



HAL
open science

Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgence du Havre

Elsa Fagot Griffin

► **To cite this version:**

Elsa Fagot Griffin. Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgence du Havre. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00745787

HAL Id: dumas-00745787

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00745787>

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.

THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Elsa FAGOT GRIFFIN

née le 29 mars 1983 à Argenteuil

Présentée et soutenue publiquement le 9 octobre 2012

TITRE DE LA THÈSE :

**Caractéristiques démographiques et connaissance de la
permanence des soins des usagers des services d'urgence
du Havre.**

Comparaison avec les caractéristiques des usagers de la maison médicale
de garde du Havre.

Président du Jury: Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil
Directeur de thèse : Madame le Dr Yveline Sévrin
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 FROUST
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. HILLEMANT - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER - Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P. LEMERCIER - J.F. LEMOINE - M ^{le} 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

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	Hépatologie – 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
Mlle 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
Mlle 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

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 AGREGÉ OU CERTIFIÉ

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

Mle 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
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle 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
-----------------------	-------------

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE

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

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

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

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

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 Rouvray

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
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNE C	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 Hermil,

Vous m'avez apporté votre soutien lorsque j'en avais besoin, comme vous guidez tous vos internes et vous avez accepté de présider notre jury de thèse, pour tout cela, je vous remercie.

A Monsieur le Professeur Fainsilber,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse, et de penser à nous régulièrement lorsqu'il vous semble intéressant d'avoir le point de vue des internes.

A Monsieur le Professeur Veber,

Vous êtes le chef de service de mon premier stage d'internat, et vous me faites l'honneur maintenant de juger mon travail, même si les circonstances n'ont pas toujours été aussi positives, merci pour votre soutien au long de ces années.

A Madame le Docteur Yveline Sévrin,

Merci d'avoir acceptée d'être ma directrice de thèse, d'avoir été si disponible, toujours avec le sourire.

Au département de médecine générale,

Merci d'intégrer vos internes dans vos projets, vos réunions et débats.

Aux services des urgences adulte et enfant de l'hôpital Monod,

Pour leur coopération à ma thèse, distribuer des questions aux urgences n'a pas dû être facile tous les jours.

Aux docteurs Le Sire et Leroux,

Pour leurs disponibilités.

Aux docteurs Bailly, Blondet, Canuel, Dubot-Guais, Labbé, Lagarde, Lohier, Villaumaux,

Votre vision de la médecine générale est positive et très axée sur le patient, comme devrait l'être tout généraliste.

A mes parents, et ma soeur,

Pour leur soutien depuis ma naissance, et dernièrement pour les nombreuses soirées à garder Raphaël.

A ma famille,

Puisque chaque rencontre reste un bon souvenir.

A Claudine, ma tante,

Pour avoir codé les questionnaires pendant tes vacances au Havre.

A mes amis,
Pour leur présence réconfortante et constante, surtout ces derniers mois.

A Charlotte,
Je t'ai amenée au SIREHN il n'y a pourtant que deux ans, mais j'ai l'impression qu'on se connaît depuis toujours.

A Raphaël,
Pour sa joie de vivre et son sourire.

A Laurent,
Parti trop tôt.

Sommaire

Liste des abréviations	4
Introduction	5
I/ Le contexte national	6
A. L'évolution démographique de la médecine générale	6
B. Difficultés de la formation de médecine générale.....	7
C. Difficultés de l'installation et de l'exercice.....	7
II/ La permanence des soins :	8
A. La législation de la permanence des soins	8
1. Le code de déontologie	8
2. Le code de la santé publique.....	8
3. La permanence des soins ambulatoire	9
4. La permanence des soins hospitalière.....	10
B. L'organisation de la permanence des soins ambulatoire:	11
1. Mesures régionales.....	11
2. A l'échelle locale	14
C. La permanence des soins hospitalière.....	15
III/ Démographie du secteur de garde :	17
A. La population locale.....	17
B. La démographie médicale du secteur de garde	17
IV/ Problématique:	20
V/ Matériel et méthode :	21
A. La population	21
B. Le questionnaire	21
C. L'analyse.....	23
VI / Résultats :	24
A. Caractéristiques démographiques du patient et de la personne accompagnante.....	24
1. Age	24
2. Sexe	25
3. Lieu de naissance	25
4. Profession.....	26
5. Lieu de résidence	28
6. Lien avec la personne accompagnante	30
B. Le patient dans le système de soins	31
1. Déclaration de médecin traitant	31
2. Paiement de la consultation.....	31
C. Recours à la permanence de soins.....	32
1. Fréquence de consultation de la permanence des soins.....	32
2. Jour de consultation.....	33
3. Motifs de consultation	34
4. Transport	36
5. Habitudes de consultation en urgence.....	36
6. Connaissance de la Domus Medica	37
7. Connaissance du service d'urgence	37
8. Régulation téléphonique.....	38
9. Connaissance du numéro du médecin de garde.....	38
10. Les raisons d'un choix.....	39

D. Comment promouvoir la Domus Medica?.....	40
1. Quels vecteurs d'information choisir ?	40
2. Quelles modifications apporter à la Domus ?	41
VII/ Discussion :	42
A. Critique du questionnaire	42
B. Critique du recueil de données	43
C. Comparaison par rapport à la littérature	44
D. Comparaison avec la thèse de C. RENAUT sur la permanence des soins ambulatoire au Havre. ³	46
1. Caractéristiques des populations.....	46
2. Patient dans le système de soins	46
3. Recours aux soins aux horaires de PDS	46
4. Comment améliorer la PDS ?.....	47
E. Quelles solutions pour l'organisation de la permanence des soins ?.....	48
1. Une organisation plus globale et homogène.....	48
2. Une régulation optimale	48
3. Améliorer les maisons médicales de garde.....	50
4. Education des patients	50
5. Organisation spécifique à la Domus.....	51
VIII/ Conclusion :	53
ANNEXES	58

Liste des abréviations

AMUH = Association Médicale des Urgences du Havre

ARS = Agence Régionale de Santé

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

CRRA = Centre de Réception et de Régulation des Appels

DREES = Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ENC = Epreuves Nationales Classantes

GHH = Groupe Hospitalier Havrais

INSEE = Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MMG = Maison Médicale de Garde

PDS = Permanence des soins

PDSA = Permanence des soins ambulatoire

SAMU = Service de l'Aide Médicale Urgente

SASPAS = Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisé

SAU = Service d'Accueil et d'Urgences

SMUR = Service Mobile Urgences Réanimation

UPATOU = Unité de Proximité

URPS = Union Régionale des Professions de Santé

Introduction

La permanence des soins est une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par un patient.¹ Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux de médecine générale.²

Cette mission était autrefois assurée uniquement par le médecin de famille. Mais la nécessité de rester disponible sans interruption n'était plus compatible avec une qualité de vie satisfaisante pour les médecins. L'idée est venue d'organiser entre professionnels une permanence des soins.

La permanence des soins est assurée d'une part par un système de garde des médecins libéraux, et d'autre part par les services d'accueil et d'urgences. Elle revêt une importance capitale pour les professionnels de santé, pour les pouvoirs publics et l'ensemble des patients. L'organiser de manière à ce que les intérêts de chacune des parties prenantes soient respectés est un enjeu primordial.

Selon le rapport du sénateur Descours en 2003, « la garde est la réponse à tout moment à une demande en situation d'urgence réelle ou ressentie présentée par un patient sur un territoire donné et non la satisfaction de toute demande émanant d'un usager ». ¹ Le problème actuel réside principalement dans le fait que les besoins en soins de la population, définis par les pouvoirs publics, et les demandes de soins par les patients ne concordent pas forcément.

La fréquentation des services d'urgences augmente régulièrement. De nombreux patients relevant d'une prise en charge non urgente se présentent spontanément à l'accueil des services d'urgence. Ce phénomène participe au problème récurrent de l'engorgement des urgences. Il retarde les soins réellement urgents et entraîne des délais d'attente importants pour les soins non programmés non urgents.

L'idée de cette thèse est venue en découvrant, lors de mes stages hospitaliers d'internat, la présence d'une maison médicale de garde au Havre, créée en 1978. Originaire du Havre, je n'en avais pourtant jamais entendu parler, de même que mon entourage, installé depuis longtemps au Havre. Aucun de mes proches ne connaissait le numéro du médecin de garde.

La question était d'évaluer les connaissances de la population sur la permanence des soins. Le but était ensuite de valoriser la maison médicale de garde. Ce travail a été fait en parallèle avec la thèse de Charlotte RENAUT. ³

I/ Le contexte national

Au niveau national ou international, la spécialité de médecine générale^a est actuellement dans un profond malaise.

A. L'évolution démographique de la médecine générale

En France, selon le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecin (CNOM), on comptait 93 394 médecins généralistes au 1^{er} janvier 2011.⁴ Seule la moitié de ces médecins exercent en libéral (59%). Ces six dernières années, les médecins retraités actifs enregistrent un accroissement de 35% de leurs effectifs tandis que le nombre d'actifs n'a augmenté, sur la même période que de 3,5%. 70,4% des médecins qui ont dévissé leur plaque en 2010 sont des médecins généralistes. Les motifs évoqués sont le plus souvent « les charges financières trop lourdes », « le temps de travail journalier trop important » et « les tâches administratives ». La gestion de la permanence des soins était faiblement citée. 30% des répondants ont également fait allusion au burn out et à la dévalorisation de la profession.⁴

L'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière est de 53 ans. 69,5% sont des hommes. La féminisation s'accroît dans les jeunes générations : en 2010, les femmes sont majoritaires chez les moins de 40 ans (61% de la population médicale). Cette tendance se retrouve sur les bancs de la faculté durant toutes les études médicales. La qualité de vie est un facteur primordial dans leur exercice futur de médecin généraliste pour tous les internes et en particulier chez les femmes médecins ce qui se traduit par des formes d'activités différentes. L'activité "moyenne" féminine actuelle est égale à 70 % de celle des hommes. Le temps de travail hebdomadaire est inférieur au temps plein du travail masculin (10h de moins). L'exercice est plus fréquent en médecine préventive (médecine du travail, PMI, médecine scolaire) où 3 médecins sur 4 sont des femmes.

L'analyse des flux migratoires des médecins nouvellement inscrits à l'Ordre des Médecins permet d'identifier les zones géographiques attractives. En moyenne, 62% des médecins diplômés d'une région y restent pour exercer leur profession.

En Haute-Normandie, selon le rapport sur la démographie médicale du CNOM, on comptait 4 891 médecins inscrits à l'Ordre des Médecins au 1^{er} juin 2011.⁵ Les généralistes actifs étaient au nombre de 2 439. Avec une densité médicale moyenne de 248 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants, la région occupe le 3^{ème} rang des régions les moins dotées. (ANNEXE 1)

A l'échelle du département, la Seine-Maritime regroupe 78,5% des effectifs médicaux régionaux. 70% des généralistes sont des hommes, avec une moyenne d'âge

^a Pour des raisons de facilité de compréhension, nous nommerons généralistes les médecins spécialistes de médecine générale.

de 53 ans. Les généralistes sont pour 61% installés en libéral. En Seine-Maritime, 100% des nouveaux médecins inscrits à l'Ordre en 2010 se sont formés à la faculté de Rouen. Ils ont en moyenne 32 ans, et 87% sont des femmes.

B. Difficultés de la formation de médecine générale

Pour compenser ce manque de médecins en médecine générale, le ministère de la santé fixe chaque année le nombre de postes offerts aux étudiants en médecine à l'issue des Epreuves Nationales Classantes (ENC).⁶ En 2011, 633 postes de médecine générale sont pourtant restés vacants en France. C'est une tendance récurrente depuis la création des ENC en 2004 et cela ne permettra pas le renouvellement des générations de médecins.

C. Difficultés de l'installation et de l'exercice

Le rapport Berland de la commission sur la démographie médicale rend compte des difficultés d'exercice.⁷ Ces interviews montrent que les conditions d'exercice ont changé et que les médecins et les patients n'ont plus les mêmes attentes que leurs aînés. Aujourd'hui les médecins semblent rechercher une meilleure qualité de vie, veulent moins travailler. Les problèmes de gardes d'enfants, de réseaux de transport, d'éloignement des agglomérations sont récurrents.

La relation médecin-malade s'est modifiée. Les patients sont devenus consommateurs de soins. Ils sont plus exigeants dans le temps et dans l'accès aux soins. Ils demandent à être plus impliqués dans la décision médicale et ils se regroupent souvent en association (« de consommateurs ») pour faire valoir leurs droits. Cela change la relation médecin-malade, on est loin du paternalisme d'autrefois.

Ces comportements engendrent plus de plaintes, de procès particulièrement redoutés par les internes en fin de cursus et par les médecins remplaçants. Les médecins ont tendance à adopter une « médecine défensive », prévenant les erreurs médicales, ce qui modifie leur attitude diagnostique et thérapeutique. Cela a pour conséquence d'augmenter les coûts, de modifier la relation avec le malade et d'amplifier le sentiment d'insécurité.

C'est donc dans ce contexte difficile que la permanence des soins doit s'organiser, se projetant sur les années à venir, avec l'assurance de départs en retraite mais sans l'assurance de nouvelles installations ou de reprises de patientèles.

II/ La permanence des soins :

La permanence des soins (PDS) 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.⁸

A. La législation de la permanence des soins

Dès 1948, le CNOM s'exprime sur la question de l'organisation de la permanence de soins : « il semble nécessaire d'établir un service médical fonctionnant avec l'appui des pouvoirs publics ». ⁹

Dès lors, la réglementation de ce service est définie dans différents codes.

1. Le code de déontologie

Le rôle du médecin est rappelé dans l'article 77 :¹⁰

« Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».

Cet article est repris dans le code de la santé publique sous la référence R4127-77.

2. Le code de la santé publique

Le code de la santé publique rappelle le droit fondamental aux soins des patients, avec égalité d'accès, et l'obligation d'une permanence des soins adaptée aux besoins de la population.

La permanence des soins est reconnue mission de service public en 2005.

Article L6314-1 :¹¹

« La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé. »

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire du 21 juillet 2009 a été proposée par Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé, pour faire face au déficit budgétaire de la santé.¹² Elle place le médecin généraliste au centre du parcours de soins, confie

l'organisation des soins aux Agences Régionales de Santé (ARS), et permet une gestion de l'hôpital basée sur le modèle entreprise.

L'article L. 6112-3 du code de la santé publique énonce la garantie d'égal accès aux soins pour tous, ainsi que la garantie de la permanence des soins.¹³

« L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1, garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions :

1° L'égal accès à des soins de qualité ;

2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé.»

Un rôle majeur est alors donné aux ARS concernant l'organisation de permanence de soins, aussi bien ambulatoire qu'hospitalière.

3. La permanence des soins ambulatoire

La permanence des soins ambulatoire (PDSA) est assurée par les médecins généralistes libéraux, en collaborant avec les établissements de santé. Elle prend la forme d'un tour de garde, l'organisation précise étant laissée libre sur chaque secteur géographique, et supervisée par l'ARS.¹⁴

La permanence des soins des médecins généralistes est fondée sur le volontariat. En l'absence ou en l'insuffisance de médecins volontaires, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) doit tenter de compléter le tableau de liste de gardes. En cas d'échec, le préfet procède à des réquisitions.

La PDSA est organisée au niveau départemental sous l'autorité du directeur de l'ARS. Elle fait l'objet d'un cahier des charges régional, rédigé selon les objectifs du schéma régional de l'organisation des soins. Le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction des données géographiques et démographiques, ainsi que de l'offre de soins existante. Ces secteurs de garde peuvent être modifiés selon les périodes de l'année, les besoins de la population et le nombre de médecins volontaires. Le CDOM est consulté sur la répartition des secteurs géographiques.

La PDSA couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, c'est à dire de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, de 12h à 8h le samedi, ainsi que les 24 heures des dimanches et jours fériés. Il est toutefois possible de

prévoir que cette permanence soit assurée en partie autrement que sous la forme classique de « garde » par des médecins généralistes. L'amplitude de la permanence de nuit n'est donc pas obligatoirement de 20 heures à 8 heures.

La permanence des soins bénéficie d'une régulation : l'accès au médecin de garde fait l'objet d'une régulation préalable organisée par le centre 15 ou, à défaut, par les centres d'appel, les associations de permanence des soins, à condition que ces centres soient interconnectés avec le SAMU. Le médecin de permanence intervient alors auprès du patient, en visite ou par consultation.

Les médecins sont rémunérés à l'acte et perçoivent une rémunération forfaitaire, précisée dans le cahier des charges de l'ARS.

La réorganisation de la PDSA a conduit à imaginer les maisons médicales de garde (MMG). Elles ont été créées en coopération avec les dispositifs préexistants afin d'améliorer les conditions d'exercice des médecins libéraux qui assurent les gardes dans le cadre de la permanence de soins. Une MMG est un point de garde fixe, avec des horaires discontinus, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux, permettant des prestations de médecine générale. Elle assure une activité de consultation médicale non programmée.

Ce sont les médecins libéraux, en tant qu'effecteurs fixes, qui participent à son fonctionnement selon une liste de garde préétablie. L'équipement de la MMG est identique à celui d'un cabinet de médecin généraliste de ville. Elle bénéficie d'une régulation téléphonique. Les objectifs sont d'assurer des conditions d'exercice sécurisées et de qualité pour les médecins durant les gardes (consultations effectuées au sein d'un cabinet spécifique, aménagé, et dont l'accès est sécurisé), afin d'inciter les médecins qui n'assuraient plus de garde à en assurer de nouveau.

4. La permanence des soins hospitalière

La permanence de soins hospitalière regroupe les services d'urgences permettant la prise en charge de pathologies vitales à court terme. Ces services sont organisés sur le territoire par l'ARS.

L'accueil et le traitement des urgences est une des missions des établissements de santé, publics ou privés. Le rôle d'une structure d'urgences est d'accueillir sans discrimination vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et de la prendre en charge, notamment en cas d'urgence vitale.

Un établissement (public ou privé) ne peut accueillir un Service d'Accueil des Urgences (SAU) que s'il possède un plateau technique suffisant. Il doit pouvoir faire venir un médecin spécialiste en fonction de la pathologie.

Contrairement à un SAU, un pôle spécialisé ne prend en charge que certaines pathologies (par exemple spécialisé dans le soin de certains organes) ou certaines catégories de personnes (par exemple uniquement les enfants).

Une Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU) est une structure plus légère qu'un SAU ; si elle ne peut pas traiter tous les cas, elle permet d'avoir un bon maillage du territoire et une réponse rapide pour les urgences les plus courantes. L'unité de proximité peut avoir un fonctionnement saisonnier.

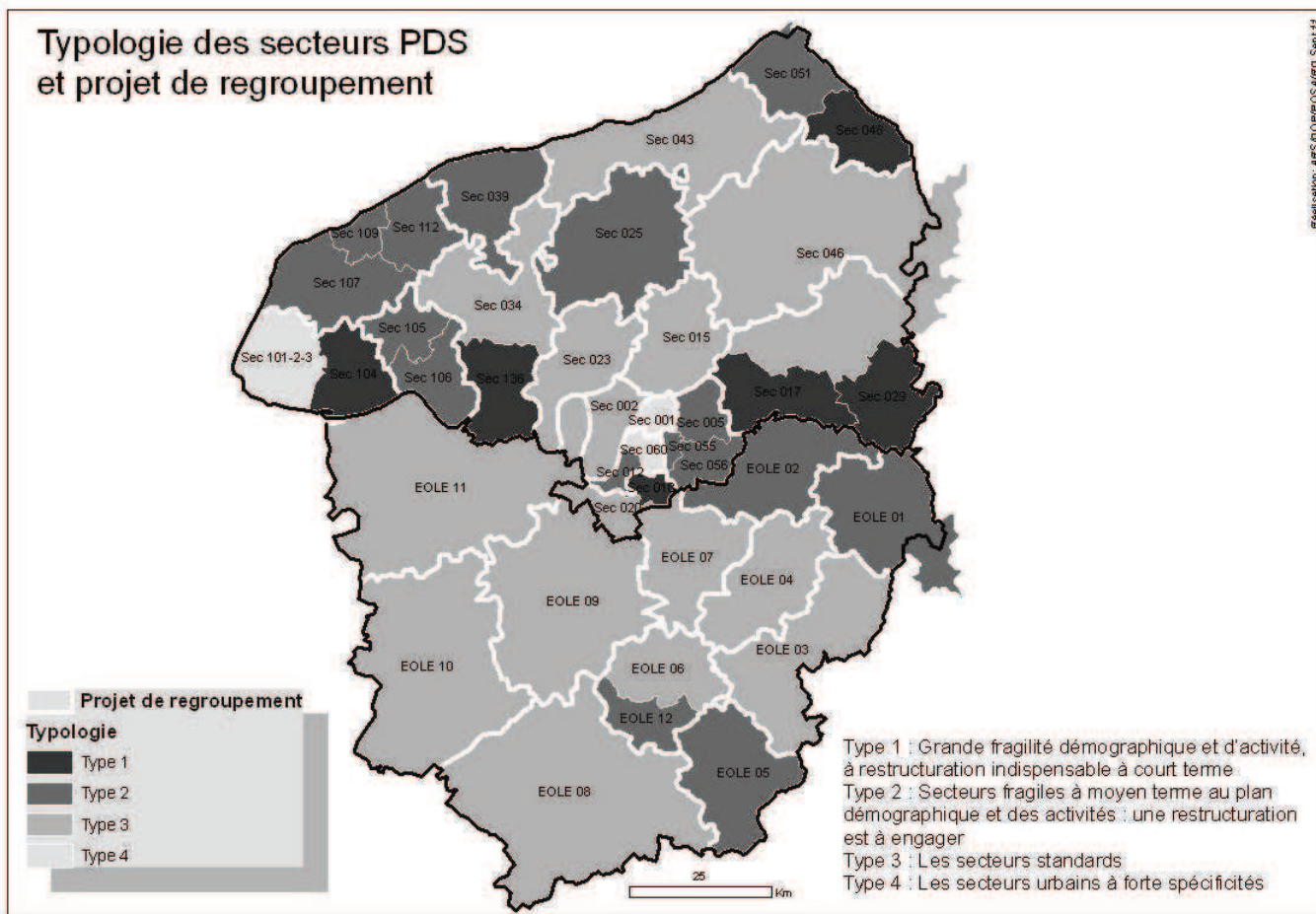
L'aide médicale urgente peut se définir comme la prise en charge des urgences pré-hospitalières. Cette mission est assurée au sein des établissements de santé par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU). Elle se décline en deux activités principales : le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA ou centre 15) et le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

B. L'organisation de la permanence des soins ambulatoire:

1. Mesures régionales

Le cahier des charges de la PDSA a été approuvé en janvier 2012 et mis en application au 1^{er} juillet 2012. ¹⁵

La sectorisation a été repensée, du fait de difficultés actuelles ou à venir à court terme.



Carte 1 : Les secteurs de permanence des soins définis par l'ARS Haute-Normandie

Il y a maintenant 31 secteurs, au lieu de 40 en 2011.

Sur la carte ci-dessus, les secteurs type 1 sont des secteurs dans lesquels les activités nocturnes sont inférieures à 1 acte toutes les 3 nuits, et où l'activité de week-end est faible, inférieur à 5 actes par plage.

Les secteurs type 2 sont des secteurs dans lesquels l'activité nocturne est inférieure à un acte par jour, et dont l'activité de week-end est comprise entre 5 et 10 actes par plage.

Les secteurs type 3 et type 4 ont une activité nocturne et de week-end plus importante, avec dans les secteurs type 4 une forte densité de médecins mais une participation à la PDSA de l'ordre de 40%. Ces deux types de secteurs sont considérés comme viables.

Une recomposition des secteurs s'est avérée nécessaire en 2012. L'objectif était d'augmenter le nombre de praticiens et de réduire la fréquence des gardes tout en garantissant à la population une consultation médicale à moins de vingt minutes. C'est pourquoi le secteur de Saint-Romain-de-Colbosc a été récemment incorporé au secteur de garde du Havre. (ANNEXE 2)

Les modalités de fonctionnement sont disparates au sein des secteurs. Cependant, chaque département a un système de régulation commun à l'ensemble de ses secteurs. En Seine-Maritime, la régulation est partagée entre Rouen et Le Havre, le secteur du

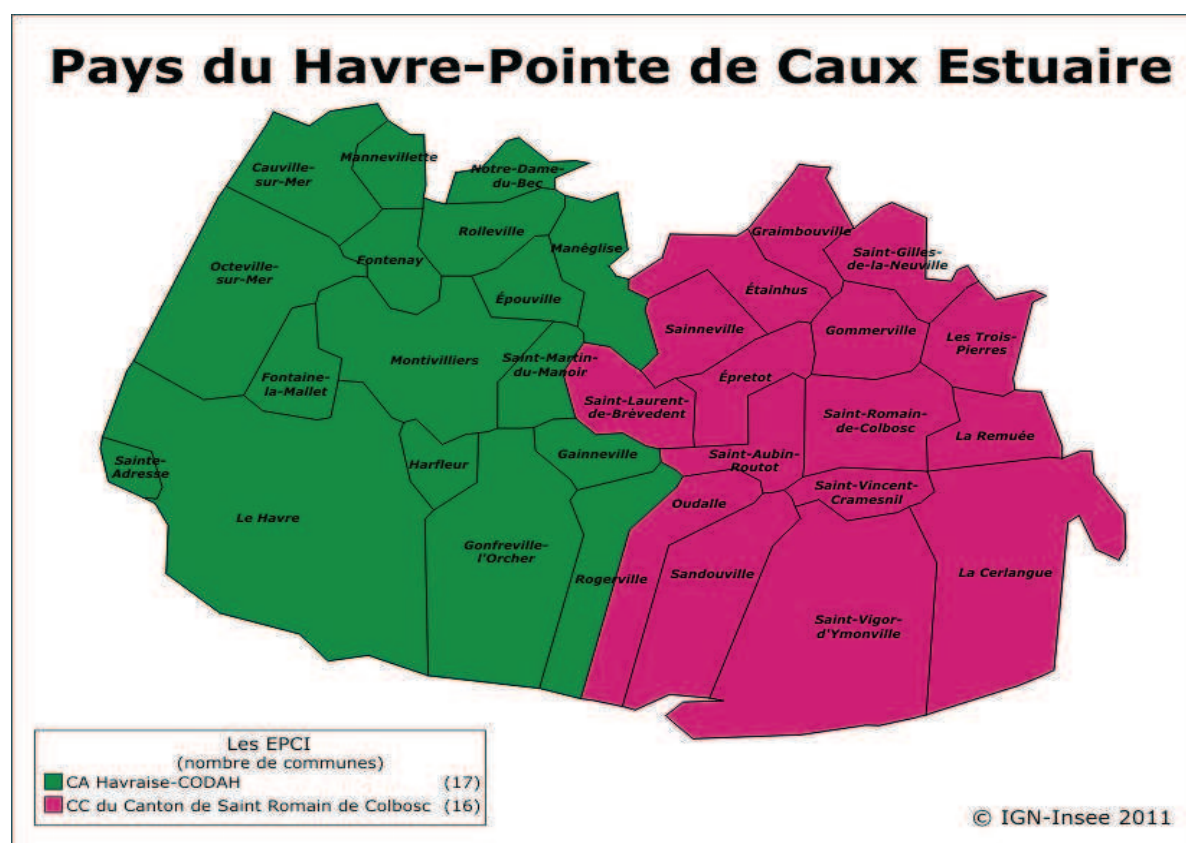
Havre régulant un jour sur trois. Les deux centres de régulation sont situés au sein des centres 15. L'interconnexion est requise.

La permanence des soins pharmaceutique doit être autant que possible harmonisée avec la PDSA.

L'organisation des listes de garde se fait par semestre. Elles sont à établir au moins un mois à l'avance et à remettre au CDOM pour validation au plus tard 30 jours avant la période.

Un comité de suivi de la PDSA est mis en place et est composé du CDOM, 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.

Le secteur de garde du Havre, représenté ci-dessous, est superposable au secteur administratif Pays du Havre – Pointe de Caux Estuaire, qui regroupe la Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH) et la Communauté de Communes de Saint-Romain-de-Colbosc (ANNEXES 3 et 4). Ces secteurs regroupent 33 communes, sur une superficie de 360,8 km².¹⁶



Carte 2 : Le secteur administratif Pays du Havre-Pointe de Caux Estuaire

2. A l'échelle locale

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 des gardes. En 1993, les consultations ont été étendues au dimanche. En 2000, les consultations ont été ouvertes le samedi après-midi. En mars 2009, devant le manque de médecins en ville, les consultations ont été étendues au samedi matin.

A partir de septembre 2000, en raison des problèmes rencontrés par les médecins de garde confrontés à certaines situations difficiles (alcoolisations aiguës, agitation, dépression), les médecins ont décidé d'effectuer les visites à domicile 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 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 la nuit de la manière suivante :

Les consultations d'urgence ont lieu à la maison médicale de garde, située en centre ville du Havre, de 20h à 0h tous les soirs, de 13h à 20h les samedis et de 8h à 20h les dimanches et jours fériés.

Un médecin consulte seul le soir mais deux médecins sont présents le week-end. Un troisième est d'astreinte certains jours, lors des périodes de Noël et en période d'épidémies par exemple.

Un médecin effectue des visites à domicile avec un accompagnateur médicosocial. Elles sont organisées par tranches horaires de 20h à 1h et 1h à 8h.

La régulation médicale au CRRA 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. Les horaires de régulation sont : la nuit de 19h à 1h ; puis de 1h à 7h alternativement à Rouen et au Havre ; le samedi de 8h à 19h ; les dimanches et jours fériés de 8h à 20h puis de 20h à 1h.

Un système de téléalarme a été mis en place, géré par l'AMUH. Cela permet la sécurisation de certaines personnes âgées et leur maintien à domicile.

Dans la journée, l'organisation diffère :

L'agglomération du Havre est répartie en 5 secteurs afin d'assurer la garde de jour. En effet, 5 médecins sont d'astreintes pour recevoir les consultations urgentes dans la journée à leur cabinet.

Pour les visites à domicile, le médecin se déplace seul avec sa voiture personnelle, de 8h à 14h, ou de 14h à 20h.

La maison médicale de garde porte le nom de Domus Medica. Elle est située rue Jules Siegfried, en centre ville du Havre, au 1^{er} étage. L'accès se fait uniquement par escalier. Il n'y a actuellement aucun accès handicapé prévu. La Domus Medica comporte 3 salles de consultation, un secrétariat et une salle de réunion.

L'AMUH est principalement financée par la CODAH, l'Assurance Maladie et l'ARS. Les médecins participant à la permanence des soins ambulatoires cotisent à l'AMUH à hauteur de 300 euros par an, et 15% du montant des actes sont reversés à l'AMUH.

Les médecins de garde sont rémunérés en journée aux tarifs de consultation habituels. Les actes de nuit sont majorés selon les grilles tarifaires de l'Assurance Maladie. Les médecins de garde perçoivent en plus une astreinte de 50 euros la nuit, 150 euros le samedi et 200 euros le dimanche.

L'AMUH a comptabilisé 11 334 consultations en 2011.

C. La permanence des soins hospitalière

La permanence des soins hospitalière repose au Havre sur :

- 3 services publics d'urgences à l'hôpital Jacques Monod, le Service d'Accueil et Urgences adultes, les urgences pédiatriques et les urgences gynécologiques/maternité faisant partie du Groupe Hospitalier Havrais (GHH),

- 2 services privés d'urgences, la clinique des Ormeaux et l'hôpital privé de l'Estuaire. L'hôpital privé de l'Estuaire accueille une maternité.



Carte 3 : Situation des services de la permanence des soins sur le secteur du Havre. (GOOGLE MAP)

Le nombre de passages externes (non suivis d'hospitalisation) sur l'ensemble des urgences du GHH a été de 55 763 en 2011.

Les urgences adultes de l'hôpital Monod comportent 3 box d'accueil des patients, 9 box de consultation, 12 lits pour l'accueil médico-chirurgical, 6 box d'urgences vitales et 8 lits d'unité d'hospitalisation de courte durée. Les effectifs médicaux comprennent 18 médecins séniors et 7 internes de médecine générale. L'équipe paramédicale comprend 81 agents. En 2011, selon le rapport d'activité du service, il y a eu 37 991 passages aux urgences, avec un taux d'hospitalisation de 32,9%. Aux horaires de permanence des soins, on comptait 11 951 passages.

Les urgences pédiatriques de l'hôpital Monod comportent 12 box de soins (dont des box spécifiques pour : un de déchocage, deux de soins intensifs, un box de traumatologie). Les effectifs médicaux comprennent 6 séniors et 8 internes. L'équipe paramédicale comprend 50 agents. En 2011, selon le rapport d'activité du service, 30 660 passages ont été enregistrés, avec une augmentation de +12,4% de l'activité par rapport à 2010. Le taux d'hospitalisation était de 17% en 2011. Le pic d'activité se situait vers 19h. 95% des patients venaient par leurs propres moyens, les parents amenaient spontanément leur enfant aux urgences dans 94% des cas. Aux horaires de permanence des soins, on comptait 13 029 enfants en 2011.

Selon la plateforme d'information sur les établissements de santé,¹⁷ en 2010, la clinique des Ormeaux a comptabilisé en moyenne 59 passages par jour, soit environ 21 535 patients sur l'année. Le nombre de passages externes en 2011 était de 20 730. L'hôpital privé de l'Estuaire, sans la maternité, a comptabilisé sur la même période 71 passages par jour, soit environ 25 915 passages sur l'année 2010. Il s'agissait de l'année de son déménagement. En 2011, le nombre de passages externes était de 18 561.

Ces dernières années ont vu le déménagement de la majorité de ces services d'urgences, du centre-ville vers la périphérie.

Les urgences adultes sont situées à l'Hôpital Monod (à Montivilliers) depuis de nombreuses années. Les urgences gynécologie/maternité ont déménagé définitivement de l'hôpital Flaubert en centre-ville vers l'hôpital Monod en 2009, comme les urgences pédiatriques. 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 1^{er} en centre ville et du Petit Colmoulins à Harfleur pour s'installer sur le plateau nord du Havre en Août 2010.

III/ Démographie du secteur de garde :

A. La population locale

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) et l'Observatoire Régional de la Santé,¹⁸ la Haute-Normandie, qui compte plus de 1,8 million d'habitants, présente des indicateurs sociaux et sanitaires globalement peu favorables et ce depuis un certain nombre d'années. Les différentes analyses réalisées au niveau régional montrent en effet que la région se caractérise par :

- une situation sociale dégradée avec notamment un taux de chômage en constante augmentation depuis 2008 et toujours supérieur à celui observé au niveau national, une population moins diplômée qu'en France métropolitaine, une proportion de bénéficiaires des minima sociaux et de la Couverture Maladie Universelle (CMU) supérieure à celle observée au niveau national,

- une situation sanitaire très préoccupante avec une surmortalité générale de près de 8 % par rapport à la moyenne nationale (10 % chez les hommes et 6 % chez les femmes) tous âges confondus et de 16 % si l'on considère les Haut-Normands âgés de moins de 65 ans.

Le territoire de santé du Havre est marqué par une surmortalité générale importante par rapport à la région. Ce territoire, regroupant un quart de la population régionale, se distingue notamment par une très forte mortalité par cancer (chez les hommes comme chez les femmes) et pour les causes de décès liées à une consommation excessive d'alcool (particulièrement chez les hommes). À l'inverse, et à structure d'âge comparable, la mortalité par accidents de la circulation est inférieure aux niveaux régional et national. Le territoire présente également une sous-mortalité par suicide par rapport à la Haute-Normandie.

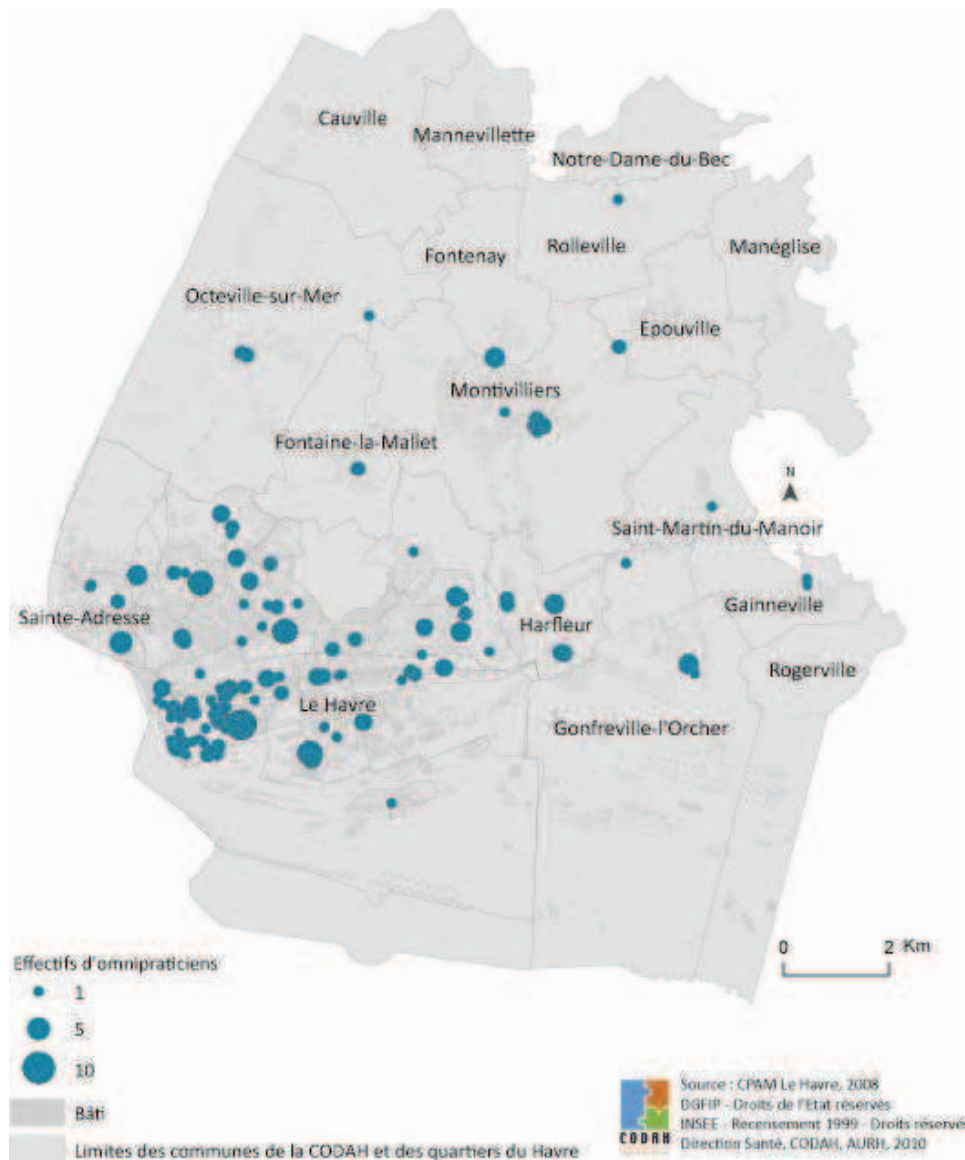
Le secteur de garde (Le Havre et Saint Romain-de-Colbosc) comptait 271 318 habitants en 1999, mais seulement 259 422 en 2008, avec un solde migratoire négatif.¹⁶

Les mairies ont enregistré sur ce secteur 3 505 naissances et 2 408 décès en 2009.

Les indicateurs sociaux nous montrent une population locale en situation précaire, 14 962 demandeurs d'emploi en 2010 dont 5 589 depuis plus d'un an. 14,5% de la population bénéficient de la CMU. Les revenus fiscaux des ménages par unité de consommation en 2009 étaient de 17 457 euros.

B. La démographie médicale du secteur de garde

Selon les données de la Communauté de l'Agglomération Havraise (CODAH) en 2009,¹⁹ la densité médicale dans l'agglomération havraise s'élève à 102 omnipraticiens pour 100 000 habitants. La densité de médecins généralistes n'est que de 80/100 000 habitants, soit une densité inférieure à la moyenne française qui est de 87/100 000. Elle est inférieure aux densités médicales des deux autres grandes villes normandes : Caen (113 médecins pour 100 000 habitants) et Rouen (176 pour 100 000 habitants).



Carte 3 : Répartition des omnipraticiens dans la CODAH en 2008

Sur la carte 3, nous constatons que les omnipraticiens sont concentrés sur la ville du Havre.

D'après les données du CDOM au 13 septembre 2012, sur le secteur de garde, les femmes médecins sont encore minoritaires dans l'exercice libéral, elles représentant 27% du corps médical libéral, mais la proportion augmente dans les classes d'âge les plus jeunes. En effet, chez les 50-59 ans, la proportion de femmes n'est que de 19% tandis qu'elle augmente progressivement chez les plus jeunes : 31% de femmes chez les médecins âgés 40 à 49 ans et 39% chez les 30-39 ans. La féminisation de la profession est donc clairement en cours.

L'âge moyen des omnipraticiens dans la CODAH est de 54,7 ans, soit 40% de médecins âgés d'au moins 55 ans, alors que le pourcentage national des plus de 55 ans est de 34,1 % et le pourcentage régional de 34,1%. Le vieillissement de la population

médicale locale est donc une réalité. Les médecins de plus de 55 ans semblent majoritairement installés en centre-ville du Havre. (ANNEXE 5)

Actuellement, le renouvellement des médecins ne compense pas le nombre des départs de médecins. Chaque année depuis 2003, 4 à 6 nouvelles installations ont lieu dans l'agglomération contre 4 à 7 départs.

L'ancien secteur de garde de Saint-Romain-de-Colbosc comprenait 10 médecins, dont deux de plus de 60 ans, qui ne participent plus à la permanence des soins et qui partiront en retraite dans l'année 2013. Il s'agit uniquement d'hommes. Six médecins ont plus de 55 ans, soit 60%. Tous les médecins sont installés à Saint-Romain-de-Colbosc.

205 médecins généralistes participent à la permanence des soins sur le secteur du Havre.

IV/ Problématique:

L'organisation de la permanence des soins est donc un sujet d'actualité, qui doit être pensé à long terme. Elle est indissociable du problème de démographie médicale, qui risque d'aggraver la situation dans les années à venir. Les secteurs de garde s'agrandissent faute de médecins. Les décisions se prennent à l'ARS, mais la population ne semble pas informée des changements.

La Domus Medica existe maintenant depuis des dizaines d'années, témoin d'une véritable implication des médecins généralistes du Havre dans la permanence des soins. Mais là encore, la population ne semble pas suffisamment informée.

Peu d'études se penchent sur le point de vue des usagers et les raisons du choix des urgences. De plus, il semblait intéressant de développer cette problématique localement, vu le travail fourni pour organiser cette permanence des soins, pour une meilleure adaptation aux difficultés à venir.

C'est pour ces raisons que j'ai souhaité interroger les patients des urgences. Il semble indispensable de connaître leur point de vue afin de continuer à optimiser la permanence des soins ambulatoires.

V/ Matériel et méthode :

Une étude prospective descriptive, par auto-questionnaire, a été réalisée. Elle portait sur les usagers de la permanence de soins hospitalière dans le secteur du Havre (Seine-Maritime).

A. La population

La population étudiée regroupait les patients consultant aux urgences aux horaires d'ouverture de permanence des soins, soit de 20h à 8h les soirs de semaine, et du samedi 13h au lundi matin 8h. Les questionnaires ont été distribués à l'accueil des urgences aux patients consultant par leurs propres moyens, aux horaires de permanence de soins. Les critères d'exclusion étaient l'arrivée par le SAMU, les pompiers ou les ambulances.

Les services d'urgence concernés étaient au nombre de 4 : services d'urgences adulte et d'urgences pédiatriques de l'hôpital Jacques Monod, service d'urgences de l'hôpital privé de l'Estuaire et service d'urgences de la clinique des Ormeaux. Ces deux derniers services n'ont pas souhaité participer à notre étude, par manque de temps pour l'un, et par non intérêt pour l'autre.

J'ai choisi de ne pas inclure les patients consultant aux urgences gynécologiques, au vu de la difficulté de faire des consultations de ce type en garde ambulatoire.

B. Le questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir du questionnaire de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.²⁰ La première page contenait un texte d'introduction sur l'intérêt de l'étude.

Le questionnaire comprenait 25 questions:

- 5 sur les caractéristiques démographiques des patients :

- Date de naissance
- Lieu de naissance
- Sexe
- Commune de résidence
- Profession

- 2 sur le patient dans le système de soins :

- Déclaration de médecin traitant
- Paiement de la consultation

- 10 sur le recours à la permanence de soins :

- Jour de la consultation
- Motif de la consultation
- Transport
- Fréquence de consultation de la permanence des soins
- Habitudes de consultation en urgence
- Connaissance de la Domus Medica
- Connaissance du service d'urgences
- Régulation téléphonique
- Connaissance du numéro de téléphone du médecin de garde
- Raisons du choix de ces urgences

- 2 sur comment promouvoir la permanence de soins ambulatoire :

- Quel vecteur d'information choisir ?
- Quelles modifications apporter à la Domus Medica ?

- 6 sur la personne accompagnante :

- Lien avec le patient
- Année de naissance
- Sexe
- Profession
- Commune de résidence
- Déclaration de médecin traitant

Le questionnaire était anonyme. Il a été testé sur une dizaine de personnes, famille ou amis, de différents âges et catégories socio professionnelles, pour apprécier sa faisabilité et sa compréhension. (ANNEXE 6)

C. L'analyse

Les données ont été rassemblées dans un tableau « Excel », puis traitées avec le logiciel de statistiques « R ». L'analyse a été univariée, puis bivariée.

Le calcul des distances a été fait sur « viamichelin.fr ».

L'effectif requis pour l'échantillon avec un risque d'erreur à 5% est de :

$$n = 1,96 \times 1,96 \times P \times (1-P) / p^2$$

avec P la prévalence et p la précision à 5%. 24 980 passages ont été relevés dans les services d'urgence concernés (11 951 adultes et 13 029 enfants) aux horaires de permanence des soins sur l'année 2011. La population du secteur est de 259 422 habitants en 2008. La prévalence est égale à 9,63%, n est égal à 138.

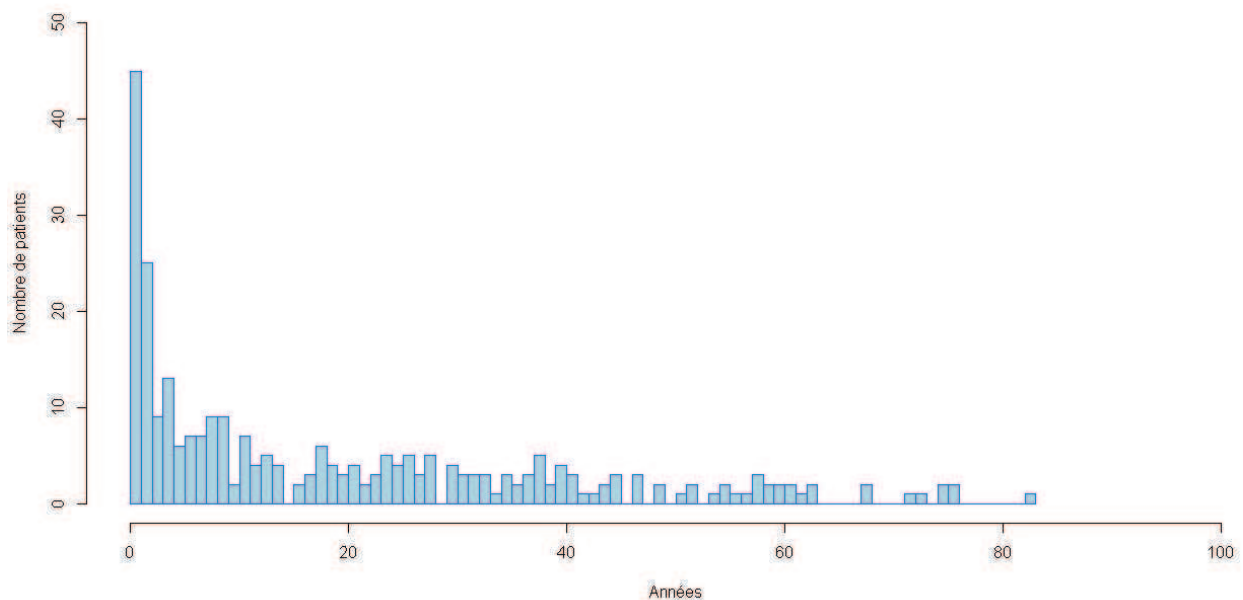
Une part importante de ce travail a été la collaboration avec Charlotte RENAUT, pour son travail de thèse sur les caractéristiques démographiques des usagers de la permanence des soins ambulatoire au Havre. Le croisement des données de nos deux études va nous permettre d'identifier des profils de patients, de recueillir plus d'informations sur la connaissance par les patients de la permanence des soins ambulatoire. L'intérêt de cette comparaison est de mieux adapter l'offre de soins aux besoins de la population locale.

VI / Résultats :

L'étude a commencé le lundi 22 avril 2012 et s'est achevée le 23 juin 2012. 293 questionnaires ont été exploitables, 161 pour les urgences pédiatriques, 132 pour les urgences adultes.

A. Caractéristiques démographiques du patient et de la personne accompagnante

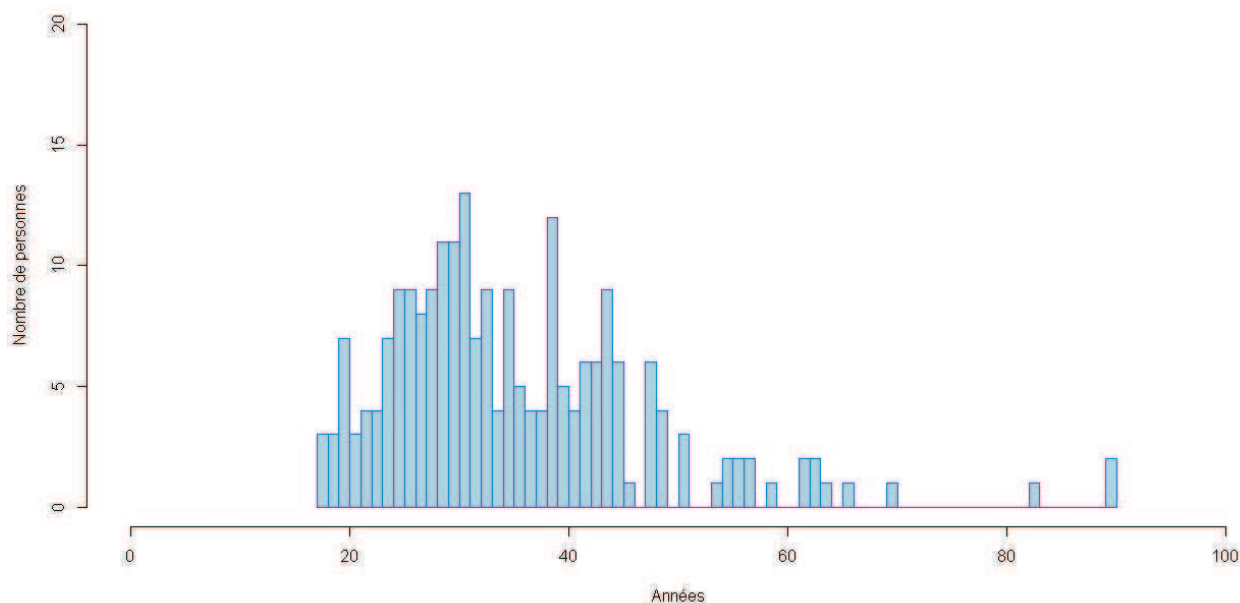
1. Age



Graphique 1 : Age des patients

Les patients étaient jeunes, avec une forte fréquentation dans la première année de vie. La fréquentation diminuait franchement à partir de 2 ans et jusqu'à 10 ans, puis diminuait plus progressivement. La fréquentation des urgences s'espaçait après 40 ans (Graphique 1).

La médiane d'âge était à 11,5 ans, et la moyenne à 19,6 ans. Le troisième quartile était à 31,8 ans et le maximum à 83 ans.



Graphique 2 : Age des personnes accompagnantes

Les personnes accompagnantes étaient majeures, pour la plupart entre 20 et 45 ans (Graphique 2).

La médiane était à 33 ans, la moyenne à 35,6 ans et le troisième quartile à 42 ans.

2. Sexe

Le sexe ratio était de 1,24, il y avait plus de consultants masculins.

Pour les accompagnants, le sexe ratio était de 0,34, il y avait plus d'accompagnants féminins.

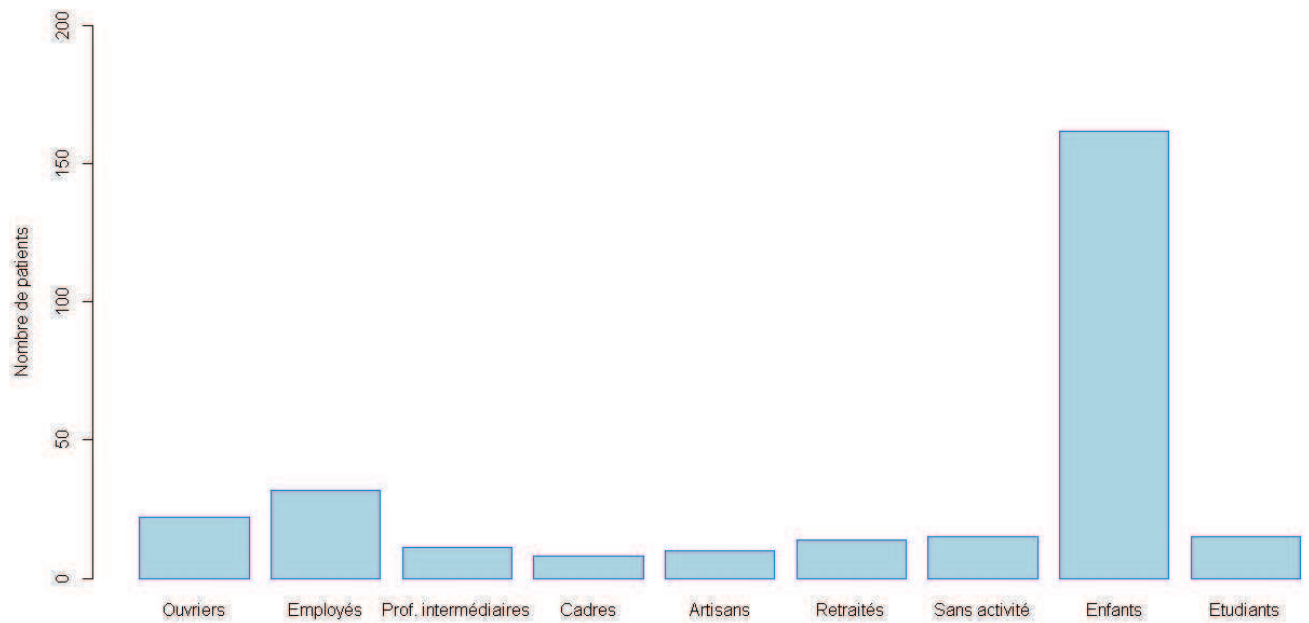
3. Lieu de naissance

Tableau 1 : Lieu de naissance des patients

Lieu de naissance	Non renseigné	Seine Maritime	Autres départements métropolitains	DOM TOM	Autres pays
Nombre de patients (%)	21 (7,2%)	224 (76,7%)	28 (9,6%)	4 (1,4%)	15 (5,1%)

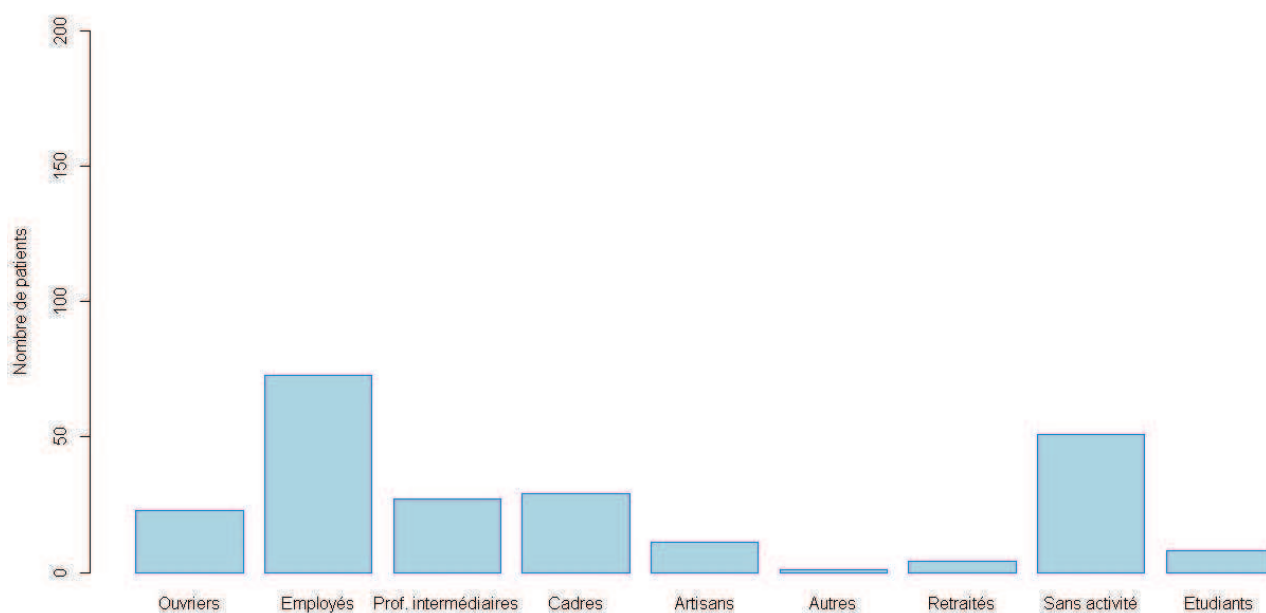
Les patients étaient en forte majorité originaires du département (Tableau 1).

4. Profession



Graphique 3 : Profession des patients

Chez les patients, la proportion d'enfants était forte (56,1%). 64,6% des adultes sont des actifs. La catégorie socio professionnelle la plus représentée était celle des employés (11%), puis celle des ouvriers (7,6%). La catégorie des agriculteurs n'était pas représentée. 5,2% des patients étaient sans emploi (Graphique 3).

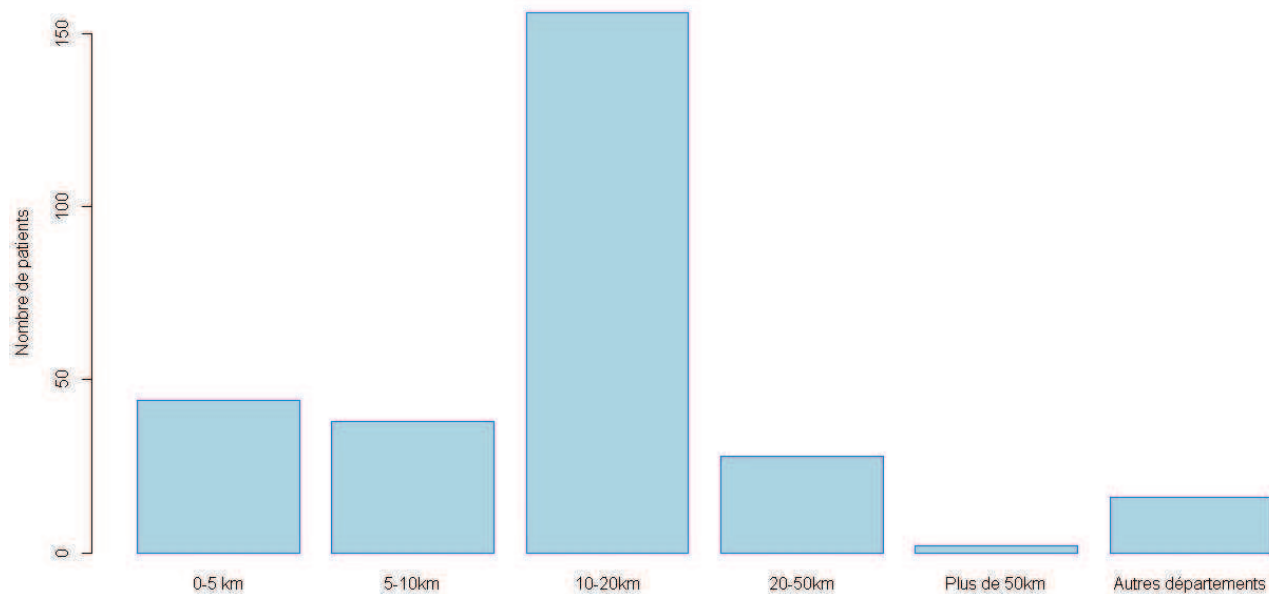


Graphique 4 : Profession des personnes accompagnantes

Chez les personnes accompagnantes, la catégorie socio professionnelle la plus représentée était également celle des employés (32,2%), puis les personnes sans activité (22,5%). Les cadres et les professions intermédiaires arrivaient ensuite. Les ouvriers représentaient 10,1% des patients (Graphique 4).

2,3% des patients adultes et 6,6% des accompagnants avaient une profession médicale ou paramédicale.

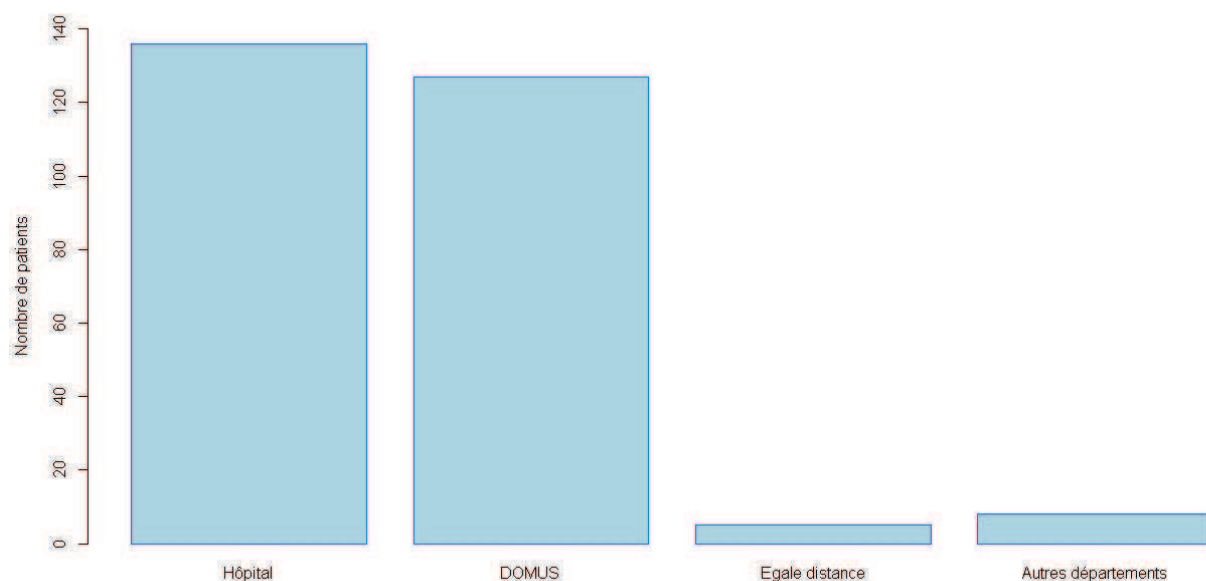
5. Lieu de résidence



Graphique 5 : Distance entre le domicile du patient et l'hôpital Monod

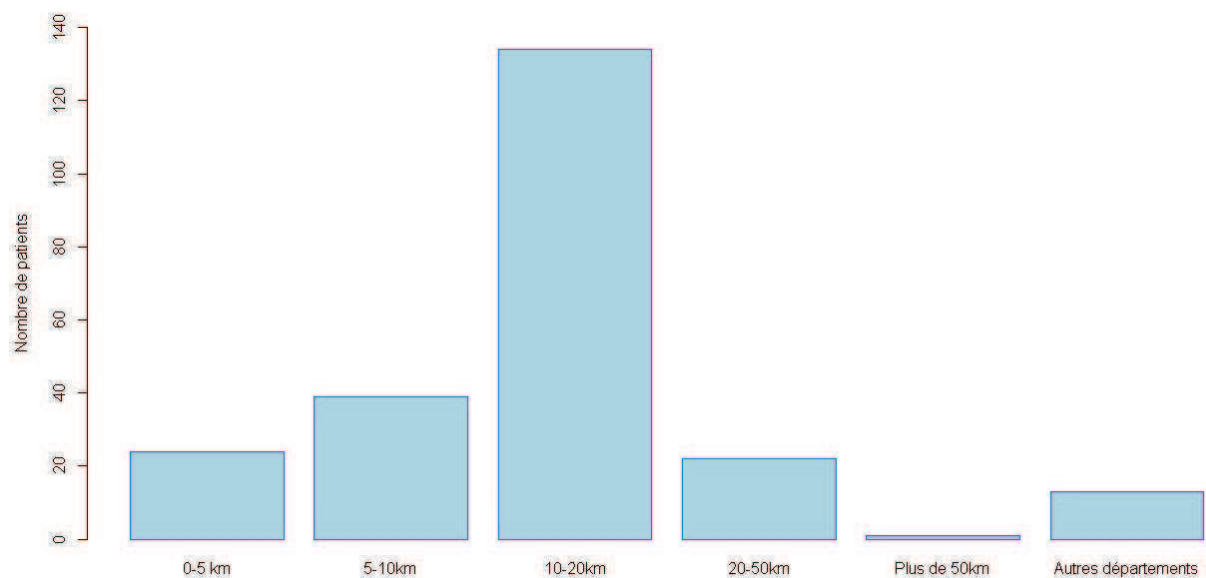
Les patients faisaient en majorité entre 10 et 20 km pour consulter aux urgences (Graphique 5).

45% des patients habitaient sur la commune du Havre.



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

Le lieu de consultation le plus proche du domicile des patients était l'hôpital Monod (46,6%), puis la Domus Medica (43,5%) (Graphique 6).



Graphique 7 : Distance entre le domicile de la personne accompagnante et l'hôpital Monod

Les personnes accompagnantes faisaient également entre 10 et 20 km pour consulter aux urgences (Graphique 7).

Tableau 2 : Appartenance des patients et des accompagnants au secteur de garde du Havre

	<i>Non renseigné</i>	<i>Secteur de garde du Havre</i>	<i>Autre secteur de garde</i>	<i>Autre département</i>
Nombre de patients (%)	7 (2,4 %)	231 (79,1 %)	38 (13 %)	16 (5,5 %)
Nombre d'accompagnants (%)	7 (2,9 %)	184 (76,7 %)	36 (15 %)	13 (5,4 %)

La majorité des patients et des accompagnants habitaient sur le secteur de garde de la Domus (Tableau 2).

6. Lien avec la personne accompagnante

Tableau 3 : 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>Fratrie</i>	<i>Conjoint</i>	<i>Famille autre</i>	<i>Enfant</i>	<i>Autres</i>
Nombre de patients (%)	6 (2,5%)	162 (67,9%)	2 (0,8%)	7 (3%)	38 (15,9%)	8 (3,3%)	8 (3,3%)	8 (3,3%)

81,8 % (239) des patients étaient venus accompagnés aux urgences. La majorité des accompagnants était un membre de la famille proche, le plus souvent les parents et les conjoints (Tableau 3).

B. Le patient dans le système de soins

1. Déclaration de médecin traitant

Tableau 4 : 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>	2 (0,7 %)	113 (38,7%)	15 (5,2%)	162 (55,4%)
<i>Nombre d'accompagnants (%)</i>	10 (4,2%)	220 (92%)	9 (3,8%)	0 (0%)

La grande majorité des patients de plus de 16 ans et des accompagnants avait déclaré un médecin traitant (Tableau 4).

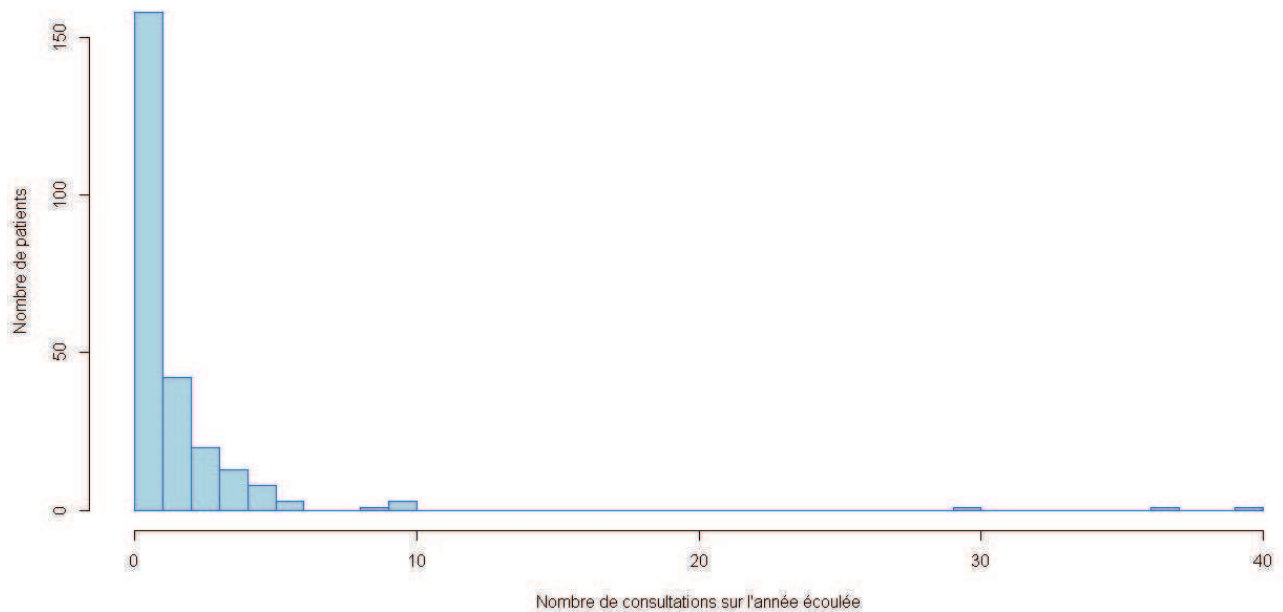
2. Paiement de la consultation

A la question du paiement de la consultation, une majorité de patients avait déclaré payer tout ou partie de la consultation (216 soit 74%). 26 patients n'avaient pas répondu (9%), et 50 patients avaient déclaré ne pas payer la consultation (17%).

68% des patients déclaraient avoir une mutuelle. 19% déclaraient avoir la CMU, 3% déclaraient avoir une affection de longue durée.

C. Recours à la permanence de soins

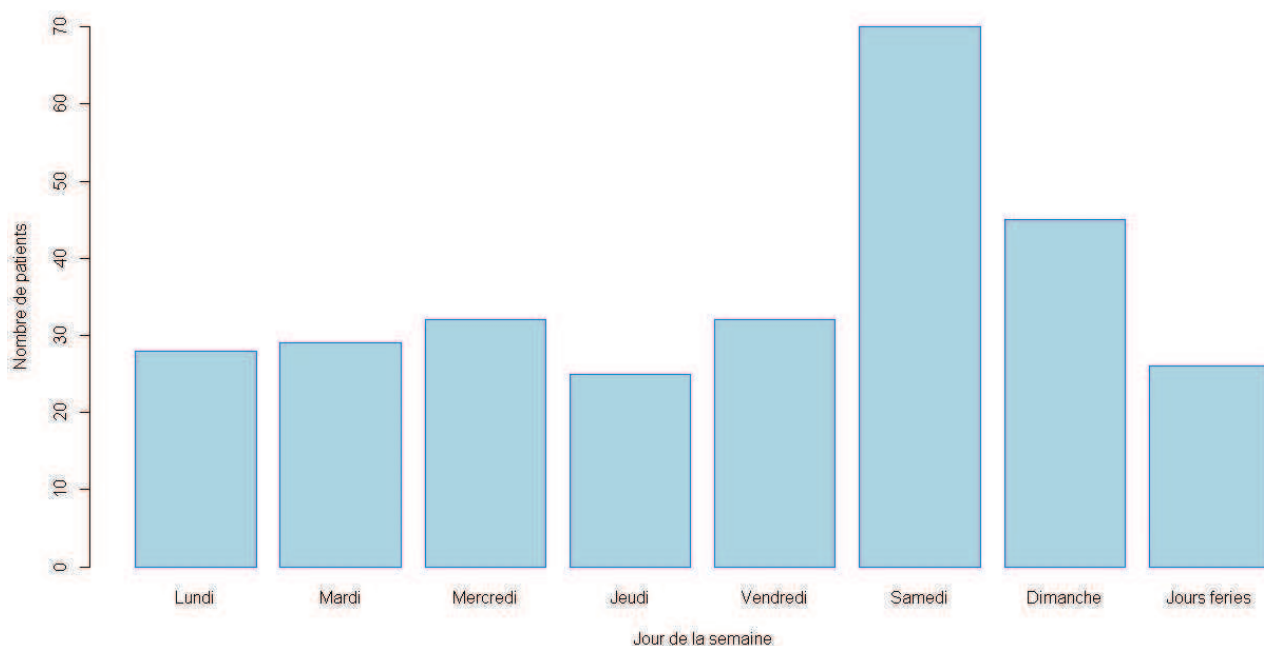
1. Fréquence de consultation de la permanence des soins



Graphique 8 : Recours à la permanence de soins sur l'année écoulée

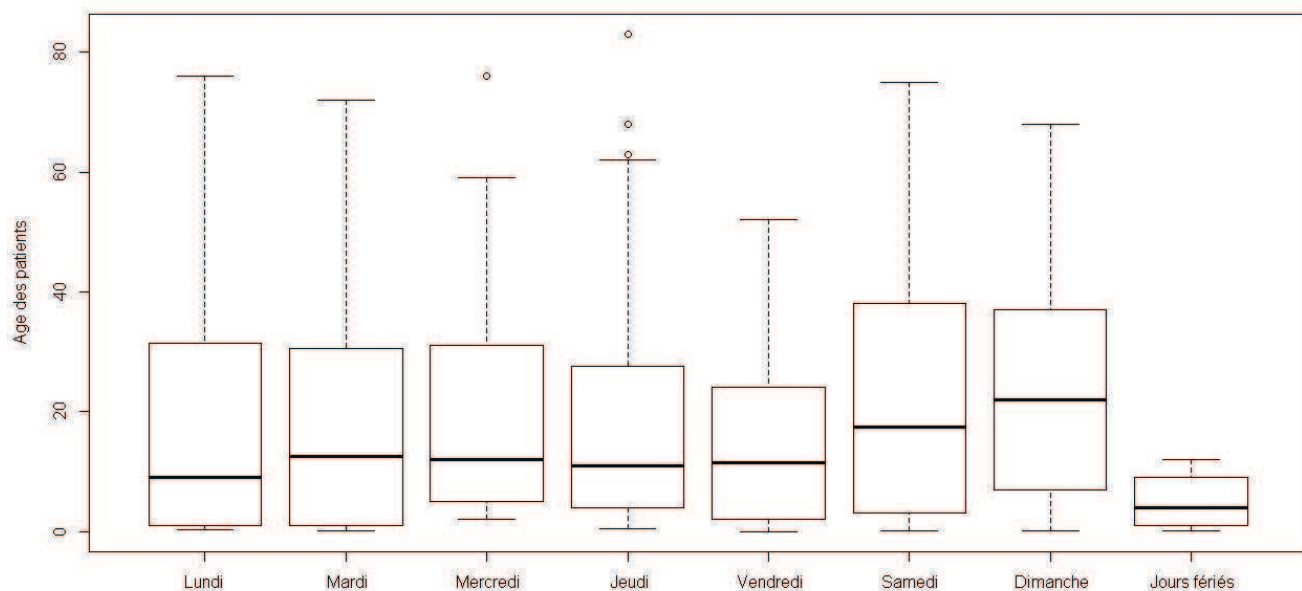
36% des patients n'avaient pas consulté en urgence au cours de l'année écoulée, 18,2% avaient consulté une fois, 14,4% avaient consulté deux fois. Les patients avaient en moyenne eu 1,8 fois recours à la permanence de soins au cours de l'année écoulée. Le troisième quartile était à 2, le maximum à 40 (Graphique 8).

2. Jour de consultation



Graphique 9 : Fréquentation des urgences en fonction des jours de la semaine

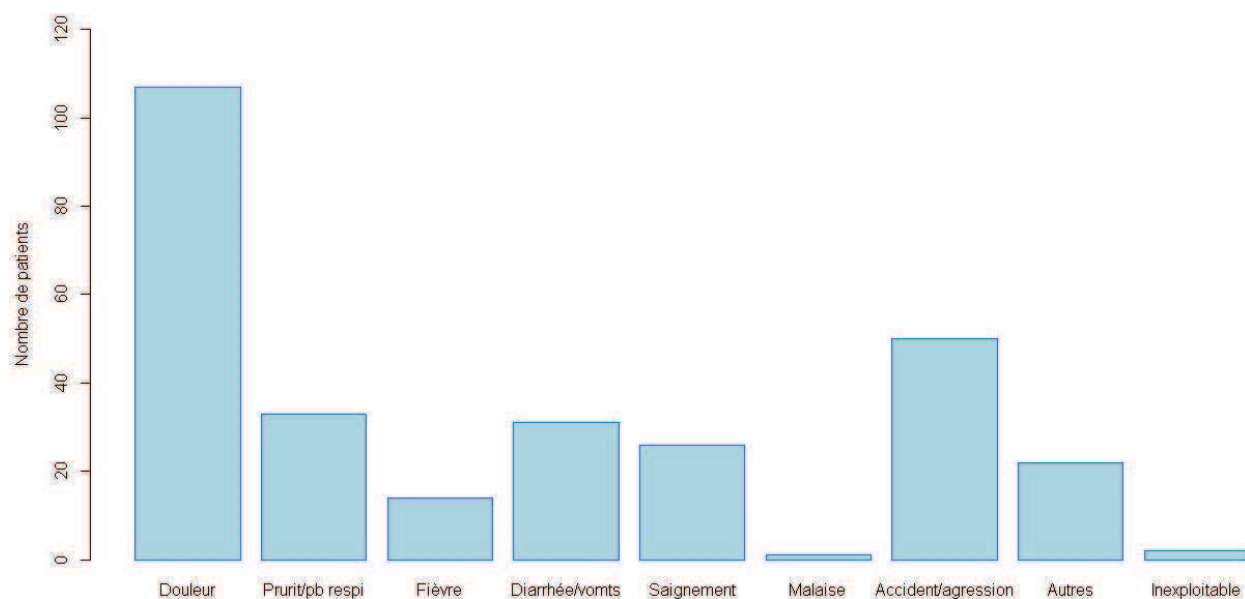
Les patients consultaient plus particulièrement le samedi et le dimanche (Graphique 9). Les consultations les jours fériés étaient moins nombreuses.



Graphique 10 : Age des patients en fonction du jour de consultation

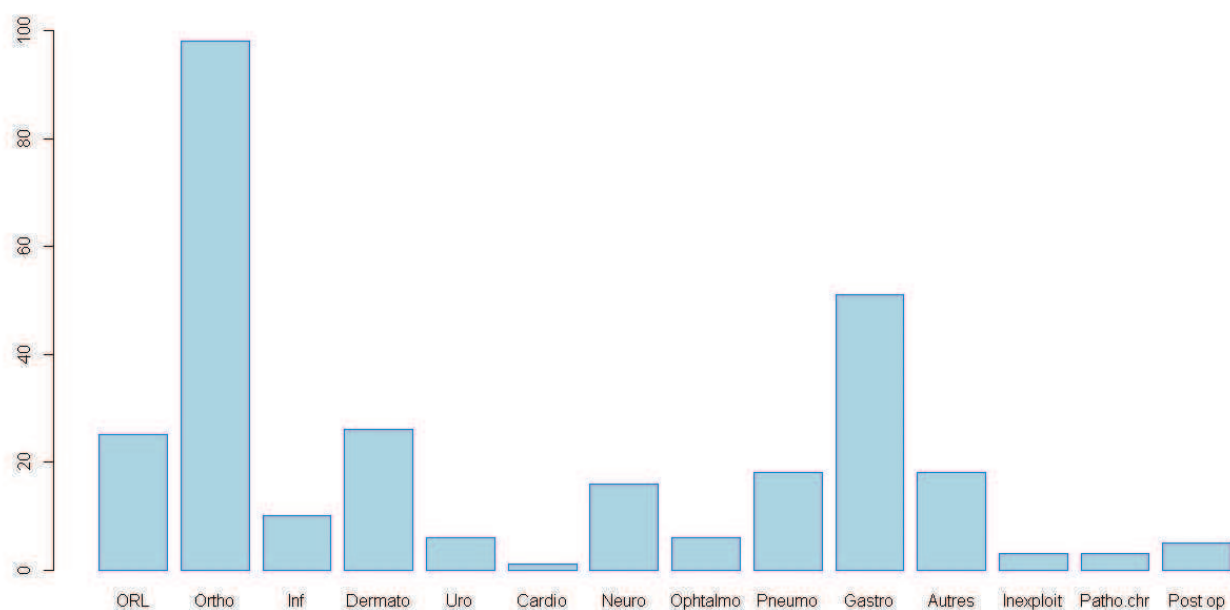
La moyenne d'âge des consultants augmente le week-end. Dans mon étude, il n'y a pas de consultants de plus de 16 ans les jours fériés. (Graphique 10)

3. Motifs de consultation



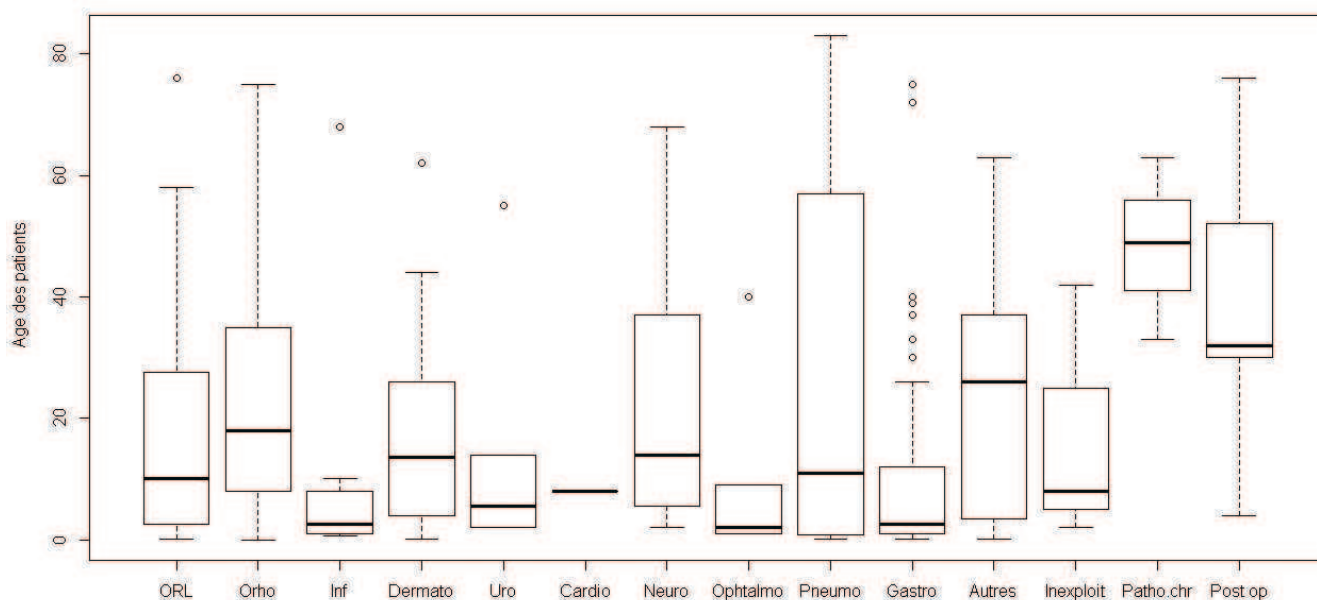
Graphique 11 : Motif de consultation selon la classification DREES

Le principal motif de consultation selon la classification de la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) était la douleur (Graphique 11). Le deuxième motif était l'accident.



Graphique 12 : Motif de consultation par spécialité

Par spécialité, le principal motif de consultation concernait l'orthopédie/traumatologie ; au deuxième rang, nous retrouvons la gastro entérologie (Graphique 12).



Graphique 13 : Age des patients en fonction du motif de consultation

Les enfants consultent plus particulièrement pour des raisons ORL, dermatologiques, infectieuses et gastroentérologiques. Les jeunes adultes consultent

surtout pour des motifs orthopédiques. Les pathologies chroniques et les suites post opératoires sont des motifs de consultation des plus de 40 ans. (Graphique 13)

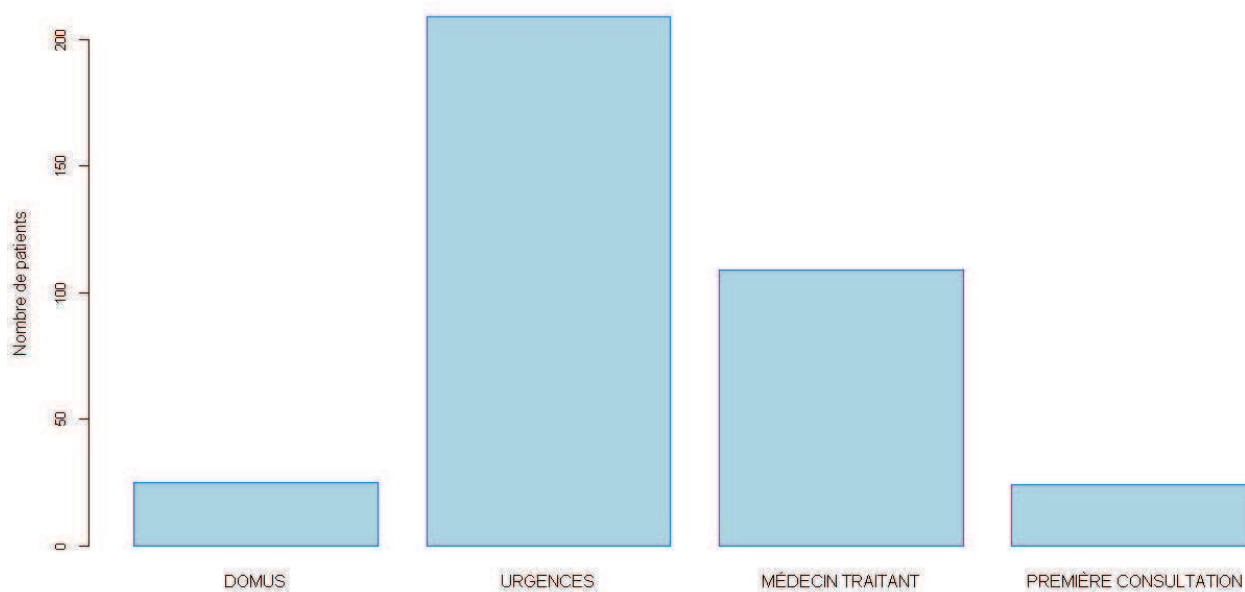
4. Transport

Tableau 5 : Mode d'arrivée aux urgences

Moyen de transport	A pied	En voiture	En taxi	En transport en commun	Autres
Nombre de patients (%)	3 (1%)	278 (95,2%)	4 (1,4%)	5 (1,7%)	2 (0,7%)

La majorité des patients consultant aux urgences par leurs propres moyens arrivaient en voiture. (Tableau 5)

5. Habitudes de consultation en urgence



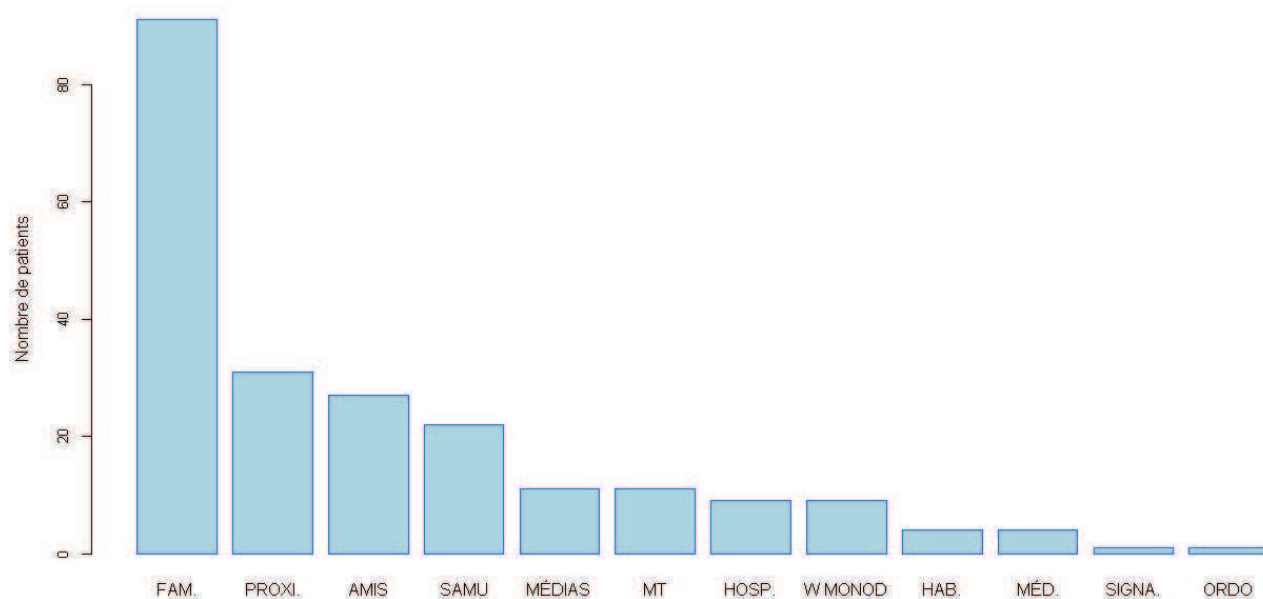
Graphique 14 : Habitudes de consultation en urgence des patients

En urgence, les patients disaient consulter majoritairement aux urgences (71,8%), puis chez le médecin traitant (37,5%), enfin à la Domus Medica(8,6%) (Graphique 14).

6. Connaissance de la Domus Medica

69,9% des patients (204) déclaraient ne pas connaître la Domus Medica. 22% connaissaient la Domus ; parmi eux, 86% avaient déjà consulté à la Domus.

7. Connaissance du service d'urgence



<u>FAM</u> :famille	<u>HOSP</u> : hospitalisation	<u>MED</u> : orientation par un
<u>PROXI</u> : proximité	précédente	autre médecin
<u>MT</u> : médecin traitant	<u>W MONOD</u> : travail à	<u>SIGNA</u> : signalisation
	l'hôpital Monod	<u>ORDO</u> : ordonnance
	<u>HAB</u> : habitude	

Graphique 15 : Moyens de connaissance des urgences

Les patients connaissaient le service des urgences par leur famille, par la proximité de leur lieu d'habitation, peu par le médecin traitant (Graphique 15).

8. Régulation téléphonique

258 patients (88,4%) n'avaient pas appelé le centre 15 avant de venir aux urgences.

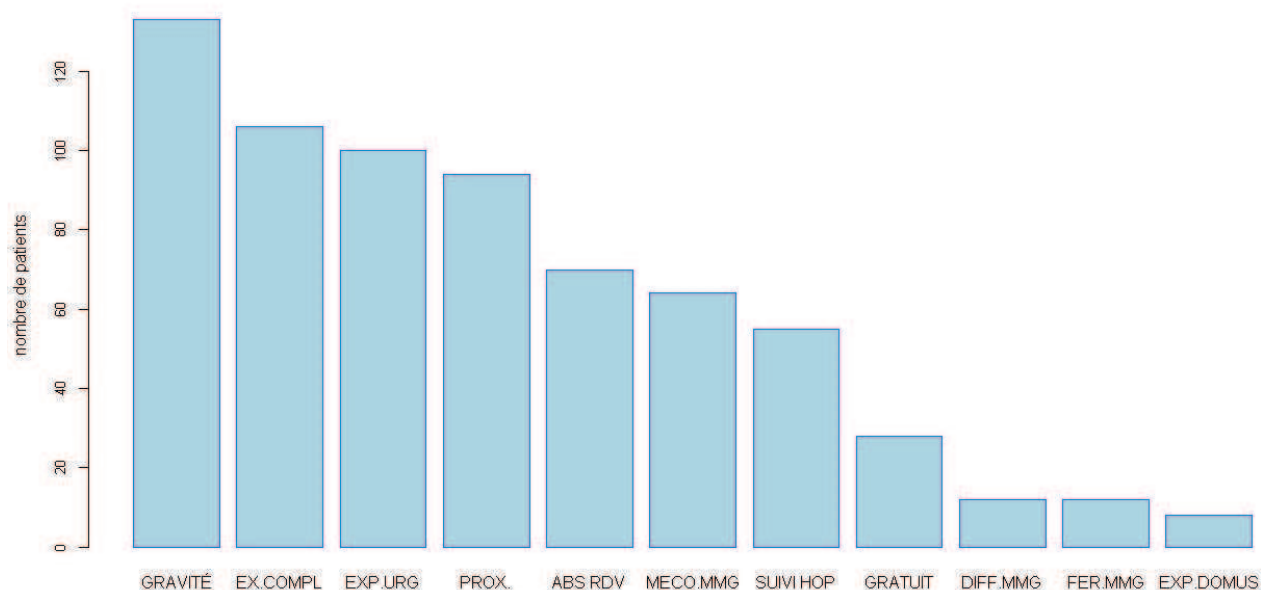
Pour les 35 patients qui ont appelé le centre 15, ils ont été orientés aux urgences pour 22 patients, et à la Domus Medica pour 1 patient. Les 12 autres n'avaient pas répondu.

9. Connaissance du numéro du médecin de garde

Interrogés sur leur connaissance du numéro de téléphone du numéro du médecin de garde, les patients se répartissaient ainsi :

- **93,2% (272)** des patients interrogés ne connaissaient pas le numéro,
- 1,4% (4) des patients donnaient un mauvais numéro,
- 2,4% (7) donnaient le numéro du SAMU (15),
- 0,3 % (1) donnait le numéro de la police,
- Seuls 2,7% (8) des patients connaissaient ce numéro.

10. Les raisons d'un choix



GRAVITE: Inquiétude sur la gravité de la maladie

EX.COMPL : possibilité d'exams complémentaires

EXP.URG : Bonne expérience des urgences

PROX : proximité

ABS. RDV : absence de rendez-vous

MECO.MMG : Méconnaissance de la Domus Médica

SUIVI HOSP: suivi hospitalier par un spécialiste de l'hôpital

GRATUIT: Gratuité des soins

DIFF MMG : difficulté d'accès à la Domus Medica

FER.MMG : Domus Medica fermée

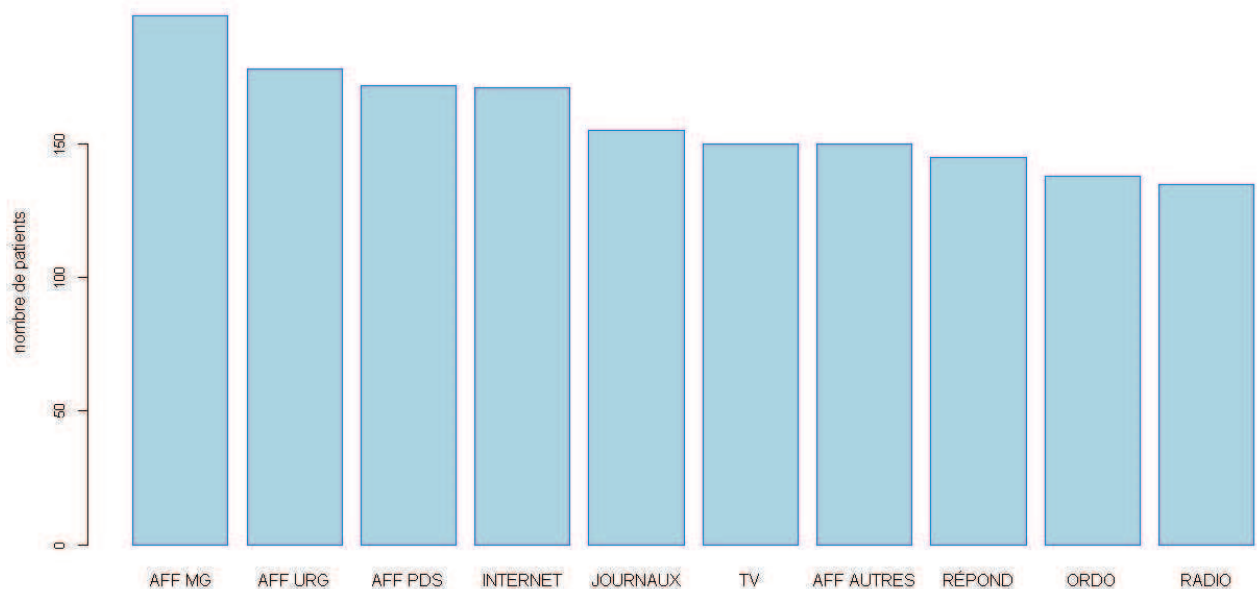
EXP.DOMUS : mauvaise expérience de la Domus Medica

Graphique 16 : Raisons du choix des urgences plutôt que la Domus Medica

On retrouvait comme premiers motifs de consultation aux urgences plutôt qu'à la Domus l'inquiétude quant à la gravité de la maladie, la possibilité de recours aux examens complémentaires. La méconnaissance de la Domus arrivait en 6^{ème} position, la gratuité des soins en 8^{ème} position (Graphique 16).

D. Comment promouvoir la Domus Medica?

1. Quels vecteurs d'information choisir ?



AFF MG : Affichage chez les généralistes

AFF URG : Affichage aux urgences

AFF PDS : Affichage chez les autres professionnels de santé

INTERNET : Diffusion par internet

JOURNAUX : Diffusion par les journaux

TV : Diffusion par la télévision

AFF AUTRES : Affichage dans les lieux publics

RÉPOND : message sur le répondeur des médecins traitants

ORDO : information sur les ordonnances

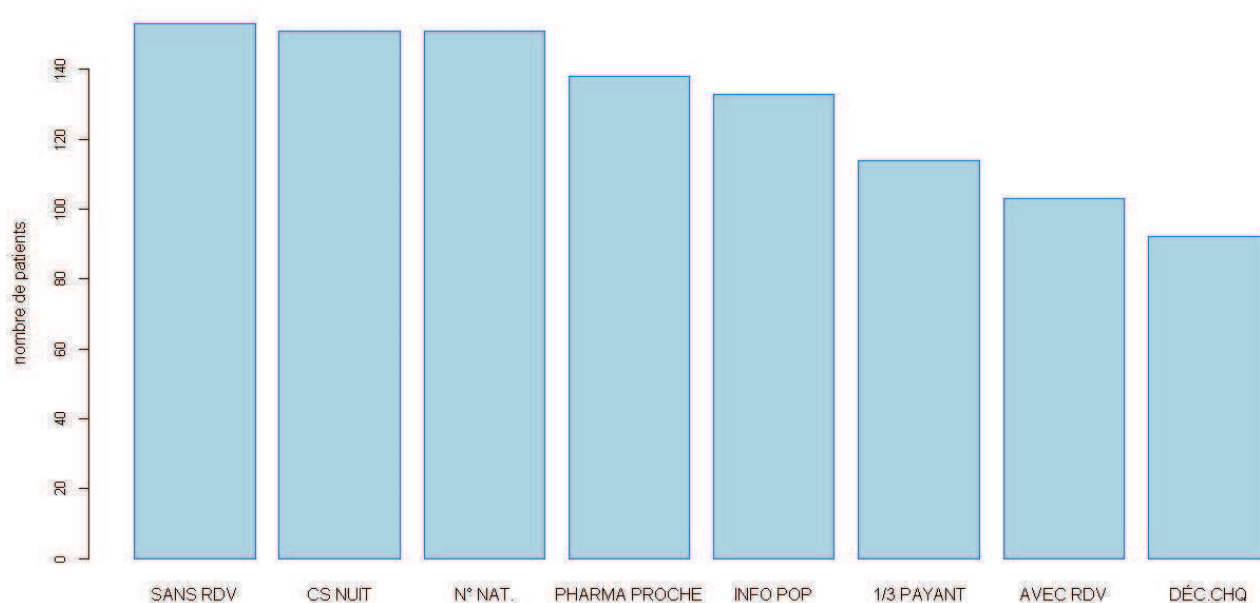
RADIO : Diffusion par la radio

Graphique 17 : Comment faire diffuser l'information sur la Domus Medica ?

Le moyen le plus apprécié par les patients pour faire diffuser l'information était l'affichage dans les cabinets de consultation, dans les services d'urgence et dans les salles d'attente des autres professionnels de santé (Graphique 17).

Il a été proposé un affichage chez les pharmaciens, dans les centres de PMI, et une diffusion de l'information par les réseaux sociaux.

2. Quelles modifications apporter à la Domus ?



AFF MG : Affichage chez les généralistes
AFF URG : Affichage aux urgences
AFF PDS : Affichage chez les autres professionnels de santé
INTERNET : Diffusion par internet

JOURNAUX : Diffusion par les journaux
TV : Diffusion par la télévision
AFF AUTRES : Affichage dans les lieux publics

REPOND : message sur le répondeur des médecins traitants
ORDO : information sur les ordonnances
RADIO : Diffusion par la radio

Graphique 18 : Quelles modifications apporter à la Domus Medica ?

En réponse à cette question, les patients demandaient en premier de favoriser la consultation sans rendez-vous, et d'ouvrir la consultation à la nuit profonde (0h-8h) (Graphique 18).

L'idée d'un numéro national de garde intéressait la majorité des patients. Le recours à une pharmacie proche du lieu de consultation semblait important. Les questions financières, sur le tiers payant et le décalage de l'encaissement des chèques, semblaient moins importante.

VII/ Discussion :

A. Critique du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré de manière conjointe avec la thèse de Charlotte Renault, de manière à pouvoir comparer les deux études. Pour déterminer le jour de la consultation, les patients ont rempli la date de la consultation (question n°1). Dans notre codage, nous n'avons pas intégré les veilles de jours fériés. Il aurait pu être intéressant de voir le retentissement sur le nombre de consultants.

La question n°2 était une question ouverte, qui concernait le motif de consultation. Ce questionnaire était rempli par le patient et non un 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.

Certaines questions n'ont pas été bien comprises. Les réponses aux questions n° 3 à 7, portant sur les caractéristiques démographiques du patient ont souvent été inversées avec les réponses aux questions n° 21 à 24, portant sur les caractéristiques démographiques de la personne accompagnante, notamment en pédiatrie. Il a donc été nécessaire d'inverser ces données dans le tableur. Il est probable que l'intitulé « Concernant le patient » n'était pas assez visible au début du questionnaire.

La question n°10, sur le paiement de la consultation, m'a également posé problème car elle ne prenait pas en compte les personnes qui avaient droit à la CMU et qui avaient en plus une mutuelle. Il aurait sûrement fallu décomposer la question.

Concernant la régulation, la question n°16 posait la question de l'appel au 15 avant de consulter. La question aurait dû proposer également l'appel au numéro du médecin de garde, le 02.32.73.32.33.

La question n° 17 était posée sous forme de tableau et concernait les raisons du choix des urgences par rapport à la maison médicale de garde. Du fait de difficultés à l'impression, les deux dernières propositions étaient sur la page suivante et donc ne permettaient pas une bonne visibilité de toutes les réponses.

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. Les résultats à ces questions ont été présentés en fusionnant le nombre de réponses « important » et « indispensable », négligeant la nuance. Cela nous a semblé être le plus simple pour l'exploitation des résultats. Les questions auraient dû être présentées sous une autre forme qu'en tableau.

La dernière page concernait les personnes accompagnantes, qui avaient pris la décision de venir aux urgences. Nous entendions par-là interroger la personne qui a choisi d'emmener le patient aux urgences, celle qui l'a décidé à venir consulter aux urgences et non pas juste l'accompagnant. Si pour la pédiatrie les parents sont les décideurs, nous ne nous attendions pas à avoir autant de réponses chez les adultes, et nous pensons que l'intitulé n'était pas assez explicite, et que presque tous les accompagnants ont rempli cette partie, sans cette notion de décision.

Enfin, le questionnaire ne prenait pas en compte le score de gravité à l'entrée des urgences, ni le devenir des patients.

B. Critique du recueil de données

L'étude concernait la collection de données quantitatives sur les usagers de la permanence des soins au Havre. Elle était volontairement axée sur les patients consultant spontanément aux urgences, non régulés et se déplaçant par leurs propres moyens. La méthodologie choisie était adaptée à la question posée. Il s'agissait d'une étude prospective qui permet d'obtenir une image récente des usagers des services d'urgences au Havre. Le principal biais est dû à la non participation des deux structures privées à mon étude. Mon travail n'est donc pas exhaustif et ne concerne qu'une partie des consultants aux horaires de PDS.

Le questionnaire a été distribué aux patients des urgences de l'hôpital Monod, par les secrétaires d'accueil pour le service adulte, et par les infirmières d'accueil pour le service pédiatrie. Les 161 questionnaires de pédiatrie ont été recueillis en 15 jours. La distribution a été plus compliquée à mettre en place aux urgences adulte, ce qui a augmenté le délai initialement prévu de distribution. La présentation des questionnaires aux patients n'a pas été la même dans les deux services, les différences étant liées aux organisations différentes des deux services. Cela peut expliquer la moyenne d'âge basse les jours fériés : les questionnaires adultes n'ont pas été distribués les jours fériés.

Du fait de nombreuses relances, nous avons obtenu un nombre de questionnaires très satisfaisant, supérieur à l'effectif requis, ce qui nous permet d'obtenir des résultats exploitables.

Du fait de la méthodologie, nous ne savons pas combien de patients ont refusé de remplir le questionnaire, et il n'a pas été possible de connaître le motif du refus ni d'envoyer une relance.

C. Comparaison par rapport à la littérature

Une enquête de la DREES a été réalisée sur une semaine en 2002 auprès d'un échantillon d'usagers ayant eu recours aux urgences.^{20,21} 240 000 patients ont été inclus. On retrouve dans notre étude des similitudes avec cette enquête.

La patientèle était globalement plus jeune que la population générale : le quart des patients avaient moins de 15 ans, 43 % moins de 25 ans, alors que les personnes âgées de plus de 70 ans ne représentaient que 14%. Les nourrissons de moins de 1 an étaient 2,4 fois plus nombreux que dans la population générale.

C'étaient les personnes entre 51 et 70 ans qui avaient le taux de recours aux urgences le plus faible. Les usagers des services d'urgence étaient majoritairement des hommes.

On retrouvait également une absence de régulation, avec 70% des usagers des services d'urgence s'y présentaient directement. Près des trois quarts des personnes arrivaient par ses propres moyens. La présence d'un accompagnant était quasi systématique pour les moins de 15 ans, mais diminuait régulièrement avec l'âge. Cette dernière donnée est en contradiction avec les résultats de notre étude.

L'enquête avait permis de différencier des populations selon leur fréquentation et leur utilisation des services d'urgence :

- Les nourrissons, gros consommateurs de consultations non programmés l'après-midi et en soirée, sont amenés par leurs parents, et ce pour des problèmes somatiques le plus souvent bénins qui font peu appel à des examens complémentaires, puis repartent à domicile ;

- Les jeunes enfants se distinguent par l'horaire plus précoce de leurs arrivées et la fréquentation plus élevée de la traumatologie et des examens. Entre 6 et 15 ans, la traumatologie devient prédominante avec une consommation forte d'examens complémentaires et d'actes thérapeutiques. Il y a peu d'hospitalisation ;

- Les 16-25 ans ont des modalités de recours et des prises en charge proches de celles des plus jeunes avec toutefois une plus forte fréquence des problèmes de psychiatrie et de violence ;

- Les adultes constituaient une population mixte qui recourt aux urgences à la fois pour des motifs liés à la traumatologie et pour des problèmes somatiques divers, surtout cardio-vasculaires. C'est la tranche d'âge la plus concernée par la mention d'une addiction ou d'une tentative de suicide ;

- A partir de 70 ans, le secteur privé est moins sollicité, la traumatologie devient nettement minoritaire, les proportions de patients adressés par un médecin et de ceux dont l'état est susceptible de s'aggraver deviennent plus importantes, les investigations se multiplient et se diversifient, et le passage aux urgences débouche plus d'une fois sur deux sur une hospitalisation.

Les motivations les plus courantes à l'origine du choix des urgences hospitalières tiennent à la proximité de l'établissement, au sentiment d'urgence ou de gravité, au besoin d'un plateau technique spécialisé.

Parmi les actifs, les deux catégories socio-professionnelles les plus représentées sont celles des ouvriers et des employés. Les deux types de problèmes les plus fréquemment cités sont l'accident (59%) et la douleur (43%). Ces données sont semblables à nos résultats. Une part plus forte de traumatologie se distinguait chez les enfants, adolescents et jeunes adultes, alors que les problèmes somatiques se retrouvaient plutôt chez les nourrissons et les personnes âgées.

Nous n'avons pas étudié le délai entre l'apparition des symptômes et le recours aux urgences. Dans l'étude de la DREES, la plupart des patients vont aux urgences en moins d'une demi-journée (64%). Seuls 19% des usagers disent avoir attendu davantage, dont 11% plus d'une journée. Pendant le laps de temps entre l'apparition de leur problème de santé et leur venue aux urgences, un tiers d'entre eux seulement ont tenté une démarche pour contacter un médecin.

On retrouvait une familiarité avec l'hôpital, ou le service d'urgence concerné, ainsi qu'une méconnaissance du système de soins en ville. 20% des patients ne savaient pas qu'il y avait un médecin de garde.

Dans une enquête comparative des activités d'un service d'urgence et de la permanence des soins, réalisé sur l'agglomération du Puy en Velay par H. Such,²² on retrouve des données démographiques comparables aux nôtres. L'activité dans les deux cas était plus importante le week-end et les jours fériés que la nuit. Au SAU, la majorité des patients étaient des hommes, avec 20,6% des usagers de moins de 15 ans, et 35% de moins de 25 ans. Les personnes âgées de plus de 70 ans représentaient 19,5% des consultants. Les motifs de recours aux urgences hospitalières étaient dominés par la traumatologie.

Dans la thèse sur le recours aux urgences aux horaires de la permanence des soins par C. Pujol,²³ les données démographiques sont superposables aux nôtres. Il en ressort deux problèmes : l'information et l'éducation des patients. La raison principale du non motif de consultation en libéral est la méconnaissance du système de santé.

D. Comparaison avec la thèse de C. RENAUT sur la permanence des soins ambulatoire au Havre.³

1. Caractéristiques des populations

La population de la Domus Medica est un peu plus âgée du fait d'une grande proportion d'enfants dans mon étude. Les patients sont majoritairement de sexe féminin. 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.

Les différences concernent également le lieu d'habitation des patients. Les patients qui consultent à la Domus habitent en centre-ville, plus près de la Domus que de l'hôpital. Pour les patients habitant en périphérie, il peut paraître cohérent de s'arrêter à l'hôpital, puisqu'il est situé sur la route de la maison médicale de garde. De plus, de nombreux travaux de rénovation des infrastructures de l'entrée du Havre et de mise en place de la ligne de tramway compliquent considérablement les déplacements en centre-ville. La majorité des patients de chaque population consulte dans les lieux de son secteur de permanence des soins.

2. 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 paient les consultations et déclarent avoir une mutuelle. Un patient des urgences sur cinq déclare avoir droit à la CMU, contre 14,5% dans la population de l'agglomération. On peut donc penser que l'avance des frais à la maison médicale de garde n'est pas un obstacle majeur pour les patients. D'ailleurs, la gratuité des soins ne semble pas être une priorité dans le choix du lieu de consultation. Mais il est cependant primordial de continuer à développer le tiers payant.

3. 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'affluences 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 puisque près de 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 la maison médicale de garde plutôt que les urgences sont en premier lieu la bonne expérience d'une consultation à la Domus Medica, puis viennent ensuite la proximité du lieu de soins et l'absence de gravité de la maladie.

4. 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 mais aussi 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 pourraient 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. Deleplace,²⁴ 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 MMG. Les patients sans diplôme ou ayant un CAP ou un BEP étaient retrouvés plus souvent aux urgences. Les patients ayant un bac +2 et plus étaient plus fréquents à la MMG. Parmi les patients disant avoir appelé le 15, ils seraient 92,5% à avoir respecté le conseil donné.

E. Quelles solutions pour l'organisation de la permanence des soins ?

1. Une organisation plus globale et homogène

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 2010²⁵. Cependant, les médecins de certains départements ruraux restent non indemnisés pour ces consultations. 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 financement pérenne pour les maisons médicales ou les lieux de permanence des soins est primordial pour maintenir le dispositif.

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 premier recours à la permanence des soins est indispensable. Cela permettra de favoriser l'exercice lors de la PDS par les internes en supervision directe par le maître de stage au cours du stage de niveau 1 puis indirecte au cours du Stage en Soins Primaires en Autonomie Supervisé (SASPAS).

2. Une régulation optimale

La régulation des appels doit être développée pour qu'elle soit le pivot de l'organisation de la PDS. Dans le rapport Hubert²⁶, 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, comme proposé dans ce même rapport. Le modèle de régulation de la Franche-Comté, en place depuis 2004 et avec un numéro 4 chiffres depuis 2008, doit servir d'exemple.

Cette mesure s'accompagnerait obligatoirement de la mise en place de 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 Marseille compare les populations consultant au SAU La Conception et aux Permanences Médicales de l'Octroi et de la Valentine (PM).²⁷ 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 étude²⁸ a eu pour but d'étudier la réorientation des patients consultant 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 nécessite de former plus de médecins urgentistes, alors qu'ils sont déjà peu nombreux. Cela nécessite 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'ARS.²⁹ La régulation médicale par les CRRA 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.

3. Améliorer les maisons médicales de garde

Pour les médecins généralistes, la création des maisons médicales de garde ont permis d'améliorer les conditions de travail en se regroupant. Actuellement, le fonctionnement, l'organisation et le financement est très hétérogène sur toute la France. Cependant il est nécessaire qu'elles s'adaptent aux besoins de la population concernée. Le rapport du Dr Graal en 2006³⁰ sur les maisons médicales de garde a montré qu'un point fixe de consultations réalisées par des médecins libéraux permet une meilleure médicalisation de la zone, une réimplication des médecins dans la PDS et une meilleure utilisation du système par les usagers.

Dans une étude sur les maisons médicales de garde,³¹ 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 thèse portant sur l'impact de l'ouverture des maisons médicales de garde sur la fréquentation des services des urgences,³² 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).

Selon cette même étude, très peu de MMG sont installées dans les zones rurales. Actuellement, il existe une mauvaise connaissance des dispositifs en place et une absence de 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.

4. 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 comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie,³³ 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 d'urgence). Si la demande de soins ressentie comme urgente, 70,5% consultent en urgence dont la moitié vont directement dans un service d'urgence. Seuls 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'autoévaluation de l'AMUH en 2002³⁴ 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). Seul 1% des personnes interrogées consultent à la Domus Medica.

Le rapport du Dr Graal proposait déjà en 2007 une réflexion sur le recours indu aux urgences, en dehors de toute régulation.³⁵ Des actions de communication nationales sur le bon usage des plateformes téléphoniques et des actions adaptées aux régions et aux départements sur les numéros utilisés et les points fixes de consultation de médecine générale et d'urgence s'imposent. Le message doit comprendre également une information sur les critères d'urgence et de gravité des symptômes. Ce même rapport préconisait également de responsabiliser les patients en facturant les consultations en urgence.

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.

5. Organisation spécifique à la Domus

Comme l'étude l'a mis 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 locale³⁶ par l'AMUH en 2011 ou par le service des urgences pédiatriques après leur déménagement en 2010 par un feuillet d'informations destiné aux parents. 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. Cette affiche existe déjà, créée par l'ARS de Haute-Normandie. Il semble nécessaire de la diffuser. (ANNEXES 7 et 8)

Des réflexions sont actuellement en cours en ce qui concerne les locaux de Domus Medica. En effet, ils sont fonctionnels mais petits. Chaque pièce possède plusieurs fonctions. Un espace plus adapté devrait être permettre de faciliter le travail de l'AMUH. De plus, un accès handicapé doit être mis en place.³⁷

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

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

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, puisque créer une nouvelle offre de soins provoquera une nouvelle demande, et le problème de saturation pourrait se présenter de nouveau dans quelques années.

VIII/ 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 des urgences étaient plutôt des hommes, de moins de 25 ans, avec un nombre important d'enfants. 64,6% des adultes sont actifs. Ils parcourent entre 10 et 20 kilomètres pour venir consulter, et habitent sur le secteur de garde ambulatoire. La grande majorité est accompagnée, par les parents ou par le conjoint. Le recours à la permanence des soins dans l'année précédente est en moyenne de 1,8 fois. 3 patients sur 4 ont l'habitude de consulter aux urgences. Les patients se déplacent par leurs propres moyens, sans régulation médicale. Les motifs de consultation les plus fréquents sont la douleur et l'accident. 70% des patients ne connaissent pas la maison médicale de garde, et 93% ne connaissent pas le numéro du médecin de garde. Ils consultent aux urgences parce qu'ils sont inquiets, parce qu'il y a la possibilité de pratiquer des examens complémentaires et qu'ils ont eu une bonne expérience antérieure des services d'urgences. L'affichage dans les cabinets des médecins leur semble la meilleure façon de diffuser l'information sur la permanence des soins ambulatoire.

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.

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, et serait à corrélérer à une étude sur les attentes des médecins généralistes à propos de la permanence des soins.

Bibliographie

1. Descours C., Rapport sur la permanence des soins, remis à M. Mattei, ministre de la santé, janvier 2003
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf
2. Code de la santé publique, article R6315-1
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022059891&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120909&oldAction=rechCodeArticle>
3. Renaut C, Caractéristiques démographiques et connaissances des usagers de la maison médicale de garde du Havre, thèse de doctorat en médecine, Rouen, 2012
4. 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.
5. 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.
6. Décret du 10 juillet 2012 fixant le nombre de postes offerts aux ECN
http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20120714&numTexte=18&pageDebut=11567&pageFin=11572
7. Berland Y., Rapport sur la démographie médicale, remis à M DOUSTE-BLAZY, ministre de la santé, novembre 2004
8. Ars de Haute-Normandie, juin 2012, extrait du site au 16 septembre 2012
<http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/Permanence-des-soins.139204.0.html>
9. Mignon J., Les médecins praticiens devant l'urgence. Concours médical. 1965 ; 87(26) :4487-4490
10. Code de déontologie médicale, article 77.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-77-permanence-de-soins-obligations-301>
11. Code de la santé publique, article L6314-1, texte en vigueur au 14 septembre 2012.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020890655&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120917&oldAction=rechCodeArticle>

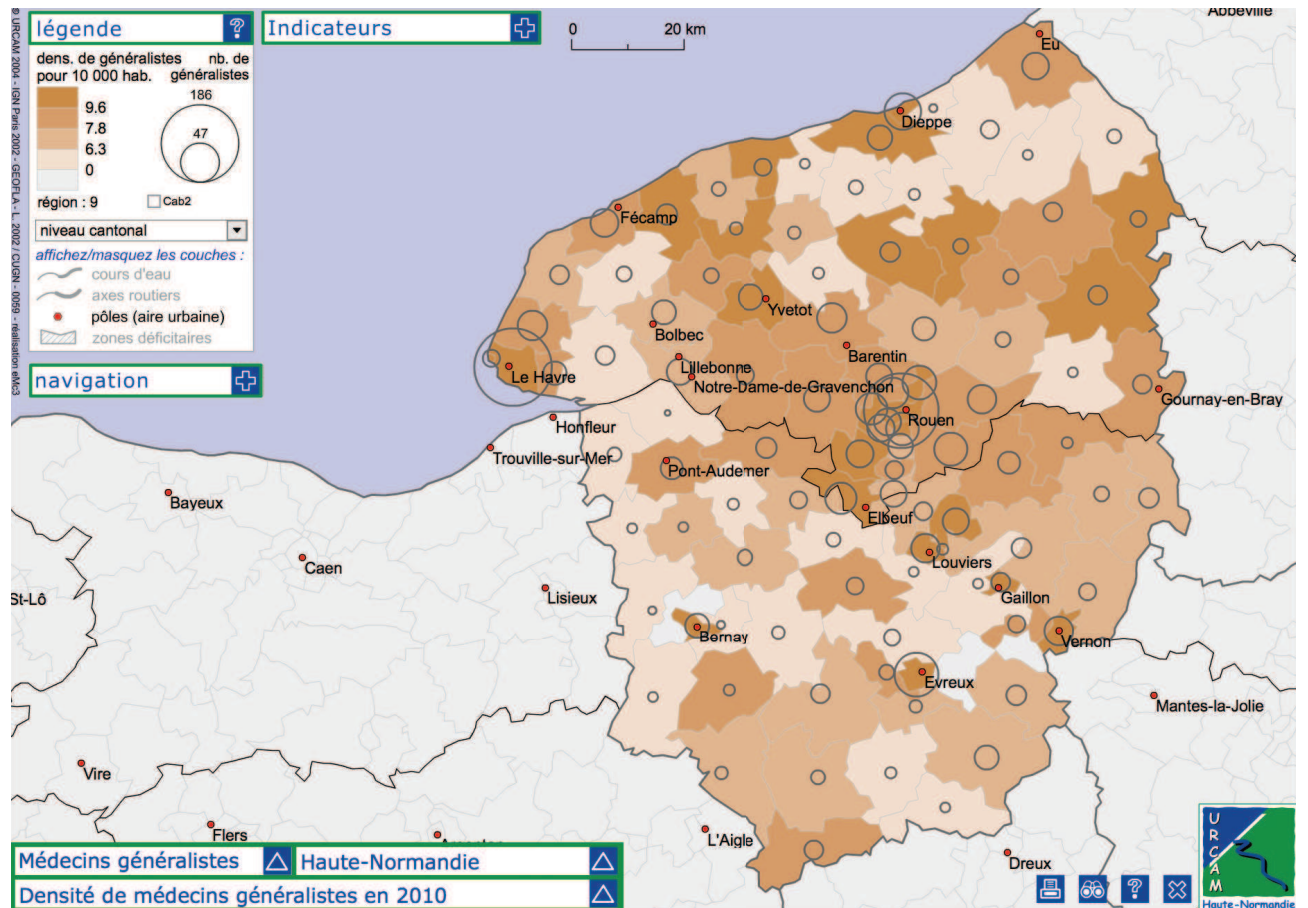
12. Loi n°2009-879, Hôpital, Patients, Santé, Territoires, 21 juillet 2009,
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=FADC079A592233E728A29D585A2EEFC5.tpdjo06v_2?cidTexte=JORFTEXT000020879475&idArticle=LEGIARTI000025014269&dateTexte=20120909&categorieLien=id#LEGIARTI000025014269
13. Code de la santé publique, article L6112-3, texte en vigueur au 16 septembre 2012
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020886436&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120917&oldAction=rechCodeArticle>
14. Code de la santé publique, articles 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>
15. 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
16. 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
17. Fiche établissement 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=
- 18 : Delamare J, Gitton F, Villet H, Yon A, Les territoires de santé en Haute-Normandie - Situation socio-sanitaire actuelle et perspectives démographiques
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=14&ref_id=18409
19. 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

20. Carrasco V, Baubeau D, Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale, DREES, janvier 2003
<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-usagers-des-urgences-premiers-resultats-d-une-enquete-nationale,4728.html>
21. Carrosco V, Baubeau D, Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, DREES, janvier 2003
<http://www.drees.sante.gouv.fr/motifs-et-trajectoires-de-recours-aux-urgences-hospitalieres,4734.html>
22. Such H, Comparaison des activités d'un service d'accueil des urgences et de la médecine générale en exercice libéral sur l'agglomération du Puy-en-Velay, thèse de doctorat de médecine, 2005, Clermont Ferrand I
23. Pujol C, Patients consultant pour des motifs de médecine générale au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Perpignan aux heures de permanence des soins, leurs caractéristiques et leur parcours de soin, thèse de doctorat en médecine, 2007, Montpellier
24. Deleplace P, Etude de la permanence des soins en Haute Garonne en 2006, thèse de doctorat en médecine, 2007, Toulouse
25. 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.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/etat-des-lieux-de-la-permanence-des-soins-en-janvier-2010-944>
26. 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>
27. 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 ?, thèse de doctorat en médecine, Marseille, 2005.
28. Caron Steunou J, La réorientation des patients consultant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale, Thèse de doctorat en médecine, Paris-Est, 2005.

29. Code de la santé publique, Article R6316-1.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022934375&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120917&oldAction=rechCodeArticle>
30. Grall J.Y., Les maisons médicales de garde, rapport remis à Monsieur X. Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités, juillet 2006
31. Gentile S. et al., les maisons médicales de garde en France, Santé Publique, 2005/2 Vol. 17, 233-240
32. Yahyahoui M, Impact de l'ouverture des maisons médicales de garde sur la fréquentation des urgences, Thèse de doctorat en médecine, Toulouse, 2010.
33. Gentil S., les attitudes et comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie, Santé Publique, 2004 /1 Vol. 16, 63-74
34. CEMKA-EVAL. Evaluation de l'Association Médicale des Urgences du Havre - Septembre 2002
35. Grall J.Y., Les maisons médicales de garde, rapport remis à Monsieur X. Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités, juillet 2006
36. 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>
37. Code de construction et d'habitation, article R111-19.

ANNEXES

ANNEXE 1 : DENSITE DES GENERALISTES EN HAUTE-NORMANDIE EN 2010



ANNEXE 2 : EVOLUTION DES SECTEURS DE GARDE DE LA SEINE-MARITIME

Les secteurs en Seine Maritime après la phase 1 de recombinaison

Département	Secteurs	re composition	Evolution des secteurs	Maison Médicale de Garde	Médecins		Populations		Référence 2011	
					Existant à 5 ans	évolution	Existant	regruppées		
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 Agglo Rouen Sud					72		106 140		
	- S_018 Oissel	(2)				10		15 803		
	S_015 Malainay, 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, Caudebec, La Mailleraye		X	1			32		52 604	SM_10
	- S_034 Yvetot					25		40 044		
	- S_136 Caudebec, La Mailleraye	(1)				7		12 560		
	S_039 Caux Littoral	(2)					19		21 956	SM_11
	S_043 Dieppe				1		61		84 471	SM_12
	S_046 Neufchâtel		X		1	50	40	58 601	40 551	SM_13
	S_046-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 Boibec, Lillebonne		X				34		52 667	SM_16	
- S_105 Boibec	(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)



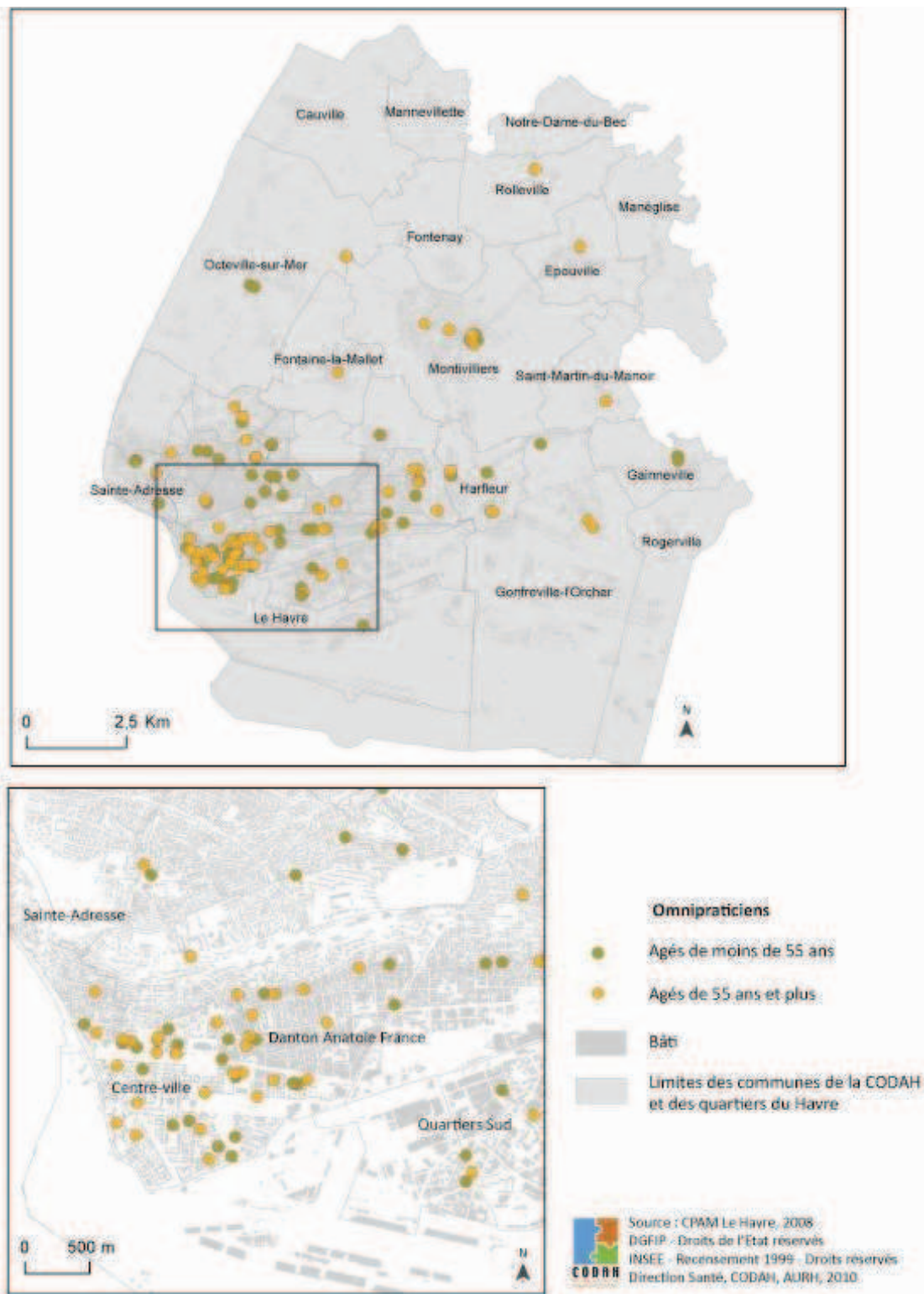
ANNEXE 4 : Liste des communes Pays du Havre - Pointe de Caux Estuaire

Pays du Havre-Pointe de Caux Estuaire

Composition communale

Code Insee	Libellé de commune
76167	Cauville-sur-Mer
76169	La Cerlangue
76238	Épouville
76239	Épretot
76250	Étainhus
76270	Fontaine-la-Mallet
76275	Fontenay
76296	Gainneville
76303	Gommerville
76305	Gonfreville-l'Orcher
76314	Graimbouville
76341	Harfleur
76351	Le Havre
76404	Manéglise
76409	Mannevillette
76447	Montivilliers
76477	Notre-Dame-du-Bec
76481	Octeville-sur-Mer
76489	Oudalle
76522	La Remuée
76533	Rogerville
76534	Rolleville
76551	Sainneville
76552	Sainte-Adresse
76563	Saint-Aubin-Routot
76586	Saint-Gilles-de-la-Neuville
76596	Saint-Laurent-de-Brèvedent
76616	Saint-Martin-du-Manoir
76647	Saint-Romain-de-Colbosc
76657	Saint-Vigor-d'Ymonville
76658	Saint-Vincent-Cramesnil
76660	Sandouville
76714	Les Trois-Pierres

ANNEXE 5 : REPARTITION DES OMNIPRATICIENS SELON L'AGE AU HAVRE



ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale et je réalise actuellement ma thèse sur les services d'urgence et la maison médicale de garde (DOMUS MEDICA).

Je souhaite vous interroger sur votre connaissance du système de garde et pour cela, je vous remercie de bien vouloir participer à cette recherche, en remplissant ce questionnaire.

Merci de votre aide

Elsa FAGOT GRIFFIN

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, de 12h le samedi à 8h le lundi)

.....

13. Connaissez vous la DOMUS MEDICA ?

- Oui : y avez vous déjà consulté ?
- Non
- Oui
- Non

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

.....

15. Comment connaissez vous les urgences de cet hôpital ?

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

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 aux urgences par rapport à la DOMUS MEDICA ?

	Non pris en compte dans la décision	Peu important	Important	Indispensable
Pas d'avance d'argent				
Inquiétude par rapport à la gravité de la maladie				
Absence de rendez-vous				
Accès aux examens complémentaires				

Proximité du service des urgences par rapport à votre domicile				
Bonne expérience d'une consultation aux urgences				
Suivi par un spécialiste dans cet hôpital				
Accès difficile de la salle d'attente de la DOMUS MEDICA				
DOMUS MEDICA fermée				
Méconnaissance de la DOMUS MEDICA				
Mauvaise expérience d'une consultation à la DOMUS MEDICA				

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 MEDICA			
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 consulter 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 aux urgences

(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

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

Attention à
bien identifier
la zone où
vous vous
situez

02 32 33 32 32

Zone Eure

- En cas d'urgence

15



ANNEXE 8 : ARTICLE ASSOCIE A L’AFFICHE SUR LA PERMANENCE DES SOINS,
disponible sur le site de l’ARS 76

Permanence des soins ambulatoires

**Une urgence médicale en dehors des heures d’ouverture des cabinets des
médecins, qui appeler ?**

mise à jour du 6 avril 2012

Si vous êtes confrontés à une situation qui nécessite le recours à un médecin généraliste en dehors des heures d’ouverture des cabinets médicaux, que faire ?

En journée ces situations sont habituellement prises en charge par votre médecin traitant, si elles ne relèvent pas a priori de l’urgence vitale nécessitant alors le recours au SAMU par le N°15.

En soirée ou le week end, les médecins libéraux de la région se sont organisés afin d’apporter la réponse attendue par le public.

En fonction de votre lieu d’habitation, contactez la régulation médicale

Découpage des zones de régulation en Haute-Normandie

pour la **zone de Rouen et de Dieppe 02 35 58 76 33**

pour la **zone du Havre 02 32 73 32 33**

pour le département de l’**Eure 02 32 33 32 32**

Un médecin vous répondra.

En fonction de votre situation

la réponse peut être :

un simple conseil médical ;

la prise en charge de votre cas par une organisation des médecins de permanence, c’est à dire soit dans une maison médicale de garde (il en existe 10 dans le département) soit au cabinet du médecin de garde de votre secteur ;

si la situation l’exige, votre appel sera pris en charge par le centre 15 qui déclenchera si nécessaire des moyens plus lourds.

ATTENTION le recours immédiat au 15 doit être réservé aux situations les plus graves.

Pour connaître la pharmacie de garde la plus proche, vous pouvez appeler le 32 37 accessible 24h/24 (0,34. euro par euro / minute).

Résumé :

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 démographiques des usagers des urgences au Havre ainsi que leur connaissance du système ambulatoire. Cette étude a été faite en parallèle d'une étude sur les usagers des services des urgences du Havre afin de les comparer.

Matériel et méthode : 350 questionnaires ont été distribués à l'entrée des urgences adultes et pédiatriques de l'hôpital J. Monod à Montivilliers. Tout patient se présentant à l'accueil des urgences aux horaires de permanence des soins du 23 avril au 23 juin 2012 se voyait remettre un questionnaire. Etaient exclus les patients amenés aux urgences par SAMU, ambulances ou pompiers.

Résultats : Les usagers des urgences étaient plutôt des hommes, de moins de 25 ans, avec un nombre important de consultants enfants. 64,6% des adultes sont actifs. Ils parcourent entre 10 et 20 kilomètres pour venir consulter, et habitent sur le secteur de garde ambulatoire. La grande majorité est accompagnée, par les parents ou par le conjoint. Le recours à la permanence des soins dans l'année précédente est en moyenne de 1,8 fois. 3 patients sur 4 ont l'habitude de consulter aux urgences. Les patients se déplacent par leurs propres moyens, sans régulation médicale. Les motifs de consultation les plus fréquents sont la douleur et l'accident. 70% des patients ne connaissent pas la maison médicale de garde, et 93% ne connaissent pas le numéro du médecin de garde. Ils consultent aux urgences parce qu'ils sont inquiets, parce qu'il y a la possibilité de pratiquer des examens complémentaires et qu'ils ont eu une bonne expérience antérieure des services d'urgences. L'affichage dans les cabinets des médecins leur semble la meilleure façon de diffuser l'information sur la permanence des soins ambulatoire.

Conclusion : Les patients qui consultent aux urgences au Havre ne connaissent pas le système de permanence des soins ambulatoire. Une meilleure information s'avère nécessaire.

Mots clés :

Permanence des soins ambulatoire

Maison médicale de garde

Médecin de garde

Service d'urgence