



HAL
open science

Les déterminants du choix de recours aux différents services de la permanence des soins ambulatoires, dans les bassins cannois et grasseois

Pierre-André Varlet

► **To cite this version:**

Pierre-André Varlet. Les déterminants du choix de recours aux différents services de la permanence des soins ambulatoires, dans les bassins cannois et grasseois. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01256298

HAL Id: dumas-01256298

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01256298v1>

Submitted on 14 Jan 2016

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.

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

ANNEE 2014/2015

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE

DOCTEUR EN MEDECINE

Les déterminants du choix de recours aux différents services de la permanence des soins ambulatoires, dans les bassins cannois et grassois.

Présentée et soutenue publiquement le 9 Octobre 2014

Par Pierre-André VARLET

Né le 24 Mars 1983 à Arles

Composition du jury

Président du jury : Pr Jean-Baptiste SAUTRON

Assesseurs : Pr Jean-Gabriel FUZIBET

Pr Olivier GUERIN

Dr Nathalie MONTAGNE

Directeur de thèse : Dr Bruno CECCARELLI

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE
ANNEE 2014/2015

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Les déterminants du choix de recours aux différents services de
la permanence des soins ambulatoires, dans les bassins cannois
et grassois.

Présentée et soutenue publiquement le 9 Octobre 2014

Par Pierre-André VARLET

Né le 24 Mars 1983 à Arles

Composition du jury

Président du jury :	Pr Jean-Baptiste SAUTRON
Assesseurs :	Pr Jean-Gabriel FUZIBET
	Pr Olivier GUERIN
	Dr Nathalie MONTAGNE
Directeur de thèse :	Dr Bruno CECCARELLI

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Assesseurs

M. ESNAULT Vincent
M. CARLES Michel
Mme BREUIL Véronique

Conservateur de la bibliothèque

Mme DE LEMOS

Chef des services administratifs

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DAR COURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLES AKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BAQUE Patrick	Anatomie – Chirurgie Générale (42.01)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)

M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Guilia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)

Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie–Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
M.	PRENTKI Marc	Biochimie et Biologie Moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	DARMON David	Médecine Générale
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Jean-Baptiste Sautron,

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse et de m'avoir guidé tout au long de ce travail.

A Messieurs les jurys,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail.

A Monsieur le Docteur Bruno Ceccarelli,

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, de m'avoir soutenu et guidé. Je vous remercie pour vos précieux conseils et votre disponibilité.

Aux Professeurs et Docteurs Nathalie Montagne, Annick Boscagli, Nicolas Mounier, Henri Vinti, Bruno Ceccarelli, Renaud Ferrier, Philippe Babe.

Merci de m'avoir guidé tout au long de mon internat.

Aux équipes de médecine A, d'hématologie du CHU de Nice, des urgences du CH de Grasse, du CHM et des urgences pédiatriques de Lenval à Nice, qui m'ont permis de progresser et de trouver mes marques au fil des stages.

Aux secrétaires du cabinet du 84 rue d'Antibes, avec qui j'ai noué un lien particulier.

Aux docteurs Alexandre Gabinski et Eric Dalloz,

Merci de m'avoir accueilli dans votre cabinet et de me transmettre vos connaissances.

A mes parents,

Merci de m'avoir donné le goût d'accomplir mes rêves, de m'avoir soutenu tout au long de ce long parcours.

A Christine,

Merci pour ton amour. Merci d'être à mes côtés tous les jours.

A Bibou,

Merci de chambouler prochainement ma vie.

A Anne-Sophie,

Merci pour ton réconfort.

A mes grand-mères, merci de m'avoir transmis votre expérience et votre vision du monde.

A mes grands-pères disparus, merci pour votre grandeur d'âme et tous ces bons souvenirs.

A mes oncles et tantes, cousins et cousines, merci pour votre affection.

A mes amis,

Sébastien, merci pour ton amitié,

Au quatriumvirat, Benoît, Marc-Antoine et Augustin, ainsi que Francis, merci d'avoir fait de mon externat un souvenir inoubliable.

A Stéphanie, Joséphine et Jean-Paul, merci pour tous ces moments partagés.

A Yannick, merci de m'avoir diverti tout au long de ce travail, d'avoir égayé mon stage au CHM et pas mal de soirées depuis.

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS	12
INTRODUCTION	13
GENERALITES SUR LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES (PDSA)	15
1) DEFINITION.....	15
2) HISTORIQUE ET LEGISLATION	15
3) STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT	18
4) FINANCEMENT.....	25
5) ETAT DES LIEUX NATIONAL DE LA PDSA EN 2014	27
6) DANS LES ALPES MARITIMES (06)	29
MATERIELS ET METHODES	33
A. REVUE DE LA LITTERATURE	33
B. OBJECTIFS DE L'ETUDE :.....	34
C. TYPE D'ETUDE.....	34
D. POPULATION CIBLE	35
E. LIEU DE L'ETUDE	35
F. PERIODE D'ETUDE	35
G. LE QUESTIONNAIRE.....	36
1) CONTENU DU QUESTIONNAIRE.....	36
2) VALIDATION DU QUESTIONNAIRE.....	39
H. RECUEIL DE DONNEES	40
I. ANALYSES STATISTIQUES	41
RESULTATS.....	42
A. GENERALITES	42
1) DATE DE CONSULTATION	42
2) HEURE DE CONSULTATION	43
3) LA CONSULTATION EST-ELLE REGULEE ?	44
4) LIEU DE CONSULTATION.....	44
B. LE PATIENT	45
5) AGE	45
6) SEXE	50
7) ET 8) ADRESSE DU DOMICILE ET DISTANCE PAR RAPPORT AUX URGENCES LES PLUS PROCHES	51
9) ACTIVITE.....	52
10) AUTONOMIE.....	58

C.	LA CONSULTATION VUE PAR LE PATIENT	62
	11) DEPUIS COMBIEN DE TEMPS SONT APPARUS LES SYMPTÔMES ?	62
	12) QUEL EST LE DEGRE DE GRAVITE DE LA SITUATION PAR LE PATIENT AU MOMENT DE L'APPEL	65
	13) ET 14) AVEZ-VOUS CONSULTE VOTRE MEDECIN TRAITANT ? SI « NON », POURQUOI ?	71
	15) ET 16) S'IL N'Y AVAIT PAS DE MEDECIN DE NUIT, SERIEZ-VOUS ALLE AUX URGENCES ? SI « OUI » ? PAR QUEL MOYEN DE TRANSPORT ?	71
	17) ET 18) AURIEZ-VOUS PU ATTENDRE LE LENDEMAIN POUR CONSULTER ? SI « NON », POURQUOI ?	75
D.	LA CONSULTATION VUE PAR LE MEDECIN	77
	19) ET 20) LA VISITE EST-ELLE JUSTIFIEE MEDICALEMENT ? POURQUOI ?	77
	21) MOTIF DE CONSULTATION	79
	22) DIAGNOSTIC MEDICAL.....	81
	23) COUVERTURE SOCIALE	83
	24) COUT TOTAL DE LA CONSULTATION.....	84
	25) ET 26) TIERS PAYANT ? SI « OUI », COUT FACTURE ?	85
	DISCUSSION	91
A.	INTERET DE L'ETUDE.....	91
	1) CHOIX DE L'ETUDE	91
	2) CHOIX DE LA ZONE GEOGRAPHIQUE ET DE LA POPULATION CIBLE	91
B.	COMMENTAIRES DE L'ETUDE.....	93
	1) REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON	93
	2) DETERMINANTS DU CHOIX DE RECOURS A LA PDSA.....	93
	3) COMPARAISON DES POPULATIONS CONSULTANT EN MMG OU RUD	106
	4) COMPARAISON DES POPULATIONS CONSULTANT EN NUIT PROFONDE OU SUR LE RESTE DE LA PLAGE HORAIRE DE LA PDSA	109
	5) COUTS DES DIFFERENTS SERVICES DE LA PDSA	110
C.	LIMITES DE L'ETUDE ET PRESPECTIVES D'ETUDES A VENIR	114
	1) LIMITES DE L'ETUDE	114
	2) PERSPECTIVES D'ETUDES A VENIR	116
	CONCLUSION	118
	ANNEXE	120
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	125
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	131
	TABLE DES MATIERES.....	131
	RESUME.....	134

Liste des abréviations

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

AT : Accident de Travail

CDCR : Cahiers Des Charges Régionaux de la PDSA

CDO : Conseil De l'Ordre des médecins

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU - C : Couverture Maladie Universelle – Complémentaire

CODAMU : COmité Départemental de l'Aide Médicale Urgente

CODAMUPS-TS : COmité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MMG : Maison médicale de Garde

ORUPACA : Observatoire Régional des Urgences de PACA

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PDS : Permanence Des Soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

RUD : Réseaux d'Urgences à Domicile

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Introduction

La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) consiste à maintenir l'offre de soins de premier recours aux heures habituelles de fermeture des cabinets libéraux (1).

Elle a connu un grand bouleversement après la grande grève de la médecine générale en 2001. L'ancien article 77 du code de déontologie médicale qui posait comme « un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit » a été abrogé. Le volontariat des médecins, la régulation préalable à l'effectif, la sectorisation des territoires, la rémunération forfaitaire et toute l'organisation de la PDSA a été repensée.

La PDSA doit faire face à de nouvelles problématiques.

- il devient parfois difficile de remplir les tableaux de garde dans certains territoires malgré certaines incitations financières (2). Le nombre de médecins a chuté et ne devrait pas remonter avant une dizaine d'années encore. Le volontariat reste important mais tend à s'effriter. Le contexte social et les aspirations des médecins ont changé : féminisation de la profession, recherche de plus de temps libre pour sa famille et installation urbaine privilégiée pour les jeunes générations, vieillissement de la population. De nouveaux services ont été mis en place comme les maisons médicales de gardes, mais celles-ci sont loin de couvrir l'intégralité des territoires.

- la régulation et l'orientation des patients souhaitant recourir à la PDSA rencontrent certaines contradictions. Un des grands principes est de favoriser le déplacement du patient vers le médecin (3), mais cela exclu les personnes âgées ou peu autonomes, ainsi que les personnes ayant plusieurs enfants à charge. Un autre est de réduire le nombre de territoires pour limiter le nombre de médecins de garde (3). Cela augmente les distances et les temps d'intervention. Ou encore la fermeture des services de PDSA après minuit, qui transfère tous les patients vers les services d'urgence déjà engorgés et qui ne prend pas en compte un certain nombre d'actes indispensables qui nécessitent un avis médical non reportable sans pour autant relever de soins hospitaliers (4). Limiter les recours inappropriés aux services d'urgences est un enjeu majeur (5).

- la plupart des Agences Régionales de Santé (ARS) doivent améliorer l'organisation de la PDSA mais sont limitées par un contexte de contraintes financières (3) et le respect d'enveloppes limitatives (6).

La publication des nouveaux Cahiers Des Charges Régionaux (CDCR) en 2012 et 2013 devaient répondre à ces interrogations.

Nous avons axé notre travail sur la fermeture des services de PDSA après minuit.

Le CDCR de la région PACA, paru au 1^{er} aout 2013 et finalisé au 1 juillet 2014 (7), n'a pas pris en compte la réforme de fermeture des services de PDSA après minuit. Nous avons donc décidé d'envisager l'impact de son éventuelle suppression dans un CDCR ultérieur.

Pour cela, nous avons décidé d'étudier les déterminants du choix recours aux services de PDSA, c'est-à-dire les éléments ou facteurs qui poussent le patients à consulter aux heures de fermeture habituelles des cabinets médicaux.

Cette étude nous permettra également

- de comparer les différents services de PDSA,
- de comparer les populations consultant en nuit profonde, de minuit à 8 heures, ou sur le reste de la plage horaire
- de discuter des coûts des différents services de la PDSA.

Généralités sur la permanence des soins ambulatoire (PDSA) :

1) Définition :

La PDSA est une mission de service public, inscrite dans la loi HPST du 21 juillet 2009 (8), qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des centres de santé.

La PDSA doit assurer à la fois la régulation des appels des patients, ainsi que leur prise en charge pour les situations évaluées qui nécessitent une réponse médicalisée. (50)

2) Historique et législation :

Le service médical de nuit est apparu à la fin du XIXe siècle à Paris et dans quelques grandes villes françaises. Il évolue timidement jusqu'au début du XXe siècle. A cette époque déjà, plusieurs obstacles limitent sa progression : la médiocrité de la rétribution ou l'insécurité des médecins, les journées harassantes qui précèdent les gardes, les dérangements inutiles pour des « ivrognes » ou des « faux malades » qui effritent leur motivation, mais aussi la limitation des moyens investis par les élus qui ne compensent pas l'augmentation de la population (9).

À partir de la deuxième moitié du XXe siècle, les choses s'accélèrent. L'Aide médicale urgente est mise en place, avec la création du premier SMUR en 1956, le SAMU en 1968 et les centres 15 ou Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) en 1976.

De nouvelles associations de médecins voient le jour à cette époque dans les grandes villes, pour faire face à une demande croissante de soins d'urgence en dehors des heures d'ouverture des cabinets : SOS MEDECINS est créé à Paris en juin 1966 par le Dr Marcel Lascar, médecin généraliste à Paris. Suite à un fait tragique : un de ses patients décède d'une crise cardiaque faute d'avoir pu joindre

un médecin un samedi après-midi. Paradoxalement, relate le Docteur LASCAR : « le week-end précédent, en butte à une fuite d'eau dans ma baignoire, j'avais été dépanné dans le quart d'heure par SOS DÉPANNAGE ». Jugeant que la santé de l'homme valait mieux qu'un simple tuyau de plomb, il créa SOS MÉDECINS. A une époque où le SAMU n'existait pas encore, le concept était révolutionnaire. (4)

Au début du XXI^e siècle, l'organisation de la PDSA explose à cause notamment d'une démographie médicale trop faible, de conditions de travail trop difficiles, d'une rémunération insuffisante et d'une insécurité croissante. La grève illimitée des médecins généralistes est déclenchée en novembre 2001 dans un contexte de passage aux 35 heures. Ils revendiquent une revalorisation des actes de jour et de nuit, une réduction du temps de travail, et une amélioration de la qualité de travail. LA grève se traduira par un engorgement record des centres 15 et des urgences.

A partir de 2003 (10, 11), deux décrets fixent les grands axes fondateurs de la nouvelle organisation :

- les horaires sont définis
- la sectorisation des soins est définie par arrêté préfectoral dans chaque département.
- le tableau départemental de permanence est créé : nominatif, par secteur, d'une durée d'au moins 3 mois, transmis 45 jours à l'avance au Conseil De l'Ordre des médecins (CDO), permettant au préfet de recourir à des réquisitions si celui-ci est incomplet.
- le volontariat est instauré : sont désormais concernés par de cette mission tout médecin généraliste libéral volontaire et non exempté, les médecins des centres de santé et ceux des réseaux d'urgences à domicile (RUD). Pour rappel, l'ancien article 77 du code de déontologie médicale posait comme « un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit » (51).
- la régulation des appels préalables à l'effectation devient un point crucial de l'organisation.
- la rémunération forfaitaire de la régulation des appels et de l'astreinte de PDS par l'assurance maladie est encadrée.
- la restructuration des CODAMU en CODAMUPS-TS est effective : les CODAMU deviennent désormais des comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la PDS et des transports sanitaires.

Les modalités de la PDS ont été affinées par deux nouveaux textes en 2006 et 2007 (12, 13) :

- la PDS est devenue une mission de service public. Ce qui permet aux médecins participant de bénéficier de la protection juridique de l'état, garantissant le développement du volontariat.
- la mission de PDS a été étendue aux médecins non conventionnés (jeunes retraités, remplaçants, salariés, internes, etc.), créant ainsi une réserve médicale.
- les périodes actuelles d'ouverture de la PDS ont été définies avec l'extension au samedi après-midi entre autre.
- la participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du SAMU a été mentionnée.

Les rapports « Grall » en 2007, « Larcher » en 2008 et « Boennec » en 2008 ont permis de faire un état des lieux des difficultés rencontrées lors de l'organisation de la PDS et d'établir une base pour les orientations futures. Ils ont pointé du doigt les incohérences d'une PDSA « peu fiable, fragile et coûteuse » (6) :

- le financement et l'organisation de la PDS ne relèvent pas des mêmes responsables,
- la répartition des professionnels sur le territoire est mauvaise malgré les aides accordées pour l'installation en zones déficitaires,
- les évolutions de la société (féminisation, aménagement du temps de travail, lieu d'exercice de préférence citadin de la médecine, évolution des besoins et des attentes de la population) doivent être mieux prises en compte,
- le rapport coût/service à la population est peu satisfaisant.

Ils ont débouché sur une re-sectorisation du territoire pour mieux répondre aux besoins de la population (le nombre de secteurs est passé de 2696 en 2008 à 2267 en 2011, 1910 en 2012 et 1764 fin 2013 (2)).

Elle s'accompagne d'un arrêt progressif des gardes à minuit, au lieu de 8h, en reportant la demande vers les hôpitaux. En 2008, 1/3 des secteurs arrêtaient la PDS à minuit. Plus de la moitié d'entre eux sont concernés aujourd'hui : 55% en 2013 (2). Cependant, malgré cette évolution, la question du relais avec les services hospitaliers ou d'autres structures libérales restait peu abordée.

Ces rapports ont également apporté une réorientation de la gestion de la PDSA vers les ARS, un encadrement contractuel du volontariat, une généralisation des MMG en privilégiant leur adossement à des structures de soins existantes tout en conservant un réseau de médecins mobiles, une amélioration de l'évaluation du dispositif, une meilleure formation universitaire à la médecine de premier recours, ...

Faisant suite à la Loi HPST « hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009 (8), les dernières modifications importantes interviennent en 2010 avec la publication le 13 juillet de deux décrets, (14, 15). La responsabilité de l'organisation, de ce qui est maintenant appelé la PDSA (ambulatoire), est désormais placée sous la responsabilité du directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Les ARS seront tenues de mettre en place le cahier des charges de la PDSA (CDCP). L'organisation des urgences et de la PDSA est ainsi confiée à une autorité unique dans un souci de simplification et d'efficacité globale de l'offre de soin.

3) Structure et fonctionnement : (3)

La PDSA a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des centres de santé :

- tous les jours de 20 heures à 8 heures ;
- les dimanches et jours fériés de 8h à 20 heures ;
- le samedi de midi à 20h ;
- le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié (article R. 6315-1 du code de la santé publique).

Son organisation repose schématiquement sur deux dispositifs :

- Une régulation médicale
- Des effecteurs médicaux répartis sur les différents territoires de PDSA.

La réorganisation récente des territoires de la PDSA vers une réduction de leur nombre a pour vocation d'améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes en dehors des heures ouvrables (diminution du rythme des gardes, ...) sans détériorer le service rendu à la population. Par ailleurs, il semble évident que cette réduction s'inscrit dans un contexte de restrictions budgétaires

Elle repose sur les deux principes suivants :

- L'arrêt de la permanence des soins en nuit profonde avec réorientation des patients vers les services d'urgences si nécessaire
- La mutualisation des territoires de la permanence des soins. Celle-ci assure une meilleure rémunération aux médecins effecteurs de garde en augmentant le prix des astreintes et le nombre de consultations, tout en conservant une prise en charge dans des délais raisonnables.

Cette mission de service public est assurée par des médecins libéraux ou salariés, ou tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique et dont la capacité est attestée par le Conseil départemental de l'ordre des médecins. Cette participation est assurée sur le mode du volontariat.

Les cahiers des charges régionaux définissent l'organisation du dispositif de la PDSA au regard des besoins de la population, du maillage hospitalier et de la cohérence avec les dispositifs règlementaires (gardes pharmaceutiques et gardes ambulancières) concourant à cette mission de service public.

a) **La régulation :**

La régulation des appels constitue la première étape de la réponse à une demande de soins non programmés pendant la période de la PDSA. Son bon fonctionnement conditionne la qualité de la prise en charge de ces demandes. Le but de la régulation est, pour l'appelant, de recevoir une réponse adaptée à l'objet de son appel et, pour l'appelé, de catégoriser et choisir les moyens les plus adaptés à mettre en œuvre en fonction de l'appel.

Il importe donc de garantir une réponse harmonisée et performante sur l'intégralité du territoire. Cette réponse peut être de plusieurs types :

- un conseil médical notamment thérapeutique qui peut être suivi d'une prescription médicamenteuse par téléphone conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la Haute Autorité de Santé en février 2009,
- la proposition d'une consultation médicale ou l'envoi sur place d'un médecin généraliste
- l'envoi d'un moyen de transport de type transport non médicalisé
- le renvoi de l'appel vers le médecin régulateur de l'aide médicale urgente (AMU)

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable accessible par un numéro national et unique : le 15 et organisée par le service d'aide médicale urgente. L'accès au médecin sur certains territoires de permanence des soins est également assurée par les numéros des centres d'appels des RUD, si ceux-ci sont interconnectés avec le centre de réception et de régulation des appels du SAMU centre 15 et ont signé une convention avec l'établissement siège.

Cette régulation est assurée par des médecins volontaires. Ces médecins sont assistés par des assistants de régulation médicale communs aux dispositifs de l'aide médicale urgente et de la PDSA.

Pendant la période où elle est assurée, la fonction de médecin régulateur dans le cadre du centre 15 est exclusive de toute autre fonction.

La rémunération par astreinte ne peut être inférieure à 70 euros de l'heure. Certaines ARS proposent dans certains cas des rémunérations majorées notamment de minuit à 8H00 comme la réglementation le permet.

b) L'effectif :

L'organisation de la réponse à la demande de soins non programmés dans le cadre de la PDS est basée sur un découpage du département en territoires. Sur chaque territoire, une réponse médicale est apportée par un ou plusieurs médecins « d'astreinte » dénommé(s) médecin(s) effecteur(s). Ces médecins peuvent intervenir à titre individuel ou dans le cadre d'une association de la PDSA.

Si le médecin intervient dans le cadre d'une association de permanence des soins, celle-ci communique au conseil départemental et met à jour régulièrement la liste nominative des médecins susceptibles de participer à cette permanence au titre de l'association.

Conformément à l'article R. 6315-2 du code de la santé publique, dans chaque territoire de la PDS, les médecins mentionnés à l'article R. 6315-1 du code de la santé publique, qui sont volontaires pour participer à cette permanence, ainsi que les associations de PDS établissent un tableau de garde pour une durée minimale de trois mois. Ce tableau précise le nom, la modalité et le lieu de dispensation des actes de chaque médecin. Au plus tard, 10 jours avant sa mise en œuvre, le tableau de garde est transmis par le conseil départemental de l'ordre des médecins au directeur général de l'Agence Régionale de Santé, au préfet du département, aux SAMU, aux médecins et associations concernées et aux caisses primaires d'Assurance Maladie.

Dans un délai maximal d'un mois suivant la fin de la mise en œuvre du tableau de garde, l'association transmet au conseil départemental la liste nominative, par tranche horaire, des médecins qui ont effectivement assuré la permanence des soins sur le territoire.

La participation des médecins à ce dispositif est basée sur le volontariat. Cependant, en cas d'incomplétude du tableau de garde mentionné ci-dessus, le préfet de département peut procéder le cas échéant aux réquisitions nécessaires selon la procédure précisée à l'article R. 6315-4 du code de la santé publique.

Afin d'optimiser l'opérationnalité du médecin effecteur, il convient de privilégier le déplacement du patient vers le médecin. Dans ce cadre, l'accès au médecin effecteur doit être régulé.

Le médecin effecteur assure les soins dans le cadre de la PDSA soit :

- A son cabinet
- Dans des locaux spécifiquement dédiés à la PDSA comme une maison médicale de garde ou un autre point fixe de garde.
- En visite, en se rendant au domicile des patients.

La rémunération par astreinte des médecins effecteurs est réalisée sur la base de 50€ par tranche horaire de 4 heures, auxquels viennent s'ajouter les honoraires correspondant aux actes effectués pendant la durée de l'astreinte. Selon la nouvelle législation, les ARS peuvent augmenter ces rémunérations par exemple dans des secteurs à forte contrainte géographique : à plus de trente minutes d'une structure d'urgence ou d'une superficie importante (mutualisation de territoires).

L'organisation reste fragile du fait de la diminution tendancielle du nombre de médecins généralistes en France, qui ne s'inversera pas avant une dizaine d'années, et de la baisse du nombre de généralistes volontaires (47% des omnipraticiens en 2011). Les diverses tentatives pour inverser la courbe du volontariat n'ont été que peu efficaces : les réquisitions des préfets sont inefficaces, préférant laisser les tableaux de garde partiellement remplis en cas de problème, l'extension des gardes aux remplaçants et aux retraités introduite dans la loi HPST démarre lentement, les exemptions sont inégales selon les conseils départementaux et peuvent atteindre 14% des médecins dans l'Yonne par exemple.

c) Cas particulier des MMG :

Une MMG se définit comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins précisées dans son cahier des charges et assurant une activité de consultation médicale non programmée. Elle doit rechercher une complémentarité avec tout acteur public ou privé impliqué dans l'organisation de la PDS et l'aide médicale urgente (AMU). (17)

Pour fonctionner, la MMG doit répondre à un besoin bien identifié. L'évaluation de ce besoin s'effectue à partir :

- des besoins de soins constatés dans le territoire
- de l'importance de l'offre hospitalière ou libérale organisée sur les différents secteurs
- des caractéristiques de fonctionnement des services d'urgences, notamment leur activité et leur localisation. (17)

Il existe 407 sites d'effectif fixe de la PDSA en 2014, dont principalement des MMG, contre 98 en 2003. Ils ont augmenté d'environ 10% sur un an. Ils sont implantés dans 22 départements et couvrent environ 25% des territoires de la PDSA (2).

La MMG est ouverte pendant les horaires de PDSA, fixés dans le cahier des charges départemental arrêté par le préfet (art.R. 6315-6 CSP). Une restriction de l'activité de la MMG peut donc s'effectuer, compte tenu des besoins constatés et en fonction de l'offre hospitalière disponible et des situations locales. La MMG est ainsi prioritairement ouverte sur la plage horaire 20h - 24h en semaine, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés.

Localisée préférentiellement en position centrale d'un territoire de la permanence des soins, la MMG est un lieu identifié ayant un accès sécurisé et régulé. Un accès direct peut toutefois être accepté au vu de la situation locale. L'accès de la MMG doit être de préférence régulé préalablement par la régulation ou orientée par une infirmière d'accueil et d'orientation positionnée dans un service d'urgence d'un établissement de santé. L'accès direct est censé rester exceptionnel.

Il est recommandé que ces structures soient de préférence implantées dans une enceinte hospitalière ou contiguë d'une structure d'urgence et ainsi contribuer à un désengorgement de ces services, même si cela risque d'entraîner une certaine concurrence entre les différents services. En

milieu rural, elle peut se situer au sein d'un hôpital local ou, éventuellement, d'un EHPAD, d'une maison de retraite ou d'une maison de santé pluridisciplinaire. (17)

Les maisons de garde sont un des moyens les plus efficaces pour réaliser l'élargissement des secteurs de garde. Si elles sont convenablement situées à un nœud de communications locales, elles permettent de desservir un territoire plus vaste sans dégrader le temps d'accès. (16)

Un nombre minimum de médecins installés est nécessaire à la cohérence d'ensemble. L'effectif sur lequel fonctionne la MMG ne doit donc pas être uniquement constitué de remplaçants. Par contre, les MMG peuvent être des terrains de stage pour les étudiants en médecine. Un minimum de 20 à 30 médecins semble être nécessaire, garantissant ainsi le bon fonctionnement de la structure. Dans les zones rurales, au cas par cas, ce minimum peut être abaissé si la continuité et la permanence des soins peut être assurée. (17)

Le financement des MMG est global et affecté au promoteur ou pour partie directement à l'établissement hébergeant la structure, selon les cas (frais de fonctionnement ; location des locaux...). Son financement annuel est octroyé sur la base d'une convention pluriannuelle intégrant un cahier des charges liant la MMG à l'ARS. Depuis l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2012 (18), cette enveloppe est déléguée sur les crédits du FIR (Fonds d'Intervention Régional). Pour information, le FIR met en commun des dotations de la permanence de soins ambulatoires et en établissement de santé (PDSA, PDES), du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et des crédits de prévention. Ce fonds représente au total environ 1,5 milliard d'euros. (19)

Par ailleurs, des partenariats avec d'autres acteurs institutionnels, notamment les collectivités locales, sont à développer notamment pour ce qui concerne la mise à disposition de locaux, la sécurisation de la MMG ou l'organisation des transports en commun vers cette structure.

L'enveloppe peut se situer entre 20 000 et 25 000€ maximum la première année pour le matériel médical, le matériel informatique et téléphonique et le mobilier. La MMG n'a pas à disposer d'un équipement médical lourd. Par la suite, l'enveloppe, pour prendre en charge les consommables et petit matériel, peut se situer entre 8 000 à 15 000€ par an (20). Des frais de personnel, de ménage, de coordination des effectifs (1 C / jour d'ouverture de la MMG en général pour le médecin qui gère la coordination en général), de gestion, ... peuvent augmenter légèrement la facture globale. (17)

d) L'hôpital et les urgences :

Les services d'urgence des hôpitaux participent aujourd'hui selon deux modalités à la permanence des soins :

- ils remplacent de plus en plus souvent la garde libérale après minuit, du moins hors des grandes agglomérations.

- ils continuent à accueillir des patients qui se présentent spontanément à leurs portes pour des cas qui ne relèvent pas de la médecine d'urgence, même quand des tours de garde existent.

Ces services permettent de faire face en cas de défaillance de la PDSA libérale, mais restent un mode de prise en charge plutôt inadéquat notamment pour les personnes âgées et surtout coûteux (16).

Depuis plusieurs décennies, les consultations des services d'urgence sont en constant accroissement dans l'ensemble des pays occidentaux, que le financement soit publique ou privé. On constate une progression de 4.6% par an dans les services d'urgence en France (15), de 36% entre 2000 et 2009 (16). Cette augmentation s'explique notamment en raison du recours accru des patients consultant pour des motifs « non urgents », c'est-à-dire relevant de la médecine générale ou de problèmes sociaux. Ceci traduit évidemment un phénomène de société, sous-tendu par une disponibilité, une technicité et une gratuité apparente des soins aux urgences.

Les urgences présentent une singularité dans le système de tarification de l'activité hospitalière. Leur financement repose en effet depuis 2004 sur une combinaison d'une dotation fixe et uniforme entre les établissements de santé (dénommée « forfait annuel urgences » - FAU -), d'un tarif par passage (dénommé « accueil et traitement des urgences » - ATU -) et de la rémunération des actes effectués. La somme du forfait annuel et du tarif par passage (FAU + ATU) hors actes en sus est d'environ 95 € par acte.

Ce tarif, facturé à l'assurance maladie, est à la fois plus cher qu'une visite ou une consultation réalisée par un médecin de ville dans le cadre de la PDSA, et avantageux pour l'hôpital s'il ne met en œuvre que des actes simples (16). En plus d'être plus coûteuse pour l'assurance maladie, la consultation est moins chère pour le patient, en raison d'un ticket modérateur inférieur à l'hôpital (21).

4) Financement :

Le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la PDS (14) a précisé les modalités de financement de cette organisation. La rémunération de la PDS se décompose en deux ensembles :

- les actes et majorations d'actes qui restent dans le champ de la convention médicale,
- les forfaits d'astreinte et de régulation médicale financés par une enveloppe déléguée aux ARS. Cette délégation est encadrée par deux limites :

- o les rémunérations forfaitaires s'inscrivent dans le cadre d'une enveloppe fermée
- o les rémunérations forfaitaires unitaires peuvent varier en fonction de la sujétion et des contraintes géographiques, dans des limites fixées par arrêté ministériel.

La permanence des soins est financée par le fonds d'intervention régional (FIR) créé par l'article 65 de la Loi n°2011-1906 de financement de la sécurité sociale pour 2012 (18).

Le Décret n°2012-271 du 27 Février 2012 (22) précise que le fonds, au titre des missions mentionnées au 1° de l'article L. 1435-8 du code de la santé publique (18), finance les rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins dans les conditions définies à l'article R.6315-6 du même code (18).

A compter de l'entrée en vigueur du cahier des charges, l'ARS et les organismes locaux d'assurance maladie procèdent à l'engagement, à la liquidation et au paiement des dépenses de forfaits de PDSA selon les modalités décrites à l'article 17 du présent cahier des charges. La transmission du tableau de garde validé par l'ARS à l'organisme local d'assurance maladie vaudra ordre de paiement et déclenchera ainsi le processus de paiement des forfaits de régulation et d'astreinte aux médecins inscrits au tableau de garde.

Depuis la grande grève de 2002 et la succession de réformes qui ont suivi jusqu'en 2012, les dépenses directes de l'assurance maladie ont presque triplées (passant de 250 à 700 millions d'euros, hors frais engagés par les hôpitaux), alors que l'activité a baissé entre ces deux dates (le nombre de consultations et visites durant la PDSA est passé de 7.34 à 5.3 millions entre 2001 et 2012) (16).

Cette explosion est en grande partie causée par :

- les astreintes des médecins volontaires effecteurs et régulateurs

- l'extension des forfaits d'astreinte aux pharmacies (75 euros par nuit d'astreinte à partir de 2006, puis 150 en 2012 et le quadruplement des honoraires pour les ordonnances exécutées pendant les périodes de garde)

- les transports médicaux (346 euros par période de 12h en contrepartie d'un abattement de 60% sur les tarifs de transport). Le dispositif devient déficitaire pour les transporteurs sanitaires dès le 5^{ème} voyage pour une moyenne de 6 kms par voyage, d'où un engouement limité des transporteurs pour les gardes SAMU (23).

Tableau : évolution des dépenses de permanence des soins pour la France entière (en millions d'euros) : (16)

Source : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Année		2001	2003	2005	2006	2011
Permanence des soins ambulatoire	Forfaits d'astreinte	0	56	66,4	143,6	141,6
	Actes remboursés	216,1	238,8	211,9	214,3	237,1
	Subventions diverses ⁴¹⁰	4,4	19,4	22,5	13,7	n.d.
	Dépenses totales PDSA	220,5	314,2	300,8	370,6	393,5
Services de garde et d'urgence des pharmacies ⁴¹¹	Forfaits d'astreinte	0	0	0	8,9	38,8
	Actes remboursés	8,5	8,7	7,9	9,3	15,7
	Dépenses totales pharmacies	8,5	8,7	7,9	18,2	54,5
Total dépenses hors transports		229	322,9	308,7	388,8	448
Garde des transports sanitaires	Forfaits d'astreinte	0	0	143,4	144,6	146,9
	Sorties remboursées	n.d.	n.d.	21,1	23,4	34,6
	Total transports	n.d.	n.d.	164,5	168,0	181,5
Total général		n.d.	n.d.	473,2	557,8	629,5

À noter que le doublement des gardes pharmaceutiques de 2012 n'est pas encore visible dans ce tableau.

Ayant pour cible une réduction globale des coûts, les nouveaux cahiers des charges publiés en 2012 et 2013 orientent l'organisation de la PDSA vers une meilleure sectorisation : cela se concrétise par une diminution du nombre de secteurs. Cela permet un allègement de la facture sans dégrader le temps d'accès aux soins. Cela permet d'éviter les tours de garde à très faible activité où l'acte revient à des tarifs exorbitants à l'assurance maladie : par exemple un secteur de la Sarthe n'a recensé que 10 actes sur toute l'année 2009 : en résultent des coûts à plus de 3700 euros l'acte sur l'année. Des remarques analogues peuvent être faites sur la sectorisation des transports sanitaires et des pharmacies (52). Les nouveaux CDCR améliorent fortement cette problématique.

5) L'état des lieux national de 2014 (2) :

- La régulation : elle fonctionne bien dans la plupart des départements : les rapports entre médecins régulateurs et médecins effecteurs sont bons dans 86 départements.

Certaines difficultés persistent : transmission du numéro de téléphone du médecin effecteur au patient par le médecin régulateur, « contre-régulations » réalisée par le médecin effecteur, demandes de déplacements jugées injustifiées ou encore à l'absence de réponse du médecin effecteur à l'appel de la régulation médicale.

La participation des médecins libéraux est effective dans 97 départements.

Par contre en nuit profonde, il n'y a pas de médecins régulateurs libéraux dans un tiers des départements. Certaines ARS proposent dans certains cas des rémunérations majorées notamment de minuit à 8H00 comme la réglementation le permet.

Les recommandations rappellent les 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 permanence des soins ou du SMUR). La HAS rappelle que le critère économique (solvabilité ou coût de l'opération) ne constitue pas un facteur limitant la prise en charge.

- La sectorisation : le nombre de territoires de PDS ne cesse de diminuer : 1764 début 2014 contre 1910 début 2013 (8% de baisse) et 3770 début 2003 (55% de baisse). La re-sectorisation est particulièrement forte au sein des 3 régions dans lesquelles un cahier des charges a été publié en 2013 : PACA, Corse, Midi-Pyrénées. Les justifications présentées tiennent autant à la faible activité constatée qu'à la recherche d'économies dans le versement des astreintes et au souci d'attirer des médecins ou de les maintenir dans des zones fragiles sur le plan de la démographie médicale et où les obligations de garde sont importantes.

- l'effection : Les gardes ne sont pas assurées dans 81/1764 secteurs en soirée (20h00 – minuit) soit 4.6%, 46/1790 secteurs en journée, les week-ends et jours fériés soit 2.6%, et 61% des territoires en nuit profonde (minuit – 08h00), contre 55% il y a un an.

Cet arrêt correspond le plus souvent à une attente des praticiens et a été considérée par des conseils départementaux comme une évolution à même de pérenniser la permanence des soins. Dans d'autres départements, l'arrêt des gardes à minuit a une signification purement budgétaire (économies réalisées sur le paiement des astreintes) et des conseils départementaux regrettent que les ARS ne

laissent pas aux médecins eux-mêmes, dans leur territoire de permanence des soins, le choix de poursuivre ou non la permanence des soins à minuit.

- Les lieux d'effecton fixe : ils sont en augmentation de 10% sur un an : 407 sites sont recensés dans les CDCP. Mais ils ne couvrent que 25% des territoires de PDS. 42 points sont tenus par des RUD. Les autres sont des MMG implantées dans des sites propres dédiés à cette activité mais aussi au sein d'établissements de santé publics ou privés, d'EHPAD, en maisons de santé pluridisciplinaires, dans un centre municipal de santé, ...

L'implantation des MMG accolé à un centre hospitalier peut créer des conflits d'intérêts. Par ailleurs, le tri et l'orientation par des infirmiers, parfois peu expérimentés, plutôt que par des médecins, est une menace pour l'activité des MMG. Il semble donc essentiel de prendre en compte les besoins de la population et le maillage du territoire.

Ne sont pas recensées les situations nombreuses dans lesquelles le médecin généraliste assure sa garde au cabinet, qu'il s'agisse d'un cabinet individuel ou d'un cabinet de groupe.

- Le volontariat : il reste important (supérieur à 60% dans les 2/3 des départements) mais la baisse peut être inquiétante pour l'avenir dans certains départements (73% de volontaires en 2012).

Les médecins se sentent moins impliqués dans de grands territoires, déconnectés des relations professionnelles et confraternelles de proximité. La mise en place d'effecteurs mobiles en nuit profonde pourrait constituer l'amorce d'une professionnalisation de cette mission de service public. Il est pourtant difficile d'écrire que la re-sectorisation tarit l'offre de soins dès lors que bien souvent elle cherche à anticiper le manque de médecins et le déclin du volontariat en espaçant la fréquence des contraintes pesant sur les médecins. Enfin, si la régulation diminue l'activité, elle diminue également les rémunérations qu'on en tire.

Outre la recherche d'une meilleure qualité de vie à l'instar de l'ensemble de la société, l'implication des médecins reste fragilisée par une activité souvent intense en dehors des horaires de permanence des soins, par une démographie médicale déclinante, par une pyramide des âges inversée, par une reconnaissance encore insuffisante de la mission de service public qu'ils assurent et, dans certains cas, par l'absence de réponse à leurs attentes en matière d'organisation et de financement.

- Les réquisitions : elles ont été réalisées dans 21 départements. Ce qui représente une stabilisation par rapport aux années antérieures. Il est à noter que là où les carences du tableau sont les plus criantes

en raison d'une absence de volontariat généralisée, constatée par les cahiers des charges eux-mêmes, les Préfets n'ont pas ou peu réquisitionné et ont laissé en l'état des territoires et des tableaux incomplets.

- La réglementation permet au directeur général des ARS de moduler les rémunérations forfaitaires en fonction des contraintes géographiques et des différentes modalités d'exercice de la permanence des soins (consultations en points fixes de garde, visites à domicile, ...). Un peu plus de la moitié des ARS ont utilisé cette possibilité nouvellement offerte par la réglementation.

6) Dans Les Alpes Maritimes (06) :

La région PACA se distingue par un niveau élevé d'offre de soins, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière. Cette caractéristique est aussi valable pour les acteurs susceptibles de prendre en charge l'activité de PDSA.

Cependant, la répartition géographique de cette offre présente de fortes disparités qui suivent les inégalités territoriales de répartition de la population. L'organisation de la réponse varie donc fortement selon le territoire : urbain, peuplé et pourvu en offre de soins ou rural, à faible démographie de population et de professionnels de santé. La présence de zones de montagne et de territoires à forte attractivité touristique est aussi un élément à prendre en compte dans l'organisation de la réponse à la demande de soins ambulatoires non programmée.

Enfin, à l'instar des autres régions françaises, le vieillissement de la population médicale est un élément à prendre en compte (12% de la population des Alpes Maritimes a plus de 75 ans, contre 8.8% de la population générale française) (24).

A/ la régulation libérale dans les Alpes Maritimes :

La régulation libérale au centre 15 est organisée de la manière suivante :

Période	Nb de régulateurs libéraux pour la tranche horaire 20h/24h	Nb de régulateurs libéraux pour la tranche horaire 24h/8h	Nb de régulateurs libéraux pour la tranche horaire 12h/20h	Nb de régulateurs libéraux pour la tranche horaire 8h /20h
Semaine	2	2		
Samedi	2	2	2	
Dimanche et férié	2	2		2

B/ les territoires de PDSA et leur couverture dans les Alpes Maritimes :

Le département des Alpes Maritimes est divisé en 24 territoires de PDSA.

Le nombre de médecins de garde sur chaque territoire peut varier selon les horaires de permanence de soins (1 médecin de garde = 1 ligne de garde).

Dans les Alpes Maritimes, l'organisation est la suivante:

- les soirs de 20h à minuit (semaine et weekend) : 43 lignes de garde sont actives ;
- les soirs de minuit à 8h (semaine et weekend end) : 28 lignes de garde sont actives ;
- les samedis après-midi, dimanches et fériés en journée et les journées de pont : 45 lignes de garde sont actives.

A ces lignes de garde, doit se rajouter un secteur rattaché à la PDSA des Alpes de Haute Provence (04005 : Entrevaux-Puget Thénier).

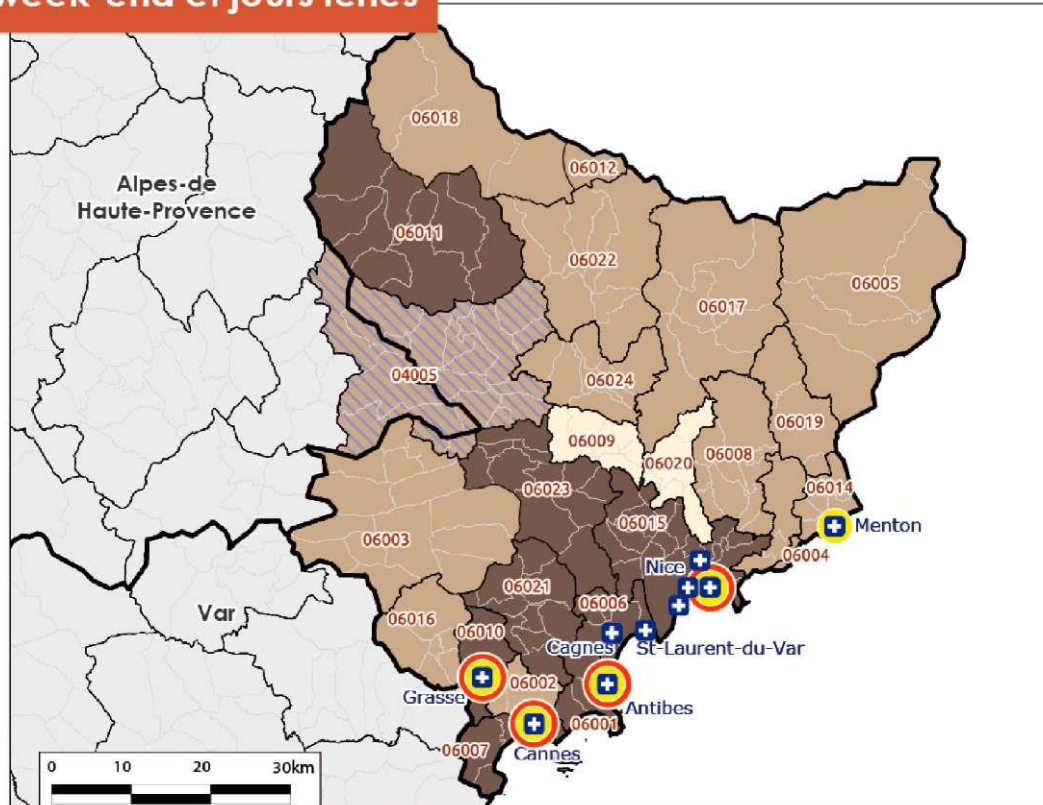
Il existe 4 maisons médicales de garde sur le département rattachées aux services d'urgences du CH de Grasse, du CH de Cannes, du CHU Nice et du CH d'Antibes.

On peut noter également l'existence des maisons médicales des cliniques Le Méridien à Cannes et du Palais à Grasse, tenue par SOS MEDECINS.

C/ Le financement :

Le coût annuel de la PDSA dans les Alpes Maritimes est de 907 440 euros pour la régulation et 2 472 750 euros pour l'effection libérale. Soit un total 3380190 euros (28% de l'enveloppe de la région PACA)

week-end et jours fériés



Sources : BD Geofia, ARS PACA 2012
 Réalisation : ORU PACA - décembre 2012

Liste des secteurs

06001	Antibes
06002	Le Cannet
06003	Andon
06004	Beausoleil
06005	Breil-sur-Roya
06006	Cagnes-sur-Mer
06007	Cannes
06008	Contes
06009	Gilette
06010	Grasse
06011	Guillaumes
06012	Isola 2000
06013	Turbie (La)
06014	Menton
06015	Nice aggro
06016	Peymeinade
06017	Roquebillière
06018	Saint-Etienne-de-Tinée
06019	Sospel
06020	Tourrette-Levens
06021	Valbonne
06022	Valdeblore
06023	Vence
06024	Villars-sur-Var

● Maisons Médicales de Garde (MMG)

● SMUR

⊕ Services d'urgences

Nb de lignes de garde

□ 0

□ 1

□ ≥2

Spécificités des secteurs

▨ Renfort saisonnier

▨ Secteur interdépartemental

Matériels et méthodes :

A. Revue de la littérature :

La littérature est extrêmement limitée sur ce sujet.

Le site de l'ARS présente une définition généraliste de la PDSA destinée aux patients. Elle met également à disposition les Cahiers des Charges Régionaux de la PDSA de chaque région, publiés entre 2012 et 2013.

Il existe quelques recommandations sur la régulation téléphonique, traitant des modalités de la prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale en 2011 ou la procédure de prise en charge des appels pour suspicion de fièvre à virus Ebola en 2014, qui ne n'apportent pas de nouveaux éléments pour cette étude.

Aucun texte de consensus, de recommandations ou d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ne traite de la PDSA.

J'ai eu des échanges avec un chargé de mission de l'ORUPACA (Observatoire Régional des Urgences PACA) en janvier 2014. La principale mission de cet organisme est le suivi de l'activité des services d'accueil des urgences, des SAMU et des SMUR. Les chiffres obtenus sortent du cadre de la thèse, mais m'ont permis d'effectuer quelques comparaisons sur la population étudiée.

J'ai effectué des recherches sur les thèses existantes à ce sujet à partir de sites comme WorldCat, SUDOC qui les recensent et je me suis rendu à la BU médecine de la faculté pour les consulter. Les mots clés utilisés ont été permanence de soins, maisons médicales, services d'urgences, garde libérale, SOS Médecins.

Au niveau national, plusieurs thèses ont été réalisées ces dernières années au sujet de la PDSA. La majorité fait un simple état des lieux de la PDSA, à un moment donné, dans un bassin de population donné et n'apporte que très peu d'éléments intéressants.

Quatre thèses ont attiré notre attention :

- la thèse de Piccato G. sur le MMG du CH de Fréjus-Saint-Raphaël en 2005
- la thèse de Gillardi J-P sur la place de SOS Médecins dans la PDSA du secteur Fréjus-Saint-Raphaël et l'évaluation de son activité en 2007
- la thèse de Fraimout N. sur l'étude des facteurs déterminant la non-participation des médecins généralistes cannois à la permanence des soins ambulatoires en 2010
- la thèse de Bocciolini L. sur l'évaluation de la maison médicale du pays de Grasse

Nous avons pu comparer leurs résultats aux notre et émis quelques hypothèses pour l'avenir.

B. Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de l'étude est la recherche des déterminants du choix de recours aux médecins généralistes, via les différents services de la Permanence De Soins Ambulatoires, dans les bassins cannois et grassois.

Les objectifs secondaires sont :

- la description de la population de patients ayant recours à la PDSA,
- la comparaison des populations consultant en maison médicale de garde ou ayant recours à une visite à domicile,
- la comparaison des populations ayant recours à la PDSA en nuit profonde ou sur le reste de la plage horaire,
- la discussion du coût des différents services de la PDSA.

C. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale, réalisée grâce à un questionnaire.

D. Population cible :

La population sélectionnée pour cette étude est l'ensemble des patients ayant recours à la PDSA dans les bassins cannois et grassois. Les patients ont été inclus de façon consécutive lors des gardes des médecins qui ont effectué la collecte des données.

Il a été décidé d'exclure d'office les patients dont le contexte médico-psychiatrique empêche de répondre aux questions : urgence vitale, ivresse aigue, affection psychiatrique altérant le jugement, refus de répondre aux questions.

E. Lieu de l'étude :

Cette étude a été réalisée dans les bassins Cannois et Grassois.

F. Période d'étude :

Le recueil des données a été effectué sur une période de 6 mois (du 18 janvier 2014 au 04 juillet 2014). La période choisie est étalée dans le temps pour des raisons d'homogénéité : nous avons voulu éviter les biais des vacances scolaires avec afflux de touristes et les périodes d'épidémies.

Nous avons privilégié les plages horaires en soirée et de nuit. Celles-ci, dont principalement la période de nuit profonde, pose problème lors de l'organisation de la PDSA. Les samedis après-midi et les dimanches ont été exclus du recueil.

Les jours de recueil ont été choisis en fonction de la disponibilité des médecins qui ont collecté les données. Plus d'une trentaine de gardes ont permis la collecte des données.

G. Le questionnaire :

Le questionnaire est composé de quatre parties, qui seront détaillées par la suite :

- la première partie évoque les généralités de la consultation (lieu, heure, ...)
- la seconde décrit le patient (âge, sexe, activité, ...)
- la troisième détaille la vision du patient sur la consultation (gravité perçue, durée d'apparition des symptômes, ...) : les questions sont posées directement aux patients durant la consultation par le médecin.

- la quatrième est divisée en deux : un volet médical (justification médicale, motif de consultation, ...) et un volet administratif (couverture sociale du patient, coût de la consultation, ...) : cette partie est remplie directement par le médecin durant ou en fin de consultation.

Les questions relatives aux patients sont posées par le médecin de garde durant la consultation ou la visite. Les questionnaires sont remplis anonymement par les médecins de garde.

1) **contenu du questionnaire** :

Le questionnaire est composé de 27 items :

- 7 items demandent une réponse numérique simple
- 13 items sont des questions fermées à choix multiples
- 7 items sont des questions ouvertes

Il est constitué de quatre parties :

A. Généralités

1. Date de consultation
2. Heure de consultation
3. La consultation est-elle régulée ? oui / non
4. Lieu :
 - maison médicale
 - réseau d'urgences à domicile
 - permanence de médecins généralistes installés

B. Le patient

5. Age
6. Sexe : H / F

7. Adresse du domicile
8. Distance par rapport aux urgences les plus proches (en km) : *cette distance a été calculée a posteriori. La valeur prise comme référence est celle de l'itinéraire conseillé par le site **maps.google.fr***

9. Activité : *item créé à partir de la définition de la population active de l'Insee.*
 - i. personne exerçant une activité professionnelle
 - ii. chômeur
 - iii. personne au foyer
 - iv. enfant ou étudiant
 - v. retraité ou rentier
 - vi. personne en incapacité de travailler

10. Autonomie :
 - i. personne autonome
 - ii. présence de personne(s) à charge : *pour les enfants et les personnes âgées*
 - iii. personne non autonome ou isolée socialement
 - iv. isolement géographique / pas de moyen de locomotion

C. La consultation vue par le patient : *cette partie a pour objectif d'évaluer l'état du patient au moment de la décision de recourir à la PDSA. Elle étudie le degré d'urgence perçu par le patient et la place de la consultation dans le parcours de soin.*

11. Depuis combien de temps sont apparus les symptômes ? (en heures)
12. Quel est le degré de gravité perçu de la situation par le patient au moment de l'appel ? de 0 à 10, mesurée à l'aide d'une Echelle Visuelle Analogique de « absence de douleur » à « douleur maximale imaginable »
13. Avez-vous consulté votre médecin traitant ? oui / non
14. Si « non », pourquoi ?
15. S'il n'y avait pas de médecin de nuit, seriez-vous allé aux urgences ? oui / non
16. Si « oui », par quel moyen de transport ? par vos propres moyens / par ambulance
17. Auriez-vous pu attendre le lendemain pour consulter un médecin ? oui / non
18. Si « non », pourquoi ?

D. La consultation vue par le médecin : *cette dernière partie recueille le point de vue du médecin avec notamment son ressenti sur la justification ou non de ce recours à la PDSA et l'explication de ce ressenti. Elle apporte également des détails d'ordre financier et administratif.*

19. La visite / consultation ... (plusieurs réponses possibles)
 - i. est justifiée pour le médecin
 - ii. débouche sur un traitement urgent : *traitement antalgique, antibiotiques, gestes techniques comme une suture, ...*
 - iii. aboutit à une hospitalisation ou un transfert SMUR
 - iv. n'est PAS justifiée dans le contexte de la PDSA
20. Justification

21. Motif de consultation
22. Diagnostic médical

23. Couverture sociale du patient :
 - i. régime obligatoire
 - ii. ALD
 - iii. AT
 - iv. Maternité
 - v. CMU-C
 - vi. AME
 - vii. Invalidité
 - viii. Hors Sécurité sociale

24. Coût total de la consultation (en euros)
25. Tiers payant ? oui / non
26. Si « oui », coût facturé (en euros)

27. Commentaire

2) validation du questionnaire :

Le questionnaire a été une première fois évalué à la cellule thèse du 24 octobre 2013.

Il a ensuite été testé sur quelques médecins et personnes de mon entourage, permettant d'améliorer la formulation des questions et la compréhension de celles-ci.

Une fois cela terminé, le questionnaire a été posé à une vingtaine de patients afin de confirmer que celui répond bien à la problématique posée. Une réunion avec le directeur de thèse a permis de le valider définitivement.

H. Recueil de données :

Le recueil a été effectué du 18/01/2014 au 04/07/2014, soit environ 6 mois.

Les questionnaires ont été remis en mains propres aux médecins de garde.

Les patients ont été inclus consécutivement, de façon anonyme.

Seuls les patients ne pouvant pas répondre ou ne le désirant n'ont pas été inclus.

Le recueil s'est déroulé dans deux maisons médicales : la MMG du CHU de Cannes et la MMG de la clinique du Palais à Grasse. 3 médecins généralistes ont permis ce recueil. Pour la MMG du CHU de Cannes, j'ai participé au remplissage des questionnaires en posant les questions aux patients en salle d'attente, pour faciliter le travail du médecin de garde. 18 gardes de 20h à minuit ont permis de recueillir 56 questionnaires. 2 patients n'ont pas été inclus, refusant de participer à l'étude, à la MMG de la clinique du Palais à Grasse.

Le recueil a également eu lieu dans le réseau d'urgences à domicile SOS médecins. 2 médecins généralistes ont participé à ce recueil. 15 gardes de 20h à 8h ont permis de recueillir 142 questionnaires. Tous les patients ont été inclus.

Au total, 198 questionnaires ont été recueillis : 142 dans les réseaux d'urgences à domicile (soit 71.7%), 56 dans les maisons médicales de garde (soit 28.3%) et 0 dans les permanences de médecins généralistes, qui n'existent plus dans les bassins Cannois et Grassois. 2 patients n'ont pas été inclus, refusant de participer à l'étude, à la MMG de la clinique du Palais à Grasse.

I. Analyses statistiques :

Pour cette étude, nous avons utilisé le logiciel Sphinx Plus² V5. Il a permis la réalisation et l'impression du questionnaire, la collecte et le contrôle des données, puis finalement le traitement et l'analyse de celles-ci.

Nous avons étudié l'ensemble des données recueillies par des tableaux simples descriptifs d'une part et des tableaux croisés ou de moyenne pour comparer les données entre elles d'autre part. Certains tableaux sont accompagnés de graphiques pour faciliter leur lecture.

Les réponses ouvertes ont été traitées en partie grâce au logiciel, le reste étant réalisé manuellement.

Pour les tableaux de comparaisons, seuls les résultats avec une différence statistique significative ont été pris en compte ($p < 0.05$).

Toutes les variables ont été comparées entre elles. Environ 270 tableaux ont été créés. Plus d'une cinquantaine sont revenus avec des résultats significatifs.

Résultats

A. Généralités :

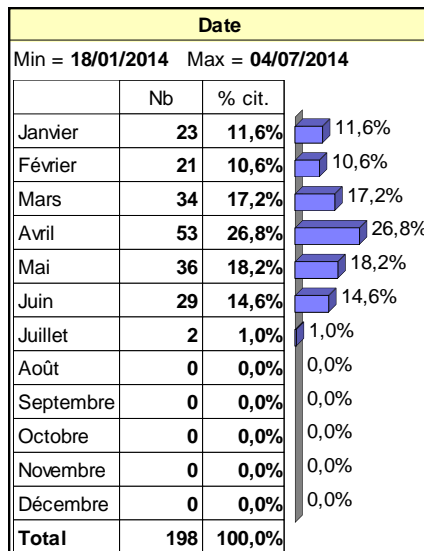
1) Date de consultation :

Tableau 1 : répartition des consultations par mois :

Le recueil de données a été étalé du 18 janvier au 4 juillet 2014.

On remarque un léger pic en avril dû notamment à une garde chargée en MMG (9 patients sur la garde contre environ 3 en moyenne).

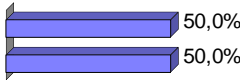
La moyenne de visites dans les RUD sur 15 gardes de 20h à 8h est de 9.5 visites par garde.



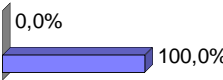
2) Heure de consultation :

Tableaux 2 : répartition des consultations dans la journée :

Heure		
[Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"		
Min = 00:10 Max = 23:50		
	Nb	% cit.
Nuit profonde	71	50,0%
20h à 8h	71	50,0%
Total	142	100,0%



Heure		
[Lieu :] = "Maison médicale"		
Min = 20:00 Max = 23:10		
	Nb	% cit.
Nuit profonde	0	0,0%
20h à minuit	56	100,0%
Total	56	100,0%



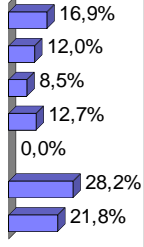
Pour les RUD, la moitié de l'activité se déroule en nuit profonde, de minuit à 8 heures.

Tableaux 3 : comparaison entre MMG et RUD :

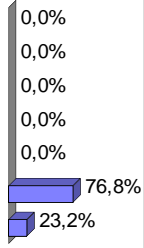
L'activité est continue toute la nuit dans les RUD.

Pour les MMG, les consultations s'arrêtant à minuit, la nuit profonde reste vierge. Par contre, nous pouvons remarquer que plus des 3/4 des consultations sont réalisées entre 20 et 22 heures (76.8%).

Heure		
[Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"		
Min = 00:10 Max = 23:50		
	Nb	% cit.
Du 00:00 au 02:00	24	16,9%
Du 02:00 au 04:00	17	12,0%
Du 04:00 au 06:00	12	8,5%
Du 06:00 au 08:00	18	12,7%
Du 08:00 au 20:00	0	0,0%
Du 20:00 au 22:00	40	28,2%
Du 22:00 au 23:59	31	21,8%
Total	142	100,0%



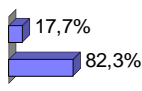
Heure		
[Lieu :] = "Maison médicale"		
Min = 20:00 Max = 23:10		
	Nb	% cit.
Du 00:00 au 02:00	0	0,0%
Du 02:00 au 04:00	0	0,0%
Du 04:00 au 06:00	0	0,0%
Du 06:00 au 08:00	0	0,0%
Du 08:00 au 20:00	0	0,0%
Du 20:00 au 22:00	43	76,8%
Du 22:00 au 23:59	13	23,2%
Total	56	100,0%



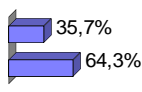
3) La consultation est-elle régulée ?

Tableaux 4 : Régulation des consultations. Comparaison entre MMG et RUD :

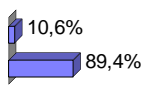
Cs régulée ?		
	Nb	% cit.
oui	35	17,7%
non	163	82,3%
Total	198	100,0%



Cs régulée ?		
[Lieu :] = "Maison médicale" ++		
	Nb	% cit.
oui	20	35,7%
non	36	64,3%
Total	56	100,0%



Cs régulée ?		
[Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"		
	Nb	% cit.
oui	15	10,6%
non	127	89,4%
Total	142	100,0%



Pour les MMG, il faut détailler entre les MMG publiques ou privées.

- Pour la MMG du CHU de Cannes, 1 consultation sur 11 a été régulée par le Centre 15 (soit 9.1%).

- Pour la MMG de la clinique du Palais, aucune consultation n'a été régulée par le centre 15, par contre 19 consultations sur 45 ont été régulées par le standard SOS médecins (soit 42.2%).

Pour les RUD, la régulation par le Centre 15 ne représente que 10.6% des visites. Les 89.4% restantes sont donc régulées par le standard de SOS médecins.

Au total, 8.1% des consultations ont été régulées par le Centre 15, 73.7% par un standard privé et donc 18.2% des consultations n'ont pas été régulées (uniquement dans les MMG).

4) Lieu de consultation :

Tableau 5 : Répartition des consultations en fonction du lieu où elle a été effectuée :

Lieu :		
	Nb	% cit.
Maison médicale	56	28,3%
Réseaux d'urgences à domicile	142	71,7%
Permanence de médecins généralistes installés	0	0,0%
Total	198	100,0%



28.3 % des consultations ont eu lieu dans les MMG, soit 56 consultations sur un total de 18 gardes. La moyenne de consultations par garde de 20h à minuit est donc de 3.11.

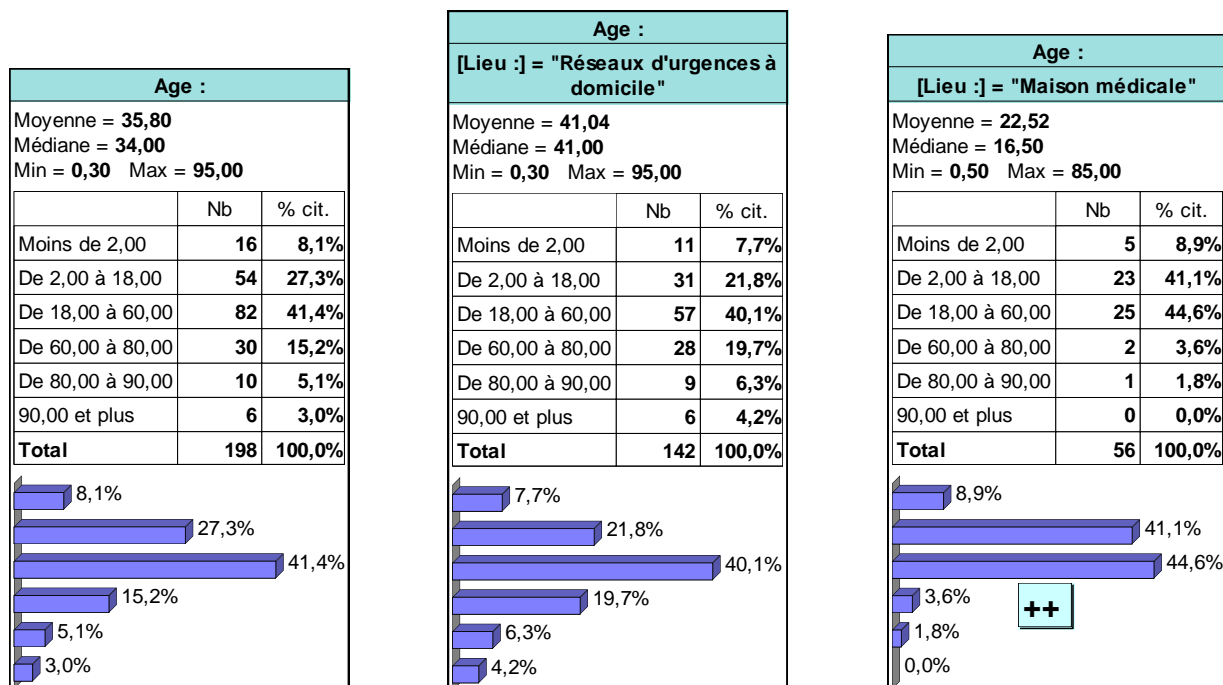
71.7 % des consultations ont eu lieu dans les RUD, soit 142 consultations sur un total de 15 gardes.

La moyenne de consultations par garde de 20h à 8h est donc de 9.47.

B. Le patient :

5) Age :

Tableaux 6 : Âge des patients, comparaison entre RUD et MMG :



L'âge moyen global des patients est d'environ 36 ans. On remarque une différence marquée entre les RUD, 41 ans de moyenne, et les MMG, 22.5 ans de moyenne.

En regardant dans le détail, on constate un fort taux de consultation de la population de 2 à 18 ans à la MMG et une quasi absence de la population après 60 ans.

Par contre, les visites en RUD correspondent globalement à la répartition de la population française selon l'Insee et le recensement de population de 2010 (33) (cf tableau ci-dessous).

Tableau 7 : Comparaison de répartition de population en fonction de l'âge entre l'étude et le recensement de population de l'Insee en 2010 en France Métropolitaine :

	Insee RP 2010	Etude	RUD	MMG
< 18 ans	21.9%	35.3%	29.7%	50%
De 18 à 60 ans	55.1%	41.4%	40.1%	44.6%
De 60 à 80 ans	17.6%	15.2%	19.7%	3.6%
De 80 à 90 ans	4.60%	5.1%	6.3%	1.8%
Plus de 90 ans	0.80%	3.0%	4.2%	0%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Tableau 8 : Tableau croisé Âge – heure de consultation :

Age / heure							
	Moins de 20,00	De 20,00 à 40,00	De 40,00 à 60,00	De 60,00 à 80,00	De 80,00 à 100,00	100,00 et plus	Total
Nuit Profonde	23,9%	15,5%	25,4%	23,9%	11,3%	0,0%	100,0%
20h - minuit	42,5%	25,2%	15,7%	10,2%	6,3%	0,0%	100,0%
Total	35,9%	21,7%	19,2%	15,2%	8,1%	0,0%	100,0%

p = 0,4% ; chi2 = 15,58 ; ddl = 4 (TS)

De manière significative, 23.9% des patients ayant consultés en nuit profonde sont âgés entre 60 et 80 ans. Cette tranche d'âge ne représente que 10.2% sur le reste de la plage horaire. De façon opposée, 42.5% des patients avant minuit avaient moins de 20 ans, contre 23.9% en nuit profonde.

Tableau 9 : Tableau croisé Âge – Lieu de consultation :

Age / Lieu							
	Moins de 2,00	De 2,00 à 18,00	De 18,00 à 60,00	De 60,00 à 80,00	De 80,00 à 90,00	90,00 et plus	Total
Maison médicale	8,9%	41,1%	44,6%	3,6%	1,8%	0,0%	100,0%
Réseaux d'urgences à domicile	7,7%	21,8%	40,1%	19,7%	6,3%	4,2%	100,0%
Permanence de médecins généralistes installés							100,0%
Total	8,1%	27,3%	41,4%	15,2%	5,1%	3,0%	100,0%

p = 0,5% ; chi2 = 16,64 ; ddl = 5 (TS)

Dans les MMG, plus de 40% des patients avaient entre 2 et 18 ans et seulement 5.4% avaient plus de 60 ans. Dans les RUD, moins de 30% des patients avaient moins de 18 ans et plus de 30% avaient plus de 60 ans.

Tableau 10 : Tableau croisé Âge – Activité :

Age / Activité							
	Moins de 2,00	De 2,00 à 18,00	De 18,00 à 60,00	De 60,00 à 80,00	De 80,00 à 90,00	90,00 et plus	Total
personne exerçant une activité professionnelle	0,0%	0,0%	93,9%	6,1%	0,0%	0,0%	100,0%
chômeur	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
personne au foyer	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
enfant ou étudiant	21,9%	74,0%	4,1%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
retraité ou rentier	0,0%	0,0%	0,0%	61,9%	23,8%	14,3%	100,0%
personne en incapacité de travailler	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	8,1%	27,3%	41,4%	15,2%	5,1%	3,0%	100,0%

p = <0,1% ; chi2 = 357,10 ; ddl = 25 (TS)

Sans surprise, l'âge et l'activité sont bien corrélés.

Tableaux 11 : Tableaux croisés Âge – Autonomie :

Age / Autonomie						
	Moins de 2,00	De 2,00 à 18,00	De 18,00 à 60,00	De 60,00 à 80,00	80,00 et plus	Total
personne autonome	0,0%	6,8%	66,7%	22,2%	4,3%	100,0%
présence de personne(s) à charge (pour la personne responsable si enfant)	25,0%	70,3%	3,1%	1,6%	0,0%	100,0%
personne non autonome ou isolée socialement	0,0%	0,0%	7,1%	21,4%	71,4%	100,0%
isolement géographique / pas de moyen de locomotion	0,0%	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	100,0%
Total	8,1%	27,3%	41,4%	15,2%	8,1%	100,0%

p = 0,0% ; chi2 = 235,07 ; ddl = 12 (TS)

Age / Autonomie										
	personne autonome		présence de personne(s) à charge (pour la personne responsable si enfant)		personne non autonome ou isolée socialement		isolement géographique / pas de moyen de locomotion		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Moins de 2,00	0	0,0%	16	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	16	100,0%
De 2,00 à 18,00	8	14,8%	45	83,3%	0	0,0%	1	1,9%	54	100,0%
De 18,00 à 60,00	78	95,1%	2	2,4%	1	1,2%	1	1,2%	82	100,0%
De 60,00 à 80,00	26	86,7%	1	3,3%	3	10,0%	0	0,0%	30	100,0%
80,00 et plus	5	31,3%	0	0,0%	10	62,5%	1	6,3%	16	100,0%
Total	117	59,1%	64	32,3%	14	7,1%	3	1,5%	198	100,0%

p = 0,0% ; chi2 = 235,07 ; ddl = 12 (TS)

L'autonomie est bien sûr en relation directe avec l'âge des patients.

Tableau 12 : Tableau croisé Âge – Gravité :

Age / Gravité								
	De 0 à 3		De 4 à 7		De 8 à 10		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Moins de 2,00	1	6,3%	13	81,3%	2	12,5%	16	100,0%
De 2,00 à 18,00	12	22,2%	35	64,8%	7	13,0%	54	100,0%
De 18,00 à 60,00	15	18,3%	44	53,7%	23	28,0%	82	100,0%
De 60,00 à 80,00	8	26,7%	9	30,0%	13	43,3%	30	100,0%
80,00 et plus	1	6,3%	7	43,8%	8	50,0%	16	100,0%
Total	37	18,7%	108	54,5%	53	26,8%	198	100,0%

p = 0,4% ; chi2 = 22,26 ; ddl = 8 (TS)

Pour les patients jusqu'à 18 ans, nous constatons un fort pic dans les gravités perçues moyennes, de 4 à 7.

Plus la population est âgée, plus la gravité perçue est élevée (50% de gravités élevées pour les plus de 80 ans).

Tableau 13 : Tableau croisé Âge – Avez-vous consulté votre médecin traitant ? :

Age / Cs MT						
	oui		non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Moins de 2,00	1	6,3%	15	93,8%	16	100,0%
De 2,00 à 18,00	2	3,7%	52	96,3%	54	100,0%
De 18,00 à 60,00	11	13,4%	71	86,6%	82	100,0%
De 60,00 à 80,00	3	10,0%	27	90,0%	30	100,0%
80,00 et plus	5	31,3%	11	68,8%	16	100,0%
Total	22	11,1%	176	88,9%	198	100,0%

p = 3,4% ; chi2 = 10,43 ; ddl = 4 (S)

Dans l'ensemble, environ 10% des patients avaient consultés leur médecin traitant avant d'avoir recours à la PDSA.

Cependant, pour les patients de plus de 80 ans, 31.3% avaient déjà consulté leur médecin traitant.

Tableau 14 : Tableau croisé Âge – Couverture Sociale :

Age / Couverture Sociale									
	régime obligatoire	ALD	AT	Maternité	CMUC	AME	Invalidité	Hors Sécu	Total
Moins de 2,00	75,0%	6,3%	0,0%	0,0%	18,8%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
De 2,00 à 18,00	74,1%	0,0%	0,0%	0,0%	25,9%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
De 18,00 à 60,00	76,8%	11,0%	1,2%	0,0%	8,5%	0,0%	2,4%	0,0%	100,0%
De 60,00 à 80,00	53,3%	23,3%	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	10,0%	10,0%	100,0%
80,00 et plus	43,8%	56,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	69,7%	13,1%	0,5%	0,0%	12,6%	0,0%	2,5%	1,5%	100,0%

p = <0,1% ; chi2 = 76,72 ; ddl = 20 (TS)

Voici la répartition des couvertures sociales en fonction de l'âge.

Tableaux 15 : Tableaux croisés Âge – La consultation est-elle justifiée médicalement ? :

Age / Autonomie						
	Moins de 2,00	De 2,00 à 18,00	De 18,00 à 60,00	De 60,00 à 80,00	80,00 et plus	Total
est justifiée pour le médecin	12	29	53	21	10	125
débouche sur un traitement urgent	4	16	26	10	5	61
aboutit à une hospitalisation ou transfert SMUR	0	0	4	2	3	9
n'est PAS justifiée dans le contexte de la PDSA	4	25	29	9	6	73
Total	20	70	112	42	24	268

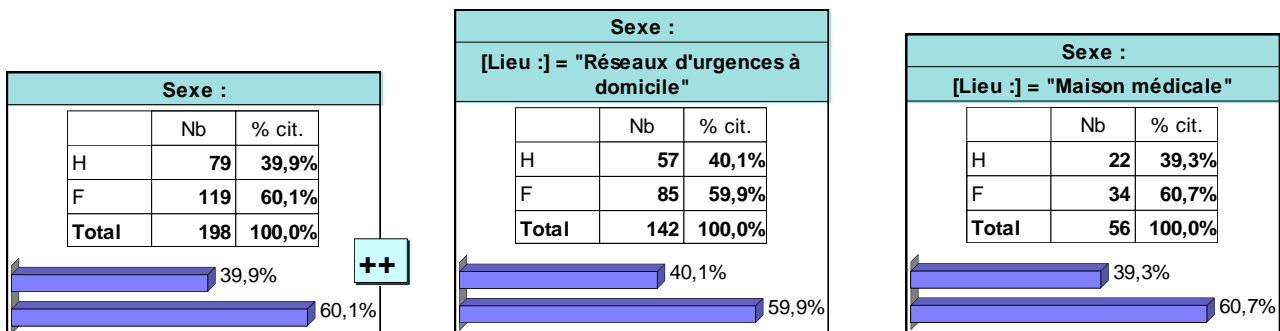
p = 32,2% ; chi2 = 13,68 ; ddl = 12 (NS)

	effectif	justifiée	%	traitement urgent	%	hospitalisation	%	NON justifiée	%
Moins de 2 ans	16	12	75	4	25	0	0	4	25
De 2 à 18 ans	54	29	54	16	30	0	0	25	46
De 18 à 60 ans	82	53	65	26	32	4	5	29	35
De 60 à 80 ans	30	21	70	10	33	2	7	9	30
Plus de 80 ans	16	10	63	5	31	3	19	6	38
TOTAL	198	125	63	61	31	9	5	73	37

Pas de différence significative entre l'âge des patients et la justification médicale des consultations.

Nous remarquons, tout de même, un taux d'hospitalisation plus élevé chez les patients plus âgés.

6) Sexe :

Tableaux 16 : Répartition des patients selon leur sexe et comparaison entre MMG et RUD :

Tout au long de l'étude et de façon homogène entre les RUD et les MMG, la population étudiée se répartie en 60% de femmes et 40% d'hommes.

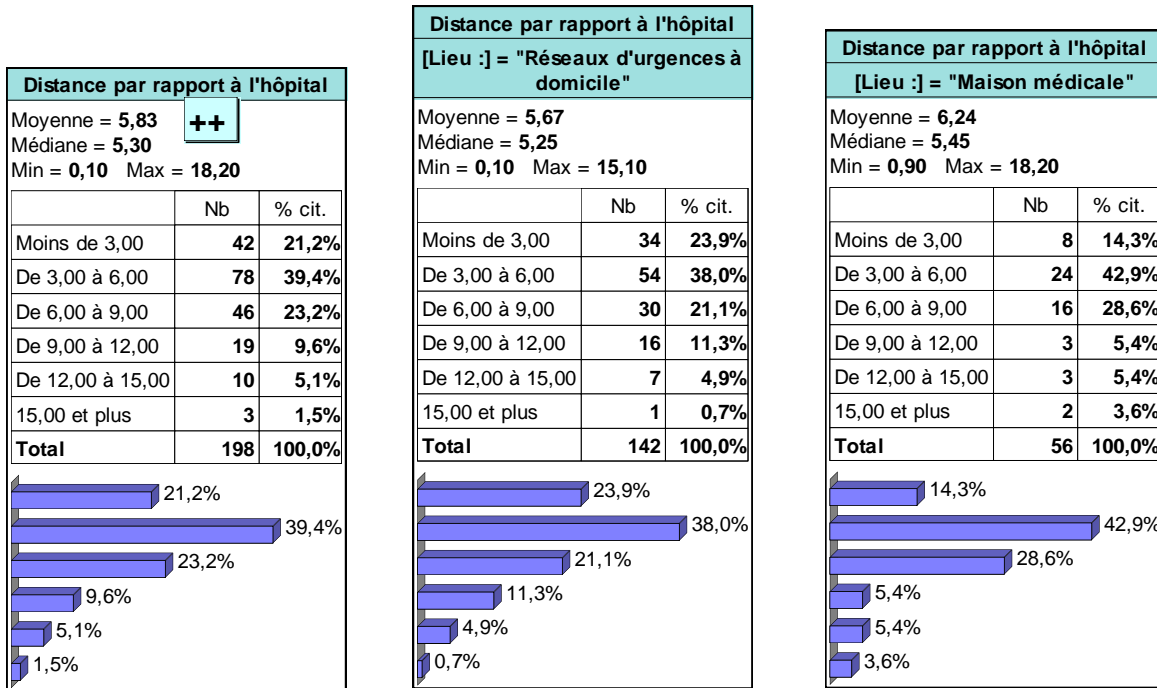
Il existe une différence importante avec les chiffres de l'Insee du recensement de population de 2010. Les femmes consultent plus que les hommes, que ce soit dans les MMG ou les RUD.

Tableau 17 : Comparaison de répartition de population en fonction du sexe entre l'étude et le recensement de population de l'Insee en 2010 en France Métropolitaine (33) :

	Insee RP 2010	Etude
Hommes	48.4%	39.9%
Femmes	51.6%	60.1%
TOTAL	100%	100%

7) et 8) Adresse du domicile et Distance par rapport aux urgences les plus proches :

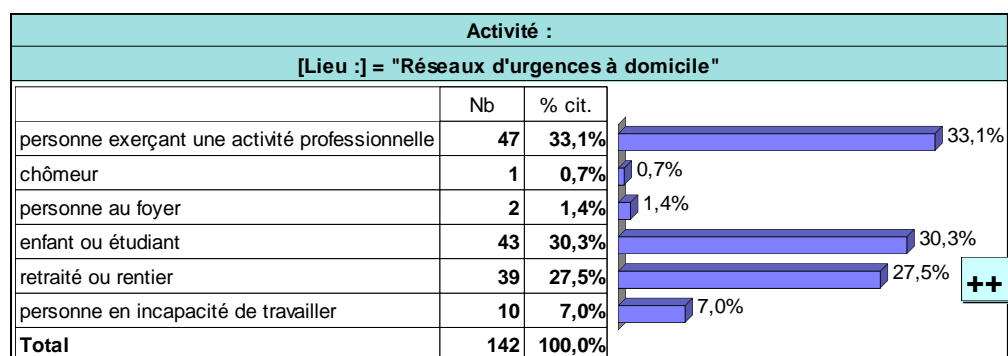
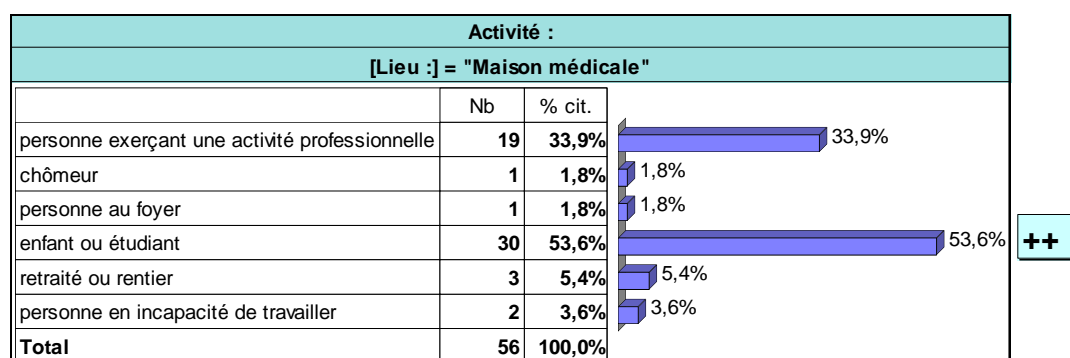
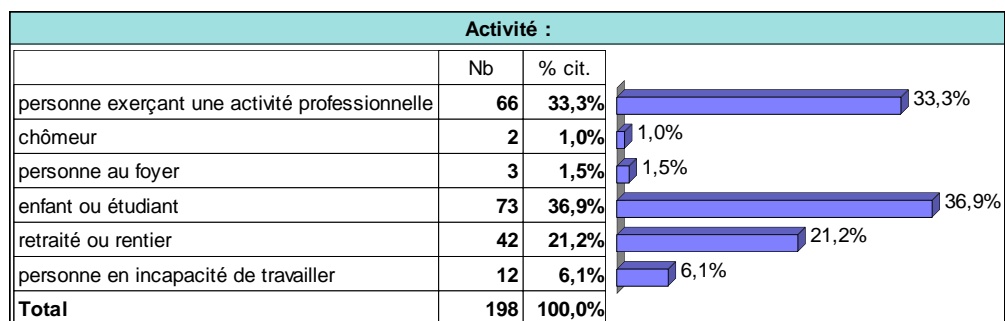
Tableaux 18 : Répartition des patients selon la distance qui sépare leur domicile des urgences les plus proches et comparaison entre MMG et RUD :



Sans franche différence entre les RUD et les MMG, les patients de l'étude se situent en moyenne à environ 6 km des urgences les plus proches. Seulement 16.2% des patients qui ont eu recours à la PDSA habitaient à plus de 9 km des urgences les plus proches.

9) Activité :

Tableaux 19 : Répartition de la population de l'étude en fonction de l'activité :



Selon l'Insee en 2012 (53), les actifs, de plus de 15 ans par définition, se divisent en deux catégories :

- Les actifs ayant un emploi, représentant 26.7 millions de personnes, soit 42.5% de la population générale et les actifs au chômage, représentant 3.7 millions de personnes, soit 5.9% de la population générale.

- Les inactifs sont composées des moins de 15 ans (10.1 millions, 16.1%), des étudiants (4.3 millions, 6.8%), des femmes ou hommes au foyer (2.1 millions, 3.3%), des retraités (13.8 millions, 22.0%), et autres inactifs (2.1 millions, 3.3%, par exemple 963000 personnes ont touchés l'Allocation Adulte Handicapé en 2012 (54)).

Tableau 20 : Comparaison entre les chiffres de l'Insee en 2012, ceux de l'étude et ceux des MMG et RUD :

	Insee 2012	Etude	MMG	RUD
Actifs ayant un emploi	42.5%	33.1%	33.9%	33.1%
Actifs au chômage	5.9%	1.1%	1.8%	0.7%
Personnes au foyer	3.3%	1.5%	1.8%	1.4%
Enfants ou étudiants	23.0%	36.9%	53.6%	30.3%
Retraités	22%	21.3%	5.4%	27.5%
Personnes en incapacité de travailler	3.3%	6.1%	3.5%	7.0%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Par rapport à la population générale française de 2012, il n'y a pas de grandes différences de répartitions.

La population active est légèrement moins représentée dans l'étude, alors que celle des enfants et étudiant ou les personnes en incapacité de travailler l'est un peu plus.

Si l'on compare les MMG et les RUD, on constate une part importante d'enfants et d'étudiants et peu de retraités dans les MMG.

Par contre, dans les RUD la population d'enfants et d'étudiants est plus proche de la moyenne nationale, mais la population de retraités est plus conséquente.

Tableaux 21 : Tableau croisé Activité – Autonomie :

activité / autonomie										
	personne autonome		présence de personne(s) à charge (pour la personne responsable si enfant)		personne non autonome ou isolée socialement		isolement géographique / pas de moyen de locomotion		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
personne exerçant une activité professionnelle	63	95,5%	1	1,5%	1	1,5%	1	1,5%	66	100,0%
chômeur	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%
personne au foyer	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
enfant ou étudiant	20	27,4%	52	71,2%	0	0,0%	1	1,4%	73	100,0%
retraité ou rentier	27	64,3%	1	2,4%	13	31,0%	1	2,4%	42	100,0%
personne en incapacité de travailler	12	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	100,0%
Total	126	63,6%	55	27,8%	14	7,1%	3	1,5%	198	100,0%

p = <0,1% ; chi2 = 151,77 ; ddl = 15 (TS)

Une corrélation naturelle existe entre activité et autonomie.

95.5% des actifs exerçant un emploi sont autonomes,

71.2% des enfants / étudiants sont à la charge d'une personne au foyer,

31% des retraités ne sont pas autonomes ou isolés socialement.

Tableau 22 : Tableau croisé Activité – Gravité perçue :

Gravité / activité								
	De 0 à 3		De 4 à 7		De 8 à 10		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
personne exerçant une activité professionnelle	12	18,2%	36	54,5%	18	27,3%	66	100,0%
chômeur	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	2	100,0%
personne au foyer	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	3	100,0%
enfant ou étudiant	14	19,2%	50	68,5%	9	12,3%	73	100,0%
retraité ou rentier	8	19,0%	14	33,3%	20	47,6%	42	100,0%
personne en incapacité de travailler	1	8,3%	5	41,7%	6	50,0%	12	100,0%
Total	37	18,7%	108	54,5%	53	26,8%	198	100,0%

p = 0,6% ; chi2 = 24,90 ; ddl = 10 (TS)

Nous retrouvons ici des gravités perçues plutôt moyennes pour les enfants et étudiants, et élevées pour les retraités ou rentiers (résultats identiques à la répartition en fonction de l'âge).

Gravité / activité								
[Lieu :] = "Maison médicale"								
	De 0 à 3		De 4 à 7		De 8 à 10		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
personne exerçant une activité professionnelle	7	36,8%	11	57,9%	1	5,3%	19	100,0%
chômeur	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
personne au foyer	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
enfant ou étudiant	11	36,7%	18	60,0%	1	3,3%	30	100,0%
retraité ou rentier	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0%	3	100,0%
personne en incapacité de travailler	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	2	100,0%
Total	23	41,1%	31	55,4%	2	3,6%	56	100,0%

p = 93,0% ; chi2 = 4,36 ; ddl = 10 (NS)

Gravité / activité								
[Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"								
	De 0 à 3		De 4 à 7		De 8 à 10		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
personne exerçant une activité professionnelle	5	10,6%	25	53,2%	17	36,2%	47	100,0%
chômeur	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
personne au foyer	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%
enfant ou étudiant	3	7,0%	32	74,4%	8	18,6%	43	100,0%
retraité ou rentier	6	15,4%	13	33,3%	20	51,3%	39	100,0%
personne en incapacité de travailler	0	0,0%	4	40,0%	6	60,0%	10	100,0%
Total	14	9,9%	77	54,2%	51	35,9%	142	100,0%

p = 3,3% ; chi2 = 19,64 ; ddl = 10 (S)

De façon significative dans les RUD, la gravité perçue par ou pour les enfants et étudiants est dans 3/4 des cas moyenne, comprise entre 4 et 7. Les gravités perçues élevées tombent alors à 18.6%.

De façon opposée, pour la population des retraités, plus de la moitié des consultations ont été déclenchées par gravité perçue élevée, comprise entre 8 et 10.

Le résultat n'est pas significatif dans les MMG du fait du faible effectif de patients retraités ayant consultés.

Tableau 23 : Tableau croisé Activité – Avez-vous consulté votre médecin traitant ? :

activité / consultation MT						
	oui		non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
personne exerçant une activité professionnelle	5	7,6%	61	92,4%	66	100,0%
chômeur	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
personne au foyer	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%
enfant ou étudiant	3	4,1%	70	95,9%	73	100,0%
retraité ou rentier	8	19,0%	34	81,0%	42	100,0%
personne en incapacité de travailler	4	33,3%	8	66,7%	12	100,0%
Total	22	11,1%	176	88,9%	198	100,0%

p = 0,3% ; chi2 = 17,70 ; ddl = 5 (TS)

Plus de 90% des actifs ayant un emploi ou des enfants / étudiants n'avaient pas consulté leur médecin traitant avant d'avoir recours à la PDSA.

50% des chômeurs, 33% des personnes au foyer, 20% des retraités et 33% des personnes en incapacité de travailler avaient déjà consulté leur médecin traitant.

Tableaux 24 : Tableau croisé Activité – La consultation est-elle justifiée médicalement ? :

activité / Justification médicale							
	personne exerçant une activité professionnelle	chômeur	personne au foyer	enfant ou étudiant	retraité ou rentier	personne en incapacité de travailler	Total
est justifiée pour le médecin	41	1	2	44	28	9	125
débouche sur un traitement urgent	25	0	0	21	13	2	61
aboutit à une hospitalisation ou transfert SMUR	4	1	0	0	3	1	9
n'est PAS justifiée dans le contexte de la PDSA	25	1	1	29	14	3	73

	effectif	justifiée	%	traitement urgent	%	hospitalisation	%	NON justifiée	%
personne exerçant une activité professionnelle	66	41	62	25	38	4	6	25	38
chômeur	2	1	50	0	0	1	50	1	50
personne au foyer	3	2	67	0	0	0	0	1	33
enfant ou étudiant	73	44	60	21	29	0	0	29	40
retraité ou rentier	42	28	67	13	31	3	7	14	33
personne en incapacité de travailler	12	9	75	2	17	1	8	3	25
TOTAL	198	125	63	61	31	9	5	73	37

Il n'existe pas de différence significative entre l'activité de la population étudiée et la justification médicale des consultations.

Tableau 25 : Tableau croisé Activité – Couverture sociale :

activité / couverture sociale									
	régime obligatoire	ALD	AT	Maternité	CMUC	AME	Invalidité	Hors Sécu	Total
personne exerçant une activité professionnelle	87,9%	4,5%	0,0%	0,0%	6,1%	0,0%	0,0%	1,5%	100,0%
chômeur	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
personne au foyer	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
enfant ou étudiant	75,3%	1,4%	0,0%	0,0%	23,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
retraité ou rentier	50,0%	35,7%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	7,1%	4,8%	100,0%
personne en incapacité de travailler	8,3%	58,3%	8,3%	0,0%	8,3%	0,0%	16,7%	0,0%	100,0%
Total	69,7%	13,1%	0,5%	0,0%	12,6%	0,0%	2,5%	1,5%	100,0%

p = <0,1% ; chi2 = 116,31 ; ddl = 25 (TS)

Répartition de la couverture sociale en fonction de l'activité des patients.

10) Autonomie :

Tableaux 26 : Répartition de la population de l'étude en fonction de l'autonomie :

Autonomie :		
	Nb	% cit.
personne autonome	126	63,6%
présence de personne(s) à charge (pour la personne responsable si enfant)	55	27,8%
personne non autonome ou isolée socialement	14	7,1%
isolement géographique / pas de moyen de locomotion	3	1,5%
Total	198	100,0%

Autonomie :		
[Lieu :] = "Maison médicale"		
	Nb	% cit.
personne autonome	29	51,8%
présence de personne(s) à charge (pour la personne responsable si enfant)	27	48,2%
personne non autonome ou isolée socialement	0	0,0%
isolement géographique / pas de moyen de locomotion	0	0,0%
Total	56	100,0%

Autonomie :		
[Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"		
	Nb	% cit.
personne autonome	97	68,3%
présence de personne(s) à charge (pour la personne responsable si enfant)	28	19,7%
personne non autonome ou isolée socialement	14	9,9%
isolement géographique / pas de moyen de locomotion	3	2,1%
Total	142	100,0%

Dans la population étudiée, un peu moins de 2/3 des patients interrogés (63.6%) sont autonomes. Pour 27.8% d'entre eux, il existe une personne à charge, 7.1% sont non autonomes ou isolés socialement et 1.5% sont isolés géographiquement ou ne disposent pas de moyen de transport.

La comparaison entre les MMG et les RUD montre un fort afflux de patients avec personnes à charge (notamment les enfants) à la MMG et une absence totale de personnes non autonomes ou isolées socialement ou géographiquement. De façon contraire, on retrouve plus de 10% de patients non autonomes dans les RUD. La proportion des personnes autonomes est plus élevée dans les RUD.

Tableau 27 : Tableau croisé Autonomie – Durée des symptômes :

autonomie / durée des symptômes				
[Lieu :] = "Maison médicale"				
	Moins de 24 heures	Entre 24 et 72 heures	Plus de 72 heures	Total
personne autonome	34,5%	31,0%	34,5%	100,0%
présence de personne(s) à charge (pour la personne responsable si enfant)	55,6%	37,0%	7,4%	100,0%
personne non autonome ou isolée socialement				100,0%
isolement géographique / pas de moyen de locomotion				100,0%
Total	44,6%	33,9%	21,4%	100,0%

p = 4,2% ; chi2 = 6,32 ; ddl = 2 (S)

Il n'y a pas de différence significative globale sur l'étude.

Par contre, si l'on prend le cas particulier des MMG, nous remarquons que si le patient a une personne à charge, seulement 7.4 % attendent plus de 72 heures avant de consulter, contre 34.5% pour les personnes autonomes.

Tableau 28 : Tableau croisé Autonomie – Gravité perçue ? :

Gravité / autonomie								
	De 0 à 3		De 4 à 7		De 8 à 10		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
personne autonome	23	18,3%	65	51,6%	38	30,2%	126	100,0%
présence de personne(s) à charge (pour la personne responsable si enfant)	12	21,8%	37	67,3%	6	10,9%	55	100,0%
personne non autonome ou isolée socialement	2	14,3%	3	21,4%	9	64,3%	14	100,0%
isolement géographique / pas de moyen de locomotion	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%
Total	37	18,7%	108	54,5%	53	26,8%	198	100,0%

p = 0,2% ; chi2 = 20,67 ; ddl = 6 (TS)

Gravité / autonomie								
[Lieu :] = "Maison médicale"								
	De 0 à 3		De 4 à 7		De 8 à 10		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
personne autonome	13	44,8%	15	51,7%	1	3,4%	29	100,0%
présence de personne(s) à charge (pour la personne responsable si enfant)	10	37,0%	16	59,3%	1	3,7%	27	100,0%
personne non autonome ou isolée socialement	0		0		0		0	100,0%
isolement géographique / pas de moyen de locomotion	0		0		0		0	100,0%
Total	23	41,1%	31	55,4%	2	3,6%	56	100,0%

p = 83,8% ; chi2 = 0,35 ; ddl = 2 (NS)

Gravité / autonomie								
[Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"								
	De 0 à 3		De 4 à 7		De 8 à 10		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
personne autonome	10	10,3%	50	51,5%	37	38,1%	97	100,0%
présence de personne(s) à charge (pour la personne responsable si enfant)	2	7,1%	21	75,0%	5	17,9%	28	100,0%
personne non autonome ou isolée socialement	2	14,3%	3	21,4%	9	64,3%	14	100,0%
isolement géographique / pas de moyen de locomotion	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%
Total	14	9,9%	77	54,2%	51	35,9%	142	100,0%

p = 3,0% ; chi2 = 13,99 ; ddl = 6 (S)

De façon significative dans les RUD, les patients ayant une personne à charge consultent dans 3/4 des cas avec une gravité perçue moyenne, comprise entre 4 et 7. Les gravité perçues élevées sont peu fréquentes (17.9%).

De façon opposée, les personnes non autonomes ou isolées socialement ont recours à la PDSA dans environ 2/3 des cas (64.3%) pour des gravités perçues élevées, comprises entre 8 et 10.

Ces chiffres confirment ceux de l'âge et de l'activité.

Tableau 29 : Tableau croisé Autonomie – Avez-vous consulté votre médecin traitant ? :

autonomie / consultation MT						
	oui		non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
personne autonome	16	12,7%	110	87,3%	126	100,0%
présence de personne(s) à charge (pour la personne responsable si enfant)	2	3,6%	53	96,4%	55	100,0%
personne non autonome ou isolée socialement	4	28,6%	10	71,4%	14	100,0%
isolement géographique / pas de moyen de locomotion	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%
Total	22	11,1%	176	88,9%	198	100,0%

p = 4,3% ; chi2 = 8,13 ; ddl = 3 (S)

Dans ce tableau, nous constatons que plus de 90% des patients autonomes ou ayant une personne à charge n'ont pas vu leur médecin traitant avant d'avoir recours à la PDSA.

Valable uniquement dans les RUD, 28.6% des patients non autonomes ou isolés socialement avait déjà consulté leur médecin traitant.

Tableaux 30 : Tableau croisé Autonomie – La consultation est-elle justifiée médicalement ? :

autonomie / Justification médicale					
	est justifiée pour le médecin	débouche sur un traitement urgent	aboutit à une hospitalisation ou transfert SMUR	n'est PAS justifiée dans le contexte de la PDSA	Total
personne autonome	81	40	6	45	172
présence de personne(s) à charge (pour la personne responsable si enfant)	33	17	0	22	72
personne non autonome ou isolée socialement	9	4	3	5	21
isolement géographique / pas de moyen de locomotion	2	0	0	1	3

	effectif	justifié	%	traitement urgent	%	hospitalisation	%	NON justifiée	%
personne autonome	126	81	64	40	32	6	5	45	36
présence de pers. à charge	55	33	60	17	31	0	0	22	40
personne non autonome ou isolée socialement	14	9	64	4	29	3	21	5	36
isolement géo. / pas de moyen de locomotion	3	2	67	0	0	0	0	1	33
TOTAL	198	125	63	61	31	9	5	73	37

La justification médicale des consultations dans le cadre de la PDSA n'est pas modifiée en fonction de l'autonomie des patients.

Tableau 31 : Tableau croisé Autonomie – Couverture sociale :

autonomie / couverture sociale										
	régime obligatoire	ALD	AT	Maternité	CMUC	AME	Invalité	Hors Sécu	Total	
personne autonome	72,2%	13,5%	0,8%	0,0%	8,7%	0,0%	3,2%	1,6%	100,0%	
présence de personne(s) à charge (pour la personne responsable si enfant)	70,9%	3,6%	0,0%	0,0%	25,5%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
personne non autonome ou isolée socialement	35,7%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%	7,1%	100,0%	
isolement géographique / pas de moyen de locomotion	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
Total	69,7%	13,1%	0,5%	0,0%	12,6%	0,0%	2,5%	1,5%	100,0%	

p = <0,1% ; chi2 = 39,58 ; ddl = 15 (TS)

Sans grande surprise, nous constatons ici que les patients non autonomes ou isolés socialement sont à 50% en Affection Longue Durée.

Pour les patients ayant une personne en charge (soit principalement des enfants), 70.9% sont au régime obligatoire, 25.5% ont la CMU-C et seulement 3.6% sont en ALD.

C. La consultation vue par le patient :

11) Depuis combien de temps sont apparus les symptômes ?

Tableaux 32 : Répartition de la population de l'étude en fonction du délai entre l'apparition des symptômes et la consultation :

Durée des symptômes (heures)		
Moyenne = 72,12 Médiane = 13,50 Min = 0 Max = 2 160		
	Nb	% cit.
Moins de 24 heures	101	51,0%
Entre 24 et 72 heures	70	35,4%
Plus de 72 heures	27	13,6%
Total	198	100,0%

Durée des symptômes (heures) [Lieu :] = "Maison médicale"		
Moyenne = 97,68 Médiane = 24,00 Min = 0 Max = 1 440		
	Nb	% cit.
Moins de 24 heures	25	44,6%
Entre 24 et 72 heures	19	33,9%
Plus de 72 heures	12	21,4%
Total	56	100,0%

Durée des symptômes (heures) [Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"		
Moyenne = 62,04 Médiane = 12,00 Min = 1 Max = 2 160		
	Nb	% cit.
Moins de 24 heures	76	53,5%
Entre 24 et 72 heures	51	35,9%
Plus de 72 heures	15	10,6%
Total	142	100,0%

La médiane de la durée des symptômes est de 24 heures pour les MMG et 12 heures pour les RUD.

Tableaux 33 : Tableau croisé Durée d'apparition des symptômes – Avez-vous consulté votre médecin traitant ? :

durée des symptômes / consultation MT								
	Moins de 24 heures		Entre 24 et 72 heures		Plus de 72 heures		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
oui	3	13,6%	8	36,4%	11	50,0%	22	100,0%
non	98	55,7%	62	35,2%	16	9,1%	176	100,0%
Total	101	51,0%	70	35,4%	27	13,6%	198	100,0%

p = <0,1% ; chi2 = 30,78 ; ddl = 2 (TS)

Tableau inversé :

durée des symptômes / consultation MT						
	oui		non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Moins de 24 heures	3	3,0%	98	97,0%	101	100,0%
Entre 24 et 72 heures	8	11,4%	62	88,6%	70	100,0%
Plus de 72 heures	11	40,7%	16	59,3%	27	100,0%
Total	22	11,1%	176	88,9%	198	100,0%

p = <0,1% ; chi2 = 30,78 ; ddl = 2 (TS)

Plus la durée entre l'apparition des symptômes et le recours à la PDSA est élevée, plus le taux de patients ayant consulté leur médecin traitant augmente.

Si la durée des symptômes est inférieure à 24 heures, seulement 3% des patients ont consulté leur médecin traitant.

Pour une durée supérieure à 72 heures, plus de 40% des patients interrogés avaient déjà vu leur médecin traitant avant d'avoir recours à la PDSA.

Tableaux 34 : Tableau croisé Durée d'apparition des symptômes – Seriez-vous allé aux urgences ? :

durée des symptômes / aller aux URG						
	oui		non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Moins de 24 heures	58	57,4%	43	42,6%	101	100,0%
Entre 24 et 72 heures	27	38,6%	43	61,4%	70	100,0%
Plus de 72 heures	10	37,0%	17	63,0%	27	100,0%
Total	95	48,0%	103	52,0%	198	100,0%

p = 2,5% ; chi2 = 7,39 ; ddl = 2 (S)

Nous constatons ici que plus les patients ont eu recours rapidement à la PDSA, plus ils seraient allés aux urgences en cas d'absence de médecins effecteurs.

57.4% seraient allés aux urgences si la durée des symptômes est inférieure à 24 heures. Ce chiffre tombe à 38.1% après 24 heures.

Tableaux 35 : Tableau croisé Durée des symptômes – La consultation est-elle justifiée médicalement ? :

durée des symptômes / Justification médicale				
	Moins de 24 heures	Entre 24 et 72 heures	Plus de 72 heures	Total
est justifiée pour le médecin	81	36	8	125
débouche sur un traitement urgent	43	15	3	61
aboutit à une hospitalisation ou transfert SMUR	4	4	1	9
n'est PAS justifiée dans le contexte de la PDSA	20	34	19	73

	effectif	justifiée	%	traitement urgent	%	hospitalisation	%	NON justifiée	%
Moins de 24h	101	81	80	43	43	4	4	20	20
Entre 24 et 72 heures	70	36	51	15	21	4	6	34	47
Plus de 72 heures	27	8	30	3	11	1	4	19	70
TOTAL	198	125	63	61	31	9	5	73	37

Pour les patients qui ont recours à la PDSA après moins de 24 heures de symptômes, la consultation est justifiée médicalement dans 80% et aboutit sur un traitement urgent dans 43% des cas.

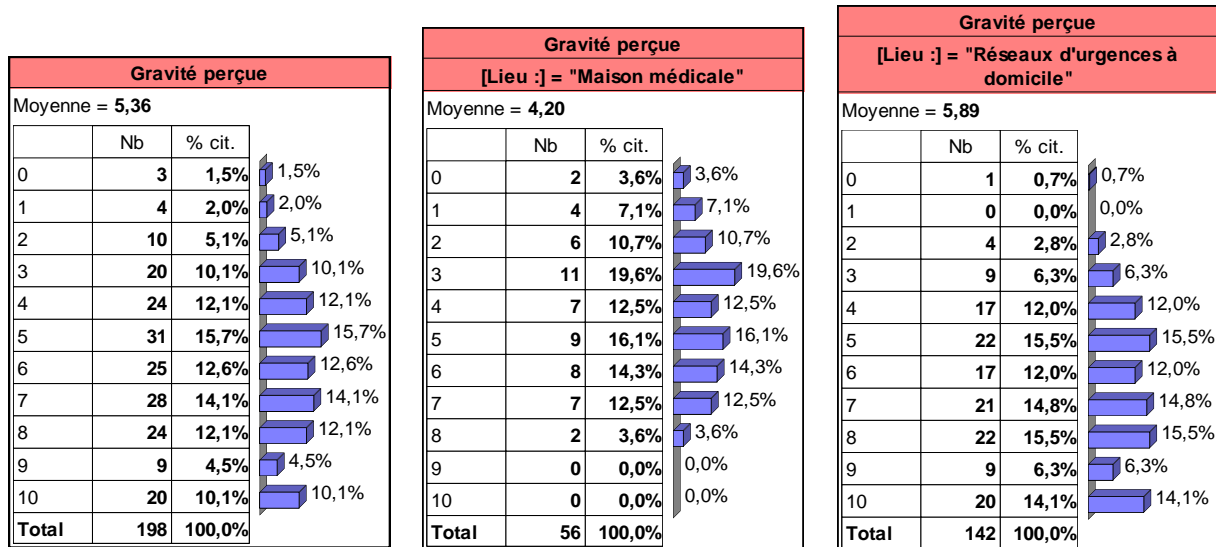
Pour une durée de symptômes entre 24 et 72 heures, 51% de consultations justifiées et 21% de traitements urgents.

Et finalement, pour une durée de symptômes supérieure à 72 heures, seulement 30% des consultations sont médicalement justifiées et 11% de traitements urgents.

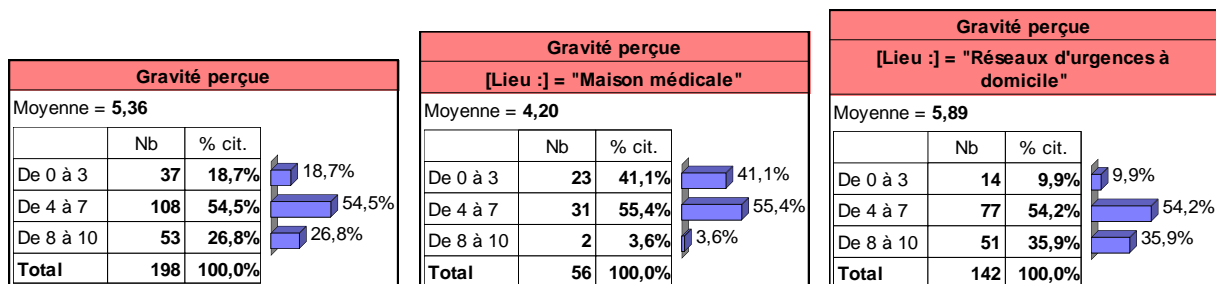
Le taux d'hospitalisation ne semble pas modifié par la durée des symptômes.

12) Quel est le degré perçu de gravité perçue par le patient au moment de l'appel ?

Tableaux 36 : Répartition de la population de l'étude en fonction de la durée d'apparition des symptômes :



La moyenne de gravité perçue au moment de la décision du recours à la PDSA est de 4.20 dans les MMG et 5.89 dans les RUD. Dans le détail la gravité perçue moyenne est de 3.84 à la MMG de la clinique du Palais et 5.64 à la MMG du CHU de Cannes.



On remarque un déplacement de la courbe vers les gravités perçues faibles et moyennes, avec une quasi absence de gravité perçue de 8 à 10 dans les MMG (3.6%).

De façon opposée, dans les RUD, la courbe se situe vers les gravités perçues moyennes et fortes, avec un fort taux de gravités perçues entre 8 et 10 (35.9%).

Tableaux 37 : Tableaux croisés Gravité perçue – Date (jour de la semaine) :

Moy gravité / jour de semaine		
	Gravité perçue	
	Moyenne	Effectif
Lundi	5,26	34
Mardi	4,43	28
Mercredi	5,45	31
Jeudi	4,38	13
Vendredi	5,55	22
Samedi	6,08	25
Dimanche	6,04	25
Total	5,36	178

p = 3,0% ; F = 2,39 (S)

Moy gravité / jour de semaine [Lieu :] = "Maison médicale"		
	Gravité perçue	
	Moyenne	Effectif
Lundi	5,38	16
Mardi	3,00	13
Mercredi	4,60	15
Jeudi	0,50	2
Vendredi	3,67	6
Samedi		0
Dimanche	4,50	4
Total	4,20	56

p = 0,2% ; F = 4,43 (TS)

Moy gravité / jour de semaine [Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"		
	Gravité perçue	
	Moyenne	Effectif
Lundi	5,17	18
Mardi	5,67	15
Mercredi	6,25	16
Jeudi	5,09	11
Vendredi	6,25	16
Samedi	6,08	25
Dimanche	6,33	21
Total	5,89	122

p = 32,9% ; F = 1,17 (NS)

De façon significative à la MMG, la gravité perçue moyenne a été plus élevée (5.38) le lundi et plus faible le mardi (3.00) que les autres jours de la semaine.

Par contre dans les RUD, la gravité perçue moyenne est homogène.

Tableaux 38 : Tableau croisé Gravité perçue – Sexe :

Moy gravité / sexe		
	Gravité perçue	
H	4,99	H 4,99
F	5,62	F 5,62
Total	5,36	Total 5,36

p = 4,9% ; F = 3,84 (S)

La gravité perçue est en moyenne supérieure chez les femmes interrogées. Cette différence est due à l'écart significatif dans les RUD.

Tableau 39 : Tableau de moyenne Gravité perçue – Avez-vous consulté votre médecin traitant ? :

Moy gravité / cs MT	
	Gravité perçue
oui	6,24
non	5,24
Total	5,36
p = 4,2% ; F = 4,10 (S)	

La gravité perçue lors du recours à la PDSA est en moyenne plus élevée lorsque le patient a déjà consulté son médecin traitant.

Tableaux 40 : Tableaux croisés et de moyenne Gravité perçue – Seriez-vous allé aux urgences s'il n'y avait pas de médecin de garde ? :

Gravité / URG						
	oui		non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
De 0 à 3	8	21,6%	29	78,4%	37	100,0%
De 4 à 7	58	53,7%	50	46,3%	108	100,0%
De 8 à 10	29	54,7%	24	45,3%	53	100,0%
Total	95	48,0%	103	52,0%	198	100,0%
p = 0,2% ; chi2 = 12,68 ; ddl = 2 (TS)						

Gravité / URG						
[Lieu :] = "Maison médicale"						
	oui		non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
De 0 à 3	6	26,1%	17	73,9%	23	100,0%
De 4 à 7	23	74,2%	8	25,8%	31	100,0%
De 8 à 10	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
Total	30	53,6%	26	46,4%	56	100,0%
p = 0,2% ; chi2 = 12,30 ; ddl = 2 (TS)						

Moy gravité / URG	
	Gravité perçue
oui	5,98
non	4,80
Total	5,36
p = <0,1% ; F = 14,63 (TS)	

Gravité / URG						
[Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"						
	oui		non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
De 0 à 3	2	14,3%	12	85,7%	14	100,0%
De 4 à 7	35	45,5%	42	54,5%	77	100,0%
De 8 à 10	28	54,9%	23	45,1%	51	100,0%
Total	65	45,8%	77	54,2%	142	100,0%
p = 2,6% ; chi2 = 7,31 ; ddl = 2 (S)						

De façon significative dans les MMG et les RUD, environ 80% des patients ayant ressentis une gravité faible, comprise entre 0 et 3, ne seraient pas allés aux urgences.

Pour les gravités perçues moyenne et élevée, 50% des patients seraient allés aux urgences.

Tableaux 41 : Tableaux croisés et de moyenne Gravité perçue – Auriez-vous pu attendre le lendemain ?

:

Gravité / attendre le lendemain						
	oui		non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
De 0 à 3	23	62,2%	14	37,8%	37	100,0%
De 4 à 7	28	25,9%	80	74,1%	108	100,0%
De 8 à 10	2	3,8%	51	96,2%	53	100,0%
Total	53	26,8%	145	73,2%	198	100,0%

p = <0,1% ; chi2 = 37,98 ; ddl = 2 (TS)

Gravité / attendre le lendemain						
[Lieu :] = "Maison médicale"						
	oui		non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
De 0 à 3	15	65,2%	8	34,8%	23	100,0%
De 4 à 7	9	29,0%	22	71,0%	31	100,0%
De 8 à 10	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%
Total	24	42,9%	32	57,1%	56	100,0%

p = 1,3% ; chi2 = 8,62 ; ddl = 2 (S)

Moy gravité / lendemain	
	Gravité perçue
oui	4,00
non	5,94
Total	5,36

p = <0,1% ; F = 36,78 (TS)

Gravité / attendre le lendemain						
[Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"						
	oui		non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
De 0 à 3	8	57,1%	6	42,9%	14	100,0%
De 4 à 7	19	24,7%	58	75,3%	77	100,0%
De 8 à 10	2	3,9%	49	96,1%	51	100,0%
Total	29	20,4%	113	79,6%	142	100,0%

p = <0,1% ; chi2 = 21,02 ; ddl = 2 (TS)

De façon significative dans les MMG et les RUD, plus de 60% des patients avec une gravité perçue faible auraient pu attendre le lendemain pour consulter.

Ce taux tombe à 25.9% si la gravité perçue est moyenne et 3.8% si la gravité perçue est élevée.

De la même façon, la gravité perçue moyenne est significativement plus basse pour les patients qui auraient pu attendre le lendemain pour consulter.

Tableaux 42 : Tableaux croisés Gravité perçue – La consultation est-elle justifiée médicalement ? :

Gravité / Justification médicale					
	est justifiée pour le médecin	débouche sur un traitement urgent	aboutit à une hospitalisation ou transfert SMUR	n'est PAS justifiée dans le contexte de la PDSA	Total
De 0 à 3	15	7	0	22	44
De 4 à 7	67	33	2	41	143
De 8 à 10	43	21	7	10	81

p = <0,1% ; chi2 = 28,40 ; ddl = 6 (TS)

	effectif	justifiée	%	traitement urgent	%	hospitalisation	%	NON justifiée	%
Gravité de 0 à 3	37	15	41	7	19	0	0	22	60
De 4 à 7	108	67	62	33	31	2	2	41	38
De 8 à 10	53	43	81	21	40	7	13	10	19
TOTAL	198	125	63	61	31	9	5	73	37

Les consultations, déclenchées par une gravité perçue faible, ont été médicalement justifiées dans 41% des cas, ont débouché sur 19% de traitements urgents et 0% d'hospitalisation.

Pour les gravités perçues moyennes, nous retrouvons 62% de consultations médicalement justifiées, 31% de traitements urgents et 2% d'hospitalisations.

Finalement, pour les gravités perçues élevées, les consultations sont médicalement justifiées dans 81% des cas, débouchent sur 40% de traitements urgents et sont suivies de 13% d'hospitalisations.

Tableaux 43 : Tableaux croisés Gravité perçue – Couverture sociale :

Gravité perçue / couverture sociale								
	De 0 à 3		De 4 à 7		De 8 à 10		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
régime obligatoire	25	18,1%	77	55,8%	36	26,1%	138	100,0%
ALD	4	15,4%	14	53,8%	8	30,8%	26	100,0%
AT	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Maternité	0		0		0		0	100,0%
CMUC	6	24,0%	16	64,0%	3	12,0%	25	100,0%
AME	0		0		0		0	100,0%
invalidité	0	0,0%	1	20,0%	4	80,0%	5	100,0%
Hors Sécu	1	33,3%	0	0,0%	2	66,7%	3	100,0%
Total	37	18,7%	108	54,5%	53	26,8%	198	100,0%

p = 4,5% ; chi2 = 18,66 ; ddl = 10 (S)

Moy gravité / régime social	
	Gravité perçue
régime obligatoire	5,34
ALD	6,15
AT	3,00
Maternité	
CMUC	4,70
AME	
Invalidité	7,00
Hors Sécu	0,00
Total	5,36

p = 0,9% ; F = 3,21 (TS)

Gravité perçue / couverture sociale								
[Lieu :] = "Maison médicale"								
	De 0 à 3		De 4 à 7		De 8 à 10		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
régime obligatoire	16	35,6%	27	60,0%	2	4,4%	45	100,0%
ALD	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
AT	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Maternité	0		0		0		0	100,0%
CMUC	6	75,0%	2	25,0%	0	0,0%	8	100,0%
AME	0		0		0		0	100,0%
invalidité	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
Hors Sécu	0		0		0		0	100,0%
Total	23	41,1%	31	55,4%	2	3,6%	56	100,0%

p = 48,3% ; chi2 = 7,51 ; ddl = 8 (NS)

Gravité perçue / couverture sociale								
[Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"								
	De 0 à 3		De 4 à 7		De 8 à 10		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
régime obligatoire	9	9,7%	50	53,8%	34	36,6%	93	100,0%
ALD	4	16,0%	13	52,0%	8	32,0%	25	100,0%
AT	0		0		0		0	100,0%
Maternité	0		0		0		0	100,0%
CMUC	0	0,0%	14	82,4%	3	17,6%	17	100,0%
AME	0		0		0		0	100,0%
invalidité	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%	4	100,0%
Hors Sécu	1	33,3%	0	0,0%	2	66,7%	3	100,0%
Total	14	9,9%	77	54,2%	51	35,9%	142	100,0%

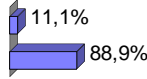
p = 2,1% ; chi2 = 18,07 ; ddl = 8 (S)

Les patients en ALD consultent avec une gravité perçue moyenne plus élevée (6.15). Par contre, les patients couverts par la CMU-C consultent avec des gravités perçues inférieure à la moyenne (4.70).

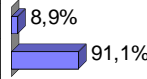
13 et 14) Avez-vous consulté votre médecin traitant ? Si « non », pourquoi ?

Tableaux 44 : Répartition de la population de l'étude en fonction d'avoir consulté ou non son médecin traitant avoir d'avoir recours à la PDSA, comparaison entre MMG et RUD et tableau croisé avec la régulation de la consultation :

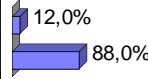
Avez vous consulté votre MT ?		
	Nb	% cit.
oui	22	11,1%
non	176	88,9%
Total	198	100,0%



Avez vous consulté votre MT ? [Lieu :] = "Maison médicale"		
	Nb	% cit.
oui	5	8,9%
non	51	91,1%
Total	56	100,0%



Avez vous consulté votre MT ? [Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"		
	Nb	% cit.
oui	17	12,0%
non	125	88,0%
Total	142	100,0%



Environ 11% des patients avaient déjà consulté leur médecin traitant avoir d'avoir recours à la PDSA.

Régulation / cs MT						
	oui		non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
oui	0	0,0%	22	100,0%	22	100,0%
non	35	19,9%	141	80,1%	176	100,0%
Total	35	17,7%	163	82,3%	198	100,0%

p = 2,1% ; chi2 = 5,31 ; ddl = 1 (S)

100% des patients qui avaient déjà consulté leur médecin traitant ne se sont pas servi de la régulation pour avoir recours à la PDSA.

Tableaux 45 : Tableau croisé Avez-vous consultez votre médecin traitant ? – Couverture sociale :

Cs MT / Couverture sociale									
	régime obligatoire	ALD	AT	Maternité	CMUC	AME	Invalidité	Hors Sécu	Total
oui	54,5%	36,4%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
non	71,6%	10,2%	0,6%	0,0%	13,1%	0,0%	2,8%	1,7%	100,0%
Total	69,7%	13,1%	0,5%	0,0%	12,6%	0,0%	2,5%	1,5%	100,0%

p = 3,0% ; chi2 = 12,36 ; ddl = 5 (S)

36.4% des patients ayant consultés leur médecin traitant sont des patients en ALD.

Tableaux 46 : Tableau croisé Avez-vous consultez votre médecin traitant ? – La consultation est-elle justifiée médicalement ? :

Cs MT / Justification médicale					
	est justifiée pour le médecin	débouche sur un traitement urgent	aboutit à une hospitalisation ou transfert SMUR	n'est PAS justifiée dans le contexte de la PDSA	Total
oui	10	2	2	12	26
non	115	59	7	61	242
Total	125	61	9	73	268

p = 3,4% ; chi2 = 8,68 ; ddl = 3 (S)

	effectif	justifiée	%	traitement urgent	%	hospitalisation	%	NON justifiée	%
Oui	22	10	45	2	9	2	9	12	55
Non	176	115	65	59	34	7	4	61	35
TOTAL	198	125	63	61	31	9	5	73	37

Pour les patients ayant déjà consulté leur médecin traitant, seulement 45% des consultations étaient médicalement justifiées, aboutissant à 9% de traitements urgents, mais par contre 9% des patients ont été hospitalisés.

Par contre, lorsque les patients qui n'ont pas consulté leur médecin traitant, 65% des consultations étaient médicalement justifiées, aboutissant sur 34% de traitements urgents et 4% d'hospitalisation.

Si « non », pourquoi ?

MOTIFS DE NON CONSULTATION DU MEDECIN TRAITANT	EFFECTIF	%
nuit	35	23,0%
week-end	27	17,8%
médecin absent ou en vacances	22	14,5%
aggravation ou urgence ressentie	12	7,9%
soir	11	7,2%
n'avait pas le temps de voir son médecin traitant, travaillait	9	5,9%
par habitude ou convenance personnelle	7	4,6%
enfants à charge	4	2,6%
médecin traitant indisponible avant plusieurs jours	4	2,6%
n'a pas pensé à consulter son médecin traitant	4	2,6%

pas de la région (touriste, déménagement, ...)	3	2,0%
automédication	2	1,3%
n'était pas inquiet	2	1,3%
ne pouvait pas se déplacer	2	1,3%
a vu son infirmière	1	0,7%
a vu un ostéopathe	1	0,7%
était en voiture	1	0,7%
horaires du médecin traitant pas pratiques	1	0,7%
manque de confiance au médecin traitant	1	0,7%
pensait avoir besoin d'examens complémentaires	1	0,7%
s'est décidé ce soir	1	0,7%
trop de monde en salle d'attente	1	0,7%

46 non-réponses

15 et 16) S'il n'y avait pas de médecin de nuit seriez-vous allé aux urgences ? Si « oui », par quel moyen de transport ?

Tableaux 47 : Répartition de la population de l'étude en fonction du fait de se rendre aux urgences si absence de médecins de garde :

Seriez vous allé aux urgences ?			
	Nb	% cit.	
oui	95	48,0%	48,0%
non	103	52,0%	52,0%
Total	198	100,0%	

Seriez vous allé aux urgences ? [Lieu :] = "Maison médicale"			
	Nb	% cit.	
oui	30	53,6%	53,6%
non	26	46,4%	46,4%
Total	56	100,0%	

Seriez vous allé aux urgences ? [Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"			
	Nb	% cit.	
oui	65	45,8%	45,8%
non	77	54,2%	54,2%
Total	142	100,0%	

Dans les MMG, 53.6% des patients seraient allés aux urgences.

Nous pouvons séparer 2 cas :

- la MMG du CHU de Cannes (dans les mêmes locaux que les urgences), où 100% des patients seraient allés aux urgences.
- la MMG de la clinique du Palais à Grasse (à environ 7 km des urgences du CHU de Grasse), où 42% des patients seraient allés aux urgences (chiffre équivalent aux RUD).

Tableaux 48 : Tableaux croisés Seriez-vous allé aux urgences ? – Auriez-vous pu attendre le lendemain ? :

URG / attendre le lendemain						
Auriez-vous pu attendre le lendemain pour consulter ? S'il n'y avait pas de médecin de nuit, seriez vous allé aux urgences ?						
	oui		non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
oui	8	8,4%	87	91,6%	95	100,0%
non	45	43,7%	58	56,3%	103	100,0%
Total	53	26,8%	145	73,2%	198	100,0%

p = <0,1% ; chi2 = 31,36 ; ddl = 1 (TS)

URG / attendre le lendemain						
Auriez-vous pu attendre le lendemain pour consulter ? S'il n'y avait pas de médecin de nuit, seriez vous allé aux urgences ?						
[Lieu :] = "Maison médicale"						
	oui		non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
oui	6	20,0%	24	80,0%	30	100,0%
non	18	69,2%	8	30,8%	26	100,0%
Total	24	42,9%	32	57,1%	56	100,0%

p = <0,1% ; chi2 = 13,78 ; ddl = 1 (TS)

URG / attendre le lendemain						
Auriez-vous pu attendre le lendemain pour consulter ? S'il n'y avait pas de médecin de nuit, seriez vous allé aux urgences ?						
[Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"						
	oui		non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
oui	2	3,1%	63	96,9%	65	100,0%
non	27	35,1%	50	64,9%	77	100,0%
Total	29	20,4%	113	79,6%	142	100,0%

p = <0,1% ; chi2 = 22,19 ; ddl = 1 (TS)

Dans les RUD,

Pour les patients qui auraient pu attendre le lendemain pour consulter, 96.9% ne seraient pas allés aux urgences.

Pour les patients qui n'auraient pas pu attendre le lendemain, 64.9% ne seraient tout de même pas allés aux urgences.

Dans les MMG, nous pouvons à nouveau séparer 2 cas :

- la MMG du CHU de Cannes (dans les mêmes locaux que les urgences), où 100% des patients seraient allés aux urgences et 100% n'auraient pas pu attendre le lendemain.

- la MMG de la clinique du Palais à Grasse (à environ 7 km des urgences du CHU de Grasse), où :

- .80% des patients, qui auraient pu attendre le lendemain, ne seraient pas allés aux urgences.
- .53% des patients, qui n'auraient pas pu attendre le lendemain, ne seraient tout de même pas allés aux urgences.

A la MMG de la clinique du Palais de Grasse, les chiffres sont proches des RUD.

Tableaux 49 : Tableaux croisés Seriez-vous allé aux urgences ? – La consultation est-elle justifiée médicalement ? :

URG / Justification médicale					
	est justifiée pour le médecin	débouche sur un traitement urgent	aboutit à une hospitalisation ou transfert SMUR	n'est PAS justifiée dans le contexte de la PDSA	Total
oui	73	39	4	22	138
non	52	22	5	51	130

p = <0,1% ; chi2 = 19,68 ; ddl = 3 (TS)

	effectif	justifiée	%	traitement urgent	%	hospitalisation	%	NON justifiée	%
Oui	95	73	77	39	41	4	4	22	23
Non	103	52	50	22	21	5	5	51	50
TOTAL	198	125	63	61	31	9	5	73	37

URG / Justification médicale					
[Lieu :] = "Maison médicale"					
	est justifiée pour le médecin	débouche sur un traitement urgent	aboutit à une hospitalisation ou transfert SMUR	n'est PAS justifiée dans le contexte de la PDSA	Total
oui	19	14	0	11	44
non	14	8	0	12	34

p = 55,6% ; chi2 = 1,17 ; ddl = 2 (NS)

MMG Cannes	effectif	justifiée	%	traitement urgent	%	hospitalisation	%	NON justifiée	%
Oui	11	6	55	3	27	0	0	5	45
Non	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	11	6	55	3	27	0	0	5	45

MMG Grasse	effectif	justifiée	%	traitement urgent	%	hospitalisation	%	NON justifiée	%
Oui	19	13	68	11	58	0	0	6	32
Non	26	14	54	8	33	0	0	12	46
TOTAL	45	27	60	19	42	0	0	18	40

À la MMG de Grasse, si les étaient prêts à aller aux urgences, les consultations étaient médicalement justifiées à 68%, aboutissant à 58% de traitements urgents.

URG / Justification médicale					
[Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"					
	est justifiée pour le médecin	débouche sur un traitement urgent	aboutit à une hospitalisation ou transfert SMUR	n'est PAS justifiée dans le contexte de la PDSA	Total
oui	54	25	4	11	94
non	38	14	5	39	96

p = <0,1% ; chi2 = 21,66 ; ddl = 3 (TS)

RUD	effectif	justifiée	%	traitement urgent	%	hospitalisation	%	NON justifiée	%
Oui	65	54	83	25	63	4	6	11	17
Non	77	38	49	14	18	5	6	39	51
TOTAL	142	92	65	39	27	9	6	50	35

Dans les RUD, la consultation est médicalement justifiée dans 83% lorsque les patients seraient allés aux urgences, suivie de 63% de traitements urgents.

Dans le cas contraire, la consultation est justifiée à 49%, suivie de 18% de traitements urgents.

Le taux d'hospitalisations est identique.

Si « oui », par quel moyen de transport ?

Si oui, par quel moyen de transport ?		
	Nb	% cit.
par vos propres moyens	70	73,7%
par ambulance	25	26,3%
Total	95	100,0%

Sur les 48% de patients qui seraient allés aux urgences, environ 3/4 y seraient allés par leur propre moyens.

moyen de transport / lieu						
	par vos propres moyens		par ambulance		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Maison médicale	29	96,7%	1	3,3%	30	100,0%
Réseaux d'urgences à domicile	41	63,1%	24	36,9%	65	100,0%
Total	70	73,7%	25	26,3%	95	100,0%

Dans le détail, 96.7% des patients ayant consultés en MMG se seraient rendu aux urgences par leurs propres moyens, contre 63.1% dans les RUD.

17 et 18) Auriez-vous pu attendre le lendemain pour consulter ? Si « non », pourquoi ?

Tableaux 50 : Répartition de la population de l'étude en fonction du fait de pouvoir attendre le lendemain pour consulter un médecin :

Auriez-vous pu attendre le lendemain ?			
	Nb	% cit.	
oui	53	26,8%	
non	145	73,2%	
Total	198	100,0%	

Auriez-vous pu attendre le lendemain ? [Lieu :] = "Maison médicale"			
	Nb	% cit.	
oui	24	42,9%	
non	32	57,1%	
Total	56	100,0%	

Auriez-vous pu attendre le lendemain ? [Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"			
	Nb	% cit.	
oui	29	20,4%	
non	113	79,6%	
Total	142	100,0%	

57.1% des patients n'auraient pas pu attendre le lendemain pour consulter dans les MMG (100% à la MMG du CH de Cannes), contre 79.6% dans les RUD.

Tableaux 51 : Tableaux croisés Auriez-vous pu attendre le lendemain ? – La consultation est-elle justifiée médicalement ? :

Lendemain / Justification médicale					
	est justifiée pour le médecin	débouche sur un traitement urgent	aboutit à une hospitalisation ou transfert SMUR	n'est PAS justifiée dans le contexte de la PDSA	Total
oui	20	9	1	33	63
non	105	52	8	40	205

p = <0,1% ; chi2 = 26,40 ; ddl = 3 (TS)

	effectif	justifiée	%	traitement urgent	%	hospitalisation	%	NON justifiée	%
Oui	53	20	38	9	17	1	2	33	62
Non	145	105	72	52	36	8	6	40	28
TOTAL	198	125	63	61	31	9	5	73	37

Pour les patients qui auraient pu attendre le lendemain, seulement 38% des consultations étaient médicalement justifiées, aboutissant sur 17% de traitements urgents.

Pour les patients qui n'auraient pas pu attendre le lendemain pour consulter, 72% des consultations étaient médicalement justifiées, aboutissant à 36% de traitements urgents.

Si « non », pourquoi ?

MOTIFS REFUS ATTENDRE LE LENDEMAIN	EFFECTIF	%
douleur	47	29,0%
inquiétude	38	23,5%
Bébé / enfant	8	6,0%
ne peux pas aller travailler le lendemain	5	3,1%
angoisse	4	2,5%
dyspnée	4	2,5%
par habitude	4	2,5%
pleurs	4	2,5%
signes fonctionnels urinaires	4	2,5%
urgence	4	2,5%
vomissements	4	2,5%
aggravation	3	1,9%
fièvre	3	1,9%
ne pas se gêner la nuit	3	1,9%
céphalées	2	1,2%
départ en voyage	2	1,2%
insomnie	2	1,2%

malaise	2	1,2%
ne se sent pas bien	2	1,2%
prurit	2	1,2%
toux	2	1,2%
agitation	1	0,6%
aurait appelé Sos médecins	1	0,6%
en a marre	1	0,6%
CMU	1	0,6%
fin arrêt maladie	1	0,6%
médecin traitant fermé le lendemain	1	0,6%
nausées	1	0,6%
ne sent pas bien	1	0,6%
ne veut pas attendre aux urgences	1	0,6%
vertiges	1	0,6%
violence	1	0,6%
TOTAL	162	100%

63 non-réponses

D. La consultation vue par le médecin :

19 et 20) La visite est-elle justifiée médicalement ? Pourquoi ?

Tableaux 52 : Répartition de la population de l'étude en fonction de la justification médicale des consultations :

La visite est-elle justifiée médicalement		
	Nb	% obs.
est justifiée pour le médecin	125	63,1%
débouche sur un traitement urgent	61	30,8%
aboutit à une hospitalisation ou transfert SMUR	9	4,5%
n'est PAS justifiée dans le contexte de la PDSA	73	36,9%
Total	198	

Sur l'ensemble de l'étude et de façon homogène entre les MMG et les RUD, 63.1% des consultations ont été médicalement justifiées, aboutissant à 30.8% de traitements urgents.

Les 4.5% d'hospitalisations ont eu lieu uniquement dans les RUD.

36.9% des consultations n'étaient pas médicalement justifiées, sans grande différence entre les RUD et les MMG.

Tableaux 53 : Tableaux croisés La consultation est-elle régulée ? – La consultation est-elle justifiée médicalement ? :

Régulation / Justification médicale					
[Lieu :] = "Maison médicale"					
	est justifiée pour le médecin	débouche sur un traitement urgent	aboutit à une hospitalisation ou transfert SMUR	n'est PAS justifiée dans le contexte de la PDSA	Total
oui	16	12	0	4	32
non	17	10	0	19	46

p = 2,1% ; chi2 = 7,73 ; ddl = 2 (S)

	effectif	justifiée	%	traitement urgent	%	hospitalisation	%	NON justifiée	%
Oui	20	16	80	12	60	0	0	4	20
Non	36	17	47	10	28	0	0	19	53
TOTAL	56	33	59	22	39	0	0	23	41

Si l'on compare les différentes MMG :

- la MMG publique du CHU de Cannes : 1 consultation régulée non justifiée médicalement. Plus de 90% des patients se sont rendus au SAU et ont été réorientés par l'infirmière d'accueil. Dans ce cas, les consultations ont été médicalement justifiées à 60%. Des traitements urgents ont été réalisés dans 30% des cas. Aucune hospitalisation n'a été observée.

- la MMG privée de la clinique du Palais à Grasse : sur 19 consultations régulées, 16 ont été médicalement justifiées (84.2%), aboutissant sur 12 traitements urgents (63.2%).

Aucune hospitalisation n'a été constatée.

Régulation / Justification médicale					
[Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"					
	est justifiée pour le médecin	débouche sur un traitement urgent	aboutit à une hospitalisation ou transfert SMUR	n'est PAS justifiée dans le contexte de la PDSA	Total
oui	12	6	4	3	25
non	80	33	5	47	165

p = 1,8% ; chi2 = 10,12 ; ddl = 3 (S)

	effectif	justifiée	%	traitement urgent	%	hospitalisation	%	NON justifiée	%
Oui	15	12	80	6	40	4	27	3	20
Non	127	80	63	33	26	5	4	47	37
TOTAL	142	92	65	39	27	9	6	50	35

Lorsque les consultations sont régulées par le Centre 15 (pour les RUD) ou le standard SOS médecins (pour les MMG), plus de 80% des consultations sont médicalement justifiées, aboutissant entre 40 et 60% des cas à un traitement urgent et dans le cas des RUD à 27% à une hospitalisation.

21) Motifs de consultation :

MOTIFS DE CONSULTATION	EFFECTIF	%
douleurs abdominales	19	9,6%
douleurs d'un membre	14	7,1%
douleurs rachidiennes	14	7,1%
fièvre	14	7,1%
dysphagie	13	6,6%
toux	11	5,6%
signes fonctionnels urinaires	10	5,1%
vomissements	10	5,1%
douleurs oreille	9	4,5%
éruption cutanée	8	4,0%
douleur thoracique	5	2,5%
dyspnée aigue	5	2,5%
céphalées	4	2,0%
angoisse	3	1,5%
nausées	3	1,5%
palpitations	3	1,5%
pathologies ophtalmologiques	3	1,5%
plaie	3	1,5%
certificat de décès	2	1,0%
constipation	2	1,0%
diarrhées	2	1,0%

douleur costale	2	1,0%
douleurs diffuses	2	1,0%
malaise	2	1,0%
migraine	2	1,0%
œdème malléole externe	2	1,0%
poussée d'HTA	2	1,0%
prurit généralisé	2	1,0%
AEG	1	0,5%
agitation	1	0,5%
asthénie	1	0,5%
conflit conjugal	1	0,5%
courbatures	1	0,5%
demande d'HDT	1	0,5%
démence	1	0,5%
dépression	1	0,5%
douleur latérothoracique	1	0,5%
douleurs gynécologiques	1	0,5%
érysipèle	1	0,5%
frissons	1	0,5%
inquiétude maternelle	1	0,5%
malaise avec perte de connaissance	1	0,5%

œdème du visage	1	0,5%
œdème membre inférieur	1	0,5%
otorragie sous AVK	1	0,5%
pleurs	1	0,5%
prise médicamenteuse par erreur	1	0,5%
prurit vaginal	1	0,5%
refus de manger	1	0,5%

sinusite	1	0,5%
spasmes jambes	1	0,5%
traumatisme OPN	1	0,5%
trouble de conscience	1	0,5%
trouble du sommeil	1	0,5%
vertiges	1	0,5%

22) Diagnostics médicaux :

DIAGNOSTIC MEDICAL	EFFECTIF	%
rhinopharyngite	32	16,2%
GEA	18	9,1%
bronchite aigue	7	3,5%
lumbago ou lombosciatique	7	3,5%
cystite aigue	6	3,0%
névralgie intercostale	5	2,5%
OMA	5	2,5%
plaie saturable	5	2,5%
syndrome grippal	5	2,5%
asymptomatique	4	2,0%
coliques néphrétiques	4	2,0%
entorse bénigne cheville	4	2,0%
gastrite aigue	4	2,0%
hématome post traumatique	4	2,0%
réaction allergique	4	2,0%
angine	3	1,5%
crise d'angoisse	3	1,5%
douleurs abdominales diffuses	3	1,5%
poussée d'HTA	3	1,5%
certificat de décès	2	1,0%

constipation	2	1,0%
effet secondaire médicamenteux	2	1,0%
HDT	2	1,0%
malaise vagal	2	1,0%
migraine	2	1,0%
otite externe	2	1,0%
pyélonéphrite aigue	2	1,0%
tendinite aigue	2	1,0%
varicelle	2	1,0%
vertiges	2	1,0%
ACFA inaugurale	1	0,5%
AIT sur ACFA	1	0,5%
allergie	1	0,5%
anorexie mentale	1	0,5%
appendicite aigue (suspicion)	1	0,5%
arthrose (poussée)	1	0,5%
bronchiolite	1	0,5%
céphalées post traumatique	1	0,5%
colopathie fonctionnelle	1	0,5%
conjonctivite	1	0,5%
contusion	1	0,5%

déchirure musculaire	1	0,5%
diabète type 2 inaugural	1	0,5%
diarrhée aigue	1	0,5%
dorsalگو	1	0,5%
dorsoradiculalgie	1	0,5%
épigastralgies	1	0,5%
épilepsie localisée sur lésion secondaire	1	0,5%
érysipèle	1	0,5%
fièvre isolée	1	0,5%
fracture de côte	1	0,5%
fracture de l'humérus en motte de beurre	1	0,5%
fracture tassement lombaire (suspicion)	1	0,5%
gastrite chronique	1	0,5%
hémorroïdes	1	0,5%
hypoglycémie	1	0,5%
IDM antérieur étendu	1	0,5%
insuffisance respiratoire aigue	1	0,5%
laryngite	1	0,5%
mycose vaginale	1	0,5%
Névralgie cervicobrachiale	1	0,5%

otorragie sous AVK	1	0,5%
palpitations	1	0,5%
phlegmon amygdalien	1	0,5%
phimosi	1	0,5%
piqûre d'insecte avec réaction locale	1	0,5%
pneumopathie aigue	1	0,5%
poussée de gonarthrose	1	0,5%
primo infection herpétique	1	0,5%
prostatite aigue	1	0,5%
spasmophilie	1	0,5%
sub-occlusion	1	0,5%
suivi psychiatrique chronique	1	0,5%
surdosage nicotine ?	1	0,5%
suspicion gale	1	0,5%
tachycardie de Bouveret	1	0,5%
TOC	1	0,5%
troubles anxieux post-traumatique	1	0,5%
vomissements	1	0,5%
vulvite	1	0,5%

23) Couverture sociale ;

Tableaux 54 : Répartition de la population de l'étude en fonction de la couverture sociale des patients et comparaison entre MMG et RUD :

Couverture sociale :		
	Nb	% cit.
régime obligatoire	138	69,7%
ALD	26	13,1%
AT	1	0,5%
Maternité	0	0,0%
CMUC	25	12,6%
AME	0	0,0%
Invalidité	5	2,5%
Hors Sécu	3	1,5%
Total	198	100,0%

Selon l'Insee, en 2012, environ 2% de la population française est en ALD (55), 6.7% dispose de la CMU-C (34) (7.6% fin 2013 et ce chiffre pourrait doubler en 2014), 0.3% de l'AME (56).

Couverture sociale / lieu									
	régime obligatoire	ALD	AT	Maternité	CMUC	AME	Invalidité	Hors Sécu	Total
Maison médicale	80,4%	1,8%	1,8%	0,0%	14,3%	0,0%	1,8%	0,0%	100,0%
Réseaux d'urgences à domicile	65,5%	17,6%	0,0%	0,0%	12,0%	0,0%	2,8%	2,1%	100,0%
Total	69,7%	13,1%	0,5%	0,0%	12,6%	0,0%	2,5%	1,5%	100,0%

p = 2,4% ; chi2 = 12,99 ; ddl = 5 (S)

Nous constatons ici, un taux élevé de bénéficiaires de l'ALD (17.6%) dans les RUD par rapport aux MMG (1.8%).

Le taux de patients bénéficiant de la CMU-C est globalement plus élevé que dans la population générale.

24) Coût total de la consultation :

Tableaux 55 : Répartition de la population de l'étude en fonction des couts total et facturé de la consultation et comparaison entre MMG et RUD :

Coût total et coût facturé moyens / lieu		
	Coût total de la consultation :	Si oui, coût facturé :
Maison médicale	68,00	27,43
Réseaux d'urgences à domicile	86,54	26,51

Coût total / heure	
[Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"	
	Coût total de la consultation :
Nuit profonde	93,63
De 6 à 8h et de 20h à minuit	82,32
Total	86,54

Coût facturé / heure	
[Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"	
	Si oui, coût facturé :
Nuit profonde	21,69
De 6 à 8h et de 20h à minuit	29,38
Total	26,51

En nuit profonde, le coût moyen de la consultation dans les RUD est de 93.63 euros, le coût facturé de 21.69 euros.

Sur le reste de la plage horaire de la PDSA, le coût moyen est de 68 euros dans les MMG (coût facturé 27.43 euros) et 82.32 dans les RUD (coût facturé 29.38 euros).

Tableaux 56 : Tableaux croisés Coût de la consultation – Distance par rapport aux urgences :

Coût total et coût facturé moyens / distance URG		
[Lieu :] = "Réseaux d'urgences à domicile"		
	Coût total de la consultation :	Si oui, coût facturé :
Moins de 3,00	80,28	27,61
De 3,00 à 6,00	85,12	22,35
De 6,00 à 9,00	91,22	25,14
De 9,00 à 12,00	94,42	42,61
De 12,00 à 15,00	87,76	22,30
15,00 et plus	101,53	26,75
Total	86,54	26,51

Distance par rapport à l'hôpital / Coût total de la consultation : $p = <0,1\%$; $F = 5,10$ (TS)
 Distance par rapport à l'hôpital / Si oui, coût facturé : $p = 28,5\%$; $F = 1,26$ (NS)

Dans les RUD, le prix augmente avec la distance aux urgences.

Tableaux 57 : Tableaux croisés Coût de la consultation – Couverture sociale :

Coût total et coût facturé moyens / Couverture sociale		
	Coût total de la consultation :	Si oui, coût facturé :
régime obligatoire	80,38	31,06
ALD	84,01	3,19
AT	65,50	19,65
Maternité		
CMUC	82,13	24,91
AME		
Invalidité	82,35	0,00
Hors Sécu	96,39	96,39
Total	81,30	26,77
Couverture sociale : / Coût total de la consultation : p = 26,0% ; F = 1,31 (NS)		
Couverture sociale : / Si oui, coût facturé : p = <0,1% ; F = 12,35 (TS)		

Les patients affiliés au régime obligatoire payent en moyenne 31.06 euros (ce qui correspond au tiers payant pour la plupart des patients).

Les patients en ALD ou invalidité ne payent quasiment jamais la consultation.

Les patients en CMU-C ont payé 24.91 euros en moyenne :

- 58.06 euros dans les MMG (le tiers payant n'ayant été réalisé que dans 12.5% des cas)
- 9.30 euros dans les RUD (tiers payant dans 88.2% des cas)

Les patients hors sécurité sociale ont payé la totalité de la consultation.

25 et 26) Tiers payant ? Si « oui », coût facturé :

Tableaux 58 : Répartition de la population de l'étude en fonction de l'application du tiers payant et comparaison entre MMG et RUD :

Coût total / lieu						
	oui		non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Maison médicale	47	83,9%	9	16,1%	56	100,0%
Réseaux d'urgences à domicile	116	81,7%	26	18,3%	142	100,0%
Total	163	82,3%	35	17,7%	198	100,0%

Nous n'avons pas constaté de différence significative entre **l'âge des patients** et :

variable	p =
La date	15.9%
L'heure	Biais MMG
Le sexe des patients	40.1%
La distance domicile - urgences les plus proches	46.6%
La durée des symptômes	49.4%
Le fait de se rendre aux urgences	46.5%
Le fait d'attendre le lendemain	97.6%

Nous n'avons pas constaté de différence significative entre **le sexe des patients** et :

variable	p =
La date	31.0%
L'heure de consultation	15.7%
La régulation de la consultation	5.9%
La distance domicile - urgences les plus proches	14.7%
L'activité	20.3%
L'autonomie	22.2%
La durée des symptômes	24.7%
Le fait d'avoir consulté son médecin traitant	13.7%
Le fait de se rendre aux urgences	58.0%
Le fait d'attendre le lendemain	96.2%
Le fait que la consultation soit médicalement justifiée	32.6%
La couverture sociale	66.0%

Nous n'avons pas constaté de différence significative entre **la distance, du domicile aux urgences les plus proches**, et :

variable	p =
La date	93.3%
L'heure de consultation	75.3%
La régulation de la consultation	7.1%
L'activité	80.1%
L'autonomie	52.4%
La durée des symptômes	54.0%
La gravité perçue	69.9%
Le fait d'avoir consulté son médecin traitant	33.3%
Le fait de se rendre aux urgences	96.1%
Le fait d'attendre le lendemain	75.6%
Le fait que la consultation soit médicalement justifiée	39.0%
La couverture sociale	56.4%

Nous n'avons pas constaté de différence significative **entre l'activité des patients** et :

variable	p =
La date	56.3%
La régulation de la consultation	46.6%
La durée des symptômes	97.3%
Le fait de se rendre aux urgences	46.2%
Le fait d'attendre le lendemain	41.8%

Nous n'avons pas constaté de différence significative **entre l'autonomie des patients** et :

variable	p =
La date	54.9%
L'heure de consultation	6.6%
La régulation de la consultation	12.0%
Le fait de se rendre aux urgences	17.1%
Le fait d'attendre le lendemain	39.2%

Nous n'avons pas constaté de différence significative **entre la durée des symptômes** et :

variable	p =
La date	61.0%
L'heure de consultation	43.8%
La régulation de la consultation	60.9%
La gravité perçue	11.7%
Le fait d'attendre le lendemain	27.9%
La couverture sociale	25.7%

Nous n'avons pas constaté de différence significative entre la **gravité perçue** et :

variable	p =
L'heure de consultation	41.7%
La régulation de la consultation	15.6%

Nous n'avons pas constaté de différence significative entre **le fait d'avoir consulté son médecin traitant** et :

variable	p =
La date	54.9%
L'heure de consultation	32.0%
Le fait de se rendre aux urgences	24.7%
Le fait d'attendre le lendemain	65.0%

Nous n'avons pas constaté de différence significative entre **le fait d'aller aux urgences en cas d'absence du médecin de garde** et :

variable	p =
La date	40.5%
L'heure de consultation	78.2%
La régulation de la consultation	93.8%
La couverture sociale	81.5%

Nous n'avons pas constaté de différence significative entre **le fait de pouvoir attendre le lendemain pour consulter** et :

variable	p =
La date	70.0%
L'heure de consultation	9.4%
La régulation de la consultation	5.1%
La couverture sociale	32.1%

Nous n'avons pas constaté de différence significative entre **le fait que la consultation soit médicalement justifiée** et :

variable	p =
La date	17.7%
L'heure de consultation	97.2%
La couverture sociale	43.2%

Nous n'avons pas constaté de différence significative entre **la couverture sociale des patients** et :

variable	p =
La date	14.8%
L'heure de consultation	46.1%
La régulation de la consultation	49.5%

Discussion

A. Intérêt de l'étude :

1) choix de l'étude :

À l'occasion de la publication des nouveaux cahiers des charges de la PDSA (CDCR) dans toutes les régions de France et dans un contexte de restrictions budgétaires, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont à nouveau réformé la PDSA : la suppression de la PDSA aux horaires de la nuit profonde est une des priorités. Elle a débuté hors des grandes agglomérations et à moins de 30 km d'un SAU, mais tend à se généraliser (2). Le pourcentage de territoires de la PDSA concernés est en perpétuel accroissement et est de 61% actuellement (2). Après minuit, les choix se réduisent pour le patient. Ils peuvent obtenir un conseil en contactant la régulation, se rendre aux urgences par leur propre moyen ou un transport sanitaire, être pris en charge par un SAMU ou SMUR ou simplement attendre le lendemain pour consulter un médecin.

Le nouveau CDCR de Provence Alpes Côte d'Azur n'a pas retenu pour l'instant cette proposition.

Nous avons donc décidé d'étudier si la réforme serait applicable dans notre région et plus particulièrement dans les bassins cannois et grassois. C'est-à-dire de déterminer les motifs du recours à la PDSA et d'étudier si les patients seraient aptes à se rendre aux urgences ou simplement attendre le lendemain pour consulter.

2) choix de la zone géographique et de la population cible :

Les bassins cannois et grassois ont été choisis pour cette étude car l'ensemble de la population se situe à moins de 30 minutes d'un Service d'Accueil des urgences ou SAU (CHU de Cannes ou CHU de Grasse). Ce qui représente un des axes centraux de la réforme de la PDSA. (3)(25)

Ces bassins disposent également de 2 maisons médicales de garde publiques situées dans les locaux des CHU de Cannes et Grasse et 2 maisons médicales de garde privées : la MMG de la clinique Le Méridien à Cannes et la MMG de la clinique du Palais à Grasse.

Il existe deux réseaux d'urgences à domicile : SOS médecins, qui couvrent la totalité des deux bassins, et Allo médecins de garde, qui se déplace à Cannes, Le Cannet et Mougins.

Par contre, plus aucune permanence de médecins généralistes installés perdure dans ces bassins.

Les patients n'ont donc que quatre choix de recours durant la plage horaire de la PDSA :

- obtenir un conseil téléphonique via le Centre 15
- se rendre à une MMG
- appeler un réseau d'urgence à domicile et recevoir une visite à domicile
- se rendre au SAU par ses propres moyens, par un transport sanitaire ou en faisant appel aux pompiers.

La population cible est très vaste pour cette étude. Elle est composée de l'ensemble des patients ayant recours à la PDSA dans les bassins cannois et grassois, de 20h à 8h. Les patients ont été inclus de façon consécutive lors des gardes des médecins, qui ont effectué la collecte des données. Les différentes questions ont été posées par les médecins de garde. Cela a permis un taux de réponse de 99%. Ceci nous a également permis de comparer les motifs des patients, qui déterminent leur recours à la PDSA, au ressenti des médecins.

B. Commentaires de l'étude :

1) représentativité de l'échantillon :

La répartition de population de l'étude est très proche de celle du recensement de la population de l'Insee en 2010 en France Métropolitaine (tableau 7).

Quelques légères différences sont cependant à noter. La PDSA est en moyenne plus utilisée pour les enfants et étudiants (25.3% contre 21.9%) et moins pour la population, majoritairement active, des 18 à 60 ans (41.4% contre 55.1%) (tableau 6).

2) déterminants du choix de recours à la PDSA :

Nous allons discuter ici de l'importance de chaque variable sur le recours à la PDSA :

La PDSA rend particulièrement service aux enfants et aux personnes âgées. L'âge, corroboré à l'activité et l'autonomie, est déterminant dans le choix de l'heure et du lieu de consultation, influence également la gravité perçue, et modifie la perception des différents services de PDSA et du médecin traitant.

La population de sexe féminin consulte plus que la population masculine et a une perception plus grave en moyenne de la situation. Les résultats sont opposés dans les SAU.

La distance entre le domicile des patients et les urgences les plus proches ne modifie d'aucune manière le choix de recours à la PDSA.

Le délai rapide entre l'apparition des symptômes et la consultation, la gravité perçue élevée, ou encore le fait de se rendre aux urgences en l'absence de médecin de garde orientent plutôt les patients vers les RUD et les SAU.

De moins en moins de patients consultent leur médecin traitant avant d'avoir recours à la PDSA, hormis la population âgée qui reste attachée à leur médecin. Les patients qui consultent après avoir vu leur médecin traitant présentent des gravités perçues élevées mais les consultations sont souvent injustifiées médicalement.

Environ un tiers des consultations réalisées dans les RUD et les MMG aux heures de la PDSA ne sont pas justifiées médicalement. Ces chiffres restent stables depuis plusieurs années. Par contre, la consultation est plus souvent médicalement justifiée lorsque la durée des symptômes est courte, lorsque la gravité perçue est élevée, si les patients se seraient rendus aux urgences et par le fait que la

consultation soit régulée. Le taux de justification diminue lorsque les patients ont déjà consulté leur médecin traitant.

La régulation est efficace mais encore sous exploitée : Dans les RUD et les MMG privées, plus de 80% des visites régulées ont été jugées médicalement justifiées. Par contre, seulement 18% des consultations ont été régulées : environ 11% des consultations ont été régulées dans les RUD (par le centre 15) et environ 36% dans les MMG privées (par un standard privé).

Tous ces points vont être détaillés ci-dessous :

a. l'âge, activité et autonomie :

- L'âge est corrélé, en toute logique, à d'autres variables comme l'activité, l'autonomie et même la couverture sociale. Leurs résultats vont dans le même sens. Certaines différences seront tout de même précisées.

La population de moins de 18 ans (35.4%), *c'est-à-dire les enfants et étudiants (36.9%) ou les patients ayant une personne à charge (32.3%)*, est plus représentée que la population du recensement de l'Insee de 2010 (21.9% en France et 19.4% dans les Alpes Maritimes (26)).

De façon opposée, la population âgée de 18 à 60 ans (41.4%), *c'est-à-dire la population active, les personnes au foyer ou en incapacité de travailler (41.9%) et une partie des personnes autonomes (63.6%)*, est légèrement moins représentée (55.1% en France et 52.3% dans les Alpes Maritimes (26)) (Tableaux 6, 7, 19, 20 et 26).

Les services de PDSA reçoivent une part importante d'enfants. Le taux de personnes âgées est comparable à la population générale. Par contre, la population de 18 à 60 a moins recours à la PDSA.

- L'âge et l'activité ont une influence sur l'heure de consultation : 35.2% des patients ayant consultés en nuit profonde sont âgés de plus de 60 ans (54.8% de la population des retraités). Cette tranche d'âge ne représente que 16.5% sur le reste de la plage horaire. En comparaison,

23.9% des consultations en nuit profonde concernaient les moins de 20 ans, soit 23.9% de cette population. (tableau 8).

Pour rappel, dans les RUD 50% des visites ont eu lieu entre minuit et 8h (et 37.4% entre minuit et 6 heures).

A Fréjus, dans une étude réalisée de 2006 à 2007 sur SOS Médecins, ce chiffre était de 25% de minuit à 6 heures (27).

Les RUD ont une activité intense en nuit profonde. Plus de la moitié de la population de plus de 60 ans a consulté en nuit profonde, contre moins d'un quart pour les moins de 20 ans.

- Nous pouvons noter que l'âge ou l'activité des patients ne modifie pas significativement le fait de se rendre aux urgences, d'attendre le lendemain pour consulter ou encore la justification médicale de la consultation.

b. le sexe :

- 60.1% des patients ont été des femmes (contre 51.6% de la population générale française et 52.7% dans les Alpes Maritimes (26)) (tableau 16).

Ces chiffres sont confirmés par l'étude de 2006 sur les RUD de Fréjus (26), où 56% de femmes avaient consulté le service.

De façon complètement opposée, Les statistiques de l'ORUPACA (28) font ressortir un chiffre de 52.6% d'hommes ayant consulté dans les services d'urgences de la région. Dans le détail, nous retrouvons 51.1% d'hommes au CH de Cannes et 50.9% au CH de Grasse. 59% des transferts SMUR dans la région ont été réalisés pour des hommes.

Dans la question ouverte n°14, sur les motifs de non consultation du médecin traitant, les principaux motifs sont : la non disponibilité du médecin le soir, la nuit ou le week-end, l'urgence ressentie, la présence d'enfants à charge ou l'indisponibilité aux heures habituelles d'ouverture des cabinets du patient à cause de son travail. Ils représentent environ 80% des réponses.

- Le sexe n'a influencé qu'une seule variable : la gravité perçue. Elle a été en moyenne plus élevée dans la population féminine (5.62) que dans la population masculine (4.99) (tableau 38).

Le fait de s'inquiéter plus vite, la difficulté de consulter aux heures d'ouverture des cabinets du fait de l'augmentation du nombre de femmes exerçant un emploi, le fait d'avoir, en général en plus, à s'occuper des enfants, pourrait expliquer ce taux important de recours à la PDSA.

c. la distance entre le domicile des patients et les urgences les plus proches :

La distance entre le domicile des patients et les urgences les plus proches a été en moyenne de 5.83 km. Seulement 16.2% des patients habitaient au-delà de 9km (tableaux 18).

Elle n'a eu aucune influence sur l'ensemble des variables (hormis le coût de consultation, dû à l'indice kilométrique des visites dans les RUD).

Le fait d'habiter près ou loin d'un SAU ne modifie pas le mode d'accès à la PDSA.

d. la durée des symptômes :

- La population étudiée consulte plus rapidement dans les RUD. Les médianes de durée des symptômes avant d'avoir recours à la PDSA sont de 12 heures pour les RUD et 24 heures pour les MMG.

Plus les patients consultent rapidement après l'apparition des symptômes, plus les visites sont médicalement justifiées dans le cadre de la PDSA et plus elles aboutissent à des traitements urgents (tableau 35).

Lorsque les patients ressentent l'urgence de consulter, en général suite à des symptômes aigus (douleurs ++) ou une inquiétude importante, ils ont recours en premier aux RUD. Le cas échéant, ils se seraient rendus aux urgences.

- Cependant la durée des symptômes n'a pas influencé significativement la gravité perçue ou le fait de pouvoir attendre le lendemain pour consulter un médecin.

e. la gravité perçue au moment du recours à la PDSA :

- La gravité perçue moyenne globale sur l'étude est de 5.36.

Elle est de 4.20 dans les MMG et 5.89 dans les RUD. Dans la MMG du CHU de Cannes la gravité moyenne est de 5.64 contre 3.84 à la MMG de la clinique du Palais à Grasse.

Dans les MMG, les gravités perçues sont plus élevées le lundi (5.38) et plus faible le mardi (3.00). Dans les RUD, la gravité perçue est homogène sur tous les jours de la semaine (tableau 37).

Ces chiffres confirment l'utilité des RUD dans la PDSA. Par contre les MMG répondent peu à des motifs urgents. Les MMG adossées aux urgences reflètent la gravité perçue des patients s'étant rendus aux urgences.

- L'âge, ainsi que l'activité et l'autonomie, influencent la gravité perçue (tableaux 12, 22 et 28) : Pour les patients de moins de 18 ans, la gravité perçue au moment du recours à la PDSA est moyenne (comprise entre 4 et 7).

Les patients de moins de 18 ans ou les personnes qui en sont responsables (en général des femmes) n'attendent pas que la situation s'aggrave d'avantage avant de consulter.

Ces chiffres sont confirmés par ceux de durée des symptômes : dans les MMG, les patients sous la responsabilité d'une personne à charge, majoritairement des enfants, consultent à 92.6% avant 72 heures, alors que 34.5% de la population autonome a consulté après 72 heures de symptômes (tableau 27).

Alors que plus les patients sont âgés, plus la gravité perçue est élevée au moment du recours (jusqu'à 50% de gravité perçue entre 8 et 10 pour les patients de plus de 80 ans). De même, pour les personnes non autonomes ou isolées socialement et géographiquement.

Ceci peut s'expliquer par des pathologies plus graves, un ressenti plus alarmant, l'isolement ou une attente plus longue avant de consulter un médecin (ce qui expliquerait en partie le nombre élevé de consultations en nuit profonde).

- Confirmant le ressenti pendant les gardes, la moyenne de gravité perçue est de 5.36 pour l'ensemble de la population, 6.15 pour les patients en ALD et 4.70 pour les patients bénéficiant de la CMU-C (tableaux 43).

Les patients en ALD sont en général atteints de pathologies plus lourdes ou multiples. L'âge plus élevé des patients en bénéficiant peut également expliquer une inquiétude plus importante.

La gratuité de la consultation, notamment grâce à la CMU-C, semble ici permettre un recours à la PDSA pour des gravités perçues inférieures à celles de la population en général.

La gravité perçue est fréquemment utilisée en médecine générale et médecine d'urgence : elle est évaluée en fonction du délai de consultation, de l'anxiété du patient ou exprimée directement par celui-ci (menace pour sa santé, risque de complications, douleurs, limitation des activités habituelles) (29).

Cette étude confirme son utilité et son influence sur la plupart des variables de l'étude.

Dans l'étude, les patients ont plutôt bien évalué la gravité de la situation : plus de 80% des consultations ont été médicalement justifiées lorsque le patient ressentait une gravité élevée (comprise entre 8 et 10).

f. la consultation du médecin traitant :

- En moyenne, 11.1% des patients avaient consultés leur médecin traitant avant d'avoir recours à la PDSA. De façon plutôt homogène entre les RUD et les MMG.

Elle s'étend de 4.2 % pour les moins de 20 ans, à 31.3% pour les plus de 80 ans (tableau 13). Les chiffres d'activité et d'autonomie confirment ces données (tableaux 23 et 29).

Dans l'étude sur les RUD de Fréjus en 2006, 22.5% des patients avaient consulté leur médecin traitant avant d'avoir recours à la PDSA (27), 19% à la MMG du CH de Fréjus en 2005 (30) et 21% à la MMG du CH de Grasse en 2012 (31).

Dans l'étude, la proportion des patients qui ont consulté leur médecin traitant avant d'avoir recours à la PDSA augmente proportionnellement avec l'âge des patients.

- L'étude démontre également que les personnes qui travaillent la journée et leurs enfants d'une part, et les patients peu autonomes d'autre part, ont des difficultés à consulter un médecin aux heures d'ouverture habituelles des cabinets.

Les autres motifs de non consultation du médecin ont été la nuit ou le soir pour plus de 30% des patients interrogés, le week-end (17.8%), le médecin traitant absent, en vacances ou non disponible rapidement (17.1%), l'urgence ressentie ou l'aggravation des symptômes (7.9%), le fait de travailler aux heures d'ouverture des cabinets (5.9%), par convenance personnelle (4.6%), les enfants à charges (2.6%), ...

Le principal argument est donc l'absence de disponibilité du médecin traitant. Les patients désirent une réponse immédiate à leurs interrogations. La société actuelle est impatiente et basée sur le consumérisme, comme le souligne le conseil de l'Ordre des Médecins : « Les usagers témoignent d'exigences nouvelles et désirent un service disponible rapidement à toute heure pour répondre très souvent à une inquiétude plus qu'à une urgence » (32).

- La gravité perçue a été en moyenne plus élevée lorsque les patients avaient déjà consulté (6.24 contre 5.24, tableau 39). La justification médicale et le taux de traitements urgents étaient plus faibles que la moyenne. Par contre, le taux d'hospitalisation était élevé (tableau 46).

Les raisons de cet écart sont l'inefficacité d'un traitement prescrit, l'aggravation des symptômes ou à nouveau l'impatience des patients.

La PDSA a pour vocation de prendre en charge ces aggravations ou échecs thérapeutiques, mais une meilleure communication avec les patients ou une meilleure régulation devrait permettre de réduire les consultations inutiles.

Aucun patient n'a utilisé la régulation pour voir un médecin aux horaires de la PDSA après avoir consulté un médecin (tableau 44).

g et h. aller aux urgences et attendre le lendemain pour consulter :

- Dans l'étude, 48% des patients ayant eu recours à la PDSA seraient allés aux urgences.

45.8% dans les RUD, 42.0% dans les MMG privées et 100% dans les MMG publiques adossées aux urgences (tableau 47).

Du fait de la proximité immédiate, 100% des patients seraient allés aux urgences dans les MMG publiques (tableaux 50). Ce chiffre est confirmé par la thèse sur la MMG de Fréjus en 2005 avec un taux de 99.5%. (0.5% aurait consulté SOS Médecins) (30).

Il a été légèrement inférieur, 85%, à la MMG du CH de Grasse en 2012, car 15% des patients venaient consulter directement à la MMG. Si la MMG n'existait pas, sur les 15% ayant consultés directement, 40% aurait pu attendre le lendemain pour consulter et 33% aurait consulté SOS Médecins. Lors de cette étude, 65% des patients ne connaissaient pas l'existence de la MMG plus de 2 ans après son existence (31).

Les MMG sont bien complémentaires avec les SAU. La population qui se rend aux SAU ou aux MMG n'est pas la même que celle qui consulte dans les RUD.

Les MMG publiques participent activement au désengorgement des urgences, réduisent les délais d'attente et limite la facture globale pour la Sécurité sociale (au CH de Grasse, la MMG est hébergée gratuitement dans les locaux de l'hôpital (31)).

Cependant l'existence et le rôle des MMG restent très mal connus par la population. Une meilleure information, par exemple dans les cabinets médicaux ou la presse régionale, permettrait de rendre les MMG plus efficaces et utiles.

- Il existe une corrélation significative entre la gravité perçue et le fait d'aller aux urgences. Plus la gravité perçue est élevée, moins les patients hésitent à se rendre aux urgences (tableau 41).

De la même manière, plus les patient ont recours rapidement à la PDSA, plus ils seraient allés aux urgences (tableau 34).

- 73.2% des patients interrogés n'auraient pas pu attendre le lendemain pour consulter, 79.6% dans les RUD, 57.1% dans les MMG.

Dans la thèse sur les RUD de Fréjus en 2006 (27), 67.5% des patients se seraient rendus aux urgences et 69% n'auraient pas pu attendre le lendemain pour consulter.

Moins de patients seraient allés aux urgences actuellement par rapport à 2006.

Nous pouvons en déduire que les RUD sont devenus un service de PDSA à part entière et qu'ils remplissent de façon satisfaisante les demandes des patients.

Dans les RUD, pour les patients qui n'auraient pas pu attendre le lendemain, 64.9% ne seraient tout de même pas allés aux urgences (tableaux 48).

Dans 1/3 des cas les RUD font face à une population **inquiète** (gravité perçue élevée mais pourcentage de consultations médicalement justifiée non supérieur) et **impatiente** (médiane de durée des symptômes à 12 heures contre 24 heures pour les MMG (tableau 32) et 79.6% des patients n'auraient pas pu attendre le lendemain, tableaux 50).

Les RUD permettent, dans environ 1/3 des cas, de répondre plus une impatience ou une inquiétude des patients qu'une réelle urgence ressentie.

Dans les MMG :

- nous avons les MMG publiques, adossées aux urgences, où 100% des patients seraient allés aux urgences et 100% n'auraient pas pu attendre le lendemain. La gravité perçue moyenne étant de 5.64.

Dans l'étude sur la MMG du CH de Fréjus de 2005, 99.5% des patients seraient allés aux urgences (30). A la MMG du CH de Grasse en 2012, le taux était de 85% (31).

Les patients qui consultent à la MMG du CHU de Cannes sont, pour la plupart, venus consulter aux urgences et ont été réorientés vers la MMG. Les chiffres montrent que pour qu'un patient se décide à se rendre aux urgences, il faut que son degré d'urgence ressenti soit élevé au point de ne pas pouvoir attendre le lendemain pour consulter.

- et la MMG de la clinique du Palais à Grasse (à environ 7 km des urgences du CHU de Grasse), où la gravité perçue moyenne est de 3.84 et où 53% des patients, qui n'auraient pas pu attendre le lendemain, ne seraient pas allés aux urgences. **Ces chiffres sont comparables aux RUD.**

Les principales raisons évoquées par les patients pour expliquer l'impossibilité d'attendre le lendemain pour consulter sont la douleur (29%) et différents symptômes (angoisse, dyspnée, signes fonctionnels urinaires, vomissements, fièvre, céphalées, insomnie, malaise, prurit, vertiges, ...). Les enfants à charge sont évoqués dans 6% des cas. De nombreux patients évoquent les raisons plus originales : demande de prolongement d'arrêt de travail, convenance personnelle ou habitude, ne veut pas gâcher sa nuit car son bébé pleure, demandes diverses avant départ en voyage, ne veut pas attendre aux urgences, « j'ai le droit, j'ai la CMU », « j'en ai marre », ...

i. la justification médicale de la consultation :

- De façon égale dans les MMG et les RUD, les consultations ont été jugées médicalement justifiées dans le contexte de la PDSA par les médecins de gardes dans 63.1% des cas. Elles ont abouti à 30.8% de traitements urgents et 4.5% d'hospitalisations (uniquement dans les RUD) (tableau 52).

Les chiffres récoltés à Fréjus en 2006 (27) montrent un taux de visites dites « urgentes » à 65.73% et un taux d'hospitalisations à 9.27%. Le taux d'hospitalisations était deux fois supérieur.

73.5% des consultations étaient justifiées à la MMG de Fréjus en 2005 (30).

Ces chiffres confirment le fait qu'environ un tiers des consultations dans les RUD et les MMG ne sont pas justifiées dans le cadre de la PDSA (36.9% de consultations non médicalement justifiées (tableau 52)).

Ces chiffres sont constants depuis 2005-2006, avec 34.27% des consultations ne relevant pas de l'urgence dans les RUD de Fréjus (27) et 27% à la MMG du CH de Fréjus (30). Les différentes améliorations de la PDSA n'ont pas permis d'améliorer ce point.

- La justification médicale perçue par le médecin de garde n'est pas influencée par l'âge, l'activité ou l'autonomie des patients.
- **Le pourcentage de consultations médicalement justifiées baisse** si les patients avaient déjà consulté leur médecin traitant (tableau 46)

Par contre, ce taux augmente avec :

- une durée de symptômes courte avant de consulter (tableaux 35)
- une gravité perçue initiale élevée (tableaux 42)
- si les patients se seraient rendus aux urgences (tableau 49)
- si les patients ne pouvaient attendre le lendemain pour consulter (tableau 51)
- si la consultation avait été régulée (tableaux 53)

- **Cette étude confirme qu'une bonne régulation des consultations lors de la PDSA permet d'en améliorer l'efficacité et donc le fonctionnement.**

Pour rappel, 10.6% des consultations ont été régulées dans les RUD par le Centre 15. Ce taux est de 9.1% à la MMG du CH de Cannes et 0% à la MMG de la clinique du Palais.

17.1% des consultations avaient été régulées lors de l'étude des RUD à Fréjus en 2006 (27), mais seulement 1% à la MMG du CH de Fréjus en 2006 et 0% à la MMG du CH de Grasse en 2012 (31).

Au total, 8.1% des consultations ont été régulées par le Centre 15, 73.7% par un standard privé et donc 18.2% des consultations n'ont pas été régulées

Dans l'étude, lorsque la consultation a été préalablement régulée, les consultations ont été plus souvent médicalement justifiées (plus de 80%), débouchant plus fréquemment sur des traitements urgents (tableaux 4 et 53). La régulation privée a été efficace pour les MMG privée et la régulation du centre 15 efficace pour les RUD.

Ce ceci va dans le sens du rapport de la Cour des Comptes qui constatait qu'au niveau national plus de 40% des consultations n'étaient pas régulées (20). Les chiffres sont légèrement meilleurs ici. Le rapport pointait le doigt sur les standards privés de la PDSA avec plus de 2/3 des appels aboutissant en visites à domicile ou en consultation (20).

Cette étude confirme que le standard privé ne joue pas son rôle de filtre dans les RUD. Par contre, à la MMG de la Clinique du Palais, les résultats ont été satisfaisants avec plus de 80% de visites justifiées (tableaux 53).

La thèse de Bocciolini, L en 2012 sur la MMG du CH de grasse (31), où aucune consultation n'avait été régulée par le centre 15, concluait dans le même sens : il faut s'orienter vers une meilleure information de la population sur les MMG et un développement de l'éducation des patients concernant la régulation de la PDS.

L'objectif de réguler toutes les consultations de la PDSA est dans les CDCR de l'ARS. Il devrait être appliqué dans les MMG, les RUD, voire même pour les SAU. Chaque patient désirant consulter aux horaires de la PDSA devrait être régulé par un médecin régulateur : le centre 15 semble désigné pour ce rôle. Cette disposition semble une bonne perspective d'avenir, mais nécessiterait une volonté politique, une information massive de la population et les moyens financiers adéquats. Elle permettrait de limiter les dépenses tout en conservant un service efficace pour la population.

Ceci revient dans de nombreuses conclusions de travaux sur la PDSA depuis une dizaine d'années, ainsi que dans les textes officiels et les rapports de la Cour des Comptes, mais rien n'est fait pour le moment.

j. la couverture sociale :

- Nous avons constaté, un taux élevé de bénéficiaires de l'ALD (17.6%) dans les RUD par rapport aux MMG (1.8%). Le taux de patients bénéficiant de la CMU-C est globalement plus élevé que la population générale : 12.6% contre 7.6% (tableaux 54).

Le fort taux de patients en ALD est confirmé par les chiffres des RUD de Fréjus en 2006 (27) avec 17.9% des patients en ALD.

Le taux de patients bénéficiant de la CMU-C est passé de 2.12% en 2006, à 6.7% en 2012 (33).

3) comparaison des populations consultant en MMG ou RUD :

- Une des grandes différences entre les MMG et les RUD est la plage horaire d'ouverture.

Les MMG sont ouvertes de 20 heures à minuit. La grande majorité des consultations a cependant lieu de 20 à 22 heures (76.8%, tableaux 2 et 3).

Les RUD sont disponibles 24 heures sur 24 heures et donc sur l'ensemble de la plage horaire de l'étude : de 20 heures à 8 heures du matin. 50% des consultations ont eu lieu en nuit profonde, c'est-à-dire après minuit.

Le nombre de consultations par garde est logiquement nettement supérieur dans les RUD (9.47 patients par garde, contre 3.11 dans les MMG, tableau 5).

Les MMG adossées aux urgences ont un rôle très limité voire inexistant le soir en semaine. Une population peu informée et l'avance des honoraires semblent les principales raisons de cette réussite mitigée (31).

Est-il indispensable de conserver les astreintes de semaines dans les MMG pour voir 3 patients dans la soirée ?

Selon une thèse de 2010 sur la non-participation des médecins généralistes à la PDSA dans le bassin cannois, une étude de fréquentation du SAU du CH de Cannes (34) démontrait qu'un patient sur deux bénéficiait d'une simple consultation lors de son passage. Il y avait donc matière à l'installation d'une MMG adossée au SAU, puisque d'un côté les médecins le plébiscitaient et de l'autre les patients y étaient éligibles. **Le problème vient également d'un manque de protocole de tri à l'accueil des urgences, qui donnerait pleinement sa place la MMG.**

- Les populations qui consultent les RUD et les MMG sont différentes :

La population ayant consulté les RUD est homogène à celles du recensement de l'Insee en 2010 (33) et de la thèse sur les RUD de Fréjus en 2006 (27) : soit environ 1/4 de l'effectif des patients qui sont âgés de moins de 18 ans et 1/4 de plus de 65 ans.

Les RUD sont d'autant plus indispensable que les médecins généralistes font de moins en moins de gardes en ville, et de moins en moins de visites à domicile (27466 visites à domicile par an en France métropolitaine en 2009, contre 32224 en 2005, soit une baisse de 15%) (35).

Les RUD sont adaptés à l'ensemble de la population dont celle des enfants et adolescents, mais particulièrement aux populations âgées (27.5%) ou peu autonomes (12%).

Du fait de la simplicité du service et de coûts facturés équivalents (tableau 55), les RUD sont utiles à la population âgée ou peu autonome et permet de répondre rapidement aux situations urgentes.

Les MMG semblent adaptées particulièrement pour les enfants et étudiants et pour les personnes qui en ont la charge (environ 50%, tableau 26). Par contre les personnes âgées et peu autonomes ne se déplacent pas dans les MMG. Ces chiffres sont confirmés par les statistiques de couverture sociale avec très peu d'ALD à la MMG.

Une thèse réalisée en 2012 sur la MMG du CH de Grasse (31) arrive à la même conclusion : la MMG est consultée majoritairement par une population de patients pédiatriques avec 54% de patients de moins de 10 ans et 75% de patients de moins de 22 ans. La moyenne d'âge sur l'étude était de 16 ans.

Une autre sur la MMG du CH de Fréjus en 2005 retrouve aussi un taux de 38% d'enfants de moins de 15 ans (30).

L'âge moyen global des patients est d'environ 36 ans sur l'étude. On remarque une différence marquée entre les RUD, 41 ans de moyenne, et les MMG, 22.5 ans de moyenne.

Selon l'ORUPACA en 2012 (28), la moyenne d'âge des patients ayant consulté dans les services d'urgences de toute la région est 37.2 ans. Le pourcentage de patients de moins de 15 ans a été de 11.8% au SAU du CH de Cannes (où il existe des urgences pédiatriques de 8h30 à 20h en semaine) et 35.5% au SAU du CH de Grasse. La présence ou non d'urgences pédiatriques rend difficile l'interprétation de ces données.

Les MMG publiques reçoivent les cas jugés peu graves par l'accueil des urgences, classés CCMU1 sur le terminal des urgences (TU) : environ 50% des patients classés CCMU1 sont orientés à la MMG du CH de Grasse (31). Il s'agit principalement de patients pédiatriques et de petite traumatologie selon une thèse sur la MMG du CH de Grasse en 2012 (31).

Bien que médicalement peu inquiétants, ces patients perçoivent une gravité élevée : gravité perçue initiale élevée (5.64 an moyenne), 100% des patients y consultant n'auraient pas pu attendre le lendemain pour consulter (tableau 48).

Ces patients ont une inquiétude marquée, mais ne présente en général aucune urgence médicale. La plupart de ces patients auraient pu être régulés et dans la plupart des cas conseillés par téléphone.

Les MMG privées sont considérées comme une extension de la médecine de ville aux horaires de la PDSA sans réel caractère d'urgence : la gravité perçue initiale moyenne est faible (3.84, tableau 36). Le taux d'hospitalisation est nul sur l'étude.

Dans les deux cas, ces services ne sont pas adaptés aux patients nécessitant une prise en charge urgente ou une hospitalisation d'une part et aux personnes âgées ou isolées d'autre part.

Les MMG et les RUD sont adaptés pour la population active et autonome et se complètent pour les autres tranches de la population. Ils répondent d'un côté aux patients prêts à se déplacer et de l'autre aux appels des patients non transportables (patients âgés ou non autonomes) ou préférant une visite à domicile (plusieurs enfants à charge ou pour les enfants en bas âge par exemple).

La MMG publique du CH de Cannes a un rôle anecdotique en semaine.

Un tiers des consultations dans les RUD et MMG ne sont pas adaptées à la PDSA et alourdissent la facture. Une régulation plus étendue semble indispensable.

- Le fait d'avoir consulté son médecin n'oriente pas plus vers l'un ou l'autre des services de la PDSA (tableau 44).

4) comparaison des populations consultant en nuit profonde ou sur le reste de la plage horaire de la PDSA :

Deux variables ont montré une différence significative entre la nuit profonde et le reste de la plage horaire.

- **Tout d'abord l'âge :** plus les patients étaient âgés, plus leur pourcentage en nuit profonde était important : environ 50% après 60 ans contre moins de 25% avant 20 ans (tableau 8). Ces chiffres sont confirmés par les données d'activité.
- **La seconde est le coût :** les tarifs après minuits sont plus élevés.

Les variables comme la distance domicile – urgences, l'autonomie, la durée des symptômes, la gravité perçue, le fait d'avoir consulté son médecin traitant, d'aller aux urgences ou de pouvoir attendre le lendemain, et encore la justification médicale n'influent en aucune manière.

5) coûts des différents services de la PDSA :

➤ Sur l'étude :

Le coût moyen sur l'ensemble de l'étude est de 81.30 euros (de 65.50 à 125.75 euros). Cette moyenne est de 68.00 euros dans les MMG et 86.54 dans les RUD. Dans les RUD, le coût moyen a été de 90.83 en nuit profonde contre 82.25 sur le reste de la plage horaire.

Cette différence est due à la différence de tarifs entre C (consultation) et V (visite), aux IK (indemnités kilométriques) du fait du déplacement du médecin et à l'ouverture en nuit profonde des RUD.

Le coût moyen facturé est de 26.77 euros. Le tiers payant a été appliqué de façon homogène dans plus de 80% des cas. Ce coût est de 27.43 euros dans les MMG et 26.51 euros dans les RUD.

Pour le patient il n'y a pas de différence financière dans le choix des différents services. Les SAU présentent une gratuité apparente des soins, ce qui est un facteur important de son engorgement croissant.

Dans l'étude sur la MMG du CH de Grasse en 2012 (31), le fait d'avancer la consultation était cependant le principal frein à consulter une MMG adossée à un SAU.

- Selon la Cour des Comptes, depuis la grande grève de 2002 et la succession de réformes qui ont suivi jusqu'en 2012, **les dépenses directes de l'assurance maladie pour la PDSA ont presque triplées** (passant de 250 à 700 millions d'euros, **hors frais engagés par les hôpitaux**), alors que l'activité a baissé entre ces deux dates (le nombre de consultations et visites durant la PDSA est passé de 7.34 à 5.3 millions entre 2001 et 2012) (16).

Les dépenses liées à la PDSA recouvrent celles des services de permanence, de garde et d'urgence de la médecine de ville, des pharmacies et des transports sanitaires, que la CNAMTS recensent avec précision, mais aussi les frais engagés pour la participation des hôpitaux à la PDSA, qui sont beaucoup plus mal connus.

Un travail de clarification des frais réels des services d'urgences fait au niveau national permettrait une approche globale dans l'objectif d'amélioration de la PDSA et de réduction des coûts.

- Selon le rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité Sociale de 2009, les consultations des services d'urgence sont en constant accroissement dans l'ensemble des pays occidentaux, que le financement soit publique ou privé. On constate une progression de 4.6% par an dans les services d'urgence en France (36), de 36% entre 2000 et 2009 (16). Dans la région PACA, selon les chiffres de l'ORUPACA de 2012 (28), cette augmentation de 2008 à 2012 a été de 13.6% au CH de Cannes et 21.1% au CH de Grasse.

Cette augmentation s'explique notamment en raison du recours accru des patients consultant pour des motifs « non urgents », c'est-à-dire relevant de la médecine générale ou de problèmes sociaux. Ceci traduit évidemment un phénomène de société, sous-tendu par une disponibilité, une technicité et une gratuité apparente des soins aux urgences.

La cour des Comptes estime la dépense totale pour l'hôpital pour un passage aux urgences entre 55 et 223 euros hors biologie et imagerie. Pour rappel, la somme du forfait annuel et du tarif par passage (FAU + ATU) hors actes en sus est d'environ 95 € par acte. **Pour un SAU avec un taux de passage élevé et des coûts de fonctionnement contenus, la balance peut être largement à l'avantage de l'hôpital.** Cela n'incite pas les SAU à améliorer la situation en effectuant un tri plus sélectif à l'accueil des urgences (37). On peut noter que la dépense moyenne par passage, biologie et imagerie comprises, se situe entre 95 et 315 euros (**moyenne = 191 euros**) (16). La fourchette est large mais nous retiendrons ce chiffre pour les calculs à venir.

Le taux d'hospitalisation après un passage aux urgences est en moyenne de 26% (entre 9.3 et 42% selon les centres hospitaliers). Il est légèrement plus faible pour notre région, selon les chiffres de 2012 de l'ORUPACA (28) : 17.8% au SAU du CH de Cannes et 20.0% au SAU du CH de Grasse.

Un nombre plus élevé de consultations aux SAU entrainerait un nombre supérieur d'hospitalisations et une augmentation globale de la facture de la Sécurité Sociale, alors que la plupart des situations peuvent se conclure par un maintien à domicile.

- Du point de vue des transports sanitaires, il existe une convention entre les entreprises d'ambulances et les SAMU. Les sociétés reçoivent une astreinte de 346 euros par garde, ce qui entraîne un abattement de 60% sur chaque transport. Le tarif d'un transport de 6km, moyenne de l'étude, est de 51.45 euros (23).

- Calcul de la facture à la Sécurité Sociale en cas de fermeture des services de PDSA, comme le préconisent les CDCR de l'ARS :

Par un calcul simple, le coût total des consultations de l'étude est 16097 euros (6449 euros en nuit profonde).

- Dans le cas où seules les urgences sont disponibles, et où les patients habitent à environ 6km des urgences les plus proches (2 sociétés d'ambulances travaillant déjà sur la zone), le coût total reviendrait à 21809 euros (soit une augmentation d'environ 35 %).

Calcul : nombre de consultations aux urgences + transport + nombre de consultations de lendemain en ville

MMG : $56 \times (53.6\% \times 191 + 1.8\% \times 51.45) + 56 \times 46.4\% \times 23 = 6382$ euros

(contre 3808 dans l'étude)

RUD : $142 \times (45.8\% \times 191 + 16.9\% \times 51.45) + 142 \times 54.2\% \times 23 = 15427$ euros

(contre 12289 dans l'étude)

TOTAL = $6382 + 15427 = 21809$ euros

- Si l'on limite le calcul après minuit, seule la garde en nuit profonde des RUD est affectée : le coût total reviendrait alors à 8182 sur cette plage horaire (soit une augmentation d'environ 27%).

Calcul : nombre de consultations aux urgences + transport + nombre de consultations de lendemain en ville

RUD : $71 \times (49.3\% \times 191 + 18.3\% \times 51.45) + 71 \times 50.7\% \times 23 = 8182$ euros

(contre 6449 dans l'étude)

Ces coûts ne tiennent pas compte des possibles retours par transport sanitaire ou taxi des patients et de l'augmentation probable du nombre d'hospitalisations qui alourdiraient sans doute la facture.

On pourrait retirer les astreintes des médecins de gardes (3 par nuit dans l'étude, soit environ 350 euros), mais l'afflux de travail nécessiterait un médecin supplémentaire de garde aux urgences.

A long terme, une diminution de l'offre entraînerait probablement dans les années suivant l'arrêt une diminution de la demande.

L'analyse est sûrement un peu réductrice, mais nous constatons ici qu'une diminution des moyens n'entraîne pas systématiquement une baisse des coûts.

C. Limites de l'étude et perspectives d'études à venir :

1) limites de l'étude :

Biais de sélection :

Lors de la constitution de l'échantillon, 99% des patients ont été inclus.

Seuls 2 questionnaires sur 200 non pas été remplis.

Le recrutement présente quelques limites : bien que l'étude se soit déroulée sur 6 mois, le nombre de gardes a été limité, le choix des gardes pour le recueil de données a été dicté par les emplois du temps des médecins de garde. Les lieux de recueil des données ont également été choisis arbitrairement.

3 médecins ont permis le recueil sur les 16 médecins qui font des gardes en MMG. Ils réalisent en moyenne entre 3 et 4 gardes par mois. 2 médecins ont permis le recueil dans les RUD parmi les 13 médecins. Ils réalisent en moyenne entre 4 et 5 gardes par mois.

Nous n'avons pas pu recueillir de données complètes sur le nombre de consultations réalisées sur la période de l'étude dans les RUD et les MMG. Il nous est donc impossible de comparer le nombre de questionnaires remplis par rapport au nombre total de consultations réalisées par les services de la PDSA.

Tous les lieux d'accueil de la PDSA dans les bassins sélectionnés n'ont pas été étudiés de façon équilibrée.

Cependant la population de l'étude a des caractéristiques proches de la population générale du recensement de l'Insee de 2010.

Biais de classement :

Le recueil de données a été réalisé par cinq médecins. Certaines variables laissent une certaine subjectivité au médecin de garde, comme la justification médicale de la visite par exemple.

De même, du côté des patients des biais de subjectivité ou de mémorisation peuvent exister, malgré l'anonymat, sur la date d'apparition des symptômes, la gravité perçue, ...

Dans certains cas, les patients peuvent répondre aux questions pour justifier leur recours à la PDSA ou être influencés par le déroulement de la consultation : par exemple le fait d'aller aux urgences, de pouvoir attendre le lendemain ou encore la gravité perçue si un diagnostic bénin a été posé par le médecin. Remplir le questionnaire en début ou fin de consultation aura pu ainsi modifier la sincérité des patients.

Dans l'étude, les réponses sont homogènes quels que soit les médecins recueilleurs. Les justifications très proches viennent corroborer cette affirmation.

La population :

L'échantillon de l'étude reste modéré avec 198 questionnaires recueillis. Il est cependant assez représentatif de la population générale.

Du fait de l'activité faible dans les MMG, et principalement à le MMG du CHU de Cannes, l'effectif y a été assez limité. Cette limite peut poser des interrogations sur la significativité des résultats.

Biais de questionnaire :

Un questionnaire ne peut pas être exhaustif. Ce questionnaire est principalement constitué de questions fermées. Cela facilite l'analyse des réponses, mais limite la liberté des réponses.

Biais de saisie :

Lors de la réalisation de cette thèse, les informations ont été manipulées à de nombreuses reprises. Des erreurs ont pu être commises lors du recueil des données par le médecin, du fait du degré d'urgence ou des différentes situations. Ce biais existe également lors de la conversion informatique des données.

2) perspectives d'études à venir :

Nous avons ciblé ce travail sur la PDSA dans les MMG et les RUD. Pour le compléter, d'autres études pourraient être menées sur les services d'urgences et plus particulièrement sur la régulation, qui est l'atout central de la PDSA.

La régulation est un outil efficace mais sous exploité. Sa généralisation et sa centralisation permettrait une réduction des coûts sans toucher à la qualité du service. Il faudrait pour cela que tous les patients qui consultent aux horaires de la PDSA soient régulés par le Centre 15. Les SAU et les MMG privées devraient être incorporés dans ce système. Ceci permettrait de limiter grandement le 1/3 de consultations non justifiées rencontrées lors de la PDSA.

La place des MMG adossées aux SAU devrait être clarifiée. Elles devraient faire partie du dispositif des urgences, avec un tri efficace et systématique. Aujourd'hui, son fonctionnement ne semble pas optimal que ce soit du point de vue des patients ou des médecins, principalement. De nouveaux travaux pourraient aller dans ce sens.

Les permanences de médecins généralistes installés pourraient être étudiées : ce qui n'a pas été réalisable car n'existant plus dans les bassins de population sélectionnés.

La facture de la PDSA pour la Sécurité Sociale a explosé depuis 2002. Les coûts réels des SAU ne sont pas connus et il n'existe pas de données nationales à ce sujet. Le caractère lucratif des SAU pour les hôpitaux et la gratuité apparente des consultations entraînent une augmentation des consultations à motifs « non urgents » et un engorgement des SAU. L'arrêt des RUD après minuit n'entraînerait pas forcément une diminution des coûts de fonctionnement. Chaque service de PDSA a une utilité, mais la place de chacun devrait être mieux définie et plus intelligible pour le grand public.

La place du médecin traitant par rapport à la PDSA n'est pas simple et pourrait être étudiée en profondeur. De nombreux patients ne consultent plus leur médecin traitant en premier recours. Les consultations de suivi effectuées la nuit ne sont jamais régulées. Une amélioration de l'éducation des patients par leur médecin traitant sur ce sujet semble essentielle et pourrait être le sujet de travaux à venir.

La gratuité est un problème d'actualité, qui nécessiterait d'être étudiée. Elle permet l'accès aux soins à l'ensemble de la population, mais réduit la valeur perçue de notre métier, qui devient un simple bien de consommation et augmente le nombre de consultations non justifiées aux heures de la PDSA.

D'autres modalités et innovations de la PDSA n'ont pas été étudiées ici, car non appliquées dans notre département, sont intéressantes : les médecins effecteurs mobiles pour les visites régulées et incompressibles, la téléprescription (prescriptions dématérialisées transmises par la régulation aux pharmacies de garde), ...

Conclusion

La Permanence Des Soins Ambulatoire, instaurée timidement à la fin du XIXe siècle, est en perpétuelle évolution. Principalement depuis novembre 2011 et la grande grève des médecins généralistes, de nombreuses réformes sont venues améliorer le dispositif. La PDSA est rentrée dans sa dernière version depuis la parution en 2012 et 2013 des Cahiers des Charges Régionaux par les ARS. La tendance actuelle, dans un contexte de restrictions budgétaires, est de limiter le dispositif après minuit.

L'objectif de ce travail était d'étudier les déterminants du choix de recours à la PDSA, les différents services de PDSA et de discuter de l'applicabilité de cette réforme dans notre département.

Notre étude descriptive et transversale, réalisée sous forme de questionnaire, offre quelques réponses à ces interrogations :

Les services de la PDSA sont particulièrement utiles aux enfants et aux personnes âgées ou non autonomes. L'âge, corroboré à l'activité et l'autonomie, est déterminant dans le choix de l'heure et du lieu de consultation, influence également la gravité perçue, et modifie la perception des différents services de PDSA et du médecin traitant.

Les Réseaux d'Urgences à Domicile (RUD) et les Maisons Médicales de Garde (MMG) sont parfaitement adaptés aux enfants. De façon opposée, seuls les RUD font face aux demandes de soins des populations des patients âgés et non autonomes.

La très faible activité des MMG en semaine pourrait remettre en cause leur pertinence.

Le délai rapide entre l'apparition des symptômes et la consultation, la gravité perçue élevée, ou encore le fait de se rendre aux urgences en l'absence de médecin de garde orientent plutôt les patients vers les RUD et les SAU.

La consultation de son médecin traitant avant d'avoir recours à la PDSA est plutôt réservée à la population âgée. Les patients qui consultent après avoir vu leur médecin traitant présentent des gravités perçues élevées mais les consultations sont souvent injustifiées médicalement. Une meilleure information de la part des médecins traitants devrait permettre d'améliorer ce point.

Les consultations ont été plus souvent médicalement justifiées lorsque la durée des symptômes était courte, lorsque la gravité perçue était élevée, si les patients se seraient rendus aux urgences et par

le fait que la consultation soit régulée. Le taux de justification diminue lorsque les patients ont déjà consulté leur médecin traitant.

Environ un tiers des consultations réalisées dans les RUD et les MMG aux heures de la PDSA ne sont pas justifiées médicalement, dû à une population de plus en plus impatiente et consumériste. Ces chiffres restent stables depuis plusieurs années. Une simple régulation permettrait de réduire ces consultations inutiles aux horaires de la PDSA : cela permettrait de limiter les coûts tout en améliorant l'efficacité du système de soins.

La régulation par le centre 15 est efficace pour les RUD : plus de 80% de consultations justifiées médicalement, mais à peine 10% des consultations sont régulées. La régulation privée n'a pas montré son efficacité pour les RUD, mais les résultats ont été convaincants pour les MMG privées avec 80% de consultations justifiées médicalement. Un gros effort semble nécessaire pour développer la régulation comme cela est préconisé dans les cahiers des charges. Elle pourrait être étendue à tous les patients ayant recours à la PDSA : les médecins de gardes en cabinet, les RUD, les MMG et les SAU.

Un seul facteur n'a modifié d'aucune manière le choix de recours à la PDSA : la distance entre le domicile des patients et les urgences les plus proches.

Le développement de la PDSA a un intérêt économique évident. Le coût moyen d'une consultation ambulatoire est très inférieur à un simple passage aux urgences. Il a été de 68.00 euros dans les MMG, 90.83 en nuit profonde dans les RUD et 82.25 sur le reste de la plage horaire. Le coût facturé au patient est comparable dans les deux services à environ 26.77 euros. Le coût, très proche de celui d'une consultation d'un médecin généraliste en journée, ne limite pas l'accès à la PDSA.

Paradoxalement, il risque d'augmenter le consumérisme.

Si l'on accepte l'hypothèse d'arrêt de la PDSA après minuit et que l'on calcule le nombre de patients qui se seraient rendus aux urgences et celui des patients qui auraient nécessité un transfert en ambulance, le coût global pour la sécurité sociale pourrait augmenter d'environ 30%. Ces chiffres sont à relativiser mais confirment la complexité de réformer la PDSA.

De façon globale et malgré des coûts non maîtrisés, les services de PDSA sont efficaces, répondent à la demande des patients et sont complémentaires. Cependant leurs places devraient être mieux définies et de façon plus intelligible pour la population.

Annexe

L'histoire détaillée de la PDSA :

Le service médical de nuit est apparu à la fin du XIXe siècle à Paris et dans quelques grandes villes françaises. La première organisation naît le 6 février 1876 à Paris. Le préfet de police invita, en 1875, le Conseil de la Ville de Paris à débloquer les sommes nécessaires pour "assurer les secours médicaux aux personnes atteintes, pendant la nuit, d'accidents subits." (38) "Dans chaque quartier, les médecins et les sages-femmes furent priés de faire connaître s'ils voulaient bien se rendre aux réquisitions qui leur seraient adressées pendant la nuit", et le public fut averti "par voie d'affiches, que toute personne qui aurait besoin d'un médecin, pendant la nuit, pourrait se rendre au poste de police de son quartier." (39).

Rouen et Le Havre, ou encore Nantes et Dijon, feront de même. L'organisation sera souvent calquée sur le modèle parisien. À Rennes, le service, institué en 1889, fonctionne ainsi de 10 heures du soir à 6 heures du matin : les patients se présentent au bureau de police et sont ensuite accompagnés par l'agent au domicile du médecin ou de la sage-femme.

Les résultats sont encourageants. À Paris, le nombre de visites de nuit passe de 3616 en 1876 à 6521 en 1881. Les maux qui poussent les patients à chercher un médecin sont : "la crainte de suffoquer", les apoplexies, les hémorragies, les fractures, les suicides, ... sans oublier les accouchements, qui représentent à eux seuls environ 10 % des motifs de visite en 1881 (9).

Dès la fin du XIXe siècle, les conditions de prise en charge financière des soins se transforment. Tour à tour, les lois de 1893 sur l'assistance médicale gratuite, de 1898 sur les accidents du travail et sur les sociétés de secours mutuels, de 1919 pour les anciens combattants et enfin de 1928-1930 sur les assurances sociales élargissent les clientèles payantes ou prises en charge par un tiers et permettent un essor de la médicalisation (9).

À Paris, le nombre de visites de nuits croît progressivement : 7408 en 1888, jusqu'à 9000 à 10000 au début du XXe siècle. Le nombre plafonne par diverses raisons : la médiocrité de la rétribution ou l'insécurité des médecins, les journées harassantes et les dérangements inutiles pour des

« ivrognes » ou des « faux malades » qui effritent leur motivation, mais aussi la limitation des moyens investis par les élus (gratuité des soins, augmentation de la population) (9).

Ces systèmes de gardes de nuit auront une évolution plutôt chaotique dans les grandes villes. Par contre, ils sont totalement inexistantes en milieu rural jusque vers les années 1950, où la demande de soins s'amplifie parallèlement à des obligations juridiques et déontologiques de plus en plus pressantes.

À partir de la deuxième moitié du XXe siècle, les choses s'accélèrent. L'Aide médicale urgente est mise en place, avec la création du premier SMUR en le 26 mai 1956 à Paris (les fameuses ambulances Cara). Le SMUR sera officialisé en 1965 (décret 65-1045 (41)) et généralisé à tous les départements français en 1970. Le SAMU est créé à l'initiative du Pr Lareng, en 1968 à Toulouse, pour coordonner et réguler l'action des SMUR (40). Les centres 15, ou Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA), sont ouverts en 1976. Il faut attendre 1979 pour que le SAMU reçoive directement les appels du public par un numéro gratuit et national (42).

De nouvelles associations de médecins voient le jour à cette époque dans les grandes villes, pour faire face à une demande croissante de soins d'urgence en dehors des heures d'ouverture des cabinets : SOS MEDECINS est créé à Paris en juin 1966 par le Dr Marcel Lascar, médecin généraliste à Paris. Suite à un fait tragique : un de ses patients décède d'une crise cardiaque faute d'avoir pu joindre un médecin un samedi après-midi. Paradoxalement, relate le Docteur LASCAR : « le week-end précédent, en butte à une fuite d'eau dans ma baignoire, j'avais été dépanné dans le quart d'heure par SOS DÉPANNAGE ». Jugeant que la santé de l'homme valait mieux qu'un simple tuyau de plomb, il créa SOS MÉDECINS. A une époque où le SAMU n'existait pas encore, le concept était révolutionnaire. (43)

Au début du XXIe siècle, l'organisation de la PDSA explose à cause notamment d'une démographie médicale trop faible, de conditions de travail trop difficiles, d'une rémunération insuffisante et d'une insécurité croissante. La grève illimitée des médecins généralistes est déclenchée en novembre 2011 dans un contexte de passage aux 35 heures. Ils revendiquent une revalorisation des actes de jour et de nuit, une réduction du temps de travail, et une amélioration de la qualité de travail. La médecine générale se plaint de n'être pas suffisamment reconnus « ni par leurs confrères spécialistes, ni par le grand public, alors qu'ils sont le pivot de la coordination du système de

distribution des soins » (44). De nombreux médecins mobilisés refusent d'assurer leur permanence de soins en soirée et nuit malgré les réquisitions des pouvoirs publics. Tous les appels sont ainsi redirigés vers le centre 15 où le délai d'attente atteint un record maximal de 2 à 3h en fonction des départements. Les services d'urgences hospitalières ne cessent de s'engorger au fil des jours ne permettant pas de répondre à la demande des patients. Le rapport Descours (45), remis en janvier 2003 suite à la demande du ministre de la santé, Mr Jean-François Mattei, posera les bases de la réforme à venir : volontariat, numéro d'appel unique, sectorisation, responsabilisation de l'utilisateur, ...

A partir de 2003 (15 septembre 2003 décret n°2003-880 (11) et 7 avril 2005 décret n°2005-328 du code de santé publique, relatifs aux modalités d'organisation de la permanence des soins (PDS) et aux conditions de participation des médecins à cette permanence (10)), les grands axes fondateurs de la nouvelle organisation sont posés :

- les horaires sont définis
- la sectorisation des soins est définie par arrêté préfectoral dans chaque département.
- le tableau départemental de permanence est créé : nominatif, par secteur, d'une durée d'au moins 3 mois, transmis 45 jours à l'avance au Conseil De l'Ordre des médecins (CDO), permettant au préfet de recourir à des réquisitions si celui-ci est incomplet.
- le volontariat est instauré : sont désormais concernés par de cette mission tout médecin généraliste libéral volontaire et non exempté, les médecins des centres de santé et ceux des réseaux d'urgences à domicile (RUD). Pour rappel, l'ancien article 77 du code de déontologie médicale posait comme « un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit » (51).
- la régulation des appels préalables à l'effectif devient un point crucial de l'organisation.
- la rémunération forfaitaire de la régulation des appels et de l'astreinte de PDS par l'assurance maladie est encadrée.
- la restructuration des CODAMU en CODAMUPS-TS est effective : les CODAMU deviennent désormais des comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la PDS et des transports sanitaires.

L'arrêté du 26 mai 2005 permet une revalorisation des honoraires d'environ 20% (le samedi étant toujours considéré comme un jour normalement travaillé) (46).

Les modalités de la PDS ont été affinées par deux textes : la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale pour 2007 et son rectificatif (12) et le décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins (13) :

- la PDS est devenue une mission de service public. Ce qui permet aux médecins participant de bénéficier de la protection juridique de l'état, garantissant le développement du volontariat.
- la mission de PDS a été étendue aux médecins non conventionnés (jeunes retraités, remplaçants, salariés, internes, etc.), créant ainsi une réserve médicale.
- les périodes actuelles d'ouverture de la PDS ont été définies avec l'extension au samedi après-midi entre autre.
- la participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du SAMU a été mentionnée.

Trois rapports ont orientés les pouvoirs publics dans l'amélioration de la PDS ces dernières années. Il s'agit des rapports :

- « Jean-Yves Grall » (47) en août 2007, Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins, remis au ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Madame Roselyne Bachelot-Narquin.
- « Gérard Larcher » (48) en avril 2008, Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, remis au Président de la République, Mr Nicolas Sarkozy.
- « Philippe Boennec » en octobre 2008 (49), Rapport d'information fait au nom de délégation à l'aménagement et au développement durable de l'Assemblée Nationale sur la permanence des soins.

Ils ont permis de faire un état des lieux des difficultés rencontrées lors de l'organisation de la PDS et d'établir une base pour les orientations futures. Ils ont pointé du doigt les incohérences d'une PDSA « peu fiable, fragile et coûteuse » (47) :

- le financement et l'organisation de la PDS ne relèvent pas des mêmes responsables,
- la répartition des professionnels sur le territoire est mauvaise malgré les aides accordées pour l'installation en zones déficitaires,
- les évolutions de la société (féminisation, aménagement du temps de travail, lieu d'exercice de préférence citadin de la médecine, évolution des besoins et des attentes de la population) doivent être mieux prises en compte,
- le rapport coût/service à la population est peu satisfaisant.

Ils ont débouché sur une re-sectorisation du territoire pour mieux répondre aux besoins de la population (le nombre de secteurs est passé de 2696 en 2008 à 2267 en 2011, 1910 en 2012 et 1764 fin 2013 (2)). Elle s'accompagne d'un arrêt progressif des gardes à minuit, au lieu de 8h, en reportant la demande vers les hôpitaux. En 2008, 1/3 des secteurs arrêtaient la PDS à minuit. Plus de la moitié d'entre eux sont concernés aujourd'hui : 55% en 2013 (2). Cependant, malgré cette évolution, la question du relais avec les services hospitaliers ou d'autres structures libérales restait peu abordée.

Ces rapports ont également apporté une réorientation de la gestion de la PDSA vers les ARS, un encadrement contractuel du volontariat, une généralisation des MMG en privilégiant leur adossement à des structures de soins existantes tout en conservant un réseau de médecins mobiles, une amélioration de l'évaluation du dispositif, une meilleure formation universitaire à la médecine de premier recours, ...

Faisant suite à la Loi HPST « hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009 (8), les dernières modifications importantes interviennent en 2010 avec la publication le 13 juillet de deux décrets, n°2010-809, relatif aux modalités d'organisation de la PDS (14) et n°2010-810, relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (15). La responsabilité de l'organisation, de ce qui est maintenant appelé la PDSA (ambulatoire), est désormais placée sous la responsabilité du directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Les ARS seront tenues de mettre en place le cahier des charges de la PDSA (CDCP). L'organisation des urgences et de la PDSA est ainsi confiée à une autorité unique dans un souci de simplification et d'efficacité globale de l'offre de soin.

Références bibliographiques

- 1 AGENCE REGIONALE DE SANTE DE RHONE-ALPES
La permanence des soins ambulatoires
<http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/La-permanence-des-soins-ambula.123848.0.html>
- 2 ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
L'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale au 31 décembre 2013
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds_cnom2014.pdf
- 3 AGENCE REGIONALE DE SANTE D'AQUITAINE
Cahier des charges de la Permanence Des Soins en médecine Ambulatoire en Aquitaine [en ligne]
http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/04_PS_Struct_sante/404_Soins_1er_recours/CDC_PDSA_20_11_2012.pdf
- 4 AGENCE REGIONALE DE SANTE AUVERGNE
Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires, remis en février 2012
http://www.ars.auvergne.sante.fr/fileadmin/AUVERGNE/PAPS_AUVERGNE/Vie_professionnelle/PDSA/CDC_V15_03.02.2012.pdf
- 5 AGENCE REGIONALE DE SANTE CENTRE
Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires, remis en mai 2013
http://www.ars.centre.sante.fr/fileadmin/CENTRE/Internet_ARS/Soins_et_accompagnement/PDSA/Cahier_charges_PDSA_01_05_2013.pdf
- 6 AGENCE REGIONALE DE SANTE ALSACE
Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires, remis en janvier 2013
http://www.ars.alsace.sante.fr/fileadmin/private/ALSACE/PAPS/Cahier_des_charges_PDSA2013.pdf
- 7 AGENCE REGIONALE DE SANTE MIDI-PYRENEE
Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires, réactualisé en juillet 2014
http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Organisation_et_qualite_des_soins/Permanence_des_soins/PDSA/PDSA_2014/cahier_des_charges_regional_de_la_PDSA_en_Paca_au_1er_juillet_2014.pdf
- 8 ASSEMBLEE NATIONALE ET SENAT
JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1
LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
NOR: SASX0822640L

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- 9 KARINE LOUVEL, THIERRY FILLAUT
Prémices de la permanence des soins en France (1870-1950)
la revue du praticien, vol. 58, 15 juin 2008
<http://www.larevuedupraticien.fr/histoire-de-la-medecine/les-premices-de-la-permanence-des-soins-en-france-1870-1950>
- 10 MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE
JORF n°82 du 8 avril 2005 page 6345 texte n° 14
Décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)
NOR: SANH0521313D

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000448666&dateTexte=&categorieLien=id>

- 11 **MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES**
 JORF n°214 du 16 septembre 2003 page 15863 texte n° 14
 Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)
 NOR: SANH0322761D

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000796529>
- 12 **ASSEMBLEE NATIONALE ET SENAT**
 JORF n°296 du 22 décembre 2006 page 19315 texte n° 1
 Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007
 NOR: SANX0600163L

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=7C65BDDAD19C964E4116FC8626A24B20.tpdjo14v_3?cidTexte=JORFTEXT000000796529&categorieLien=id
- 13 **MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES**
 JORF n°300 du 28 décembre 2006 page 19761 texte n° 38
 Décret n° 2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
 NOR: SANH0624923D

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=7C65BDDAD19C964E4116FC8626A24B20.tpdjo14v_3?cidTexte=JORFTEXT000000821805&categorieLien=id
- 14 **MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS**
 JORF n°0163 du 17 juillet 2010 page 13240 texte n° 36
 Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins
 NOR: SASH1006687D

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022484932&dateTexte=&categorieLien=id>
- 15 **MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS**
 JORF n°0163 du 17 juillet 2010 page 13242 texte n° 37
 Décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
 NOR: SASH1006696D

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022484947&dateTexte=&categorieLien=id>
- 16 **COUR DES COMPTES**
 La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013, remis en septembre 2013
 chapitre XII : La permanence des soins
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000618/0000.pdf>
- 17 **MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES -DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**
 Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>
- 18 **ASSEMBLEE NATIONALE ET SENAT**
 JORF n°0296 du 22 décembre 2011 page 21682 texte n° 1
 LOI n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 (1)
 NOR: BCRX1125833L

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025005833&categorieLien=id>

- 19 AGENCE REGIONALE DE SANTE
Création d'un fonds d'intervention régional pour les ARS
<http://www.ars.sante.fr/Creation-d-un-fonds-d-interven.130044.0.html>
- 20 COUR DES COMPTES
Rapport public annuel 2012, tome II, chapitre 1, la prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000069/0000.pdf>
- 21 MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS
Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé
ticket modérateur forfaitaire de 18 €
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Ticket_moderateur_forfaitaire_de_18EUR.pdf
- 22 JORF N°0050 DU 28 FEVRIER 2012 PAGE 3482 TEXTE N° 12
Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé
NOR: ETSZ1134794D

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025411455&categorieLien=id>
- 23 CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE PARIS
Transports sanitaires et non sanitaires
<http://www.extranetslm-cpam-paris.fr/5dr/fichiers/2677PN08.pdf>
- 24 INSEE INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES
POP1A - Population par sexe et âge regroupé en France métropolitaine
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP1A&millesime=2010&niveau=1&typegeo=METRODOM&codgeo=1
- 25 AGENCE REGIONALE DE SANTE MIDI-PYRENEE
Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires, remis en novembre 2012
http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/ACTEURS_EN_SANTE/PROFESSIONNELS/PDSA/ARRETE_ARRS-PDSA-2012-16_et_CC_PDSA_20121026.pdf
- 26 INSEE INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES
POP1A - Population par sexe et âge regroupé - Département des Alpes-Maritimes (06) (2010)
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP1A&millesime=2010&niveau=1&typegeo=DEP&codgeo=06
- 27 GILARDI, J.-P., LAGARDE, J.-M.,
Université de Nice., & Université de Nice-Sophia Antipolis. (2007).
Place de SOS Médecins dans la permanence des soins du secteur de Fréjus Saint-Raphaël, et évaluation de son activité.
- 28 OBSERVATOIRE REGIONAL DES URGENCES PACA
Atlas 2012 – Activité des services d'urgence (2012)
http://www.orupaca.fr/uploads/media/ATLAS_2012_ORUPACA_VWEB.pdf
- 29 LEDUC N. GROUPE DE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE EN SANTE
Les alternatives au recours à l'urgence hospitalière dans le sud de la région de Lanaudière
<http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R03-04.pdf>
- 30 PICATTO, G.
Université de Nice., & Université de Nice-Sophia Antipolis. (2005).
Evaluation de l'activité de la Maison Médicale de Garde de Fréjus-Saint Raphaël: thèse pour l'obtention du doctorat en médecine.

- 31 BOCCIOLINI, L., COLOMBANI, P.,
Université de Nice., & Université de Nice-Sophia Antipolis. (2012).
Evaluation de la maison médicale du pays de Grasse. S.l.: s.n.
- 32 LUCAS J. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS.
L'exercice médical face à la permanence des soins. Rapport sur la Commission nationale permanente
adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des médecins du 23 juin 2001.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnppermancedessoins.pdf>
- 33 INSEE INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES
Bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle en 2012
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=8&ref_id=revtc04605
- 34 FRAIMOUT, N., ZEGGAGH, A.,
Université de Nice., & Université de Nice-Sophia Antipolis. (2010).
Etude des facteurs déterminant la non-participation des médecins généralistes cannois à la permanence des
soins ambulatoires: Impact de la création d'une maison médicale de garde.
- 35 INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE (ECO-SANTE)
Nombre global de visites réalisé par les médecins omnipraticiens en France métropolitaine de 2005 à 2009
<http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA&sessionid=>
- 36 MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES -DIRECTION
DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm>
- 37 COUR DES COMPTES
La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009, remis
en septembre 2009
Chapitre V : l'organisation de l'hôpital
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000430/0000.pdf>
- 38 LAYET ALEXANDRE
Nuit (hygiène et service médical de nuit)
Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales 1889 ; 2-13:767.
- 39 EXPOSITION UNIVERSELLE INTERNATIONALE DE 1889 A PARIS.
Rapport du jury international, 1892 ;
groupe VI - classe 64 : 508.
- 40 CONSEIL NATIONAL DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE ET L'EXCLUSION
SOCIALE
L'humanitaire médico-social en France, 3 octobre 2009
<http://www.cnle.gouv.fr/L-humanitaire-medico-social-en.html>
- 41 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE
JORF du 4 janvier 1966 page 77
Décret n°65-1178 du 31 décembre 1965 relatif au régime financier applicable aux moyens mobiles de
secours et de soins d'urgence
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=01FF646481C7A9A758634DA520158482.tpdjo17v_3?cidTexte=JORFTEXT000000310351&categorieLien=id
- 42 CIRCULAIRE DGS/103/AS 3 DU 6 FEVRIER 1979 RELATIVE A L'AIDE MEDICALE URGENTE
Coopération entre le service public hospitalier et la médecine privée - Mise en place des Centres 15
Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 79/17, texte 16555 (8 p.)
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007106023&ordre=CROISSANT&nature=&g=ls>
- 43 PUBLIC SOS MEDECINS
Historique
<http://www.sosmedecins-france.fr/index.php/accueil/historique>

- 44 BUNGENER MARTINE
« Médecins : les raisons d'une colère »,
Propos recueillis par Jean-Yves Nau, Le Monde, 6 janvier 2002
- 45 MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES
Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, par Charles Descours, remis en janvier 2003.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000036/0000.pdf>
- 46 MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE
JORF n°126 du 1 juin 2005 page 9765 texte n° 29
Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n° 1, n° 3 et n° 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes
NOR: SANS0521923A

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000444722>
- 47 MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Rapport : mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins par le Dr Jean-Yves GRALL
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000534/0000.pdf>
- 48 MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par m. Gérard Larcher remis le 10 avril 2008
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf
- 49 ASSEMBLEE NATIONALE – DELEGATION A L'AMENAGEMENT ET AU DEVELOPPEMENT DURABLE DU TERRITOIRE
Rapport d'information sur la permanence des soins, par Philippe Boënnec, remis le 21 Octobre 2008.
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1205.pdf>
- 50 AGENCE REGIONALE DE SANTE DE HAUTE-NORMANDIE
Cahier des charges régional - Région Haute Normandie, du 30 janvier 2012 [en ligne]
http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/SoinsEtAccompagnement/permanence_des_soins_ambulatoire/PDSA_27_CCHG_VDF_20120306.pdf
- 51 JORF N°209 DU 8 SEPTEMBRE 1995 PAGE 13305
Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale
NOR: SANP9502310D

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=FEABB2B3AA9A145A1FE68BC2247368EF.tpdj_o14v_3?cidTexte=JORFTEXT000000555170&categorieLien=id
- 52 COUR DES COMPTES
La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012, remis en septembre 2012
chapitre XI : les transports de patients à la charge de l'assurance maladie
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000500/0000.pdf>
- 53 INSEE INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES POP5 -
Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et type d'activité en France
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP5&millesime=2010&niveau=1&typegeo=FE&codegeo=1
- 54 INSEE INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES Les
bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) et de l'Allocation de parent isolé (API) en 2012
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=beneficiairesaahapi
- 55 SECURITE SOCIALE – ASSURANCE MALADIE

Répartition du nombre d'ETM et taux d'incidence en fonction des 30 affections de la liste avec, pour chaque affection, la répartition en fonction du sexe et de l'âge moyen des bénéficiaires - Année 2012
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/incidence/ald-30-en-2012.php>

- 56 MINISTERE DE L'INTERIEUR - SECRETARIAT GENERAL A L'IMMIGRATION ET A L'INTEGRATION
Nombre de bénéficiaires annuel de l'aide médicale d'État (AME) en 2012
http://www.data.gouv.fr/es_AR/dataset/45-nombre-de-beneficiaires-de-l-aide-medicale-d-etat-ame-30379708

Serment D'Hippocrate :

« En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque. »

Table des Matières

TITRE.....	2
LISTE DES PROFESSEURS	3
REMERCIEMENTS.....	8
SOMMAIRE	10
LISTE DES ABREVIATIONS.....	12
INTRODUCTION	13
GENERALITES SUR LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES (PDSA)	15
1) DEFINITION.....	15
2) HISTORIQUE ET LEGISLATION	15
3) STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT.....	18
4) FINANCEMENT.....	25
5) ETAT DES LIEUX NATIONAL DE LA PDSA EN 2014	27
6) DANS LES ALPES MARITIMES (06)	29
MATERIELS ET METHODES	33
A. REVUE DE LA LITTERATURE	33
B. OBJECTIFS DE L'ETUDE :.....	34
C. TYPE D'ETUDE.....	34
D. POPULATION CIBLE	35
E. LIEU DE L'ETUDE	35
F. PERIODE D'ETUDE.....	35
G. LE QUESTIONNAIRE.....	36
H. RECUEIL DE DONNEES	40
I. ANALYSES STATISTIQUES	41
RESULTATS	42
A. GENERALITES	42
B. LE PATIENT	45
C. LA CONSULTATION VUE PAR LE PATIENT	62
D. LA CONSULTATION VUE PAR LE MEDECIN	77
DISCUSSION	91

A.	INTERET DE L'ETUDE.....	91
B.	COMMENTAIRES DE L'ETUDE.....	93
C.	LIMITES DE L'ETUDE ET PRESPECTIVES D'ETUDES A VENIR	114
	1) LIMITES DE L'ETUDE	114
	2) PERSPECTIVES D'ETUDES A VENIR	116
	CONCLUSION	118
	ANNEXE	120
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	125
	SERMENT D'HIPPOCRATE	131
	TABLE DES MATIERES.....	132
	RESUME.....	134

Résumé

Introduction : La Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA), instaurée timidement à la fin du XIX^e siècle, est en perpétuelle évolution. De nombreuses réformes sont venues améliorer le dispositif au fil des années. La PDSA est rentrée dans sa dernière version depuis la parution en 2012 et 2013 des Cahiers des Charges Régionaux par les ARS. La tendance actuelle, dans un contexte de restrictions budgétaires, est de limiter le dispositif après minuit. Nous avons donc décidé d'étudier les déterminants du choix de recours aux services de la PDSA et de discuter l'application de cette tendance dans notre département.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude descriptive et transversale, réalisée sous forme de questionnaire. Elle a eu lieu dans les bassins cannois et grassois, de 20 heures à 8 heures, sur une durée de 6 mois. Le recueil de donnée a été effectué par des médecins de gardes dans les réseaux d'urgences à domicile et les maisons médicales du bassin. Plus aucun médecin installé n'effectuait de garde à son cabinet. La population cible était l'ensemble des patients ayant recours à la PDSA durant les 33 gardes étudiées.

Résultats : Nous avons recueilli 198 questionnaires. De nombreux facteurs ont modifié le choix de recours à la PDSA. Les principaux sont l'âge, corrélé à l'activité et l'autonomie, le délai symptôme-consultation, la gravité perçue, le fait de se rendre aux urgences ou encore d'attendre le lendemain pour consulter. La distance domicile-SAU le plus proche n'a pas influencé ce choix. Les MMG et les RUD sont complémentaires et ne s'adressent pas aux mêmes populations. Les coûts sont plus élevés dans les RUD, par rapport aux MMG, pour la sécurité sociale, mais pas pour les patients du fait du tiers payant.

Discussion : Les différents services n'ont pas une place claire et définie. Les RUD sont utiles pour les personnes âgées et peu autonomes. Les MMG, particulièrement adaptées aux enfants et adolescents, n'ont pas de réelle utilité d'urgence. Celles adossées aux services d'urgences ont une activité très faible et leur fonctionnement n'est pas optimal. 1/3 des consultations ne sont pas justifiées. Les SAU sont submergés de consultations à motifs non urgents : le tri des patients n'étant pas réalisé. La régulation est efficace mais pas suffisamment développée : moins de 10% des consultations de l'étude ont été régulée. Elle pourrait être étendue, comme souhaité initialement, à l'ensemble des patients ayant recours à la PDSA.

Mots clés : médecine générale, Permanence de soins ambulatoires, maisons médicales de garde, SOS médecins, service d'accueil des urgences, régulation.