



HAL
open science

Permanence des soins ambulatoires en Essonne : attitude de la population face à un problème de santé urgent et sa connaissance du système de permanence des soins

Pierre Dionis Du Séjour

► To cite this version:

Pierre Dionis Du Séjour. Permanence des soins ambulatoires en Essonne : attitude de la population face à un problème de santé urgent et sa connaissance du système de permanence des soins. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01758338

HAL Id: dumas-01758338

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01758338>

Submitted on 4 Apr 2018

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N° 6

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Permanence des soins ambulatoires en Essonne :
attitude de la population face à un problème de santé
urgent et sa connaissance du système de permanence des soins

Présentée et soutenue publiquement
le 9 février 2017

Par

Pierre DIONIS du SÉJOUR
Né le 8 décembre 1987 à Versailles (78)

Dirigée par M. Le Docteur Philippe Paranke, MG

Jury :

M. Le Professeur Alain Cariou, PU-PH Président

M. Le Professeur Jean-Claude Schwartz, PU-PH

Mme Le Docteur Florence Dumas, MG



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

Au Professeur Alain CARIOU,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie de votre disponibilité et de votre présence aujourd'hui.

Au Professeur Jean Claude SCHWARTZ,

Un grand merci d'avoir accepté de juger mon travail et de participer à ce jury.

Tu es et restera un vrai modèle par ta façon d'exercer et par la relation d'écoute que tu entretiens avec tes patients.

Au Docteur Florence DUMAS,

Sans me connaître vous avez accepté d'étudier ce travail. Merci de votre disponibilité et de votre présence aujourd'hui.

Au Docteur Philippe PARANQUE,

Un grand merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir permis de découvrir cette structure, où j'y apprend énormément et où nous avons tous les moyens pour exercer une médecine de qualité.

Aux autres médecins rencontrés tout au long de mon cursus, dont la façon d'exercer, l'humanité et l'écoute m'ont marqué.

Aux équipes, infirmières et aides-soignantes, rencontrées au cours de mes stages. Vous êtes les premières à nos côtés à nous former et à nous accompagner. J'ai toujours bien été reçu, dans une ambiance familiale, un grand merci.

A mes parents,

Maman, Papa vous êtes et avez été toujours présents pour me soutenir, merci.

Merci aussi pour l'amour, les valeurs et l'éducation que vous m'avez transmis.

A ma famille,

Marie-Liesse, Louis-Marie et Paul, que la vie continue d'être simple et agréable à vos côtés. Mam et Dad, merci de m'avoir soutenu. Et grand-père et grand-mère, qui sont maintenant loin, mais chez qui tout a commencé !

Merci à l'aide précieuse de Solène et Louis-Marie pour les questionnaires, Papa et Marie-Liesse pour la relecture.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
TABLE DES MATIERES.....	3
ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION	8
PARTIE 1 : DEFINITION, HISTOIRE, ORGANISATION DE LA PDSA	10
1.1. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN FRANCE.....	10
1.1.1. Définition et principes généraux de la PDSA.....	10
1.1.2. Histoire de la permanence des soins ambulatoires	10
1.1.2.1. La permanence des soins avant 2003	10
1.1.2.2. La grève des gardes de 2001 : les causes du changement.....	11
1.1.2.3. La permanence des soins depuis 2003.....	12
1.1.3. Le cadre législatif de la permanence des soins ambulatoires	13
1.1.3.1. Code de santé publique	13
1.1.3.2. Code de déontologie médicale	13
1.1.4. L'organisation du système de PDSA et plus spécifiquement celui de la région Ile-de-France	14
1.1.4.1. La gestion de la PDSA	14
1.1.4.1.1. L'Agence Régionale de Santé	14
1.1.4.1.2. Le CODAMUPS-TS	14
1.1.4.1.3. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM).....	15
1.1.4.2. Les acteurs de la PDSA sur le terrain.....	15
1.1.4.2.1. La régulation médicale.....	15
1.1.4.2.2. Les effecteurs postés	16
1.1.4.2.3. Les effecteurs mobiles	16
1.1.5. Les aspects financier de la PDSA	17
1.1.5.1. La rémunération des médecins libéraux de permanence.....	17
1.1.5.1.1. Pour les médecins régulateurs libéraux.....	17
1.1.5.1.2. Pour les médecins effecteurs.....	17
1.1.5.2. La répartition de l'enveloppe régionale PDSA en Ile-de-France	18
1.1.6. État des lieux de la PDSA en Ile-de-France en 2015	18
1.1.7. La campagne d'information de l'ARS Ile-de-France sur la permanence des soins.....	19
1.2. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN ESSONNE.....	20
1.2.1. Le département de l'Essonne	20
1.2.1.1. Caractéristiques géographiques.....	20
1.2.1.2. Caractéristiques démographiques	20

1.2.1.3. La démographie médicale	20
1.2.2. Les territoires de PDSA	22
1.2.3. La régulation médicale et l'Association Départementale pour la Régulation des Urgences Médicales de l'Essonne (ADRUM91).....	22
1.2.3.1. Description	22
1.2.3.2. Activité globale.....	22
1.2.4. Les Maisons Médicales de Garde (MMG) et la Fédération des Associations de Médecins de l'Essonne (FAME 91)	23
1.2.4.1. Description	23
1.2.4.2. L'activité des MMG	24
1.2.5. SOS Médecins Essonne.....	26
1.2.5.1. Présentation de SOS Médecins	26
1.2.5.2. Schéma de réponse à un appel	27
1.2.5.3. Activité de SOS Médecins Essonne	27
1.2.6. L'articulation avec l'offre hospitalière.....	30
1.2.6.1. Les établissements de santé	30
1.2.6.2. Les transporteurs sanitaires.....	30
1.2.6.3. Le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS)	30
1.2.7. Parcours de soins dans le cadre de la PDSA en Essonne	31
PARTIE 2 : MATERIELS ET METHODES	32
2.1. Caractéristiques de l'étude	32
2.2. Le questionnaire.....	33
2.3. La carte d'informations sur la permanence des soins ambulatoires en Essonne	34
2.4. L'analyse statistique des données	34
PARTIE 3 : RESULTATS	35
3.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée	35
3.2. Attitude des Essonniens interrogés face à un problème de santé urgent hypothétique	37
3.2.1. Analyse univariée - Comparaison des proportions pour chaque variable	38
3.2.1.1. Pour un problème hypothétique survenant la nuit	39
3.2.1.2. Pour un problème hypothétique survenant le week-end.....	40
3.2.2. Analyse multivariée.....	41
3.2.2.1. Pour un problème de santé hypothétique survenant la nuit.....	42
3.2.2.2. Pour un problème de santé hypothétique survenant le week-end	42
3.3. Attitude des Essonniens interrogés face à un problème de santé antérieur	43
3.3.1. Le premier numéro de téléphone composé (ou service vu en accès direct) dans le groupe PDS	45

3.3.2. Le service médical ou médecin ayant débuté la prise en charge du problème de santé antérieur dans le groupe PDS.....	46
3.3.3. Le service médical ou médecin ayant poursuivi et terminé la prise en charge du problème de santé antérieur dans le groupe PDS.....	47
3.3.4. Lieu de prise en charge.....	48
3.3.4.1. Le lieu de prise en charge majoritaire du problème de santé	48
3.3.4.2. Le lieu de prise en charge en fonction de l'intervenant ayant débuté la prise en charge	49
3.3.5. Devenir des sujets interrogés du groupe PDS	49
3.3.6. Satisfaction globale des sujets interrogés dans le groupe PDS	50
3.3.7. Différence entre l'attitude face au problème antérieur et celle face à une situation hypothétique dans le groupe PDS.....	51
3.4. Critères jugés importants par les usagers pour la prise en charge d'un problème de santé dans le cadre de la PDSA (N=368).....	51
3.5. Numéro réalisé en cas d'urgence vitale	52
3.6. Les acteurs de la PDSA en Essonne (N=387)	53
3.6.1. Les Maisons Médicales de Garde	53
3.6.2. SOS Médecins Essonne.....	53
3.7. Le rôle du SAMU-Centre 15 (N=366)	54
3.8. Continuité des soins et visites à domicile.....	55
3.9. Perception de leurs connaissances sur la PDSA et campagne d'information sur la PDSA ...	56
PARTIE 4 : DISCUSSION	57
4.1. AU SUJET DE NOTRE ENQUÊTE	57
4.1.1. Forces et limites de notre étude	57
4.1.1.1. Biais et limites de l'étude	57
4.1.1.2. Points forts de l'étude.....	57
4.1.2. Le profil de l'échantillon de sujets interrogés	58
4.1.3. Attitude des sujets interrogés face à un problème de santé urgent hypothétique	60
4.1.4. Attitude face à un problème urgent survenu dans la dernière année en période de PDSA	63
4.1.4.1. Le premier numéro de téléphone composé (ou service vu en accès direct)	63
4.1.4.2. Le service médical ou médecin ayant débuté la prise en charge du problème de santé	63
4.1.4.3. Le service médical ou médecin ayant poursuivi et terminé la prise en charge	64
4.1.4.4. Devenir des sujets : un taux d'hospitalisation important	65
4.1.4.5. Une bonne satisfaction globale des sujets interrogés	65
4.1.4.6. Différence entre l'attitude face au problème urgent hypothétique passé et celle face à une situation hypothétique dans le groupe PDS	66

4.1.5. Les critères jugés importants dans la prise en charge de leur problème de santé : une prise en charge rapide et de qualité.....	66
4.1.6. Les acteurs de la PDSA en Essonne	67
4.1.6.1. Les MMG : des structures appréciées mais encore trop peu connues	67
4.1.6.2. SOS Médecins Essonne : une association appréciée et connue.....	67
4.1.7. Numéro réalisé en cas d'urgence vitale : une réaction très majoritairement adaptée	67
4.1.8. Le rôle du SAMU-Centre 15 selon les sujets interrogés : des résultats biaisés	68
4.1.9. Continuité des soins et visites à domicile : un accès au médecin estimé difficile.....	68
4.1.10. Une méconnaissance de l'organisation de la PDSA et de la dernière campagne d'information de l'ARS-IDF.....	69
4.2. COMPARAISON AVEC L' ETUDE INFOSUP - SOS MEDECINS ESSONNE : une évolution positive depuis 2005.....	70
4.3. PERSPECTIVES POUR LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES	71
4.3.1. Mieux informer et éduquer la population.....	71
4.3.2. La régulation médicale : pivot de la PDSA, ses moyens doivent être augmentés.....	72
4.3.3. Les Maisons Médicales de Garde : pallier aux problèmes de financement, de lourdeur administrative et d'érosion du volontariat.....	73
4.3.4. Les services d'urgences : favoriser la collaboration avec les MMG, développer des circuits courts	75
4.3.5. Les associations de PDS : des effecteurs essentiels de la PDS et de la continuité des soins.....	76
CONCLUSION	78
BIBLIOGRAPHIE.....	79
ANNEXES.....	84
Annexe 1 : Campagne de communication de l'ARS-IDF de début 2015 sur la PDSA.....	84
Annexe 2 : Territoires de PDSA de l'Essonne – effecteurs postés	85
Annexe 3 : Questionnaire administré par les enquêteurs auprès des Essonnais.....	86
Annexe 4 : Carte d'informations sur la PDSA en Essonne remise aux sujets interrogés	88
Annexe 5 : Carte représentant la répartition géographique du domicile des sujets interrogés	89
Annexe 6 : Lettre adressée par la FAME 91 à Madame la ministre de la Santé le 13 novembre 2015	90

ABREVIATIONS

ALD	Affection Longue Durée
AME	Aide Médicale de l'État
AMU	Aide Médicale Urgente
ARM	Auxiliaire de Régulation Médicale
ARS	Agence Régionale de Santé
ATU	(forfait d') Accueil et de Traitement des Urgences
CDOM	Comité Départemental de l'Ordre des Médecins
CNOM	Comité National de l'Ordre des Médecins
CMUc	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CODAMU	Comité départemental de l'Aide Médicale Urgente
CODAMUPS	Comité Départemental de l'AMU et de la PDS
CODAMUPS-TS	Comité départemental de l'AMU, de la PDS et des transports sanitaires
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FAME 91	Fédération des Associations de Médecins de l'Essonne
FAU	Forfait Annuel des Urgences
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie en Santé
MMG	Maisons Médicales de Garde
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PDS	Permanence des soins
PDSA	Permanence des soins ambulatoire
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

INTRODUCTION

Depuis plus de 20 ans, en France, la fréquentation des urgences hospitalières ne cesse de croître. En Ile-de-France, entre 1997 et 2008, le nombre d'urgences accueillies dans les établissements de la région a augmenté de 47 %, dépassant en 2012, 3,4 millions de passages par an (1). La progression la plus forte porte sur les passages non suivis d'hospitalisation, pour des pathologies qui relèveraient pour la plupart d'une activité de médecine de ville. Les attentes de la population changent, avec une demande médicale en constante croissance, notamment en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux.

Du côté des médecins, de profonds changements se sont opérés. Le vieillissement de la population médicale, la diminution du temps de travail, l'augmentation du salariat et le désir d'une meilleure qualité de vie, alliant épanouissement professionnel et personnel, notamment chez la nouvelle génération de médecins, sont à l'origine d'une situation démographique défavorable. Le système de garde s'essouffle avec un désengagement des médecins libéraux dans certains secteurs occasionnant une offre de soins très disparate d'une région à l'autre.

Dans ce contexte, la permanence des soins (PDS) a été définie en 2003, au décours des grèves de garde des médecins généralistes libéraux de 2001-2002. C'est une organisation mise en place par les professionnels de santé, libéraux et hospitaliers, afin de répondre aux demandes de soins non programmés, exprimées par un patient, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux et en l'absence de son médecin traitant(2).

Malgré une existence depuis maintenant plus de dix ans, le fonctionnement du système de permanence des soins ambulatoires (PDSA) reste peu connu de la population. Une majorité des franciliens déclarent ne pas savoir précisément quoi faire en cas de problème de santé inopiné et c'est en priorité aux services d'urgences qu'ils se rendent, directement, sans avis téléphonique préalable, lorsque cette situation se présente la nuit ou le week-end (54 %) (3).

Pour éviter les passages inappropriés aux urgences tout en assurant la qualité et la sécurité de la prise en charge des usagers, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France a lancé début 2015 une campagne de communication. Elle souhaite renforcer le réflexe « d'appeler avant de se déplacer » en faisant connaître le rôle de la régulation du Centre 15 et d'informer sur les associations de médecins de garde disponibles dans chaque département(4).

Etant actif dans la permanence des soins en Essonne, confronté régulièrement aux problématiques précédemment énoncées, il m'a paru intéressant d'étudier les connaissances des habitants de l'Essonne sur le système de PDSA de leur département. Pour cela, nous explorerons leur attitude face à un problème médical urgent hypothétique, puis, s'ils y ont été confrontés dans la dernière année, leur attitude réelle face à un évènement passé. Nous en profiterons ensuite pour étudier leurs connaissances des différents acteurs de la PDSA en Essonne.

Dans une première partie, nous définirons la PDSA, son histoire, son cadre juridique, son organisation générale et départementale en Essonne, avec ses différents acteurs. Nous aborderons ensuite les caractéristiques de l'étude sur la PDSA en Essonne avant de donner ses résultats. Dans une dernière partie, nous discuterons des résultats obtenus et essayerons d'apporter des éléments de réflexion sur la PDSA.

PARTIE 1 : DEFINITION, HISTOIRE, ORGANISATION DE LA PDSA

1.1. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN FRANCE

1.1.1. Définition et principes généraux de la PDSA

La permanence des soins est régie par les décrets du 22 décembre 2006 et du 3 juillet 2010 (5,6). Elle peut être définie comme « *une organisation mise en place par des professionnels de santé (médecins hospitaliers ou libéraux) afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés, exprimées par un patient sur des plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux* ». Cette définition se base sur le rapport de Monsieur le sénateur Charles DESCOURS du 22 janvier 2003, base de l'organisation de la PDSA actuelle (2).

La PDSA est assurée les jours ouvrés de 20h à 8h, les samedis après-midi (de 12h à 20h), les dimanches et jours fériés de 8h à 20h. Elle peut également être adaptée aux besoins de la population, évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante. En Essonne, elle s'étend au lundi lorsqu'il précède un jour férié et au vendredi et au samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Elle s'articule autour d'une régulation téléphonique préalable organisée par le Service d'Aide Médicale Urgente - Centre 15 (SAMU), par une régulation médicale libérale et, dans certains départements, via des centres d'appels d'association de PDSA (interconnectés avec le SAMU). Il s'ensuit une réponse médicale adaptée aux besoins du patient et au degré d'urgence : celle-ci allant du simple conseil téléphonique, à une orientation vers une maison médicale de garde, à une visite au domicile ou à un transfert vers les urgences. Elle est organisée en réseau, impliquant aussi bien des acteurs publics que libéraux.

1.1.2. Histoire de la permanence des soins ambulatoires

1.1.2.1. La permanence des soins avant 2003

Avant 2003, son organisation ne repose pas sur un cadre réglementaire très précis. Elle repose uniquement sur une obligation déontologique : « *dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit* » (7).

Son organisation était très différente d'un département à un autre. Elle dépendait de la densité de la population, des caractéristiques géographiques, de la démographie médicale et de l'implication de chaque médecin. Certains secteurs ont pu développer des Maisons Médicales de Garde (MMG), des Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRR). Dans d'autres, la PDS était assurée par un médecin libéral de garde réceptionnant et assurant seul les appels des patients de son secteur. Il en résulte une offre de soins très

disparate d'un département à un autre et une perte de chance claire pour les patients de certains secteurs en cas de problème de santé inopiné.

1.1.2.2. La grève des gardes de 2001 : les causes du changement

En novembre 2001, un mouvement de grève sur les gardes de nuit et de week-ends est lancé par deux syndicats d'omnipraticiens. Ils avaient plusieurs revendications : une revalorisation des actes médicaux (honoraires des consultations au cabinet et des visites à domicile mais surtout des gardes) et une réorganisation du système de garde proposant que la participation à la PDS soit désormais basée sur le volontariat.

Les Centres 15 et les Services d'Accueil des Urgences (SAU) sont débordés, n'arrivant pas à absorber le surplus de demandes de soins. La grève prend fin en juin 2002, après 7 mois, suite aux promesses de revalorisation des actes et de réflexions sur la PDS de la part du gouvernement.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces grèves et un besoin de changement :

- **Une inflation de la demande de soins** : elle est en constante augmentation. La consommation des soins de médecine de ville est passée de 13 milliards d'euro en 1995 à 20,5 milliards en 2012 (8). La fréquentation des urgences hospitalières a, quant à elle, subi le même sort : après avoir doublée de 1990 à 2001 (passant de 7 à 14 millions de passages par an), elle s'est encore accrue de 30 % depuis pour atteindre en 2012 18,4 millions de passages par an (9).
- **Un changement de pratiques chez les médecins généralistes** : les plus âgés s'épuisent face à une charge de travail de plus en plus lourde et désirent lever le pied. Les plus jeunes aspirent à une meilleure qualité de vie et à un épanouissement aussi bien professionnel que personnel. De nombreux médecins limitent leur activité de visites aux domiciles des patients pour se recentrer sur une activité unique de consultation.
- **Une démographie médicale défavorable** : malgré une augmentation croissante du nombre de médecins inscrits à l'Ordre depuis 1979, le vieillissement de la profession témoigne d'un recrutement insuffisant de jeunes médecins, situation préoccupante face à la progression constante de la demande de soins (10).
- **Des conditions d'exercice de plus en plus difficiles** : il y a une majoration du risque médico-légal avec une augmentation des poursuites et un durcissement des jugements. Les gardes sont lourdes sur le plan de la responsabilité, de la disponibilité, de la sécurité et elles ne sont pas assez rémunérées. Contrairement aux évolutions dans le système salarial, le médecin qui assure une nuit de garde ne bénéficie pas de jour de récupération ce qui l'oblige souvent à enchaîner des plages horaires peu compatibles avec les nouvelles normes sociétales.

1.1.2.3. La permanence des soins depuis 2003

A la suite des grèves, un groupe de travail a été créé sur la permanence des soins, à la demande de Monsieur Jean-François MATTEI, alors Ministre de la santé, dirigé par Monsieur le sénateur Charles DESCOURS. L'objectif était de définir la nature de la mission de permanence des soins et de définir des solutions pouvant être mises en œuvre pour garantir un égal accès aux soins (2).

Les propositions formulées constituent les fondations de la PDSA actuelle :

- **Le volontariat** : la participation des médecins à la PDS n'est plus une obligation (comme le spécifiait l'article 77 du code de déontologie (11)) mais repose sur le principe du volontariat.
- **La régulation des demandes** : l'objectif est de répondre de manière sûre et efficace, en filtrant les demandes de soins non programmés, pour réorienter vers le médecin traitant celles inadaptées, et ainsi ne répondre qu'aux demandes ayant un certain caractère d'urgence. La régulation est identifiée comme un des éléments essentiels au bon fonctionnement du dispositif de PDS.
- **La sectorisation** : la PDS est organisée au niveau départemental avec un découpage en secteurs, adapté à la densité de la population, à la démographie médicale et aux données géographiques, permettant une réponse rapide et adaptée à chaque demande de soins non programmés.

Les décrets du 15 septembre 2003 et du 7 avril 2005 font suite au rapport DESCOURS et fixent les modalités d'organisation de la PDS et aux conditions de participation à cette permanence.

Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins (CODAMUPS) est créé. Il a pour mission de « *veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la PDS et à son ajustement aux besoins de la population* » (article R6313-1 à 4 du code de santé publique) (12). En 2010, avec la mise en place des Agences Régionales de Santé, Il devient le CODAMUPS-TS, Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires, coprésidé par le préfet et le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (DGARS).

En 2007, la PDS qualifiée jusqu'alors de « *mission d'intérêt de service général* », devient une « *mission de service public* » (5,13). Ainsi, les médecins y participant pourraient bénéficier de la protection juridique de l'État, couvrant les dommages subis comme ceux causés dans le cadre d'une activité médicale de la PDS.

1.1.3. Le cadre législatif de la permanence des soins ambulatoires

1.1.3.1. Code de santé publique

Depuis 2003, plusieurs décrets ont modifié l'organisation de la PDSA. Les derniers en date sont ceux du 13 juillet 2010 : l'un redéfinit les modalités d'organisation de la PDSA, l'autre réorganise le CODAMUPS (6,14).

Comme vu précédemment, les principes de volontariat et de sectorisation sont définis (15).

Un tableau de garde (article R.6315-2) est établi par les médecins volontaires pour une durée minimale de 3 mois. Il est communiqué au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre au Comité Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM). Ce dernier le transmet ensuite à l'ARS, au préfet du département, au SAMU, aux médecins et associations de permanence des soins concernés ainsi qu'aux caisses d'Assurance-Maladie (16).

L'accès au médecin de garde se fait **après une régulation médicale téléphonique préalable** (article R.6315-3). Il est organisé par le service d'aide médicale urgente, par des médecins régulateurs libéraux par exemple ou par des centres d'appels d'associations de PDSA, à condition qu'ils soient interconnectés avec le Centre 15 (17).

La réponse est adaptée à la demande de soins avec notamment la possibilité par le médecin régulateur de donner des conseils médicaux, pouvant aboutir à une prescription médicamenteuse par téléphone (article R.6315-5) (18).

Les principes d'organisation de la PDSA font l'objet d'un cahier des charges régional, arrêté par le directeur général de l'ARS (article R.6315-6). Il précise l'organisation de la régulation des appels, les différents territoires de permanence, les indicateurs de suivis et d'évaluation du bon fonctionnement de la PDSA ainsi que la rémunération forfaitaire du personnel participant (19).

1.1.3.2. Code de déontologie médicale

En France, la déontologie médicale est réglementée par le code de déontologie. Ce code s'impose à tout médecin. Il est établi par décret et le Conseil de l'Ordre des Médecins est chargé de ces dispositions.

Comme évoqué précédemment, la participation du médecin à la permanence des soins relève du volontariat (article 77) (20).

D'autres articles peuvent concerner la permanence des soins. A la suite d'une urgence, si le patient doit revoir son médecin traitant, un compte rendu doit être rédigé par le médecin de garde afin de transmettre l'ensemble des informations nécessaires à la poursuite de la prise en charge et permettre une continuité des soins (article 59).

Hors urgence, le médecin a le droit de refuser des soins pour des raisons personnelles ou professionnelles. Il doit en revanche en avertir le patient et assurer la continuité des soins en l'orientant vers un confrère disponible (article 47).

1.1.4. L'organisation du système de PDSA et plus spécifiquement celui de la région Ile-de-France

1.1.4.1. La gestion de la PDSA

1.1.4.1.1. L'Agence Régionale de Santé

La loi HPST « Hôpital, Patient, Santé et Territoire », N°2009-879 du 21 juillet 2009, est à l'origine de la création des Agences Régionales de Santé. Elle qualifie la PDSA de mission de service public. Elle confie au directeur général de l'ARS le pilotage du dispositif de PDSA, la partie forfaitaire de son financement et la définition des territoires de PDSA (21).

L'organisation de la PDSA est développée dans le cahier des charges régional, comprenant l'organisation de la régulation médicale, l'organisation générale de l'offre de soins ambulatoires, l'organisation des différents territoires de PDSA afférents à chaque département et les lieux fixes de consultation, les règles d'attribution des indemnités d'astreintes perçues par chaque professionnel participant au dispositif. Il entre en vigueur après publication de l'arrêté du DGARS. Il est pris après avis (uniquement consultatif) des comités départementaux (les CODAMUPS-TS), de la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins (CSOS), de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), de l'Union Régionale des Professionnels de Santé représentant les médecins (URPS médecins) et au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM). Sa révision est annuelle, au moins formelle, du fait de l'allocation annuelle de l'enveloppe PDSA (4).

1.1.4.1.2. Le CODAMUPS-TS

Présent dans chaque département, il veille à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la PDS et à son ajustement aux besoins de la population en respectant le cahier des charges annuel établi par l'ARS. C'est l'instance de concertation, d'élaboration et d'évaluation de la PDS. Il est coprésidé par le préfet ou son représentant et le DGARS.

Il est composé de représentants des collectivités territoriales, de partenaires de l'aide médicale urgente, de membres nommés sur proposition des organismes qu'ils représentent (médecins du CDOM, représentants de l'URPS-médecins, représentants d'associations de PDS...).

1.1.4.1.3. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM)

Le CDOM a un rôle important et consacre une partie significative de ses moyens, dont un responsable ordinal, à l'organisation de la PDSA. Il vérifie que les médecins de permanence sont en situation régulière d'exercice. Il veille à la complétude des tableaux de garde après avoir si nécessaire, fait les démarches auprès des organisations représentatives. Il tente de faire émerger des propositions d'amélioration du dispositif de PDSA en lien avec les médecins, le SAMU, l'ARS et l'Assurance Maladie.

Les CDOM se mobilisent également sur la continuité des soins, notamment au moment des périodes de congés. Ils interviennent aussi en instruisant les plaintes relatives à la permanence des soins.

1.1.4.2. Les acteurs de la PDSA sur le terrain

1.1.4.2.1. La régulation médicale

En France, elle est composée de la réception et de la régulation des appels dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente (AMU) et de la demande de soins non programmés pendant ou hors PDSA. L'organisation de la PDSA et celle des urgences doivent être complémentaires et conçues comme un système en réseau, elle se fait conjointement, soit en un même lieu, soit au moyen d'une interconnexion. En Ile-de-France, elle se fait au niveau des Centres de Réception et de Régulation des Appels – Centre 15 (CRRRA-15), implantés au sein des SAMU de la région, en associant, au même endroit, des régulateurs hospitaliers et libéraux.

Le numéro d'appel 15 donne accès à la régulation médicale téléphonique. Les associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appels interconnectées avec le CRRRA-15 peuvent également être accessibles pour cette régulation téléphonique sous réserve d'une convention passée avec l'établissement siège du SAMU-Centre 15, soumise à l'avis du comité de pilotage régional de la PDSA.

La réception des appels est assurée initialement par des Auxiliaires de Régulation Médicale (ARMs). Ils participent à la régulation médicale sous la responsabilité des médecins régulateurs. Ils dressent un premier bilan comprenant la localisation de la demande, une évaluation de la gravité et de l'urgence de l'appel. L'appel est ensuite transféré au médecin régulateur : soit à un médecin régulateur hospitalier si la demande relève de l'AMU, soit à un médecin régulateur libéral si elle relève de la demande de soins non programmés.

Toute demande de soins doit être traitée par un binôme ARMs/médecin régulateur, avec une décision prise par le médecin régulateur ou, du moins, validée par lui. Un médecin de l'AMU doit être présent 24h sur 24 et 7 jours sur 7 au niveau du CRRRA-C15.

Les différents types de réponses possibles s'appuient sur des critères médicaux identifiés au cours de l'échange avec l'intervenant. En cas de doute, la réponse est adaptée au niveau potentiellement le plus grave.

Les réponses possibles sont (22):

- Conseil médical sans mise en œuvre de moyens ;
- Prescription médicamenteuse par téléphone : rédaction et transmission d'une ordonnance écrite à la pharmacie de garde, prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale ou adaptation d'un traitement ;
- Orientation vers une Maison Médicale de Garde, pour une prise en charge médicale non programmée (effecteur posté), en s'assurant au préalable que le patient a les moyens de s'y rendre ;
- Intervention d'un effecteur mobile, pour une prise en charge au domicile du patient ;
- Transport sanitaire en ambulance vers un service d'urgence ou un effecteur posté ;
- Sapeurs-pompiers, secouristes ou déclenchement d'un SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) ;

L'ensemble des informations recueillies sont inscrites dans un dossier de régulation, qui devient un dossier de régulation médicale s'il a été régulé par un médecin. Tout appel décroché doit faire l'objet de l'ouverture d'un dossier de régulation (23).

1.1.4.2.2. Les effecteurs postés

Ce sont des médecins libéraux volontaires qui assurent des consultations de médecine générale aux horaires de la PDSA dans leur cabinet ou dans des lieux fixes de consultation (les Maisons Médicales de Garde par exemple). Ils permettent la réalisation d'actes de diagnostic et/ou de soins, pour des situations ne pouvant pas attendre la réouverture des cabinets médicaux et qui ne nécessitent pas un accès immédiat à un plateau technique.

1.1.4.2.3. Les effecteurs mobiles

Ce sont des médecins libéraux volontaires, effectuant des visites aux domiciles des patients, aux horaires de PDSA et également la plupart du temps aux horaires de continuité des soins (la journée en semaine). Ils appartiennent dans la majeure partie des cas à une association de permanence des soins (comme SOS Médecins en Essonne et sur l'Île-de-France, le SUR93, SOS92, MedàDom94, Urgences Médicales de Paris ou Médecins d'Urgence sur le 77). Il s'agit des visites qui ne peuvent être différées, parmi lesquelles des visites immédiates avec priorité et des visites dans des délais usuels.

1.1.5. Les aspects financier de la PDSA

Le financement de la PDSA relève pour une partie de l'ARS et pour une autre du champ conventionnel. Le financement de la rémunération forfaitaire des médecins, des actions ou structures qui concourent à l'amélioration de la PDSA relève des ARS. Il se fait via un fond d'intervention régional (FIR).

1.1.5.1. La rémunération des médecins libéraux de permanence

Le cahier des charges régional est le document de référence pour procéder au paiement de la rémunération forfaitaire des médecins participants aux gardes de PDSA et à la régulation médicale téléphonique (19).

1.1.5.1.1. Pour les médecins régulateurs libéraux

Le tarif horaire est fixé à 80€ quelle que soit la plage horaire de PDSA, pour les gardes effectuées dans les CRRA-15 de la région Ile-de-France (4).

1.1.5.1.2. Pour les médecins effecteurs

Cette rémunération ne peut être versée que si le médecin est nominativement inscrit sur le tableau de garde départemental en tant que médecin de permanence dans le cadre d'une association de PDSA.

Les rémunérations forfaitaires :

Pour les effecteurs postés :

- Elle se fait selon un dispositif de rémunération dégressive, allant de 200€ par tranche de quatre heures de permanence, jusqu'à un plancher minimal de 60€. Seuls les actes facturés doivent être pris en compte pour la dégressivité. Pour être rémunéré, la durée d'une garde ne peut être inférieure à trois heures.
- Pour une garde de plus de quatre heures, le forfait est calculé de manière identique pour les quatre premières heures et au prorata du nombre d'actes effectués sur les heures suivantes.

Pour les effecteurs mobiles :

- Elle est fixée à 50€ pour quatre heures par secteur, avec une exception pour les effecteurs mobiles intervenant sur de larges territoires de PDSA à caractère « rural » et dont la rémunération est supérieure, en compensation du temps engagé pour des distances importantes à parcourir et lorsque les indemnités kilométriques ne sont pas applicables.

Pour ce qui est des rémunérations à l'acte, des majorations spécifiques peuvent s'appliquer dans le cadre de la PDSA. Pour cela, la consultation doit être régulée au préalable. Ce sont des majorations de nuit, de milieu de nuit ou de dimanche et jours fériés.

Ces majorations se cumulent à un C (cotation pour une consultation simple) pour les actes au cabinet et à un V en cas de visite à domicile. Les majorations nourrisson (MNO : 5€) et enfant de moins 6 ans (MGE : 3€) peuvent également s'appliquer. La réalisation d'un électrocardiogramme au domicile est majoré par la codification YYYY490 (soit DEQP003 + YYYY490 : 14,26€ + 9,60€). En revanche, il n'y a pas, en Essonne, d'indemnités kilométriques.

	Codification des consultations	Tarifs	Codification des visites	Tarifs
La nuit : 20h-24h et 6h-8h	C + CRN	23 + 42,50 65,50€	V + VRN	23 + 46 69€
En milieu de nuit 00h-6h	C + CRM	23 + 51,50 74,50€	V + VRM	23 + 59,50 82,50€
Samedi 12h-20h, dimanche / jours fériés 8h-20h	C + CRD	23 + 26,50 49,50€	V + VRD	23 + 30 53€

Tableau 1 : Cotations des actes dans le cadre de la PDSA

1.1.5.2. La répartition de l'enveloppe régionale PDSA en Ile-de-France

Le montant régional de l'indemnisation des médecins régulateurs s'élève à 6,73 millions d'euros. Une réserve de 0,15 millions d'euros est prévue pour rémunérer le renforcement transitoire des effectifs en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

Pour les médecins effecteurs, elle s'élève à 5,73 millions d'euros, avec 2,87 millions d'euros pour les effecteurs mobile et 2,86 millions d'euros pour les effecteurs postés.

Le montant total régional de l'enveloppe des rémunérations forfaitaires s'élève donc à 12,82 millions d'euros (4).

1.1.6. État des lieux de la PDSA en Ile-de-France en 2015

La région Ile-de-France est caractérisée par un centre dense, urbain et une problématique semi-rurale en grande couronne. Elle concentre près de 20 % de la population nationale sur une superficie de 12 000 km². Elle présente une densité régionale d'omnipraticiens libéraux plus faible que la moyenne nationale, une importante offre hospitalière notamment en sites d'urgence et des CRRA-15 à très forte activité (24).

En moyenne, près de 11 % des omnipraticiens libéraux installés dans la région participent au dispositif organisé de PDSA (4).

Il existe 69 structures pour l'effection postée, 21 points fixes, 8 cabinets médicaux tournants et 40 Maisons Médicales de Gardes. Les 40 maisons médicales recensées se caractérisent par une répartition territoriale contrastée avec 2 MMG seulement dans le 95 et 12 dans le 94. Elles sont à proximité ou dans l'enceinte d'un établissement de santé pour 25 % d'entre elles. Elles ont une activité plus faible en semaine, soutenue le dimanche.

Les associations de permanence des soins sont nombreuses. Elles couvrent généralement les zones urbaines et péri-urbaines. Parmi elles, les associations appartenant à SOS Médecins occupent une place très importante dans l'offre de visites à domicile et, plus récemment, sous forme de points fixes de consultation non programmées, dans Paris, la Seine-et-Marne, les Yvelines, l'Essonne et le Val d'Oise. Leur organisation leur permet de mobiliser de façon souple les médecins effecteurs, pour s'adapter à la fluctuation des demandes de soins non programmés.

1.1.7. La campagne d'information de l'ARS Ile-de-France sur la permanence des soins

Dans l'objectif d'éviter des passages inappropriés tout en assurant la qualité et la sécurité de la prise en charge des usagers, l'ARS Ile-de-France souhaite renforcer chez les franciliens le réflexe « d'appeler avant de se déplacer ». Elle a lancé une campagne de communication à partir de mi-janvier 2015 et durant tout le premier trimestre 2015.

La campagne a été diffusée par voie de presse (insertions publicitaires dans *Le Parisien*, *Direct Matin*, *20 Minutes*) et via un affichage urbain (devantures de pharmacie et abribus). Des affiches et des flyers ont également été distribués dans les établissements de l'AP-HP, dans certains cabinets de médecine générale et de pédiatrie, ainsi que dans les mairies (25). Les flyers et posters représentaient des exemples de problèmes de santé inopinés. Ils sont accessibles en annexe 1 page 84.

Un site a également été créé : *medecinsdegarde.org*. Il explique le fonctionnement du Centre 15, de la permanence des soins et permet également d'accéder aux numéros de téléphone des associations de médecins de garde dans chaque département.

Un nouveau numéro le 116-117 doit être déployé dans le courant de l'année 2017, prévu pour drainer les appels non urgents destinés à une prise en charge par la médecine libérale. Il aboutira sur les mêmes plateformes des CRRRA-15 et devrait bénéficier d'une importante campagne d'information nationale relayée par des déclinaisons régionales. L'objectif serait dans le temps de pré-qualifier des sollicitations patients entre des urgences vitales et la majorité des toutes autres demandes qui aujourd'hui arrivent indistinctement sur le seul numéro 15.

1.2. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN ESSONNE

1.2.1. Le département de l'Essonne

1.2.1.1. Caractéristiques géographiques

Le département de l'Essonne présente une superficie de 1 804 km², soit 15 % de la superficie régionale. Il est composé de 42 cantons et 196 communes (4).

Sa densité de population est de 669 habitants par km² (contre 960 au niveau régional et 117 au niveau national en 2009) (26). Elle est très inégale sur le territoire départemental avec une concentration forte au nord-est, légèrement moindre au nord-ouest et faible dans le sud du département. En effet, l'Essonne bénéficie d'un nord urbanisé et d'un sud plus rural (49 % du territoire est tenu par des exploitations agricoles).

1.2.1.2. Caractéristiques démographiques

La population totale de l'Essonne est estimée à 1 257 065 habitants (27). 27,3 % de cette population est âgée de moins de 20 ans et 6,4 % de plus de 75 ans. Parmi les familles, 10,4 % d'entre elles sont des familles monoparentales. Il y a par ailleurs 5,2 % de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) (données au 31/12/2013) (4). La croissance démographique départementale est légèrement supérieure à la croissance nationale (0,6 % par an sur le plan départemental contre 0,4 % au niveau national) (28).

L'Essonne compte 6 zones franches urbaines (quartiers de plus de 10 000 habitants, situés dans des zones dites sensibles ou défavorisées). Elles sont réparties sur les communes d'Epinay-sous-Sénart, Evry, Grigny, Viry-Châtillon et Corbeil-Essonnes.

1.2.1.3. La démographie médicale

L'Ile-de-France recense 59 520 médecins inscrits au tableau de l'Ordre (22 % de l'effectif national) avec 42 227 médecins en activité régulière (24).

Sur le plan de la densité de médecins généralistes, l'intégralité des régions françaises enregistrent un recul. Avec une densité de 132,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2014, contre 157,1 en 2007, la région Ile-de-France recense la plus forte diminution (10).

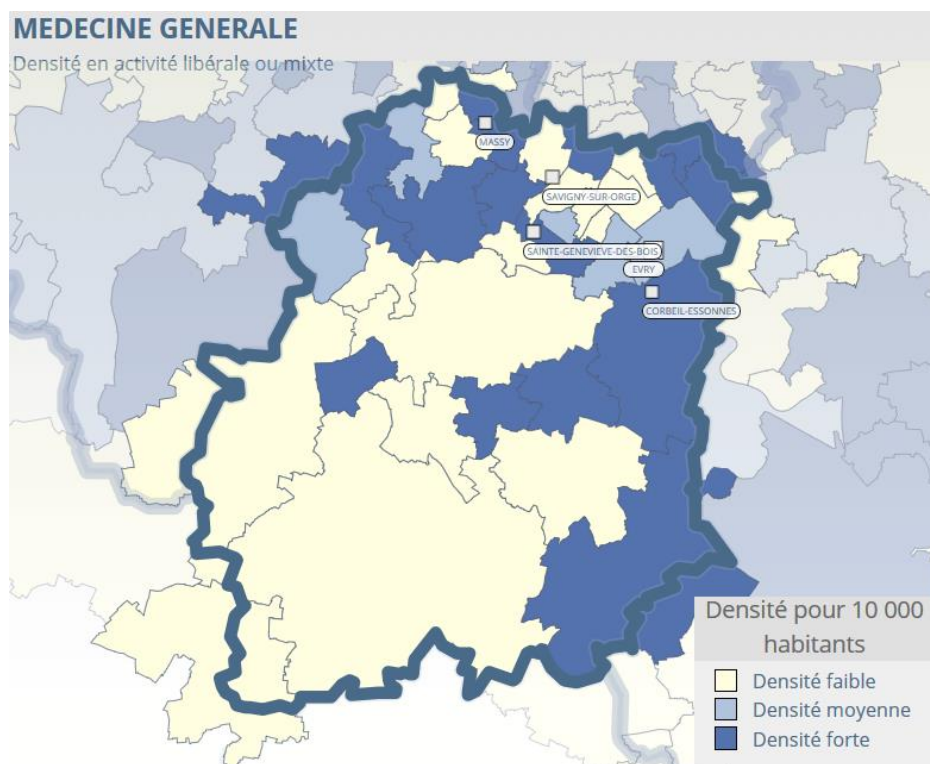
L'Essonne compte 1 398 médecins généralistes inscrits à l'Ordre dont 55,4 % en activité libérale stricte, 5,7 % en activité mixte et 38,9 % en salariat. La densité est de 112,4 médecins généralistes pour 100 000 habitants, légèrement inférieure à la densité nationale (133,5). Elle est en recul de 13,6 % depuis 2007. La densité des médecins généralistes installés, moindre, est de 78 pour 100 000 habitants (4).

L'âge moyen est de 53 ans contre 52 ans au niveau national. La part de médecins âgés de 60 ans et plus est de 27 % tandis que la tranche des moins de 40 ans représente 10,9 % de l'ensemble des actifs réguliers.

La féminisation du corps médical généraliste est supérieure à la moyenne française avec 48 % en Essonne contre 44 % en France (24).

Sur le plan démographique, il existe quatre zones déficitaires au niveau de Vigneux-sur-Seine, Grigny, La Ferté-Alais et Méréville, ainsi que deux zones sensibles au niveau de Morsang-sur-Orge / Fleury-Merogis et le canton de Saint-Chéron (4).

La cartographie interactive de l'Ordre National des Médecins au niveau de l'Essonne (Carte 1) reflète bien la disparité départementale de la densité des médecins généralistes. Avec une offre de soins importante au nord et sud-est du département et une offre moindre au centre et sud-ouest du département.



Carte 1 : Densité des médecins généralistes en activité libérale ou mixte en 2014 pour le département de l'Essonne (29).

Pour les spécialistes, ils sont 1 563 à exercer en Essonne, soit une densité de 126 médecins toutes spécialités confondues pour 100 000 habitants. La densité des spécialistes libéraux est également moindre, 77 pour 100 000 habitants, contre 112 au niveau régional (4).

1.2.2. Les territoires de PDSA (4)

Pour les effecteurs postés, il y a 6 territoires de permanence, soit 5 Maisons Médicales de Garde (Orsay, Longjumeau, Juvisy-sur-Orge, Evry/Corbeil, Arpajon) et 1 centre de consultation de SOS Médecins Essonne à Chevannes (carte en annexe 2 page 85).

Pour les effecteurs mobiles, Il y a 8 territoires de permanence pour les débuts de nuit (20h-24h), les samedis (12h-20h), les dimanches, les jours fériés et les ponts mobiles (8h-20h) (Orsay, Longjumeau, Juvisy-sur-Orge/Val d'Yerres, Evry/Corbeil, Arpajon, Dourdan, Etampes-Est, Etampes-Ouest). Il y a 4 territoires de permanence pour la nuit profonde (0h-8h) (Orsay/Longjumeau/Juvisy-sur-Orge, Val-d'Yerres/Evry-Corbeil, Etampes).

1.2.3. La régulation médicale et l'Association Départementale pour la Régulation des Urgences Médicales de l'Essonne (ADRUM91)

1.2.3.1. Description

L'Association Départementale des Urgences Médicales de l'Essonne (ADUM 91) a été créée le 19 mai 1980. Elle modifie ses objectifs en 2003 suite à la parution des nouvelles législations régissant la PDSA. Elle se donne pour mission de promouvoir, coordonner et contribuer à l'organisation de la réponse aux urgences et de la PDSA, d'être un interlocuteur de toute institution impliquée dans la PDSA ou les urgences, afin d'assurer aux médecins et aux participants la place qui leur revient dans le respect des textes en vigueur (30). Elle devient en 2013, l'Association Départementale pour la Régulation des Urgences Médicale du 91 (ADRUM 91) (31).

En 2015, 22 médecins libéraux participent à la régulation médicale aux horaires de la PDSA au niveau du SAMU-Centre 15, situé dans les locaux du SAMU, au centre départemental d'appels d'urgences, 55 boulevard Henri Dunan à Corbeil-Essonnes.

Ils sont deux tous les soirs de la semaine, de 20h à 8h. Ils sont deux à trois le samedi de 12h à 20h et deux à trois le dimanche en journée, de 8h à 20h.

Pour joindre cette régulation, le patient a deux possibilités : soit en appelant le 15, soit en appelant le 01.64.46.91.91, numéro d'appel des médecins régulateurs libéraux initial, qui est en fait directement transféré sur le standard du 15.

1.2.3.2. Activité globale

L'évolution du nombre de dossiers de régulation depuis 1989 en Essonne est cohérente avec l'augmentation nationale d'activité avec une multiplication par 6,6.

Parallèlement, les interventions SMUR n'ont augmenté que d'un facteur 1,4. En 1989, 25 % des appels donnaient lieu à un départ SMUR contre 5 % en 2012 (32).

En 2012, le nombre total de dossiers pris en charge était de 169 480, soit 3,34 % de plus qu'en 2011. La régulation médicale libérale représentait 59 % de l'activité globale de régulation avec 99 969 dossiers. Au niveau des décisions prises, 38 % des patients sont restés au domicile avec de simples conseils médicaux, 27 % ont été orientés vers un effecteur posté ou mobile et 35 % vers un service d'accueil des urgences (32).

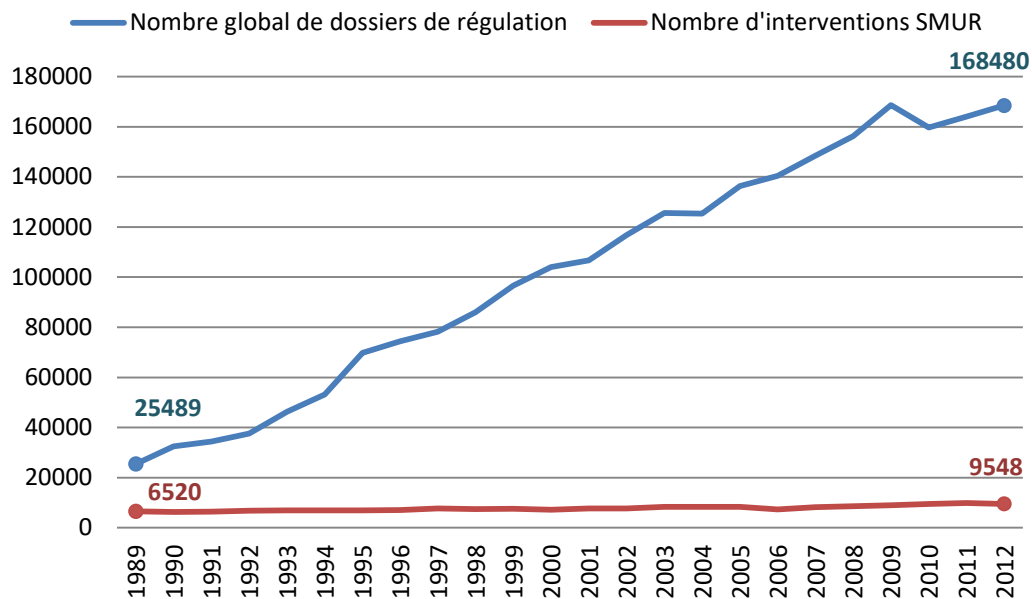


Figure 1 : Evolution du nombre de dossiers de régulation et celle du nombre d'interventions SMUR entre 1989 et 2012 au SAMU 91 (32).

1.2.4. Les Maisons Médicales de Garde (MMG) et la Fédération des Associations de Médecins de l'Essonne (FAME 91)

1.2.4.1. Description

Il y a 5 Maisons Médicales de Garde. Elles sont toutes ouvertes le dimanche, les jours fériés et les ponts mobiles de 8h à 20h. Celles d'Orsay, Evry-Corbeil, Arpajon et Longjumeau sont aussi ouvertes le samedi après-midi de 14h à 20h.

Il y a également un 6^{ème} point de consultation fixe, le centre de consultation de SOS Médecins Essonne, implanté à Chevannes. Son mode de fonctionnement sera abordé ultérieurement.

Les médecins sont organisés en association pour chaque territoire de garde postée. Les 6 associations sont regroupées au sein de la Fédération des Associations de Médecins de

l'Essonne (FAME 91) créée le 23 mars 2002. Elle est bénéficiaire de fonds publics (FIR) pour la gestion mutualisée, avec une coordination unique, des MMG de l'Essonne.

Les MMG d'Evry-Corbeil, de Juvisy et d'Arpajon sont installées dans l'enceinte d'une structure hospitalière. Celles d'Orsay et de Longjumeau sont dans des locaux indépendants à proximité du centre hospitalier.

Pour le mode d'accès à la permanence des soins, seule une structure impose une régulation préalable par le Centre 15 (la MMG d'Orsay). Pour les autres structures, les patients viennent soit adressés par le 15, soit réorientés par le service d'urgence de proximité ou en accès direct.

Toutes les structures sont informatisées avec une connexion internet, interconnectés avec le SAMU-Centre 15, permettant également une télétransmission des feuilles de soins et la rédaction informatisée des ordonnances.

Les consultations peuvent être réglées en chèques, espèces et par carte bancaire uniquement lorsque le médecin effecteur est équipé de son propre système portable. Le tiers-payant peut être pratiqué dans toutes les MMG à la demande du patient.

1.2.4.2. L'activité des MMG

Le nombre de consultations dans l'ensemble des MMG de l'Essonne est en augmentation depuis leur création. Elles sont passées de 7 346 en 2007 à 12 452 en 2014.

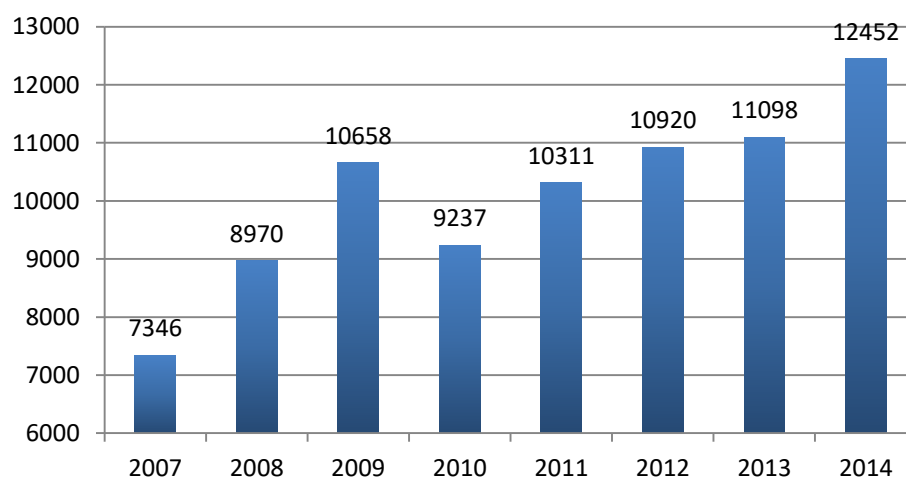


Figure 2 : Nombre de consultations effectuées dans les MMG de l'Essonne de 2007 à 2014.

Cette progression touche toutes les MMG de manière homogène. Chaque MMG voit en moyenne 2 075 patients par an en 2014. Celle d'Arpajon est la plus active avec 2 997 patients en 2014 et celle d'Evry la moins fréquentée avec environ 1 238 patients. La MMG d'Etampes a été fermée courant 2013. La MMG d'Arpajon a cessé son activité en novembre

2015 en réaction à une gestion administrative jugée trop dogmatique de l'ARS. Des négociations entre la FAME et l'ARS sur l'année 2016 permettent, avec adhésion des médecins généralistes de ce secteur, de faire un projet de réouverture de ce site début 2017.

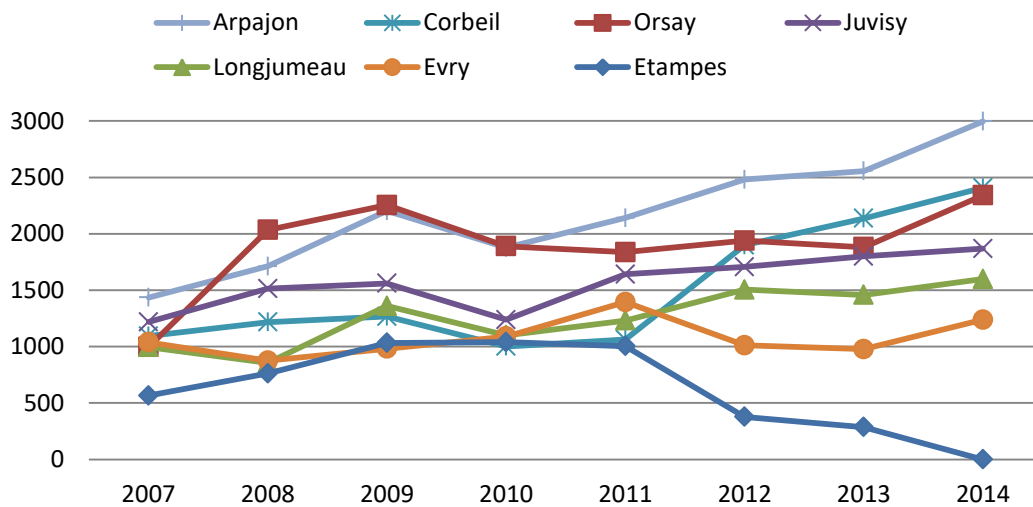


Figure 3 : Nombre de consultations annuelles par MMG de 2007 à 2014.

Le nombre de consultations varie tout au long de l'année. Ces fluctuations sont superposables d'une année sur l'autre. L'activité est plutôt stable de janvier à juin pour devenir ensuite minimale durant l'été. Elle croît ensuite à partir de fin octobre jusqu'à la fin de l'hiver. Cette variation saisonnière est probablement due à la majoration des pathologies infectieuses durant l'hiver.

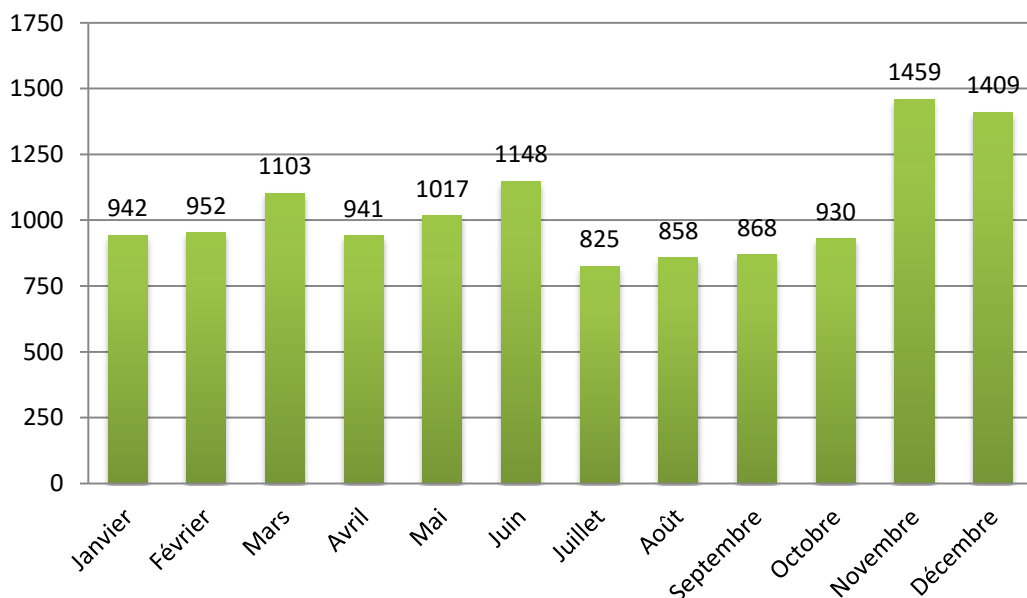


Figure 4 : Répartition mensuelle des consultations dans les MMG de l'Essonne en 2014.

1.2.5.SOS Médecins Essonne

1.2.5.1. Présentation de SOS Médecins

SOS Médecins est le premier réseau libéral de permanence des soins et d'urgences en France. Il regroupe des associations sur le territoire métropolitain et d'outre-mer. Créée le 20 juin 1966 par le Dr Lascar sur Paris, SOS Médecins France fédère aujourd'hui 62 associations réparties sur le territoire, plus d'un millier de médecins urgentistes, 4,5 millions d'appels traités et 2,5 millions d'interventions à domicile ou de consultations par an (33).

Son activité concerne aussi bien l'aide médicale urgente hors urgences vitales que les actes de médecine générale courants nécessités par la PDSA. Elle est centrée sur la visite à domicile. Mais des centres de consultation ont vu le jour depuis quelques années, notamment pour pallier les problèmes de démographie médicale et l'augmentation de demandes d'intervention.

La fédération SOS Médecins France et SAMU de France ont signé une convention cadre en septembre 2005 (34), actant la place de cette structure dans la PDSA. Elle sert de matrice à la majorité des conventions conclues localement par chaque association.

Chaque association se doit de respecter le cahier des charges SOS Médecins. Le standard doit être ouvert 24h sur 24, 365 jours sur 365. Les médecins doivent être expérimentés et rodés à l'urgence. Ils doivent être dotés des moyens de diagnostics et thérapeutiques nécessaires à leur exercice (tensiomètre, saturomètre, électrocardiogramme, médicaments injectables ...). La disponibilité du médecin doit être totale pendant sa garde. Son intervention doit être rapide, effectuée dans un véhicule blanc, débanalisé, équipé de moyen de transmission adapté. Un bilan d'intervention doit être pratiqué et l'information transmise au médecin traitant. Les associations doivent avoir une autonomie financière.

L'association SOS Médecins Essonne a été créée en 1987. Depuis elle n'a cessé de progresser, tant sur le plan du territoire géographique couvert que sur le nombre de médecins. Constituée de 3 associés au départ, la structure compte actuellement 18 médecins associés et environ 15 remplaçants. Le nombre de médecins travaillant au cours de la journée est défini pour répondre au mieux aux besoins de la population, les effectifs variant en fonction des heures, des saisons et des épidémies.

Les locaux de l'association, historiquement basés à Grigny, se trouvent depuis 2011 à Chevannes. Un centre de consultations au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, « MEDI'CENTRE Val d'Essonne », y a ouvert ses portes en janvier 2011. La consultation SOS Médecins y est assurée 7j/7 de 8h à 22h, uniquement pour des patients ayant appelé le centre de régulation et pour des problèmes aigus.

1.2.5.2. Schéma de réponse à un appel

Les appels sont réceptionnés par des permanières au niveau du centre d'appels Médi'Call Center (MCC) de SOS Médecins Essonne. L'identification du patient, ses coordonnées détaillées, les motifs principaux et secondaires d'appel sont recueillis. Elles sont assistées par des protocoles et des procédures informatiques mis en place et validés par des médecins pour la prise de décision. Le degré d'urgence est évalué comme suit :

- Si l'urgence apparait vitale, l'appel est directement transmis pour régulation au médecin de SOS le plus près géographiquement du patient, ou directement au SAMU pour être traité par le médecin régulateur du Centre 15 afin d'éviter toute perte de chance.
- Si l'urgence est élevée sans pronostic vital engagé, la visite sera prioritaire et transmise au médecin le plus rapidement disponible.
- Si la visite est médicalement justifiée, mais non urgente, un délai d'attente approximatif sera donné au patient en fonction de l'activité médicale en cours. Cette visite sera attribuée à l'un des médecins en fonction de sa position géographique.

Les données de la visite sont transmises via une application, MCC Mission, fonctionnant sur smartphone ou ordinateur de poche. Via ce logiciel, le médecin acquitte la bonne réception de la visite, signale son arrivée sur les lieux et, une fois la visite effectuée, rédige un compte rendu qui sera archivé par MCC dans le dossier informatique du patient.

Si le patient peut se déplacer et se trouve dans le secteur du MEDI'CENTRE Val d'Essonne, une consultation sera proposée en fonction des disponibilités restantes.

1.2.5.3. Activité de SOS Médecins Essonne

Comme pour les MMG, l'activité de SOS Médecins Essonne est en constante augmentation depuis sa création. En 2014, le standard a reçu 117 582 appels. Les médecins de la structure ont effectué 59 666 visites et 22 878 consultations.

Un nombre important d'appels n'a pas été suivi d'une visite ou d'une consultation (35 038 en 2014). Il s'agit de demandes de visites ou consultations considérées comme non recevables pour une prise en charge SOS, des visites annulées, soit par le patient lui-même, soit par le médecin ou encore des appels transférés au SAMU-Centre 15 ou de simples conseils téléphoniques.

L'activité subit d'importantes variations saisonnières. Elle croît à partir de mi-août pour atteindre son maximum fin décembre avec 6 406 visites par mois, pour décroître progressivement jusqu'en aout pour atteindre son minimum avec 3 671 visites par mois.

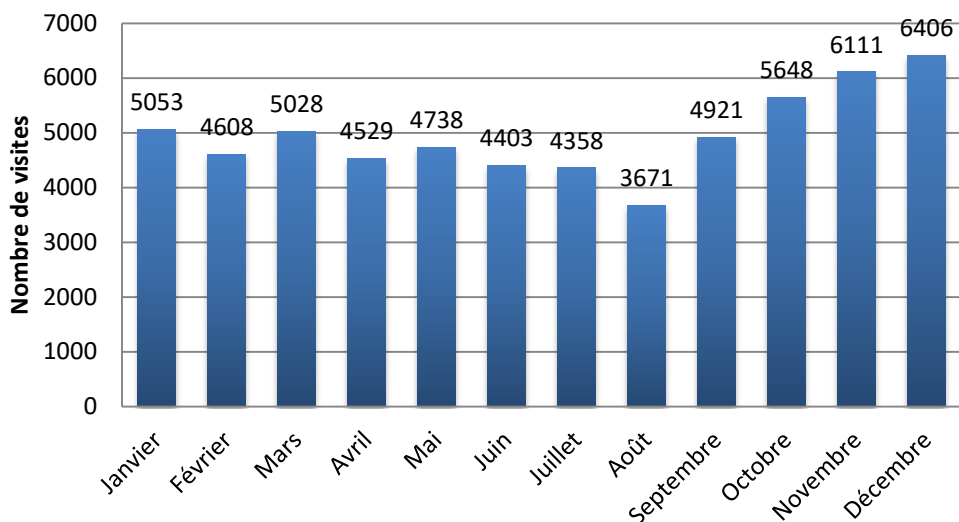


Figure 5 : Répartition mensuelle des visites effectuées par SOS Médecins Essonne en 2014.

L'activité présente une variation nyctémérale superposable d'un jour sur l'autre. Le nombre d'appel croît à partir de 5h du matin pour atteindre un premier pic vers 11h. Il diminue ensuite avec une phase en plateau de 12h à 17h. L'activité reprend ensuite pour atteindre un deuxième pic vers 21h. Elle décroît ensuite pour atteindre son minimum vers 5h du matin.

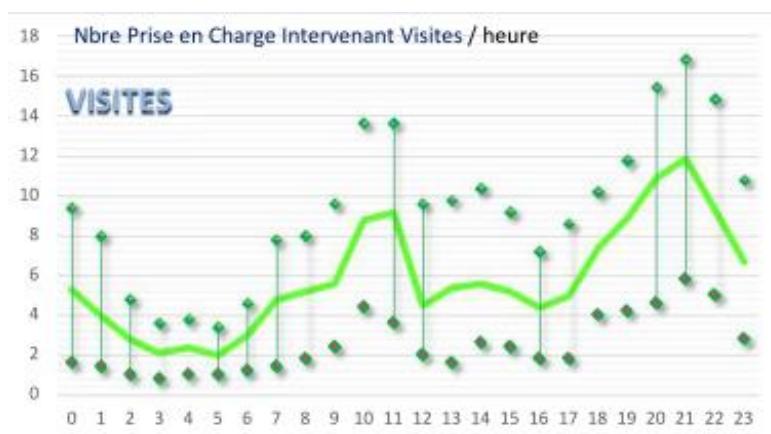


Figure 6 : Répartition nyctémérale des visites effectuées par SOS Médecins Essonne en 2014.

L'activité de SOS Médecins est répartie sur deux périodes : la continuité des soins (la journée en semaine et le samedi matin) qui constitue 40 % de l'activité et la PDSA représentant 60 % de l'activité.

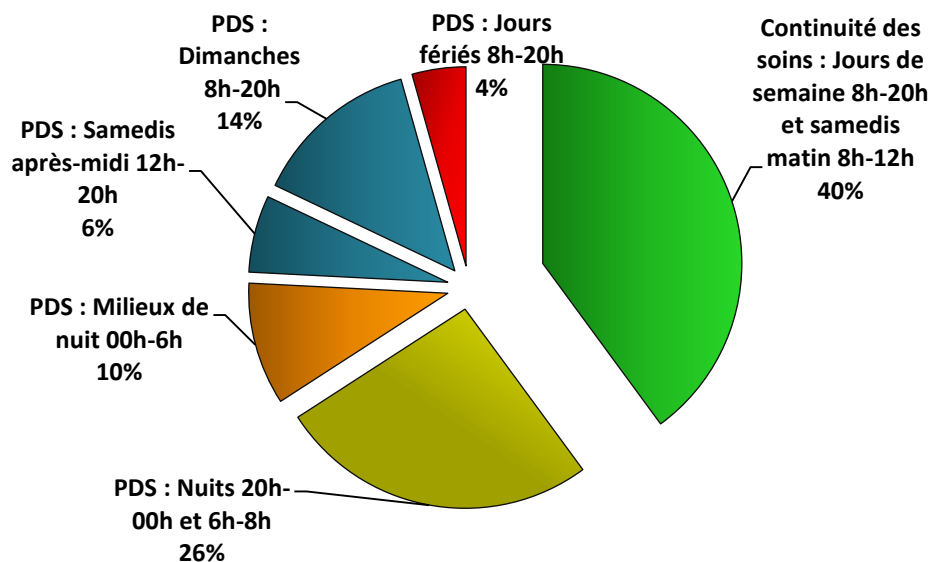


Figure 7 : Répartition des visites en tenant compte des périodes de PDSA et de continuité des soins pour 2014.

La variation saisonnière des consultations au MEDI’CENTRE de Chevannes est superposable à celle des visites avec un pic maximal durant l’hiver avec 2426 consultations et un pic minimal en août avec 1428 consultations.

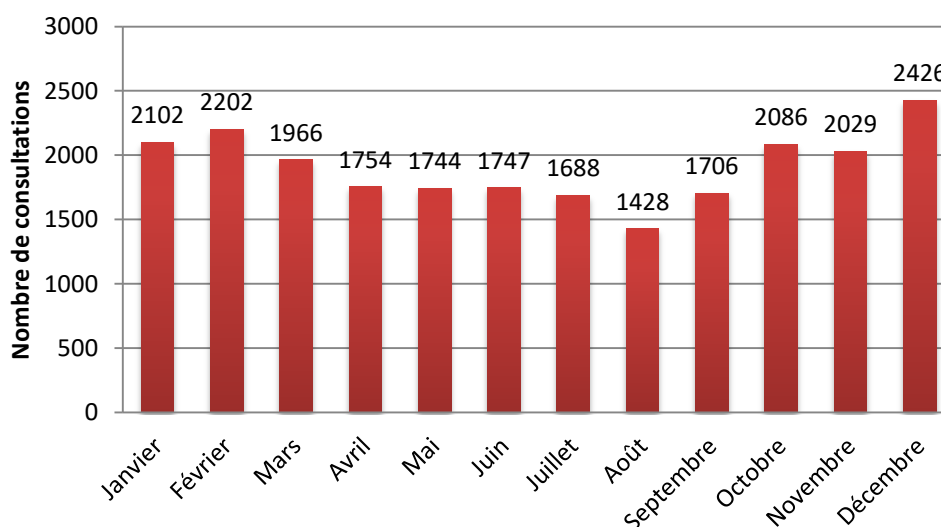


Figure 8 : Répartition mensuelle des consultations au MEDI’CENTRE en 2014.

Le centre de consultations a une activité majoritaire de continuité des soins (57 %), les jours de semaine de 8h à 20h et le samedi matin de 8h à 12h. La PDSA représente 43 % de l’activité répartie les soirs de 20h à 22h, le samedi après-midi de 12h à 20h, le dimanche et les jours fériés de 8h à 20h.

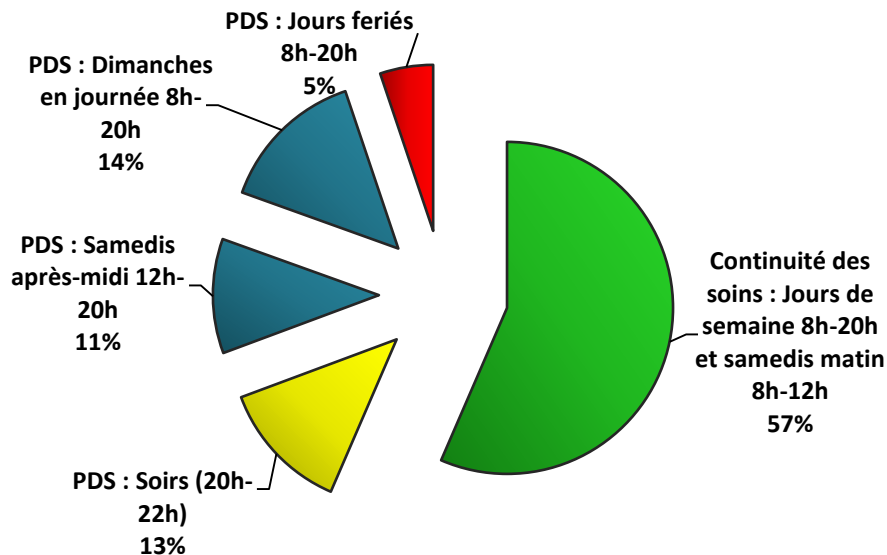


Figure 9 : Répartition des consultations au MEDI'CENTRE en tenant compte des périodes de PDSA et de continuité des soins pour 2014.

1.2.6. L'articulation avec l'offre hospitalière

1.2.6.1. Les établissements de santé

Il existe en Essonne 6 établissements publics, regroupant 7 sites d'urgences. Les centres hospitaliers d'Arpajon (avec urgences pédiatriques), du Sud-Francilien (avec urgences pédiatriques), de Longjumeau (avec urgences pédiatriques), d'Orsay (avec urgences pédiatriques), de Juvisy-sur-Orge et du Sud-Essonne (site d'Etampes et de Dourdan).

Il existe 4 établissements privés avec autorisation de structure des urgences. Le centre médico-chirurgical-obstétrique de la Clinique du Mousseau à Evry, l'hôpital privé Jacques Cartier à Massy, l'hôpital privé Claude Galien à Quincy-sous-Sénart et l'hôpital privé du Val-d'Yerres à Yerres.

1.2.6.2. Les transporteurs sanitaires

Il y a 51 entreprises de transports sanitaires, avec 112 véhicules sanitaires légers (VSL) et 217 ambulances. La garde ambulancière est organisée sur 8 secteurs : Etampes-Est, Etampes-Ouest, Evry-Corbeil, Arpajon, Orsay, Longjumeau, Juvisy-Val d'Yerres, Dourdan.

1.2.6.3. Le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS)

Il y a 80 véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) répartis dans 48 centres d'incendie et de secours. La plateforme téléphonique est commune au SAMU au niveau du Centre Départemental d'Appels d'Urgence à Corbeil.

1.2.7. Parcours de soins dans le cadre de la PDSA en Essonne

Devant un problème de santé inopiné, ne relevant pas de l'urgence vitale, survenant dans les horaires de la PDSA, le patient peut (35) :

- Soit joindre la régulation médicale libérale de l'Essonne (numéro de la FAME 91) : le 01 64 46 91 91, soit directement joindre le 15 où il sera orienté vers un médecin régulateur libéral. La réponse de ce dernier sera adaptée au problème de santé avec soit un simple conseil médical, soit une orientation vers la Maison Médicale de Garde la plus proche (les week-ends ou les jours fériés en journée), soit l'organisation d'une visite à domicile via SOS Médecins Essonne ou, si nécessité, un transfert vers les urgences par les pompiers, une ambulance privée ou un véhicule SMUR.

- Soit joindre le centre d'appels de SOS Médecins Essonne au 0 826 88 91 91. La permanencière traitant l'appel organisera une visite à domicile ou une consultation sur le MEDI'CENTRE (ou l'orientera vers une autre maison médicale de garde). Les patients ont aussi la possibilité d'appeler pour une consultation au point fixe de SOS Médecins un numéro dédié spécifiquement à ces sollicitations.

PARTIE 2 : MATERIELS ET METHODES

L'objectif principal était d'évaluer l'attitude des Essonnais face à un problème de santé urgent nécessitant un avis médical rapide, survenant le soir, la nuit, le week-end et en l'absence de leur médecin traitant.

Tout d'abord pour un problème médical urgent hypothétique, nous avons analysé les sujets en fonction de leur attitude, définie comme « recommandée » ou « non recommandée ». La finalité était de rechercher s'il existait des facteurs explicatifs d'appartenance à un groupe ou à un autre.

Puis s'ils ont été confrontés à un problème médical urgent au cours de la dernière année, leur attitude et leur parcours de soins pour le résoudre. Nous voulions également évaluer les connaissances de la population concernant les différents acteurs de la PDSA en Essonne.

Nos hypothèses étaient que les connaissances des Essonnais sur le système de PDSA étaient insuffisantes et qu'il y avait, malgré la campagne récente de l'ARS, un manque d'informations certain.

2.1. Caractéristiques de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle quantitative descriptive par questionnaire. Elle s'est déroulée entre juillet et octobre 2015.

La population visée était les habitants de l'Essonne. Etaient donc inclus tous les usagers acceptant de répondre au questionnaire, âgés de plus de 18 ans et résidant en Essonne. Pour des raisons de compréhension, les usagers ne parlant pas français ont été exclus de l'étude.

Les données ont été recueillies par un questionnaire rempli avec l'enquêteur. Les enquêteurs participant à l'étude (autres que moi-même) ont été préalablement formés à la problématique de la PDSA, à son organisation et au questionnaire. Ils ont été rémunérés au questionnaire.

L'étude a été réalisée dans différents secteurs de l'Essonne, choisis au préalable pour toucher une population hétérogène et représentative, tant sur le plan géographique que socio-culturel (des secteurs urbains, d'autres ruraux, avec une densité médicale forte ou faible, certains en zone franche urbaine). Les usagers ont été interrogés au niveau de zones commerciales, de parcs publics, de gares et d'arrêts de bus.

Une carte d'informations sur le fonctionnement de la PDSA en Essonne, créée pour cette enquête, a été remise aux sujets interrogés à l'issue de l'entretien.

2.2. Le questionnaire

Le questionnaire a été élaboré notamment à partir du questionnaire de l'Enquête SOS Médecins Essonne – Info Sup Evry de 2005 (36), de questionnaires de thèse portant sur le même thème (37,38) et de questionnaires de la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans le cadre d'études sur les urgences hospitalières et les recours urgents et non programmés en médecine de ville (39,40).

L'enquêteur, avant de débiter le questionnaire, présentait l'objet de l'étude ainsi que deux définitions. Tout d'abord, la permanence des soins, définie comme « une organisation permettant de voir un médecin pour un problème de médical urgent survenant la nuit, le week-end, les jours fériés ou en l'absence de leur médecin traitant », puis la définition d'un problème médical inopiné urgent, « qui n'est pas une urgence vitale, mais un problème de santé qui inquiète, qui nécessite de voir un médecin rapidement, comme une forte fièvre chez un enfant, un malaise ou une douleur de ventre importante ».

Le questionnaire était rempli directement par l'enquêteur. Les questions étaient fermées. Il était composé de 27 questions, certaines contenant des sous questions.

- Une première partie (question 1) portant sur l'attitude des sujets face à un problème de santé urgent hypothétique survenant en journée la semaine, en journée le week-end ou la nuit.
- Une deuxième partie (questions 2 à 9) concernant l'attitude des sujets face à un problème médical urgent survenu au cours de la dernière année : le premier numéro de téléphone composé, la personne ayant pris initialement puis secondairement en charge le sujet, le lieu de cette prise en charge, la décision finale prise et la satisfaction de l'utilisateur. Seules les personnes ayant vécu un tel problème devaient répondre à cette partie.
- Une troisième partie (questions 10 à 13) portant sur les impressions générales du patient sur la continuité des soins et sur ses connaissances de la PDSA.
- Une quatrième partie (questions 14 à 18) concernant les connaissances des Essonnais sur les acteurs de la PDSA en Essonne, sur le rôle du SAMU-Centre 15 et sur les critères importants pour eux dans la prise en charge d'un problème de santé inopiné.
- Une cinquième partie (questions 19 à 26) sur les caractéristiques sociodémographiques des sujets interrogés : âge, sexe, niveau d'étude, statut professionnel, couverture sociale, schéma familial, code postal.
- La dernière question (question 27) explore si le sujet a eu connaissance d'une campagne d'information récente sur la PDSA en Essonne.

Pour assurer une bonne compréhension et sa faisabilité, il a été testé par 5 personnes différentes puis modifié. Ce questionnaire est disponible en annexe 3 page 86.

2.3. La carte d'informations sur la permanence des soins ambulatoires en Essonne

A l'issue de chaque entretien, une carte d'informations a été remise aux sujets interrogés. Il semblait essentiel qu'après avoir abordé dans le questionnaire de nombreux items sur la PDSA et son organisation, l'utilisateur puisse être informé de la bonne conduite à tenir devant un problème de santé inopiné.

Cette carte a donc été élaborée pour cette étude. Elle est construite à partir des recommandations de la FAME 91, évoquées dans un précédent chapitre (Cf. Parcours et filière de soins de la PDSA en Essonne), en respectant le cahier des charges sur la PDSA en Essonne. Après avoir été présenté à 4 personnes n'appartenant pas au milieu médical, elle a été modifiée et améliorée afin que sa compréhension soit optimale.

Cette carte est accessible en annexe 4 page 88.

2.4. L'analyse statistique des données

Les données ont été recueillies sur une base Excel. Dans un premier temps, une analyse descriptive a été effectuée. Les variables continues (uniquement l'âge pour notre étude) sont présentées sous forme de moyenne et de médiane. Les variables catégorielles sont présentées sous forme de fréquence et de pourcentage.

Plusieurs analyses ont ensuite été réalisées. Elles portaient d'abord sur l'attitude des sujets interrogés face à un problème de santé hypothétique survenant la semaine, la nuit ou le week-end. Cette attitude était classée comme « recommandée » ou « non recommandée ». Une analyse univariée a été réalisée afin de repérer les variables explicatives potentielles. Les variables quantitatives (l'âge) ont été comparées par le test de Mann-Whitney et les variables qualitatives par le test du Chi². Puis, après avoir retenu les critères ayant un seuil de significativité inférieur à 0,20, nous avons réalisé une analyse multivariée par régression logistique. Le seuil de significativité alors retenu était de 0,05.

L'ensemble de ces analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel MySTAT.

PARTIE 3 : RESULTATS

387 questionnaires ont pu être recueillis du 1^{er} juillet au 10 octobre 2015 dans différents lieux publics de l'Essonne. Les Essonnais ont été interrogés par deux enquêteurs (un homme et une femme, cette dernière ayant réalisé 81 % des questionnaires).

3.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

L'ensemble des caractéristiques sociodémographiques des sujets interrogés ont été réunies dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des Essonnais interrogés (N=387).

<i>Variable</i>	<i>Modalité</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexe	Femme	231	59,7
	Homme	156	40,3
Age (années)	Moyenne 45,87 SD ¹ ± 16,96 Médiane 48.00		
	18-29	88	22,7
	30-44	82	21,2
	45-59	128	33,1
	60-74	74	19,1
	>75	15	3,9
Etudes	Sans diplôme	13	3,4
	Brevet	28	7,2
	CAP / BEP	33	8,5
	Bac (général et technologique)	74	19,1
	BAC +2	69	17,8
	BAC+3 ou 4	69	17,8
	BAC +5	89	23,0
	BAC+6 et plus	12	3,2
Statut professionnel	Actifs	241	62,3
	Avec emploi	229	59,2
	Au chômage	12	3,1
	Inactifs	146	37,7
	Etudiants	52	13,4
	Retraités	70	18,1
	Au foyer	21	5,4
	Autres inactifs	3	0,8

Couverture maladie	Sécurité sociale et mutuelle	359	92,8
	Sécurité sociale sans mutuelle	17	4,4
	CMU / AME (Aide Médicale de l'État)	3	0,8
	Assurance privée	6	1,5
	Pas de Sécurité sociale	2	0,5
Ménages selon leur composition	Ménages d'une personne	91	23,5
	Célibataires	83	12,4
	Veufs (ves)	8	11,1
	Ménages avec famille	296	76,5
	Couples sans enfant	67	17,3
	Couples avec enfant	202	52,2
	Familles monoparentale	27	7,0
Présence d'enfant(s) à la maison	Pas d'enfant à la maison	237	61,2
	Enfant(s) à la maison	150	38,8
	(Enfant(s) de moins de 5 ans)	(40)	(10,3)
Secteur géographique	Zone Nord-Ouest	135	34,9
	Zone Sud	95	24,5
	Zone Centre	82	21,2
	Zone Nord-Est	75	19,4
Médecin traitant	Médecin traitant	368	95,1
	Pas de médecin traitant	19	4,9

¹ : Standart Deviation = écart type dans l'échantillon

A la fin du questionnaire, les sujets interrogés donnaient le code postal de leur domicile. Les villes mitoyennes ont été regroupées par zones de 1 à 14 pour plus de clarté. La carte de répartition géographique des domiciles des sujets interrogés est accessible en annexe 5 page 89.

3.2. Attitude des Essonniens interrogés face à un problème de santé urgent hypothétique

L'ensemble des sujets interrogés a été séparé en deux groupes en fonction de leurs réponses aux 3 premières questions. Ces questions abordaient quelle serait leur attitude face à un problème de santé urgent hypothétique survenant la journée en semaine, le week-end et le soir ou la nuit. Par leur attitude, on demandait le premier numéro, le premier interlocuteur médical contacté ou la structure consultée en l'absence d'appel préalable.

En semaine, l'attitude recommandée était d'appeler leur médecin traitant. Les autres acteurs, devant être appelés uniquement en l'absence de ce premier.

Le week-end, en l'absence de leur médecin traitant, selon les recommandations de l'ARS-IDF via le cahier des charges de la PDSA, l'attitude recommandée était d'appeler le SAMU-Centre 15, l'association SOS Médecins Essonne, de consulter à la MMG proche de leur domicile ou le MEDI'CENTRE de SOS Médecins Essonne après avoir pris un rendez-vous via le centre d'appels. Les autres structures ou acteurs contactés étaient définis comme une « attitude non recommandée ».

La nuit, en l'absence de leur médecin traitant, l'attitude recommandée était d'appeler le SAMU-Centre 15 ou l'association SOS Médecins Essonne. Les autres structures ou acteurs contactés étaient définis comme une « attitude non recommandée ».

L'attitude des Essonniens interrogés, la semaine, le week-end et la nuit, est répartie dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Attitude des Essonniens interrogés face à un problème de santé urgent hypothétique la semaine, la nuit et le week-end (en l'absence de leur médecin traitant pour ces deux derniers).

<i>Attitude recommandée</i>			<i>Attitude non recommandée</i>		
	<i>n</i>	<i>%</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
La semaine	314	81,1		73	18,9
Médecin traitant	314	81,1	Les urgences	36	9,3
			SOS Médecins	16	4,1
			Le Samu-Centre 15	13	3,4
			Les pompiers	7	1,8
			Attendrait	1	0,3
Le week-end	177	45,7		210	54,3
Le Samu-Centre 15	70	18,1	Les urgences	175	45,2
SOS Médecins	70	18,1	Les pompiers	20	5,2
La MMG	29	7,5	Autres (attendrait, appelle	15	3,9
MEDI'CENTRE	8	2,1	un proche, ne sait pas, regarderait sur internet)		
La nuit	166	42,9		221	57,1
Le Samu-Centre 15	83	21,4	Les urgences	172	44,5
SOS Médecins	83	21,4	Les pompiers	28	7,2
			Les MMG	5	1,3
			Autres (attendrait, appelle	16	4,1
			un proche, ne sait pas, regarderait sur internet)		

3.2.1. Analyse univariée – comparaison des proportions dans chaque groupe pour chaque variable

Le but de cette partie était d'objectiver les variables pouvant caractériser les Essonniens ayant une attitude « recommandée » ou « non recommandée ». Cette analyse univariée a été réalisée successivement pour la question portant sur un problème de santé hypothétique survenant la nuit puis survenant le week-end.

Nous n'avons pas eu de données manquantes pour ces questions. Les analyses suivantes portent donc sur les 387 sujets interrogés.

3.2.1.1. Pour un problème hypothétique survenant la nuit

Tableau 4 : Analyse univariée : Attitude recommandée VS attitude non recommandée la nuit.

<i>Variable</i>	<i>Modalité</i>	<i>n</i>	<i>Attitude recommandée (n=166) % ou Moyenne(SD)</i>	<i>Attitude non recommandée (n=221) % ou Moyenne(SD)</i>	<i>p-value¹</i>
Sexe	Homme	156	32,90	67,10	0,002
	Femme	231	49,35	50,65	
Age (années)			49,31(16,01)	43,29(17,17)	10⁻⁵
Etudes	Sans diplôme	13	7,69	92,31	0.006
	Brevet / CAP / BAC	135	36,30	63,70	
	Enseignement sup court	69	52,17	47,83	
	Enseignement sup long	170	46,75	53,25	
Statut professionnel	Actif	241	40,66	59,34	0,002
	Etudiant	52	30,75	69,25	
	Retraité	70	48,59	51,41	
	Au foyer et autres inactifs	24	75,00	25,00	
Couverture maladie	Sécu et mutuelle / assurance privée	365	44,11	55,89	0,049
	Sécu sans mutuelle / CMU-AME / pas de sécu	22	22,68	77,22	
Ménages	Ménages d'une personne	91	33,01	66,99	0,029
	Ménages avec famille	296	45,94	54,06	
Enfant(s) à la maison	Enfant(s)	150	44,66	55,34	0,57
	Pas d'enfant	237	41,77	58,23	
Enfant(s) de moins de 5 ans	Enfant(s)	40	45,09	54,91	0,78
	Pas d'enfant	347	42,65	57,35	
Secteur géographique	Zone Nord-Ouest	135	39,27	60,73	0,44
	Zone Sud	95	49,45	50,55	
	Zone Centre	82	40,26	59,74	
	Zone Nord-Est	75	44,01	55,99	
Médecin traitant	Médecin traitant	368	44,29	55,71	0,014
	Pas de médecin traitant	19	15,89	84,11	
Problème urgent dans la dernière année	Oui	207	40,10	59,90	0,23
	Non	180	46,12	53,88	
Connait les MMG	Oui	161	51,55	48,45	0,004
	Non	226	36,44	63,56	
Recours antérieur MMG	Oui	75	53,33	46,67	0,042
	Non	312	40,19	59,81	

Connait SOS Médecins	Oui	301	45,67	54,33	0,028
	Non	86	32,56	67,44	
Recours antérieur SOS Médecins	Oui	160	61,25	38,75	10⁻⁹
	Non	227	29,65	70,35	

¹: p selon le test du Chi² sauf pour l'âge (selon le test de Mann-Whitney)

3.2.1.2. Pour un problème hypothétique survenant le week-end

Tableau 5 : Analyse univariée : Attitude recommandée vs Attitude non recommandée le week-end.

<i>Variable</i>	<i>Modalité</i>	<i>n</i>	<i>Attitude recommandée (n=177) % ou Moyenne(SD)</i>	<i>Attitude non recommandée (n=210) % ou Moyenne(SD)</i>	<i>p-value¹</i>
Sexe	Homme	156	35,90	64,10	0,001
	Femme	231	52,38	47,62	
Age (années)			50,02 (16,31)	42,39(16,69)	10⁻⁴
Etudes	Sans diplôme	13	7,69	92,31	0,007
	Brevet / CAP / BAC	135	40,00	60,00	
	Enseignement sup court	69	49,28	50,72	
	Enseignement sup long	170	51,76	48,24	
Statut professionnel	Actif	241	45,22	54,78	0,016
	Etudiant	52	28,87	71,13	
	Retraité	70	55,72	44,28	
	Au foyer et autres inactifs	24	58,39	41,61	
Couverture maladie	Sécu et mutuelle ou assurance privée	365	46.85	53.15	0,073
	Sécu sans mutuelle ou CMU / AME ou pas de sécu	22	27.27	72.73	
Ménages	Ménages d'une personne	91	34,08	65,92	0,011
	Ménages avec famille	296	49,33	50,67	
Enfant(s) à la maison	Enfant(s)	150	46,67	53,33	0,77
	Pas d'enfant	237	45,15	54,85	
Enfant(s) de moins de 5 ans	Enfant(s)	40	37,54	62,46	0,27
	Pas d'enfant	347	46,69	53,31	
Secteur géographique	Zone Nord-Ouest	135	39,99	60,01	0,049
	Zone Sud	95	57,89	42,11	
	Zone Centre	82	42,66	57,34	
	Zone Nord-Est	75	44,01	55,99	

Médecin traitant	Médecin traitant	368	47,01	52,99	0,027
	Pas de médecin traitant	19	20,98	79,02	
Problème urgent dans la dernière année	Oui	207	44,44	55,56	0,58
	Non	180	20,98	79,02	
Connaît les MMG	Oui	161	64,60	35,40	10⁻¹⁰
	Non	226	32,00	68,00	
Recours MMG	Oui	75	70,67	29,33	10⁻⁶
	Non	312	39,55	60,45	
Connaît SOS Médecins	Oui	301	47,67	52,33	0,12
	Non	86	38,37	61,63	
Recours SOS Médecins	Oui	160	60,00	40,00	10⁻⁶
	Non	227	35,40	64,60	

1 : p selon le test du Chi² sauf pour l'âge (selon le test de Mann-Whitney)

3.2.2. Analyse multivariée

Dans le but d'identifier les variables explicatives entraînant une différence réellement significative de l'appartenance dans un groupe ou dans l'autre, et afin d'éliminer les facteurs de confusion, nous avons ensuite procédé à une analyse multivariée.

Comme pour l'analyse univariée, elle a été réalisée pour la question portant sur un problème de santé hypothétique survenant la nuit et sur un week-end.

Nous avons utilisé la méthode de régression logistique. Nous avons introduit dans le modèle toutes les variables explicatives dont l'analyse univariée retrouvait un $p < 0,20$. Seules les variables restant statistiquement significatives sont présentées dans les tableaux suivants.

3.2.2.1. Pour un problème de santé hypothétique survenant la nuit

Tableau 6 : Analyse multivariée : Attitude recommandée vs attitude non recommandée la nuit.

<i>Variables</i>	<i>Modalité concernée</i>	<i>Odds ratio</i>	<i>IC 95 %</i>	<i>p value</i>
Sexe	Homme	0,59	[0,37-0,94]	0,027
Age		1,03	[1,01-1,05]	0,005
Etudes	Sans diplôme	0,10	[0,01-0,86]	0,036
	Brevet / CAP / BAC	0,55	[0,32-0,94]	0,029
SOS Médecins	Recours antérieur à SOS Médecins - Oui	3,61	[2,14-6,10]	10 ⁻⁶

Cette analyse multivariée a mis en évidence quatre variables explicatives statistiquement significatives. L'âge et un recours antérieur à SOS Médecins ($p < 10^{-6}$) étaient associés à une meilleure réponse face à un problème de santé survenant la nuit. Plus les sujets étaient âgés, plus la réponse est adaptée ($p=0,005$, avec $OR=1,03$ $IC_{95} \% [1,01-1,06]$).

En revanche, les sujets ayant une attitude « non recommandée » étaient plutôt des hommes ($p=0,027$) et sans études supérieures (sans diplôme $p=0,036$, brevet/CAP/bac $p=0,029$).

3.2.2.2. Pour un problème de santé hypothétique survenant le week-end

Tableau 7 : Analyse multivariée : Attitude recommandée vs attitude non recommandée le week-end.

<i>Variables</i>	<i>Modalité concernée</i>	<i>Odds ratio</i>	<i>IC 95 %</i>	<i>p value</i>
Sexe	Homme	0,56	[0,34-0,91]	0,020
Age		1,03	[1,01-1,06]	0,004
Etudes	Sans diplôme	0,05	[0,01-0,47]	0,008
	Brevet / CAP / BAC	0,55	[0,32-0,95]	0,032
MMG	Connaît les MMG - Oui	2,44	[1,39-4,27]	0,002
SOS Médecins	Recours antérieur - Oui	2,52	[1,48-4,30]	0,001

Cette analyse multivariée a mis en évidence cinq variables explicatives statistiquement significatives. Comme pour la précédente analyse, le fait d'être un homme ($p=0,02$) ou de ne pas avoir fait d'études supérieures (sans diplôme $p=0,008$ et brevet/CAP/bac $p=0,032$) étaient associés à attitude « non recommandée » face à un problème de santé survenant le week-end.

En revanche, l'âge ($p=0,004$), le fait de connaître les MMG ($p=0,002$) et un recours antérieur à SOS Médecins Essonne ($p=0,001$) étaient associés à une meilleure réponse face à un problème de santé survenant le week-end.

3.3. Attitude des Essonniens interrogés face à un problème de santé antérieur

Depuis janvier 2014, 207 des 387 sujets interrogés ont été confrontés à un problème médical urgent en semaine, le soir, la nuit ou le week-end soit 53,5 %.

Nous avons séparés ces sujets en deux groupes selon que le problème était survenu en période de PDSA ou hors période de PDSA. A noter, 4 patients ont eu un problème de santé aux horaires de PDSA mais ont pu voir leur médecin traitant (2 le week-end et 2 le soir). Ils ont donc été inclus dans le groupe hors PDS.

Les sujets ayant eu un problème de santé dans la dernière année sont répartis dans le tableau suivant.

Tableau 8 : Répartition des problèmes de santé urgents selon leur moment de survenu et la personne concernée.

	N=207	Pendant la PDSA (n=141)		Hors PDSA (n=66)	
		n	%	n	%
Moment de survenu du problème	141	68,0	66	32,0	
La journée en semaine	-	-	62	30,0	
La journée le week-end	71	34,2	2	1,0	
Le soir (20h-00h)	33	15,9	2	1,0	
La nuit (00h-8h00)	37	17,9	-	-	
Personne concernée par le problème					
Le patient lui-même	45	21,7	24	11,6	
Un de ses enfants	45	21,7	15	7,2	
Son conjoint ou un autre membre de la famille	45	21,7	26	12,6	
Un ami	6	2,9	1	0,5	

Le problème de santé antérieur était majoritairement intervenu pendant les horaires de PDSA avec 141 sujets dans le groupe PDS (68 %) et 66 dans le groupe hors PDS (32 %).

Nous nous sommes penchés sur le parcours de soins réalisé pour la résolution et la prise en charge d'un problème de santé pendant la PDSA et donc du groupe PDS. Il s'agit de la population qui nous intéresse plus particulièrement dans ce travail.

Ce parcours de soins est résumé sous la forme d'un diagramme de flux et présenté ci-dessous :

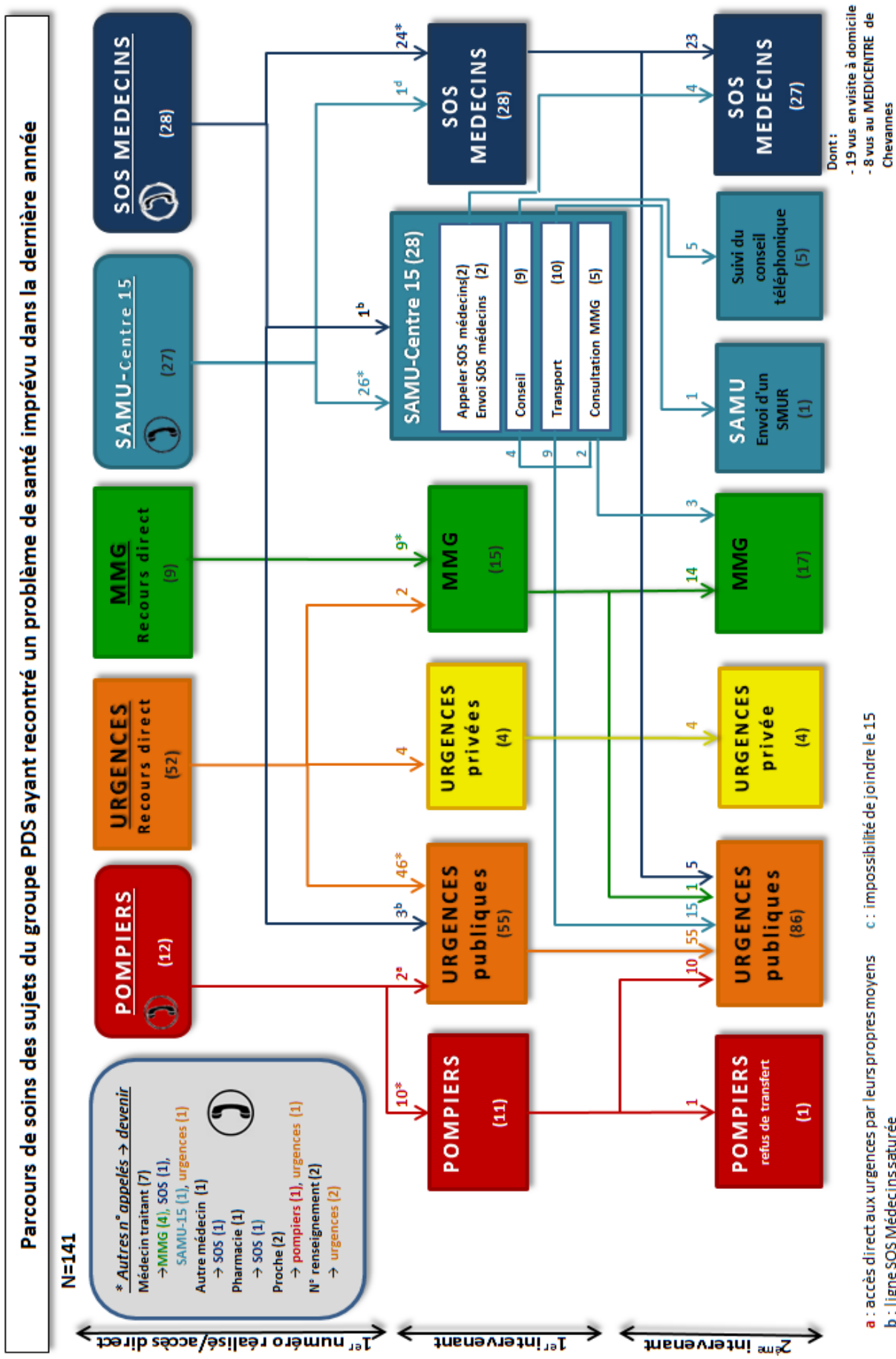


Figure 10 : Parcours de soins des sujets ayant rencontré un problème de santé antérieur

3.3.1. Le premier numéro de téléphone composé (ou service vu en accès direct) dans le groupe PDS

Nous leur avons tout d'abord demandé quel était le premier interlocuteur contacté ou vu. Ils se sont majoritairement déplacés aux urgences (36,9 %). Le SAMU-Centre 15 et SOS Médecins Essonne ont ensuite été contactés de manière quasiment équivalente (respectivement 19,1 % et 19,9 %).

Tableau 9 : Premier numéro appelé ou service vu en accès direct dans le groupe PDS.

	(n)	
N=141		
S'est déplacé aux urgences	52	36,9%
SOS Médecins Essonne	28	19,9%
SAMU-Centre 15	27	19,1%
Pompiers	12	8,5%
S'est déplacé à la MMG	9	6,4%
Médecin traitant	7	5,0%
Proche	2	1,4%
Numéro de renseignement	2	1,4%
Pharmacie	1	0,7%
Autre médecin généraliste	1	0,7%

- Chez les patients ayant directement consulté aux urgences (n=52) : 81 % connaissaient SOS Médecins Essonne et 42 % y avaient déjà fait appel.
- Chez les patients ayant directement consulté aux urgences le week-end (n=31), 32 % connaissaient les MMG et 19 % y avaient déjà consulté.

Nous avons cherché à savoir dans quelles périodes de la PDSA les principaux intervenants étaient sollicités.

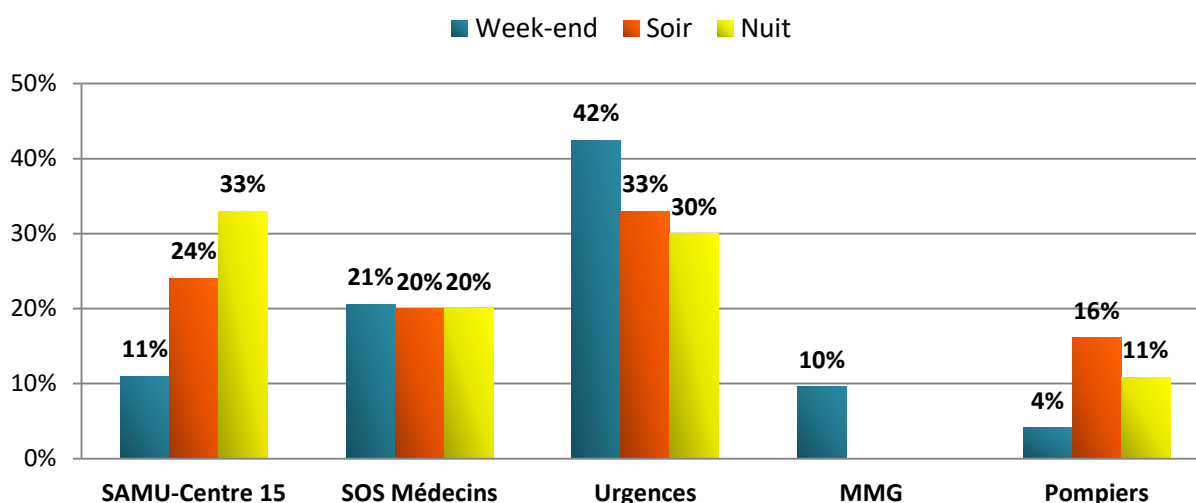
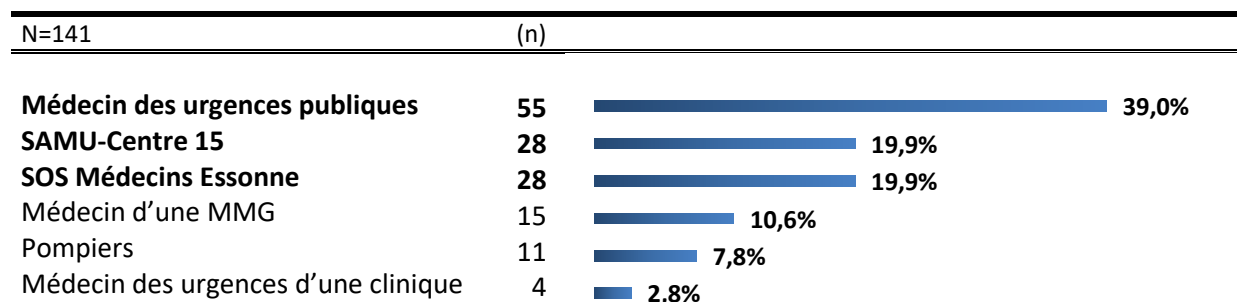


Figure 11 : Proportions dans le groupe PDS des principaux interlocuteurs appelés en premier en fonction du moment de la PDSA (le week-end, le soir et la nuit).

3.3.2. Le service médical ou médecin ayant débuté la prise en charge du problème de santé antérieur dans le groupe PDS

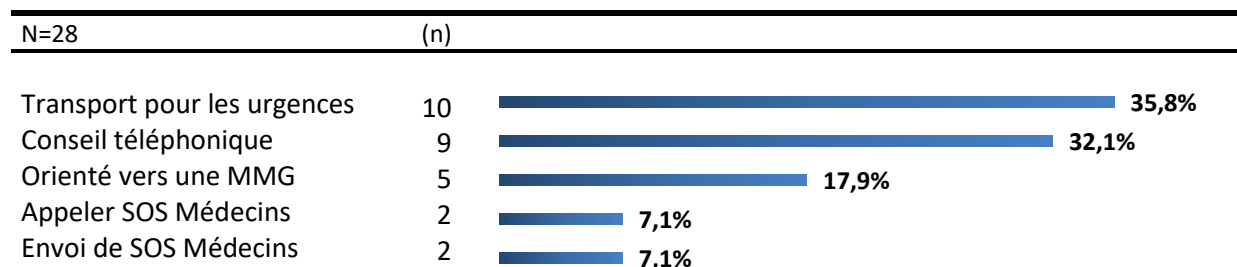
Nous avons ensuite cherché à connaître le premier service médical ou médecin ayant débuté la prise en charge. Il s'agissait majoritairement d'un médecin d'un service des urgences publiques (39,0 %). Puis comme précédemment, le SAMU-Centre 15 et SOS Médecins Essonne en deuxième position (respectivement 19,9 % et 19,9 %).

Tableau 10 : Premier service médical ou médecin vu dans le groupe PDS.



Comme vu précédemment, lorsqu'il est appelé, le SAMU-Centre 15 réalise une régulation téléphonique et adapte sa réponse en fonction du problème de santé. Sa prise en charge est résumée dans le tableau suivant :

Tableau 11 : Prise en charge du SAMU-Centre 15 s'il est appelé dans le groupe PDS.



- Sur les 9 sujets ayant reçu un conseil téléphonique, 4 sont allés aux urgences par leurs propres moyens.
- Sur les 5 sujets réorientés vers une MMG, 2 sont finalement allés aux urgences.
- Sur les 10 orientés vers les urgences, 9 ont bénéficié d'un transport pompiers ou ambulance privée, 1 d'un SMUR.

Comme précédemment, nous avons étudié la sollicitation des différents intervenants en fonction des périodes de la PDSA.

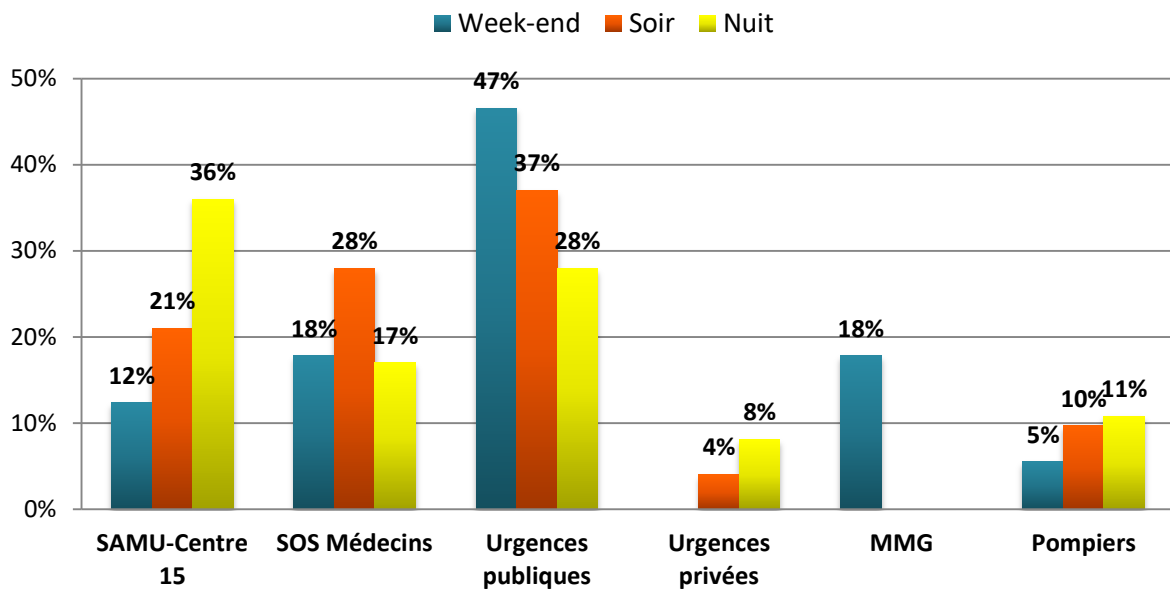


Figure 12 : Proportions dans le groupe PDS des différents interlocuteurs vus en premier en fonction du moment de la PDSA (le week-end, le soir et la nuit).

3.3.3. Le service médical ou médecin ayant poursuivi et terminé la prise en charge du problème de santé antérieur dans le groupe PDS

Nous nous sommes ensuite intéressés au deuxième service ou médecin ayant poursuivi la prise en charge. Il pouvait être identique au premier ou différent, par exemple lorsque le patient est adressé secondairement aux urgences après un premier avis médical. Il s'agissait, là encore, majoritairement d'un médecin d'un service des urgences publiques (61,0 %), puis de SOS Médecins Essonne (19,1 %) et des MMG (12,1 %).

Tableau 12 : Deuxième service médical ou médecin vu dans le groupe PDS.

	(n)	
Médecin des urgences publiques	86	61,0%
SOS Médecins Essonne	27	19,1%
Médecin d'une MMG	17	12,1%
Suivi d'un conseil téléphonique	5	3,5%
Médecin des urgences d'une clinique	4	2,8%
SAMU-SMUR	1	0,7%
Pompiers	1	0,7%

Les médecins de SOS Médecins Essonne ont assuré une prise en charge complète du problème de santé pour 27 des 141 sujets interrogés du groupe PDS. Ils sont en revanche intervenus pour 32 sujets au total. En effet, 5 ont été adressés secondairement aux urgences (voir diagramme de flux page 44).

A noter, sur les 27 sujets pris en charge complètement par SOS Médecins Essonne, 8 ont été vus au MEDI'CENTRE de Chevannes, soit 29,6 %.

Les médecins en MMG ont assuré une prise en charge complète du problème de santé pour 17 des 141 sujets interrogés du groupe PDS. Ils sont en revanche intervenus pour 18 sujets au total. En effet, 1 a été adressé secondairement aux urgences.

3.3.4. Lieu de prise en charge

3.3.4.1. Le lieu de prise en charge majoritaire du problème de santé

La prise en charge a été réalisée très majoritairement aux urgences (63,8 %). Elle a été réalisée dans 17,8 % des cas en MMG et dans 18,4 % des cas au domicile.

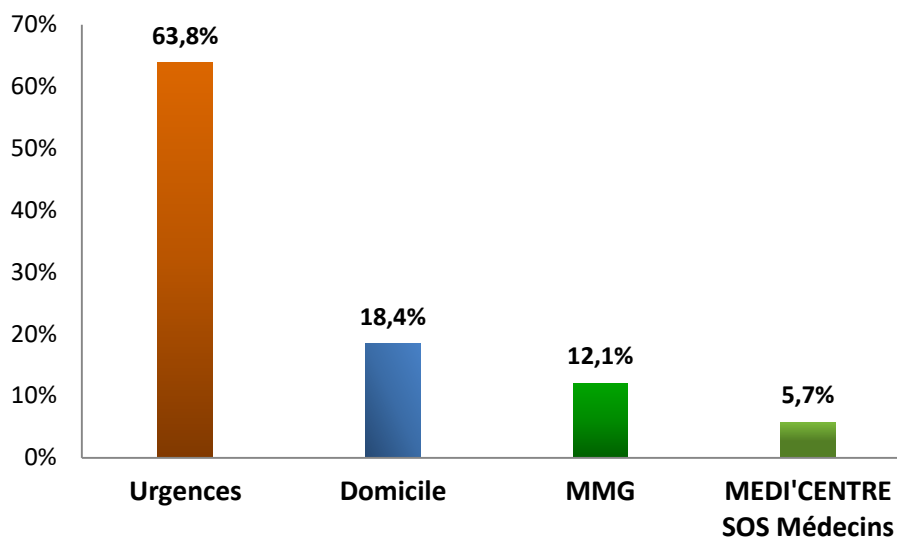


Figure 13 : Lieu de prise en charge majoritaire et finale du problème de santé.

3.3.4.2. Le lieu de prise en charge en fonction de l'intervenant ayant débuté la prise en charge

Tableau 13 : Répartition des sujets du groupe PDS en fonction du lieu de prise en charge et de l'intervenant ayant débuté la prise en charge.

N=141	Domicile	Cabinet médical	MMG	Médi-Centre SOS médecins	Urgences
Urgences (n=59) (publiques et privées)	-	-	-	-	100% (59)
SAMU-Centre 15 (n=28)	32% (9)	-	11% (3)	-	57% (16)
- Conseil téléphonique	18% (5)				
- Via SOS Médecins	14% (4)				
SOS Médecins (n=28)	54% (15)	-	-	29% (8)	18% (5)
MMG (n=15)	-	-	93% (14)	-	7% (1)
Pompiers (n=11)	9% (1)	-	-	-	91% (10)

3.3.5. Devenir des sujets interrogés du groupe PDS

Dans le groupe PDS, 26 des 141 sujets interrogés ont été hospitalisés soit 18,4 %.

Nous avons étudié le taux de transfert aux urgences pour chaque intervenant ainsi que le taux d'hospitalisation suivant ces transferts.

Tableau 14 : Devenir des sujets interrogés en fonction de l'intervenant dans le groupe PDS.

Intervenants	Transferts aux urgences		Transferts hospitalisés	
	n	%	n	%
SAMU-Centre 15 (n=28)*	16	57%	6	37%
SOS Médecins (n=32)	5	16%	3	60%
MMG (n=18)	1	6%	0	0%
Pompiers (n=11)	10	91%	5	50%

*dont un patient transféré par un SMUR aux urgences

Nous nous sommes intéressés ensuite aux proportions de patients hospitalisés dans les sous-groupes de patients s'étant adressés directement aux urgences sans avis médical préalable par rapport à ceux adressés secondairement après avoir vu un premier interlocuteur médical.

Tableau 15 : Taux d'hospitalisation chez les patients en recours direct aux urgences par rapport à ceux adressés secondairement et donc « régulés » dans le groupe PDS.

	Consultation directe aux urgences (n=57)		Adressés secondairement aux urgences sur l'avis d'un professionnel (n=32)	
	n	%	n	%
Hospitalisation	11	19%	14	44%
Pas d'hospitalisation	46	81%	18	56%

Nous avons inclus dans le groupe « consultation directe aux urgences » les patients étant allés aux urgences à la suite d'un appel à leur médecin traitant absent, d'un appel à SOS Médecins Essonne sans avoir quelqu'un au téléphone et après l'appel d'un numéro de renseignement.

3.3.6. Satisfaction globale des sujets interrogés dans le groupe PDS

L'état de satisfaction est analysé ci-dessous en fonction du deuxième intervenant. En effet, il s'agit de l'intervenant ayant pris en charge et traité la majeure partie du problème de santé.

De manière globale, sur l'ensemble du groupe PDS, 40 % étaient très satisfaits, 48 % satisfaits, 8 % peu satisfaits et 4 % insatisfaits.

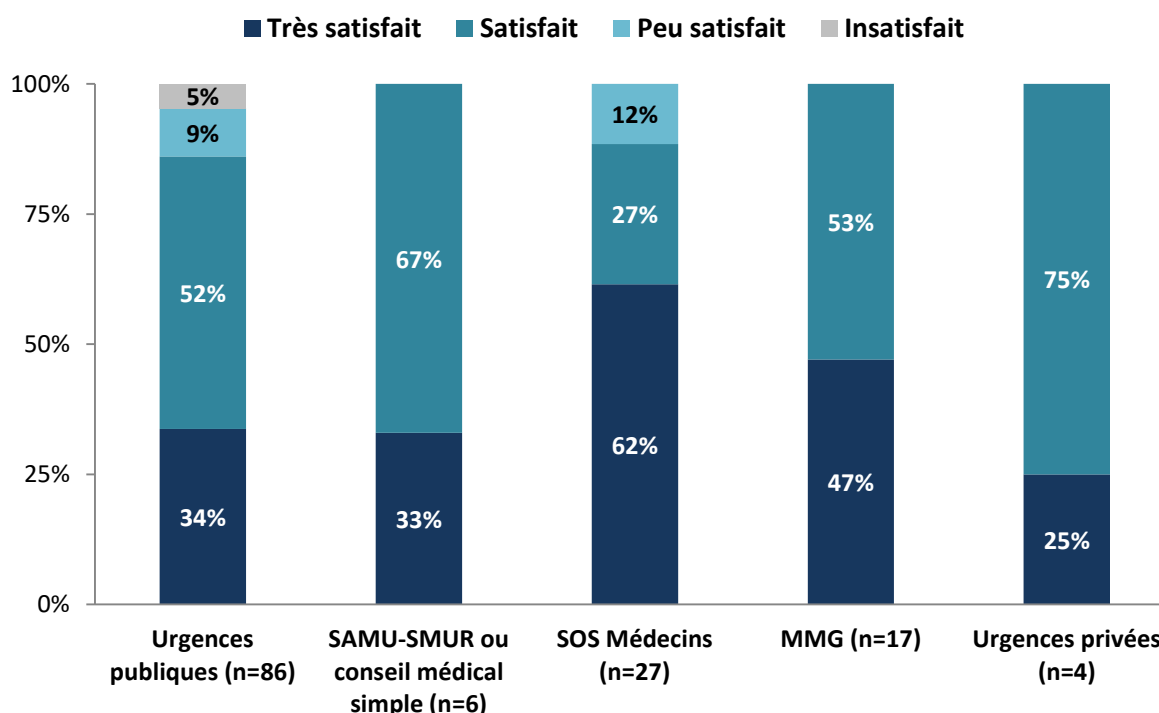


Figure 14 : Satisfaction globale des sujets interrogés en fonction de l'intervenant principal dans le groupe PDS.

3.3.7. Différence entre l'attitude face au problème antérieur et celle face à une situation hypothétique dans le groupe PDS

Si l'on réalise dans ce groupe PDS, la même classification que pour la partie précédente, « attitude recommandée » et « attitude non recommandée », 64 usagers sur 141 ont eu une attitude adaptée face à leur problème de santé soit 45,4 %.

Nous nous sommes demandé si l'attitude des sujets face à leur problème antérieur était identique à l'attitude adoptée face à un problème hypothétique. Pour les sujets confrontés à un problème antérieur survenu le week-end, la comparaison a été réalisée avec leur attitude face à un problème hypothétique survenant le week-end, de même pour ceux confrontés à un problème antérieur survenu la nuit.

Nous avons comparé les sujets en fonction de leur attitude « recommandée » ou « non recommandée ». Pour cela nous avons réalisé un test du Chi² de McNemar qui permet de comparer l'attitude face à un problème antérieur et celle face à un problème hypothétique de manière appariée, c'est-à-dire sujet par sujet, de manière indépendante.

Ce test ne retrouve pas de différence significative dans l'attitude des sujets face à leur problème ancien et celle qu'ils auraient hypothétiquement ($p = 0,26$).

3.4. Critères jugés importants par les usagers pour la prise en charge d'un problème de santé dans le cadre de la PDSA (N=368)

Les sujets interrogés pouvaient choisir 2 des 5 items proposés. 19 sujets n'ont pas répondu à cette question. Les résultats présentés dans le tableau ci-dessous représentent les proportions pour chaque variable prise individuellement.

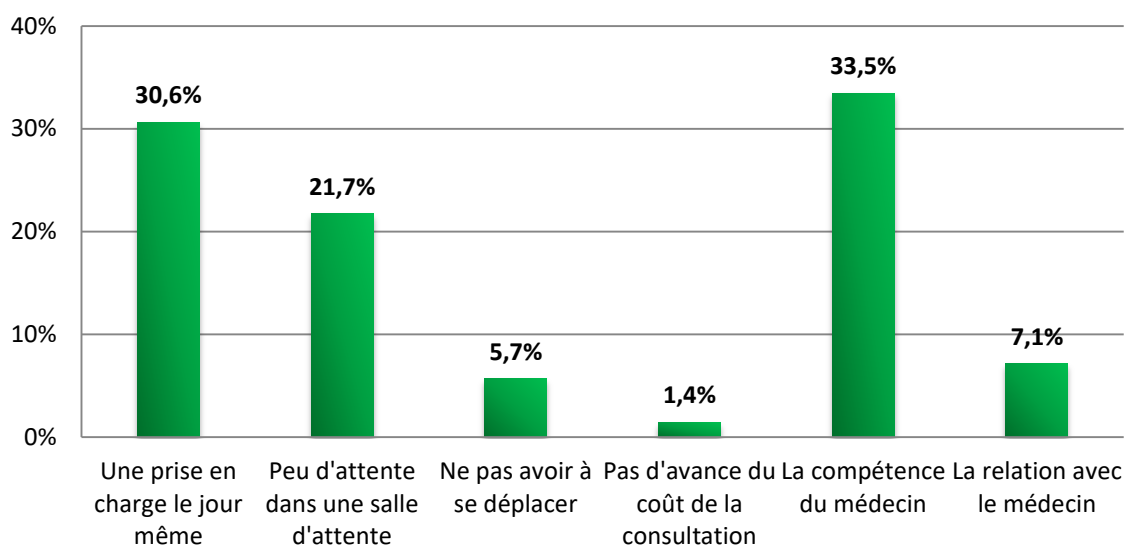


Figure 15 : Critères jugés importants par les usagers pour la prise en charge d'un problème de santé dans le cadre de la PDSA (N=368).

Les associations de propositions les plus choisies étaient :

- « Une prise en charge le jour même » et « la compétence du médecin » dans 36 % des cas.
- « Peu d'attente dans une salle d'attente » et « la compétence du médecin » dans 21 % des cas.
- « Prise en charge le jour même » et « peu d'attente dans une salle d'attente » dans 15 % des cas.

Les proportions de chacune des 12 autres associations possibles sont chacune inférieure à 5 %.

3.5. Numéro réalisé en cas d'urgence vitale

Nous nous sommes ensuite intéressés au numéro réalisé par les sujets interrogés s'ils étaient confrontés cette fois-ci à une urgence vitale (N=387).

Dans 87,5 % des cas (n=338) le numéro appelé permet une prise en charge adaptée de l'urgence vitale (appel du 15, du 18 ou du 112). Le 15 ou le 112 sont quant à eux appelés dans 59,5 % des cas (n=230).

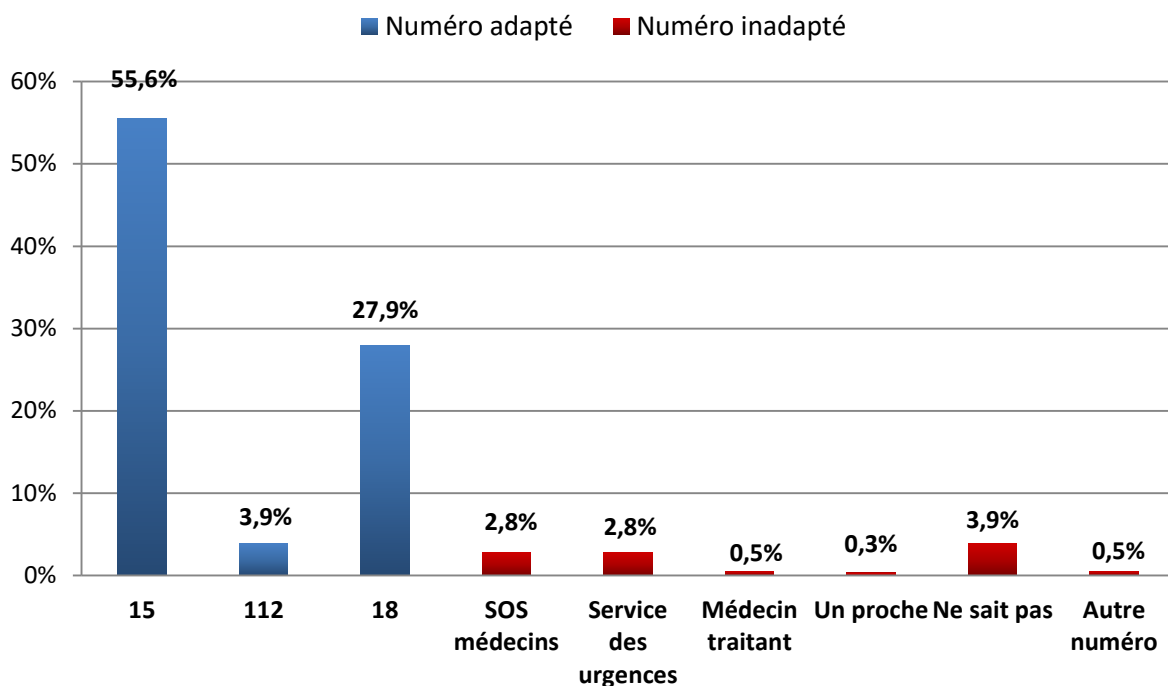


Figure 16 : Numéros réalisés en cas d'urgence vitale.

3.6. Les acteurs de la PDSA en Essonne (N=387)

3.6.1. Les Maisons Médicales de Garde

Le graphique ci-dessous représente dans notre échantillon les proportions de sujets connaissant les MMG, ceux ayant déjà eu recours à ces structures et s'ils y retourneraient si cela était nécessaire.

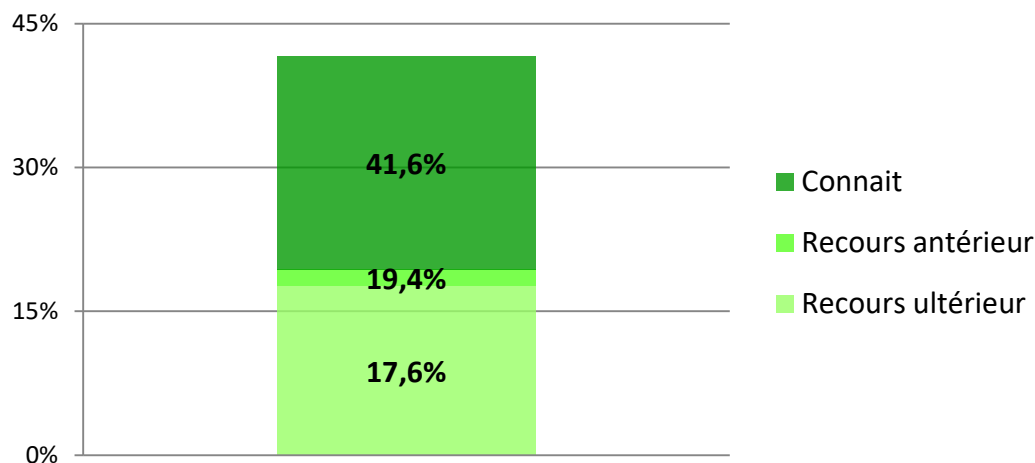


Figure 17 : Les MMG : connaissance, recours antérieur et recours ultérieur.

Chez les 161 Essonniens connaissant les MMG (soit les 41,6 % de la figure précédente), 75 soit 47 % y ont déjà consulté. Chez les 75 usagers ayant déjà consulté, 68 soit 91 % y retourneraient si cela était nécessaire.

Sur les 75 Essonniens ayant déjà consulté, 36 ont indiqué la MMG où ils ont été pris en charge : soit 25 % (n=9) à la MMG d'Orsay, 8 % (n=3) à la MMG de Longjumeau, 39 % (n=14) à la MMG de Corbeil et 28 % (n=10) à la MMG d'Arpajon.

3.6.2. SOS Médecins Essonne

Le graphique ci-dessous représente dans notre échantillon les proportions de sujets connaissant SOS Médecins Essonne, ceux ayant déjà eu recours à cette association et s'ils y referaient appel si cela était nécessaire.

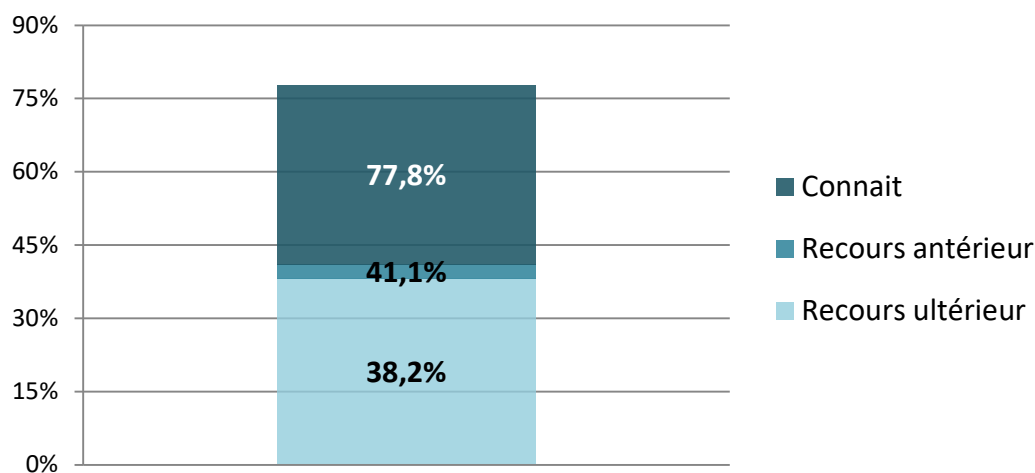


Figure 18 : SOS Médecins Essonne : connaissance, recours antérieur et recours ultérieur.

Chez l'ensemble des 301 Essonniens connaissant SOS Médecins Essonne (soit les 77.8 % de la figure précédente), 159 soit 53 % y ont déjà fait appel. Chez les 159 usagers ayant déjà appelé SOS Médecins Essonne, 148 soit 93 % rappelleraient si cela était nécessaire.

Pour le centre de consultations de SOS Médecins Essonne (MEDI'CENTRE), sur l'ensemble de la population interrogée, 60 personnes (15 %) le connaissent. Sur ces 60 usagers, 32 (53 %) y sont déjà allés. 31 (97 %) y referaient appel.

3.7. Le rôle du SAMU-Centre 15 (N=366)

Nous voulions évaluer les connaissances des sujets interrogés sur les rôles du SAMU-Centre 15. Il y a pour cette question 21 données manquantes, les proportions ont été réalisées sur un échantillon de 366 personnes.

Nous leur avons demandé s'ils pensaient pouvoir appeler le 15 pour :

- Une urgence vitale ;
- Un problème psychologique ;
- Obtenir une consultation dans une MMG ;
- Obtenir une visite à domicile ;
- Avoir un conseil téléphonique ;
- Obtenir des secours (ambulance ou pompiers) ;

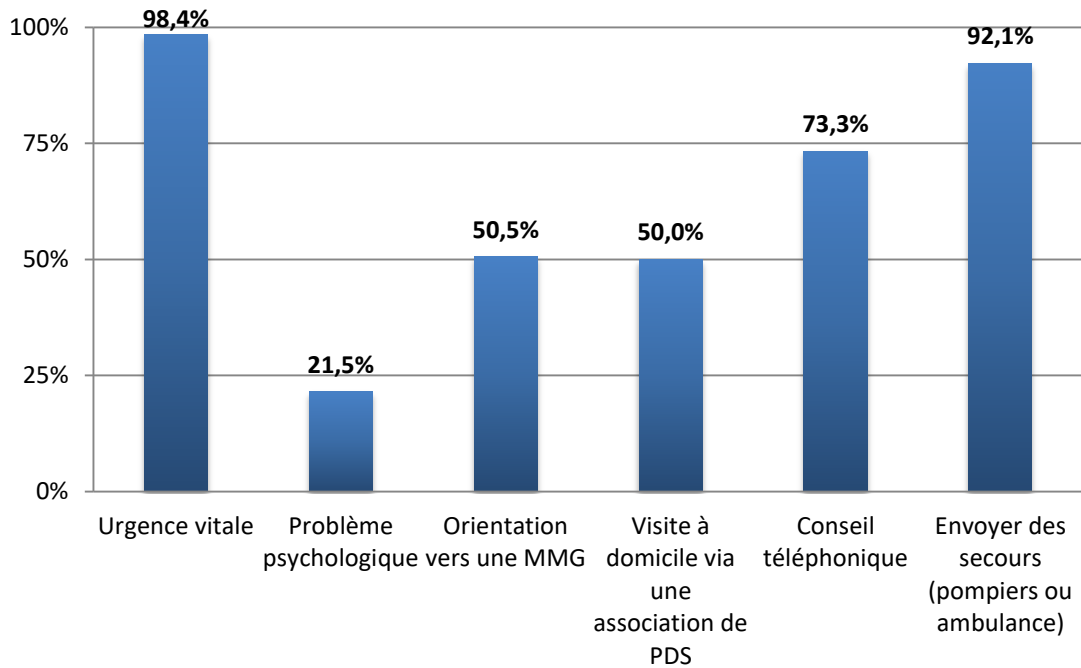


Figure 19 : Les rôles du SAMU-Centre 15 selon les sujets interrogés (N=366).

3.8. Continuité des soins et visites à domicile

95 % des sujets interrogés avaient un médecin traitant. A ces 368 personnes nous avons demandé s'ils pensaient pouvoir voir en consultation leur médecin dans la journée pour un problème médical urgent et si ce dernier effectuerait, si cela était justifié, une visite à domicile.

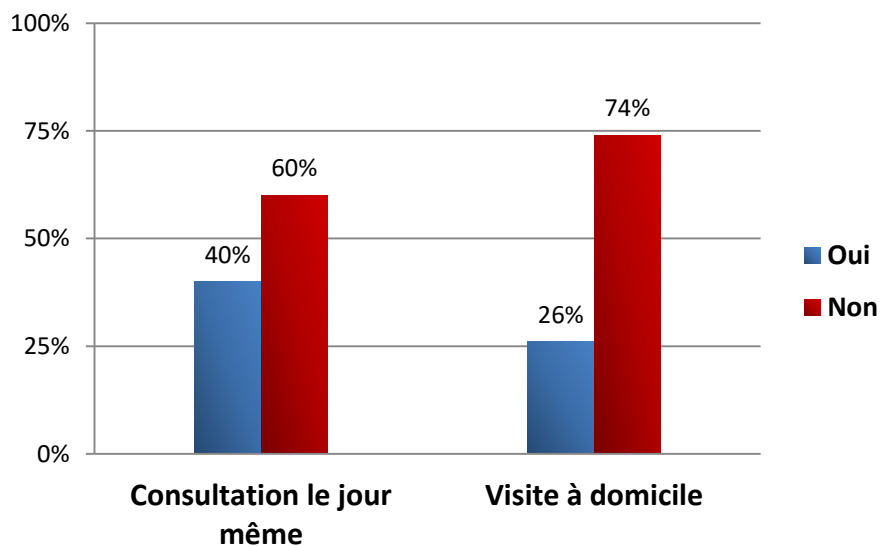


Figure 20 : Proportion des patients estimant pouvoir voir leur médecin en consultation ou à domicile le jour même.

De plus,

- En semaine, 232 sujets sur 387, soit 60 % pensaient pouvoir voir dans la journée un autre médecin généraliste pour un problème de santé imprévu.
- En période de PDSA, 289 sujets sur 387, soit 75 % trouvaient difficile d'avoir l'avis d'un médecin.

3.9. Perception de leurs connaissances sur la PDSA et campagne d'information sur la PDSA

Sur les 387 sujets interrogés, 271 soit 70 % se jugeaient insuffisamment informés sur le mode de fonctionnement et les acteurs de la permanence des soins. Les 30 % se jugeant suffisamment informés ont, de manière statistiquement significative, une attitude plus recommandée face à un problème hypothétique survenant la nuit ou le week-end que ceux insuffisamment informés ($p=0,004$).

Seulement 8 personnes ont eu récemment connaissance d'une campagne d'information sur la permanence des soins, soit 2 % de l'échantillon de l'étude.

PARTIE 4 : DISCUSSION

4.1. AU SUJET DE NOTRE ENQUÊTE

4.1.1. Forces et limites de notre étude

4.1.1.1. Biais et limites de l'étude

Notre échantillon reste faible par rapport à la population totale de l'Essonne qui atteint plus de 1,2 millions d'habitants. Une étude plus importante était difficilement envisageable compte tenu du mode de recueil des données. La durée du questionnaire était de 6 à 8 minutes par personne interrogée, ce qui est très long pour des entretiens réalisés dans des lieux publics.

Ce mode de recueil des données, à « l'aveugle » dans la rue, crée un biais de sélection. Dans l'idéal, il aurait fallu contacter un échantillon représentatif d'Essonnais. Par exemple, en tirant au hasard dans les pages blanches et réaliser un questionnaire par téléphone ou auto-administré avec un envoi par la poste.

De plus, malgré une recherche d'exhaustivité pour le recueil des données, il est possible que certains profils d'utilisateurs n'aient pas été abordés par les enquêteurs et n'aient donc pas été inclus dans l'étude, ce qui constitue aussi un biais de recrutement.

Le taux de répondants par rapport au nombre de sujets sollicités n'a pas été évalué de manière fiable. Nous pouvons estimer que, sur la totalité des personnes sollicitées dans la rue, environ 40 % des sujets abordés ont accepté de répondre à notre questionnaire.

En outre, certaines questions portant sur l'attitude des sujets face à un problème médical survenu dans la dernière année faisaient appel à leur mémoire créant ainsi un biais potentiel de mémorisation.

Enfin, il existe un biais pour les questions portant sur l'attitude face à un problème de santé hypothétique. En effet, en situation réelle, les sujets auraient-ils eu la même attitude ?

4.1.1.2. Points forts de l'étude

Plusieurs études soulignent le manque de connaissances des utilisateurs sur le système de permanence des soins, sur le fonctionnement du SAMU-Centre 15, de l'existence d'effecteurs postés en maison médicale de garde ou d'effecteurs mobiles. Cependant, elles portent, pour la plupart, sur des utilisateurs des services d'urgences (41,42), des Maisons Médicales de Garde (43,44) ou sur des patients de cabinets de médecine générale (37,38,45). Cela est à l'origine d'un biais de recrutement important. Notre étude, réalisée dans la rue, dans des centres commerciaux, dans des gares, a permis de toucher un panel plus large de sujets et surtout hors circuit médical. De plus, les caractéristiques des utilisateurs

ayant une « attitude adaptée » ou « non adaptée » face à un problème de santé en PDSA a été peu étudié jusqu'alors.

Même s'il reste faible par rapport à la population totale de l'Essonne, le nombre de sujets interrogés de 387 est important pour ce type d'étude et permet d'avoir une puissance suffisante pour obtenir des résultats significatifs

Le recueil en face à face avec l'enquêteur a permis d'augmenter l'adhésion et la compliance globale. En cas d'incompréhension, les questions pouvaient être expliquées limitant ainsi les biais de compréhension. Les enquêteurs étaient au préalable formés à la problématique de la PDSA et au questionnaire. 80 % des sujets ont été interrogés par la même enquêtrice, ce qui diminue les biais dus à la variabilité inter-enquêteurs.

Pour l'ensemble des questions portant sur l'attitude face à un problème de santé imprévu, l'enquêteur posait les questions sans proposer ou montrer les réponses potentielles. Les sujets interrogés ne pouvaient donc pas s'inspirer des propositions de réponse pour leurs propres réponses comme cela est possible dans les questionnaires papiers auto-administrés. Cela a permis de gommer les pièges potentiels du questionnaire permettant une meilleure qualité des informations recueillies.

4.1.2. Le profil de l'échantillon de sujets interrogés

Les caractéristiques sociodémographiques des sujets de notre étude ont été comparées à celle des Essonnais selon les données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) de 2012 portant sur l'Essonne (46).

Tableau 16 : Comparaison des caractéristiques de la population l'étude avec les chiffres de l'Insee 2012 de l'Essonne.

<i>Variable</i>	<i>Modalité</i>	<i>n</i>	<i>Pourcentage dans notre étude (%)</i>	<i>Pourcentage en Essonne – Insee (%)</i>	<i>p-value (Chi-2)</i>
Sexe (>19 ans)	Homme	147	40,05	48,17	0,027
	Femme	220	59,95	51,83	
Age	18-29	88	22,7	24,74	0,006
	30-44	82	21,2	26,61	
	45-59	128	33,1	25,04	
	60-74	74	19,1	15,46	
	>75	15	3,9	8,16	

Population de 18-64 ans par type d'activité	Actifs	234	71,12	75,50	0,10	
	avec emploi	222	67,48	67,60		
	chômage	12	3,65	7,80		
	Inactifs	95	28,88	24,50		
	étudiants	51	15,50	10,80		
	retraités	20	6,08	6,50		
	autres inactifs	24	7,29	7,20		
	Emplois chez les actifs					
	Agriculteurs	3	1,31	0,20	10 ⁻⁶	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	22	9,61	4,90			
Cadres et professions sup	68	29,69	23,30			
Prof intermédiaires	42	18,34	27,50			
Employés	87	37,99	26,60			
Ouvriers	7	3,06	17,50			
Ménages						
Ménages d'une personne	91	23,50	29,00	0,098		
Ménages avec familles	296	76,50	71,00			
Couples sans enfant	67	17,30	27,97	10 ⁻⁶		
Couples avec enfant	202	52,20	35,13			
Familles monoparentale	27	7,0	10,90			

Notre population comportait plus de femmes (59,9 % contre 51,8 % dans la population de l'Essonne). Sur le plan de l'âge, les classes des 45-59 ans et 60-74 ans étaient surreprésentées et celle des 18-29 ans, 30-44 ans et > 75 ans sous-représentées.

Les catégories professionnelles supérieures étaient surreprésentées (cadres et professions supérieures, employés, artisans, commerçants et chefs d'entreprises). Egalement sur le plan des études, 61 % des sujets interrogés ont bénéficié d'un enseignement supérieur court ou long contre 32 % dans la population de l'Essonne.

Les questions portant sur le niveau social, les études, l'emploi sont difficiles à poser dans des questionnaires en face à face et peuvent être sources de potentiels biais. Les sujets n'ayant pas fait d'études ou étant au chômage par exemple, peuvent être tentés de donner une autre réponse « plus positive ». Il s'agit d'un biais de désirabilité sociale. Cette surreprésentation des catégories sociales supérieures peut donc être en partie erronée.

Par ailleurs, les couples sans enfants étaient sous-représentés (17 % dans notre étude contre 28 % dans les données de l'INSEE).

La population de l'Essonne est d'origine urbaine dans 95,8 % des cas et rurale dans 4,2 % des cas (47). Dans notre étude, 6 % des sujets provenaient d'une zone rurale (Sud-Essonne) regroupant les zones 11, 13 et 14 de la carte page 89.

Notre taux de sujets CMU/AME de 0,8 % était très inférieur aux taux de l'Essonne de 5,2 % pour les CMU (hors AME) (4).

En 2014, 91,7 % des bénéficiaires de la Sécurité sociale âgés de plus de 16 ans avaient déclaré un médecin traitant (48). Dans notre étude, ils étaient 95 % à avoir un médecin traitant à cette date, sans doute un peu moins à l'avoir déclaré à l'Assurance Maladie.

Une proportion importante de questionnaires a été réalisée à la sortie de supermarchés. Nous nous sommes sans doute trop concentrés sur des enseignes fréquentées par la classe moyenne ou moyenne supérieure (comme Carrefour, Intermarché, Auchan...) et pas assez dans des enseignes discount (comme Lidl, Aldi, Netto...).

Dans l'ensemble, notre échantillon était issu de catégories socioprofessionnelles plus élevées que celles décrites par l'INSEE pour la population générale de l'Essonne. Nous ne pouvons donc pas considérer que notre échantillon en est représentatif.

4.1.3. Attitude des sujets interrogés face à un problème de santé urgent hypothétique

Face à un problème inopiné, le premier interlocuteur sollicité dans les horaires de PDSA était les services d'urgences dans 45 % des cas le week-end et la nuit. Cette proportion était légèrement inférieure à celle obtenue dans une étude TNS SOFRES 2014 pour l'ARS IDF portant sur la permanence des soins et les franciliens dans laquelle 54 % des sujets interrogés se dirigeraient vers les urgences dans les horaires de PDSA (3).

Venait ensuite dans des proportions équivalentes le SAMU-Centre 15 et SOS Médecins dans 18 % des cas le week-end et 21 % la nuit. Dans une étude IPSOS/Union Régionale des Médecins libéraux (URML) Ile-de-France sur le ressenti des patients sur la PDSA, les sujets interrogés déclaraient se tourner vers les urgentistes de ville dans 21 % des cas et vers le SAMU-Centre 15 dans 14 % des cas (49).

Il est important de noter qu'avec une proportion de 81 %, le médecin traitant restait le premier interlocuteur lorsqu'un problème de santé survient en semaine durant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux.

Nous avons cherché à connaître si une attitude « recommandée » ou « non recommandée » face à un problème de santé hypothétique survenant pendant la PDSA pouvait être influencée par certains facteurs.

Pour un problème survenant la nuit ou le week-end, des variables explicatives communes ont été retrouvées : l'âge des sujets, leur sexe, leur niveau d'étude, le recours antérieur à SOS Médecins et la connaissance des MMG (pour le week-end pour ce dernier).

Plus les sujets étaient âgés, plus ils adoptaient une attitude « recommandée » :

Plus un sujet était âgé, plus il avait de risques d'avoir déjà été confronté à un problème de santé pendant les horaires de PDSA. Une confrontation antérieure, unique ou multiple, pourrait avoir un impact sur la connaissance du fonctionnement de la PDSA. A noter, dans l'analyse multivariée, avoir eu un problème de santé dans la dernière année n'était pas retrouvé comme une variable explicative. Nous aurions pu cependant élargir la question à plus d'un an.

Ces sujets plus âgés avaient potentiellement plus de comorbidités, de pathologies chroniques. Ils étaient donc plus consommateurs de soins et confrontés au milieu médical. Certaines pathologies chroniques peuvent décompenser à n'importe quel moment notamment pendant les horaires de PDSA. Le questionnaire aurait dû explorer les antécédents médicaux des patients, « avez-vous une pathologie chronique ? Prenez-vous un(des) traitement(s) tous les jours ? ».

Etre un homme était corrélé à une attitude « non recommandée » :

Les hommes de 18 ans et plus se jugent en bonne ou très bonne santé dans 73 % des cas, contre 67 % pour les femmes. De plus, chez les moins de 54 ans, les femmes recourent à leur médecin généraliste plus fréquemment que les hommes (91 % dans les 12 derniers mois contre 84 % pour les hommes)(50). Elles sont également plus confrontées au système de santé, notamment sur le plan gynécologique (contraception, suivi, grossesse) et restent encore actuellement plus impliquées dans la santé de leurs enfants que les hommes.

Aussi, dans le cadre de l'enquête nationale de la DREES auprès des structures d'urgences hospitalières de 2013, une étude a été réalisée sur les données obtenues dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) par l'ARS PACA et le FEDORU (Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences) (51). Les recours directs aux urgences sans régulation préalable étaient significativement plus élevés pour les hommes, pour les sujets de moins de 75 ans, pour un problème relevant de la traumatologie et survenant la nuit. Dans notre étude, les sujets consultants directement aux urgences constituaient la majorité de ce groupe « attitude non recommandée » (83% pour un problème survenant le week-end et 77% pour la nuit). Nos résultats sont donc cohérents et vont dans le même sens que les résultats de cette étude.

Ainsi, peut-être que les hommes face à un problème de santé inopiné, moins confrontés au système de soins, vont solliciter l'interlocuteur connu de tous, les services d'urgences.

Appartenir à une classe d'individus peu qualifiés (sujets sans diplôme, ou avec le brevet, un certificat d'aptitude professionnelle ou le baccalauréat) était significativement corrélé à une attitude « non recommandée ».

Le système de PDSA est-il moins lisible pour cette classe de la population ? Ces sujets sans études supérieures ont-ils des revenus inférieurs qui occasionneraient des difficultés à avancer le coût pour une consultation et donc favoriser un recours direct aux urgences ?

Nous n'avons en revanche pas exploré le revenu mensuel. L'avance du coût de la consultation comme critère important dans la prise en charge d'un problème de santé inopiné a cependant été très peu choisi à la question 18 (1,4 %) et la profession exercée n'a pas été retrouvée comme facteur explicatif dans l'analyse multivariée. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, toutes les questions portant sur les salaires, les études supérieures et l'emploi sont source de biais dans les questionnaires, compliquant l'interprétation des résultats.

Pour SOS Médecins, uniquement un recours antérieur à cette association était corrélé à une attitude « recommandée ». Le simple fait de connaître cette structure n'avait en revanche pas d'impact sur l'attitude. Les usagers ne connaissent peut-être pas le rôle de SOS Médecins. Peut-être pensaient-ils que cette structure était réservée aux urgences vitales ou graves et n'osaient pas appeler pour un problème urgent mais non grave. Une étude complémentaire pourrait être réalisée.

Pour les MMG, c'est l'inverse : les connaître était associé à une attitude « recommandée » pour un problème de santé survenant le week-end. Il y aurait donc un réel intérêt à informer sur l'existence de ces structures qui restent trop peu connues des usagers, seulement 41 % des sujets interrogés dans notre travail.

Nous avons décidé d'inclure les sujets ayant consulté directement à la MMG dans le groupe attitude « recommandée » ce qui est discutable. En effet, ces usagers n'avaient pas forcément eu de régulation médicale préalable. Ces structures sont cependant en Essonne en accès direct pour le moment (sauf celle d'Orsay) et le simple fait de les connaître et d'y recourir reflète une certaine connaissance du système de PDSA.

4.1.4. Attitude face à un problème urgent survenu dans la dernière année en période de PDSA

4.1.4.1. Le premier numéro de téléphone composé (ou service vu en accès direct) dans le groupe PDS

Avec un recours direct dans 36,9 % des cas, sans appel ou régulation préalable, les services d'urgence étaient les premiers interlocuteurs.

Nous aurions dû demander aux usagers quel était leur problème de santé urgent. Certains recours directs aux urgences peuvent être expliqués par le motif médical du problème, notamment pour toutes les pathologies relevant de la traumatologie. Dans les horaires de PDSA, la médecine ambulatoire n'a pas les moyens de les prendre en charge. Elle ne dispose pas du plateau technique nécessaire tant sur le plan radiologique que matériel si une immobilisation plâtrée est nécessaire par exemple. Dans l'étude de la DREES portant sur les urgences hospitalières, la traumatologie représentait 36 % des motifs recours (52). De nombreux travaux retrouvent le traumatisme comme déterminant de recours direct aux urgences (53–55).

On remarque qu'une proportion importante des patients en recours direct aux urgences connaissait et avait déjà consulté antérieurement SOS Médecins Essonne ou une MMG. Pourquoi ont-ils recouru aux urgences ? Une impression de gravité plus importante, un motif relevant de la traumatologie, une saturation des structures de PDS de ville ?

Dans 45 % des cas les sujets interrogés ont eu une attitude adaptée et recommandée face à leur problème de santé inopiné : appel du SAMU-Centre 15 (19,9 %), de SOS Médecins (19,1 %) ou consultation en MMG (6,4 %).

Le SAMU-Centre 15 et les pompiers étaient plus sollicités la nuit et le soir que le week-end, contrairement aux urgences plus fréquentées le week-end en journée. Quand le problème survient la nuit, les usagers ont peut-être plus tendance à avoir le réflexe d'appeler avant de se déplacer.

4.1.4.2. Le service médical ou médecin ayant débuté la prise en charge du problème de santé

Les urgences restaient le premier service médical vu pour 39,0 % des usagers interrogés. Pour les autres interlocuteurs, les proportions étaient les mêmes qu'à la précédente question. La distribution de la fréquentation des interlocuteurs en fonction du moment de la PDSA était également la même.

Nos résultats concernant la prise en charge du SAMU-Centre 15 sont cohérents avec les statistiques du SAMU-91 de 2012. En effet, lorsqu'il a été appelé, le SAMU-Centre 15 a répondu par un conseil téléphonique dans 32 % des cas contre 38 % selon les données du SAMU-91, par un transfert aux urgences dans 36 % des cas contre 35 % et par une visite ou

une consultation d'un effecteur dans 32 % des cas contre 27 %. Sur les 28 usagers ayant appelés le 15, 1 seul a bénéficié d'un SMUR soit 3 % contre 5 % dans le bilan annuel du SAMU-91 en 2012 (32).

Dans une thèse portant sur les conseils médicaux délivrés par les médecins régulateurs d'un Centre 15 du Loire-Atlantique, 57 % des sujets ayant bénéficiés d'un conseil médical ont eu recours ensuite à une consultation, 30 % le jour même via les urgences, une association de PDSA ou leur médecin traitant (56). Dans notre travail, 4 sujets sur les 9 ayant reçu un conseil se sont dirigés vers les urgences. Nous ne savons pas s'il s'agissait du conseil du 15 ou de leur propre initiative. Le conseil médical est important et, s'il est efficace, permet une diminution du nombre de consultations. Il serait cependant intéressant de réaliser une étude de plus grande importance sur l'impact de ces conseils sur les patients appelant et sur les consultations ultérieures.

4.1.4.3. Le service médical ou médecin ayant poursuivi et terminé la prise en charge du problème de santé

Les services d'urgence publics étaient les premiers avec 61,0 % des sujets interrogés (n=86), puis SOS Médecins et les MMG avec respectivement 19,1 % et 12,1 %.

Dans l'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) réalisée en 2010 par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie en santé (IRDES), un volet portait sur l'attitude des ménages interrogés face à un problème de santé urgent. Au cours d'une année, un individu avait une probabilité de 15 % de recourir pour un problème de santé urgent, avec 8 recours sur 10 concernant les urgences hospitalières. Les autres recours en urgence se faisaient via les dispositifs d'urgence de ville (médecin de garde ou SOS Médecins), dans 24 % des cas le week-end et 20 % des cas la nuit (53). Ceci est légèrement inférieur à ce que nous avons obtenu dans notre étude, où les dispositifs d'urgence de ville (MMG, SOS Médecins et suivi d'un conseil du SAMU-Centre 15) avaient pris en charge 34 % des sujets.

Cependant, nous avons obtenu les mêmes résultats que l'enquête de la DREES portant sur les urgences hospitalières dans laquelle 1 patient sur 3 avait réalisé une démarche avant de consulter (dans 39 % des cas pour notre étude) (52).

Finalement, 18 patients ont consulté une MMG. Etant ouvertes seulement le week-end, chez les 71 usagers ayant eu un problème le week-end, 25,3 % ont été pris en charge dans une MMG. Sur l'ensemble des sujets s'adressant aux urgences, seulement 2 ont été réorientés vers une MMG. De plus, comme le souligne une étude Ipsos Santé 2008, 9 patients sur 10 reconnaissent l'encombrement des urgences, 89 % accepteraient d'être régulés ou filtrés en fonction de la gravité et 87 % d'être pris en charge en ambulatoire (49). Sachant l'ensemble des MMG de l'Essonne sont à proximité des services d'urgences, la réorientation des patients vers ces structures a été bien trop faible.

Dans notre travail, la proportion finale de patients gérés par les services d'urgence était considérable (63,8 % des sujets, urgences publiques et privées confondues). Or, le système de permanence des soins ambulatoire devrait prendre en charge une partie plus importante de ces patients. Mais l'absence d'étude du motif de consultation nous a empêché d'identifier les consultations évitables ou non.

Quoiqu'il en soit le principe de régulation préalable, « d'appeler avant de se déplacer », n'était pas connu et appliqué seulement par une minorité des sujets interrogés.

4.1.4.4. Devenir des sujets : un taux d'hospitalisation important

Le taux d'hospitalisation global dans le groupe PDS était de 18,4 %. Le taux d'hospitalisation chez l'ensemble des patients pris en charge par un service d'urgence (n=86) était de 30,2 %, supérieur au taux de 19,9 % constaté lors de l'enquête nationale sur les urgences hospitalières réalisée par la DREES en 2013 (52). Pour SOS Médecins, 16 % des sujets vus ont été réorientés vers les urgences ce qui est supérieur aux données de SOS Médecins Essonne qui était de 5.5 % en 2015. Les sujets interrogés ont peut-être eu tendance à se souvenir de problèmes de santé plus graves, qui les auraient plus marqués. Il en résulte donc un taux d'hospitalisation plus important.

Nous remarquons que le taux d'hospitalisation était bien supérieur chez les sujets adressés aux urgences par un premier service médical, après une « régulation préalable », que chez les sujets en recours direct aux urgences, avec un taux d'hospitalisation de 44 % contre 19 % (voir Tableau 15). Cela confirme l'utilité de la régulation, les sujets transférés secondairement aux urgences ont été plus hospitalisés et étaient donc plus graves.

Un item du questionnaire évaluait si des examens complémentaires avaient été réalisés aux urgences. Il avait pour objectif de voir si les sujets régulés vers les urgences avaient reçu plus d'examen que les sujets en recours direct. Cette question a mal été posée. Les résultats n'étaient pas exploitables et donc non présentés.

4.1.4.5. Une bonne satisfaction globale des sujets interrogés

La satisfaction globale dans le groupe PDS était bonne car 88 % des sujets interrogés ont été soit très satisfaits, soit satisfaits de la prise en charge de leur problème de santé contre 93 % dans l'enquête IPSOS réalisée chez des franciliens en 2009 (49).

Pour SOS Médecins, 89 % ont été très satisfaits ou satisfaits, 100 % pour les MMG, 86 % pour les urgences publiques. La prise en charge est donc satisfaisante voir très satisfaisante quel que soit l'interlocuteur. Nous pouvons donc supposer que le recours insuffisant au système de PDSA n'est pas secondaire à une insatisfaction latente.

Il est difficile d'évaluer la satisfaction envers les pompiers ou le SAMU-Centre 15 compte tenu des faibles effectifs de ces groupes. Cette analyse était en effet réalisée en fonction de l'intervenant ayant finalisé la prise en charge du problème de santé.

4.1.4.6. Différence entre l'attitude face au problème urgent hypothétique passé et celle face à une situation hypothétique dans le groupe PDS

Lorsque l'on analyse pour chaque usager l'attitude passée et l'attitude hypothétique de façon appariée, par le test de MacNemar, nous ne retrouvons pas de différence significative. L'expérience d'un problème passé dans la dernière année n'a pas eu d'impact sur l'attitude hypothétique et la différence entre problème réel ou hypothétique n'était pas significative, du moins dans notre travail.

4.1.5. Les critères jugés importants dans la prise en charge de leur problème de santé : une prise en charge rapide et de qualité

Les propositions et l'association de propositions les plus choisies était « une prise en charge le jour même » et « la compétence du médecin », souhaitant ainsi une prise en charge dans la journée et de qualité.

Le troisième critère choisi était « peu d'attente dans une salle d'attente ». Cela fait sans doute écho aux longs temps d'attente dans les services d'urgences ou dans certaines MMG.

L'avance du coût de la consultation ne poserait pas de problème pour les sujets interrogés, proposition choisie dans seulement 1,4 % des cas. Connaissent-ils le coût de ces consultations en permanence des soins ? Pour une réponse plus objective, il aurait fallu leur donner les tarifs, tout en leur expliquant que ces consultations sont sans dépassement d'honoraires. De plus, notre échantillon appartenait à une catégorie socioprofessionnelle supérieure à celle de la population générale de l'Essonne pouvant expliquer ce faible taux.

Les deux dernières propositions, « ne pas avancer le coût de la consultation » et « ne pas avoir à se déplacer » ont peut-être aussi été victimes d'un biais de désirabilité sociale. En effet, les sujets interrogés n'ont peut-être pas osé les choisir afin de se présenter « favorablement » aux yeux de l'enquêteur.

4.1.6. Les acteurs de la PDSA en Essonne

4.1.6.1. Les MMG : des structures appréciées mais encore trop peu connues

Malgré une existence de plus de 10 ans, voire même 15 ans pour certaines MMG, seulement 41,6 % des Essonnais interrogés connaissaient leur existence. Face à un problème de santé urgent survenant le week-end, ils étaient seulement 7,5 % dans le cadre d'un problème hypothétique à s'adresser directement à ces structures et 23,9 % à y avoir été pris en charge dans le cadre d'un problème de santé survenu dans la dernière année. Connaissent-ils vraiment le rôle de ces structures ? Connaissent-ils le moyen d'y accéder ? Ces chiffres révèlent un manque de connaissances et de communication sur les MMG.

En revanche, ces structures sont appréciées. Chez les sujets ayant déjà consulté, la satisfaction globale était bonne car 91 % y retourneraient en cas de besoin.

4.1.6.2. SOS Médecins Essonne : une association appréciée et connue

L'association SOS Médecins Essonne avait une place importante au sein des Essonnais interrogés, 77,8 % connaissaient cette structure et 41,1 % y avaient déjà fait appel.

Face à un problème de santé inopiné urgent, elle était appelée directement dans 19,7 % des cas face à un problème hypothétique et dans 19,9 % dans le cadre d'un problème survenu dans la dernière année.

La satisfaction globale semblait satisfaisante car 93 % des sujets ayant déjà eu recours y referaient appel en cas de besoin.

4.1.7. Numéro réalisé en cas d'urgence vitale : une réaction très majoritairement adaptée

Face à une urgence vitale, le numéro réalisé permettrait une prise en charge adaptée dans 87,5 % des cas.

Dans 55,6 % des cas le SAMU-Centre 15 était appelé immédiatement. Dans un sondage IFOP de 2014 portant sur les urgences médicales, le 15 serait appelé dans 56 % des cas (57).

Avec 27,9 % des réponses, les pompiers étaient le deuxième interlocuteur le plus appelé. Ils permettent eux aussi la prise en charge adaptée d'une urgence vitale grâce à une interconnexion immédiate avec le Centre 15 et une répartition homogène sur le territoire permettant une réponse rapide et adaptée. Nous ne l'avons pas quantifié dans notre étude, mais de nombreuses personnes interrogées connaissaient le 15 mais préféraient appeler le 18 car pour eux les pompiers seraient plus rapide en cas d'urgence vitale. Cela vient sans doute du fait que, quel que soit l'urgence médicale, ils sont souvent les premiers sur les lieux.

4.1.8. Le rôle du SAMU-Centre 15 selon les sujets interrogés : des résultats biaisés

Pour la quasi-totalité des sujets interrogés (98,4 %), la prise en charge de l'urgence vitale était un des rôles du SAMU-Centre 15. Mais comme nous l'avons vu précédemment, il n'est appelé que dans 55 % face à un tel événement. 92 % des sujets s'accordaient sur le rôle du SAMU-Centre 15 d'envoyer des secours (ambulance ou pompiers).

50,5 % des sujets interrogés pensaient qu'appeler le 15 permettrait une orientation vers une MMG. Ce résultat est biaisé. Comme nous l'avons vu précédemment, seulement 40,6 % des Essonnais interrogés connaissaient réellement les MMG.

Les propositions de cette question étaient, contrairement aux autres, montrées aux sujets pour faciliter la réponse. Nous aurions dû leur demander leur avis sans leur proposer de réponses comme nous l'avons fait pour les questions précédentes. Ils nous auraient donné les réponses qu'ils connaissaient réellement et non celles qu'ils pensaient vraies.

Ainsi, cela explique les taux élevés pour les autres items. 73,3 % des sujets pensaient que le 15 pouvait être appelé pour un conseil médical contre 24 % dans l'enquête IFOP 2014 sur les missions du SAMU-Centre 15 pour les Français (57). 50 % pensaient pouvoir être orientés vers une association de permanence des soins pour une visite à domicile contre 26 % dans l'enquête IFOP.

Les réponses à cette question ne sont donc pas interprétables.

4.1.9. Continuité des soins et visites à domicile : un accès au médecin estimé difficile

De plus en plus de patients éprouvent des difficultés à voir un médecin en semaine pour un problème de santé inopiné. Dans notre étude, dans 60 % des cas, ils estimaient ne pas pouvoir voir leur médecin traitant dans la journée et dans 70 % des cas lorsqu'il s'agit d'une visite à domicile même si elle est justifiée. Pour avoir des données plus fiables, nous aurions dû utiliser une échelle de Likert (oui/plutôt oui/plutôt non/non) pour avoir plus de finesse et de précision dans les résultats.

La démographie médicale défavorable avec une surcharge des cabinets médicaux est en partie responsable. Il existe également des modifications dans le fonctionnement de ces cabinets, avec une disparition progressive des plages sans rendez-vous au profit de plages sur rendez-vous, rendant plus difficile la prise en charge des urgences.

Le constat est identique pour les visites à domicile. Selon les données de l'IRDES, le nombre de visites à domicile est en baisse croissante depuis 1986 (58). Après avoir atteint son maximum en 1986 avec 74 millions de visites par an, il est passé en 2009 à 32 millions de visites par an. Une diminution surtout depuis 2002, suite à un arrêté du 28 juin 2002 occasionnant une revalorisation tarifaire des visites mais avec en contrepartie un

engagement des généralistes à en réduire le nombre. Cela a permis de diminuer considérablement le nombre de visites notamment en évitant des visites injustifiées. Un retentissement négatif est palpable actuellement chez des patients devant bénéficier d'une visite à domicile (certaines personnes âgées par exemple) et ne trouvant pas de praticien pour venir à leur chevet.

4.1.10. Une méconnaissance de l'organisation de la PDSA et de la dernière campagne d'information de l'ARS-IDF

La majorité des sujets interrogés (70 %) jugeait ne pas être assez informée sur l'organisation de la PDSA. Il est également important de souligner que les sujets jugeant être suffisamment informés avaient, de manière significative, une attitude plus adaptée face à un problème de santé inopiné.

Dans notre étude, seulement 2 % de l'échantillon interrogé avait eu connaissance d'une campagne d'information portant sur la PDSA dans l'année. Nous avons cherché à connaître comment cette campagne avait été réalisée en Essonne. Malgré plusieurs relances, nous n'avons pas obtenu de réponse claire du service communication de l'ARS-IDF.

4.2. COMPARAISON AVEC L'ETUDE INFOSUP - SOS MEDECINS ESSONNE : une évolution positive depuis 2005

Une étude a été menée en 2005 par des étudiants d'Info sup Evry pour SOS Médecins Essonne. Elle portait également sur l'attitude des Essonniens face à un problème de santé hypothétique et pour un problème survenu dans la dernière année mais sans distinguer les périodes de PDSA et hors PDSA.

Sur les 310 questionnaires réalisés, 103 sujets ont été confrontés à un problème de santé inopiné survenu entre janvier 2004 et décembre 2004. Le premier médecin ou service vu était les urgences dans 34 % des cas, 34 % également dans notre étude (groupe PDS et hors PDS associés). Le SAMU-Centre 15 était appelé dans 12 % des cas contre 18 % dans notre étude. SOS Médecins Essonne était contacté dans 5 % des cas contre 17 % dans notre étude. Le médecin de la MMG était vu dans 3 % des cas contre 7,5 % dans notre étude. Pour les pompiers 17 % en 2005 contre 11 % en 2015.

L'étude de 2005 a été réalisée peu de temps après la mise en place du nouveau système de PDSA. Même s'ils ne sont pas spectaculaires, les changements dans les pratiques des deux échantillons de sujets interrogés sont plutôt positifs. Ils sont plus nombreux à s'adresser aux structures de PDSA (le SAMU-Centre 15, SOS Médecins Essonne et les MMG), moins nombreux à contacter les pompiers en premier recours. La proportion de sujets consultant aux urgences est cependant équivalente.

Les autres items n'étaient pas exactement identiques à ceux de notre questionnaire, tant sur le plan des questions que des réponses proposées. Nous ne pouvons donc pas faire d'autres comparaisons.

4.3. PERSPECTIVES POUR LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

4.3.1. Mieux informer et éduquer la population

Les résultats de notre enquête, de différents sondages (3) et rapports (59) soulignent que les connaissances des Français sur la PDSA et ses acteurs sont très insuffisantes.

L'intérêt d'une régulation téléphonique préalable est mal compris. Il faudra engager des campagnes d'information visant à expliquer à la population de l'intérêt de la régulation, en la présentant comme un aiguillage vers le meilleur type de soins pour un patient donné à un moment précis.

Cette information ne peut être du rôle du médecin traitant qui est déjà surchargé. Il pourrait en revanche laisser des affiches dans sa salle d'attente, un message clair sur ses ordonnances ainsi que sur son répondeur téléphonique rappelant le numéro à appeler pendant la PDSA, adapté aux acteurs présents sur son secteur.

Antérieurement le nom du médecin de garde apparaissait dans les journaux municipaux. Dans cette même idée, il pourrait y avoir un encadré sur la conduite à tenir en cas de problème de santé inopiné pendant les horaires de fermeture des cabinets médicaux.

Ces informations peuvent également être relayées par internet, comme par le site medecinsdegarde.org créé par l'ARS IDF, portant sur les acteurs de la PDSA dans ses différents départements. Il faut cependant que la visibilité et le référencement de ces sites soient satisfaisants pour favoriser l'accès à l'information.

Une éducation doit également être réalisée sur les problèmes devant être pris en charge par la PDSA. Il s'agit uniquement des problèmes de santé inopinés urgents et non des problèmes non urgents évoluant depuis plusieurs jours ou semaines. Mais la difficulté vient de la définition de l'urgence. Il faut distinguer l'urgence vitale (pour laquelle le pronostic vital est engagé), l'urgence vraie (qui nécessite des soins urgents), l'urgence ressentie (le patient pense nécessiter de soins urgents mais il ne présente aucune pathologie grave) et enfin l'urgence de confort (le patient majore ses symptômes et ne présente aucune pathologie grave). Le rôle de la régulation préalable est de faire la part des choses et de reporter ces consultations non justifiées.

4.3.2. La régulation médicale : présentée comme pivot dans la PDSA, ses moyens doivent être augmentés

Pivot de la PDSA, elle est présentée comme la priorité dans les derniers rapports portant sur la problématique de la PDSA. Avec sa mise en place, elle a permis une spectaculaire diminution du nombre d'actes réalisés, en passant de 7,1 millions en 2001 à 5.4 millions en 2011. Parallèlement, le nombre d'actes régulés est passé de 400 000 à 3,2 millions entre 2005 et 2011 et les non régulés de 3 millions à 2,2 millions sur cette même période (60). Selon les données fournies par SAMU-Urgences de France, seulement 60 % des actes médicaux relevant de la PDSA passent par la régulation médicale. Ils étaient en revanche de 7 % en 2005. Les actes non régulés peuvent correspondre au recours direct dans certaines MMG dont l'accès n'est pas toujours physiquement régulé et à certains patients vus par leur médecin traitant sur des plages horaires de la PDSA.

Selon le rapport annuel 2014 du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sur la PDSA, en France, 2 763 médecins régulateurs libéraux ont participé à la régulation médicale, soit un chiffre en stagnation depuis 2013 alors que les besoins augmentent (59).

Mais elle reste très opaque pour les usagers. Cette organisation échappe à la compréhension de la majorité des patients pour lesquels le 15 se résume aux urgences vitales. A cela se rajoute les numéros des associations de permanence des soins qui disposent de leurs propres centres d'appels. L'organisation de la PDS et ces numéros changent d'un département à l'autre. Cette hétérogénéité sur le territoire tend à augmenter l'incompréhension.

Cette problématique est abordée dans la loi du 26 janvier 2016 de « modernisation du système de santé ». Pour mettre fin à la coexistence d'une multiplicité de numéros d'appels correspondant aux régulations régionales ou départementales, un numéro national d'appel unique et gratuit pour la PDSA est créé, le 116 117 (61).

La régulation téléphonique de l'activité de PDSA sera accessible gratuitement par le numéro national de PDSA ou par le numéro national de l'AMU. Ce choix reviendra au directeur général de chaque ARS. A noter que 70 départements sur 101 avaient déjà choisi le 15 comme numéro unique de la PDSA et de l'AMU, qui présentait l'intérêt majeur d'être déjà connu par le public.

Dans le cas où le DGARS choisit le 15 comme numéro unique pour la PDSA et l'AMU confondues, le Centre 15 sera-t-il en capacité de recevoir tous les appels ? Les moyens alloués à la régulation médicale devront être augmentés pour éviter toute perte de chance pour les patients présentant une urgence vitale et tentant de joindre le 15.

Une mission d'information sur la PDSA, débutée en novembre 2013, s'est achevée en juin 2015. Elle fait le point sur l'évolution de la PDSA depuis les dernières années, ses défaillances et propose des solutions à explorer (60). Dans son rapport, afin de mieux réguler les demandes de soins, elle recommande de tendre vers l'obligation de l'intervention d'un médecin régulateur pour les demandes de soins non programmées, avec une modulation du forfait de régulation qui permettrait d'augmenter la proportion d'appels donnant lieu à des conseils médicaux par rapport à celle des visites à domiciles.

Elle soulève les disparités de fonctionnement entre les plateformes hospitalières et les centres de régulation libéraux. Certains centres de régulation n'ont pas de médecin sur place et les appels sont pris en charge par un auxiliaire médical sur la base de protocole. Dans son rapport de 2013, la Cour des Comptes souligne que ce type de fonctionnement est inflationniste. Ils ont comparés les actes et les dépenses de PDSA pour 4 communes où SOS Médecins est présent et 4 communes où elle ne l'est pas. Elle objective que les dépenses de PDSA sont plus importantes dans celle où l'association SOS Médecins est présente. L'analyse est cependant uniquement basée sur les coûts directs et donc peu pertinente. De plus, l'impact de la présence d'une association de PDSA sur un territoire sur la diminution des coûts liés aux structures d'urgences, aux transports sanitaires, aux SMUR et le bénéfice rendu à la population ne sont pas étudiés (62).

Si la mise en place d'un médecin régulateur dans les centres de régulation des associations de PDSA devient obligatoire, ils devront bénéficier du même statut que les médecins régulateurs des centres 15, en termes de rémunération forfaitaire et une discussion autour de la responsabilité devra être engagée.

4.3.3. Les Maisons Médicales de Garde : pallier aux problèmes de financement, de lourdeur administrative et d'érosion du volontariat

Dans le rapport de la mission d'information sur la PDS de juin 2015, les MMG restent aussi un des piliers de la PDSA. Elles doivent être encouragées. Elles répondent au souci de lutter contre les déserts médicaux tout en facilitant l'exercice de la PDSA.

Cependant, actuellement, le manque de visibilité à moyen terme et de forts doutes sur la pérennité de ces structures remettent en cause l'implication des médecins qui les promeuvent et qui les gèrent. Le 13 novembre 2015, dans le contexte de grève des médecins, la FAME 91 adresse une lettre à Madame la Ministre de la Santé Marisol Touraine, rapportant le cri d'alarme des médecins de l'Essonne concernant la PDSA du département (disponible en annexe 6 page 90).

Les MMG de l'Essonne reflètent ces problématiques. Malgré une hausse croissante de leur fréquentation, ce sont toutes les MMG qui sont en danger. Les difficultés de financement et la lourdeur administrative de leur gestion sont à l'origine d'un épuisement

des médecins gérant la FAME 91. La maison médicale d'Etampes a fermé en 2013 faute de médecins, celle d'Arpajon en décembre 2015 pour des problèmes d'ordre financier et administratif alors que sa fréquentation était la plus importante de l'Essonne. C'est tout le secteur sud de l'Essonne qui se retrouve dépourvu de maison médicale, secteur rural déjà fortement touché par le manque de médecins.

Ainsi, un système de financement pérenne doit être trouvé. La PDSA étant définie comme une mission de service public, elle doit être financée par l'État ou les ARS. En cas de désengagement de ces derniers, pourrions-nous imaginer une rétrocession sur les consultations effectuées afin de compléter le financement de ces structures, comme cela est déjà réalisé au MEDI'CENTRE de Chevannes et dans certaines MMG d'autres départements ?

Le CNOM, par son rapport annuel sur la permanence des soins, constate une érosion progressive du volontariat depuis 2002. En 2014, seuls 60 % des départements rapportent un taux de médecins généralistes volontaires supérieur à 60 % (contre 73 % des départements en 2012) (59). En Ile-de-France, il y a seulement 11 % de médecins volontaires. Le coup d'arrêt occasionné par la fermeture de certaines MMG provoquerait la fin dans de nombreux endroits du volontariat des médecins pour la PDSA, alors même que les MMG avaient permis un retour à la PDSA après les grèves de 2001.

Pour pallier à l'érosion du volontariat, une sensibilisation des étudiants en médecine à la problématique de la PDSA, par des stages dans les associations de PDSA, une formation spécifique à la régulation avec mise en situation peut être intéressante. Les jeunes médecins, par leurs stages hospitaliers, sont habitués à la contrainte des gardes et selon les représentants des internes la pratique de la PDSA n'est pas particulièrement anxiogène pour eux. Dans son rapport de 2014, le CNOM prend l'exemple des SAMI (Service d'Accueil Médical Initial) du Val-de-Marne, dont le fonctionnement est satisfaisant. Ils accueillent des étudiants en formation. Les volontaires sont nombreux, composés soit de remplaçants soit d'internes disposant d'une licence de remplacement.

Le refus de l'État d'assurer la protection juridique et financière aux dommages subis par les médecins effecteurs à l'occasion de leur mission de service public reste inquiétant et peut freiner certains médecins. La cour de cassation a jugé le 4 février 2015 que les actes réalisés par le médecin effecteur de PDSA engageaient sa responsabilité personnelle même lorsque son intervention a été sollicitée par le régulateur du Centre 15. Le CNOM a déposé un amendement au projet de loi de santé et a, de nouveau, saisi la Ministre de la Santé sur ce sujet afin que les médecins effecteurs bénéficient eux aussi de la protection de l'État pour les dommages causés ou subis au cours de cette mission de service public qu'est la PDSA.

Enfin, le tiers payant sur la part obligatoire doit pouvoir être réalisé systématiquement. Les tarifs de consultation dans le cadre de la permanence des soins sont, certes justifiés, mais onéreux pour certains patients. Ceux qui ne peuvent avancer une telle somme vont préférer se rendre dans un service d'urgence où ils n'auront pas besoin d'avancer de frais.

4.3.4. Les services d'urgences : favoriser la collaboration avec les MMG, développer des circuits courts

Les patients viennent chercher aux urgences une sorte de « centre de santé intégré », c'est-à-dire une offre de soins, où l'on peut dans des délais rapides, accéder à un panier de soins et d'exams tout en disposant d'un diagnostic fiable. Il y a aussi une augmentation du degré d'exigence de la population, habituée à disposer de tous les services très rapidement et revendique au même titre le droit aux services de santé. L'amélioration apportée par une qualification constante des personnels médicaux et paramédicaux, des locaux modernes de mieux en mieux conçus et des efforts pour diminuer le temps d'attente sont des facteurs d'attractivité pour la population. Elles sont faciles d'accès alors que l'offre de soins ambulatoire est cloisonnée et beaucoup plus coûteuse. On peut se demander si les urgences ne sont pas victimes de leur succès.

A cette augmentation de fréquentation pour des pathologies ne le justifiant pas, plusieurs solutions peuvent être envisagées :

- La prise en charge des patients en amont des services d'urgence par des structures ambulatoires comme les MMG et la réorientation des patients consultant directement aux urgences vers ces structures est possible. Pour cela, il faut qu'elles soient à proximité du service des urgences. La présence d'un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) aux urgences réalisant un tri permet cette réorientation. Cependant, le mode de financement des urgences à l'activité peut limiter l'adressage aux MMG. En effet, un forfait d'Accueil et de Traitement des Urgences (ATU) est versé pour chaque passage aux urgences pour des soins non programmés non suivis d'hospitalisation. De ces ATU découle le forfait annuel des urgences de l'année suivante (FAU), ce qui correspond à la tarification à l'activité (63). Par ce système de financement, si la fréquentation du service diminue le FAU baisse. Ainsi, certains services d'urgence peuvent être tentés de ne pas adresser de patients aux MMG. La création de MMG dans les locaux des hôpitaux permet de diminuer de 50 à 75 % ses coûts de fonctionnement, ses derniers étant absorbés par l'établissement hospitalier (64). Il s'agit donc d'une double perte pour l'hôpital qui perd les revenus liés aux ATU et ceux liés aux consultations pour des

patients dont la prise en charge est finalement rapide et peu couteuse. Une réflexion doit être portée sur le mode de financement afin de favoriser la coopération entre les services d'urgence et les MMG intra-hospitalières.

- Si l'on ne développe pas en amont des urgences et on laisse les choses évoluer ainsi, il faudra augmenter les moyens (humains et financiers) de ces structures pour faire face à l'afflux de patients. Certains services se sont déjà réorganisés en créant des « circuits courts ». Il s'agit de prendre en charge, plus rapidement et pour un coût moindre, les patients consultant pour des pathologies bénignes ne nécessitant pas d'examens complémentaires.

Un accès restrictif aux urgences comme cela est réalisé dans certains pays ou des sanctions financières (remboursement moindre) pour les consultations non justifiées ne sont pas envisagées en France pour le moment.

4.3.5. Les associations de permanence de soins : des effecteurs essentiels de la PDS et de la continuité des soins

Le développement des structures privées telle que SOS Médecins a constitué une des évolutions visibles de la prise en charge des soins non programmés et permet d'offrir une alternative de consultation pour certaines populations.

Sur les territoires où elles sont implantées, elles constituent après minuit, la seule alternative libérale aux urgences hospitalières, et pour certains départements, la seule offre libérale les soirs de semaine. Elles sont reconnues comme des effecteurs incontournables par les SAMU-Centre 15 pour les visites incompressibles ou pour les nombreuses situations pour lesquelles il est nécessaire de procéder à un examen à domicile, particulièrement chez les populations fragiles ne pouvant se déplacer (personnes âgées, familles monoparentales...).

Les patients vivant en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) ou en hospitalisation à domicile présentent en général des pathologies chroniques susceptibles de se décompenser. Cependant ces structures n'ont pas toujours les moyens suffisants pour garantir une véritable continuité des soins. Ces problèmes d'organisation ont des effets néfastes sur ce type de patients, dont le maintien à domicile est préférable, mais qui sont fréquemment transportés aux urgences faute d'avoir pu trouver une assistance médicale adaptée. En Essonne, des conventions ont été établies entre l'association SOS Médecins, les EHPAD et avec Santé Service (structure de l'hospitalisation à domicile en Ile-de-France). Elle permet l'intervention d'un médecin dans les horaires de PDSA ou de continuité des soins en l'absence du médecin référent. Dès qu'il

est possible, le maintien à domicile est favorisé. Le médecin disposant de médicaments sur lui, en cas de besoin, les traitements pourront être débutés immédiatement.

La visite à domicile reste et doit rester une alternative au transport immédiat aux urgences comme cela se fait dans certains secteurs de garde en nuit profonde. Une certaine catégorie de patients pourrait hésiter d'appeler pour des pathologies potentiellement graves de peur d'être hospitalisé immédiatement.

En termes de coût, cela constitue une économie pour la société. Ces associations sont autofinancées sur les rétrocessions des médecins y participant. Le coût d'une consultation au MEDI'CENTRE ou d'une visite à domicile est inférieure à une prise en charge aux urgences d'autant plus si un transport sanitaire est nécessaire.

Pour ce qui est des critiques portant sur les centres de régulations des associations de PDSA, il ne faut pas omettre que SOS Médecins est une association qui gère aussi la continuité des soins. Même si un médecin régulateur est présent dans chaque centre d'appels, le nombre de consultations engendrées, en cabinet ou visite à domicile, sera forcément plus élevée que si le 15 était appelé. Le 15 réoriente une partie importante des consultations au lendemain en demandant aux usagers de voir leur médecin traitant ou un autre médecin généraliste. Les usagers appellent justement ces associations car ils n'arrivent pas à voir leur médecin traitant dans la journée pour une urgence, soit parce qu'ils n'ont pas de médecins traitant et soit parce que les médecins du secteur n'acceptent plus de nouveaux patients. En Essonne, les MMG sont fermées la semaine. Pour ces patients, les solutions sont peu nombreuses. Ils peuvent s'adresser à une association comme SOS Médecins, par son centre de consultations ou par des visites à domicile, mais qui est vite débordée. Certains centres de consultations sont organisés pour recevoir les patients pour des soins de premiers recours, mais ils sont encore rares. La dernière option est de consulter aux urgences.

Les problèmes survenant hors PDSA, relevant de la continuité des soins, se répercutent sur la permanence des soins. Cette dernière offre des solutions pour ces patients, même si l'on pourrait considérer que certaines consultations ne relèvent pas de la PDSA mais plutôt de la continuité des soins.

CONCLUSION

Ce travail visait à explorer l'attitude des Essonnien(ne)s face à un problème de santé inopiné survenant pendant les horaires de permanence des soins, de mettre en évidence les déterminants influençant cette attitude et leurs connaissances du système de PDSA et de ses acteurs.

Dans notre population, l'attitude des sujets interrogés face à un problème de santé survenant dans les horaires de PDSA, hypothétique ou passé, n'était majoritairement pas adaptée. Certains facteurs explicatifs ont pu être identifiés, comme l'âge, le sexe, le niveau d'études, le recours antérieur à l'association SOS Médecins Essonne et une connaissance des Maisons Médicales de Garde. Les résultats obtenus sont cohérents aux données d'autres études ou sondages réalisés sur la même thématique.

Nous pouvons cependant noter une légère amélioration des connaissances par rapport aux données de 2005, tant sur le plan de l'attitude adoptée que sur la connaissance des acteurs de la permanence des soins ambulatoires, mais elle reste insuffisante.

En revanche, les sujets interrogés ne connaissaient pas le rôle et l'intérêt d'une régulation médicale préalable. Le système, restant hétérogène, manque donc de lisibilité pour les usagers, la conduite à tenir changeant d'un département à l'autre.

Les besoins d'informations des usagers sont énormes. Une campagne d'information de grande ampleur n'a cependant d'intérêt que si l'organisation de la PDSA et ses acteurs sont clairement définis et peuvent durer dans le temps. Il faut asseoir de façon pérenne le dispositif de PDSA pour pouvoir poursuivre une communication indispensable à destination de la population sur le bon usage de la PDSA. Il faudra une véritable réflexion sur la meilleure façon d'informer et de communiquer.

BLIBLIOGRAPHIE

1. Agence régionale de santé Ile-de-France. Permanences des soins ambulatoires : présentation du nouveau dispositif et de la campagne de communication régionale [En ligne] Décembre 2012. Disponible sur : http://ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Presse/8_Communiquees_presse_2011_2012/DP_PDSA_Vdef_121220.pdf.
2. DESCOURS C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins remis à Jean-François MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées [En ligne] Janvier 2003. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.html>.
3. Etude TNS SOFRES pour l'ARS Ile-de-France – Utilisation et perception de l'offre de soins non programmés [En ligne] Janvier 2014. Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/>.
4. Agence régionale de santé Ile-de-France. Arrêté DGARS du 22 décembre 2014 – n° DOSMS - 2014 - 324 "Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoires en Ile-de-France." [En ligne] Janvier 2015. Disponible sur : <http://sante-iledefrance.fr/PDSA/2015/PDSA-Cahier-des-charges-2015.pdf>
5. 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. Journal Officiel n°300 du 28 décembre 2006 page 19761, texte n° 38.
6. 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. Journal Officiel n°0163 du 17 juillet 2010, page 13242, texte n° 37.
7. Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. Journal Officiel n°209 du 8 septembre 1995, page 13305.
8. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Rapport sur les comptes nationaux de la santé en 2013. [En ligne] Edition 2014. Disponible sur : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2013_edition_2014.pdf.
9. Cour des comptes - Sécurité sociale - Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser [En ligne] Septembre 2014. Disponible sur : https://www.ccomptes.fr/content/download/73467/1911749/version/1/file/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf.
10. La démographie médicale en région Ile-de-France - Situation au 1er janvier 2013 [Internet]. Ordre National des Médecins - Conseil National de l'Ordre; 2013. Available from: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/idf_2013.pdf
11. Code de déontologie médicale - Article 77. Code de déontologie médicale.
12. 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). Journal Officiel n°214 du 16 septembre 2003 page 15863 texte n° 14.

13. Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité sociale pour 2007. Journal Officiel n°296 du 22 décembre 2006 page 19315 texte n° 1.
14. Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. Journal Officiel n°0163 du 17 juillet 2010 page 13240 texte n° 36.
15. Code de la santé publique - Article L6315-1 [En ligne]. Disponible sur : legifrance.gouv.fr.
16. Code de la santé publique - Article R6315-2 [En ligne]. Disponible sur : legifrance.gouv.fr.
17. Code de la santé publique - Article R6315-3 [En ligne]. Disponible sur : legifrance.gouv.fr.
18. Code de la santé publique - Article R6315-5 [En ligne]. Disponible sur : legifrance.gouv.fr.
19. Code de la santé publique - Article R6315-6 [En ligne]. Disponible sur : legifrance.gouv.fr.
20. Code de Déontologie Médicale. Conseil National de l'Ordre des Médecins [En ligne]. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/site/default/files/codedeo.pdf>.
21. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte 1.
22. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demandes de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale [En ligne] Mars 2001. Disponible sur : www.has-sante.fr.
23. Groupe Interface Samu de France et Société Française de Médecine d'Urgence. Activité des SAMU-Centre 15 - Définition et standardisation des données [En ligne] Mars 2009. Disponible sur : http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/155/559/definitions_apl_drm_2009.pdf.
24. LE BRETON- LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale en France - situation au 1er janvier 2015 [En ligne]. Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins; janvier 2015. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
25. ARS Ile-de-France. Communiqué de presse. La nuit, le week-end, les jours fériés : en cas de problème de santé imprévu, appelez le 15 avant de vous déplacer [En ligne]. Janvier 2015. Disponible sur : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/La-nuit-le-week-end-les-jour.182186.199.html>.
26. INSEE. Recensement de la population - Evolution et structure de la population du département de l'Essonne [En ligne]. Juin 2012. Disponible sur : www.insee.fr.
27. INSEE. Recensement de la population - Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2015 [En ligne]. Décembre 2014 Disponible sur : www.insee.fr.
28. INSEE. Evolution de la population française - Composantes de la croissance démographique [En ligne]. Juin 2013. Disponible sur : www.insee.fr.

29. Ordre National des Médecins - Conseil National de l'Ordre. Cartographie de la démographie médicale [En ligne] 2014. Disponible sur : www.demographie.medecin.fr.
30. Association Départementale pour les Urgences Médicales de l'Essonne (A.D.U.M.91). Journal Officiel. Septembre 2003.
31. Association Départementale pour la Régulation des Urgences Médicales (ADRUM 91). Journal Officiel, W912002773. Juin 2013.
32. DELOMAS T. Suivi des conseils médicaux délivrés par les médecins régulateurs libéraux du SAMU-Centre 15 de l'Essonne [Thèse d'exercice]. Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2015.
33. PUBLIC SOS Médecins France - Organisation, activité et impact de SOS MÉDECINS [En ligne]. Disponible sur : <http://www.sosmedecins-france.fr/index.php/professionnels/activite/36-organisation-activite-et-impact-de-sos-medecins>.
34. SAMU de FRANCE - SOS MEDECINS France. Convention de partenariat [En ligne]. Septembre 2005. Disponible sur : <http://www.samu-de-fi-ance.fr/documents/actus/I55/145/convention-smf-sdf2005.pdf>.
35. Site internet de la FAME (Fédération des Associations des Médecins de l'Essonne [En ligne]. Disponible sur : <http://www.fame91.com/>.
36. SOS Médecin Essonne - Ecole INFOSUP Evry. Permanence des soins en Essonne. 2005.
37. MERINI M-C. Evaluation de la connaissance du système de Permanence des Soins par la population de l'Ain [Mémoire]. Université Claude-Bernard LYON ; 2014. Disponible sur : http://anciensite.clge.fr/IMG/pdf/MERINI_Marie.pdf.
38. POISSY E. Evaluation de la permanence des soins auprès du grand public dans le secteur SOS Médecins Meurthe-et-Moselle: à propos de 250 cas [Thèse d'exercice]. Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2008. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2008_POISSY_ESTELLE.pdf.
39. GOUYON M, LABARTHE G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale [En ligne]. DREES Mars 2006. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er471.pdf>
40. DREES. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières - Questionnaire patient [En ligne]. Juin 2013. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/questionnaire_patient.pdf
41. PUJOL C. Patients consultant pour des motifs de médecine générale au service d'accueil des urgences de l'Hôpital de Perpignan aux heures de permanence des soins, leurs caractéristiques et leur parcours de soins [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2007.
42. FAGORT GRIFFIN E, SEVRIN Y. Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgence du Havre [Thèse d'exercice]. 2012. [En ligne] Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00745787/document>.

43. GUSMINI E, SIMON-LIBCHABER E. Analyse des motifs de recours à la maison médicale de garde située à proximité d'un service d'urgences [Thèse d'exercice]. Université de Paris-Est Créteil; 2011. [En ligne] Disponible sur : <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0613064.pdf>.
44. KOUBBI L, MAURY D. Evaluation de la satisfaction des usagers consultant au SAMI: Cas du SAMI de «Champigny-sur-Marne / Villiers-sur-Marne» (94) [Thèse d'exercice]. UPEC, France: UPEC; 2011. [En ligne] Disponible sur : www.conseil94.ordre.medecin.fr/.../Thèse%20Laurent%20KOUUBBI.pdf.
45. GENOT P. Parcours de soins et respect de la filière de soins lors de la permanence des soins sur le secteur de la plaine de l'Ain: une enquête quantitative descriptive auprès des patients de la maison médicale de garde et du service des urgences du secteur [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2011.
46. INSEE - Département de l'Essonne - Chiffres clés - Evolution et structure de la population - 2012 [En ligne]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codegeo=DEP-91.
47. Chambre du Commerce et de l'Industrie de l'Essonne - Essonne en chiffre 2014 [En ligne]. Disponible sur : http://www.essonne.cci.fr/sites/default/files/cci_essonne/pdf/pdf/essonne-en-chiffres-2014.pdf.
48. Ministère des finances et des comptes publics - Ministère des affaires sociales de la santé et des droits de femmes - Direction de la Sécurité sociale. Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2014. [En ligne] Disponible sur : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/chiffres_cles_2015_web.pdf.
49. Enquête URML Ile-de-France / IPSOS Santé - « Permanence des soins en Ile-de-France : le ressenti des patients » – novembre 08 [En ligne] Disponible sur : http://urml-idf.org/upload/presse/DP_081127.pdf.
50. DREES - Etudes et Résultats - Santé et recours aux soins des femmes et des hommes [En ligne]. Février 2010. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er717-2.pdf>.
51. CLAVAUD H, VIUDES G. Les données disponibles permettent-elles de mesurer la place des urgences dans l'offre de soins de premiers recours ? [En ligne]. Novembre 2014. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss63.pdf>
52. DREES - Résultats de l'enquête nationale auprès des structures d'urgences hospitalières de 2013 [En ligne]. Juin 2015. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss63.pdf>.
53. IRDES - Enquête sur la Santé et la Protection sociale 2010 [En ligne]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf>.
54. HASCOET J, LADNER J. Patients auto-référés dans quatre services d'Urgences en Haute-Normandie: quel profil ? Quelles implications pour la permanence des soins ? France; 2013. [En ligne]. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00805992/document>.

55. BOUNIORT L. Venues spontanées aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale: déterminants, pertinence et orientation [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2012.
56. JAMES G. Les conseils médicaux délivrés par les médecins régulateurs généralistes du Centre 15 de Loire-Atlantique: étude descriptive et analytique sur une semaine de régulation [Thèse d'exercice]. Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2009.
57. Etude MAAF-IFOP - Les Français et l'urgence médicale - Un enjeu de santé publique. 2014 Oct. [En ligne]. Disponible sur : https://www.maaf.fr/assurances/upload/docs/application/pdf/2014-12/maaf_infographie_def_avecliens.pdf.
58. IRDES - Evolution des visites des généralistes libéraux [En ligne]. Disponible sur www.echosante.fr.
59. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale. Décembre 2014. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds2014.pdf>.
60. N° 2837 - Rapport d'information de Mme Catherine Lemorton déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins [En ligne]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2837.asp#P257_41713.
61. Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires [Internet]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000032928958
62. Cours des Comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale pour 2013, chapitre XII : La permanence des soins. La documentation française, septembre 2013, p335-363, [En ligne]. Disponible sur : www.comptes.fr.
63. Ministère de la santé et des sports. Guide des facturations des soins dispensés dans les établissements de santé - Septembre 2009.
64. Les Maisons Médicales de Garde - Rapport du Dr Jean Yves GRALL remis à Monsieur Xavier BERTRAND Ministre de la santé et des Solidarité - Juillet 2006.

ANNEXES

Annexe 1 : Campagne de communication de l'ARS-IDF de début 2015 sur la PDSA (1)



📞 La nuit, le week-end, les jours fériés, appelez le 15, un médecin de garde vous répond.



ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

www.medecinsdegarde.org



📞 La nuit, le week-end, les jours fériés, appelez le 15, un médecin de garde vous répond.



ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

www.medecinsdegarde.org



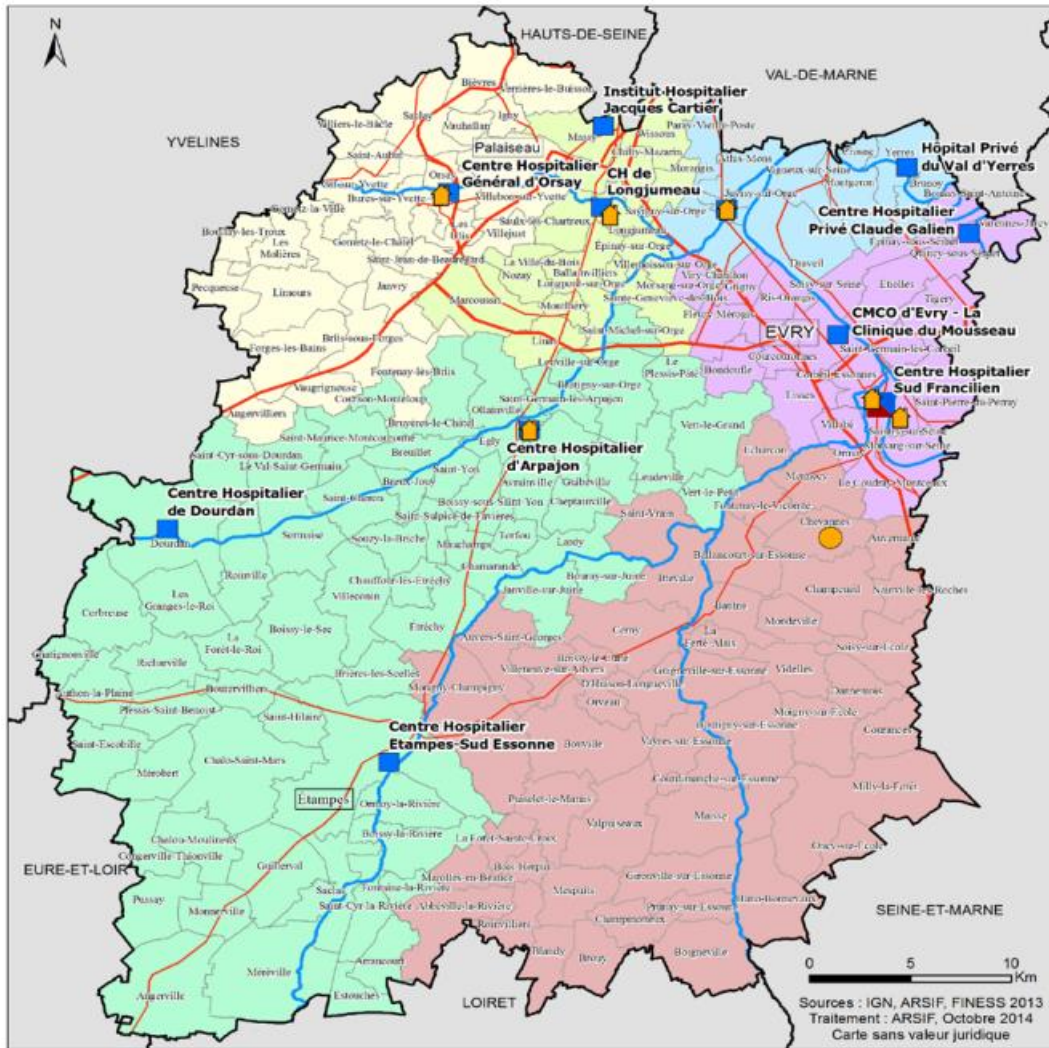
📞 La nuit, le week-end, les jours fériés, appelez le 15, un médecin de garde vous répond.



ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

www.medecinsdegarde.org

Annexe 2 : Territoires de PDSA de l'Essonne – effecteurs postés(5)



Gardes postées	Territoire PDSA	Cours d'eau
MMG	91-P-01 ORSAY	Autoroute
Point fixe	91-P-02 LONGJUMEAU	Nationale
Etablissements	91-P-03 JUVISY	Préfecture et sous-préfectures
Samu et urgences	91-P-04 EVRY-CORBEIL	
Urgences	91-P-05 ARPAJON	
	91-P-06 VAL D'ESSONNE	

Q11b - Pourriez-vous le voir dans la journée en semaine pour un problème de santé urgent ?	Q11b :
Q11c - Se déplacerait-il au domicile si c'était justifié ?	Q11c :
Q11d - Pouvez-vous voir facilement un autre médecin généraliste ?	Q11d :
Q12 - En dehors des horaires d'ouvertures du cabinet de votre médecin, trouvez-vous qu'il soit facile de consulter un médecin ?	Q12 :
Q13 - Etes-vous suffisamment renseigné sur la prise en charge médicale en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux ?	Q13 :

Q14 - Les Maisons médicales de garde	OUI = 1 NON = 2 A- Connaissez-vous ? B- Y avez-vous déjà eu recours ? Si oui : laquelle ? C- Y referiez-vous appel ?	Q14a :	Q14b :
Q15 - SOS médecins		Q15a :	Q15b :
Q16 - Centre de consultation Sos med		Q16a :	Q16b :
			Q14c :
			Q15c :
			Q16c :

Pensez-vous pouvoir appeler le 15 la nuit ou le week-end pour ? (Plusieurs réponses possibles) ?	Q17 :
1 Une urgence vitale 2 Un soutien psychologique 3 Vous orienter vers un médecin de garde 4 Faire venir chez vous un médecin de garde 5 Vous conseiller au téléphone (pour une inquiétude ou un doute lié à un problème de santé) 6 Vous envoyer des secours (ambulance ou pompiers)	

Quels sont les critères important pour vous dans la PEC de cette urgence (2 choix possibles) ?	Q18 :
1 Avoir une prise en charge le jour même 2 Ne pas attendre trop longtemps dans une salle d'attente. 3 Ne pas avoir à se déplacer : a – véhiculé / b - pas véhiculé 4 L'avance du coût de la consultation 5 La compétence du médecin 6 La relation avec le médecin	

Q19 - Sexe	1 Homme 2 Femme	Q19 :
-------------------	------------------------	--------------

Q20 – Quel est votre âge ?	Q20 :
-----------------------------------	--------------

Q21 - Quel est votre niveau d'étude ?	Q21 :
1 Sans diplôme 2 Brevet 3 CAP/BEP 4 BAC (général, pro et techno) 5 BAC+2 (BTS / autre) 6 BAC+3/4 (Licence, ...) 7 BAC+5 (master, écoles d'ingénieurs ...) 8 BAC+7 et plus	

Q22 - Quel est votre statut professionnel ?	Q23 – Votre couverture sociale ?	Q22 :
Actifs 1 agriculteur 2 artisans/commerçants/chef entrep 3 cadres/prof supérieures 4 prof intermédiaire 5 employés Inactifs 6 ouvriers 7 Au chômage 8 étudiants 9 Retraités 10 au foyer 11 Autres inactifs	1 Sécurité sociale + mutuelle 2 Sécurité sociale seule 3 Assurance privée 4 CMU/AME 5 Pas de sécu	Q23 :

Q24a – Vous avez des enfants à la maison ?	Q24b – De moins de 5 ans?	Q25 - Etes-vous ?	Q24a :
0 - 0 1 - 1 2 - 2 3 - 3 4 - 4 ou plus	1 Oui 2 Non	1 Célibataire sans enfant 2 Famille monoparentale 3 En couple sans enfant 4 En couple avec enfant 5 Veuf	Q24b :
			Q25 :

Q26 – Code postal (3 derniers chiffres)	Q26 :
--	--------------

Q27 - Avez-vous entendu récemment une campagne d'information vous expliquant quoi faire en cas de problème de santé survenant le week-end ou la nuit ?	Q27 :
1 Oui 2 Non	

LA PERMANENCE DES SOINS EN ESSONNE

Comment contacter un médecin de garde pendant les heures de fermeture des cabinets médicaux



Pour plus d'informations :

www.fame91.com

medecinsdegarde.org

www.sos-medecins.net

Fiche réalisée dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale sur la permanence des soins en Essonne



Pour un problème de santé imprévu :



VOUS POUVEZ APPELER :

- **LE SOIR**
Lundi au vendredi
de 20h à 8h
- **LE WEEK-END**
Samedi 12h
au lundi 8h
- **LES JOURS
FERIES**

Le 0164469191
ou le 15

OU

SOS Essonne
MEDECINS
0826.88.9191

- Un conseil
- Une Consultation à la **maison médicale de Garde** (week-ends et jours fériés)
- Un **transfert** aux urgences
- Une **Visite à domicile**

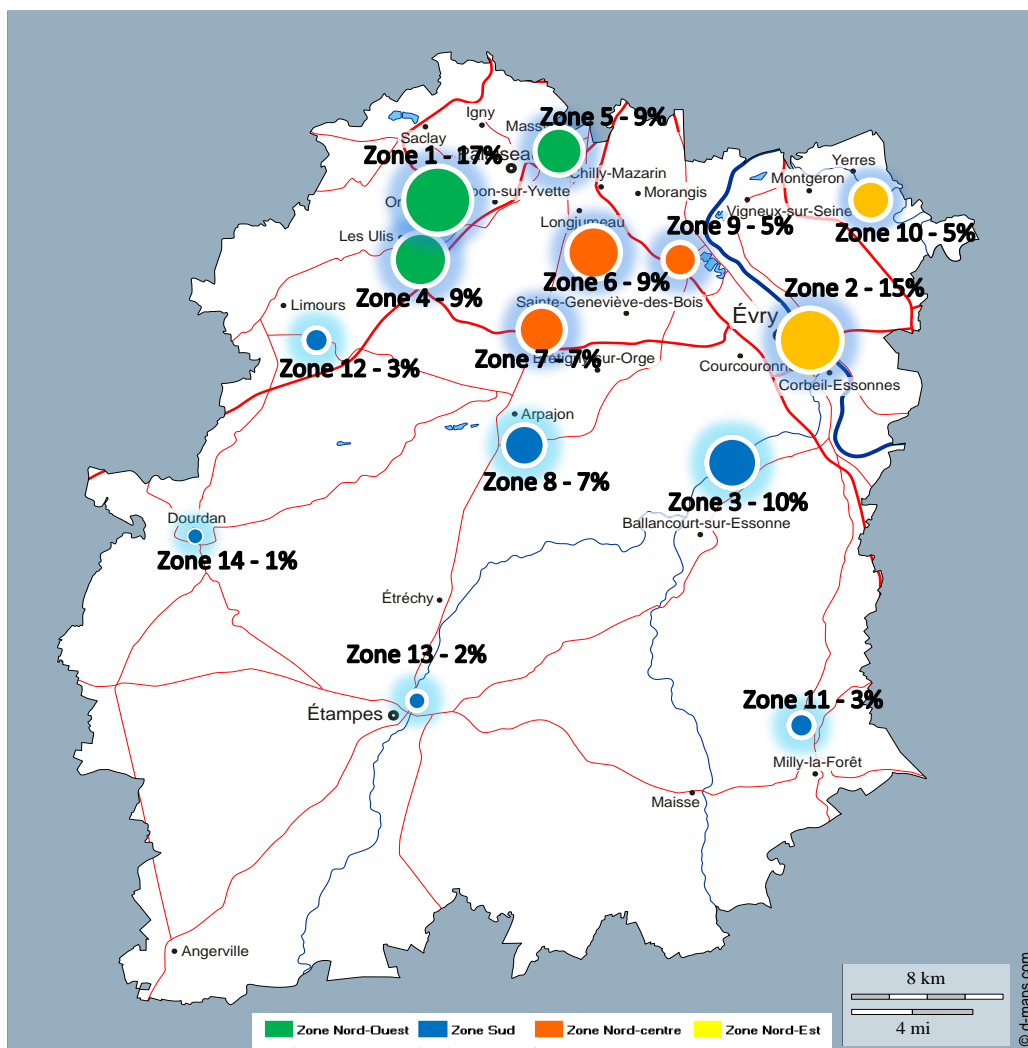
- Vous ne pouvez pas vous déplacer : **VISITE A DOMICILE**
- Vous pouvez vous déplacer : **CONSULTATION** sur Chevannes 0825.56.9191



En cas d'urgence vitale : appeler le 15



Annexe 5 : Carte représentant la répartition géographique du domicile des sujets interrogés, avec pour chaque zone, la proportion de sujets correspondante



Zone 1 : Gif-sur-Yvette, Bures-sur-Yvette, Orsay.

Zone 2 : Evry, Bondoufle, Courcouronnes, Lisses, Corbeil, Saintry-sur-Seine.

Zone 3 : Mennecy, Ballancourt-sur-Essonne, Vert-le-Petit, Champcueil, Itteville, Le Coudray-Montceau.

Zone 4 : Les Ulis.

Zone 5 : Bièvre, Palaiseau, Massy, Villebon-sur-Yvette.

Zone 6 : Morangis, La Ville-du-Bois, Chilly-Mazarin, Longjumeau, Epinay-sur-Orge, Nozay.

Zone 7 : Linas, Marcoussis, Bretigny-sur-Orge, Sainte-Geneviève-des-Bois, Saint-Michel-sur-Orge.

Zone 8 : Ollainville, Arpajon, Egly, Saint-Chéron, Marolles-en-Hurepoix, Breuillet, Boissy-sous-Saint-Yon.

Zone 9 : Ris-Orangis, Juvisy-sur-Orge, Grigny, Savigny-sur-Orge, Viry-Châtillon, Morsang-sur-Orge.

Zone 10 : Crosne, Epinay-sous-Sénart, Brunoy, Draveil, Montgeron.

Zone 11 : Milly-la-Forêt, La Ferté-Alais, Boutigny-sur-Essonne, Soisy-sur-Ecole.

Zone 12 : Les Molières, Briis-sous-Forge.

Zone 13 : Etampes, Etrechy.

Zone 14 : Dourdan.

Annexe 6 : Lettre adressée par la FAME 91 à Madame la ministre de la Santé le 13 novembre 2015

« Madame la ministre

Depuis plus de dix ans, la FAME est le relais qui a organisé une Permanence de Soins Ambulatoire de qualité sur la base du volontariat des médecins généralistes du département et en collaboration avec l'ARS, la CPAM et le Conseil de l'Ordre.

Sur le terrain, la FAME est en relation étroite avec SOS Médecins, effecteur visite, et le Centre 15, régulateur efficace. Cette organisation lui a permis de répondre à la demande d'urgences non programmées de toute l'Essonne, soit plus de 91 000 consultations à ce jour. L'activité de la FAME augmente chaque année avec plus de 12 % en 2014.

Cependant, la progression de la désertification médicale et le projet de loi de modernisation de notre système de santé risquent d'entraîner l'arrêt de cette organisation. En effet, les derniers médecins volontaires sont découragés par les exigences administratives de l'ARS et le mépris que beaucoup ressentent avec la mise en place de cette loi de santé :

- des médecins bénévoles investis depuis de nombreuses années vont s'arrêter ;
- des maisons médicales vont fermer ;

Nous nous permettons de vous alerter sur cette mise en danger imminente que beaucoup de nos responsables locaux et nationaux ne semblent pas mesurer dans un département déjà très sinistré médicalement. Madame la Ministre, en détruisant la médecine libérale, vous détruisez les structures totales en démobilisant ceux qui depuis dix ans œuvrent pour maintenir et souvent améliorer une offre de soins de proximité basée sur l'engagement volontaire des professionnels de santé libéraux.

Dr Éric Lefort, président de la FAME, médecin généraliste à Gif-sur-Yvette (Essonne) »

Permanence des soins ambulatoires en Essonne : attitude de la population face à un problème de santé urgent et sa connaissance du système de permanence des soins

Objectifs : La fréquentation des urgences hospitalières est en constante hausse et l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) peu connue des Français. L'objectif était d'évaluer, hors circuit médical, l'attitude des Essonnais face à un problème de santé urgent non vital survenant pendant la PDSA, ses facteurs explicatifs et leurs connaissances de la PDSA notamment après une campagne d'information réalisée début 2015 par l'Agence Régionale de Santé.

Méthode : Etude observationnelle quantitative descriptive par questionnaire portant sur des Essonnais âgés de plus de 18 ans interrogés dans des lieux publics.

Résultats : 387 questionnaires ont été recueillis de juillet à octobre 2015. Devant un problème de santé hypothétique, l'attitude était adaptée dans 46 % et 43 % des cas le week-end et la nuit. Elle était significativement associée à âge plus élevé ($p=0.004$), un recours antérieur à SOS médecins ($p=0.001$), une connaissance des Maisons Médicales de Garde (MMG) ($p=0.002$). Une attitude inadaptée associée au fait d'être un homme ($p=0.02$) ou un sujet sans études supérieures ($p=0.03$). 141 sujets ont présenté un problème de santé urgent réel dans la dernière année pendant la PDSA. Les services d'urgences en accès direct étaient les premiers sollicités (37%), ensuite le SAMU (20%), SOS Médecins (19%), les pompiers (9%) et les MMG (6%). La prise en charge finale s'est déroulée majoritairement aux urgences (64%), puis au domicile (18%) et en MMG (18%).

Conclusion : Le recours direct aux urgences sans régulation téléphonique préalable reste trop important. L'information du public doit être optimisée en insistant sur l'importance de la régulation.

MOTS-CLES : Permanence des soins ambulatoires – Connaissances des usagers – Essonne

After-hours care in Essonne : attitude of the population to an urgent health problem and its knowledge of the after-hours care system

Introduction : The incidence of hospital emergencies increases. After-hours care (AHC) organization is little known to the French. The objective was to assess the Essonnians' attitude to an urgent non-vital health problem during the after-hours care and their knowledge of the AHC organization especially after an information campaign carried out at the beginning of 2015 by the Health Regional Agency.

Method : Observational quantitative descriptive study by questionnaire on Essonnians aged over 18 interviewed in public places.

Results : 387 questionnaires were collected from July to October 2015. Faced with a hypothetical health problem, attitude was adapted in 46 % and 43 % of cases at week-ends and at night. It was significantly associated with higher age ($p=0.004$), previous use of SOS Médecins ($p=0.001$), knowledge of Medical Care Homes (MCH) ($p=0.02$). An inadequate attitude associated with being a man ($p=0.02$) or a subject without higher education ($p=0.03$). 141 subjects presented an urgent real health problem in the last year during the AHC. Emergency services in direct access were the first (37%), followed by Emergency medical assistance (SAMU) (20%), SOS Médecins (19%), firefighters (9%) and MCH (6%).

Conclusion : Direct recourse to emergency services without prior telephone regulation remains too important. Public information must be optimized by emphasizing the importance of regulation.

KEYWORDS : After-hours care – Patient Knowledge – Essonne

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06