il existe une réelle difficulté à l'accès aux soins dans des conditions financières acceptables pour les patients. Et la tendance n'est pas à l'amélioration.

En effet, le nombre de médecins généralistes ne cesse de diminuer et l'âge moyen des médecins généralistes en exercice augmente : au 1^{er} janvier 2011, selon les chiffres de l'atlas national du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)², 93 394 médecins généralistes ont été recensés et 60 % d'entre eux avaient plus de 54 ans. En parallèle, les nouvelles installations sont rares. Beaucoup de jeunes médecins choisissent une activité salariée à la fin de leurs études et peu d'entre eux s'installent en libéral : 34 % des médecins généralistes inscrits au tableau du conseil de l'ordre ont une activité salariée contre 59 % qui ont choisi un exercice libéral. Il est important de prendre en compte le nombre de médecins généralistes. Mais la question de la répartition territoriale des professionnels de santé se pose également. Les zones rurales sont dépeuplées mais aussi certains quartiers dits difficiles en agglomération.

De plus, la demande en soins de la population est de plus en plus importante du fait de l'accroissement naturel de la population française et de son vieillissement. Le degré d'exigence de la population augmente du fait probablement d'une habitude à disposer de tous les services très rapidement.

Ces différentes problématiques sont à prendre en compte lors des réflexions qui concernent l'organisation de la permanence des soins. La permanence des soins ambulatoire se surajoute à une activité quotidienne déjà très lourde pour les médecins généralistes. Et la fréquence des gardes peut être importante dans certains secteurs.

... en Haute-Normandie³

En Haute-Normandie, on retrouve les mêmes problématiques. Au 1^{er} juin 2011, le nombre de médecins généralistes actifs est bas avec 2 439 médecins inscrits au Conseil de l'Ordre. La densité moyenne est de 248 médecins pour 100 000 habitants ce qui place la région Haute-Normandie au 3^{ème} rang des régions les moins dotées. La densité des seuls médecins généralistes en Seine-Maritime est de 135 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 101 dans l'Eure ; la densité en Haute-Normandie est de 124 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Par comparaison, la densité moyenne nationale est de 147 médecins pour 100 000 habitants. (Annexe 1)

De plus, la population de médecins généralistes vieillit : la moyenne d'âge des médecins généralistes de Haute Normandie est de 53 ans.

Le mode d'exercice s'est modifié au cours des dernières années. En Seine-Maritime, 61 % des médecins généralistes exercent une activité libérale alors que 31,4 % ont une activité salariée. 46,2 % des nouveaux médecins généralistes ont fait le choix d'exercer la médecine générale en tant que médecin salarié.

La féminisation de la profession se confirme en Haute-Normandie puisque 39 % des médecins généralistes et 52 % des nouveaux inscrits sont des femmes.

Malgré cette vision pessimiste de l'avenir des médecins, le souhait des internes de médecine générale de Rouen en la matière redonne un peu d'espoir. Une enquête⁴ réalisée par l'ISNAR-IMG en 2010 auprès des internes de médecine générale de Rouen montrait que 76,5 % des internes interrogés déclaraient vouloir exercer dans leur région d'internat. 81 % des internes souhaitaient un exercice libéral à la sortie de leurs études (56,8 % en qualité de remplaçants, 14,8 % en collaborateur libéral et 9,9 % s'installant). Seulement 8,6 % des internes affirmaient que quelle que soit l'aide proposée, rien ne les inciterait à s'installer en zone déficitaire. Parmi les internes interrogés, la moyenne d'heures de travail souhaitée par jour est de 9,06 heures et le nombre moyen de demi-journées est de 8,9. Il est important de souligner que 79 % des internes interrogés étaient des femmes (soit un sexe ratio à 0,27) ce qui semble démontrer que la féminisation de la profession n'impacte pas significativement le temps de travail.

On peut donc penser qu'avec un peu d'aide pour favoriser l'installation des jeunes généralistes haut-normands, les chiffres du CNOM pourraient s'améliorer dans les années à venir.

La permanence des soins

D'un point de vue législatif

La permanence des soins se définit comme l'organisation de l'offre permettant de répondre aux besoins de prise en charge de soins non programmés par des moyens structurés, adaptés et régulés tant en ambulatoire qu'en établissements de santé et en collaboration entre ces deux secteurs. C'est une obligation de service public qui a considérablement évolué au cours des dernières années.

La Permanence des soins ambulatoire est définie par deux textes principaux que sont le code de déontologie médicale⁵ et le code de santé publique⁶.

L'article 77 du code de déontologie médicale précise qu'il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent.

Le code de santé publique a été modifié en janvier 2009 par la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire qui a renforcé la législation de la permanence des soins ambulatoire. Celle-ci est assurée par les médecins libéraux en collaboration avec les établissements de santé. Elle est effectuée par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres mais aussi par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins. Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat. Les obligations ou engagements pris par le médecin titulaire sont assurés par le médecin qui le remplace.

La permanence des soins ambulatoire est assurée de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés ainsi que les dimanches et jours fériés. Elle peut être organisée en fonction des besoins de la population le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction des données géographiques et démographiques de l'offre de soins existante. La détermination des secteurs est arrêtée par le directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) après consultation du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. Dans chaque secteur, un tableau nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins qui participent à cette permanence ou par les associations qu'ils constituent à cet effet. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins est chargé de vérifier la liste de garde et de compléter le tableau. Il revient au préfet de réquisitionner un médecin si une ligne de garde reste incomplète.

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable organisée par le service d'aide médicale urgente (AMU). Toutefois la régulation peut être

également assurée par des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le service d'aide médicale urgente. A la demande du médecin chargé de la régulation médicale, le médecin de permanence intervient auprès du patient par consultation ou par visite.

Les principes d'organisation de la permanence des soins font l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par le directeur de l'ARS dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional de l'organisation des soins. Indépendamment de la rémunération des actes accomplis dans le cadre de leur mission, le cahier des charges précise la rémunération forfaitaire des personnes participant aux gardes de permanence des soins ambulatoires et à la régulation médicale téléphonique.

D'un point de vue national

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a réalisé en 2012 un état des lieux de la permanence des soins ambulatoire⁷. Ce constat tend à démontrer que cette organisation est encore loin d'être optimale.

En France, la PDS est organisée en 2 267 secteurs (2 412 en 2010). 85 % des départements arrêtent les gardes après minuit et le relais par l'hôpital n'est dans la plupart des cas pas prévu par le cahier des charges.

On retrouve également une diminution du nombre de médecins par secteur puisque 882 secteurs ont un pool de moins de 10 médecins. Même si les médecins généralistes restent engagés dans la permanence des soins, le nombre de médecins volontaires est en baisse : 71 % des départements ont plus de 60 % de volontaires (80 % en 2007).

Seuls 3 départements ont un cahier des charges signé et en application. 4 autres seront finalisés prochainement. Les autres sont toujours en cours d'élaboration.

L'intervention du conseil de l'ordre, qui a pour rôle de compléter les tableaux de garde, est stable. Cependant, l'élaboration des tableaux de garde peut être une tâche très lourde dans les départements où la défection de quelques médecins menace l'organisation dans son ensemble. Les réquisitions préfectorales sont également en baisse. En effet, il semble qu'il y ait moins de difficulté actuellement pour trouver des médecins pour participer à la permanence des soins mais le nombre de garde par médecin augmente.

Concernant la régulation qui est un pivot dans l'organisation de la permanence des soins, 37 % des régulations sont indépendantes des centres 15. 33 départements ayant un numéro dédié à la PDS ambulatoire. L'engagement des médecins libéraux pour la régulation est en hausse de 10%.

83% des départements ont au moins un site géographique dédié à la PDS ambulatoire. Depuis plusieurs années ont émergé les maisons médicales de garde.

Celles-ci favorisent une meilleure accessibilité aux soins pour les patients et constituent une véritable alternative aux consultations hospitalières. Elles permettent des conditions d'exercice sécurisées et de qualité pour les médecins de garde. Cependant, elles rencontrent des difficultés de financement. Et pour espérer que les maisons médicales perdurent, il est nécessaire que leur activité soit satisfaisante, que les patients soient informés et que la régulation pense à orienter vers le site de la maison médicale de garde. Une activité de visite à domicile persiste encore au sein de certaines zones de permanence des soins.

La permanence des soins est donc encore actuellement fragile. De plus, la demande ne cesse d'augmenter. Les patients ont besoin de plus en plus d'une réponse médicale rapide pour un problème qu'ils considèrent comme urgent.

En Haute-Normandie et en Seine-Maritime

La permanence des soins est un sujet d'actualité puisque le cahier des charges de la région Haute Normandie a été mis à jour en janvier 2012⁸. Cela a été l'occasion de réaliser un état des lieux de la permanence des soins ambulatoires.

Au 1er septembre 2011, la région était organisée en 40 secteurs de gardes ambulatoires (Figure 1).

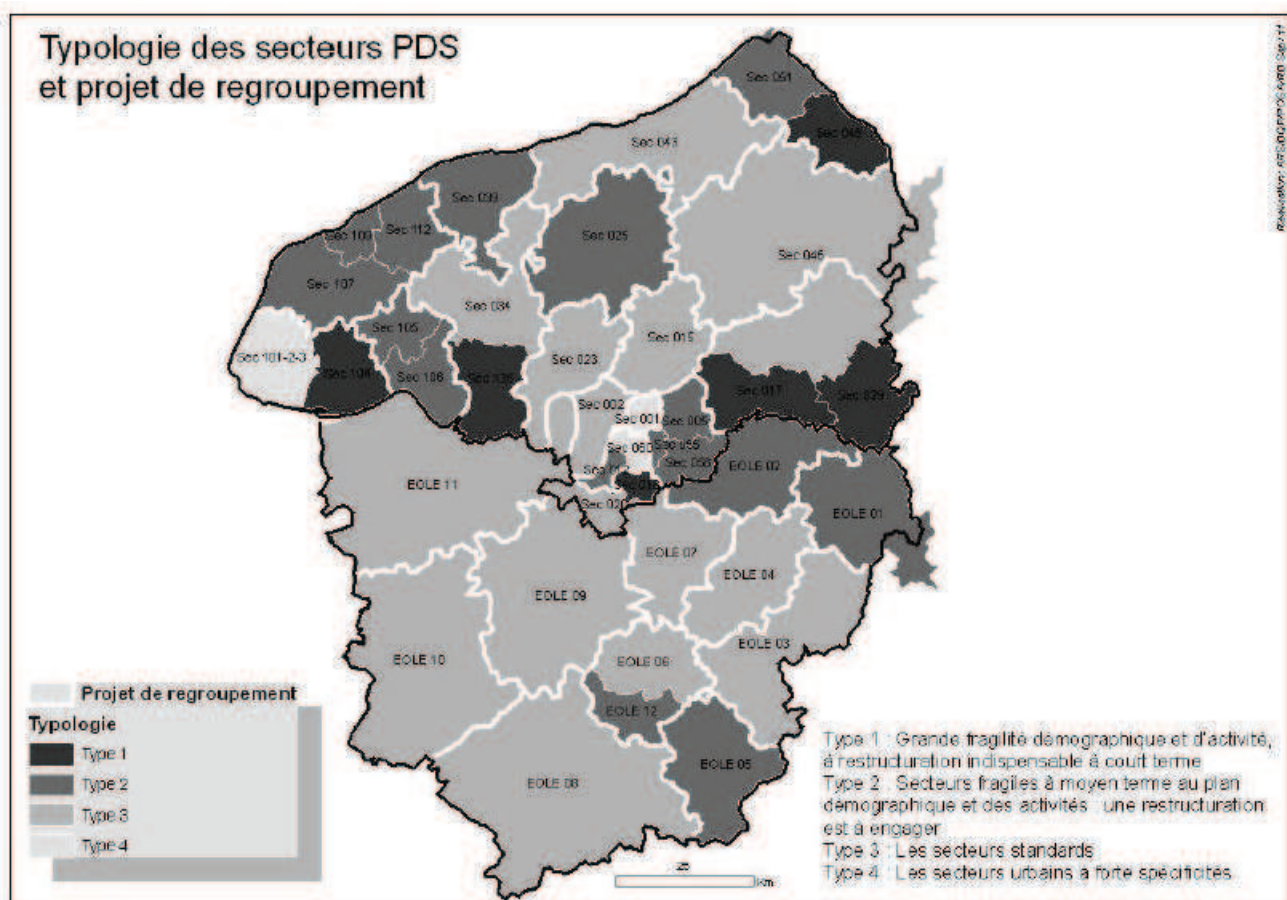


Figure 1 : Typologie des secteurs de permanence des soins

Six secteurs étaient en grande fragilité démographique (moins de 7 médecins par secteur et 17 ont plus de 60 ans) et d'activité (une activité réduite avec 1 consultation toutes les 3 nuits en semaine et moins de 5 par plage de garde le week-end). De même, 12 secteurs étaient reconnus comme fragiles à moyen terme au plan démographique (15 à 16 praticiens par secteurs) et des activités (1 activité toutes les 2 nuits en semaine, 5 à 10 consultations par plage le week-end).

La permanence des soins ambulatoire est très disparate au sein des différents secteurs. Dans certains secteurs, le lieu des consultations de garde est fixe avec 10 maisons médicales de garde actuellement. Dans les autres secteurs, le lieu est variable en fonction des médecins de garde. La plupart des secteurs ont organisé la permanence des soins de 20h- 24h sans couverture de la nuit profonde (0h à 8h). Quelques lieux font exception comme Le Havre, Rouen et Neufchâtel. En ce qui concerne la régulation, celle-ci est assurée dans la majorité des secteurs sauf Elbeuf, Dieppe, Neufchâtel et Eu. La régulation à Rouen et au Havre est intégré au sein des centres 15 - SAMU76 A et B (Annexe 2). Les horaires sont spécifiques à chaque centre.

Cet état des lieux a mis en avant la nécessité de réorganiser la permanence des soins en Haute Normandie. Ces mesures ont pris effet le 1^{er} juillet 2012.

- Tout accès au dispositif de permanence des soins ambulatoire doit être régulé avant d'accéder au médecin généraliste de garde.
- Une recomposition des secteurs de garde est prévue en se limitant à 31 secteurs. L'objectif est d'augmenter le nombre de praticiens et de réduire la fréquence des gardes en garantissant à la population une consultation médicale dans des délais de moins de 20 minutes du domicile. Cette restructuration concernera en particulier la fusion du secteur de garde du Havre avec celui de Saint Romain de Colbosc (Annexe 3).
- Les horaires de la permanence des soins et de la régulation devront être harmonisés (Tableau 1).

Tableau 1 : Horaires de consultation et de régulation de la permanence des soins

Jour	Consultation	Régulation
Lundi au Vendredi	20h – 24h	19h – 7h
Samedi	12h -24h	12h – 24h
Dimanche & jours fériés	8h – 24h	8h – 24h
Lundi, vendredi et samedi veilles ou suite de jours fériés	8h – 24h	8h – 24h

- Les consultations en nuit profonde auront lieu uniquement dans les territoires urbains tels que Le Havre, Rouen et Neufchâtel.
- Les horaires de la garde mobile seront en journées identiques à celles des samedis, dimanches et fêtes. Les visites de nuit auront lieu à Rouen de 20h à 8h et au Havre de 20h à 1h en semaine et de 20h à 8h le week-end.
- La permanence des soins pharmaceutique devra autant que possible être harmonisée avec la PDSA pour rapprocher les points de garde médecins et pharmaciens.

L'organisation des listes de garde se fait par semestre : le 1^{er} semestre s'étendant d'avril à septembre et le 2^{ème} semestre d'octobre à mars. Elles sont à établir au moins 1 mois à l'avance et à remettre au conseil départemental de l'ordre des médecins pour validation au plus tard 30 jours avant la période.

Un comité de suivi de la PDSA est mis en place et celui-ci est composé du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), des associations de PDSA, de l'ARS et des représentants de l'urgence hospitalière et pré-hospitalière.

Au Havre

- La permanence des soins ambulatoire⁹

L'Association Médicale des Urgences du Havre (AMUH) a été créée le 25 juillet 1978 par un groupe de médecins généralistes. Leur objectif était de s'unir pour organiser au mieux les gardes de nuit. En 1985, la première maison médicale¹⁰ de garde est créée au Havre : la DOMUS MEDICA¹¹. En 1993, les consultations ont été étendues au dimanche et en 2000, les consultations ont été ouvertes le samedi après midi. Devant le manque de médecins le samedi matin, les consultations y ont été étendues en mars 2009.

A partir de septembre 2000, en raison des problèmes rencontrés par les médecins de garde confrontés à certaines situation difficiles (alcoolisations aiguës, agitation, dépression), les médecins ont décidé d'effectuer les visites à domicile de nuit avec un accompagnateur médicosocial. Cela a notamment permis de sécuriser les visites au domicile et de favoriser la discussion avec les patients dans les quartiers sensibles.

En 2007, l'informatisation de l'activité a été mise en place, ce qui a permis par exemple la télétransmission des actes avec utilisation de la carte vitale. Le tiers payant pour les actes de garde a été mis en place la même année.

Actuellement, l'AMUH est organisée de la manière suivante :

- Les consultations d'urgence ont lieu à la DOMUS MEDICA de 20h à 0h tous les soirs et 8h à 20h les samedis, dimanches et jours fériés de. La permanence des

soins qui dépend de l'AMUH s'étend sur les territoires 101, 102, 103 + 104. (Figure 2)

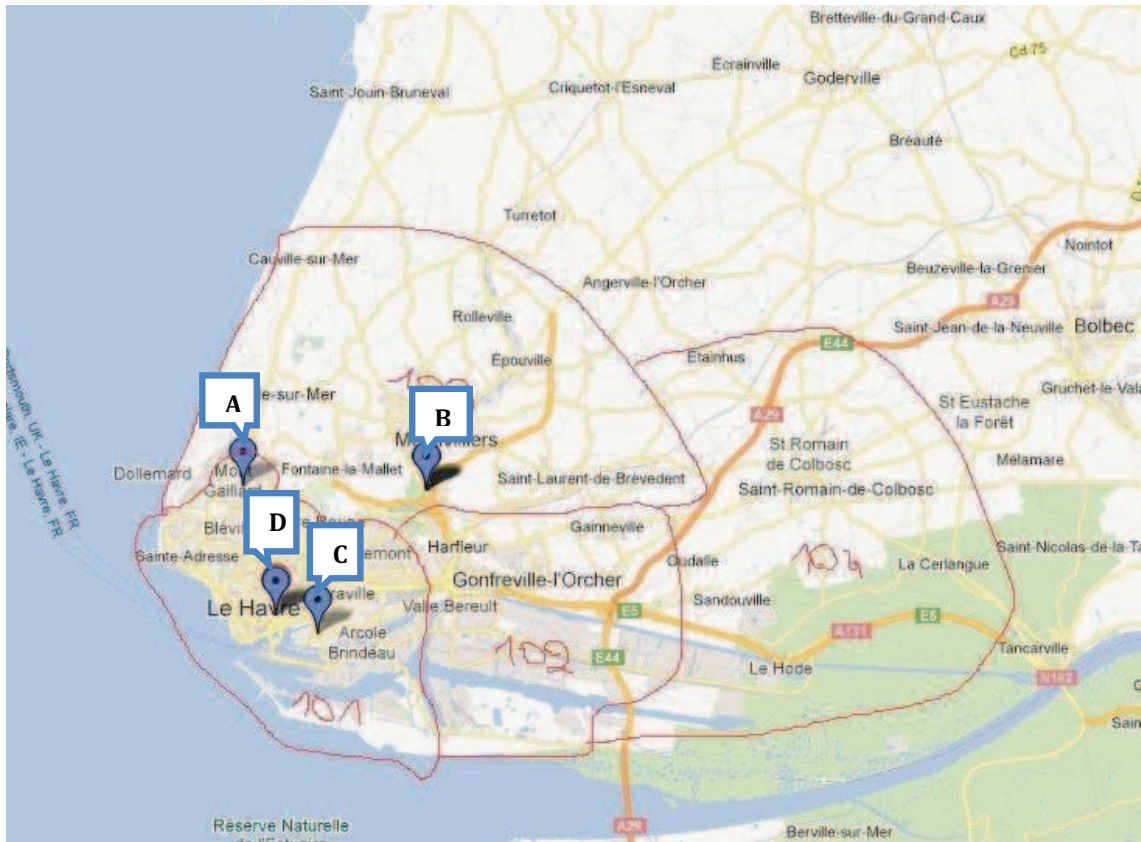


Figure 2: Hôpitaux et cliniques du Havre et découpage en secteurs INSEE

A : Hôpital Privé de l'Estuaire	C : Clinique des Ormeaux
B : Hôpital Jacques Monod	D : DOMUS MEDICA

- Un médecin consulte seul le soir mais deux médecins sont présents le week-end. Un troisième peut être contacté certains jours, lors des périodes de Noël et en période d'épidémie par exemple, afin de consulter aux horaires d'affluence.
- Les visites à domicile sont organisées par tranches horaires (du lundi au jeudi de 14h à 20h et de 20h à 1h ; les vendredis, samedis, dimanches et jours fériés de 8h à 20h, de 20h à 1h et 1h à 8h). Le matin, le médecin se déplace seul avec sa voiture personnelle. Afin de sécuriser les visites, le médecin de garde cotisant à l'AMUH est véhiculé par un accompagnateur médicosocial l'après-midi et la nuit. Les visites à domicile ne se font que dans les territoires 101 102 et 103.
- Afin d'assurer la continuité des soins, l'AMUH a découpé l'agglomération du Havre en 5 secteurs afin d'assurer la garde de jour. En effet, 5 médecins sont d'astreinte pour recevoir les consultations urgentes dans la journée à leur cabinet (Annexe 4).
- La régulation médicale au SAMU-Centre 15 se fait par des médecins généralistes et certains jours par des médecins régulateurs du SAMU. Un numéro spécifique a été mis en place pour la permanence des soins ambulatoire : 02.32.73.32.33.

Pour accéder aux consultations à la DOMUS MEDICA, le passage par la régulation est obligatoire (86% des patients ont été régulés en 2011). Les horaires de régulation sont les suivants : la nuit de 20h à 1h ; de 1h à 7h alternativement à Rouen et au Havre (1 nuit sur 3 par un médecin généraliste, 1 nuit sur 3 par un médecin du SAMU du Havre et 1 sur 3 par un médecin du SAMU de Rouen) ; le samedi de 8h à 20h ; les dimanches et fêtes de 8h à 20h puis de 20h à 1h (Annexe 5).

- La téléalarme a été mise en place, gérée par l'AMUH. Cela permet la sécurisation de certaines personnes âgées et leur maintien à domicile.

LA DOMUS MEDICA est la maison médicale de garde, seul lieu de permanence de soins ambulatoire sur le secteur du Havre. Elle se trouve 114 rue Jules Siegfried au 1^{er} étage d'un immeuble qui accueille plusieurs associations. L'accès se fait uniquement par escalier car il n'y a actuellement aucun accès handicapé prévu. La DOMUS MEDICA comporte 3 salles de consultation, qui servent de secrétariat dans la journée, et une salle de réunion.

L'AMUH est principalement financée par la CODAH, la sécurité sociale et l'ARS de Haute Normandie sur dossier à renouveler chaque année. D'autre part, les médecins participant à la permanence des soins (médecins installés thésés sont inscrits d'office et les médecins remplaçants sur la base du volontariat) cotisent à l'AMUH à hauteur de 300€ par an. De plus, ils reversent 15% de leurs actes à l'AMUH. Enfin, une petite partie du budget de l'AMUH est financée par la téléalarme.

Les médecins sont rémunérés à l'acte en journée. Pour les consultations, les médecins de garde à la DOMUS ont une astreinte de 50€ la nuit, de 150€ le samedi et de 200€ le dimanche. La majoration des actes de gardes est effectuée selon les tarifs établis par la sécurité sociale (Annexe 6). Pour la régulation, la tarification est un forfait de 3C par heure.

205 médecins généralistes participent à la permanence des soins au Havre. Ils représentent environ 67% des médecins du secteur. 27% des médecins qui participent à la PDS sont des femmes. La moyenne d'âge est de 55 ans. L'activité actuellement est environ de 8,4 visites et consultations la nuit et 90,7 actes le week-end. En 2009, les médecins effectuaient en moyenne une demi journée par an de visite de jour (possiblement les samedis après-midi, dimanches ou jours fériés). Pour les gardes de nuit, les médecins effectuaient 2,5 gardes en 1^{ère} partie de nuit et 3,5 gardes en 2^{ème} partie de nuit par an. Cependant, dans une autoévaluation de l'AMUH de 2002^S, 43% des médecins interrogés déclaraient être remplacés pour leurs gardes de nuit en semaine et 56% pour leurs gardes du week-end et des jours fériés.

- La permanence des soins hospitalière

La PDS hospitalière est assurée par l'hôpital public et par les cliniques privées (Figure 2).

L'hôpital Jacques Monod est un grand centre hospitalier. Il fait parti du Groupe Hospitalier du Havre (GHH)¹² qui se compose de 10 sites répartis sur l'agglomération. Il comporte près de 2000 lits et comptabilise un nombre de séjours hospitaliers de 12 640 en 2008. La permanence des soins est assurée en son sein par le service des urgences adulte, par le service des urgences pédiatriques et par le service des urgences gynécologiques/maternité qui assurent les soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. En 2010, le service des urgences adulte comptait 35 040¹³ patients par an et le service des urgences pédiatriques a enregistré 27 260¹⁴ passages. Il assure les soins des enfants de 0 à 18 ans pour les problèmes médicaux et de 0 à 16 ans pour la traumatologie.

Les deux principales cliniques privées du Havre sont la clinique des Ormeaux et l'Hôpital Privé de l'Estuaire (HPE). La clinique des Ormeaux possède un service d'urgence qui accueille principalement de la traumatologie, des problèmes ophtalmologiques et chirurgicaux. En 2010, la clinique des Ormeaux a comptabilisé 21 535 passages¹³ sur l'année. L'hôpital privé de l'Estuaire a un service d'urgence. Certaines spécialités ont un médecin de garde sur place comme par exemple la cardiologie, la gynécologie-obstétrique et l'anesthésie. Plusieurs spécialités n'ont pas de médecin de garde mais un médecin d'astreinte susceptible de se déplacer en cas de besoin (néphrologie, pneumologie, neurologie, gastro-entérologie, radiologie, ORL, chirurgies orthopédiques, digestives, urologie...). Nous n'avons malheureusement pas réussi à obtenir le nombre de passage aux urgences en 2011 pour les cliniques privées du Havre.

Ces dernières années ont vu le déménagement de la majorité de ces services d'urgences, du centre ville vers la périphérie. Les urgences adulte sont à l'hôpital Monod (à Montivilliers) depuis de nombreuses années même si le service a changé de bâtiment en 2009. Les urgences gynécologique/maternité ont déménagé définitivement de l'hôpital Flaubert vers l'hôpital Monod en 2009 et les urgences pédiatriques en 2010. La clinique des Ormeaux a déménagé en 2005 du centre ville vers les quartiers sud du Havre. L'hôpital privé de l'Estuaire s'est formé de l'union des cliniques François 1er en centre ville et du Petit Colmoulins à Harfleur pour s'installer sur les plateaux nord du Havre en Août 2010.

La démographie

La population havraise¹⁵

Le Havre comptait 177 259 habitants en 2009. La ville a une superficie 46,95 km². La densité de population était donc de 3 775 habitants/km². La population se découpait en 83 406 hommes et 93 853 femmes. La population Havraise est plutôt une population jeune puisque 59% de la population a moins de 45 ans (Annexe 7).

Le Havre ne se résume pas à la ville en elle-même. En effet, elle se distingue par son agglomération très étendue. Elle est gérée par la communauté de l'agglomération havraise (CODAH) et regroupe 17 communes à proximité du Havre (Cauville Sur Mer, Epouville, Fontaine la Mallet, Fontenay, Gainneville, Gonfreville l'Orcher, Harfleur, Le Havre, Manéglise, Mannevillette, Montivilliers, Notre Dame du Bec, Octeville sur Mer, Rogerville, Rolleville, Sainte Adresse, Saint Martin du Manoir). La population de l'agglomération du Havre était de 242 389 habitants en 2008 (246 196 en 2006). Elle représente un territoire beaucoup plus grand de 190km² soit une densité 1 271,4 habitants/km². (Figure 3).

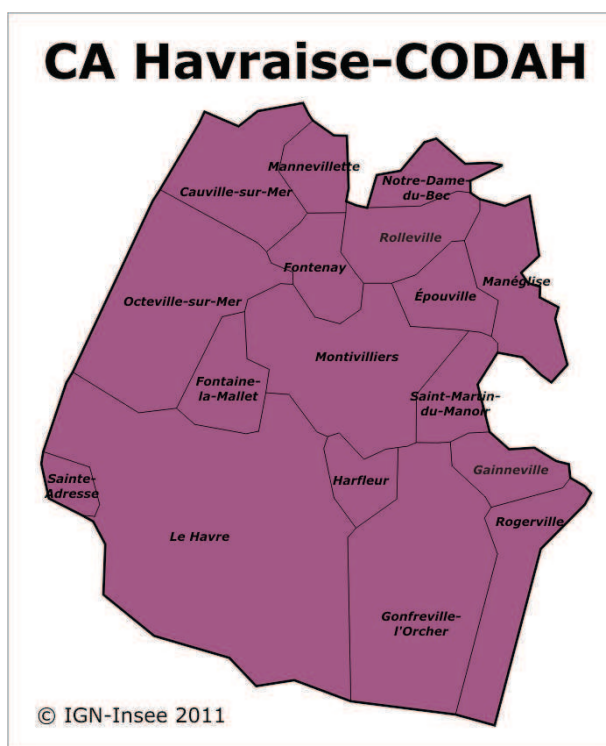


Figure 3 : L'agglomération havraise en 2011

La population de l'agglomération havraise comptait, en 2006, 26,4% de moins de 20 ans¹². La proportion de plus de 60 ans était de 20,4% en 2006. En 2009, la proportion de cadres et de professions intellectuelles supérieures était plus importante à Sainte-Adresse, Octeville-sur-Mer, Fontaine-la-Mallet et dans certains quartiers du centre ville du Havre. On retrouvait plus d'ouvriers et d'employés dans le quartier des Neiges (jusqu'à 53% de la population active), à Harfleur et à Gonfreville-l'Orcher.

L'agglomération comptait un taux de chômage de 9.6%. Concernant la morbidité, il a été retrouvé une surreprésentation de trouble mentaux, troubles du sommeil et de maladies du système nerveux et de l'oreille au Havre. Enfin, 8.8% des assurés de la caisse primaire d'assurance maladie de la CODAH sont couverts par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU) et 13,2% ont une affection de longue durée (ALD).

Actuellement, l'agglomération du Havre est en train de s'agrandir et d'inclure la communauté de commune de Saint Romain de Colbosc (Figure 4). Elle regrouperait alors 33 communes (17 CODAH + La Cerlangue, Epretot, Etainhus, Gommerville, Graimbouville, Oudalle, La Remuée, Sainneville, Saint Aubin Routot, Saint Gilles de la Neuville, Saint Romain de Colbosc, Saint Vigor d'Ymonville, Saint Vincent de Cramensnil, Sandouville, les Trois Pierres). La population serait alors de 259 422 habitants en 2008. Elle représenterait un territoire de 360km² avec une densité de population de 719 habitants/km².

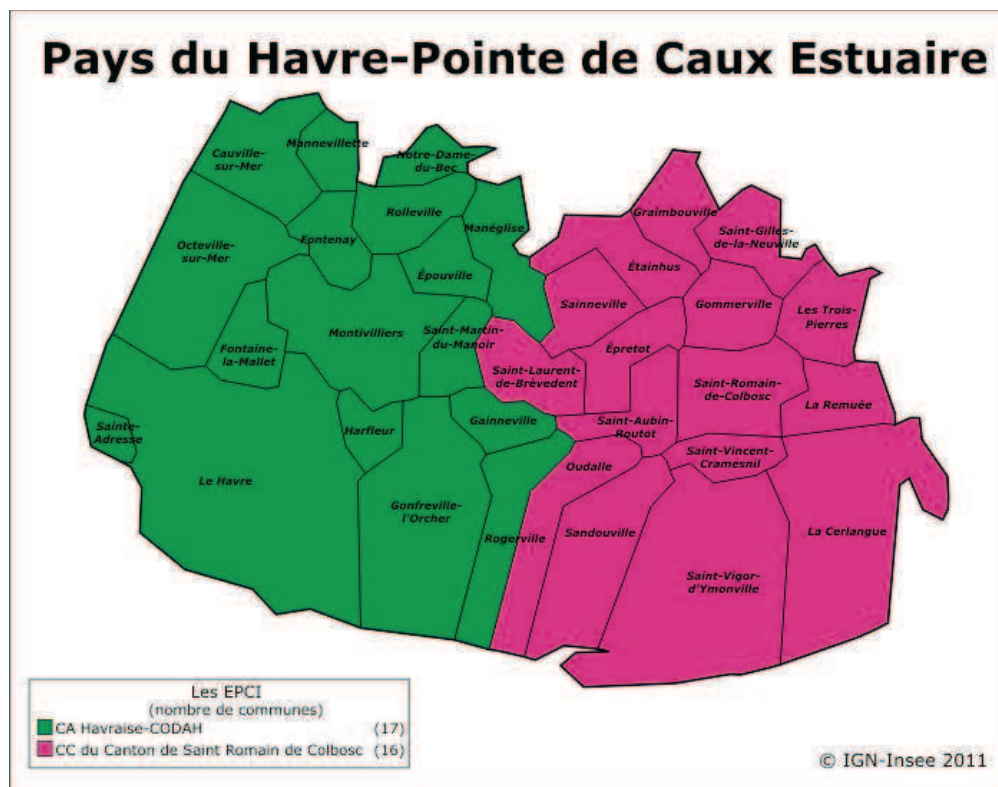


Figure 4 : L'agglomération havraise en 2012

Ces différents regroupements territoriaux sont intéressants puisqu'ils correspondent à l'évolution des secteurs de permanence de soins dépendant du Havre.

La démographie médicale du Havre¹²

La densité de médecins généralistes était en 2008 de 102 praticiens pour 100 000 habitants (donc légèrement supérieure à la densité nationale qui était de 100). De nombreuses spécialités médicales libérales sont déficitaires (gynécologie, pédiatrie, dermatologie, psychiatrie). L'agglomération n'est pas considérée comme une zone déficitaire en matière de professionnels de santé libéraux en Haute-Normandie. Il est fréquent que de nouveaux arrivants au Havre aient de grandes difficultés pour trouver un médecin traitant.

Seulement 25% de femmes médecins, généralistes ou spécialistes, exercent en libéral. La proportion augmente chez les jeunes classes d'âge : 31% chez les 40 à 49 ans et 39% chez les 30-39 ans.

La moyenne d'âge des professionnels de santé augmente avec une moyenne d'âge de 52,4 ans chez les médecins généralistes (Annexe 8). De nombreux départs en retraite ne sont pas renouvelés par l'installation de nouveaux médecins.

La répartition géographique des médecins généralistes dans l'agglomération est plutôt déséquilibrée puisque la majorité d'entre eux se trouve au Havre (Annexe 9).

Problématique

On se rend rapidement compte que la permanence des soins est intimement liée à la problématique de la démographie médicale. En effet, la population médicale d'un territoire représente les acteurs de la permanence des soins. Si les médecins sont peu nombreux et mal répartis, la permanence des soins sera plus difficile à mettre en place et à pérenniser.

De nombreuses personnes ont déjà travaillé sur la problématique de la permanence des soins ambulatoire. Cependant, très peu d'études, de rapports ou d'enquêtes mettent en évidence le point de vue des usagers de cette permanence des soins. Savent-ils comment elle fonctionne ? Comment y accéder facilement ? Qui contacter ? Sont-ils bien informés ? Tout semble mis en œuvre afin d'améliorer l'organisation de la permanence des soins ambulatoire mais le grand absent de ces réflexions reste le patient.

Au Havre, la maison médicale de garde a été mise en place depuis longtemps avec un numéro spécifique pour contacter le médecin de garde. Cependant, je pense que beaucoup de havrais ne la connaissent pas et la plupart consultent encore spontanément aux urgences. Une partie de la population ne consulte jamais à la PDSA au Havre. Les usagers sont mal informés et ne savent pas où s'adresser pour consulter le médecin de garde.

C'est pour ces raisons que j'ai souhaité faire un travail sous un angle différent. Il me semble primordial de connaître le point de vue des patients afin de continuer à optimiser la permanence des soins ambulatoires.

Matériel et méthode

Une étude prospective quantitative descriptive non randomisée a été réalisée. Elle porte sur les usagers de la permanence des soins qui ont consulté à la maison médicale de garde du Havre (Seine Maritime).

Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de recueillir les caractéristiques démographiques des usagers de la permanence de soins ambulatoire. Il m'a paru important de savoir quel type de patient consulte à la DOMUS MEDICA. Les critères les plus importants à étudier sont l'âge, le sexe, le niveau socio-économique et le lieu de résidence des patients et des personnes accompagnantes qui ont pu prendre la décision de venir consulter à la DOMUS MEDICA. Cela peut permettre de mettre en évidence la population qui n'a pas recours à la permanence de soins ambulatoire et d'essayer de mieux comprendre pourquoi.

Les objectifs secondaires de cette étude sont de connaître la place de la régulation. Il est primordial de connaître le nombre de patients qui appellent le 15 ou le numéro du médecin de garde avant de venir à la consultation. D'autre part, j'ai voulu comprendre pourquoi ces patients consultaient plutôt à la maison médicale de garde plutôt qu'aux urgences afin de mettre en évidence les points forts de la permanence de soins ambulatoire. J'ai également souhaité recueillir leur avis sur les moyens d'améliorer la permanence de soins ambulatoire afin de pouvoir répondre au mieux à leurs attentes.

Une part importante de l'étude porte sur le croisement des données avec la thèse d'Elsa GRIFFIN qui porte sur les usagers des services des urgences de l'hôpital Monod. En effet, le même questionnaire a été distribué au cours de la même période aux patients consultant aux mêmes horaires aux urgences adulte et enfant de l'Hôpital Monod. Cette étude comparative va nous permettre de connaître les principales différences démographiques entre les usagers de la PDS ambulatoire et hospitalière au Havre. Nous allons pouvoir mettre en évidence la raison pour laquelle les patients ne viennent pas à la DOMUS et les moyens par lesquels nous pourrions mieux les informer sur la permanence des soins ambulatoires.

La population

A été inclus dans cette étude tout patient venu consulter par ses propres moyens à la DOMUS MEDICA. Les patients vus en visite à domicile par le médecin de garde ont été exclus de l'étude.

Les patients ont été interrogés par questionnaires. Ils ont été distribués par la secrétaire de la DOMUS MEDICA aux horaires de permanence des soins (de 20h à 0h

tous les soirs, de 13h à 20h le samedi et de 8h à 20h les dimanches et jours fériés). 250 questionnaires ont été distribués du 23 avril au 31 mai 2012.

Le questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir du questionnaire de la DREES. La première page contenait un texte d'introduction destiné au patient qui expliquait la raison de cette étude et son intérêt. Il comprenait 25 questions :

- 5 questions portaient sur les caractéristiques démographiques des patients :
 - l'âge
 - le lieu de naissance
 - le sexe
 - la commune de résidence
 - la profession.
- 2 questions portaient sur le patient dans le système de soins :
 - le patient a-t-il déclaré un médecin traitant ?
 - paie-t-il habituellement ses consultations ou bénéficie-t-il de la CMU, d'une mutuelle ou a-t-il déclaré une affection de longue durée ?
- 9 questions portaient sur le recours à la permanence de soins :
 - le jour de la consultation
 - le motif de consultation
 - le moyen de transport
 - les habitudes de consultation en urgence : le lieu de consultation le plus fréquent (plusieurs réponses étaient permises pour cette question), le recours au numéro du SAMU et l'orientation par le médecin régulateur.
 - comment a-t-il connu le médecin de garde ? Pour cette question, plusieurs réponses étaient proposées et plusieurs réponses étaient acceptées.
 - les raisons du choix de la consultation à la DOMUS. Cette question était posée sous forme d'un tableau où le patient devait répondre pour chaque proposition si celle-ci était non prise en compte dans sa décision, peu importante, importante ou indispensable.
- 2 questions portaient sur comment promouvoir la permanence de soins ambulatoire :
 - quel vecteur d'information choisir ? Pour cette question le patient devait répondre pour chaque proposition si celle-ci n'avait pas d'intérêt ou si au contraire elle était importante ou indispensable.
 - quelles modifications apporter à la permanence de soins ambulatoire ? Pour cette question, le patient devait choisir parmi plusieurs propositions celle qui l'amèneraient à consulter à la DOMUS MEDICA. Il devait choisir pour chaque proposition entre pas du tout, possiblement ou certainement.

- 6 questions portaient sur la personne accompagnante (si le patient était un enfant ou une personne dépendante).
 - le lien avec le patient
 - l'année de naissance
 - le sexe
 - la profession
 - la commune de résidence
 - la déclaration d'un médecin traitant

Le questionnaire était anonyme. Il a été testé sur une dizaine de personnes, famille ou amis de tous âges et de différentes catégories socioprofessionnelles pour évaluer sa compréhension et sa faisabilité. (Annexe 10).

L'analyse des résultats

Les données ont été rassemblées dans un tableau Excel et l'analyse des résultats a été faite grâce au logiciel « R ». J'ai réalisé des analyses uni variées et multi variées. Toutes les distances ont été calculées à l'aide du site internet www.viamichelin.fr.

L'effectif de l'échantillon a été calculé à l'aide de la formule suivante :

$$n = 1,96 \times 1,96 \times P \times (1-P) / p \times p$$

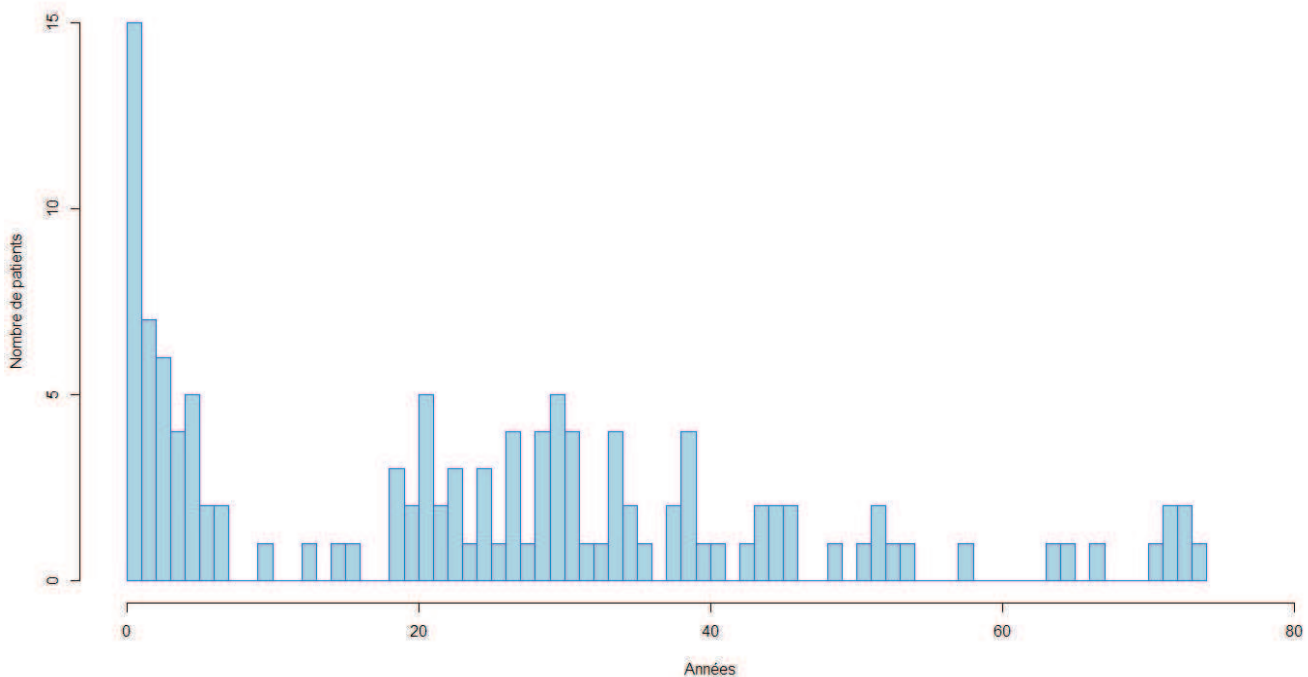
P est la prévalence et p la précision à 5%. 11 334 consultations ont eu lieu à la DOMUS MEDICA en 2011. La population du secteur de garde est de 259 422 habitants en 2008. La prévalence est égale à 4,37%. L'effectif de l'échantillon est donc égal à 64.

Résultats

129 questionnaires récupérés ont été exploités sur les 250 distribués. Tous les questionnaires même ceux étant incomplets ont été pris en compte.

Caractéristiques démographiques du patient et de la personne accompagnante

Age des patients

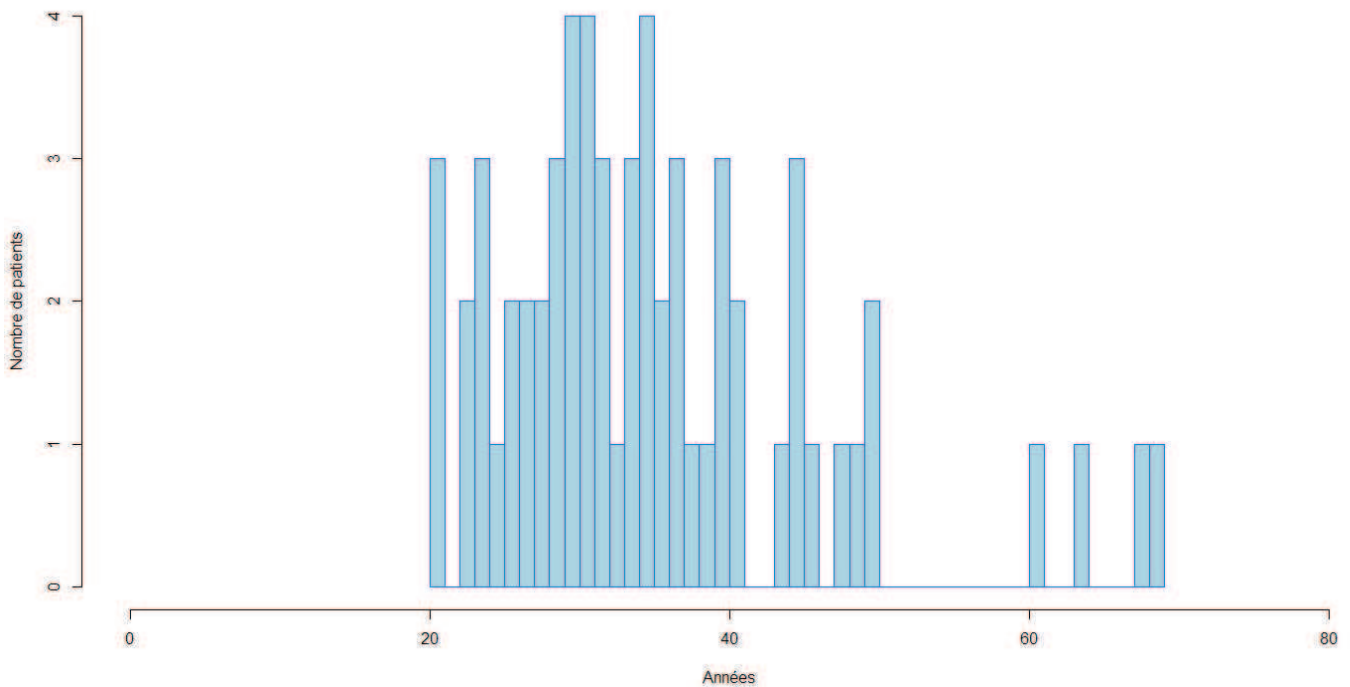


Graphique 1 : Age des patients

Les patients étaient jeunes avec une forte fréquentation dans les 5 premières années de vie. Un deuxième groupe de patients avaient entre 18 et 45 ans. La fréquentation des patients de plus de 45 ans était plus faible (Graphique 1).

La médiane était à 25 ans et la moyenne à 24,9 ans. Le troisième quartile était à 37 ans et le maximum à 74 ans.

Age des personnes accompagnantes



Graphique 2 : Age des personnes accompagnantes

Les personnes accompagnantes étaient majeures, pour la plupart entre 20 et 50 ans. La médiane était à 34 ans. La moyenne était à 35,7 ans et le troisième quartile à 40 ans (graphique 2).

Sexe

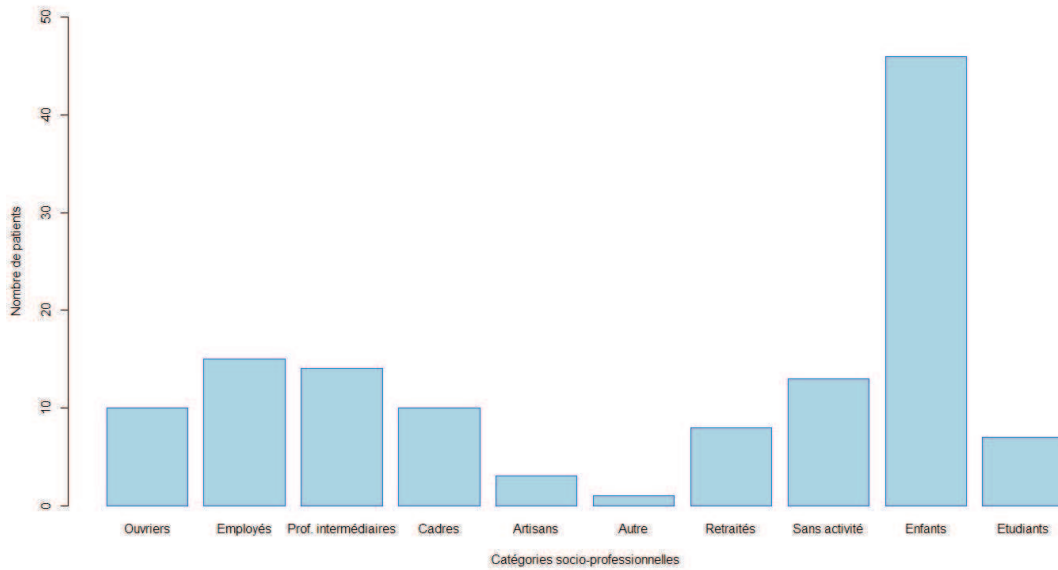
Le sexe ratio était de 0,59. Les femmes consultaient donc plus que les hommes. Pour les personnes accompagnantes, le sexe ratio était de 0,5. De la même façon, les personnes accompagnantes étaient principalement des femmes.

Lieu de naissance

Tableau 2 : Lieu de naissance des patients

<i>Lieu de naissance</i>	<i>Non renseigné</i>	<i>Seine-Maritime</i>	<i>Autres départements</i>	<i>DOM TOM</i>	<i>Autres pays</i>
<i>Nombre de patients (%)</i>	25 (19,4%)	84 (65,1%)	16 (12,4%)	0	4 (3,1%)

Profession des patients

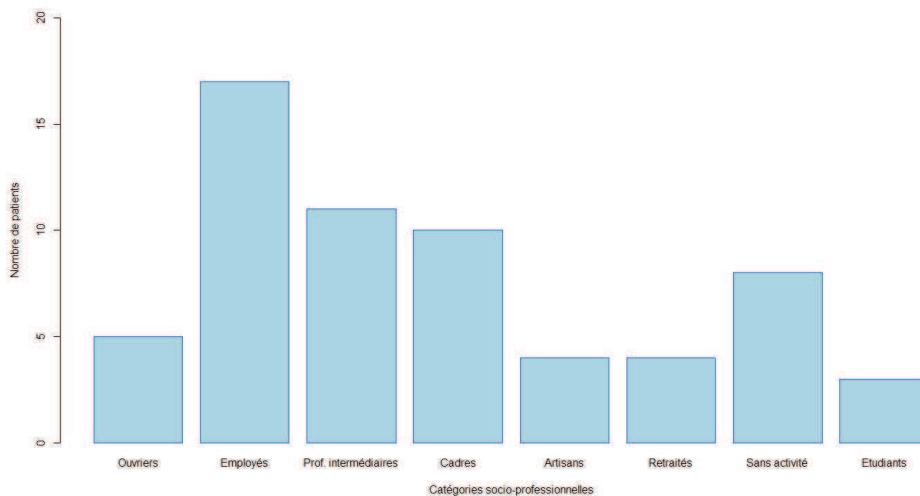


Graphique 3: Profession des patients

Prof. Intermédiaires = professions intermédiaires **Autre** = intermittent du spectacle

La proportion d'enfants était forte (35,6%). Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées étaient celles des employés (11,6%) puis celles des professions intermédiaires (10,8%) (Graphique 3). 10,1% des patients étaient sans activité professionnelle. La catégorie des agriculteurs et des exploitants n'était pas représentée.

Profession des personnes accompagnantes



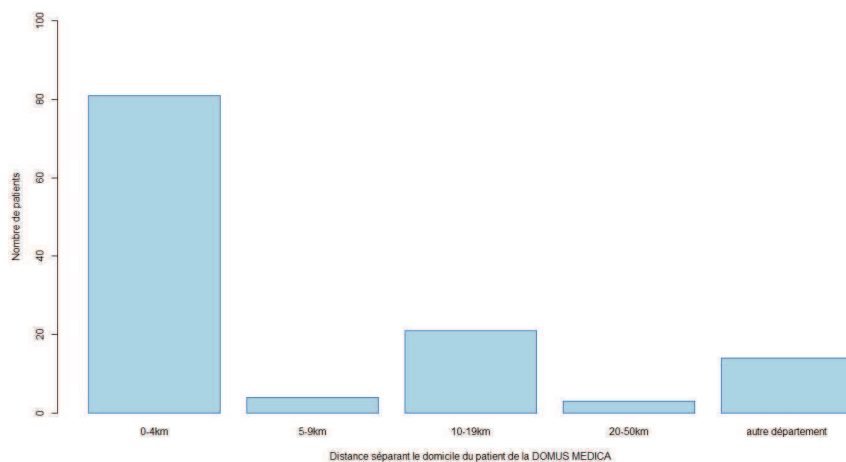
Graphique 4 : Profession des personnes accompagnantes

Prof. Intermédiaires = professions intermédiaires

Chez les personnes accompagnantes, la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée était également celle des employés (25%) puis les professions intermédiaires (16,2%). Les personnes sans activité étaient encore fortement représentées (11,7%). Graphique 4.

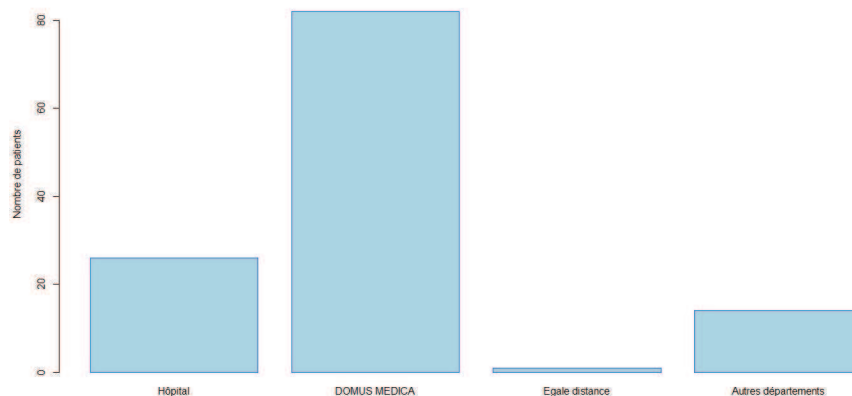
3% des patients et 10,3 % des accompagnants avaient une profession médicale ou paramédicale.

Lieu de résidence des patients et des personnes accompagnantes



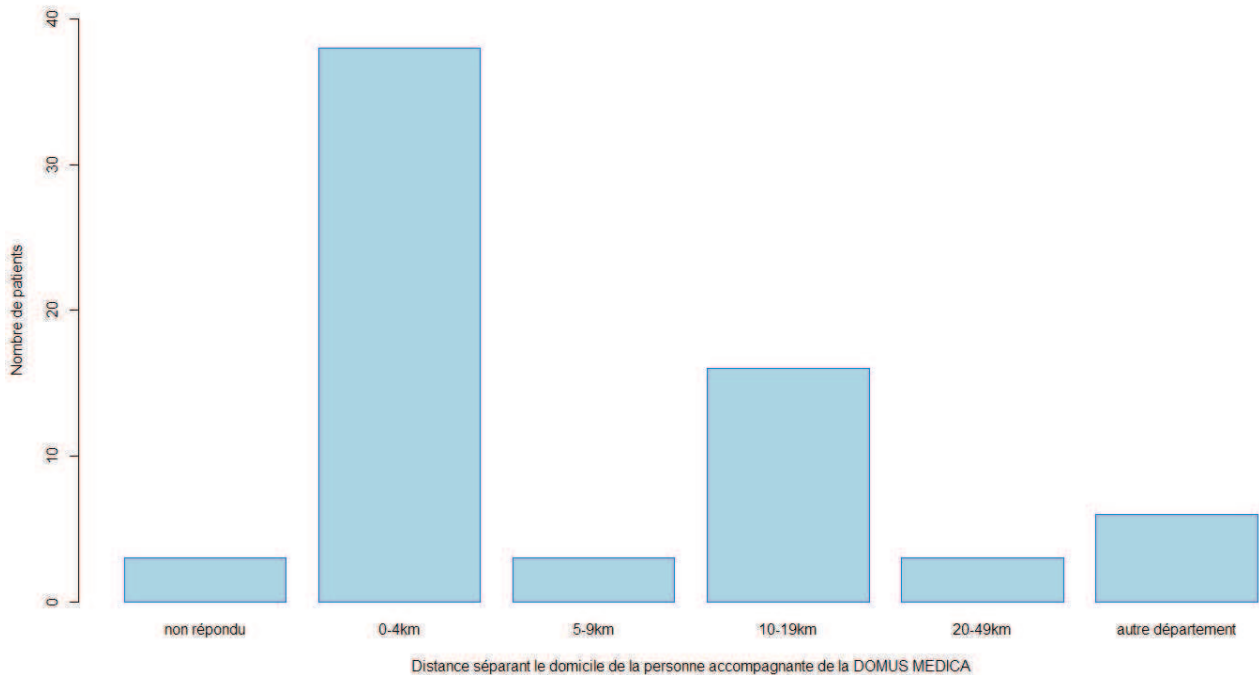
Graphique 5 : Distance entre le domicile du patient et la DOMUS MEDICA

La plupart des patients faisaient moins de 5 km pour consulter à la DOMUS MEDICA. 62,8% des patients habitaient sur la commune du Havre (Graphique 5).



Graphique 6 : Lieu de consultation le plus proche du domicile du patient

66,7% des patients habitaient plus près de la DOMUS MEDICA que de l'hôpital Jacques Monod (Graphique 6).



Graphique 7 : Distance entre le domicile de la personne accompagnante et la DOMUS MEDICA

55% des personnes accompagnantes faisaient également moins de 4 km pour consulter à la DOMUS MEDICA (Graphique 7). 33,8% des personnes habitaient au Havre.

Tableau 3: Secteur de garde du Havre

	<i>Non renseigné</i>	<i>Secteur de garde du Havre</i>	<i>Autre secteur de garde</i>	<i>Autres départements</i>
<i>Nombre de patients (%)</i>	6 (4,6%)	108 (83,7%)	1 (0,8%)	14 (10,9%)
<i>Nombre d'accompagnants (%)</i>	3 (4,3%)	59 (85,5%)	1 (1,5%)	6 (8,7%)

La majorité des patients et des personnes accompagnantes consultaient sur leur secteur de garde.

Lien entre le patient et la personne accompagnante

Tableau 4 : Lien entre le patient et la personne accompagnante

<i>Lien avec le patient</i>	<i>Non répondu</i>	<i>Parents</i>	<i>Grands parents</i>	<i>Enfant</i>	<i>Conjoint</i>	<i>Autre</i>	<i>Famille</i>	<i>Frères & sœurs</i>
<i>Nombre de patients (%)</i>	1 (1,5%)	48 (69,6%)	2 (2,9%)	2 (2,9%)	10 (14,5%)	3 (4,3%)	3 (4,3%)	0

53,5% des patients étaient venus accompagnés à la consultation. La majorité des accompagnants était un membre de la famille proche, le plus souvent les parents et les conjoints (Tableau 4).

Le patient dans le système de soins

Déclaration du médecin traitant

Tableau 5 : Déclaration d'un médecin traitant

	<i>Non renseigné</i>	<i>Médecin Traitant</i>	<i>Pas de médecin traitant</i>	<i>Moins de 16 ans</i>
<i>Nombre de patients (%)</i>	5 (3,9%)	74 (57,4%)	3 (2,32%)	47 (36,4%)
<i>Nombre d'accompagnants (%)</i>	6 (8,7%)	59 (85,5%)	4 (5,8%)	0

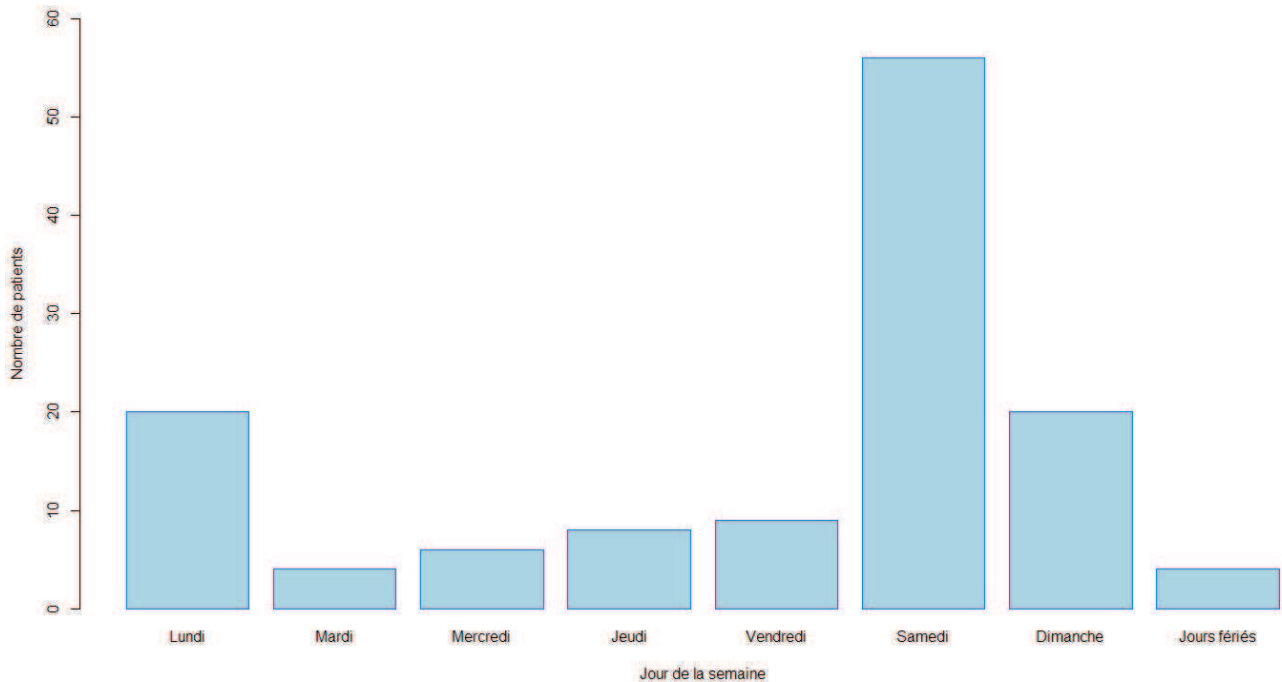
Paiement de la consultation chez le médecin traitant

A la question du paiement de la consultation, une majorité de patients a déclaré payer tout ou partie de la consultation (100 soit 81,3%). 8 patients n'ont pas répondu (6,5%) et 21 patients ont déclaré ne pas payer la consultation (17%).

72,4% des patients déclaraient avoir une mutuelle. 14,6% déclaraient dépendre de la couverture médicale universelle. Un seul patient déclarait avoir une affection de longue durée.

Le recours à la permanence de soins

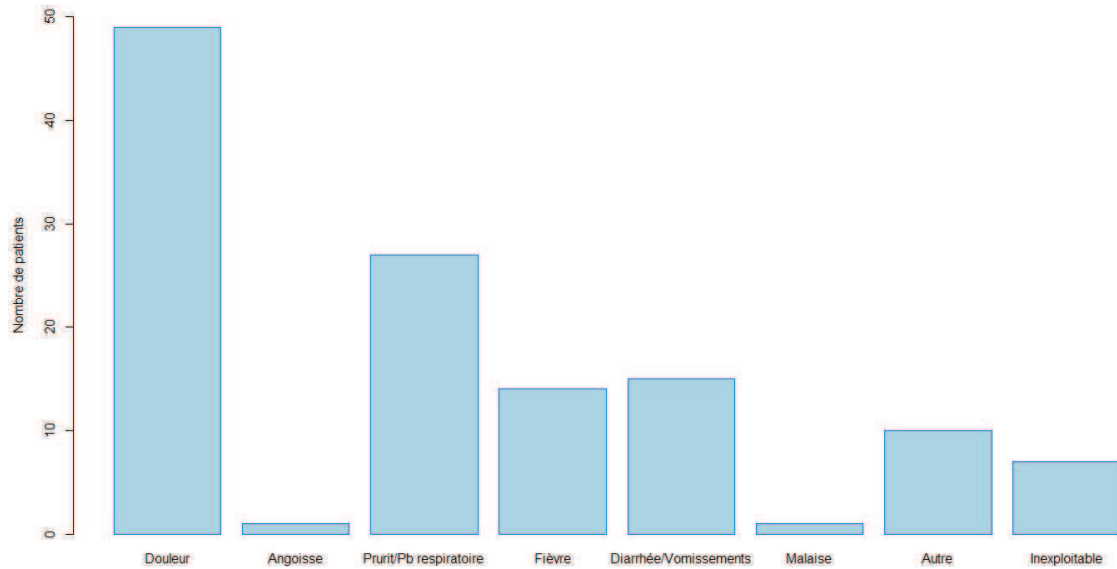
Jour de la consultation à la DOMUS



Graphique 8: Jour de la consultation à la DOMUS MEDICA

Les patients consultaient principalement le samedi (Graphique 8). 15,5% des patients ont consulté le dimanche et le lundi. En comparant avec l'âge, nous avons pu constater que la moyenne d'âge était plus élevée les jours fériés (52 ans) par rapports aux autres jours.

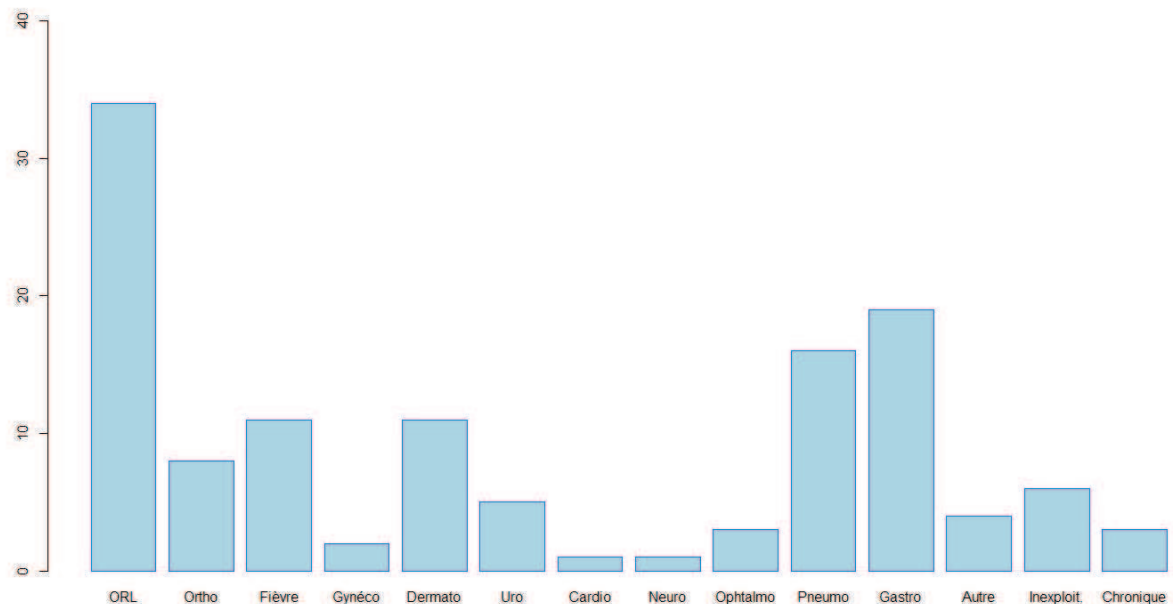
Motif de consultation à la DOMUS



Graphique 9 : Motif de consultation selon la classification de la DREES

Prurit/Pb respiratoire = Démangeaison, difficultés pour respirer

Le principal motif de consultation selon la classification de la DREES était la douleur (Graphique 9).



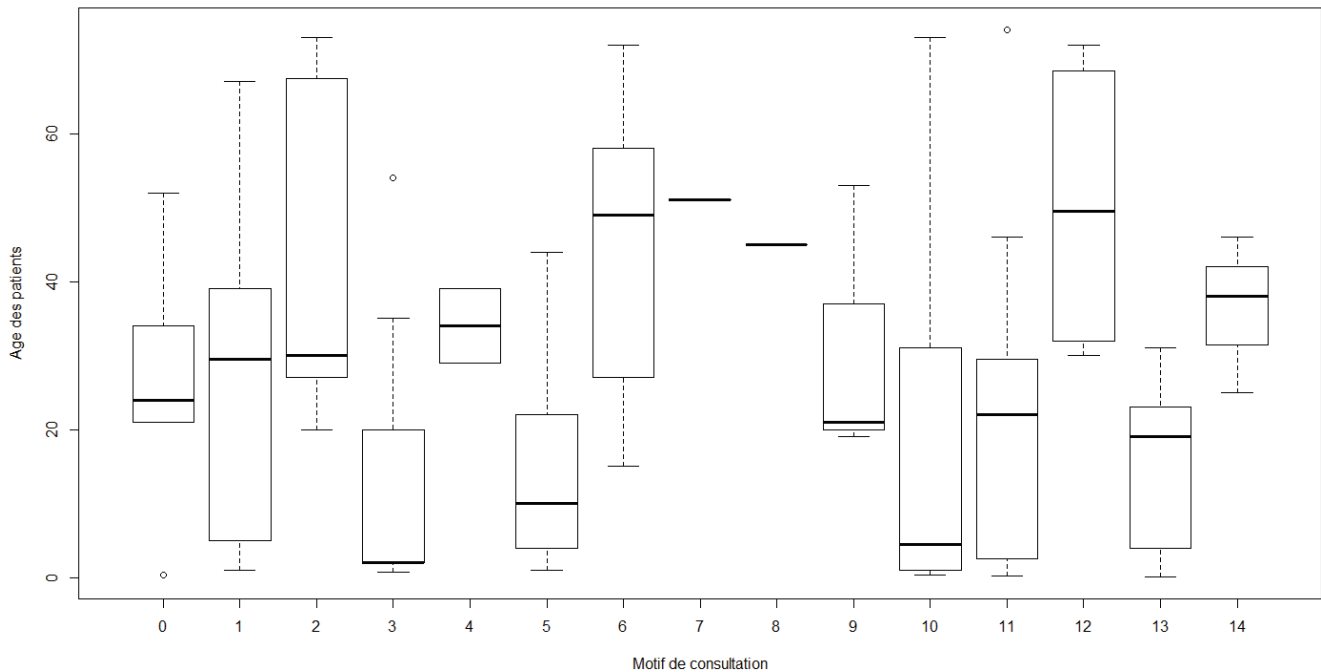
Graphique 10 : Motif de consultation selon une classification par appareil

Fièvre = Infectieux

Inexploit. = Inexploitable

Chronique = Pathologies Chroniques

Les principaux motifs de consultation concernaient l'ORL, la gastroentérologie et la pneumologie (Graphique 10).



Graphique 11 : Motif de consultation selon une classification par appareil en fonction de l'âge

0 = non répondu	8 = neuro
1 = ORL	9 = ophtalmo
2 = Rhumato / ortho	10 = pneumo
3 = infectieux	11 = gastro
4 = gynéco	12 = autre
5 = dermato	13 = inexploitable
6 = uro	14 = pathologie chronique
7 = cardio	

Les motifs de consultation des enfants concernaient principalement l'infectiologie, la dermatologie et la pneumologie (Graphique 11). Les patients de plus de 40 ans consultaient principalement pour de l'urologie, de la cardiologie, de la neurologie.

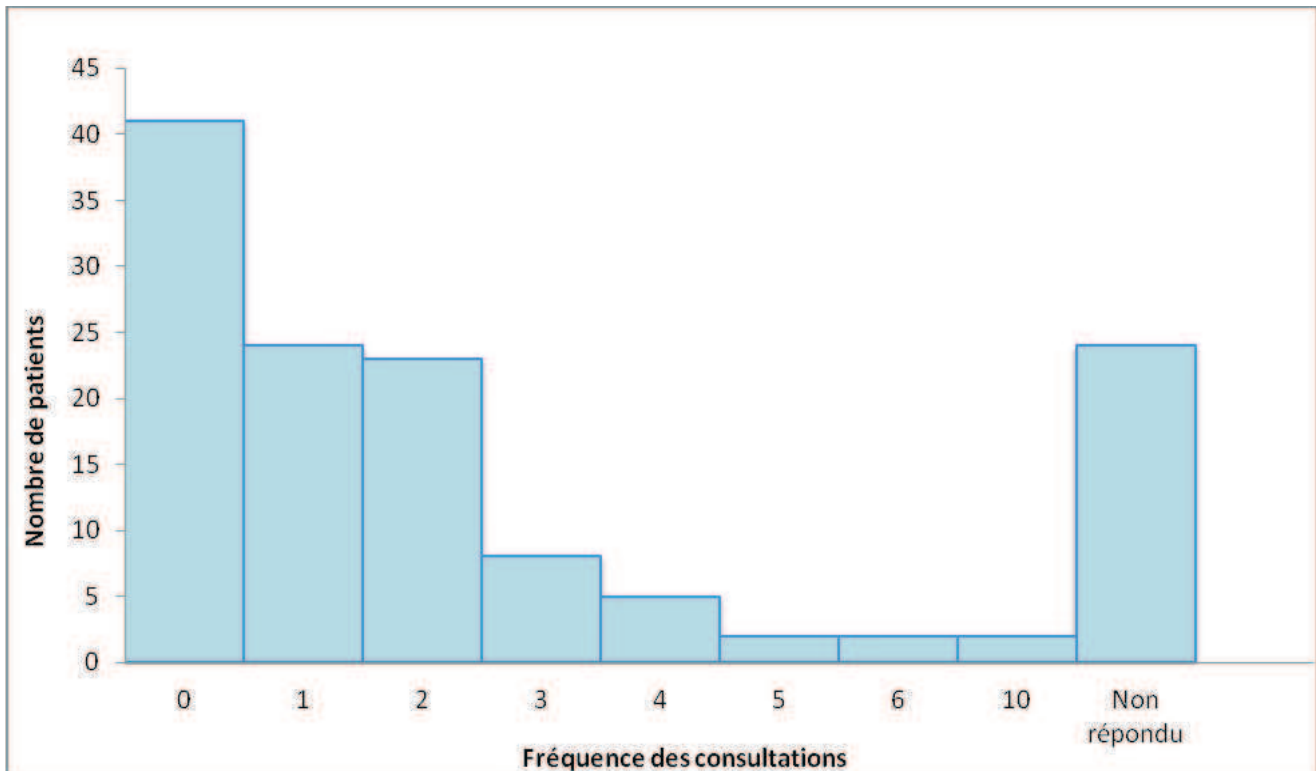
Transport vers la DOMUS

Tableau 6 : Moyen de transport vers la DOMUS MEDICA

Moyen de transport	A pied	En voiture	En taxi	En transport en commun	Autres
Nombre de patients (%)	7 (5,4%)	115 (89,1%)	1 (0,8%)	3 (2,3%)	5 (0,8%)

Les patients venaient principalement consulter par leurs propres moyens à la DOMUS MEDICA (Tableau 6).

Fréquence de consultation de la permanence de soins

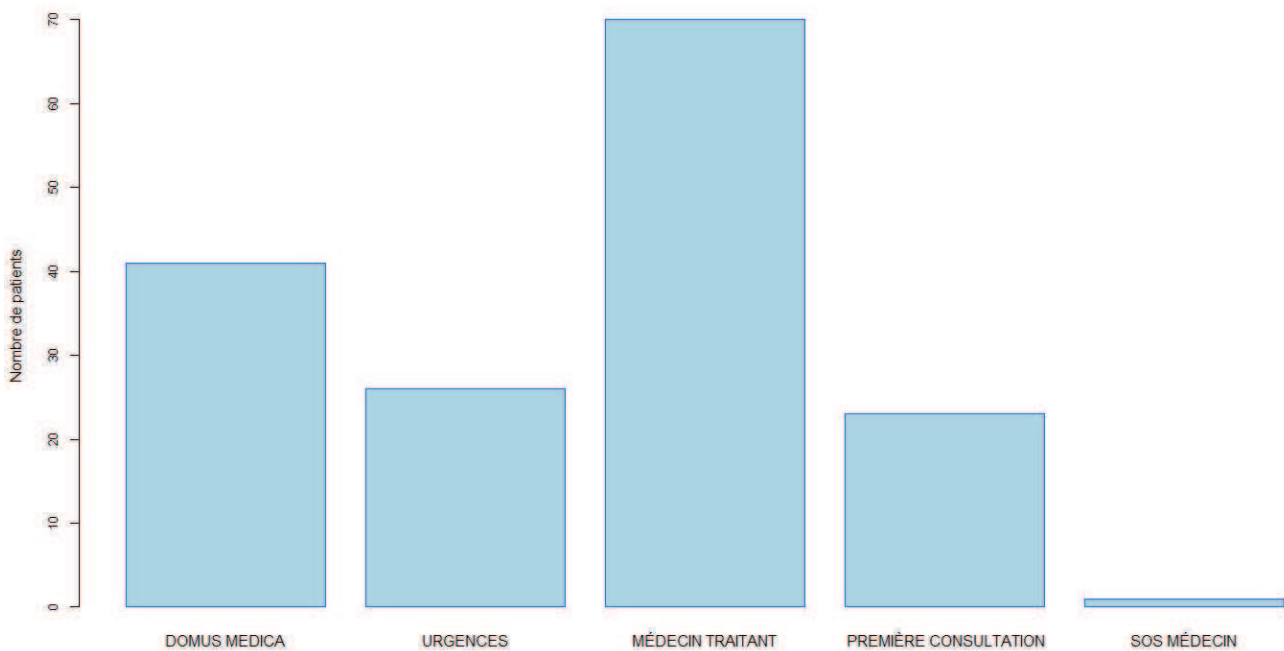


Graphique 12: Fréquence des consultations auprès d'un médecin en urgence depuis un an

38,3% des patients n'avaient jamais consulté de médecin en urgence au cours de l'année écoulée et 22,4% avaient consulté une fois (Graphique 12). 60,4% des patients avaient déjà consulté au moins une fois à la DOMUS MEDICA auparavant.

En comparant avec le sexe, il n'y avait pas de différence entre les hommes et les femmes qui ont consulté une fois en moyenne.

Habitudes de consultation en urgence



Graphique 13 : Habitudes de consultation en urgence

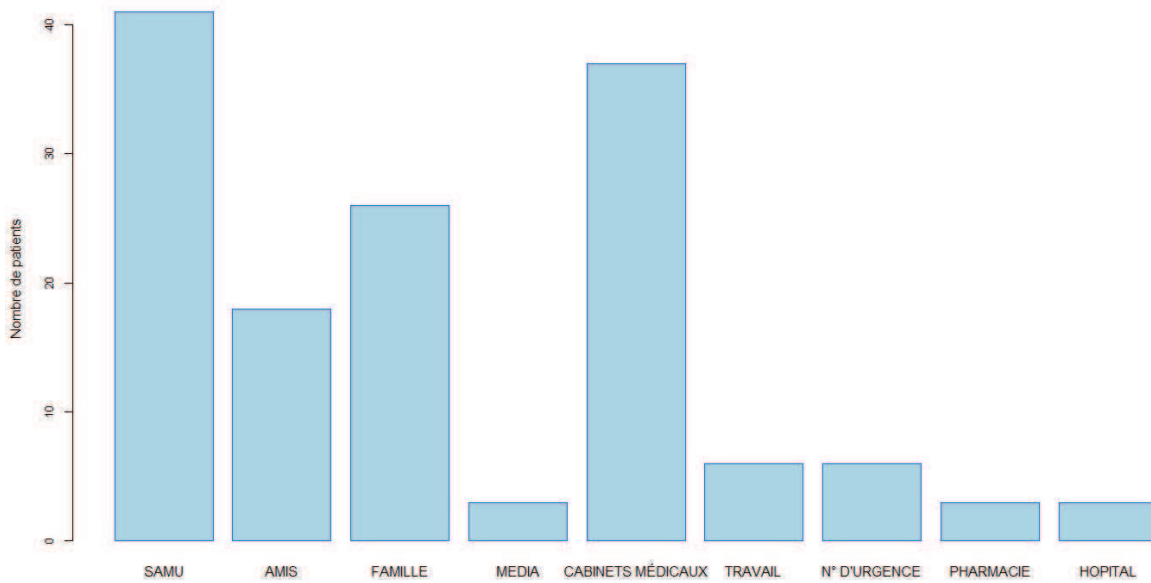
Les patients déclaraient consulter en urgence majoritairement leur médecin traitant (54,3%) et la DOMUS MEDICA (31,7%) (Graphique 13).

Régulation téléphonique

32 patients (24,8%) avaient contacté le 15 avant de venir en consultation et 22 d'entre eux (68,8%) avaient été orientés vers la DOMUS MEDICA. (10 patients n'ont pas noté où les avait orientés le SAMU).

Concernant la régulation par un médecin généraliste, seuls 21 patients (16.3%) ont su noter le numéro de téléphone exact du médecin de garde. 6 ont donné un faux numéro et 102 patients n'ont pas répondu. 83,7% des patients ne connaissent pas le numéro du médecin de garde.

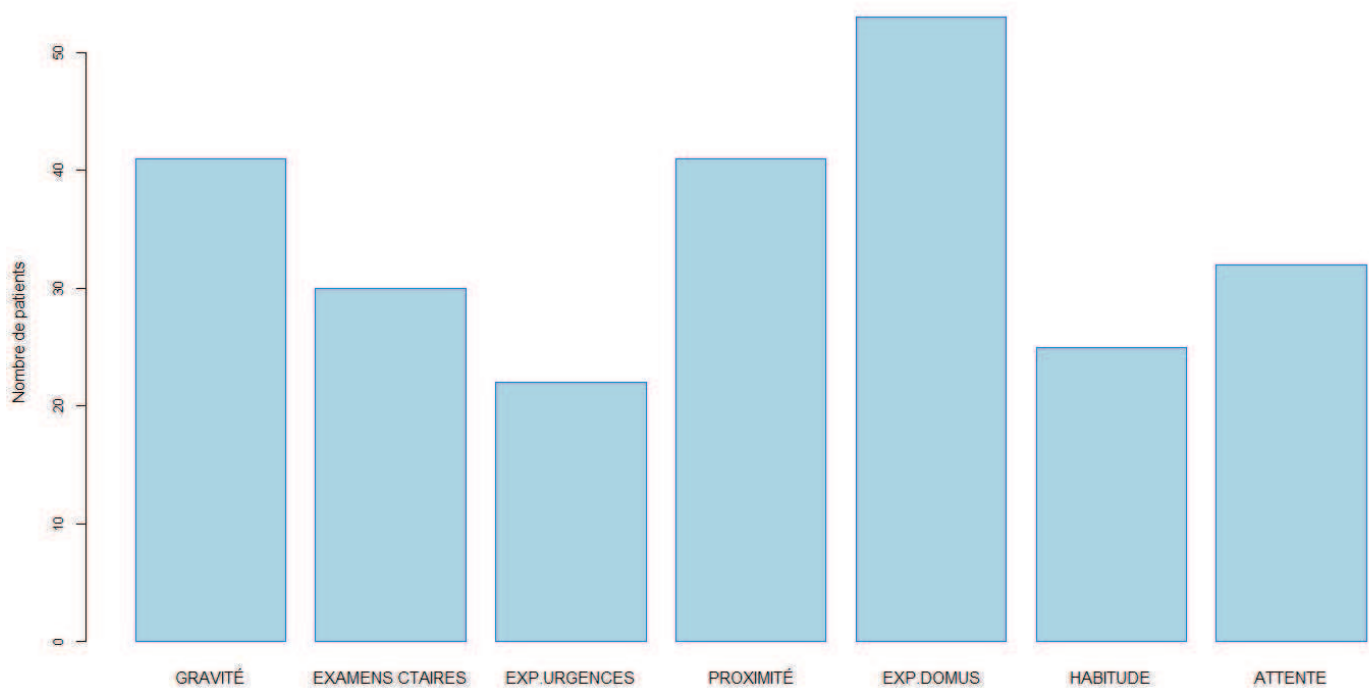
Connaissance de la DOMUS MEDICA



Graphique 14 : Connaissance de la DOMUS MEDICA

31,8% des patients ont connu la DOMUS MEDICA via le SAMU et 27,1% par un cabinet médical (Graphique 14). 17% des patients déclaraient la connaître via leur entourage.

Les raisons d'un choix



Graphique 15 : Les raisons d'un choix de la DOMUS MEDICA

Gravité = peu d'inquiétude par rapport à la maladie

Examens Ctaires = Pas de nécessité d'exams complémentaires

Exp. urgences = Mauvaise expérience d'une consultation aux urgences

Proximité = Proximité de la DOMUS MEDICA par rapport au domicile

Exp. DOMUS = Bonne expérience d'une consultation à la DOMUS

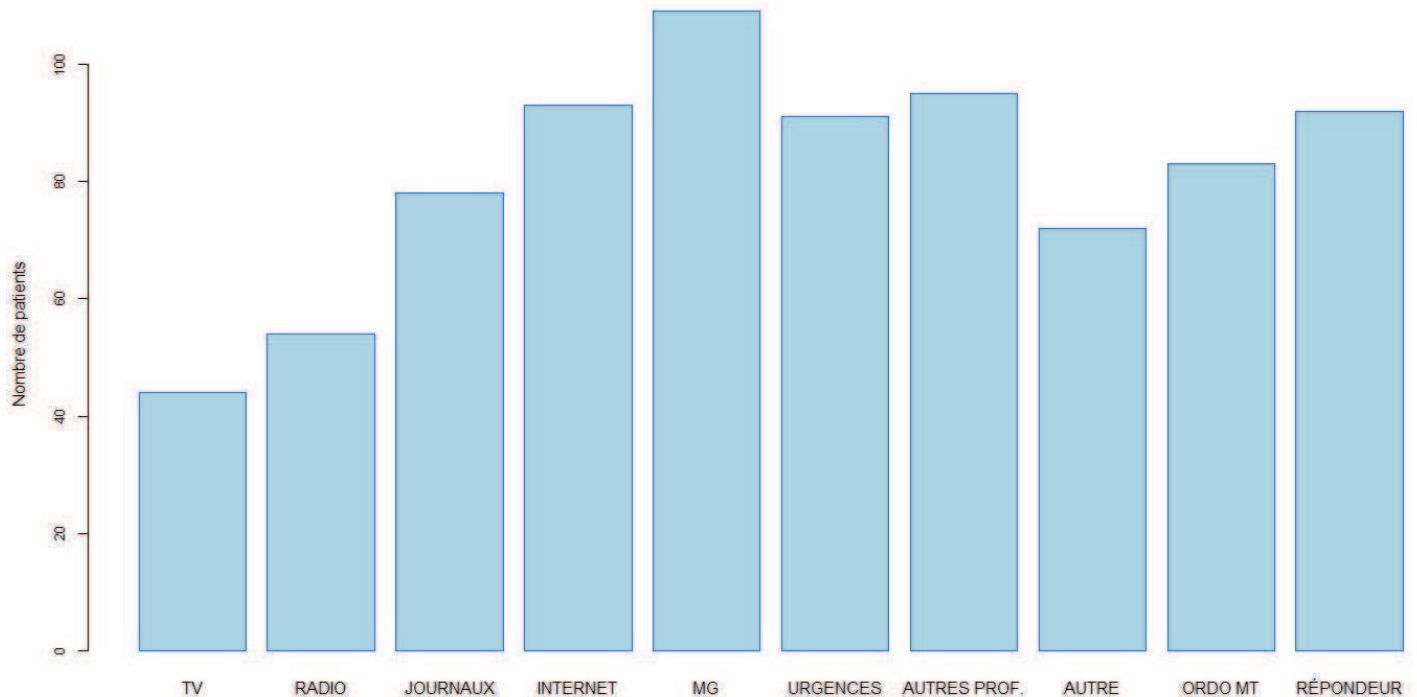
Habitude = Habitude de consulter à la DOMUS MEDICA

Attente = Peu d'attente à la DOMUS MEDICA

On retrouvait comme premier motif de consultation à la DOMUS l'expérience positive d'une consultation antérieure, la proximité du domicile et le peu d'inquiétude par rapport à la gravité de la maladie (Graphique 15).

Promouvoir la DOMUS MEDICA

Quel vecteur d'information choisir ?

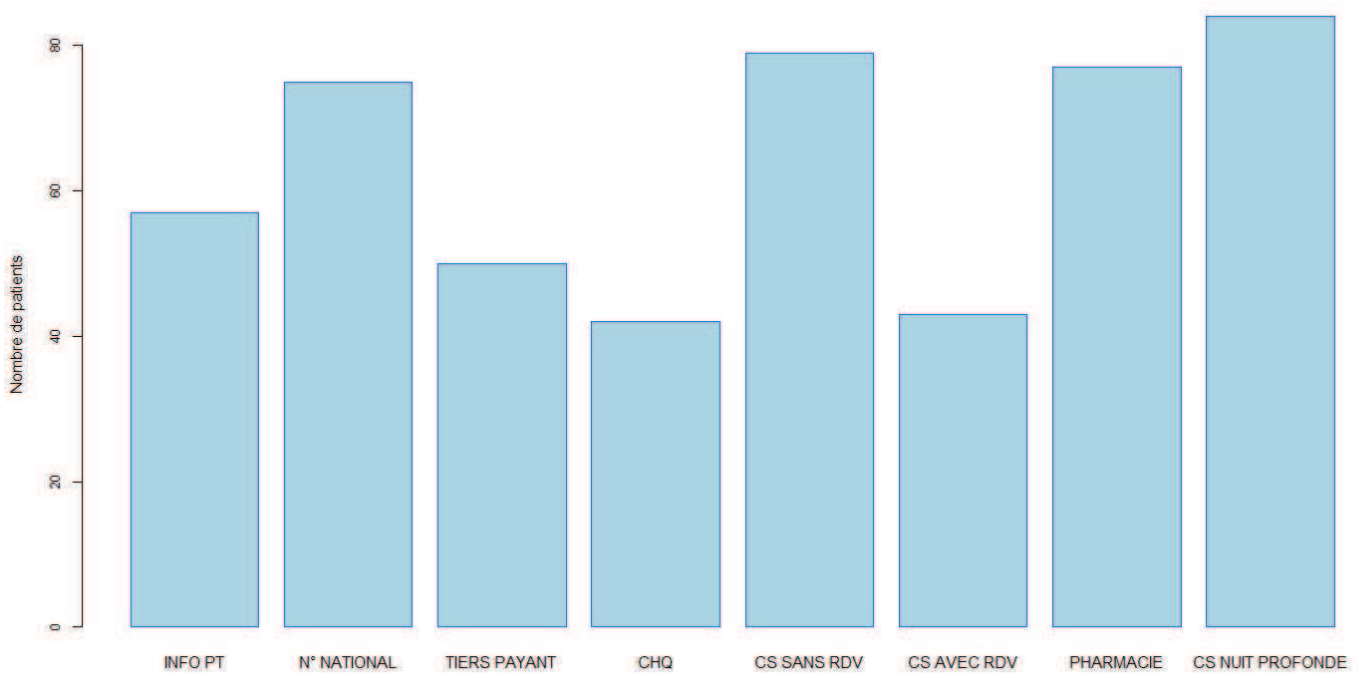


Graphique 16 : Le meilleur vecteur d'informations

TV = Campagne d'information à la télévision	Autres Prof. = Affiche d'information dans les salles d'attente d'autres professionnels de santé (infirmière, kiné, médecins spécialistes...)
Radio = Campagne d'information à la radio	Autre = Affiche d'information dans les lieux fréquentés (commerces, mairies, écoles...)
Journaux = Campagne d'information dans les journaux locaux	Ordo MT = Numéro du médecin de garde sur les ordonnances des médecins généralistes
Internet = Trouver facilement les coordonnées sur internet	Répondeur = Numéro du médecin de garde sur les répondeur des cabinets médicaux
MG = Affiche d'information dans les salles d'attente des médecins généralistes	

Les moyens les plus appréciés par les patients pour faire diffuser l'information ont été l'affichage dans les salles d'attente des médecins traitants, des autres professionnels de santé et des urgences (Graphique 16). Une communication par internet serait selon les patients un bon vecteur d'information. Enfin, certains patients ont proposé une information via les pharmacies.

Quelles modifications sont à apporter à la DOMUS ?



Graphique 17 : Les modifications à apporter pour amener le patient à reconsulter à la DOMUS MEDICA

Info Pt = Campagne d'information auprès des patients

N° National = Numéro national du médecin de garde

Tiers Payant = Mettre en place le tiers payant systématique

CHQ = proposer au patient d'attendre avant l'encaissement du chèque

Cs sans RDV = Favoriser les consultations sans rendez-vous

Cs avec RDV = Favoriser les consultations avec rendez-vous

Pharmacie = Pharmacie de garde à proximité

Cs nuit profonde = Mettre en place des consultations de 0h à 8h

D'après les patients, il serait primordial de mettre en place un numéro national, d'ouvrir les consultations en nuit profonde, de favoriser le rapprochement de la pharmacie de garde près de la DOMUS et d'informer le patient de l'existence d'un médecin de garde en ville (Graphique 17).

Discussion

Le résultat principal

Les usagers de la DOMUS MEDICA sont donc plutôt des femmes, de moins de 40 ans et des enfants. Ils sont originaires de la Seine Maritime et habitent au Havre ou à Sainte-Adresse à moins de 5km du lieu de consultation. Les patients appartiennent à ce secteur de garde. La majorité des patients est active et toutes les catégories professionnelles sont représentées excepté les agriculteurs et exploitants. Les patients ont majoritairement déclaré un médecin traitant. Les caractéristiques démographiques des personnes accompagnantes sont semblables à celles des patients. Ils sont principalement les parents ou les conjoints du patient. Concernant le paiement des consultations, les patients paient tout ou une partie de la consultation et peu déclarent avoir une CMU ou une ALD.

Les patients consultent une fois par an aux horaires de permanence des soins, principalement le week-end et à la DOMUS MEDICA. Ils ont le réflexe de contacter leur médecin traitant en cas de demande médicale urgente aux heures ouvrables. Les usagers de la permanence des soins ambulatoire ne connaissent pas le numéro de téléphone du médecin de garde. Très peu de patients sont régulés par le centre de réception et de régulation des appels. Ils connaissent la DOMUS MEDICA principalement grâce aux affiches dans les cabinets ou aux messages sur le répondeur des médecins. La famille ou les amis restent une bonne source d'information. Ils consultent à la DOMUS MEDICA car ils ont eu une bonne expérience antérieure, que la maison médicale est proche de leur domicile et que leur problème médical semble peu grave.

D'après les patients, il faudrait développer l'affichage chez les médecins et chez les autres professionnels de santé. Mais également renforcer la diffusion du numéro de téléphone du médecin de garde sur les répondeurs des médecins libéraux. Enfin, le numéro du médecin de garde devrait se trouver facilement sur internet. Afin d'améliorer la permanence des soins, il pourrait être envisager de mettre en place des consultations en nuit profonde, de mettre en place un numéro national et d'installer une pharmacie de garde à proximité de la DOMUS MEDICA.

Les limites de l'étude

Le questionnaire

Lors du recueil des données, je me suis aperçue que de nombreux questionnaires avaient été mal remplis. En effet, quand le patient était un enfant ou une personne dépendante, la personne qui a répondu aux questions a souvent répondu pour elle. Et c'est en remplissant la dernière partie concernant la personne accompagnante qu'elle

a pu s'apercevoir que les informations demandées en début de questionnaire (questions 3 à 7) concernaient le patient. J'ai décidé de prendre en compte les données en inversant l'ordre des réponses. Sur ce point, le questionnaire aurait pu être plus clair.

Pour déterminer le jour de la consultation, nous avons demandé aux patients la date de la consultation. Cependant dans notre codage, nous n'avons pas différencié les veilles ou les lendemains de jours fériés. Or en Mai, deux lundi tombaient une veille de jour férié. Cela peut alors probablement expliquer le nombre de consultations importantes du lundi retrouvée dans cette étude.

La question n°2 était une question ouverte, qui concernait le motif de consultation. Ce questionnaire a été rempli par le patient et non par un membre du personnel médical ou paramédical. Le motif de consultation était parfois flou et difficile à intégrer dans nos codages : « enfant malade », « douleur ». C'est pourquoi nous avons décidé de faire deux codages différents, selon la spécialité concernée et selon les motifs de consultations utilisés dans l'étude de la DREES.

La question n°10 portait sur le paiement de la consultation n'a probablement pas été posée correctement. En effet, elle ne laissait pas la possibilité aux patients ayant droit à la CMU de cocher en même temps qu'ils avaient une mutuelle.

Concernant la régulation, une donnée importante est manquante. Nous n'avons pas demandé au patient si celui-ci avait contacté le médecin de garde avant de venir. En effet, le patient devait répondre uniquement s'il avait contacté le 15 avant de venir. Or, les patients consultant à la DOMUS MEDICA ont dû contacter le médecin de garde. Le questionnaire ne permettait de recueillir cette information. Concernant la question sur la connaissance du numéro du médecin de garde, nous n'avons pas différencier les patients qui savaient où le chercher mais qui ne le connaissait pas de mémoire des patients qui ne le connaissait pas.

Les questions n°17, 18 et 19, toutes les trois sous forme de tableau, n'ont pas été entièrement remplies. Il est probable que le questionnaire était trop long. Concernant les résultats de ces tableaux, ils ont été présentés en fusionnant le nombre de réponses « important » et « indispensable » ce qui a pu rajouter un biais dans la précision des résultats.

La dernière page concernait les personnes accompagnantes, si celles-ci avaient pris la décision de venir aux urgences. Nous avons décidé d'interroger la personne qui a choisi d'emmener le patient à la DOMUS MEDICA et qui l'avait décidé à venir consulter. Si pour la pédiatrie les parents sont les décideurs, nous ne nous attendions pas à avoir autant de réponses chez les adultes. L'intitulé n'était probablement pas assez explicite, et beaucoup d'accompagnants ont rempli cette partie sans cette notion de décision.

Le recueil des données

Les questionnaires ont été distribués par les secrétaires de la DOMUS MEDICA et elles devaient récupérer les questionnaires après la consultation. Le recueil dépendait de la motivation des secrétaires et de leur disponibilité. Il existe un biais de recrutement puisque tous les patients passés en consultation n'ont pas répondu au questionnaire (250 exemplaires avaient été distribués et seulement 129 ont été récupérés). De plus, à certaines heures il y a peu d'attente à la DOMUS MEDICA et de nombreux questionnaires sont restés incomplets. Tous les questionnaires ont malgré tout été pris en compte et interprétés.

Il n'a pas été possible de connaître le nombre de patients qui ont refusé de répondre à l'étude ni leurs raisons.

Les points forts de l'étude

L'étude porte sur l'ensemble des lieux de consultation de la permanence de soins ambulatoire du Havre puisqu'à ce jour, seule la DOMUS MEDICA existe sur ce secteur.

La taille de l'échantillon est supérieure à l'effectif requis pour permettre une analyse satisfaisante des données. Les résultats sont donc exploitables.

Une grande partie de notre travail consistait à comparer les usagers des urgences avec ceux de la maison médicale de garde. Les questionnaires avaient donc été élaborés ensemble. Chaque enquête est pourtant indépendante et les résultats peuvent être exploités indépendamment.

Enfin, le type de l'étude, quantitative prospective, permet de répondre parfaitement à l'objectif principal.

Les résultats corrélés aux données de la littérature

Selon le rapport d'activité de l'AMUH de 2011⁹, les patients consultaient également plus le week-end et les jours fériés (78,2%). La population était jeune avec 47,3% des patients de moins de 12 ans et 45% ont entre 18 et 65 ans. La population des plus de 65 ans était peu représentée. Le sexe ratio était de 0,79 en faveur des femmes. Les principaux motifs des consultations étaient des pathologies ORL (27%), de la fièvre ou un état grippal (20%) et des pathologies gastroentérologiques (16%). Les patients habitaient à proximité de la DOMUS MEDICA : 55% des patients venaient du Havre et de Sainte-Adresse.

Une enquête de la DREES¹⁶ a interrogé des patients examinés en urgences par des médecins généralistes. Les patients jeunes étaient plus représentés que les plus de 70 ans. Le recours au médecin de garde était rarement pour des problèmes de traumatologie mais plutôt pour des pathologies aiguës de maladie infectieuse, ORL, ophtalmologie, stomatologie, gastroentérologie et de rhumatologie. Les symptômes qui amenaient les patients à consulter étaient principalement des douleurs, une gêne respiratoire, des démangeaisons, de la fièvre et de l'angoisse. Les enfants de moins de 2 ans consultaient surtout pour une gêne, de la fièvre, de la diarrhée ou des vomissements. Les personnes âgées consultaient principalement pour de l'angoisse. Le sentiment de gravité n'était mentionné que dans 1 cas sur 3. Seulement 8% des patients avaient droit à la CMU. Enfin, 15% des patients jugeaient le temps d'attente pour une consultation ou une visite à domicile comme excessive et le taux atteignait 25% pour les patients qui consultent la nuit.

Une évaluation a été réalisée à la demande de l'AMUH en 2002¹⁷. La population étudiée dans cette étude n'était pas la même que la nôtre puisque 500 havrais ont été interrogés par téléphone. Les patients étaient contrairement à notre étude plus souvent des hommes (59,6%). La moyenne d'âge était de 49 ans. 50,2% des personnes appartenaient à la population active, 19% étaient des étudiants. 88% n'avaient jamais entendu parler de la DOMUS MEDICA. Parmi les 65 personnes qui connaissaient la DOMUS, 34% ne savaient pas d'y rendre et 57% n'y avaient jamais consulté. 43% des personnes ne connaissaient pas le numéro de téléphone de garde et ne savait pas où le trouver. Concernant l'amélioration à apporter, les patients retenaient principalement la rapidité d'intervention et la disponibilité des médecins. Le temps d'attente et la qualité de l'accueil leur paraissaient « satisfaisante » voire « très satisfaisante ». L'accessibilité par eux mêmes leur paraissait « facile » voire « très facile ».

Les données de notre étude sont très comparables aux données de la littérature en ce qui concerne les caractéristiques de la population qui consultent le médecin de garde. Concernant la connaissance de la permanence des soins du Havre, la DOMUS MEDICA reste méconnue et le constat est le même qu'il y a dix ans. Les patients n'ont pas le réflexe de contacter le médecin de garde et très peu connaissent le numéro de

téléphone. Cependant, les patients qui consultent à la DOMUS MEDICA semblent plutôt satisfaits des services qu'elle propose.

Comparaison des résultats avec la thèse d'Elsa GRIFFIN sur les caractéristiques démographiques des usagers des urgences du Havre.

Caractéristiques de la population

La population des urgences est un peu plus jeune avec une proportion de patient de moins de 16 ans plus importante. Les patients sont majoritairement de sexe masculin contrairement à mon enquête. Mais les personnes accompagnantes sont le plus souvent des femmes. Les patients sont originaires de la région dans les deux populations. La population des urgences comptabilise 64,8% d'actifs parmi les adultes contre 80,3% des usagers de la PDSA. Les agriculteurs ne sont pas représentés dans les deux populations. Les deux populations sont donc différentes et se distinguent par le travail et le sexe.

L'autre principale différence concerne le lieu d'habitation des patients. Les patients qui consultent aux urgences habitent à la campagne ou en périphérie de la ville. Ils habitent plus près de l'hôpital alors que les patients de la maison médicale sont à proximité de la DOMUS. Le choix du lieu de consultation dépend aussi de la proximité du domicile. Il peut paraître cohérent de s'arrêter à l'hôpital quand il se trouve sur la route pour aller à la maison médicale de garde. De plus, actuellement, de nombreux travaux de rénovation des infrastructures de l'entrée du Havre et de mise en place de la ligne de tramway sont en cours ce qui complique considérablement les déplacements en centre ville. La majorité des patients de chaque population consulte dans les lieux de son secteur de permanence des soins.

Patient dans le système de soins

Les patients des deux populations respectent le parcours de soins puisque la majorité déclare un médecin traitant à la sécurité sociale. Concernant les données économiques, les deux populations semblent comparables : la majorité paie les consultations et déclare avoir une mutuelle. Un patient sur cinq déclare avoir droit à la CMU (8,8% des assurés de la caisse primaire d'assurance maladie de la CODAH sont couverts par la CMU complémentaire en 2008). Cependant, on peut penser que l'avance des frais à la maison médicale de garde n'est pas un obstacle majeur pour les patients. La gratuité des soins ne semble pas être une priorité dans le choix du lieu de consultation. Dans la thèse d'Elsa GRIFFIN, elle arrive en huitième position quand on interroge les patients sur leurs critères de choix du lieu de la consultation. Il est cependant primordial de continuer à développer le tiers payant.

Recours aux soins aux horaires de PDS

Les usagers des urgences ont tendance à consulter plus fréquemment que les patients de la DOMUS MEDICA mais les jours d'affluence sont comparables (samedi, dimanche et jours fériés). De plus, chaque groupe de population consulte dans le lieu où il en a l'habitude mais garde le réflexe de consulter son médecin traitant en cas de demande urgente aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux.

Les motifs de consultations sont propres à chaque lieu puisque comme dans beaucoup d'enquête, les motifs de recours aux urgences concernent principalement la traumatologie contrairement à la maison médicale où les patients consultent pour de la pathologie aiguë ORL ou gastroentérologique.

La connaissance de la DOMUS MEDICA est très variable entre les deux populations : 70% des patients des urgences ne la connaissent pas. Pour ceux qui la connaissent, les patients sont le plus souvent informés par leur famille. Les usagers des urgences déclarent être peu informés par les cabinets médicaux ou par leur médecin traitant alors que les patients qui consultent à la DOMUS déclarent ce vecteur d'information en premier.

Dans les deux études, on remarque qu'un des points faibles de la permanence des soins au Havre reste le manque de recours à la régulation. En effet, les usagers des urgences viennent de leur propre initiative sans avis téléphonique préalable. L'immense majorité des patients des deux populations ne connaît pas le numéro du médecin de garde en ville.

Les raisons qui poussent les patients à choisir les urgences plutôt que la maison médicale de garde sont d'abord l'inquiétude par rapport à la maladie, la possibilité d'avoir recours à des examens complémentaires, la proximité et une bonne expérience des consultations aux urgences.

Comment améliorer la PDS ?

Devant la méconnaissance importante de la permanence des soins ambulatoire, une information doit être mise en place pour faire connaître la notion de médecin de garde en ville et pour diffuser le numéro de téléphone de la régulation ambulatoire. D'après les patients des deux populations, les moyens les plus prisés sont des affiches à diffuser dans les cabinets des médecins généralistes, dans les salles d'attente des urgences et chez les autres professionnels de santé.

Afin de valoriser la permanence des soins ambulatoire, les attentes des patients sont les mêmes : favoriser les consultations sans rendez vous qui pourrait être étendues à la nuit profonde, mettre en place un numéro de téléphone simple national et mettre en place une pharmacie de garde à proximité.

Dans la thèse de P. Deleplace¹⁸, sur la permanence des soins en Haute-Garonne en 2006, à la maison médicale de garde ou aux urgences, le nombre de consultants était plus important les week-ends. L'étude ne prenait pas en compte les moins de 16 ans. La moitié des patients avaient entre 26 et 40 ans dans les deux structures. Les traumatismes étaient le premier motif de consultation aux urgences alors qu'il s'agissait des pathologies ORL à la maison médicale de garde. Les patients sans diplôme ou ayant un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) ou un brevet d'études professionnelles (BEP) étaient retrouvés plus souvent aux urgences. Les patients ayant un bac +2 et plus étaient plus fréquents à la maison médicale de garde. Parmi les patients disant avoir appelé le 15, ils seraient 92,5% à avoir respecté le conseil donné.

Quelles pourraient être les solutions pour optimiser la PDS ambulatoire ?

Une organisation plus globale et homogène^{19, 20,21}

Analyser les besoins de la population région par région est une priorité afin d'adapter au mieux les offres à la demande.

Il semble important de renforcer le dialogue entre les professionnels de santé et un interlocuteur unique. L'ARS est déjà au cœur du dispositif et pourrait être garante du pilotage de celui-ci. Elle obligerait une mise à jour régulière du cahier des charges dans tous les départements.

Il faut développer une organisation lisible sur chaque territoire, recentrer l'activité de la PDS libérale sur la tranche horaire 20h – 24h et au-delà assurer une complémentarité avec les lieux d'accueils de la PDS (maison médicale, maison pluridisciplinaire, hôpitaux). Une fusion des secteurs entre 0h et 8h pourrait être organisée pour pallier le déficit de permanence des soins en nuit profonde.

80 % des départements ont déjà rajouté le samedi après-midi dans leurs horaires de PDS en 2010²². Cependant, des lieux de consultations dans certains départements ruraux restent non indemnisés pour l'activité du samedi après-midi. Un financement pérenne pour les maisons médicales ou les lieux de permanence des soins est primordial pour maintenir le dispositif.

Revoir les modalités de financement pour valoriser l'engagement des médecins pourrait être envisagé. Il semblerait intéressant de sortir du dispositif conventionnel pour mettre en œuvre d'autres modalités telles que le paiement forfaitaire.

Un manque de médecins volontaires est à venir. Il est nécessaire de permettre à d'autres médecins de participer à la PDS : les remplaçants, les médecins des centres de

santé, les jeunes retraités. De plus, l'amélioration de la formation initiale et continue des médecins généralistes de 1er recours à la permanence des soins est indispensable. Cela permettra de familiariser les internes à l'exercice médical lors de la PDS au cours du stage de niveau 1 en supervision directe par le maître de stage puis en supervision indirecte au cours du Stage en Soins Primaires en Autonomie Supervisé (SASPAS).

La régulation

La régulation des appels doit être développée pour qu'elle soit le pivot de l'organisation de la permanence des soins. Dans le rapport Hubert¹⁹, un recours systématique à la régulation est préconisé avant la consultation. Il faudrait instituer un numéro spécifique pour la permanence des soins ambulatoire en parallèle du 15 qui soit simple et national. Le modèle de régulation de la Franche-Comté, en place depuis 2004 et avec un numéro à 4 chiffres depuis 2008, doit servir d'exemple.

Cette mesure s'accompagnerait obligatoirement de la mise en place d'une formation des médecins à la régulation, initiale, lors des études, puis continue. Cela nécessiterait également la présence de plusieurs médecins régulateurs par garde.

Une autre proposition du rapport Hubert est à envisager : la réorientation des patients à l'entrée des urgences. Une enquête de M. Calvo à Marseille²³ compare les populations consultant au service d'accueil des urgences de La Conception et aux permanences médicales de l'Octroi et de la Valentine. Parmi les consultants des urgences, 68,2% accepteraient le principe de la réorientation, mais le pourcentage diminue à 60% lorsqu'on évoque la nécessité de se déplacer vers une structure extérieure à l'hôpital. Ces patients émettent certaines conditions : proximité de la structure (13,7%), garantie de la prise en charge (17,6%), accord du médecin des urgences (5,9%). Il continue à diminuer à 47% si ce déplacement est à la charge du patient. Parmi les consultants qui n'adhèrent pas, à priori, au principe de la réorientation (31,8%), près de 41% d'entre eux sont prêts à payer un supplément financier pour être tout de même soignés au SAU.

Une autre étude²⁴ a eu pour but d'étudier la réorientation des patients consultants aux urgences vers les structures de permanence des soins. Le profil des patients décrit une personne jeune (moyenne 36 ans), qui habite près de l'hôpital et qui se déplace par ses propres moyens. Il bénéficie d'une couverture sociale et il a un médecin traitant déclaré. Il n'a aucune connaissance sur l'organisation du système de soins. Dans ces circonstances, 7 patients sur 10 acceptent d'être réorientés, et parmi eux, seul 1 sur 3 a finalement consulté en ambulatoire. Les autres ont préféré attendre le lendemain pour voir le médecin traitant.

La réorientation des patients semble donc être une solution intéressante. Pour la développer, cela nécessiterait de former plus de médecins urgentistes, alors qu'ils sont

déjà peu nombreux. Cela nécessiterait également une structure de permanence des soins qui fonctionne.

Enfin, le rapport Hubert encourage également la télémédecine. Il s'agit de développer des consultations, des expertises, des surveillances et une assistance médicale à distance. Ces missions doivent être clairement établies et faire l'objet d'un protocole national ou faire l'objet d'un contrat avec l'ARS²⁵. La régulation médicale par les centres de réception et de régulation des appels fait partie de la télémédecine, mais est strictement contrôlée. Il n'y a pas actuellement d'exemple de téléconsultations en urgence en France, mais cela pourrait devenir une solution.

Améliorer les maisons médicales de gardes

Pour les médecins généralistes, la création des maisons médicales de garde leur a permis de se regrouper, améliorant ainsi leurs conditions de travail. Actuellement, le fonctionnement, l'organisation et le financement des maisons médicales est très hétérogène sur toute la France. Cependant il est nécessaire qu'elle s'adapte aux besoins de la population concernée. Le rapport du Dr Graal en 2006 sur les maisons médicales de garde a montré qu'un point fixe de consultations réalisées par des médecins libéraux permet une meilleure remédicalisation de la zone, une réimplication des médecins dans la permanence des soins et une meilleure utilisation du système par les usagers.

Dans une étude sur les maisons médicales de garde¹⁰, la moitié des maisons médicales fonctionnelles se localisent au sein même des établissements de santé. Cela met en évidence le besoin réel d'une coopération ville hôpital dans la prise en charge des soins non programmés. Dans une thèse²⁶ portant sur l'impact de l'ouverture des maisons médicales de garde sur la fréquentation des services des urgences, la collaboration entre le service des urgences et la maison médicale est mise en avant. Ils ont organisé une réorientation des patients vers la maison médicale et inversement par une infirmière d'accueil en fonction de la demande des patients. De plus, ils partagent des locaux et infrastructures mais aussi du personnel non médical (ménage, sécurité, secrétariat).

D'autre part, selon l'étude sur les maisons médicales de gardes¹⁰, très peu se sont installées dans les zones rurales. Actuellement, les professionnels ont une mauvaise vision des dispositifs en place et il n'existe aucune planification de cette nouvelle offre de soin. Il serait donc intéressant de recenser les maisons médicales déjà installées, de connaître leur organisation et de retenir leurs points forts pour développer de nouvelles installations dans des zones démunies.

Education des patients

Le rapport de la cour des comptes de 2007 sur la sécurité sociale montre que les services d'urgence sont devenus un service de consultations non programmées. Cela met en évidence une méconnaissance du patient de l'organisation de la permanence des soins.

La notion d'urgence est bien différente en fonction du point de vue duquel on se place : pour l'urgentiste, l'urgence est d'abord une urgence vitale. Pour le généraliste, il s'agit d'une demande de consultation non programmée qui interrompt son activité. Enfin, pour le patient, l'urgence est synonyme de rapidité d'intervention. La notion de gravité n'étant pas forcément au premier plan.

En effet, une étude de santé publique de 2004, sur les attitudes et comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie²⁷, a montré que les modalités de recours aux soins sont différentes selon la période de la journée et selon le ressenti de la situation. En effet, en cas de situation ressentie comme non urgente, en semaine, 86,7% des patients ont recours à la médecine de ville. Et en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux, 24,8% déclarent consulter en urgence et seulement 18,8% ont recours au médecin de garde (80,4% vont directement dans un service des urgences). Ce constat est encore plus important en cas de demande de soins ressentie comme urgente où alors 70,5% consultent en urgence dont la moitié va directement dans un service d'urgence. Seulement 27,7% des patients ont recours à la médecine de ville. Dans cette même étude, 57% des patients déclarent avoir un médecin traitant mais ne savent pas s'il prend des gardes. En ce qui concerne la régulation, 73% des usagers se présentent dans un service d'urgence sans avoir vu un médecin au préalable. Et 67,3% des patients ont recours aux urgences dans l'heure qui a suivi le problème.

Ce constat a été le même au cours de l'évaluation de l'AMUH en 2002¹⁷ où, en cas de douleur abdominale, 66% des personnes interrogées déclarent consulter leur médecin traitant (13% vont aux urgences) en semaine. Le week-end et les jours fériés ils ne sont plus que 27% à consulter leur médecin traitant (36% vont aux urgences). Seulement 1% des personnes interrogées consultent à la DOMUS MEDICA.

Il semble donc primordial d'éduquer les patients afin qu'ils prennent l'habitude de téléphoner au médecin de garde de ville avant toute consultation. Cela permettra de les orienter au mieux et de mettre en place une réponse adaptée à leur demande. De plus, il est important de sensibiliser les patients à la notion d'urgence. Mais cette tâche semble difficile à mettre en œuvre.

Organisation spécifique à la DOMUS

Comme l'étude l'a mise en évidence, il existe une réelle méconnaissance du numéro de téléphone et de l'existence même du médecin de garde au Havre. Cependant, des campagnes d'informations ont déjà eu lieu dans la presse locale²⁸ par l'AMUH en 2011 ou par le service des urgences pédiatriques après leur déménagement en 2010 par un feuillet d'information destiné aux parents (Annexe 11). En 2012, malgré cela, la permanence des soins du Havre reste méconnue. Une affiche renseignant sur le numéro de téléphone du médecin de garde devrait être mise en place et affichée dans les cabinets médicaux, les salles d'attente des urgences, des cabinets d'autres professionnels de santé et dans les pharmacies. L'affiche de l'ARS, mise à jour cette année, pourrait être utilisée et largement diffusée (Annexe 2).

Des réflexions sont actuellement en cours en ce qui concerne les locaux de la DOMUS MEDICA. En effet, ils sont fonctionnels mais petits. Chaque pièce possède plusieurs fonctions. Un espace plus adapté devrait permettre de faciliter le travail de l'AMUH. De plus, un accès handicapé doit être mis en place²³.

Il semble important également de mettre en cohérence les dispositifs de garde des pharmacies. En effet, cela pourrait permettre au patient de se rendre plus facilement à la pharmacie de garde afin qu'il ne retransverse pas toute la ville pour aller récupérer sa prescription.

Il pourrait être mis en place une procédure de réorientation formalisée des patients entre les urgences hospitalières et la DOMUS MEDICA.

Enfin, devant la saturation des services hospitaliers et de la DOMUS MEDICA, pourquoi ne pas envisager de créer une nouvelle maison médicale de garde, plus en périphérie, à proximité de l'hôpital Monod, voire au sein de l'hôpital. Il faudrait alors trouver des financements pérennes pour cette structure et surtout des médecins, régulateurs pour faire face à l'afflux d'appels, et généralistes pour assurer la consultation. Cela nécessiterait également des locaux et du personnel administratif. Mais cette idée n'est peut-être pas une solution. Elle pourrait créer une nouvelle offre de soins, une nouvelle demande et le problème de saturation pourrait se présenter de nouveau dans quelques années.

Conclusion

Cette thèse avait pour but de mieux connaître les usagers de la permanence des soins et de faire un état des lieux de leurs connaissances.

Les usagers de la DOMUS MEDICA habitent au Havre ou à proximité. C'est une population jeune avec une majorité de femmes et d'enfants. Ils consultent peu lors de la permanence des soins, principalement le week-end, à la DOMUS MEDICA. Ils consultent en urgence leur médecin traitant en priorité. Ils connaissent la maison médicale de garde par des amis ou de la famille et y viennent car elle est proche de chez eux et car ils ont une bonne expérience antérieure. Mais les patients ne connaissent pas le numéro de téléphone du médecin de garde et très peu appellent le 15 avant de consulter. L'amélioration de la permanence de garde doit, selon eux, passer par une information massive sur le numéro du médecin de garde par affichage dans les lieux de consultation.

Les caractéristiques démographiques des usagers des urgences et des usagers de la maison médicale sont différentes. Leurs principales différences reposent sur le sexe, le travail mais aussi sur le lieu d'habitation. Les patients consultant à la DOMUS MEDICA sont principalement des havrais alors que les patients des urgences habitent plutôt à la campagne ou en périphérie de la ville du Havre.

Les choses ont peu évolué depuis 10 ans et la méconnaissance de la DOMUS MEDICA par la population havraise persiste. Une information adaptée et une éducation des patients sont nécessaires. Il est primordial que les patients aient le réflexe de passer par la régulation avant toute consultation en urgence.

De plus, il pourrait être envisagé de créer une deuxième maison médicale qui répondrait à la demande d'une population un peu différente des usagers de la DOMUS MEDICA qui serait celle des urgences actuelle. Celle-ci pourrait être construite en périphérie de la ville, à proximité de l'hôpital, et avoir une organisation différente de la maison médicale de garde actuelle.

Il s'agit d'un travail préliminaire en vue d'une meilleure organisation de la permanence des soins au Havre, mais qui est insuffisant pour réformer ce qui existe actuellement. En effet, d'autres études complémentaires seraient nécessaires et en particulier une étude qualitative sur les attentes des médecins à propos de la permanence des soins.

Bibliographie

1. Gallois P., Vallée J.-P., Le Noc Y. Médecine générale en crise : faits et questions. Médecine 2006 Volume 2 (Numéro 5) 223-228.

<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/19/3E/resume.phtml>

2. Le Breton-Lerouillois G., Romestaing P., Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2011 - Conseil National de l'Ordre des Médecins, janvier 2012.

3. Le Breton-Lerouillois G., Romestaing P., La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie - Situation au 1er juin 2011 - Conseil National de l'Ordre des Médecins, janvier 2012.

4. ISNAR-IMG, Enquête nationale sur le souhait d'exercice des internes de médecine générale, janvier 2011.

5. Code de déontologie médicale, article 77.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-77-permanence-de-soins-obligations-301>

6. Code de la santé publique, partie réglementaire, sixième partie, livre III, titre Ier, Chapitre Y, article R6315-1 à R6315-6, texte en vigueur au 14 septembre 2012.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000022059891&idSectionTA=LEGISCTA000006190917&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120909>

7. Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence de soins en médecine générale en janvier 2012 - Conseil National de l'ordre des médecins, 2012.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/ENQUETE%20PDS%202011.pdf>

8. Dispositif de la permanence des soins en médecine ambulatoire Cahier des charges régional Région Haute Normandie Département de Seine Maritime, Agence régionale de santé de Haute Normandie, 30 janvier 2012.

http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/SoinsEtAccompagnement/permanence_des_soins_ambulatoire/PDSA_76_CCHG_VDF_20120306.pdf

9. Dumouchel B, Rapport d'activité de l'AMUH 2011 - Association Médicale des Urgences du Havre, 2012.

10. Gentile S. et al., les maisons médicales de garde en France
Santé Publique, 2005/2 Vol. 17, 233-240

11. Dupuis C., Sur le terrain, les médecins s'organisent malgré les obstacles
Le quotidien du médecin - Le 27 mars 2001.

12. Synthèse du diagnostic territorial – Communauté de l'Agglomération Havraise,
2010

http://www.agglo-lehavre.fr/delia-CMS/projets/all-1/article_id-/article_principal_id-/folder_id-/topic_id-116/promotion-de-la-sante.html

13. Fiche établissement PLATINES PLATINES : PLATeforme d'INformations sur les
Etablissements de Santé MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et SSR (Soins de
Suite et de Réadaptation), 2010.

http://www.platines.sante.gouv.fr/pdf/index.php?fi=760780726&ville=&etablissement=&depa=®i=&typo=&fiche=&statut=&scanner=&irm=&cam_scint=&tep=&salle_hemo=&salle_coro=&maternite=&maternite1=&maternite2=&maternite3=&struct_urgence=&reanimation=&brule=&chir_cardiaque=&neuro=&radio=&chimio=&dialyse=&readaptation=&afficher=&fiche=&hcl=

14. Le Roux P., Rapport d'activité du service des urgences pédiatriques de l'hôpital
Monod du Havre – 2011

15. INSEE, Données sur un territoire CA-Havraise CODAH, 2009

http://www.insee.fr/fr/regions/haute-normandie/default.asp?page=themes/dossiers/territoire_hn/pays/ca6.htm

16. Collet M., Gouyon M., Genèse des recours urgents ou non programmés à la
médecine générale, DREES, Novembre 2007.

17. CEMKA-EVAL. Evaluation de l'Association Médicale des Urgences du Havre -
Septembre 2002

18 : Deleplace P, Etude de la permanence des soins en Haute Garonne en 2006, 2007

19. Hubert E., Picard S., Imbaud D., Mission de concertation sur la médecine de
proximité, rapport remis à Monsieur N.Sarkozy, Président de la République Française,
Novembre 2010.

<http://www.elysee.fr/president/les-actualites/rapports/2010/rapport-du-docteur-elisabeth-hubert-mission-de.10088.html>

20. Grall J.Y., Les maisons médicales de garde, rapport remis à Monsieur X. Bertrand,
ministre de la Santé et des Solidarités, juillet 2006

21. Document de synthèse des Etats généraux de l'organisation de la santé - la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé – 2008

22. Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence de soins en médecine générale en janvier 2010- Conseil National de l'ordre des médecins – 2011.

23. Calvo A., Etude d'opinion auprès des consultants non urgents du service d'accueil et d'urgence de l'hôpital de la Conception : une éventuelle réorientation vers une autre structure assurant la permanence des soins ?, Médecine générale, Aix en Provence, 2005.

24. Caron Steunou J., La réorientation des patients consultant aux urgences pour des motifs relevant des la médecine générale : exemple du couple service d'accueil des urgences de l'Hôpital Saint Camille de Bry sur Marne et service d'accueil médical initial de Champigny-Villers, Médecine générale, Créteil, 2005.

25 : Code de la santé publique, article R6316-1, 2010

26. Yahyahoui M, Impact de l'ouverture des maisons médicales de garde sur la fréquentation des urgences, Médecine générale, Toulouse, 2010.

27. S.gentil, les attitudes et comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie.

Santé Publique, 2004 /1 Vol. 16, 63-74

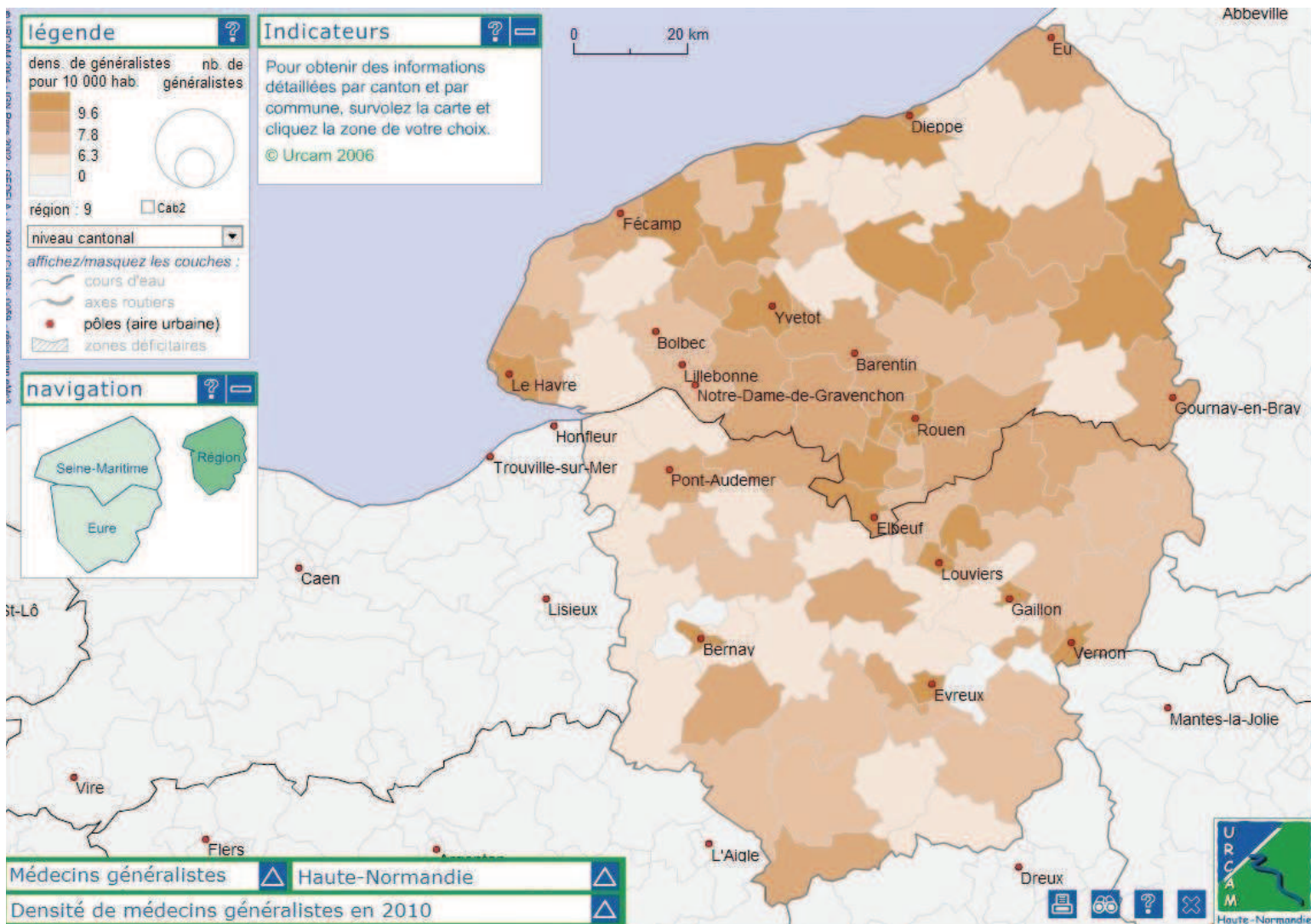
28. Maraine M.A., Allo doc ? Y'a une urgence.

Paris Normandie, 28 mai 2011

<http://www.paris-normandie.fr/article/societe/%C2%AB-allo-doc-ya-une-urgence-%C2%BB>

29. Code de construction et d'habitation, article R111-19.

Annexe 1 : La densité des médecins généralistes en Haute-Normandie



Annexe 2 : Affiche d'information de l'ARS sur l'organisation de la permanence des soins en Haute Normandie en 2012.

BESOIN D'UN AVIS MEDICAL EN GARDE HAUTE-NORMANDIE

■ Le weekend, la nuit (à partir de 20h) et les jours fériés

02 32 73 32 33
Zone Le Havre

02 35 58 76 33
Zone Rouen-Elbeuf
Dieppe

02 32 33 32 32
Zone Evre

Attention à bien identifier la zone où vous vous situez

■ En cas d'urgence

15



The infographic features a map of Haute-Normandie divided into three zones. The top zone is labeled 'Zone Le Havre' with phone number 02 32 73 32 33. The middle zone is labeled 'Zone Rouen-Elbeuf Dieppe' with phone number 02 35 58 76 33. The bottom zone is labeled 'Zone Evre' with phone number 02 32 33 32 32. A central box contains the text 'Attention à bien identifier la zone où vous vous situez'. At the bottom, there is a section for 'En cas d'urgence' with the number '15' in a green box, and several logos including ARS, ARPS, and others.

Annexe 3 : Les secteurs de permanence des soins ambulatoires en Seine-Maritime après la recomposition.

Les secteurs en Seine Maritime après la phase 1 de recomposition

Département	Secteurs	recomposition	Evolution des secteurs	Maison Médicale de Garde	Médecins		Populations		Référence 2011	
					Existant à 5 ans	évolution	Existant	regroupées		
Seine Maritime	S_001 Rouen			1	184	184		150 307	SM_01	
	S_002 Maromme			1	44	44		53 770	SM_02	
	S_005 Darnetal	(2)			18	18		22 746	SM_03	
	S_055 Amfreville	(2)			15	15		18 646	SM_18	
	S_056 Boos	(2)			17	17		17 042	SM_19	
	S_012-018-060 Couronne-Aggl Rouen Sud - Oissel		X	1		100		142 177	SM_04	
	- S_012 Couronne	(1)				18		20 234		
	- S_060 Aggl Rouen Sud					72		106 140		
	- S_018 Oissel	(2)				10		15 803		
	S_015 Malaunay, Montville			1	32	32		39 806	SM_05	
	S_017-029-part.S_046 La Feuillie, Goumay, Forges		X			20		45 732	SM_06	
	- S_017 La Feuillie	(1)				6		12 617		
	- S_029 Goumay	(1)				8		13 115		
	- Partie S_46 Forges	(1)						18 050		
	S_020 Elbeuf					36	36		52 858	SM_07
	S_023 Barentin, Duclair			1	35	35		48 785	SM_08	
	S_025 Cauxvallée	(2)		1	17	17		34 452	SM_09	
	S_034-136 Yvetot, Caudébec, La Mailleraye		X	1		32		52 604	SM_10	
	- S_034 Yvetot					25		40 044		
	- S_136 Caudébec, La Mailleraye	(1)				7		12 560		
	S_039 Caux L'Inoral	(2)					19		21 956	SM_11
	S_043 Dieppe			1		61		84 471	SM_12	
	S_046 Neufchatel		X	1	50	40	58 601	40 551	SM_13	
	S_048-S_051 Blangy/Bresle, Eu, Mers, le Treport		X	SU		23		34 941	SM_14	
	- S_048 Blangy/Bresle	(1)				6		8 935		
	- S_051 Eu, Mers, le Treport					17		26 006		
	S_101-2-3-104 Le Havre, St Romain de Colbosc		X	1		188		262 192	SM_15	
- S_101-2-3 Le Havre					180		245 389			
- S_104 St Romain de Colbosc	(1)				8		16 803			
S_105-106 Bolbec, Lillebonne		X				34		52 667	SM_16	
- S_105 Bolbec	(1)				15		23 876			
- S_106 Lillebonne	(1)				19		28 791			
S_107-Criquetot, Goderville	(2)				18	18		29 988	SM_17	
S_108-112 Fecamp, Valmont		X	1*		28		39 198	SM_20		
- S_108 Fecamp	(1)				17		26 588			
- S_112 Valmont	(1)				11		12 610			
Seine Maritime			20	10		961				
	Total région			10		1 294				

* en prévision

Recomposition court terme (1), moyen terme (2)

Annexe 5 : Les horaires de la régulation de la permanence des soins ambulatoire en Seine-Maritime.

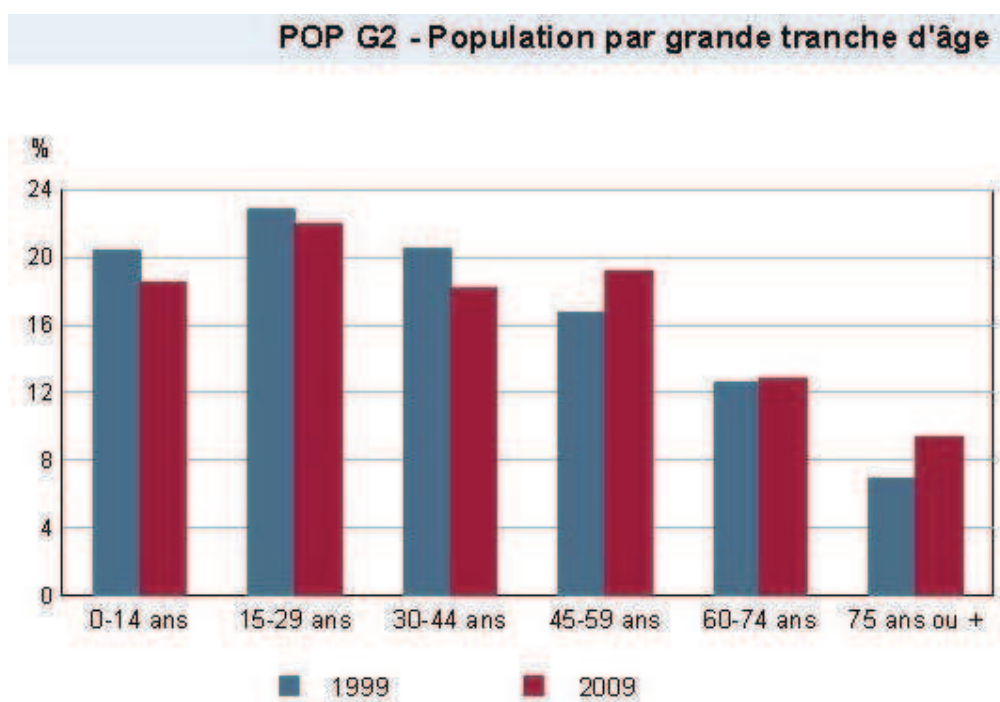
	Plages horaires	Nbre de praticiens régulateurs		lignes	total heures
		UMR Rouen	AMUH Le Havre		
Nuits	19h-1h	1	1	1,5	18
	1h-7h	Garde alternée Rouen 2J le havre 1J			
Samedis AM	13h-20h	1		4	27
	14h-20h	1	2		
Samedis matin	8h-14h		1		6
Dimanches Jours Fériés	8h-20h	2	2	4	48
Vendredis après jour férié	8h-20h	2	2	4	48
Samedis matin après jour férié	8h-14h	2	2	4	24
Lundis avant jour férié	8h-20h	2	2	4	48

Annexe 6 : Le tarif des consultations et visites lors de la permanence des soins ambulatoires.

AU CABINET

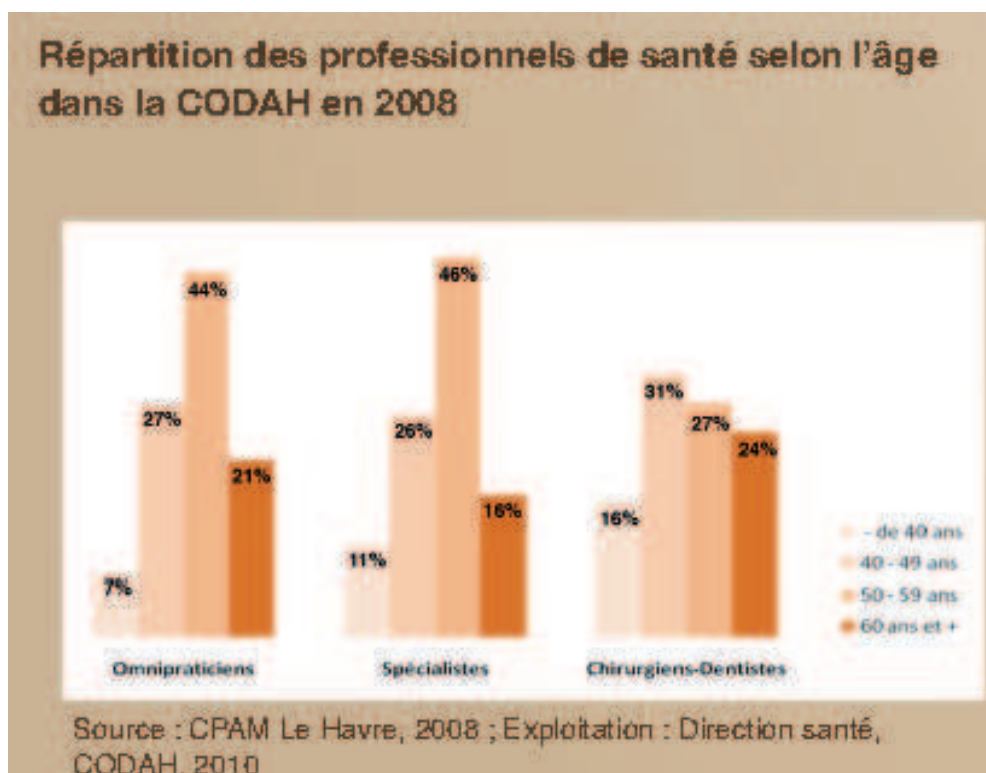
Acte	Le jour			En garde régulée			Samedi après midi non régulé	
	Lettre clé	Majoration ou acte CCAM	Montant total	Dimanche, Samedi après-midi, jour férié	Nuit 20h – 24h et 6h – 8h	Nuit 24h – 6h		
				+ CRD = 26,50	+ CRN = 42,50	+ CRM = 51,50	+ F = 19,06	
Consultation	C		23,00 €	49,50 €	65,50 €	74,50 €	42,06 €	
Consultation d'un enfant de 0 à 25 mois inclus	C	MNO	28,00 €	54,50 €	70,50 €	79,50 €	47,06 €	
Consultation d'un enfant de 26 mois au 6ème anniversaire	C	MGE	26,00 €	52,50 €	68,50 €	77,50 €	45,06 €	
Bilan de santé annuel ALD30		CA	26,00 €					
Urgence/ réanimation		YYYY010	M	74,88 €	101,38 €	117,38 €	126,38 €	93,94 €
Consultation +ECG	C	DEQP003		36,52 €	63,02 €	79,02 €	88,02 €	55,58 €
ECG et acte de réanimation		YYYY010	DEQP003	81,64 €	108,14 €	124,14 €	133,14 €	100,70 €
Pose DIU		JKLD001		38,40 €				
Parage ou suture plaie superficielle inférieure à 3cm (hors face)		QZJA002	M	50,47 €	76,97 €	92,97 €	101,97 €	69,53 €
Parage ou suture plaie superficielle de 3 à 10 cm (hors face)		QZJA017	M	65,67 €	92,17 €	108,17 €	117,17 €	84,73 €
Suture plaie de sourcil		BACA008	M	52,52 €	79,02 €	95,02 €	104,02 €	71,58 €
Parage ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de moins de 3 cm		QAJA013	M	58,23 €	84,73 €	100,73 €	109,73 €	77,29 €
Parage ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de 3 à 10 cm		QAJA005	M	83,22 €	109,72 €	125,72 €	134,72 €	102,28 €
Tamponnement nasal antérieur		GABD002	M	51,02 €	77,52 €	93,52 €	102,52 €	70,08 €
Évacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe		EGJA001		62,70 €	89,20 €	105,20 €	114,20 €	81,76 €

Annexe 7 : Evolution de l'âge de la population havraise entre en 10 ans.

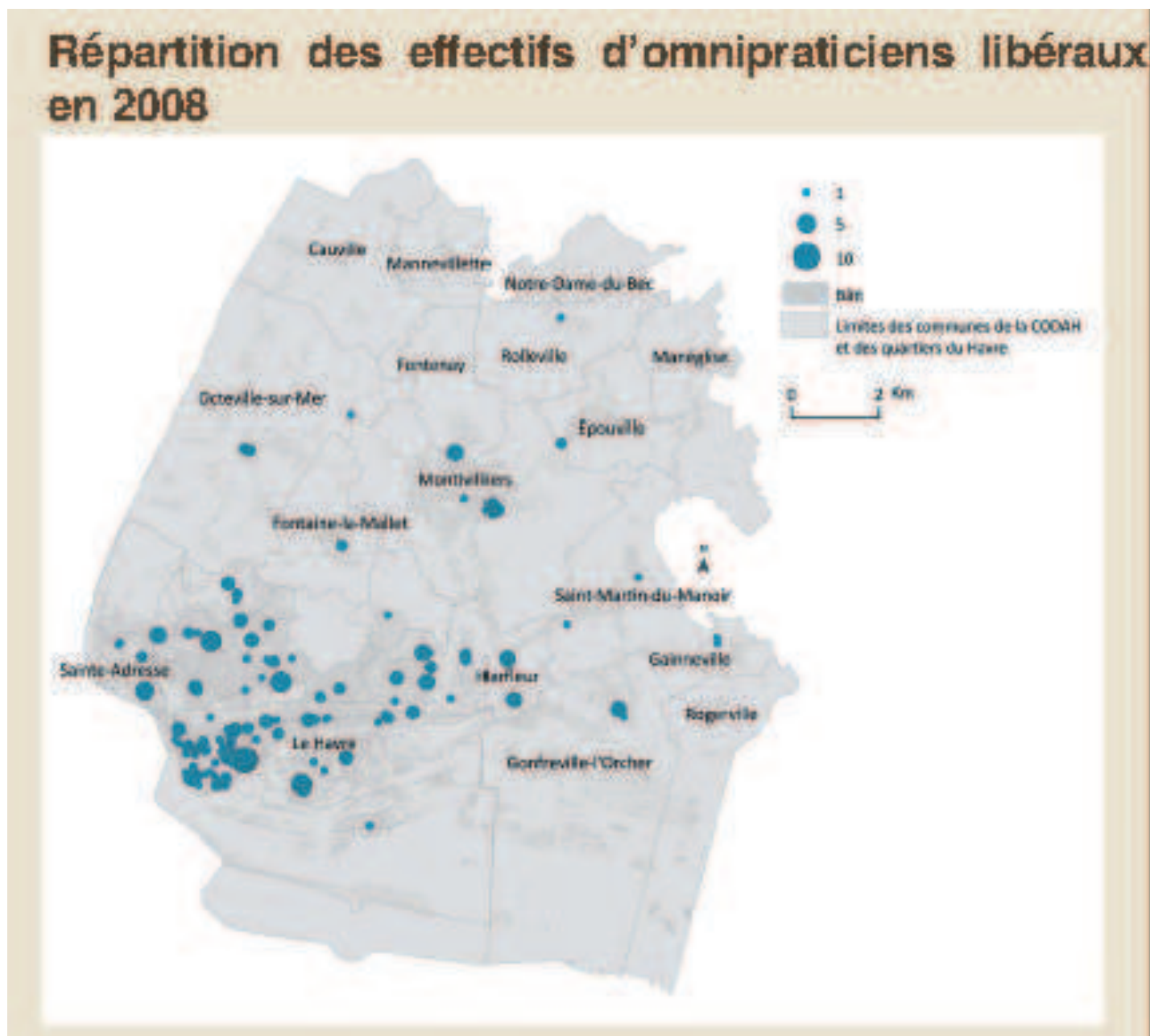


Sources : Insee, RP 1999 et RP 2009 exploitations principales.

Annexe 8 : Répartition des professionnels de santé selon l'âge dans l'agglomération du Havre en 2008.



Annexe 9 : Répartition des médecins généralistes libéraux au Havre en 2008.



Annexe 10 : Le questionnaire de l'étude.

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale et je réalise actuellement ma thèse sur la maison médicale de garde du Havre.

Je souhaite vous interroger, vous qui fréquentez cette maison médicale, afin de faire le point sur votre connaissance du système de garde.

Je vous remercie de bien vouloir participer à cette recherche, en remplissant ce questionnaire.

Merci de votre aide

Charlotte RENAUT

Concernant le patient :

1. Date de la consultation :

2. Quel problème vous amène à consulter aujourd'hui ?

.....

3. Quelle est votre date de naissance ?

4. Quel est votre lieu de naissance ?

5. Quel est votre sexe ?

Féminin

Masculin

6. Quelle est votre commune de résidence ?

7. Quelle est votre profession ?

8. Comment êtes vous venu consulter ce jour ?

A pied

En voiture

En taxi

En transport en commun

Autre, précisez :

9. Avez-vous déclaré un médecin traitant à la sécurité sociale ? (pour les plus de 16 ans)

Oui

Non

10. Lors d'une consultation chez votre médecin :

Vous payez tout ou partie de la consultation parce que :

Vous n'avez pas d'assurance maladie

Vous n'avez pas de mutuelle

Vous avez une mutuelle

OU

Vous ne payez pas la consultation parce que vous êtes pris en charge à 100% par :

CMU (couverture médicale universelle)

ALD (affection de longue durée)

Invalidité

11. Habituellement, en urgence, vous consultez plus :

- A la DOMUS MEDICA (maison médicale de garde)
- Aux urgences
- Votre médecin traitant
- C'est la première fois que je consulte en urgence

12. Depuis un an, combien de fois avez-vous consulté un médecin en urgence aux horaires de garde ?

(De 19h à 8h les soirs de semaine et de 12h le samedi à 8h le lundi)

13. Avez-vous déjà consulté à la DOMUS MEDICA ?

- oui
- non, c'est la première fois

14. Comment connaissez-vous la DOMUS MEDICA ?

- après avoir appelé le SAMU (15)
- par des amis
- par de la famille
- par les médias
- par le médecin traitant
- autre :
.....

15. Si vous le connaissez, quel est le numéro de téléphone de la DOMUS MEDICA ?

.....

16. Avez-vous appelé le SAMU (15) avant de venir ?

- Oui : Où vous a orienté le médecin du SAMU ?
- Non

17. Pourquoi avez vous choisi de consulter particulièrement à la DOMUS MEDICA ?

	Non pris en compte dans la décision	Peu important	Important	Indispensable
Peu d'inquiétude par rapport à la gravité de la maladie				
Pas de nécessité d'exams complémentaires				
Mauvaise expérience d'une consultation aux urgences				
Proximité de la DOMUS MEDICA par rapport à votre domicile				
Bonne expérience d'une consultation à la DOMUS MEDICA				
Habitude de consulter à la DOMUS MEDICA				
Peu d'attente				

18. A votre avis, comment faire connaître aux patients la DOMUS MEDICA ?

	Pas d'intérêt	Important	Indispensable
Faire une campagne d'information à la télévision			
Faire une campagne d'information à la radio			
Faire une campagne d'information dans les journaux locaux			
Pouvoir trouver sur internet les coordonnées de la DOMUS MEDIA			
Mettre une affiche d'information dans la salle d'attente des médecins généralistes			
Mettre une affiche d'information dans la salle d'attente des urgences			
Mettre une affiche d'information chez les autres professionnels de santé (infirmière, kiné, médecins spécialistes...)			
Mettre une affiche d'information dans les lieux fréquentés (commerces, mairies, écoles...)			
Mettre les coordonnées sur les ordonnances du médecin traitant			
Mettre les coordonnées sur le répondeur du médecin traitant			

Avez-vous d'autres idées ? (Commentaire libre)

19. Parmi les propositions suivantes, lesquelles seraient susceptibles de vous amener à reconsulter à la DOMUS MEDICA pour un problème médical urgent ?

	Pas du tout	Possible	Certainement
Faire une information au patient			
Mettre en place un numéro national pour les urgences en ville			
Ne pas payer la partie remboursée par la sécurité sociale			
Décaler l'encaissement des chèques			
Favoriser les consultations sans rendez-vous			
Favoriser les consultations avec rendez-vous			
Avoir une pharmacie à proximité			
Mettre en place une consultation entre 0h et 8h			

Avez-vous d'autres idées ? (Commentaire libre)

A propos de la personne accompagnant le patient, si celle-ci a décidé de venir à la DOMUS MEDICA

(le patient est un enfant, une personne âgée ou une personne en perte d'autonomie)

20. Quel est le lien entre le patient et cette personne ?

21. Quelle est l'année de naissance de cette personne ?

22. Quel est son sexe ?

Féminin

Masculin

23. Quelle est sa profession ?










24. Quelle est sa commune de résidence ?

25. Cette personne a-t-elle déclaré un médecin traitant à la sécurité sociale ? (si plus de 16 ans)

oui

non

Annexe 11 : La campagne d'information sur la permanence des soins par le service des urgences pédiatriques de l'hôpital Monod.

Numéros de téléphone utiles : 	
 Médecin de garde 24h/24 : 02 32 73 32 33	
 SAMU : le 15  (depuis un téléphone fixe) le 112  (depuis un téléphone portable)	
 Domus Medica : Sans rendez-vous. Consultations urgentes en semaine, week-end et jours fériés : 02 32 73 32 33	
 Centre anti-poison de Lille : 03 20 44 44 44	
 Dentiste de garde : 02 35 15 81 27	
 Pharmacie de garde : appeler l'hôtel de Police au 02 32 74 37 00	
Des organismes à votre écoute :	
Maison de l'adolescent : 69 rue d'Inguoville Le Havre (à partir de 13 ans)	02 32 74 27 30 <i>Consultations :</i> du lundi au vendredi, sur rendez-vous assistante sociale, psychologue, psychiatre, pédiatre, dermatologue, diététicien, gynécologue. <i>Permanences :</i> du lundi au vendredi de 8 h 30 à 20 h 30 – le samedi de 10 h à 20 h et le dimanche et jours fériés de 10 h à 18 h.
Centre de planification	02 32 73 40 85 (hôpital Monod)
Enfance maltraitée :	le 119 ou le 08 00 05 41 41 (appel gratuit)
Fil Santé Jeune :	08 00 23 52 36 (appel gratuit) - Pour adolescents - du lundi au vendredi
Parenthèse :	02 35 21 15 31 - Accueil d'écoute parents-enfants - Le Havre
Aide aux mères :	02 35 21 12 21
SOS Bébé :	02 35 41 32 12
Solidarilait :	02 35 21 48 55 - Allaitement : conseils et écoute

SERVEZ-VOUS



Urgences Pédiatriques

Madame, Monsieur,

L'équipe des Urgences Pédiatriques va prendre en charge votre enfant dans les **meilleurs délais**. Dès votre arrivée **l'infirmière ou l'auxiliaire de puériculture** s'informeront sur le motif de votre venue et organisera votre prise en charge.

Améliorer la qualité des soins et leur rapidité est notre souhait, avec une meilleure gestion de la salle d'attente et de l'orientation des enfants.

La prise en charge de la douleur fait partie de nos objectifs prioritaires.

Parfois l'attente vous paraîtra longue, surtout en cas d'affluence.

L'attente est due aux salles d'examen occupées par les enfants en cours de soins.

Une urgence vitale (même arrivée après vous) sera prioritaire.



Sauf opposition de votre part, la P.M.I. peut être informée de votre passage aux Urgences et du motif de consultation.

Un courrier est également adressé systématiquement à votre médecin traitant.

Pour tout examen aux urgences, il vous sera demandé d'effectuer des **démarches administratives**.

En l'absence de démarches administratives, vous risquez de recevoir une facture à votre domicile.

L'équipe des Urgences

Les équipes médicale et soignante des Urgences ont pour but de donner à votre enfant les meilleurs soins adaptés à son problème et cela dans les plus brefs délais. Elles sont spécifiquement formées pour les soins des enfants de la naissance à 16 ans.

L'équipe médicale est composée de : d'internes et de médecins permanents.

Les **internes** sont étudiants en médecine, ils examinent tous les enfants. Jeunes médecins en formation ils seront plus tard médecins généralistes ou pédiatres. Ils effectuent un stage de six mois aux Urgences. Les **médecins permanents** des urgences sont des pédiatres, des urgentistes et des médecins généralistes. Ils assurent une présence 24 h/24.

L'équipe soignante est composée de : d'infirmières, de puéricultrices, d'auxiliaires de puériculture. L'équipe comporte aussi des brancardiers, des agents de service, des secrétaires médicales. Vous pouvez également rencontrer une **assistante sociale** ou une **psychologue** si vous le souhaitez.

30 000 enfants aux urgences par an, soit une moyenne de **84 enfants par jour, 100 le dimanche.**



Radiologie :

Si votre enfant a passé une radiographie, celle-ci sera lue par le médecin des urgences puis, le plus souvent, interprétée par le médecin radiologue. Les comptes rendus écrits seront disponibles dans la semaine qui suit l'examen, au service de radiologie enfant (rez-de-chaussée bas du pavillon Femme - Mère - Enfant (J. Monod) du lundi au vendredi de 9h à 17h).



Hospitalisation :

Si votre enfant est hospitalisé, il vous sera demandé si vous souhaitez rester 24h/24 avec lui en chambre mère-enfant. Certaines mutuelles ne prennent pas en charge ce supplément de prix. Si vous choisissez une hospitalisation normale, vous pourrez bien sûr **rendre visite à votre enfant à toute heure.**



Téléphone public à carte :
Dans le hall Nord.



Les **toilettes** sont situées dans la salle d'attente



Les Urgences, ce n'est pas systématique !

Certains problèmes médicaux qui vous paraissent urgents peuvent être réglés sans avoir à vous déplacer aux urgences. Vous éviterez une attente inutile aux urgences.



Ayez le bon réflexe !

Appelez votre médecin traitant, le médecin de garde ou le 15. Le soir, le samedi, le dimanche et les jours fériés, allez à la **DOMUS MEDICA**

La Domus Medica c'est quoi ? :

Il s'agit d'un cabinet médical de consultations urgentes, sans rendez-vous. Téléphoner au standard des médecins de garde pour être dirigé vers cette consultation :

02 32 73 32 33



Les pharmacies de garde :

Le soir après 19 heures, le dimanche, les jours fériés : les médicaments seront fournis par le pharmacien de garde. Son nom et son adresse vous seront indiqués par les services de police :

Hôtel de Police - 16, rue de la Victoire
02 32 74 37 00



En cas de difficultés financières, pour payer les médicaments, n'hésitez pas à en parler à un membre de l'équipe

Résumé

Introduction : Actuellement, la permanence de soins est au cœur des préoccupations. Au Havre, elle est organisée par l'Association Médicale des Urgences du Havre (AMUH) depuis 30 ans. Cependant, celle-ci reste mal connue des usagers. L'objectif de l'étude était de recueillir les caractéristiques des usagers de la permanence des soins au Havre ainsi que leurs choix concernant les modifications à apporter. Cette étude a été faite en parallèle avec une étude sur les usagers des services des urgences du Havre afin de les comparer.

Matériel et méthode : 250 questionnaires ont été distribués par les secrétaires de la maison médicale (DOMUS MEDICA) à tous les patients venant consulter aux horaires de permanence des soins du 23 avril au 31 mai 2012.

Résultats : L'étude a permis de mieux cerner la population qui consulte à la maison médicale. 62% des patients étaient des femmes plutôt jeunes (moyenne d'âge à 24,9 ans) et actives (57,36%). Les patients habitent au Havre (62,8%) à moins de 5km de la DOMUS MEDICA (62,8%). Les motifs des consultations sont principalement d'origine ORL (26,4%) et gastroentérologique (14,7%). Les patients qui consultent à la DOMUS MEDICA sont déjà venu (60,4%) et beaucoup reviennent parce qu'ils ont eu une bonne expérience antérieure (41,1%) et parce que le lieu de la consultation est proche de chez eux (31,8%). Cependant, les patients ne connaissent pas le numéro de téléphone du médecin de garde et très peu passent par la régulation par le 15. Les patients qui ne consultent pas le médecin de garde de ville ont principalement recours aux urgences et ne connaissent pas l'existence de la maison médicale de garde. Ils habitent principalement à la campagne ou en périphérie du Havre et l'hôpital se trouve plus près de leur domicile.

Conclusion : Les patients qui ne consultent pas le médecin de garde au Havre ne connaissent pas son existence ou habitent loin. Une campagne d'information sur le numéro du médecin de garde devrait être mise en place. Mais l'avenir est peut-être également de créer une deuxième maison médicale en périphérie du Havre à proximité des services des urgences.

Mots clés

- Permanence des soins ambulatoire
- Caractéristiques démographiques des usagers
- Maison médicale de garde
- Médecin de garde
- Amélioration de la permanence de soins