



HAL
open science

Évolution de la permanence des soins au Havre : intérêt de la mise en place d'un médecin généraliste en régulation au CRRA du Havre, en journée

Mathieu Thibaut

► To cite this version:

Mathieu Thibaut. Évolution de la permanence des soins au Havre : intérêt de la mise en place d'un médecin généraliste en régulation au CRRA du Havre, en journée. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01081154

HAL Id: dumas-01081154

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01081154>

Submitted on 7 Nov 2014

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.

Année 2014

N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'état)

Par

Mathieu THIBAUT

Né le 07 janvier 1988 à Montargis (45)

Présentée et soutenue publiquement le 16 Octobre 2014

TITRE DE LA THÈSE :

Évolution de la permanence des soins au Havre

**Intérêt de la mise en place d'un médecin généraliste en régulation au CRRA du
Havre en journée**

Président du Jury : Monsieur le Professeur VEBER Benoît
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur DUMÉNIL Jean-Luc
Membres du Jury : Monsieur le Professeur JOLY Luc-Marie
Monsieur le Professeur LAUDENBACH Vincent

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -, DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M^{le} MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - 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
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (<i>Sumombre</i>)	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. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>Sumombre</i>)	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Sumombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOV	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 (<i>Surnombre</i>)	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
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
Mme 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. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
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. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
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	Hépat – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme 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>Sumombre</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 VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
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
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie

M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
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. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie

Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane EL MEOUCHE	Bactériologie
Mme Juliette GAUTIER	Galénique
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

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

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	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
--------------------------	-----	-------------------

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

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mme 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
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

9

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

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 leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

À Monsieur le Professeur Benoît VEBER

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.

Merci de m'avoir guidé dans mon travail au moment où j'en ai eu besoin.

Soyez assuré de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Luc-Marie JOLY

Vous m'avez fait l'honneur de siéger dans ce jury et d'évaluer mon travail.

Soyez assuré de mon respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Vincent LAUDENBACH

Merci d'avoir accepté avec enthousiasme de participer à ce jury.

Veillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

À Monsieur le Docteur Jean-Luc DUMÉNIL

Merci de m'avoir accompagné et guidé dans ce long travail de thèse.

À Messieurs les Docteurs Francis LE SIRE et Christian DRIEU

Merci de m'avoir guidé et pour toute l'aide précieuse que vous m'avez apportée pour réaliser ce travail.

Veillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

À Messieurs et Mesdames les Docteurs des urgences adultes du Havre

Merci à vous tous pour votre soutien et vos précieux conseils.

Je suis ravi d'intégrer votre équipe prochainement.

À Cédric TZEBIA

Merci pour ton aide dans la réalisation des calculs statistiques, sans quoi je n'aurai pu mener à bout ce projet.

À mes amis

Merci pour tous ces souvenirs de Fac, les longues soirées de sous colles et de conf, ainsi que ces trois années d'internat.

Merci en particulier à Marion, Quentin, Maxence, Sabrina, Marie, Julo, Fabou, Laura, la Pierras, Laura, Adrien, Lola, Raphaëlle, Xavier, Laure.

À ma famille

Merci pour tous ces moments de bonheur, pour vos encouragements, en particulier à Florence et toute sa petite famille pour votre soutien et votre accueil durant mes années cristoliennes.

À mes parents

Merci pour votre amour et votre soutien depuis toutes ces années.

Merci d'avoir été là dans les moments difficiles comme agréables.

Merci pour les sacrifices que vous avez du faire pour que je puisse en arriver là.

Je vous aime.

À mes frères

Merci pour votre soutien et vos encouragements.

Merci d'avoir été là quand j'en ai eu besoin.

À mes beaux-parents

Merci pour votre aide et de m'avoir aussi gentiment accueilli dans votre famille.

À Pierra

Merci de m'avoir poussé et aidé à finir cette thèse à temps.

Merci d'être toujours là pour moi, de me supporter au quotidien et de m'apporter énormément de bonheur.

Je souhaite continuer ma vie avec toi et faire encore beaucoup de voyages ensemble !!

Je t'aime.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ	2
LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE.....	9
REMERCIEMENTS.....	12
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	15
INTRODUCTION.....	19
I. La permanence des soins en France	20
a. Historique.....	20
b. Organisation	21
c. Régulation.....	23
d. État des lieux	26
II. La permanence des soins au Havre	28
a. Historique.....	28
b. Organisation	28
c. Régulation.....	30
d. État des lieux	31
III. Objectif.....	32
MATÉRIELS ET MÉTHODES	33
I. Population.....	33
II. Récupération des données et codage	33
III. Analyses des résultats.....	35

RÉSULTATS	37
DISCUSSION	46
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE	54
ANNEXES	57
RÉSUMÉ	62

Liste des abréviations

AMUH = Association médicale des urgences havraises

ARS = Agence régionale de santé

CIM 10 = Classification statistique internationale des maladies
et des problèmes de santé connexes

CNAMTS = Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNOM = Conseil national de l'Ordre des médecins

CODAH = Communauté de l'agglomération havraise

CODAMUPS = Comité De l'Aide Médicale Urgence de la Permanence de soins et des
transports Sanitaires

CRRA = Centre de réception et régulation des appels

CSP = Code de santé publique

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

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

HAS = Haute autorité de santé

IC95% = Intervalle de confiance à 95%

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

PDS = Permanence des soins

PDSA = Permanence des soins ambulatoires

RRAMU = Réseau Régional pour l'Aide Médicale Urgente

SAMU = Service d'aide médicale urgente

SMUR = Service mobile d'urgence et de réanimation

INTRODUCTION

La permanence des soins ambulatoires (nous écrivons indifféremment PDS ou PDSA) peut se définir comme 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 exprimées par un patient.^{1,2}

La PDSA est une mission de service public, inscrite dans la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009. Elle est assurée par des médecins, durant les heures de fermeture des cabinets médicaux. C'est un système permettant de répondre au mieux à la demande de soins non programmés de la population durant la nuit de 20h à 8h, les weekends du samedi 12 h au lundi 8 h, les jours fériés, certains ponts et en périodes d'absence du médecin habituel après une régulation médicale.

Elle est effective sur l'ensemble du territoire national, même si les modalités d'organisation peuvent être différentes d'un département à l'autre, en fonction des moyens disponibles et des besoins de la population.²

C'est un système qui évolue en permanence.

I- La PDS en France

a- Historique

Historiquement, la PDSA a été définie en 2003, à la suite des grèves des gardes de nuit des médecins généralistes libéraux débutées en novembre 2001. Les patients étaient invités, via un répondeur téléphonique, à composer le 15 et étaient redirigés vers les services d'urgences qui sont arrivés très rapidement à saturation.

La PDSA a longtemps été assurée par les médecins libéraux qui réalisaient un tour de garde, ce qui était pour eux une obligation déontologique. Jusqu'en 2002, la PDSA était dépourvue de cadre juridique et organisée par la profession elle-même.³

Les médecins revendiquaient de meilleures conditions de travail en particulier pour la PDSA, ainsi qu'une revalorisation des honoraires des consultations et des visites.

À la demande de Mr. MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le sénateur DESCOURS a été chargé de faire un état des lieux de la PDSA en France et de proposer des solutions pour remédier aux différents dysfonctionnements.

En attendant, la circulaire DHOS/SDO n° 2002-399 du 15 juillet 2002⁴ a proposé d'améliorer « l'organisation existante (de la PDS) afin de limiter les contraintes pour les médecins liées à la PDSA tout en assurant une reconnaissance de la mission de service public ». Elle a mis en place une régulation médicale des appels relevant de la PDS et une liste de médecins d'astreintes faite sur la base du volontariat. Une nouvelle sectorisation des territoires de garde a été faite. La sectorisation était arrêtée sous la responsabilité du préfet et du Comité de l'aide médicale urgence de la permanence de soins et des transports sanitaires (CODAMUPS) afin d'améliorer l'organisation de la permanence de

soins.⁵

Chaque département était divisé en secteurs dont le nombre et les limites étaient fixés en fonction des données géographiques.

La rémunération des astreintes était assurée par les caisses d'assurance maladie.⁶

Ensuite, les travaux conduits par le sénateur DESCOURS³ et son groupe de travail ont été rendus public en janvier 2003. Ce groupe de travail était formé de représentants de l'ordre des médecins, des syndicats médicaux représentatifs des médecins de ville, de l'assurance maladie, des usagers et de l'État.

Il en a résulté que la participation des médecins à la permanence des soins reposait sur le principe du volontariat, nécessitant la modification de l'article 77 du code de déontologie médicale⁷, tout en gardant une effectivité de la PDS sur tout le territoire. Il a été également précisé qu'un amendement du gouvernement a été ajouté à l'article L162-5 du code de la sécurité sociale portant sur une rémunération des médecins participant à la PDS sous forme de forfaits d'astreinte.

Également, il est précisé que « la régulation des demandes de soins non programmés constitue un élément essentiel du bon fonctionnement du dispositif (...) avec la participation des médecins libéraux ».

b- Organisation

Ce sont les Agences Régionales de Santé (ARS) qui encadrent l'organisation locale des tours de garde volontaires entre les médecins³. Pour cela, elles découpent des «territoires de la permanence des soins », secteurs au sein desquels la rotation des volontaires se met en place. Selon les termes de l'article R6315-6 du code de la santé publique⁸, dans chaque région, les principes d'organisation de la PDS font l'objet d'un

cahier des charges arrêté par le directeur général de l'ARS, dans le respect des objectifs du schéma régional d'organisation des soins. À défaut de remplissage du tableau de garde, le préfet a pour mission de procéder à la réquisition de médecins.^{3, 8}

Le cahier des charges régional décrit l'organisation générale de l'offre de soins assurant la prise en charge des demandes de soins non programmés et mentionne les lieux fixes de consultation. Il décrit également l'organisation de la régulation des appels. Il précise les conditions d'organisation sur le territoire des permanences de soins afférentes à chaque département.⁹

L'article L 6313-1 du code de la santé publique¹⁰ indique que « dans chaque département, un CODAMUPS veille à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional » défini à l'article R. 6315-6. Il s'assure de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente, au dispositif de la permanence des soins et aux transports sanitaires. »

Ce comité est issu du décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010. Il est co-présidé par le Préfet de département et le Directeur Général de l'ARS. Il se compose de deux sous-comités :

- l'un médical, examinant les questions relevant de l'activité médicale et de l'aide médicale urgente
- l'autre des transports sanitaires, chargé de donner un avis préalable à la délivrance, à la suspension ou au retrait de l'agrément nécessaire aux transports sanitaires.

Le CODAMUPS est le lieu de discussion par excellence sur la permanence des soins et des transports sanitaires dans un département, car il permet une concertation de l'ensemble des représentants des acteurs du système sanitaire : médecins libéraux, transporteurs sanitaires, délégations territoriales de l'ARS, services départementaux

d'incendie et de secours, collectivités territoriales, conseil départemental de l'ordre des médecins, médecins conseil des caisses d'assurance maladie, caisses des régimes obligatoires d'assurance maladie, médecin responsable de SAMU, directeurs d'hôpitaux, sapeurs-pompiers...

L'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire repose sur l'instauration d'une régulation préalable à l'accès au médecin de permanence. Elle est organisée par le service d'aide médicale urgente -Centre 15 (SAMU) ¹¹ ou par une plateforme de régulation médicale ayant passé convention et interconnectée avec le SAMU-Centre 15. Le texte du 15 septembre 2003 est le suivant (art R 732) : « L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU. Lorsque la régulation ne peut être organisée dans ce cadre elle doit être interconnectée avec ce service. » L'orientation des patients est un des éléments essentiels au bon fonctionnement du dispositif des urgences et de la PDS.

La PDS n'est pas la continuité des soins, obligation déontologique imposée au praticien envers ses patients par l'article 47 du Code de déontologie médicale.

L'organisation de la PDS et celle de la prise en charge des urgences sont complémentaires. La délimitation entre ces deux domaines étant difficile à établir, ces deux organisations doivent être coordonnées et médicalement régulées.

c- Régulation

La régulation médicale, mise en place depuis 2003, commence dès la réception de l'appel et ne s'achève qu'avec la fin de la mission de l'intervenant. Bien qu'exercée à distance du patient, c'est un acte médical à part entière, qui, comme tout acte médical, engage la responsabilité du praticien.¹²

Les médecins généralistes participent sur la base du volontariat à la régulation de la permanence des soins.

La régulation médicale téléphonique a un rôle déterminant : elle permet de définir dès l'appel du patient la nature de la réponse à lui apporter, la responsabilité de la décision incombant à un médecin régulateur formé et expérimenté.¹

Pour le patient, l'accès au médecin de permanence ne se fait plus directement. Il se fait au travers d'un appel téléphonique au centre 15 ou une plate forme en interconnexion avec celle-ci, qui filtre, donne des conseils médicaux et oriente le cas échéant vers le moyen d'« effectation », c'est-à-dire de mise en œuvre le plus approprié (visite d'un médecin, transport en urgence, etc.).³

L'article R. 6315-3 du CSP¹³ précise que « l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU, ou par des centres d'appel interconnectés avec le SAMU ». Selon l'article R. 6315-5, « à la demande du médecin chargé de la régulation (...), le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou par une visite ».

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en concertation avec le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) déclinent 6 types de réponses: conseil médical sans mise en œuvre de moyens, prescription médicale par téléphone, orientation vers une consultation médicale, transport sanitaire en ambulance, prise en charge par une équipe de sapeurs-pompiers, intervention d'un effecteur médical de la PDS ou du Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Organisée le plus souvent au sein des Centres 15, la régulation médicale est l'occasion d'un travail en commun entre médecins hospitaliers et médecins libéraux. Si les uns interviennent dans le cadre de l'aide médicale urgente et les autres dans celui de la

permanence des soins, la coopération dans la prise en charge des appels est une réalité quotidienne. La participation des médecins libéraux est déjà ancienne dans nombre de départements mais elle n'a démarré que récemment dans d'autres départements. De façon générale, les conseils départementaux estiment nécessaire de la consolider.

Le rapport du CNOM⁹ insiste sur l'absolue nécessité d'une médicalisation de la régulation qui seule permet de déclencher à bon escient le déplacement d'un patient vers un lieu de consultation ou l'intervention d'un médecin à son domicile.

La fiabilité d'accès à la régulation par le patient est inconstante par encombrement du 15. Cette difficulté d'accéder au 15 n'existe pas seulement aux heures de PDS, mais également dans la journée, et ceci peut avoir de graves conséquences en cas d'appel pour des urgences réelles. Le non-accès téléphonique peut aboutir également à un recours spontané aux structures d'urgences pour des pathologies de médecine générale.

Alors que d'autres régions avaient des chiffres de l'ordre de 60 %, une enquête menée en Rhône-Alpes révèle en 2012 que 85 % des appels débouchaient sur des conseils médicaux ou de simples renseignements.

Dans le département de l'Eure, un conseil suffit une fois sur deux, et quatre fois sur cinq en nuit profonde.¹⁴

Indéniablement, l'érosion du volontariat s'installe mais insensiblement de nouvelles formes d'organisation progressent pour y faire face : renforcement de la régulation médicale libérale, adaptations des horaires de la permanence des soins et création de nouvelles maisons médicales de garde.¹⁵

d- État des lieux de la PDS en France

En 2013, l'enquête réalisée par le CNOM⁹ démontre que les médecins ont globalement assumé leurs responsabilités malgré la confirmation d'une tendance à l'érosion du volontariat et l'existence de zones blanches ou fragiles. Sur environ un tiers des territoires, la PDS est assurée par moins de dix volontaires, et par moins de cinq dans la moitié de ceux-ci. De façon générale, le pourcentage des volontaires reste supérieur à 60 % dans les 2/3 des départements alors que c'était le cas dans 73 % des départements en 2012 (Annexe 1). Ces chiffres démontrent encore un engagement important des médecins généralistes dans la PDS. Leur baisse est cependant inquiétante pour l'avenir et l'analyse, département par département, en est fortement contrastée. 27 % des départements enregistrent une baisse du volontariat mais 23 % d'entre eux signalent une hausse encourageante. De façon globale, en moyenne départementale, le volontariat diminue de 1 % (3 % l'année précédente) mais 14 départements enregistrent une baisse de plus de 10 % alors que seuls 7 connaissent une amplitude positive dans les mêmes proportions. Les baisses comme les hausses peuvent concerner les départements ruraux comme les départements disposant de centres urbains importants.

Le CNOM n'a obtenu que très récemment de la Caisse Nationale d'assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) la mise à disposition de feuilles de soins pour les médecins non installés (remplaçants exclusifs, retraités et salariés) susceptibles de participer à la permanence des soins. 18 départements signalent la présence de médecins non installés sur les tableaux de garde.

On peut aussi considérer que les besoins de la population en sont globalement satisfaits au vu du très faible nombre de plaintes ou de doléances traitées par les Conseils

départementaux de l'Ordre ou les assurances de responsabilité civile professionnelle et pénale.

On note une poursuite de la réduction du nombre de territoires de PDS et un accroissement de la disparition de l'effectif en nuit profonde. La France est divisée aujourd'hui en 1764 territoires de permanence des soins (Annexe 2) : ils étaient au nombre de 1910 début 2013, 2267 début 2012, 2331 début 2011, 2412 début 2010, 2552 début 2009, 2696 début 2008, 2737 début 2007, 2834 début 2006, 3077 début 2005, 3238 début 2004 et 3770 début 2003. Depuis 2003, le nombre de territoires a été réduit de 55 % et 61 % des territoires s'arrêtent de fonctionner à minuit (contre 55 % l'année dernière).

Porte d'entrée et pivot de la bonne organisation de la PDS, la régulation médicale connaît à nouveau une évolution positive en particulier pour ce qui concerne l'engagement des médecins libéraux (+ 4 % par rapport à 2012 avec 2760 médecins régulateurs libéraux en 2013) même si la décélération de la progression du nombre de médecins régulateurs libéraux était déjà constatée l'année dernière.⁹ La participation des médecins libéraux est effective dans 97 départements (comme en 2012). En nuit profonde, il n'y a pas de médecins régulateurs libéraux dans un tiers des départements.

L'enquête du CNOM déplore le manque d'information du grand public sur le recours à une régulation préalable de leurs demandes de soins non programmés. Beaucoup pensent que le 15 est un numéro pour les détresses vitales. Beaucoup se déplacent vers un effecteur ou le contactent directement (plus d'un acte sur deux réalisé en PDS ne serait pas régulé). Beaucoup se présentent spontanément aux Urgences parce que leur situation leur semble « grave », ou qu'ils en ont pris l'habitude, ou qu'ils savent qu'ils y seront dispensés de toute avance de frais, ce qui crée une surcharge de travail « non justifiée » dans les services d'urgences.

II- La PDS région havraise

a- Historique

L'association Médicale des Urgences du Havre (AMUH) a été créée le 25 juillet 1978 par un groupe de médecins généralistes qui avaient comme objectif de s'unir afin d'organiser au mieux les gardes de nuit. En 1985, la première maison médicale de garde est créée au Havre : La DOMUS MEDICA. En 1993, les consultations ont été étendues au dimanche et en 2000 les consultations ont été ouvertes le samedi après midi. Ce n'est qu'en mars 2009, lorsque le nombre de médecins volontaires l'a permis que les consultations ont été étendues au samedi matin.

A partir de septembre 2000, suite à des situations difficiles rencontrées par des médecins de garde (patients alcoolisés, agités), il a été décidé d'effectuer les visites à domicile de nuit avec un accompagnateur médicosocial. Cela a permis de sécuriser les visites au domicile et de favoriser le dialogue avec les patients dans les quartiers sensibles.

Depuis 2007 et l'informatisation de l'activité, la télétransmission des actes avec utilisation de la carte vitale a été rendue possible. La même année, le tiers payant a été mis en place pour les actes de garde.^{16, 17}

Environ 200 médecins généralistes étaient inscrits à l'AMUH en 2013.

b- Organisation

La DOMUS MEDICA comporte 3 salles de consultation, un secrétariat et une salle de réunion. Elle se situe au Havre, 114 Rue Jules Sielgfield, au 1^{er} étage. Pour les visites

à domicile, le médecin se déplace seul avec sa voiture personnelle ou avec un chauffeur, de 8h à 14h, ou de 14h à 20h.

L'AMUH est principalement financée par la Communauté de l'agglomération havraise (CODAH), l'Assurance Maladie et l'ARS. Les médecins participant à la permanence des soins ambulatoires cotisent à l'AMUH et une partie du montant des actes est reversée à l'AMUH.

Les médecins de garde sont rémunérés en journée aux tarifs de consultation habituels. Les actes de weekends et de nuit sont majorés selon les grilles tarifaires de l'Assurance Maladie. Le samedi de 12h00 à 20h00 l'acte est facturé 49€50, les dimanches et jours fériés 49€50, la nuit de 20h00 à minuit et de 06h00 à 08h00 65€50 et la nuit de minuit à 06h00 74€50.

La population concernée par la PDS effectuée par l'AMUH comprend les habitants du Havre et de la région proche correspondant à la CODAH et à l'agglomération de Saint Romain de Colbosc. (Annexe 3 et 4) Les habitants de la région havraise CODAH peuvent bénéficier des visites, des consultations à la maison médicale de garde et de la régulation, et les habitants de l'agglomération de Saint Romain de Colbosc de la régulation et des consultations à la maison médicale de garde depuis septembre 2010.

Le Havre est réparti en 5 secteurs afin d'assurer la garde de jour. Cinq médecins sont d'astreinte pour recevoir les consultations urgentes dans la journée à leur cabinet de 08h00 à 19h00-20h00 après une régulation téléphonique réalisée par le SAMU 76B.

Les secteurs du Havre dans lesquels les patients sont adressés sont organisés ainsi :

Secteur 1 : Mont-Gaillard, Sanvic, Bléville

Secteur 2 : Caucriauville, Rouelles, Sainte Cécile, Applemont

Secteur 3 : Centre ville

Secteur 4 : Gravelle, Eure

Secteur 5 : Saint Adresse, Dollemard

c- Régulation

La régulation de l'accès à la permanence des soins se fait via une plateforme téléphonique située au centre de réception et régulation des appels (CRRA) du Havre.

La régulation médicale est assurée 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 ambulatoires : 02.32.73.32.33. (Annexe 5) Les horaires de régulation par les médecins généralistes 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.

En 2013, la régulation de la PDS était assurée par 12 médecins généralistes.

La régulation est le premier niveau de réponse à la demande de soins non programmés hors Aide Médicale Urgente. Ce type de réponse doit être possible sur la totalité des plages horaires de la PDS, avec le souci de rationaliser le recours à l'offre de soins. Ainsi le conseil téléphonique simple, sans effectation, est une solution à part entière pour environ 50 à 60% des appels. La régulation libérale devient un pilier du système de garde, en maîtrisant et en diminuant les actes injustifiés par le biais de conseil délivré par le médecin régulateur libéral de garde. Par ailleurs, le médecin régulateur ne mobilise un service de transports sanitaires (ambulances privées) qu'après avoir vérifié l'incapacité de déplacement du patient par un véhicule personnel ou taxi.¹⁸

Actuellement peu de conseils sont délivrés par téléphone au CCRA du Havre pour les appels concernant la PDS en journée étant donné que ce sont les paramédicaux qui répondent à ces appels dans la majorité des cas et orientent les patients vers le médecin de garde.

d- État des lieux de la PDSA au Havre

En 2013, l'AMUH a effectué 14207 actes¹⁸, dont 11400 consultations à la DOMUS MEDICA et 2807 visites à domicile. Cela représente une augmentation d'activité de 1,08% par rapport à l'année 2012. Cette augmentation d'activité est expliquée principalement par l'augmentation des consultations à la maison médicale de garde, essentiellement les dimanches, jours fériés et en soirée de 20h00 à minuit.

Les consultations à la maison médicale de garde ont augmenté de 6,66% pour les dimanches et jours fériés et de 13,5% en soirée de 20h00 à minuit par rapport à l'année 2012.

On constate cependant une diminution des consultations à la maison médicale de garde les samedis de 8h00 à 20h00 de 7,2% par rapport à 2012

On constate également une diminution de l'activité pour les visites à domicile par rapport à 2012 de 11,7%, toutes heures confondues (948 vs 1059). Les visites de 20h00 à 01h00 ont diminué de 10,9% (851 vs 944), celles de 01h00 à 08h00 ont diminué de 18,5% (97 vs 115), celles en semaine de 14h00 à 20h00 ont diminué de 5,9% (686 vs 727) et celles des samedis, des dimanches et jours fériés de 08h00 à 20h00 ont diminué de 8,6% (1173 vs 1274). Cela peut s'expliquer en partie par des efforts réalisés au niveau de la régulation en éliminant au maximum les visites « non justifiées ».

III- Objectif

La PDS est en permanente évolution et amélioration afin de la pérenniser.

Un projet est en cours d'élaboration. Il s'agit de mettre en place un médecin généraliste au poste de régulateur de la PDS en journée aux heures ouvrables, au CRRA du Havre. Ceci a pour but d'améliorer l'organisation de la PDS ainsi que celle des effecteurs et leur utilisation. L'idée de ce projet est également de répondre au mieux à la demande des patients tout en augmentant la part de conseils, en limitant les consultations aux cabinets de secteurs déjà en suractivité, en diminuant d'avantage les visites à domicile en journée et en diminuant de la même façon les consultations aux urgences qui relèvent de la médecine générale. Ce projet est mis en place par l'ARS et l'AMUH et prend effet à partir du 1^{er} octobre 2014. Ils insistent sur l'importance d'une régulation de l'accès à la PDS et pensent que l'investissement dans cette régulation engendrera des économies par la multiplication des conseils téléphoniques et la diminution d'actes.

L'objectif de la thèse est de déterminer les motifs de recours des personnes appelant le CRRA du Havre et adressées au cabinet de secteur au Havre.

La problématique est de savoir si la mise en place d'un médecin généraliste en régulation en journée au CRRA du Havre a un intérêt médical et économique en permettant de diminuer le nombre de consultations au cabinet du médecin de secteur de garde tout en garantissant la réponse la plus appropriée aux patients.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Une enquête épidémiologique descriptive a été réalisée du 01 Janvier au 31 Décembre 2013. Elle portait sur les usagers de la PDSA ayant consulté aux cabinets de secteurs de garde du Havre en Seine Maritime aux jours et heures ouvrables (du lundi au vendredi de 8h à 20h hors jours fériés).

I- Population

Les critères d'inclusion de cette enquête étaient toute personne appelant le CRRA du Havre puis adressée sur un des cabinets de secteur de garde au Havre aux heures ouvrables. Cela concernait les appels arrivant au CRRA via le numéro de la PDSA (02.32.73.32.33) ou via le 15, du 01/01/2013 au 31/12/2013, du lundi au vendredi hors jours fériés, de 8h à 20h.

Nous avons voulu récupérer des informations exhaustives. Les patients dont le dossier avait une ou plusieurs informations manquantes ont été exclus.

II- Récupération des données et codage

Le Groupement de Coopération Sanitaire "Réseau Régional pour l'Aide Médicale Urgente" Haute Normandie (GCS RRAMU-HN) est l'éditeur d'un progiciel de régulation médicale SAMU et d'un Répertoire Opérationnel des Ressources Régionales. Il propose une solution originale permettant à une région de se doter d'un Répertoire Opérationnel des Ressources Régionales et d'un système de gestion des appels SAMU en réseau. Cette solution est mise en œuvre en Haute Normandie depuis 2004 et en cours de déploiement en région Basse Normandie et Nord Pas de Calais.

Le logiciel RRAMU¹⁹ permet une coordination entre les SAMU d'une même région. C'est un système d'information commun à tous les SAMU d'une région, conçu nativement en réseau, intégrant complètement un système évolué de téléphonie et comportant des fonctions de centre d'appels adaptées aux impératifs particuliers du SAMU. L'intégration des fonctions téléphoniques au logiciel de régulation s'effectue à travers un système de "média" du marché pouvant se connecter à n'importe quel autocommutateur courant.

Lorsque les appels concernent la PDS et que les patients sont dirigés en journée vers le médecin de garde, l'affaire concernée est classée comme « orienté vers médecine libérale ». Ceci nous a permis de récupérer les données nécessaires à notre enquête.

Nous avons codé les motifs d'appels en motifs de recours en s'aidant d'un thésaurus d'aide à la classification²⁰ : la CIM 10 (Classification Statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} révision). C'est une liste de classifications médicales codant notamment les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures.

Elle est publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et est mondialement utilisée pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité touchant le domaine de la médecine.

Le but de la CIM est de permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions et à des époques différentes dans la mesure où les sens des mots n'ont pas changé.

Nous avons récupéré les informations suivantes : le motif de recours, la spécialité, le sexe, l'âge et l'heure d'appel.

Pour les patients évoquant plusieurs motifs de recours, une seule spécialité d'organe a été retenue selon le motif de recours principal.

À titre informatif, nous avons récupéré la raison pour laquelle les patients

consultaient le médecin de garde et non leur médecin traitant lorsque cette information était mentionnée.

III- Analyse des résultats

L'ensemble des données a été rassemblé dans un tableau Excel.

Nous avons réalisé des calculs de prévalence pour les motifs de recours ainsi que les intervalles de confiance à 95%.

Échantillon :

Avec un effectif de 160 patients, les caractéristiques des sujets pourront être décrits avec précision. Pour les variables qualitatives, la précision de l'estimation de la proportion des sujets dans une modalité de cette variable sera bonne puisque la largeur de l'intervalle de confiance à 95% de cette proportion sera au plus de 8% (valeur obtenue pour une proportion de 50% dans la modalité, ce qui correspond au cas de figure le plus défavorable).

Pour les variables quantitatives, la largeur de l'intervalle de confiance à 95% de leur moyenne sera égale au produit $(0.196*s) / (0.160*s)$, où s est l'écart-type de la distribution de la variable, soit 16% de cet écart-type, ce qui correspond à un bon niveau de précision.

Les données seront décrites pour l'ensemble des patients, en utilisant les paramètres descriptifs habituels : moyenne, écart type, médiane, extrêmes pour la variable quantitative; effectif et pourcentage pour les variables qualitatives.

Les patients ont été répartis par tranches d'âges : 0 – 12 ans, 13 – 24 ans,

25 – 44 ans, 45 – 69 ans et > 70 ans. Nous avons repris les mêmes tranches d'âges que l'enquête de la DRESS de 2004²². Ceci permettra que nos résultats soient comparables à ceux de cette enquête.

RÉSULTATS

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013, 283203 appels sont arrivés au CRRA du Havre (Appels 15 et PDS confondus). 48495 appels sont arrivés via le numéro de la PDS et 7005 concernaient les patients adressés au médecin de garde de secteur au Havre aux jours et heures ouvrables.

Une enquête sur un échantillon de 160 patients a été réalisée.

Les informations récupérées étaient le motif de recours et la spécialité concernée, le sexe, l'âge et l'heure d'appel.

Les motifs de recours :

181 motifs de recours ont été récupérés soit 1,13 motifs par patient.

Le tableau ci-après énumère les différents motifs relevés, codés à l'aide de la CIM-10 avec leur prévalence et leur intervalle de confiance.

Motifs recours	Nb	%	IC95%
Anémie	1	0,55	0 - 1,63
Anxiété	1	0,55	0 - 1,63
Asthénie	3	1,66	0 - 3,52
Autres vertiges périphériques	2	1,1	0 - 2,63
Bronchite aiguë due aux virus paragrippaux	2	1,1	0 - 2,63
Brûlures 2ème degré	1	0,55	0 - 1,63
Céphalée	5	2,76	0,37 - 5,15
Chute	1	0,55	0 - 1,63
Conjonctivite virale	1	0,55	0 - 1,63
Constipation	1	0,55	0 - 1,63
Contusion thorax	1	0,55	0 - 1,63
Corps étranger dans la partie externe de l'œil	1	0,55	0 - 1,63
Délivrance d'un certificat médical	3	1,66	0 - 3,52
Diarrhée	9	4,97	1,8 - 8,14
Douleur	1	0,55	0 - 1,63
Douleur abdominale	15	8,29	4,27 - 12,30
Douleur articulaire	1	0,55	0 - 1,63
Douleur articulaire du genou	2	1,1	0 - 2,63
Douleur articulaire du poignet	1	0,55	0 - 1,63
Douleur dentaire	1	0,55	0 - 1,63
Douleur dorsale	5	2,76	0,37 - 5,15
Douleur gorge	4	2,21	0,07 - 4,35
Douleur lombaire	5	2,76	0,37 - 5,15
Douleur thoracique	2	1,1	0 - 2,63
Dyspnée	1	0,55	0 - 1,63
Éruption cutanée	4	2,21	0,07 - 4,35
Fièvre	29	16,02	10,68 - 21,37
Gale	1	0,55	0 - 1,63
Gastro-entérite et colite infectieuse	1	0,55	0 - 1,63
Hématurie	1	0,55	0 - 1,63
Hernie inguinale	1	0,55	0 - 1,63
Infection des voies urinaire	2	1,1	0 - 2,63
Interruption de grossesse	1	0,55	0 - 1,63
Laryngite aiguë	1	0,55	0 - 1,63
Malaise	2	1,1	0 - 2,63
Morsure ou piqure non venimeuse d'insectes et autres arthropodes	1	0,55	0 - 1,63
Nausée et vomissement	13	7,2	3,76 - 10,94
Oedème localisé	1	0,55	0 - 1,63
Otalgie	6	3,31	0,71 - 5,92
Otite moyenne SP	1	0,55	0 - 1,63
Palpitations	1	0,55	0 - 1,63
Patient sous anticoagulant	1	0,55	0 - 1,63
PMI fermée	1	0,55	0 - 1,63
Rachialgie dorsale	1	0,55	0 - 1,63
Rectorragie	1	0,55	0 - 1,63
Renouvellement ordonnance	3	1,66	0 - 3,52
Rhinopharyngite	14	7,73	3,84 - 11,63
Sinusite	1	0,55	0 - 1,63
Surmenage	1	0,55	0 - 1,63
Syndrome dépressif	3	1,66	0 - 3,52
Toux	16	8,84	4,70 - 12,97
Traumatisme crânien sans perte de connaissance	1	0,55	0 - 1,63
Tremblements	1	0,55	0 - 1,63
Urticaire	1	0,55	0 - 1,63

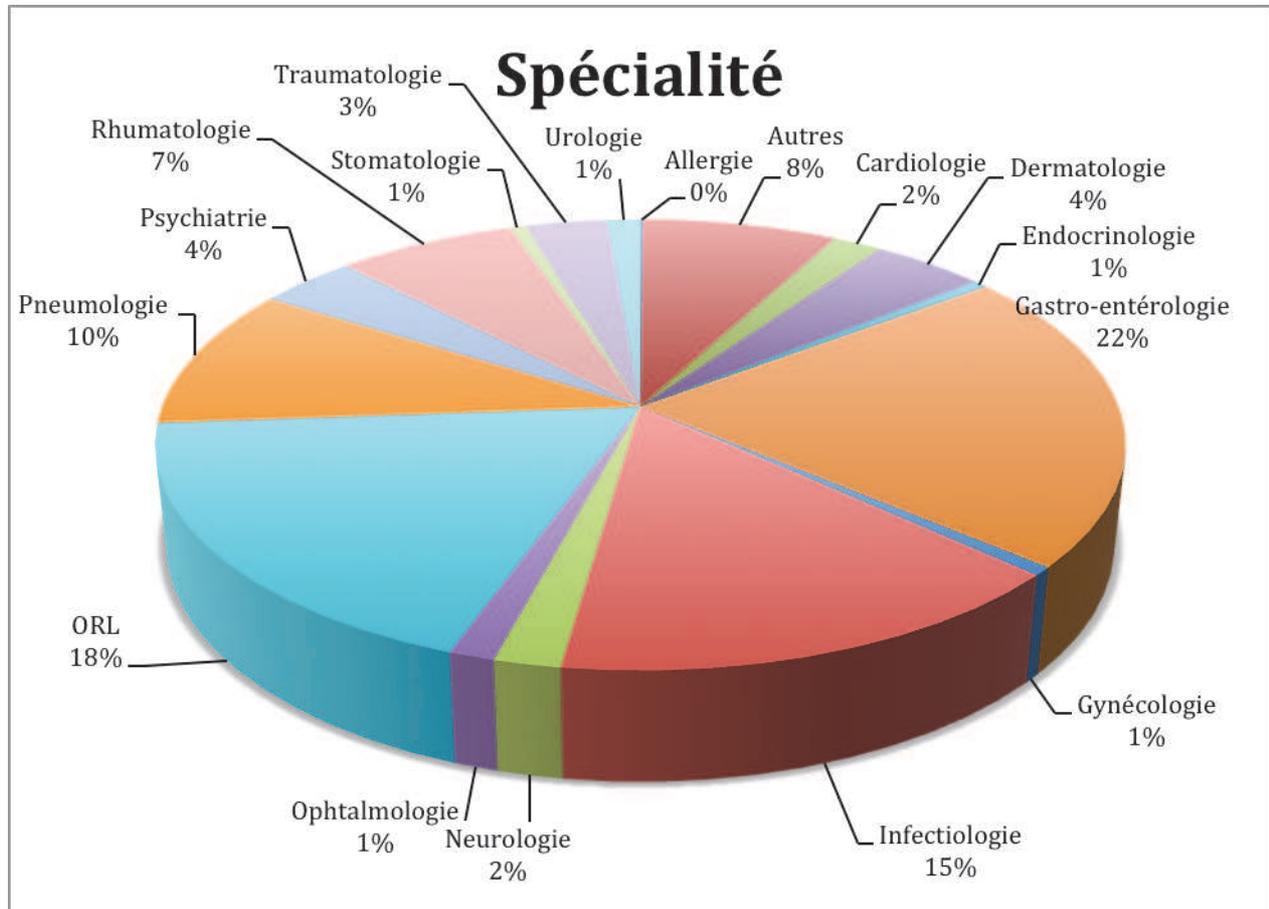
Les motifs de recours les plus souvent mentionnés étaient la fièvre, la toux et la douleur abdominale ; respectivement à 16,02% (Intervalle de confiance à 95% [10,68 – 21,37]), 8,84% (IC95% [4,70 – 12,97]) et 8,29% (IC95% [4,27 – 12,30]).

Dans près de 28,7% (IC95% [21,7 – 35,7]) des cas les patients se plaignaient de douleur.

1,66% (IC95% [0 - 3,52]) des patients appelaient pour renouveler leur traitement et 1,66% (IC95% [0 - 3,52]) appelaient pour un certificat médical.

Les spécialités :

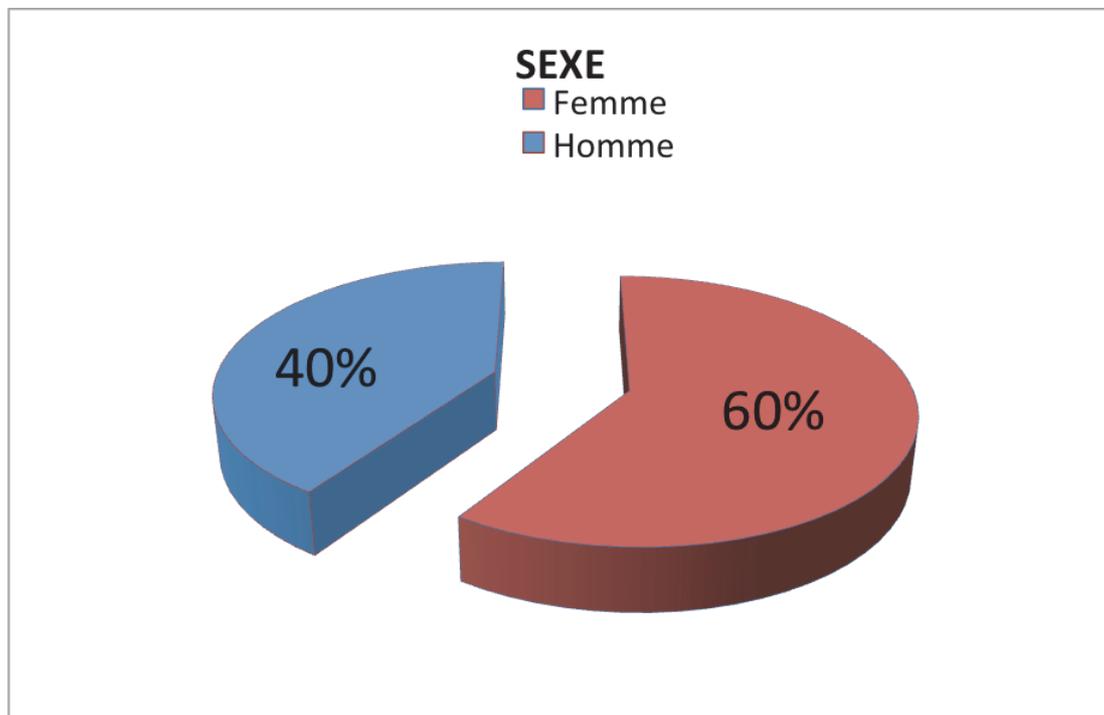
Le graphique ci-dessous montre la répartition des différentes spécialités.



Les spécialités les plus représentées pour les demandes de soins urgents ou non programmés étaient la gastro-entérologie à 22% (IC95% [14 - 27]), l'ORL à 18% (IC95% [14 - 27]) et l'infectiologie à 15% (IC95% [10 - 22]).

Le sexe :

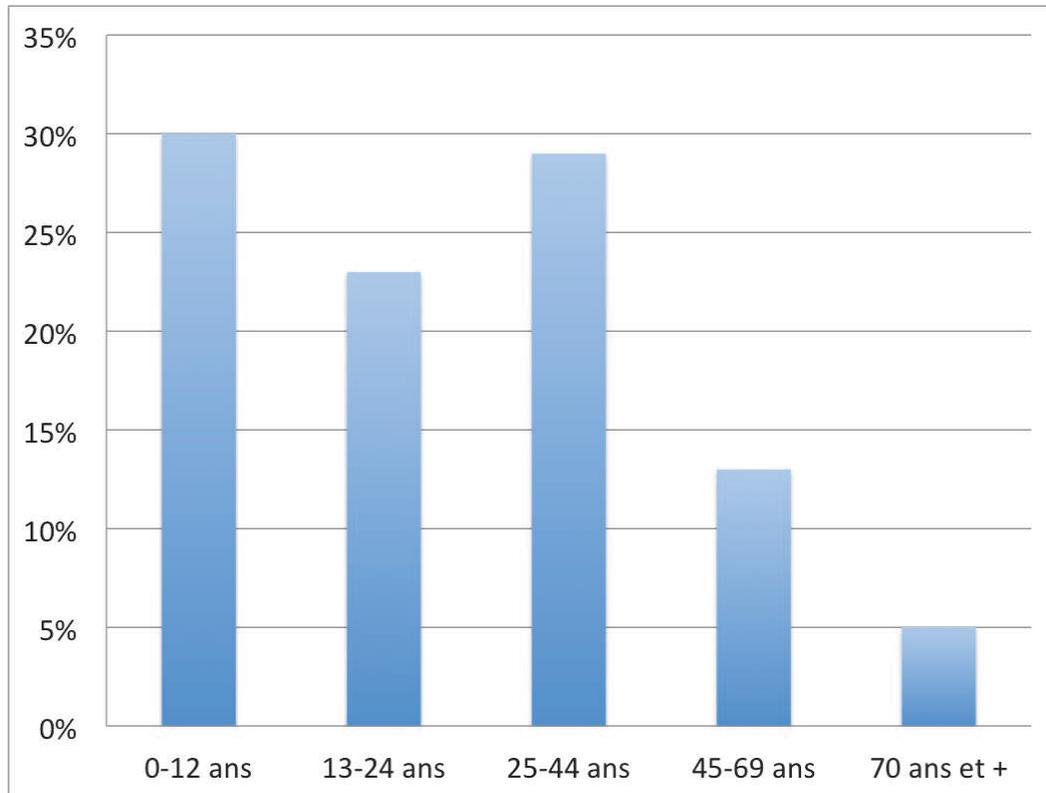
Le graphique ci-dessous montre la répartition des sexes des patients.



Avec un sexe ratio de 0,67, les femmes sollicitaient plus le médecin de garde que les hommes. 60% des patients (IC95% [52 - 68]) appelant au CRRA du Havre pour consulter un médecin de garde aux jours et heures ouvrables étaient des femmes contre 40% (IC95% [32 - 48]) d'hommes.

L'âge :

Les tranches d'âge étaient réparties de la façon suivante :



Les patients consultant le médecin de garde étaient majoritairement jeunes.

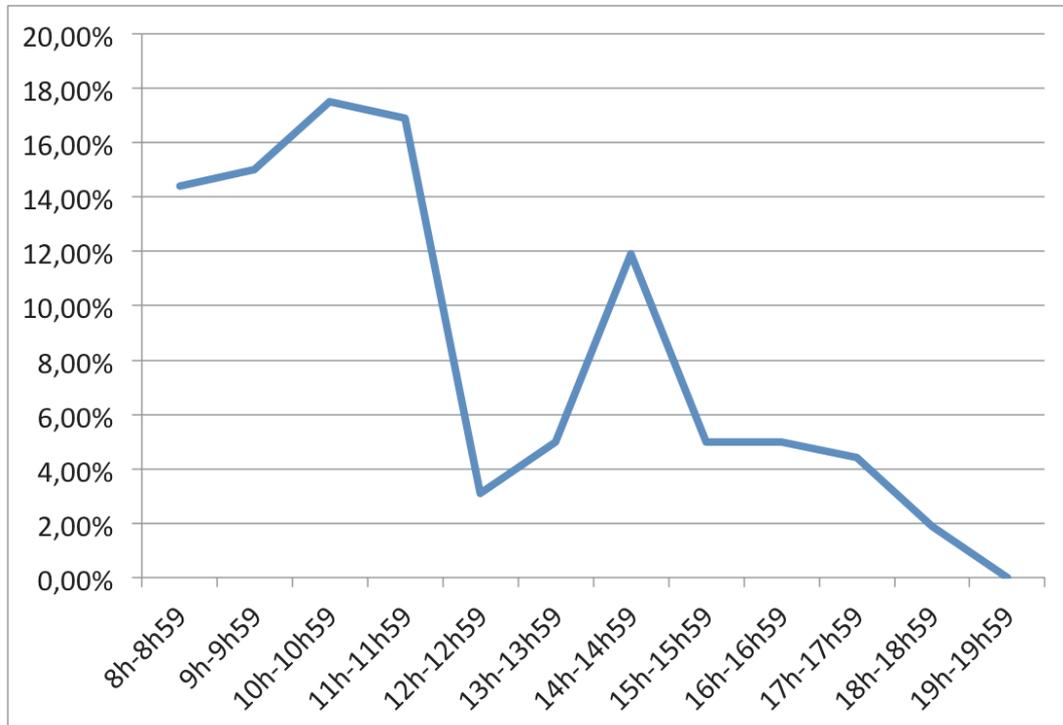
Les tranches d'âge les plus représentées étaient celles des enfants de 0 à 12 ans à 30% (IC95% [23 - 38]) puis les adultes de 24 à 44 ans à 29% (IC95% [23 - 37]).

La tranche d'âge la moins représentée était celle des plus de 70 ans à 5% (IC95% [2 - 10]).

La moyenne d'âge des patients était de 26,85 ans et la médiane était de 23,5 ans.

Les heures d'appels :

La courbe ci-dessous représente la répartition des appels au cours de la journée.



Deux pics d'appels ont été retrouvés. Le premier en fin de matinée entre 10h et 12h et le deuxième en début d'après midi entre 14h et 16h.

Les spécialités selon l'âge :

Le tableau ci-dessous montre la prévalence des spécialités par tranches d'âge.

	0-12 ans	13-24 ans	25-44 ans	45-69 ans	70 ans et +
Allergie				5%	
Autres	6,20%	5,40%	6,40%	10%	25%
Cardiologie		5,40%	2,10%		
Dermatologie	4,20%	2,70%	4,20%	10%	
Endocrinologie			2,10%		
Gastro-entérologie	18,70%	32,40%	21,30%	20%	
Gynécologie			2,10%		
Infectiologie	20,80%	16,20%	10,60%	10%	
Neurologie	4,20%			5%	
Ophtalmologie	4,20%				
ORL	27,10%	16,20%	14,90%	10%	12,50%
Pneumologie	10,40%	8,10%	8,50%	10%	12,50%
Psychiatrie		2,70%	8,50%		12,50%
Rhumatologie		5,40%	10,60%	15%	37,50%
Stomatologie			2,10%		
Traumatologie	2,10%	2,70%	6,40%		
Urologie	2,10%	2,70%		5%	

Les principales spécialités rencontrées chez les enfants de 0 à 12 ans étaient l'ORL, l'infectiologie et la gastro-entérologie ; respectivement à 27,10% (IC95% [15,1-39,1]), 20,80% (IC95% [8,8-32,8]) et 18,70% (IC95% [8,7-28,7]).

Les plus de 70 ans consultaient principalement pour un problème rhumatologique à 37,50% (IC95% [4,5-70,5]).

Disponibilité médecin traitant habituel :

Durant cette enquête, nous avons pu relever chez certains patients, lorsque l'information était notifiée, la raison pour laquelle ils n'avaient pas consulté leur médecin traitant. L'information n'a été relevée que chez 33 patients.

Parmi ces 33 patients, 64% justifiaient le recours au médecin de garde car leur médecin traitant était en congés ou absent. 21% déclaraient avoir un délai de rendez vous trop long et 9% n'avaient pas de médecin traitant déclaré.

DISCUSSION

Rappel des principaux résultats :

En 2013, les motifs de recours principaux au médecin de garde étaient donc la fièvre, la toux et la douleur abdominale. Les spécialités les plus représentées étaient l'infectiologie, l'ORL et la gastro-entérologie. Les patients appelant pour consulter le médecin de garde aux jours et heures ouvrables étaient plutôt des femmes. La majorité des patients étaient jeunes, dont un tiers avaient moins de 13 ans.

Les patients appelaient plutôt en fin de matinée et début d'après midi.

La majorité des appels pour les enfants concernaient un problème infectieux, ORL ou gastro-entérologique, pour les 25-44 ans un problème gastro-entérologique, ORL ou rhumatologique et pour les plus de 70 ans un problème rhumatologique.

Choix de la méthode:

L'enquête épidémiologique descriptive transversale est adaptée à l'objectif. L'enquête épidémiologique permet de faire un état des lieux de l'état de santé d'une population. La transversalité de ces enquêtes a la particularité d'estimer la prévalence d'une maladie, c'est-à-dire le pourcentage de sujets malades dans une population.

Ce type d'enquête offre cependant un faible niveau de preuve.

Il peut s'y produire plusieurs types de biais, comme le biais de sélection ou de mesure.

Elle constitue néanmoins un élément utile à la génération d'hypothèses et parfois une première approche pour des études de cohorte ou cas-témoins.²¹

Un biais de mesure est possible dans le recueil des motifs car les paramédicaux ne notent pas systématiquement de façon exhaustive les motifs exprimés par les patients. Le recueil des données étant rétrospectif, nous n'avons pas pu recueillir tous les motifs exprimés par les patients.

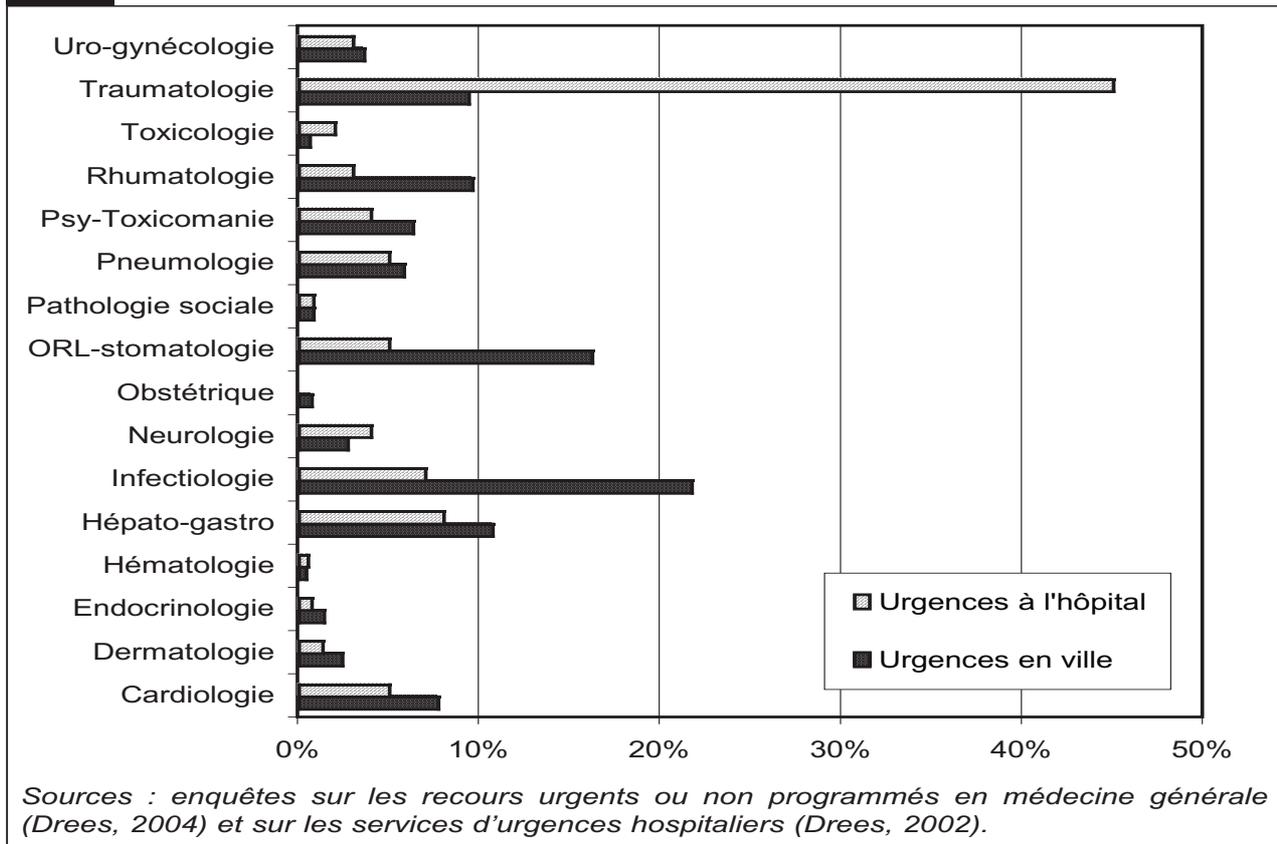
La taille de l'échantillon a été calculé par un biostatisticien afin d'être le plus représentatif possible. Il a également validé tous les résultats.

Lors de la sélection, les patients ont été choisis au hasard car un tirage au sort n'est pas nécessaire pour ce type d'étude. L'exclusion des dossiers incomplets a pu cependant engendrer un biais de sélection.

Motifs de recours et spécialités:

Les motifs de recours en journée sont des motifs qui relèvent de la médecine générale et sont semblables à ceux de la PDS aux heures habituelles avec une majorité de consultations pour un problème infectieux, ORL et gastro-entérologique.¹⁸

Dans l'enquête de la DRESS²² en 2004 sur les motifs de recours en soins urgents et non programmés chez les médecins généralistes en France, on retrouve également principalement les problèmes infectieux (22% des motifs), ORL (16% des motifs), gastro-entérologiques (environ 10% des motifs) et rhumatologiques (10% des motifs).



Les problèmes infectieux (38,8% des motifs), gastro-entérologie (10,5% des motifs) et ORL (30,6% des motifs) étaient majoritaires chez les moins de 13 ans. Les problèmes rhumatologiques (10,2% des motifs), infectieux (11,8% des motifs) et cardiologiques (22,2% des motifs) étaient prédominants chez les plus de 70 ans.

Dans l'enquête de la DRESS, près de 2 patients sur 5 se plaignaient d'une douleur. C'est légèrement supérieur à ce que nous avons trouvé, probablement en rapport avec le manque d'exhaustivité des informations notées lors des appels.

Sexe :

La proportion d'hommes et de femmes retrouvée dans notre enquête est similaire à plusieurs enquêtes.

Dans le rapport d'activité de l'AMUH¹⁸ pour l'année 2013, l'enquête a retrouvé 57% de femmes et 43% d'hommes ayant consulté à la DOMUS MEDICA les soirs, weekends et jours fériés.

Une autre enquête, celle de la DRESS intitulée « Les consultations et visites des médecins généralistes : Un essai de typologie »²³ montre que 55% des patients vus en consultations ou visites en médecine générale sont des femmes.

Dans une thèse de médecine générale de 2014, « Quels patients pour quels médecins ? »²⁴, l'interne a étudié l'association entre les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes et celles de leurs patients. Il a également retrouvé une proportion similaire avec 58% de femmes et 42% d'hommes en consultation de médecine générale.

Dans la population générale, les femmes représentent 51,6% en France et 51,9% en Seine Maritime.²⁵ Il y a donc une surreprésentation de la population féminine en médecine de soins urgents ou non programmés.

Âge :

Dans l'enquête de la DRESS de 2004 ²², 22% des patients consultants pour un recours urgent ou non programmé avaient moins de 13 ans alors qu'ils représentent seulement 11% de l'ensemble des recours en médecine générale et 18,6% de la population générale en Seine-Maritime et en France.²⁶

Dans notre enquête ils représentent 30% des appels. Cela pourrait être expliqué par le déficit de pédiatres libéraux dans l'agglomération Havraise.²⁷

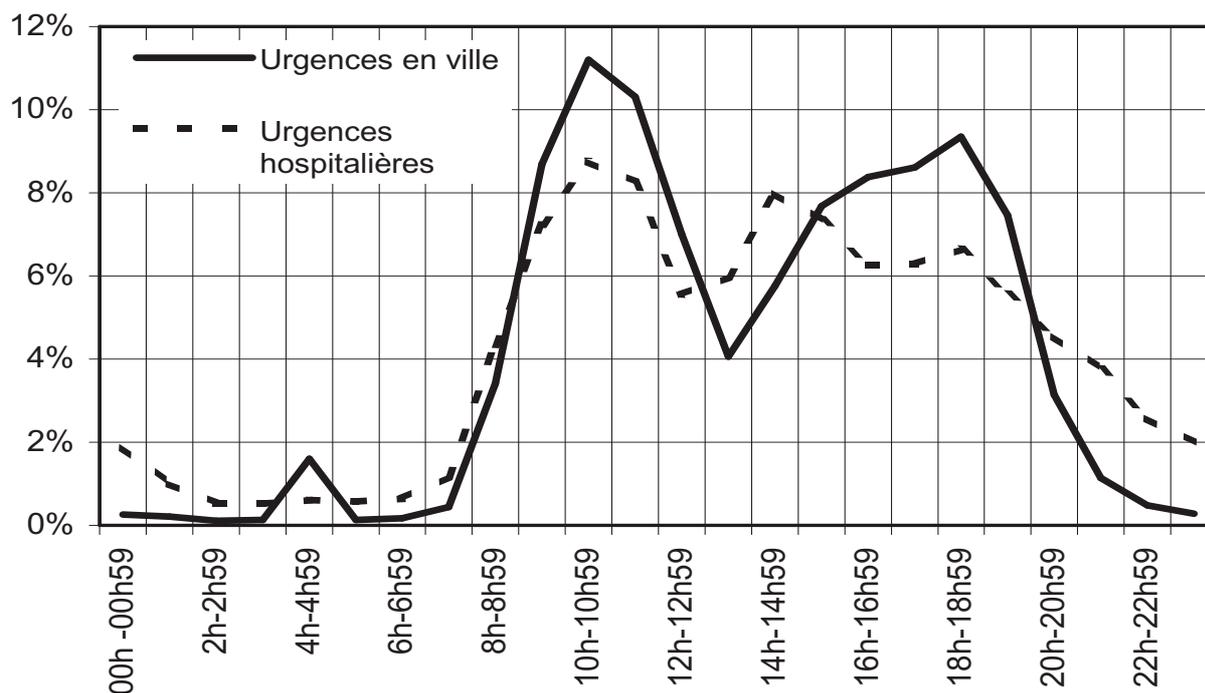
Les patients de 13 à 69 ans représentent la même proportion dans notre enquête que celle de la DRESS avec un peu plus de 3 patients sur 5.

En revanche les personnes âgées de plus de 70 ans sont sous représentées dans notre enquête (4% contre 17%). La différence est sûrement due à un biais de sélection. Ils représentent 28% de l'ensemble des recours en médecine générale²², 12,5% de la population générale en Seine Maritime et 12,6% de la population générale en France.²⁶

Pics d'appels :

Dans l'enquête de la DRESS en 2004 ²², les pics de consultations pour des soins urgents ou non programmés étaient situés en fin de matinée et fin d'après midi.

Le décalage dans le temps entre les pics d'appels constatés dans notre enquête et les pics de consultations constatés dans l'enquête de la DRESS pourrait être expliqué par le délai entre la demande de soins urgents ou non programmés et la consultation pour ce soin.



Source : enquêtes sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (Drees, 2004) et sur les services d'urgences hospitaliers (Drees, 2002).

En comparaison avec les pics d'appels au CRRA du Havre, tous les appels confondus, on retrouve un pic en fin de matinée, en début et fin d'après midi pour les jours en semaine et non fériés.²⁸ L'absence de pic d'appels en fin de journée dans notre enquête est probablement du également à un biais de sélection.

Consultation du médecin de garde:

Nous avons vu qu'une majorité de patients consultait le médecin de garde car leur médecin traitant était en congés ou absent. Cependant le faible nombre de patients concernés engendre un manque de puissance. Il serait donc intéressant de faire une enquête sur les raisons pour lesquelles les patients ne consultent pas leur médecin traitant avec un échantillon plus important. Ceci permettra d'avoir des résultats exploitables et de

connaître les difficultés des patients à voir leur médecin traitant. On pourrait ainsi réfléchir à des solutions pour y remédier.

CONCLUSION

L'ARS tente de trouver des solutions pour améliorer et pérenniser la PDS. La mise en place d'un médecin régulateur libéral en journée fait partie des projets pour améliorer celle-ci.

Notre enquête a permis de déterminer les motifs de recours chez le médecin de garde aux jours et heures ouvrables.

En considérant que les motifs de recours sont similaires à ceux de la PDS aux heures habituelles et qu'un médecin régulateur libéral délivre un conseil dans la majorité des cas, il est certain que la mise en place d'un médecin généraliste sera bénéfique.

La présence d'un médecin régulateur libéral en journée au CRRA du Havre permettra de répondre aux mieux à la demande des patients et diminuera le nombre de recours aux médecins de secteur. Nous pensons également qu'il permettra de diminuer une partie des consultations aux urgences relevant de la médecine générale. Cela concernera non seulement les habitants du Havre mais également tout patient dépendant de la zone géographique régulée par le CRRA du Havre.

Par cette augmentation de la part des conseils téléphoniques et par la diminution induites des actes et des recours aux effecteurs de la PDS, une économie tant sur le plan humain que sur le plan financier sera réalisée.

Cependant cette thèse n'a pas apporté de réponse formelle. Il serait donc intéressant de renouveler l'enquête à posteriori pour confirmer sans doute le bien-fondé de la mise en place d'un médecin généraliste au poste de régulateur en journée aux heures ouvrables au CRRA du Havre.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS recommandations de bonne pratique, mars 2011, « Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale »
2. DESCOURS, C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence de soins. Paris : Ministère de la solidarité de la santé et de la protection sociale ; 2003: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf
3. Sécurité sociale, Cour des comptes 2013, septembre 2013, « Permanence des soins »
4. Circulaire DHOS/SDO n° 2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville (BO du ministère chargé de la santé n°2002-30)
5. Assurance maladie, Point de repère, décembre 2009, « La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoire »
6. Article R6315-1 du Code de la santé Publique, Modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 214
7. Article 77 du Code de déontologie médicale (modifié), <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/nouvelle-ecriture-de-l-article-77-du-code-de-deontologie-546>
8. Article R6315-6 du Code de la santé Publique, Modifié par Décret n°2012-271 du 27 février 2012 - art. 2
9. Conseil national de l'ordre des médecin, « L'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale, au 31 décembre 2013 »
10. Article R6313-1, Modifié par Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 - art. 1
11. Circulaire DHOS/01 n°2006-470 du 10 octobre 2006 relative au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire
12. Article R6316-1, Créé par Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1
13. Article R6315-3, Modifié par Décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 - art. 2 JORF 28 décembre 2006
14. Association des médecins libéraux pour l'aide aux urgences médicales de l'Eure, Régulation libérale de l'Eure, www.alaume.org
15. Conseil national de l'ordre des médecins, janvier 2011, « l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale »

16. DUMOUCHEL B., « Rapport d'activité de l'AMUH 2011 »
17. RENAUT C., « Caractéristiques démographiques et connaissances de la permanence des soins des usagers de la maison médicale de garde du Havre », Thèse pour le doctorat en médecine, Rouen, 2012
18. Docteur Jean Luc Duménil, président de l'AMUH, « Rapport d'activité, année 2013 »
19. Groupement de coopération sanitaire, Réseau régional d'aide médicale urgente, http://samu76b.ch-havre.fr/?page_id=380
20. OMS, classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes dixième révision volume 2 édition 2008, Wikipédia
21. FABRO-PERAY P., Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes, « Interprétation d'une enquête épidémiologique », 10/2010
22. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale, Premiers résultats », Mars 2006
23. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, « Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie », Juin 2004
24. FAVIER C., « Quels patients pour quels médecins ? », thèse pour le doctorat de médecine, Lille, 2014
25. Insee, RP exploitations principales et estimations de population au 1er janvier 2013
26. Insee, état civil (données domiciliées), estimations de population, « Population selon le sexe et l'âge au 1er janvier 2013 »
27. Conseil national des médecins, « Démographie médicale en région Haute Normandie : Situation en 2013 »
28. LE SIRE F., Statistiques sur les horaires des appels au CRRA du Havre, tableau Excel, 2008

Références non citées :

29. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, « Les recours aux médecins urgentistes de ville », avril 2006
30. BOËNNEC P., Député, Assemblée nationale, Rapport d'information fait au nom de délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins, 2008

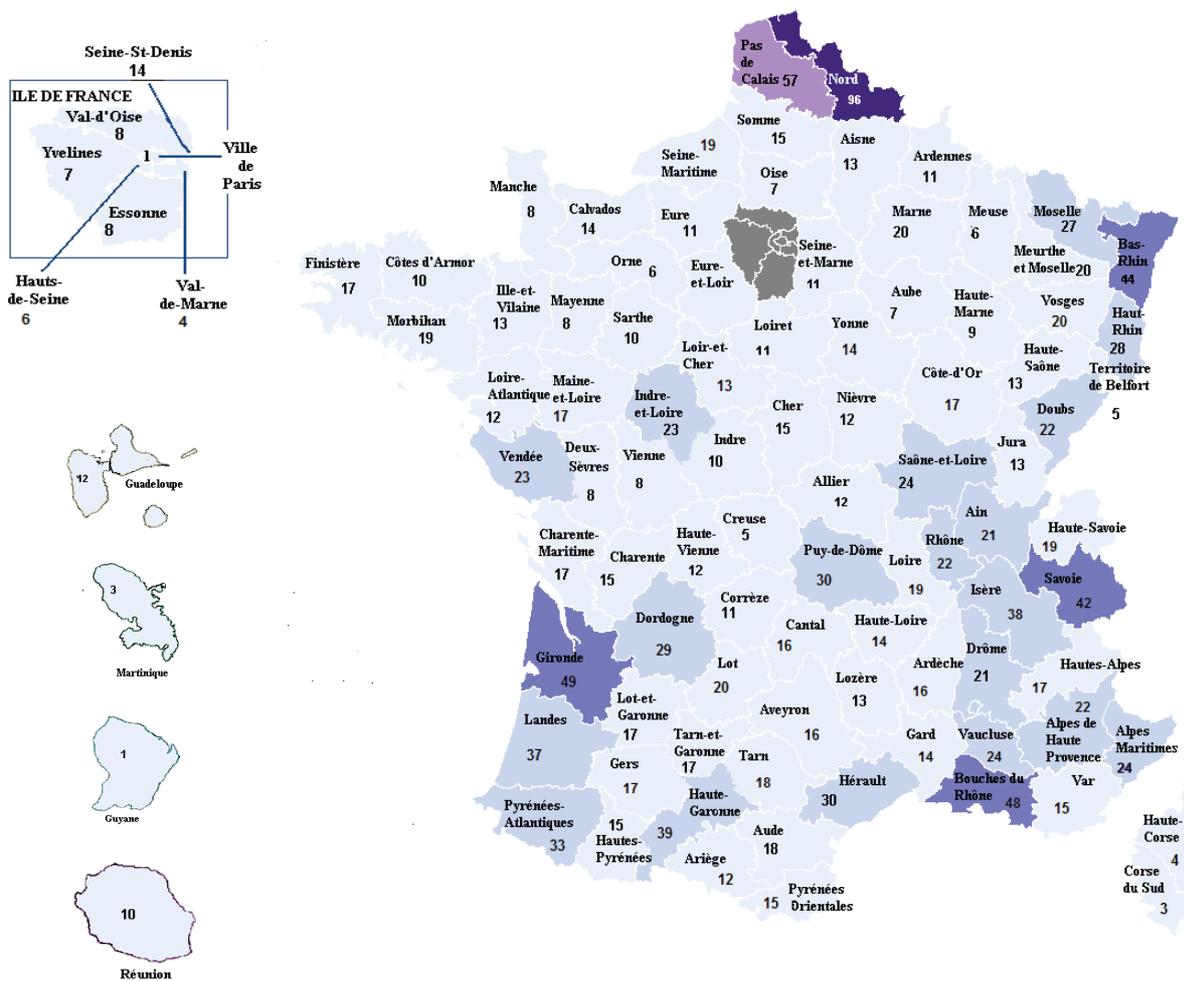
31. Assurance maladie, point repère, « La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoire », 2009
32. Conseil national des médecins, Conseil national de l'ordre, « Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2009 »
33. Conseil national des médecins, Conseil national de l'ordre, « Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2010 »
34. Conseil national des médecins, Conseil national de l'ordre, « Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2011 »
35. Conseil national des médecins, Conseil national de l'ordre, « Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2013 »

Annexe 2



janvier 2014

LES TERRITOIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS DE 20H00 À MINUIT - AU 31 DÉCEMBRE 2013 (1764 SECTEURS)



LEGENDE

de 0 à 20



de 21 à 40



de 41 à 60



de 61 à 80

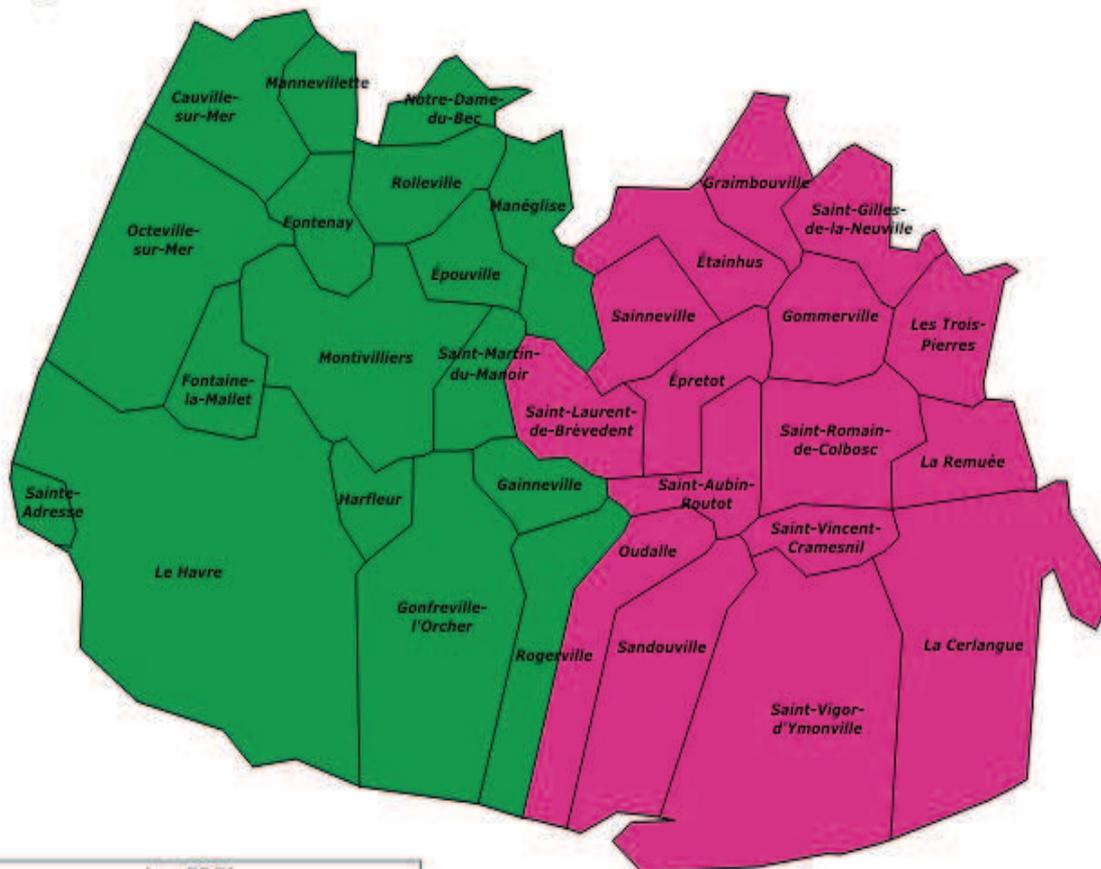


+ de 80



Annexe 3

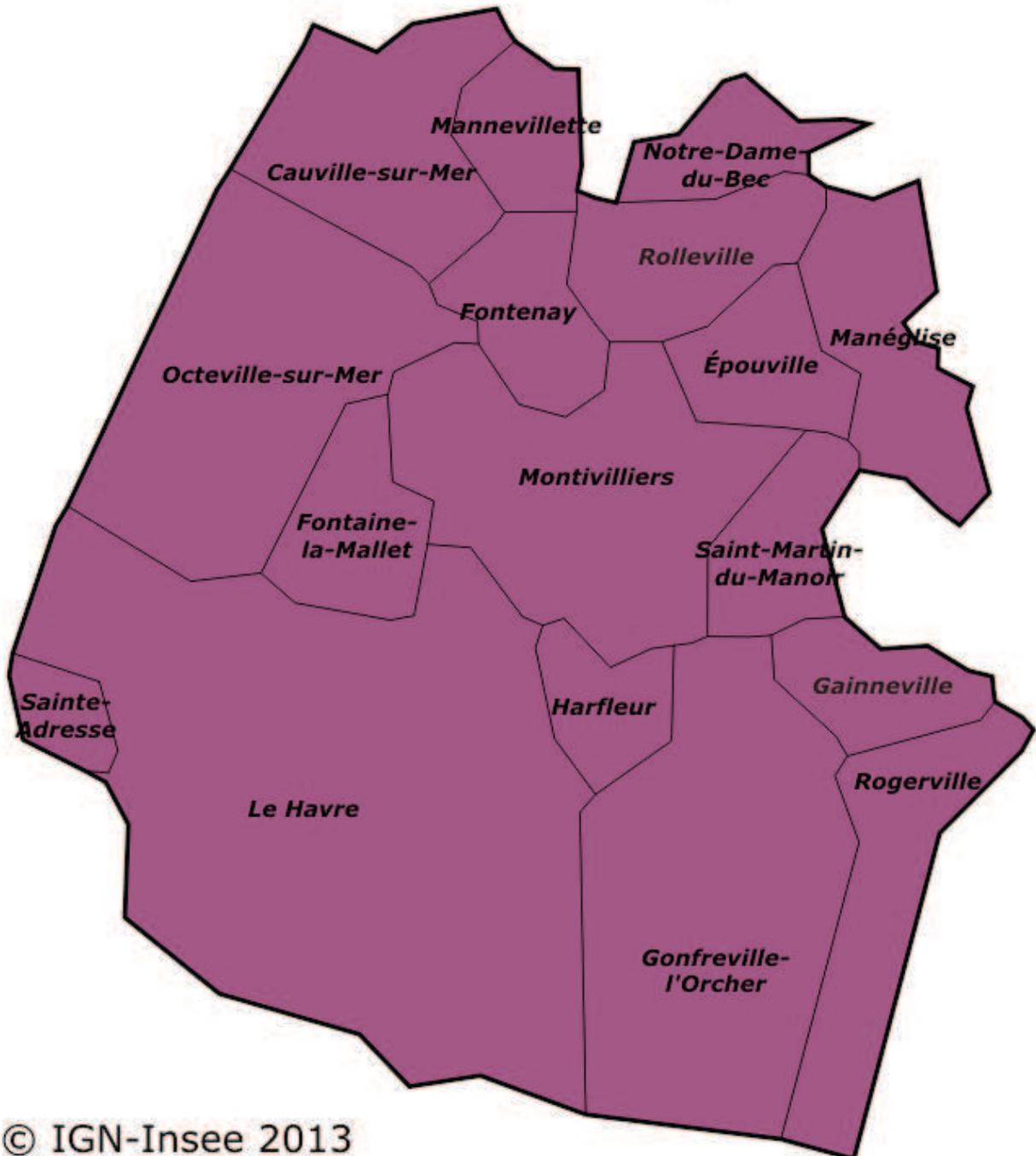
Pays du Havre-Pointe de Caux Estuaire



Les EPCI	
(nombre de communes)	
CA Havraise-CODAH	(17)
CC de Saint Romain de Colbosc	(16)

© IGN-Insee 2013

CA Havraise (CODAH)



BESOIN D'UN AVIS MEDICAL EN GARDE HAUTE-NORMANDIE

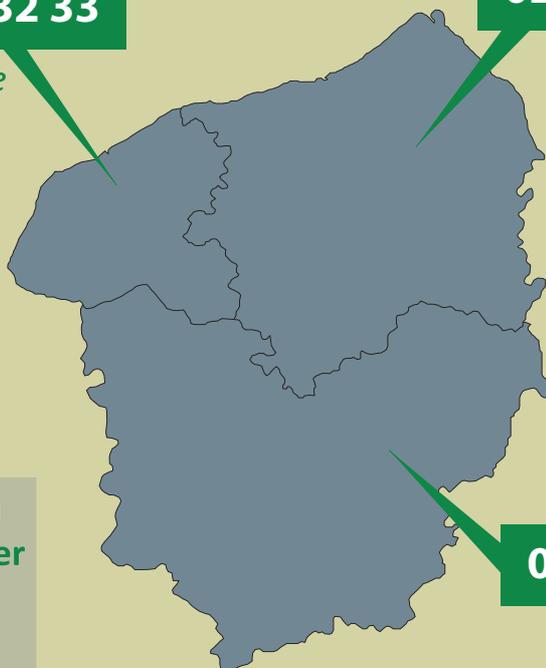
- Le weekend, la nuit (à partir de 20h)
et les jours fériés

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



Résumé

Introduction : Depuis 2003 la permanence des soins est en perpétuelle évolution. L'Agence régionale de santé tente de trouver de nouvelles solutions afin de contrer l'érosion du volontariat des médecins, de faire des économies et de répondre au mieux à la demande des patients.

Objectif : Déterminer les motifs de recours des patients havrais adressés au médecin de garde en journée et montrer l'intérêt d'un médecin généraliste à la régulation de la PDS en journée.

Matériel et méthodes : Une enquête épidémiologique transversale descriptive a recueilli les motifs de recours de 160 patients adressés au médecin de garde au Havre aux jours et heures ouvrables entre le 1^{er} janvier et 31 décembre 2013. Les dossiers avec des informations manquantes ont été exclus.

Résultats : Les motifs de recours principaux sont la fièvre, la toux et la douleur abdominale. Les enfants consultent pour un problème ORL, infectieux ou de gastro-entérologie et les personnes âgées pour un problème rhumatologique. Un tiers des patients ont une douleur à soulager. Près de deux tiers des patients sont des femmes et un tiers des enfants. La moyenne d'âge des patients est de 26,85 ans et la médiane est à 23,5 ans. Les pics d'appels sont en fin de matinée et début d'après midi.

Conclusion : Un médecin généraliste régulateur aux jours et heures ouvrables augmentera la part de conseils donnés pour les appels concernant la PDS. Une diminution des consultations aux cabinets de secteurs du Havre sera observée. Cela engendrera une économie sur le plan humain ainsi que sur le plan financier. Cependant il faudra renouveler cette enquête pour le confirmer.

Mots clés : Permanence des soins ambulatoires, Médecine générale, Régulation médicale téléphonique, Service d'aide médicale urgente.

Abstract

Introduction : Since 2003 Out-Of-Hours (OOH) services is constantly changing. The regional health agency is trying to find new solutions to counter erosion volunteer doctors, to save money and to best meet patient demand.

Objective : Identify reasons for using Le Havre patients referred to the doctor on duty during the day and show the interest of a general practitioner in the regulation of OOH services during the day.

Materials and methods : A descriptive cross sectional epidemiological study collected the grounds of appeal of 160 patients referred to the doctor on duty at Havre, working days and hours between January 1 and December 31, 2013. Records with missing information were excluded.

Results : The main grounds for appeal include fever, cough, and abdominal pain. Children visit the doctor for a ENT, infectious or gastroenterology problem and seniors for a rheumatological problem. One third of patients complain of pain. Nearly two thirds of patients are women and a third of patients are children. The average age of patients was 26.85 years and the median is 23.5 years. The peaks of calls are in the late morning and early afternoon.

Conclusion : A general practitioner regulator on working days and hours will increase advices given to calls concerning OOH services. A decrease of consultations to doctor on duty will be observed. This will yield a saving of manpower and money. However it will repeat this survey to confirm.

Key words : OOH service, General medicine, Medical regulation, Emergency Medical Assistance Service.