



HAL
open science

Analyse descriptive des consultations au CPSP de Neufchâtel-en-Bray en 2014

Julie Cornu Chopinaud

► **To cite this version:**

Julie Cornu Chopinaud. Analyse descriptive des consultations au CPSP de Neufchâtel-en-Bray en 2014. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01454981

HAL Id: dumas-01454981

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01454981v1>

Submitted on 3 Feb 2017

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2016

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

Par

CORNU CHOPINAUD Julie

Née le 19 Août 1984 à Fécamp (76)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17 novembre 2016

**ANALYSE DESCRIPTIVE DES CONSULTATIONS AU
CPSP DE NEUFCHATEL-EN-BRAY EN 2014.**

Président de jury : Professeur Benoît VEBER

Directeur de thèse : Docteur Christophe GUILLERME

Membres du jury : Professeur Jacques BENICHOU

Docteur Joël LADNER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>sumombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>sumombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>sumombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale

Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique **LANIEZ**

UFR Anglais – retraite 01/10/2016

Mr Thierry **WABLE**

UFR Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie

Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNQC	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
----------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD**

UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN**

UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**

UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

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

A Monsieur le Professeur Benoît VEBER,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jacques BENICHOU,

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Recevez ici tous mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Joël LADNER,

En vous remerciant d'avoir accepté de juger cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Christophe GUILLERME,

Je te remercie de m'avoir dirigé dans ce travail, merci de ta patience et pour tes encouragements.

A mon mari, Pierre, merci de m'avoir encouragé, soutenu, supporté durant tous ces mois, il t'en reste encore (7 !)

A mes parents, vous avez toujours été là pour moi, vous m'avez toujours soutenu. C'est grâce à vous si je suis ici aujourd'hui.

A Pauline, ma petite sœur, pas toujours facile, mais finalement on y est arrivé !

A mes grands parents, à Mamie, vous n'êtes malheureusement pas présent aujourd'hui, tous mes efforts vous sont dédiés.

A mon parrain, Joël et à ma tante Mimi, vous avez été présent à chaque évènement qui a compté dans ma vie, merci d'être à nouveau présent aujourd'hui.

A ma famille, à ma marraine Jocelyne et à mon oncle Francis, à mes oncles et tantes Dédé, Fabien, à toute mes cousins et cousines et en particulier à Gregory, Lucie, Sandrine, Mélanie, Alexis, Hugo et Marie et à tous nos souvenirs.

A mes beaux-parents, Eric et Véronique merci pour tout votre soutien !

A toute ma belle-famille, Alexandre, Dorothée, Marie-Caroline, Aurélien, Séverine, Greg, Rose -marie pour ne citer qu'eux...merci pour ces beaux moments déjà partagés.

A mes amis d'internat, rouennais et à toute la boîte jaune, Sophie, Beubeu, Jovanni, Julien, Alex, Serge, Sinad, Émilie, Vanessa, Émilie D, Émilie G et Stéphanie.

A mes amis de Boulogne, Cho7, Toitoin, Francine, Nadia, Thomas, Simon, Samy, Max, Julie, Caro, John, Antoine, Diane, Adrien, Perrine, Martin et Anne-Claire.

LISTE DES ABREVIATIONS

AMB : Association des Médecins Brayons

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPS : Centre d'Accueil des Premiers Soins

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CISP-2. : Classification Internationale en Soins Primaires

CODAMUPS : Comité départemental d'aide médicale urgente et de permanence des soins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPSP : Centre de Permanence de Soins de Proximité

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

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

ECG : Electrocardiogramme

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmière Diplômé d'Etat.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MMG : Maison Médicale de Garde

MSPD : Maison de Santé Pluri Disciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PDSES : Permanence Des Soins en Etablissement de Santé

POSU : POle Spécialisé d'Urgence

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil et traitement des urgences

SDIS : Services Départementaux d'Incendie et de Secours

SELARL : Société d'Exercice Libéral A Responsabilité Limitée

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire

SU : Structure d'Urgence

UPATOU : Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

WONCA : World organization of national colleges academies and academic associations of general practitioners

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS.....	19
INTRODUCTION.....	22
1ère partie	22
Présentation de la problématique générale	22
Organisation de la réponse aux soins urgents et non programmés en France	23
Les différents services d'urgence en France	23
L'offre de soin hospitalière en Haute-Normandie	26
Présentation de la permanence des soins en France	27
Permanence Des Soins et continuité des soins, 2 notions distinctes	30
Les Motifs de recours aux soins	30
2ème partie.....	31
Historique du CPSP	31
L'objectif du CPSP	31
Fonction régionale.....	32
Description et fonctionnement actuel CPSP	32
le CPSP, une structure à part.....	35
METHODE	37
RESULTATS	39
DISCUSSION.....	47
BIBLIOGRAPHIES	53
ANNEXE	56

INTRODUCTION

1ère partie

Présentation de la problématique générale

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les trois fonctions fondamentales d'un système de santé sont d'améliorer la santé de la population, de répondre à ses attentes en matière sanitaire et de fournir une protection financière en cas de maladie ou de séquelles (1).

La santé est pour notre société actuelle un bien, un droit, une exigence.

La santé représente le bien le plus précieux pour chacun d'entre nous.

Elle caractérise aussi une politique qui s'inscrit dans les valeurs de la république définies par la liberté, l'égalité, la fraternité.

La politique de santé en France est de ce fait soumise à des exigences souvent contradictoires comme par exemple d'un côté l'égalité d'accès aux soins pour tous, de l'autre la liberté de choix du praticien et pour ce dernier la liberté d'installation (2).

Il existe, en effet, au sein d'un territoire des zones non égalitaires, sous dotées en offre de soin ne permettant pas de garantir un recours aux soins conformément au principe d'égalité inscrit en république. Devant ce constat, l'assurance maladie a prévu des dispositions par sa loi du 13 août 2004 en vue d'améliorer la répartition sur le territoire de l'offre libérale de soins en ville. Par l'article L.162-47 du code de la sécurité sociale, il est prévu que la Mission régionale de santé identifie des zones rurales ou urbaines qui peuvent nécessiter d'aides (Assurance maladie, Etat, collectivités locales) mentionnées à l'article L.162-14-1 (3).

Parallèlement à ce constat, la fréquentation des services d'urgences a fortement augmenté et notamment suite à la canicule de 2003. En effet, entre 1990 et 2004, le nombre de passages dans les unités d'accueil et de traitement des urgences a doublé, passant de 7,2 à 14 millions (8- 9). Ce qui est à l'origine de changements importants au sein de leurs structures.

Chaque Agence Régionale de Santé (ARS) a donc défini des zones déficitaires, des territoires au sein même de sa région où l'offre de soin ne permet pas de répondre à la demande de soin de la population.

Neufchâtel-en-Bray, au cœur du pays de Bray en Haute-Normandie faisait partie d'une de ces zones déficitaires, territoires sous dotés en offre de soins ambulatoires et hospitaliers. Depuis 1997, les acteurs locaux et régionaux ont permis d'apporter une réponse à cette problématique de santé publique et de donner naissance à un système bien particulier,

innovant au sein de l'offre de soin de Haute-Normandie le Centre de Permanence de Soins de Proximité (CPSP).

Organisation de la réponse aux soins urgents et non programmés en France

Actuellement, la réponse aux soins urgents et non programmés est assurée essentiellement par deux grandes structures, la médecine d'urgence représentée par les « structures d'urgences » et la médecine générale libérale dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires.

Les structures de médecine d'urgence assurent une mission de service public. Elles comportent les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et Centre 15, les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et les Services des urgences (SU).

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) couvre les nuits et les week-ends ainsi que les jours fériés à des horaires définis, correspondant ainsi aux périodes en dehors de l'ouverture des cabinets médicaux de ville.

A côté de ses 2 grandes entités il existe une autre structure privée, SOS Médecins.

L'organisation SOS Médecins est présente dans de grandes agglomérations, elle regroupe 62 centres et un millier de praticiens. L'organisation revendique 60% des actes de la PDSA en milieu urbain, soit 2,5 millions d'interventions à domicile ou de consultations, sur 4 millions d'appels reçus (4).

Les différents services d'urgence en France

Les SU sont un élément fondamental et un pivot de notre système de santé actuel. Ils sont organisés en réseau hiérarchisé et coordonné. Mais ils ont simultanément une mission d'appui et de recours à l'égard des unités de proximité situées au sein du même bassin de population par des conventions entre établissements. Ils ont été conçus historiquement pour répondre à la demande de soin d'urgence pour lequel le pronostic vital est menacé. Dans un contexte dans lequel le recours aux soins est devenu de plus en plus difficile, ils ont vu leur vocation évoluer au fil des années, en apportant une réponse de soin à la population.

D'autre part, ils sont en constante évolution, devant s'adapter à une augmentation croissante de leur fréquentation. En France, le nombre de passages ne cesse de croître depuis 1996 en augmentant de 4 % par an. En 2011, le nombre de passages au sein des SU était de 18 millions. De 1990 à 2000, le nombre de passages aux SU publics hospitaliers est passé de 7,2 à 12,7 millions. De 1996 à 2007, il est passé de 10 à 15,9 millions. Cela correspond à un taux moyen annuel de recours de 26 passages pour 100 habitants (8-10-11).

Les causes de cette augmentation du nombre de passages au sein des SU sont nombreuses, on peut évoquer les difficultés pour certain patient d'avoir recours à un médecin libéral, le changement de comportement du patient exigeant une réponse rapide et une prise en charge immédiate d'un problème ne relevant pas de l'urgence vraie mais également de l'essor d'internet qui peut être une source d'angoisse pour le patient et nécessitant un avis médical rapide.

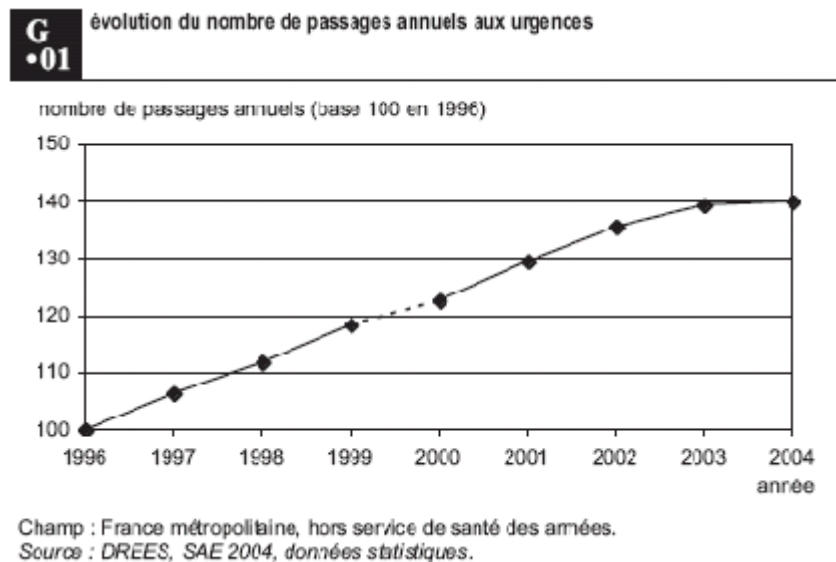


Figure 1. évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996
D'après <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html> (8)

Les SU sont divisés en 2 types d'établissements, public et privé. La grande majorité appartient au service public hospitalier. Leurs activités vont de moins de 10 000 à plus de 75 000 passages par an (4).

Depuis quelques années on assiste à une augmentation plus rapide du nombre de passage dans les établissements privés, cependant le secteur public reste dominant il représente 75% des passages (9-12).

Leurs organisations se sont vues modifiées par le plan urgence 2003-2008 qui fait suite à la canicule de 2003.

Auparavant en France, les SU étaient divisées en plusieurs entités structurant l'accueil des urgences sur le territoire selon la classification définie par les décrets n° 95-647 du 9 mai 1995 et n° 97-615 du 30 mai 1997, distinguant ainsi différents types de services ayant des missions sensiblement différentes :

- Les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) :

Ces services assuraient la prise en charge des " venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique" (4). Ils assuraient ainsi la prise en charge de tous types d'urgence qui se présentent à eux, y compris les patients dont le pronostic vital est menacé et qui requièrent une hospitalisation en réanimation (4).

- Les unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) :

Ces structures assuraient également les soins de tout patient qui se présentait, traitant sur place ceux qui nécessitent des soins correspondant à leurs moyens techniques et humains et orientaient les autres vers des établissements adaptés dans le cadre de « contrats relais » passés avec chacun d'entre eux, définissant au préalable les règles de ces coopérations

- Les pôles spécialisés des urgences (POSU) :

Ils n'assuraient qu'un type d'urgence en rapport avec leurs plateaux techniques et leurs disciplines d'équipement (pédiatriques, cardiologiques, neurologiques).

En 2006, l'effectif total de ces unités d'urgence autorisées était de 631 dont 208 SAU, 385 UPATOU et 38 POSU (13). Ainsi suite à la création du plan urgence 2003-2008, est né la permanence des soins et les UPATOU, POSU et SAU ont été supprimés et remplacés par les « Structures d' Urgences » « SU » (14-15).

La régulation médicale a été également repensée en renforçant la coordination entre les numéros des centres d'appels dédiés aux appels d'urgences 15 et 18. Des conventions ont été signées entre les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS), le SAMU, le SMUR et les ambulanciers privés (12, 16, 17). Les médecins exerçant dans toutes ces structures doivent être « urgentistes » ou s'engager dans une formation universitaire en médecine d'urgence (18, 19).

L'organisation actuelle de la médecine d'urgence regroupe donc 3 entités :

- les SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) – centre téléphonique 15- reçoivent, traitent les appels, orientent les patients
- Les SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation), obligatoirement rattachés à un SU, permettant la prise en charge sur place des patients
- Les structures d'urgences SU, accueillant les patients dont ceux transportés par le SMUR

En 2009, en France, on dénombrait 648 structures des urgences. 19,3% d'entre elles étaient des établissements privés à but lucratif et 6,5 % à but non lucratif. La majorité des SU

font donc partie du secteur public, ils prennent ainsi en charge 75 % des patients. On dénombre dans les structures d'urgence en France plus de 17 millions de passages (20).

L'offre de soin hospitalière en Haute-Normandie

L'ARS de Haute-Normandie a établi une carte de l'offre de soins qui est structurée par des territoires de santé qui sont associés aux Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) (3).

La région Haute-Normandie est divisée en 4 zones : Dieppe, le Havre, Rouen-Elbeuf, Evreux-Vernon. Un seul Centre hospitalier régionale et universitaire CHRU situé Rouen rive-droite.

Au sein de chaque zone il faut au moins un centre hospitalier à partir duquel rayonnent en étoile des hôpitaux locaux, des établissements privés.

La zone de Rouen est découpée en 2 couronnes :

- la première rayonne autour du CHRU il s'agit de la zone urbaine rouennaise qui regroupe 25 établissements en totalité.
- la seconde en périphérie, qui regroupe le reste de la zone urbaine de l'agglomération rouennaise (Elbeuf, Grand-Couronne...), la couronne périurbaine, les communes multi polarisées, les pôles d'emploi ruraux et leur couronne puis l'espace rural. 24 établissements sont présents dans cette zone.

Au sein de la deuxième couronne Rouennaise, on dénombre :

- 3 centres hospitaliers CHI (neufchâtel en Bray, Elbeuf, Louviers)
- 5 hôpitaux locaux (Yvetot, Barentin, Bourg-Achard, Pont-de-L'arche, Gournay-en-Bray) situés tous en pôle urbain ou couronne périurbaine.

Le centre hospitalier de Neufchâtel-en-Bray est le seul qui se situe en pôle d'emploi rural et autour duquel on ne retrouve ni établissements privés ni hôpital local.

Concernant la proximité aux SU, de très nombreuses communes sont éloignées de 25 km ou plus d'une structure d'urgence, notamment dans le pays de Bray.

En effet, le Plan urgences 2013-2015, révèle que la couverture territoriale en réponse à des soins urgents centre d'urgence et ou relevant de l'intervention d'un SMUR ne permet pas une intervention en moins de 30 minutes sur une bonne partie du territoire.

En effet, sur la zone de Rouen dont dépend Neufchâtel-en-Bray 133 communes se trouvent éloignées d'une distance égale ou supérieure à 30 min des centres d'urgences et ou de l'intervention d'un SMUR, par contre 127 communes sont couvertes par un centre alternatif

de premier soins à moins de 30 minutes de Gournay-en-Bray, Yvetot et Neufchâtel-en-Bray (21).

En 2004, la cour des comptes analyse le taux annuel de passages aux urgences (rapport nombre de passage à la population), il est de 23,5 % en France métropolitaine.

Dans 6 régions on retrouvait un taux supérieur à 25 %, la Haute-Normandie en fait partie, elle enregistre le taux le plus élevé en France métropolitaine du nombre de passages (29,3 %).

En Haute-Normandie, on note une augmentation de 25 % de la fréquentation des services d'urgence entre 1998 et 2004 (534 007 passages en 2004). Cette augmentation se poursuit entre 2004 et 2008 avec 559 607 passages recensés en 2008 pour stagner depuis 2008 (554 108 en 2010) (22).

Présentation de la permanence des soins en France

La Permanence Des Soins en France (PDS) est définie par le rapport de 2003 "comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant" (23).

L'offre de soins générée par la PDS est à la fois libérale et hospitalière, le but étant de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins.

Elle est ainsi reconnue par la loi française comme « une mission de service publique » selon les articles L6314-1 du code de la santé publique résultant de la loi HPST du 21 juillet 2009.

On distingue ainsi la PDS en secteur hospitalier et la PDS en secteur ambulatoire :

- La Permanence Des Soins en Etablissement de Santé (PDSES) :

La PDSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de patients nécessitant des soins non programmés le soir à partir de 18h30 jusqu'à 8h00 le lendemain matin, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés.

La permanence des soins est assurée par une « ligne » de garde, qui comporte soit des astreintes complètes soit des astreintes partielles qui ne couvrent que le début de nuit ou que le week-end.

Le praticien de garde (ou d'astreinte) devra assurer les demandes de soins pour les patients arrivant de l'extérieur de l'établissement mais également pour les patients séjournant au sein de l'établissement de santé.

Les établissements de santé devront continuer à garantir la continuité des soins en dehors de ces lignes de permanence des soins et pourront prendre en charge des urgences.

- La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) :

En médecine ambulatoire, La continuité des soins (article 47 du code de déontologie) est assurée par le médecin traitant de 8h le matin à 20h le soir. Pendant ces horaires, sauf urgence vitale, il convient d'appeler son médecin traitant qui répondra ou orientera sur un confrère. En dehors de ces horaires, la continuité des soins est donc assurée par la PDSA. En effet, l'article L.4130.1 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) a établi les missions de médecin généraliste de premier recours, dont l'une d'elle est de «participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ». En 2003, le rapport du sénateur Descours en 2003, suite aux mouvements de grève des médecins généralistes en 2001, redéfinit la PDSA comme étant « une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant » (24).

Le lien entre le patient et la permanence des soins ambulatoire est assuré par le Centre 15 ou par une plate-forme de régulation ayant passé convention et interconnectée avec le Centre 15. Le texte du 15 septembre 2003 est le suivant (art R 732) : « L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le Samu. Lorsque la régulation ne peut être organisée dans ce cadre elle doit être interconnectée avec ce service. ». Un des éléments essentiels au bon fonctionnement des urgences et de la PDS est l'orientation du patient. La régulation médicale téléphonique permet de définir dès l'appel du patient la nature de la réponse à lui apporter, la responsabilité de la décision revenant à un médecin régulateur (25).

La permanence des soins se fait sur la base du volontariat depuis 2003. Le caractère volontaire de la participation à la PDSA a été promulgué dans le rapport du sénateur Descours en 2003 (24). Il existe néanmoins de fortes disparités de cette participation sur le territoire français, en raison principalement des disparités de densité médicale régionale, avec généralement un taux plus faible de participants dans les grands centres urbains mieux dotés. La vérification de l'éligibilité des médecins sur le tableau de garde transmis par chaque secteur est confiée au conseil départemental de l'ordre des médecins.

Les articles L.6314-1 du code de la Santé Publique et 77 du code de déontologie médicale, ont été tous les 2 modifiés, il est désormais du devoir du médecin de participer à la permanence des soins (23).

D'autre part, pour encadrer cette PDSA, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a demandé à la Haute autorité de santé de publier des recommandations de bonne pratique

(mars 2011) sur les modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale (25).

Deux systèmes existent aujourd'hui pour assurer cette permanence des soins :

- Le médecin libéral qui est de garde reçoit sur rendez-vous à son cabinet suivant le type d'appel reçu.
- Le médecin libéral assure cette permanence dans une maison médicale de garde où l'accès est soit libre, soit régulé par le centre 15.

La PDSA repose sur la régulation médicale assurée par le centre 15 ou un centre d'appel spécifique interconnecté avec le centre 15 et lié par une convention à celui-ci (la circulaire n°195 du 16 avril 2003 incite à une centralisation de ces appels (11).

Suite à un appel au centre 15, le permanencier qui reçoit les appels est appelé Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) et qui oriente selon le niveau d'urgence ensuite le patient vers le médecin régulateur : soit vers le médecin régulateur généraliste ou soit vers le médecin régulateur spécialisé dans la médecine d'urgence. Toute consultation réalisée dans le cadre de la PDSA doit être régulée en amont par le médecin régulateur généraliste (code de la santé publique) (25).

Il oriente ensuite le patient en examinant au mieux sa demande pour lui offrir la réponse la plus adaptée. Plusieurs alternatives s'offre à lui :

- adresser le patient vers le médecin généraliste de garde en secteur ambulatoire
- orienter le patient vers une structure d'urgence
- donner un conseil au patient (prise médicamenteuse par exemple) si l'appel ne relève pas d'une consultation en urgence avec la possibilité de le rappeler.

Préserver la qualité des soins de façon équitable sur tout le territoire et notamment en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, est donc un enjeu de santé publique.

La permanence des soins repose sur une organisation encadrée juridiquement et est assurée par un système d'indemnisation décrite par le ministère de la santé (6) :

- Elle est organisée sous l'autorité du Préfet et avec l'aide du Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUP-TS). Chaque département étant divisé en secteur, chaque secteur correspond à un médecin libéral de garde ou à une association de permanence des soins selon le tableau départemental de permanence (6).
- L'indemnisation des médecins libéraux assurant la permanence des soins est établie par les avenants 4 et 27 de la convention médicale, le médecin de garde reçoit ainsi un forfait d'astreinte :
 - 50 euros pour la période 20h-24h
 - 100 euros pour la période minuit-8h

- 150 euros pour les dimanches et jours fériés

Par ailleurs, chaque acte effectué durant la période d'astreinte est rémunéré suivant des majorations spécifiques inscrites dans une grille conventionnée par l'assurance maladie.

Permanence Des Soins et continuité des soins, 2 notions distinctes

La PDS et la continuité sont en effet deux notions bien distinctes qui sont importantes à différencier. Elles sont également complémentaires.

La continuité des soins est une caractéristique fondamentale de l'exercice de la médecine générale.

La WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, souvent abrégé en World Organization of Family Doctors), correspond à l'organisation mondiale des médecins généralistes en 2002. Elle définit la continuité des soins ainsi : "Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée" (7). La continuité des soins est aussi un devoir du médecin généraliste, comme le rappelle le code de déontologie : "quelles que soient les circonstances, tout médecin doit veiller à ce que la continuité des soins soit assurée" ou encore la récente Loi HPST sous un chapitre intitulé : "Continuité des soins en médecine ambulatoire" : "La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances.

Les Motifs de recours aux soins

Les motifs de recours au soin ont été étudiés à plusieurs reprises en France. Ils sont divers et variés et souvent étudiés selon le sexe et les classes d'âge. En 2002, la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a réalisée une enquête sur les motifs de passages au sein des SU. Les 2 principaux motifs sont représentés par les motifs traumatiques (46%) et les motifs somatiques (46%). La part restante est en grande partie représentée par les motifs psychiatriques (2.5 %) (26).

2ème partie

Le réseau territorial de santé du pays de Bray est une zone recensant 63 600 habitants ce qui correspond à 48 habitants au kilomètre carré.

On recense 60 médecins généralistes au sein de son territoire.

En France en 2011, la densité moyenne de médecins généralistes était de 88 médecins généralistes pour 100 000 habitants. En Haute-Normandie elle était est de 72 médecins généralistes pour 100 000 habitants (27).

La Haute-Normandie possède donc une faible densité médicale, avec de fortes disparités dont le Pays de Bray fait partie.

Historique du CPSP

En réponse à ce désert médical à laquelle les médecins du pays de Bray commençaient à être confrontés, les médecins libéraux présents dans le territoire du pays de Bray décident de créer l'Association des Médecins Brayons (AMB) en 1997.

Puis vient la création en 1999 d'un Centre Accueil Premiers Soins (CAPS) qui donne naissance en 2003 à une Maison Médicale de Garde (MMG) assurant la PDSA.

En 2007, pour encadrer l'activité, leurs membres créent la société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL) des médecins généralistes.

En 2008, le CPSP prend la suite de la MMG.

En 2012, la Maison de Santé Pluri Disciplinaire (MSPD) est créée, elle est composée de médecins généralistes participant tous à l'activité du CPSP, d'un dentiste, d'infirmières libérales. Elle est en lien direct avec le CPSP.

En 2014, l'ensemble abouti au Réseau Santé Territorial du pays de Bray.

L'objectif du CPSP

L'objectif primaire de la structure CPSP est d'assurer la continuité des soins conformément aux principes régis précédemment en apportant à la population une offre de soin égalitaire et de qualité au sein de son territoire.

Il assure également une complémentarité avec le cabinet et plus particulièrement avec la MSPD.

Le CPSP est également en lien direct avec les structures d'urgence avec lesquelles il crée des partenariats à partir de conventions inter-établissements.

Il s'agit ainsi d'un dispositif spécifique basé sur des principes affirmés, construit par des acteurs locaux et dont l'organisation s'est vue modifiée au fil des années pour arriver en 2014 à une structure permettant d'assurer ainsi la PDS au cœur du pays de Bray qui fonctionne.

Le CPSP permet tous types de prises en charge, il assure une complémentarité du cabinet en disposant de moyens humains et de matériels spécifiques et adaptés.

Fonction régionale

Cette structure dispose également d'une fonction régionale. En effet, les maisons et pôles de santé ont une responsabilité dans la réponse aux demandes de soins non programmés au sein de leur territoire, elles ont pour but de favoriser la structuration de l'offre de soins de premier recours. Le CPSP favorise la structuration de l'offre de soins de premier recours, en enrichissant l'offre de soins de proximité en la diversifiant et en l'ouvrant à la dimension « santé publique ».

La particularité de ce projet réside sur le fait qu'il a été construit à partir de besoins définis et non sur des moyens, enrichissant ainsi l'offre de soins de proximité par sa diversification.

Description et fonctionnement actuel CPSP

Description générale du CPSP

Le centre de permanence de soins de proximité est un centre de soins non programmés de proximité qui repose sur un fonctionnement original : il s'agit d'une structure privée au sein de l'hôpital public (Centre hospitalier de Neufchâtel-en-Bray).

Il assure un accueil de soins de ville, non programmés, sur régulation la nuit, en appui aux médecins généralistes installés en libéral au sein de son territoire.

Les soins dispensés ne relèvent pas de l'activité des urgences hospitalières.

Deux périodes sont définies la période entre 8h et 20h00 et la période de PDSA 20h-8h, Il est ouvert 7 jours sur 7.

En nocturne, le médecin intervient sur sollicitation de l'infirmière présente dans la structure hospitalière.

Le médecin dispose d'une chambre sur le site.

Fonctionnement actuel

Il assure donc la permanence des Soins non programmés 7j/7j et 24h/24h au sein du réseau territorial de santé du pays de Bray.

Aux heures d'ouverture des cabinets médicaux un seul médecin assisté d'une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) assure la permanence, il s'agit d'un médecin de la Maison de Santé Pluri Disciplinaire (MSPD) qui compte en 2014 10 médecins collaborateurs. Elle est située à proximité du CPSP.

En dehors de ses horaires soit entre 20 heures et 8 heures, la permanence est assurée par des médecins membres de l'Association Médecins Brayons (AMB), on y dénombre selon les années entre 30 et 50 membres depuis sa création.

Un seul médecin est présent en nocturne, 2 médecins présents en période d'affluence (samedi après midi, dimanche en journée et jours fériés).

La particularité de ce système réside dans le fait que ce sont les médecins libéraux membres de l'AMB qui assurent la permanence des soins hospitaliers.

Description détaillée

Le CPSP est une petite structure située au rez-de-chaussée du centre hospitalier de Neufchâtel-en-Bray, et comprenant : 1 salle d'attente, 1 bureau central avec 3 postes : 1 pour l'IDE réservé à l'accueil administratif des patients, 2 postes directement juxtaposés à ce dernier réservés à chacun des 2 médecins.

Une infirmière salariée de l'hôpital assiste le médecin en journée, la nuit il s'agit de l'infirmière en poste au sein des services du centre hospitalier qui se détache pour assurer l'accueil des patients arrivant au CPSP.

En journée, la structure dispose d'une secrétaire assurant la facturation et le suivi d'activité.

Il comprend 2 salles principales d'exams :

- une salle réservée à la traumatologie (résine/plâtre).
- L'autre salle pour les consultations de médecine et qui dispose d'une table et d'un fauteuil d'examen, d'un appareil électrocardiogramme (ECG), oxygène, du chariot d'urgence, du matériel pour la petite chirurgie (suture, ..), de la pharmacie, des consommables.

Une autre salle est également à disposition avec un scope et 2 lits pour la surveillance de certains patients en attente de transfert ou en surveillance simple.

Les dossiers patients sont informatisés pour assurer la continuité des soins, à partir du logiciel Hellodoc© à disposition sur chaque poste de soin : 1 ordinateur sur le poste d'accueil

des patients accessible à l'IDE, 1 ordinateur sur chacun des 2 bureaux réservés aux médecins de permanence.

La structure a également à sa disposition un service de radiologie, uniquement en diurne avec une manipulatrice radiologique sur place. Les radiologies effectuées sont immédiatement envoyées en numérique au service de radiologie de la Clinique de l'Europe à Rouen, puis interprétées par le radiologue d'astreinte.

Il dispose également d'un lien direct avec le service de cardiologie de la clinique Saint-Hilaire tout ECG réalisé peut être faxé au cardiologue de garde assurant ainsi une continuité des soins.

Il est également en lien avec les chirurgiens orthopédistes de la clinique de l'Europe de Rouen si un avis spécialisé est requis.

L'activité dispensée au Centre de Permanence des Soins de Proximité CPSP

En 2014, on recense 10 624 passages au CPSP. Le nombre de passages depuis 2009 au CPSP est stable. : 10 371 en 2013, 11 026 en 2012, 11 856 en 2011, 12 112 en 2010, 11 866 en 2009.

Ces infrastructures et son plateau technique en font une véritable passerelle entre le cabinet médical et les structures d'urgence. Elles permettent des prises en charge relevant de la traumatologie, d'urgences médicales assurant ainsi les premiers soins et le conditionnement du patient mais également des soins plus complexes qui peuvent donner lieu à un suivi (suivi pansement par exemple).

L'ensemble étant assuré par le binôme Médecin – IDE.

Il dispose d'autre part d'une activité de Télémédecine permettant un lien direct avec le radiologue de garde, le cardiologue et le chirurgien orthopédiste.

De cette coordination inter-établissements est né le Groupement de Coordination Sanitaire GCS- Réseau Territorial de Santé du pays de Bray.

Il s'agit d'un montage juridique regroupant : le CHI de Neufchâtel-en-Bray, les médecins libéraux du CPSP, la clinique Saint-Hilaire, la clinique de l'Europe et le CHRU de Rouen et permettant entre autre la gestion financière de la structure.

Il s'agit donc d'une structure solide juridiquement qui utilise des outils juridiques et financiers adaptés au projet s'entourant d'une équipe de juristes et avocats spécialisés en droit médical.

L'ensemble définissant un nouveau système tangent vers de nouveaux principes : un passage de la relation professionnel-patient à celle d'équipe- population.

L'Indemnisation des médecins participant à l'activité du CPSP

L'activité médicale dispensée au sein du CPSP est une activité libérale.

L'indemnisation du médecin de permanence est forfaitisée.

La facturation des actes se fait directement du patient au médecin de garde.

Ce mode de fonctionnement a nécessité un second numéro d'identification spécifique sur la carte professionnelle de santé du médecin de garde CPS permettant un relevé d'activité individuel et journalier.

Le médecin facture ainsi les actes réalisés au CPSP via le second numéro CPS qui l'identifie, le patient règle le tiers payant au médecin (télétransmission). Les virements de la caisse primaire de l'assurance maladie CPAM étant directement versés sur le compte du GCS.

Le GCS dénombre ensuite les actes et les périodes travaillées de chacun des médecins, il calcule le différentiel annuel (somme forfait-somme activités réelles pour l'ensemble des périodes). L'ARS verse ensuite chaque année le complément budgétaire visant à équilibrer le forfait des médecins et l'activité réelle.

Le règlement des forfaits garanti à chaque médecin se fait directement par le GCS.

Le médecin de permanence reçoit donc un forfait de rémunération garantissant un équivalent d'activités journalières de 32 Consultations Acte C (cotation CPAM) sur la période diurne soit 736 euros ; 36 Consultations Acte C sur la période nocturne soit 828 euros

Parallèlement aux recettes générées par l'activité libérale, le GCS peut également compter sur 2 autres ressources :

- par la participation des membres via une cotisation des adhérents de l'association des médecins brayons.
- par des financements extérieurs : budget octroyé par l'ARS.

le CPSP, une structure à part

Le CPSP est donc une structure différente de celle que l'on connaît habituellement :

- D'un point de vue juridique, structure de droit privé, au sein d'un centre hospitalier public, avec des médecins ayant tous une activité libérale
- Aucune structure similaire, ce n'est ni une maison médicale de garde, ni un service d'urgence.
- L'établissement est en lien direct et soudé juridiquement avec des partenaires tel que le CHRU permettant une complémentarité et une offre de qualité et vite réactionnelle.

Il s'agit d'un modèle unique au sein de la haute Normandie, elle est non concurrentielle des autres structures mais complémentaire. Son organisation tient donc une place centrale permettant de répondre à la demande aussi bien ambulatoire qu'hospitalière, l'ensemble en partenariat avec les paramédicaux.

L'objectif principal de notre étude est de décrire la population des patients ainsi que les motifs de consultation au CPSP. L'objectif secondaire est d'étudier la typologie de ces consultations.

METHODE

Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur l'année 2014 de la totalité des consultations au GCS de Neufchâtel-en-Bray en Haute-Normandie.

Recueil des données.

Chaque consultation est consignée dans un cahier de recueil. Ce dernier est rédigé par l'infirmière ou par le médecin de garde 24 heures sur 24.

Données recueillies

Les critères d'inclusion étaient les suivants : Tout patient réalisant une entrée administrative au GCS de Neufchâtel-en-Bray du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2014.

Les informations recueillies dans un registre par l'infirmière étaient les suivantes : nom et prénom ; date de naissance / âge ; nom du médecin de garde ; date ; heure ; le motif de consultation en 1 ou 2 mots ; le code postal de résidence du patient ; la présence ou non d'une régulation préalable ; le mode de transport ; le devenir du patient ; le mode de facturation.

Les consultations, où le motif n'avait pas été renseigné, ont été exclues.

La régulation comprend :

- orientation au CPSP suite à un appel au centre 15
- à la demande d'un médecin généraliste
- dans le cadre d'un suivi.

Les données suivantes : âge ; sexe ; plage horaire : jour 8h-20h ou nuit 20h-8h ; motif de consultation ; code postal de résidence du patient ; présence ou non d'une régulation et devenir du patient ont été rapportées pour notre étude.

Saisie des données

Les données choisies pour notre étude ont été colligées dans un tableau Excel à partir des cahiers de recueil, les registres. Chaque motif de consultation a été ensuite codé avec la classification internationale en soins primaires CISP-2.

Analyse statistique

Les variables quantitatives ont été décrites par leurs moyennes et écarts types, les variables qualitatives ont été décrites à l'aide de proportions. La comparaison des variables qualitatives a été réalisée grâce au test exact de Fischer. La comparaison des variables quantitatives a été réalisée avec le test de Student. Tous les tests ont été effectués avec un seuil de significativité de 0,05. L'analyse statistique a été effectuée en utilisant le logiciel R (version 3.0.2).

RESULTATS

Dix mille six cent vingt quatre consultations ont été réalisées au CPSP au cours de l'année 2014. Les données de 10 445 consultations ont pu être analysées.

Le tableau 1 décrit la population ayant consulté au CPSP en 2014.

Cinq mille quarante deux patients étaient des hommes soit un sex ratio de 51,7 %. L'âge moyen des patients était de 32 ans.

Les patients venaient principalement des communes de Neufchâtel-en-Bray (36,1%) et de Forges-les-Eaux (14 %).

La majorité des consultations se réalisent en diurne (85,4 %) soit entre 8h et 20h00.

Dans 63,4 % des cas, il n'y a pas eu de régulation préalable.

Soixante dix neuf virgule quatre pourcent des consultations ont été suivies d'un retour du patient à son domicile et 7,8 % des patients ont dû être transférés dans un autre établissement.

On note 0,8 % d'hospitalisation interne au sein de l'établissement de Neufchâtel-en-Bray, 4 patients ont été transférés dans un autre établissement par le SMUR et 1 patient est décédé au CPSP.

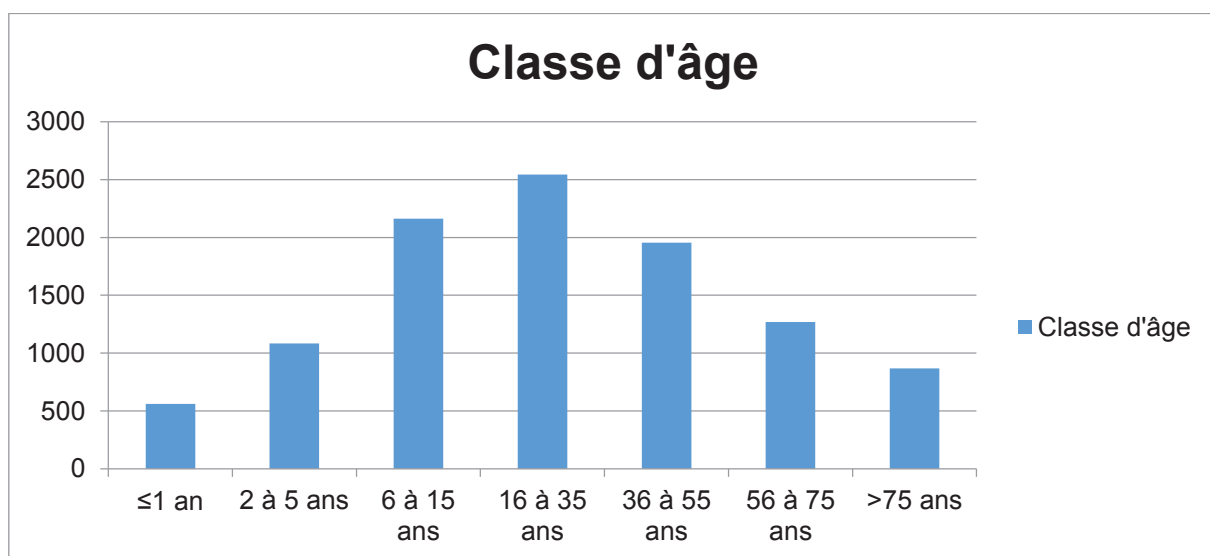
Tableau 1 : description de la population des patients consultant au CPSP en 2014

Patients consultant au CPSP (n=10 445)	
Age m ± et^a	32 ± 25
Sexe % (n)	
Homme	51.7 (5 402)
Femme	48.3 (5 043)
Communes d'origines % (n)	
Neufchâtel En Bray	36.1 (3 767)
Forges-les-Eaux	14 (1 466)
Aumale	8.1 (841)
Saint-Saëns	7.3 (763)
Londinières	5.8 (605)
Blangy-sur-Bresle	4.5 (467)
Formerie	3.6 (380)
Gaillefontaine	2.9 (304)
Buchy	2.6 (269)
Argueil	1.7 (175)
Gournay-en-bray	1.7 (173)
Autres	11.8 (1 235)
Heures de consultation % (n)	
Jour	85.4 (8 916)
Nuit	14.6 (1 529)
Régulation préalable % (n)	
Oui	31 (3 243)
Non	63.4 (6 617)
Non renseigné	5.6 (585)
Devenir % (n)	
Retour au domicile	79.4 (8 297)
Transfert	7.8 (818)
Hospitalisation interne	0.8 (86)
SMUR	0.04(4)
Décès	0.01(1)
Non renseigné	11.9 (1 239)

^a : moyenne écart type

La répartition par classes d'âge des patients consultants au CPSP en 2014 est représentée dans la figure 1. Les 3 principales classes d'âges ayant consultées en 2014 sont : principalement les 16-35 ans (24,35 %), viennent ensuite les 6-15 ans (20,71 %) et les 36-55 ans (18,73 %). Ce sont donc les patients dont l'âge est compris entre 6 et 55 ans qui ont majoritairement consultés en 2014 (63,80 %). Plus du tiers des patients avaient moins de 15 ans (36,44 %), 20,48 % des patients avaient plus de 56 ans et 8,32 % un âge supérieur à 75 ans. Les nouveau-nés et nourrissons d'âge égal ou inférieur à 1 an représentent la classe d'âge ayant la moins consultée (5,36 %).

Figure 1 : répartition des effectifs de patients consultants au CPSP en 2014 par classes d'âge.



Le tableau 2 montre la répartition des 20 principaux motifs de consultation retrouvés au CPSP en 2014 selon la classification CISP-2.

On a répertorié 226 motifs de consultation différents.

L'analyse de ces motifs de consultation en classification CISP-2 retrouve que le principal motif, sexe et classe d'âge confondus, est « coupure/lacération (S18) » (10,95 %).

« Rencontre de suivi général et non spécifié (A63) » (10,15 %) et « fièvre (A03) » (5,11 %) sont les 2 motifs suivant les plus fréquents.

On retrouve ensuite les « symptômes et plaintes » de l'appareil locomoteur (L) : « Symptômes/plaintes de la main et du doigt (L12) » (4,88 %), « Symptômes/plaintes de la cheville (L16) » (4,74 %) et « Symptômes/plaintes du pied et de l'orteil (L17) » (4,15 %).

L'addition de ces 3 motifs représente 13,77 % des motifs pour les 3 principales plaintes de l'appareil locomoteur (L12-16-17).

Les douleurs thoraciques représentées par le motif « douleur thoracique NCA (A11) » ne représente que 1,54 % des motifs de consultation.

Tableau 2 : répartition des 20 principaux motifs de consultation retrouvé au CPSP en 2014 selon la classification CISP-2 (n=10 445)

Principaux motifs de consultation CISP-2 au CPSP en 2014		% (n)
S18	Coupure/laceration	10.95 (1 144)
A63	Rencontre de suivi général et non spécifié	10.15 (1 060)
A03	Fièvre	5.11 (534)
L12	Symptômes/plaintes de la main et du doigt	4.88 (510)
L16	Symptômes/plaintes de la cheville	4.74 (495)
L17	Symptômes/plaintes du pied et de l'orteil	4.15 (434)
D02	Douleur abdominale/épigastrique	3.40 (355)
L11	Symptômes/plaintes du poignet	3.13 (327)
A80	Traumatisme/lésion traumatique NCA	2.96 (309)
S06/07	Eruption localisée/généralisée	2.52 (263)
Z09	Problème legal	2.40 (250)
L15	Symptômes/plaintes du genou	2.25 (235)
H01	Douleur oreille/otalgie	2.18 (228)
R02	Souffle court, dyspnée	1.97 (206)
D10	Vomissement	1.90 (199)
F01	Œil douloureux	1.69 (177)
U01	Dysurie/miction douloureuse	1.66 (173)
R05	Toux	1.64 (171)
A06	Evanouissement/syncope	1.58 (165)
A11	Douleur thoracique NCA	1.54 (161)
Autres		29.19 (3 049)

NCA : non classé ailleurs

Les tableaux 3 et 4 représentent la répartition des 20 principaux motifs de consultation en 2014 au CPSP suivant la période diurne et nocturne.

Les consultations diurnes représentent 85,4 %.

Sur la période 8h-20h00, le principal motif de consultation de consultation est « rencontre de suivi général et non spécifié (A63) » (11,88 %). En seconde position, on retrouve « coupure/lacération (S18) » (10,35%). Les 3 motifs suivants sont représentés par les « symptômes et plaintes » de l'appareil locomoteur : « Symptômes/plaintes de la main et du doigt (L12) » (5,43 %), « Symptômes/plaintes de la cheville (L16) » (5,23 %) et « Symptômes/plaintes du pied et de l'orteil (L17) » (4,60 %). L'ensemble de ces 3 plaintes de l'appareil locomoteur (L12-16-17) sur la période diurne représente 15,26 %.

Tableau 3 : répartition des 20 principaux motifs de consultation retrouvé au CPSP en 2014 selon la classification CISP-2 sur la période diurne (n=8 916)

Principaux motifs de consultation diurne 8-20h		% (n)
A63	Rencontre de suivi général et non spécifié	11.88 % (1059)
S18	Coupure/laceration	10.35 % (923)
L12	Symptômes/plaintes de la main et du doigt	5.43 % (485)
L16	Symptômes/plaintes de la cheville	5.23 % (467)
L17	Symptômes/plaintes du pied et de l'orteil	4.60 % (410)
A03	Fièvre	4.54 % (405)
L11	Symptômes/plaintes du poignet	3.56 % (317)
A80	Traumatisme/lésion traumatique NCA	2.99 % (267)
D02	douleur abdominale/épigastrique	2.60 % (232)
L15	Symptômes/plaintes du genou	2.51 % (224)
S06/07	Eruption localisée/généralisée	2.32 % (207)
Z09	Problème légal	2.18 % (194)
R02	Souffle court, dyspnée	1.81 % (161)
H01	Douleur oreille/otalgie	1.70 % (152)
F01	Œil douloureux	1.66 % (148)
D10	Vomissements	1.63 % (145)
R05	Toux	1.55 % (138)
L08	Symptômes/plaintes de l'épaule	1.54 % (137)
A06	Evanouissement/syncope	1.52 % (136)
U01	Dysurie/miction douloureuse	1.50 % (134)
Autres		28.88% (2 575)

Sur la période nocturne, l'analyse du tableau 4 révèle que le motif de consultation « coupure/lacération (S18) » domine à 14,45 %. On retrouve ensuite les motifs « fièvre (A03) » (8,44%), « douleur abdominale/épigastrique (D02) » (8,04 %) et « douleur oreille/otalgie (H01)» (4,97 %). Les motifs « Symptômes/plaintes de la cheville (L16) » (1,83 %), « Symptômes/plaintes de la main et du doigt (L12) » (1,64 %) et « Symptômes/plaintes du pied et de l'orteil (L17) » (1,57 %) ne représentent seulement que 5,04 % des motifs en nocturne.

Tableau 4 : répartition des 20 principaux motifs de consultation retrouvé au CPSP en 2014 selon la classification CISP-2 sur la période nocturne (n=1 529)

Principaux motifs de consultation nocturne 20-8h		% (n)
S18	Coupure /lacération	14.45 (221)
A03	Fièvre	8.44 (129)
D02	Douleur abdominale/épigastrique	8.04 (123)
H01	Douleur oreille/otalgie	4.97 (76)
S06/07	Eruption localisée/généralisée	3.66 (56)
Z09	Problème légal	3.66 (56)
D10	Vomissements	3.53 (54)
R02	Souffle court/dyspnée	2.94 (45)
A80	Traumatisme/lésion traumatique NCA	2.75 (42)
U01	Dysurie/miction douloureuse	2.55 (39)
A11	Douleur thoracique NCA	2.35 (36)
R05	Toux	2.16 (33)
N01	Mal de tête	2.09 (32)
F01	Œil douloureux	1.90 (29)
A06	Evanouissement/syncope	1.90 (29)
L16	Symptômes/plaintes de la cheville	1.83 (28)
L12	Symptômes/plaintes de la main et du doigt	1.64 (25)
L17	Symptômes/plaintes du pied et de l'orteil	1.57 (24)
D19	Symptômes/plaintes dents/gencives	1.57 (24)
A92	Allergie/réaction allergique NCA	1.50 (23)
Autres		26.49 (405)

Les tableaux 5 et 6 représentent la répartition des 20 motifs principaux de consultation selon la présence ou non d'une régulation préalable.

L'analyse du tableau 5 révèle que le principal motif ayant bénéficié d'une régulation préalable est « rencontre de suivi général et non spécifié (A63) » (27.70%).

On retrouve ensuite « coupure/lacération (S18) » (6.77%), « problème légal (Z09) » (4.57%), « fièvre (A03) » (4.44%).

Tableau 5 : répartition des 20 principaux motifs de consultation retrouvé au CPSP en 2014 ayant bénéficié d'une régulation préalable (n= 3 828)

Principaux motifs de consultation régulés		% (n)
A63	Rencontre de suivi général et non spécifié	27.70 (1060)
S18	Coupure/lacération	6.77 (259)
Z09	Problème légal	4.57 (175)
A03	Fièvre	4.44 (170)
D02	Douleur abdominale/épigastrique	3.21 (123)
A80	Traumatisme/lésion traumatique NCA	3.16 (121)
R02	Souffle court/dyspnée	2.66 (102)
R41	Radiologie diagnostique/imagerie	2.43 (93)
L16	Symptômes/plaintes de la cheville	2.37 (91)
L17	Symptômes/plaintes du pied et de l'orteil	2.08 (80)
L12	Symptômes/plaintes de la main et du doigt	2.06 (79)
S06/07	Eruption localisée/généralisée	1.96 (75)
H01	Douleur oreille/otalgie	1.91 (73)
A11	Douleur thoracique NCA	1.80 (69)
B51	Incision/drainage/aspiration	1.77 (68)
A06	Evanouissement/syncope	1.70 (65)
D10	Vomissements	1.68 (64)
L11	Symptômes/plaintes du poignet	1.49 (57)
U11	Dysurie/miction douloureuse	1.39 (53)
R05	Toux	1.39 (53)
Autres		23.45 (898)

Le tableau 6 montre qu'en absence de régulation le principal motif de consultation est « coupure/lacération (S18) » (13,38 %).

« Symptômes/plaintes de la main et du doigt (L12) » (6,51 %), « Symptômes/plaintes de la cheville (L16) » (6,11%) et « fièvre (A03) » (5,50 %) représentent les autres motifs les moins régulés.

Tableau 6 : répartition des 20 principaux motifs de consultation retrouvé au CPSP en 2014 n'ayant pas bénéficié d'une régulation préalable (n =6 617)

Principaux motifs de consultation non régulés		% (n)
S18	Coupure/laceration	13,38 (885)
L12	Symptômes/plaintes de la main et du doigt	6.51 (431)
L16	Symptômes/plaintes de la cheville	6.11 (404)
A03	Fièvre	5.50 (364)
L17	Symptômes/plaintes du pied et de l'orteil	5.35 (354)
L11	Symptômes/plaintes du poignet	4.08 (270)
D02	douleur abdominale/épigastrique	3.51 (232)
L15	Symptômes/plaintes du genou	3.07 (203)
A80	Traumatisme/lésion traumatique NCA	2.84 (188)
S06/07	Eruption localisée/généralisée	2.84 (188)
H01	Douleur oreille/otalgie	2.34 (155)
F01	Œil douloureux	2.19 (145)
D10	Vomissements	2.04 (135)
U01	Dysurie/miction douloureuse	1.81(120)
R05	Toux	1.78 (118)
L08	Symptômes/plaintes de l'épaule	1.70 (112)
R02	Souffle court/dyspnée	1.57 (104)
A06	Evanouissement/syncope	1.51 (100)
D19	Symptômes/plaintes dents/gencives	1.42 (94)
L04	Symptômes/plaintes du thorax	1.41 (93)
Autres		29.05 (1 922)

Le tableau 7 analyse l'orientation du patient suivant l'horaire (Jour/Nuit) de la consultation.

Il existe plus de transfert la nuit que le jour de manière significative ($p=0.003$).

Tableau 7 : orientation des patients selon la plage horaire : Jour/Nuit

	Jour n=8 916	Nuit n=1 529	p value
Orientation % (n)			
- Domicile	84,82 (7 563)	48,00 (734)	5,33
- Hospitalisation interne	0,80 (70)	1,05 (16)	0,28
- Transfert	7,50 (669)	9,74 (149)	0,003
- SMUR	0,02 (2)	0,13 (2)	0,10
- Décès	0 (0)	0,07 (1)	0,14
- Non renseigné	6,86 (612)	41,00 (627)	3,15

DISCUSSION

Rappel des principaux résultats

Dix mille quatre cent quarante cinq consultations ont été analysées.

L'âge moyen des patients était de 32 ans. 51,7% sont des hommes.

Leurs communes d'origines étaient principalement celles de Neufchâtel-en-Bray (36,1 %) et de Forges-les-Eaux (14 %).

La majorité des consultations se réalisent entre 8h et 20h00 (85,4 %). On ne retrouve pas de régulation préalable dans la grande majorité des cas 63,4 %. La plupart des patients sont rentrés à domicile (79,4 %) et 7,8 % des patients ont été transférés dans un autre établissement.

La classe d'âge des 16-35 ans est celle qui a le plus consultée en 2014. A l'inverse, les nouveau-nés et nourrissons d'âge égal ou inférieur à 1 an représentent la classe d'âge qui a le moins consultée.

Les 2 principaux motifs de recours aux soins sont représentés par les plaies « coupure/lacération (S18) » (10,95 %) et les suivis « Rencontre de suivi général et non spécifié (A63) » (10,15 %).

Les pathologies de l'appareil locomoteur les plus fréquentes (main-cheville-pied) représentent une fois regroupées plus de 15 % des motifs de consultations.

En diurne, on retrouve les mêmes données.

En nocturne, les motifs sont différents de ceux retrouvés en diurne. En effet, le suivi A63 n'apparaît pas. On y retrouve les plaies S18, la fièvre A03 et les douleurs abdominales D02. Les pathologies de l'appareil locomoteur ne représentent plus que 5 % des motifs en nocturne.

Le motif S18 plaies est le premier motif retrouvé, régulation préalable ou non.

L'étude a démontré une différence d'orientation selon la période, en effet il existe plus de transferts la nuit.

Points forts et limites de l'étude

Le nombre élevé de consultations et la quasi exhaustivité des consultations incluses donnent une grande puissance à cette étude.

Elle utilise une classification spécifique aux soins primaires : la CISP-2. La CISP-2 est une classification Internationale, validée par la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) (7).

Les principales limites sont son caractère rétrospectif ainsi que le relevé manuel des données par des intervenants différents selon les jours .

En effet, le recueil manuel des données et par des intervenants différents et en particulier sur la période nocturne, est soit à l'origine des données manquantes « inconnues », soit à l'origine de consultations codées comme « régulées » alors qu'elle n'en étaient pas. Il en est de même pour les données sur l'orientation du patient à l'origine également de données manquantes. Le relevé du motif de consultation du patient s'effectuant et se notant dans le recueil dès l'arrivée peut également présenter une limite. En effet, après l'interrogatoire et la consultation par le médecin il peut en ressortir un motif différent.

Nous n'avons pas pu analyser s'il existait une différence de régulation entre la période diurne et nocturne, en effet il y avait trop de biais : en diurne, les suivis sont considérés comme régulés. Et comme nous l'avons vu précédemment, le motif «Rencontre de suivi général et non spécifié (A 63) » représente le principal motif des consultations régulées et le principal motif des consultations en diurne.

D'autre part, la nuit le recueil des données s'effectuant par les médecins ou par l'IDE qui se détache de son service peut être soumis à des erreurs. Le patient se présentant de lui-même au CPSP après 20h doit sonner, ce qui le met en relation directement avec le centre 15 qui de ce fait déclenche une consultation, la notion de « régulation » est à tort utilisée dans ce cas.

Par ailleurs, la nuit, le recueil est très souvent insuffisamment rempli et donne lieu à de nombreuses inconnues que ce soit pour la régulation mais également pour le devenir du patient ou le motif de consultation.

Discussion des principaux résultats

L'enquête nationale des urgences de la DREES en 2003 (26) est une référence majeure à ce jour en France, elle nous livre les caractéristiques principales des usagers des SU en étudiant leurs profils, leurs modes d'accès, leurs motifs de consultation. Selon les données de cette enquête, les usagers des SU en France, sont majoritairement des hommes, et sont globalement plus jeunes que l'ensemble de la population. 43 % d'entre eux ont moins de 25 ans et les plus de 70 ans ne représentent que 14% des usagers. Dans notre étude, l'âge moyen de notre population consultant au CPSP était de 32 ans, la classe d'âge des 16-35 ans est celle qui a le plus consultée en 2014. A l'inverse, les nouveau-nés et nourrissons d'âge égal ou inférieur à 1 an représentent la classe d'âge qui a la moins consultée. Les plus de 75 ans représentent moins de 10 % de la population. L'étude des classes d'âges de la population montre que notre population est similaire à celle rencontrée dans les services

d'urgences en France. Nous avons également montré que ce sont les hommes qui ont majoritairement consultés au CPSP.

L'étude CP290 (29) sur les motifs de recours aux urgences en France étaye également notre étude, elle montre également que l'âge moyen des usagers des SU est de 30 ans. Le sexe ratio était de 1.

Au CPSP, la majorité des consultations se réalise entre 8h et 20h00 (85,4 %), l'étude de la DREES (26) retrouve aussi que la fréquentation des urgences est équivalente la semaine et les week-ends mais qu'elle est plus faible la nuit.

Une seconde enquête de la DREES réalisée en juin 2013 (28) rapporte également que les trois quart des patients se rendent aux urgences dans la journée ou en début de soirée : seulement 25 % des passages à lieu entre 20h-8h00, période où pourtant les cabinets médicaux sont fermés. Pour notre part, nous retrouvons une plus faible fréquentation sur la période 20h-8h00 (14,6 %).

Dans notre étude, les patients en majorité se sont présentés d'eux-mêmes, sans avoir préalablement consultés leur médecin traitant ou contacter le centre 15 (63,4 %).

Une fois encore, l'enquête de la DREES (26) retrouve des données semblables : près des trois quarts des patients arrivent sans avoir consulté de médecin et par leurs propres moyens, cette proportion est d'ailleurs inversement proportionnelle à l'âge. Au-delà de 70 ans, le taux d'adressage par un médecin est de 50% et atteint plus de 60% chez les 80 ans et plus. Il en est de même concernant l'étude CP290 (29) qui montre que 69,1% des patients ont préféré aller directement aux SU, jugeant que leur problème n'aurait pas pu être réglé par le médecin traitant (68 %). Les données sur la régulation sont proches de celles retrouvées dans les données des SU. Il n y a eu aucune régulation préalable dans plus de 70 % des cas.

Ce manque de régulation préalable, peut être à l'origine dans notre cas, d'une perte de « chance » pour le patient, le CPSP étant éloigné à plus de 30 minutes d'une structure d'urgence. Nous retrouvons globalement, un faible taux de transfert (7,8 %) dans un autre établissement et seulement 1 patient est décédé au cours de l'année 2014 au CPSP.

Une autre étude de la DREES réalisée en juin 2013 rapporte que 1 patient sur 5 est hospitalisé après son passage aux urgences, les trois quarts rentrent à domicile. Elle rapporte également que les patients étaient d'avantages hospitalisés en présence d'une régulation préalable (médecin, SAMU, pompiers). À l'inverse le taux d'hospitalisation était de 10 % pour les patients venus de leur propre initiative (26).

Devant ce type de structure, une régulation préalable permettrait une meilleure orientation et pourrait diminuer le nombre de transferts vers un autre établissement. La très grande majorité des consultations au CPSP sont des consultations ambulatoires, moins de 10% donneraient lieu à un transfert ou une hospitalisation et ceux dans une proportion plus

importante que dans les structures hospitalières classiques. En effet, on retrouve dans le rapport de la DREES en 2003 que 75,7% des consultations aux urgences sont des consultations ambulatoires (26) et que 19 % des consultations ont engendrées une hospitalisation, les personnes de plus de 70 ans représentent plus de la moitié des cas. Dans l'étude CP290, le taux d'hospitalisation est également supérieur (14.3 %). Ceci montre une différence entre la permanence de soins proposés à Neufchâtel-en-Bray et les structures d'urgences hospitalières.

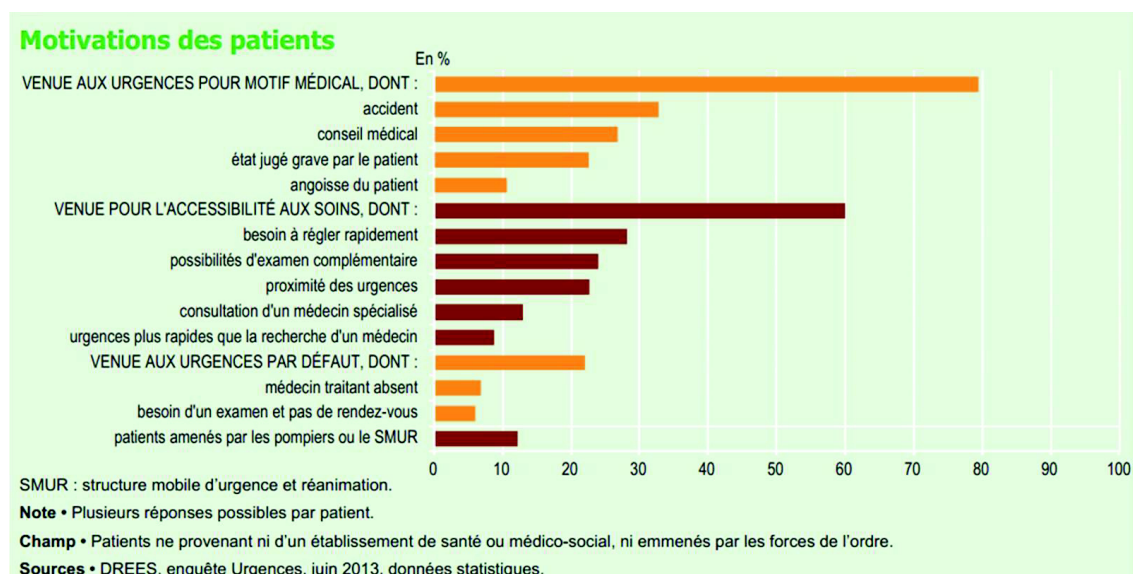
On remarque que les patients qui consultent au CPSP proviennent en majorité des communes situées à proximité de la structure. Nous pouvons nous interroger sur la motivation du patient : le recours au soin est motivé dans certain cas par la proximité avec la structure. La figure 2, montre les principales motivations invoquées par les usagers des SU lors de l'étude de la DREES de 2013 (28). Les 2/3 des patients avancent au moins 2 motivations. Les enquêteurs de la DREES ont classés ces motifs en 4 grandes catégories :

- Le motif médical : cas où le recours aux urgences apparaissait médicalement le plus adapté au problème de santé. (accident, « je pensais que c'était grave », angoisse)
- La facilité d'accès aux urgences : proximité géographique permettant un règlement rapide du problème (27 %), possibilité de faire des examens complémentaires (23 %), horaires (3%), gratuité (2%)
- Le recours par défaut, en deuxième choix : difficulté ou impossibilité de trouver une réponse au sein de l'offre libérale (pas de médecin traitant disponible, délai trop longs pour passer des examens complémentaires)
- Autres circonstances, patients arrivés en SAMU ou avec les pompiers.

En 2003, la DREES retrouvait également les mêmes motifs. Ainsi, 47% d'entre eux ont mis en avant la proximité, 44% le besoin ressenti de réaliser un examen ou d'avoir un avis spécialisé, 38% une exigence de rapidité et 32% d'entre eux la perspective d'une hospitalisation.

Le CPSP répond ainsi en partie à la demande de soin des habitants du pays de Bray, en leur apportant une offre de proximité, avec la possibilité de passer un examen complémentaire rapidement (ECG, radiologie). On peut supposer que cette structure permet une diminution du recours aux services d'urgences des centres hospitaliers des environs. Cependant près de 12% des consultants viendrait de communes éloignés du CPSP.

Figure 2 : Les principaux motifs de consultations ayant motivé un passage aux urgences (26)



Notre principal motif de consultation, diurne et nocturne, est représenté par le motif « plaie S18 ». Le CPSP est situé au cœur d'une région rurale, où l'activité agricole est importante.

Dans l'enquête de la DREES en 2003, les motifs de consultation se répartissaient en 48 % de pathologie somatique, 48 % de pathologie traumatologique et 2,5 % de pathologie psychiatrique. Dans l'étude CP290, ce sont les motifs traumatologiques (49,2 %) qui dominent. L'enquête de la DREES en juin 2013, apporte des données qui sont proche de celles retrouvées dans notre étude : les lésions traumatiques représentent 40 % des motifs et dans 15,6% des cas il s'agit des lésions des extrémités (poignet, main, cheville, pied). Dans cette même étude le second motif le plus fréquent (17 %) sont les « symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques ou de laboratoire peu précis ». Ces signes non spécifiques, qui sont également le lot d'une partie importante de la médecine générale, comportent la fatigue, les maux de tête ou la fièvre (6 %), des douleurs abdominales (4 %), des symptômes circulatoires ou respiratoires (4 %). Il faut également noter que les affections du système cardio-vasculaires sont minoritaires (2,7 %). La DREES a rappelé que ces dernières données (2013) sont superposables à celle de l'enquête de 2003.

Notre étude se retrouve dans ce dernier point : les « douleurs thoraciques » sont très peu nombreuses, nous pouvons nous interroger sur la présence d'une régulation préalable par le patient qui présente ce type de pathologie en l'orientant directement vers un SU ou en déclenchant un SMUR.

Par ailleurs, les pathologies traumatologiques sont très peu nombreuses la nuit au CPSP, en effet, la nuit le CPSP ne dispose pas de radiologie.

Enfin, l'analyse de l'activité dispensée au CPSP par l'étude des motifs de consultations est

différente de celle retrouvée en médecine générale dans le cadre de la permanence des soins en particulier sur la période diurne. La DREES a rendu une seconde enquête en 2006 (30) afin de positionner l'activité des services d'urgences dans la prise en charge des soins non programmés. L'activité des médecins généralistes en contexte d'urgence ne représente que 12 % de leurs consultations. Le profil de densité horaire est semblable à ce qui est observé pour les urgences hospitalières : activité plus marquée en début de matinée et début d'après-midi, et une moindre activité entre 20 heures et 8 heures et le week-end. Comme pour les urgences hospitalières, la majorité des patients sont jeunes : 29 % ont de moins de 25 ans et 26 % âgés de 25 à 45 ans. Les motifs de recours sont par contre différents de ceux qui sont observés aux urgences hospitalières : les affections aiguës somatiques sont les plus fréquentes (63 %), les affections aiguës traumatiques sont cette fois-ci les moins fréquentes (10 %) à part égale avec les affections chroniques déstabilisées (10 %) puis on retrouve les troubles psychiques (7 %), renouvellement d'ordonnance (7 %). Un syndrome douloureux est noté dans 40 % des cas, un pronostic vital engagé dans 1,2 %, le décès constaté lors de la visite dans 0,2 %

L'offre de soin dispensée au CPSP apparaît donc comme une offre accessible et de proximité, répondant ainsi aux attentes de la population, avec des moyens adaptés à la structure. Son activité est plus proche de celle retrouvée dans les services des urgences classiques que celle retrouvée dans la permanence des soins ambulatoires. Les motifs de consultations et le profil des patients sont semblables. La régulation trop peu présente en journée, permettrait sans doute une meilleure prise en charge, et pourrait diminuer le nombre de transfert.

De par son lien direct avec la maison de sante pluridisciplinaire, on peut supposer que les patients ont connaissance de son fonctionnement et de ses limites, ce qui peut expliquer la faible part des consultations régulées, et les différences de motifs de consultation entre la période diurne et nocturne (absence de radiologie la nuit, fièvre et otalgie pris en charge en cabinet de ville la journée).

Perspectives/conclusion

Le CPSP propose une offre de soin non programmé différente des structures traditionnelles. Cette étude a permis de faire un état des lieux de son activité. Cette structure apparaît aujourd'hui avoir des fondations solides et qui permet d'apporter une réponse adaptée à la population distantes des SU.

Ce type de structure sera amené à s'étendre dans d'autres zones déficitaires en offre de soin comme celle d'Yvetot en Haute-Normandie où le projet de créer prochainement une structure similaire est en cours.

BIBLIOGRAPHIES

- (1) Médecine d'urgence dans le monde. P. Leveau. EMC – médecine d'urgence, 2015, Elsevier Masson.
- (2) ARS Haute-Normandie, Schéma Régional de l'Organisation des Soins de Haute-Normandie SROS 2012-2017, mars 2012.
- (3) Cour des comptes, La Sécurité Sociale : rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale « Chapitre XII : Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser »), La Documentation française, septembre 2014.
- (4) Livre blanc du Samu-Urgences de France, « Organisation de la médecine en France : un défi pour l'avenir », octobre 2015.
- (5) Cour des comptes, La Sécurité Sociale : rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale « Chapitre XII : Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser »), La Documentation française, septembre 2014.
- (6) Permanence et continuité des soins : l'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique, DGOS, juillet 2014.
- (7) WONCA EUROPE 2002 « the european definition of general practice /family medicine ».
- (8) La Statistique Annuelle des Etablissements (SAE), DREES, 2014.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html>
- (9) Beaubeau D, Carrasco V. "Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières", Etudes et résultats DREES, n°215, janvier 2003.
- (10) http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONEALPES/RA/Direc_strategie_projets/Etudes_Stat_Observation/Documents/20130307_DSPRO_statiss_2012.pdf
- (11) Circulaire N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
- (12) Les établissements de santé. Un panorama pour l'année 2007(édition 2009). Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Août 2010.
- (13) Valérie CARRASCO. L'activité des services d'urgences en 2004. Une stabilisation du nombre de passages. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. N° 524. Septembre 2006.

- (14) Plan Urgences, 2003 [http://www.vie-publique.fr/documents-
vp/plan_urgences.pdf](http://www.vie-publique.fr/documents-
vp/plan_urgences.pdf)
- (15) la prise en charge des urgences médicales.2003.
<http://www.assembleenationale.fr/12/rap-info/i3672.asp>
- (16) Décret du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique, JO du 23 mai, texte11.
www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANH0620664D
- (17) Décret du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique, JO du 23 mai, texte 12
www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANH0620665D
- (18) Grall JY. Evaluation du Plan Urgences 2004-2008. Ministère de la Santé et des Solidarités Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins. Janvier 2007
- (19) Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788652
&dateTexte=&categorieLien=](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788652
&dateTexte=&categorieLien=)
- (20) Le panorama des établissements de santé édition. Collection Etudes et Statistiques. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.2012
- (21) STATISS Statistiques et Indicateurs Santé et médico Social, Source INSEE, ARS Haute-Normandie, avril 2012.
- (22) Rapport public annuel de la cour des comptes. Les urgences médicales : constats et évolution récente ; 313-340, janvier 2007.
- (23) Permanence des soins <http://www.centre.assurance-maladie.fr>
- (24) Rapport « Descours » du groupe de travail opérationnel sur le permanence des soins, La documentation française, janvier 2003
- (25) Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, Recommandations de bonne pratique HAS, juin 2011 [http://www.has-
sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011](http://www.has-
sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011)
- (26) Carrasco V, Baubeau D. DREES Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. Version corrigée. N° 212. janvier 2003

- (27) Lerouvillois G, Romestaing P. La Démographie Médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie, situation au 1er juin 2011. Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- (28) Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation, Bénédicte Boisguérin et Hélène Valdelièvre, Études et Résultats, n°889, DREES, 30 juillet 2014.
- (29) M. Doukhan; S. Lomberty; H. Moussouni ; M. Chauveau ; C. Leyendecker ; H. Hubert ; N. Assez ; E. Wiel. Motifs de recours aux urgences : une approche du point de vue du patient, 2011.
- (30) Les recours urgents ou non programmés en médecine générale, Gouyon et Labarthe, Études et Résultats, n°471, DREES, mars 2006

ANNEXE

RESUME

Contexte : Le Centre de Permanence des Soins de Proximité de Neufchâtel-en-Bray assure la Permanence Des Soins Ambulatoire sur le territoire du Pays de Bray en Haute-Normandie. Il assure une réponse égalitaire et de qualité à la demande des soins de la population au sein de son territoire sous doté en structures hospitalières et assure un lien direct avec la Maison de Santé de Neuchâtel en Bray et les établissements de santé partenaires. L'objectif principal de notre étude est de décrire la population des patients ainsi que les motifs de consultation au CPSP. L'objectif secondaire est d'étudier la typologie de ces consultations.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur l'année 2014 de la totalité des consultations au CPSP. Les données suivantes : âge ; sexe ; plage horaire; code postal de résidence du patient ; présence ou non d'une régulation et devenir du patient ont été étudiées. Chaque motif de consultation a été ensuite codé en CISP-2.

Résultats : 10 445 consultations ont été analysées. 5 042 patients étaient des hommes. L'âge moyen des patients était de 32 ans. Les patients venaient principalement des communes de Neufchâtel-en-Bray et de Forges-les-Eaux. La majorité des consultations se réalise sur des heures de jour et ne sont pas régulées. La majorité des consultations sont ambulatoires. La classe d'âge des 16-35 ans est celle qui a le plus consultée. Les 2 principaux motifs de recours aux soins sont représentés par les plaies « coupure/lacération (S18) » (10,95 %) et les suivis « Rencontre de suivi général et non spécifié (A63) ». Les pathologies de l'appareil locomoteur les plus fréquentes et représentent plus de 15 % des motifs de consultations. Le motif S18 plaies est le premier motif retrouvé, régulation préalable ou non. L'étude a démontré une différence d'orientation selon la période, en effet il existe de manière significative plus de transferts la nuit.

Conclusion : Le CPSP propose une offre de soin non programmé différente des structures traditionnelles. Cette étude à permis de faire un état des lieux de son activité. Elle se rapproche de celle retrouvée dans les SU. Cette structure apparait aujourd'hui avoir des fondations solides et qui permet d'apporter une réponse adaptée à la population distantes des SU.

Mots clés : Soins non programmés, Permanence des soins, Motifs de consultation, Médecine générale, Urgences, Soins Primaires, Epidémiologie, Neufchâtel-en-Bray