



**HAL**  
open science

# Analyse des connaissances de la population du territoire régulé par le Samu 64A, concernant le système de Permanence des Soins et description des comportements en horaire de Permanence des Soins

Hélène Masurel

► **To cite this version:**

Hélène Masurel. Analyse des connaissances de la population du territoire régulé par le Samu 64A, concernant le système de Permanence des Soins et description des comportements en horaire de Permanence des Soins. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02484765

**HAL Id: dumas-02484765**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02484765>**

Submitted on 19 Feb 2020

**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.

**THESE POUR L'OBTENTION DU  
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 15 Novembre 2019

Par MASUREL Hélène

Née le 26/09/1989 à Tassin-La-Demi-Lune (69)

**Analyse des connaissances de la population du territoire régulé par  
le Samu 64A, concernant le système de Permanence des Soins et  
description des comportements en horaire de Permanence des  
Soins.**

Sous la direction de Monsieur le Docteur Jean-Benoît PECASTAING

Président du jury :

Monsieur le Professeur Bernard GAY

Rapporteur :

Monsieur le Professeur William DURIEUX

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Monsieur le Docteur Tarak MOKNI

## Remerciements

---

A Monsieur le Professeur Bernard Gay, Professeur émérite du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux, président du jury.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'accepter la présidence de ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur William Durieux, Professeur associé au Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux, rapporteur de thèse.

Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer mon travail. Recevez ici l'expression de ma reconnaissance

A Monsieur le Professeur Philippe Castera, Professeur associé au Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux, membre du jury.

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Tarak Mokni, Praticien Hospitalier, urgentiste au Centre Hospitalier de la Côte Basque, Responsable de la structure SAMU SMUR 64A, membre du jury.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance

A Monsieur le Docteur Jean-Benoît Pecastaing, médecin généraliste, directeur de thèse.

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, merci pour tes conseils, ta disponibilité et ta bienveillance dans la réalisation de ce travail.

A M. Liet, Mme Brunel, Mme Merceron, Mme De Longueval, Mme Tarride et M. Maimbourg, pharmaciens du territoire « Navarre – Côte basque », merci de m'avoir donné accès à vos pharmacies le temps du recueil de données.

## Liste des abréviations

---

AMU	Aide Médicale Urgente
ARM	Auxiliaire de Régulation Médicale
ARS	Agence Régionale de Santé
ASSUM 64	Association des Services d'Urgence Médicale
BAB	Agglomération Bayonne Anglet Biarritz
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
CHCB	Centre Hospitalier de la Côte Basque
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CODAMUPS	Comité National de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
Loi HPST	Loi Hôpital Patient Santé Territoire
MGG	Médecin Généraliste de Garde
PARM	Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
PDS	Permanence Des Soins
PDSA	Permanence Des Soins en Ambulatoire
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

## Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>2</b>
<b>Liste des abréviations</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>8</b>
<b>PARTIE I : CONTEXTE</b> .....	<b>10</b>
<b>I. Définition</b> .....	<b>10</b>
<b>II. Historique de la PDS en France</b> .....	<b>10</b>
1. Avant 2003 .....	10
2. Évolution de 2003 à ce jour.....	11
<b>III. Principes généraux et organisation sur le plan national</b> .....	<b>12</b>
1. Participation sur la base du volontariat .....	12
2. Régulation .....	13
3. Sectorisation.....	14
<b>IV. Particularités de l'organisation de la PDS en Nouvelle-Aquitaine</b> .....	<b>14</b>
1. Concernant la régulation.....	14
2. Concernant l'accès à la PDS.....	15
3. Concernant l'effectif.....	15
4. Concernant la sectorisation.....	15
5. Concernant la rémunération .....	15
6. Concernant les horaires .....	16
<b>V. Particularités de l'organisation de la PDS en Pyrénées-Atlantiques, territoire Navarre-Côte Basque, 64A</b> .....	<b>16</b>
1. Démographie et géographie du département .....	16
2. Démographie médicale du département .....	16
3. Offre de soins hospitalière .....	16
4. Organisation du système actuel .....	17
<b>VI. Justification de l'étude</b> .....	<b>19</b>
<b>VII. Objectif de l'étude</b> .....	<b>20</b>
1. Objectif principal .....	20
2. Objectifs secondaires .....	20
<b>PARTIE II : MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>21</b>
<b>I. Type d'étude</b> .....	<b>21</b>

<b>II. Population .....</b>	<b>21</b>
<b>III. Élaboration du questionnaire .....</b>	<b>22</b>
<b>IV. Le questionnaire .....</b>	<b>22</b>
<b>V. Recueil des données .....</b>	<b>23</b>
<b>VI. Analyse des données .....</b>	<b>24</b>
<b>VII. Protection des données personnelles et confidentialité.....</b>	<b>24</b>
<b><i>PARTIE III : RESULTATS .....</i></b>	<b><i>25</i></b>
<b>I. Caractéristiques démographiques de la population de l'étude.....</b>	<b>25</b>
<b>II. Comportement en situation et intention de comportement en période de PDS .....</b>	<b>26</b>
1. Comportement en situation de recours à la PDS .....	26
2. L'intention de comportement en PDS.....	30
<b>III. Comportement en situation et intention de comportement le samedi matin.....</b>	<b>33</b>
1. Comportement en situation le samedi matin .....	33
2. L'intention de comportement le samedi matin .....	33
<b>IV. Connaissance du système de PDS .....</b>	<b>36</b>
1. Définition.....	36
2. Rôle du SAMU-Centre 15 .....	37
3. Connaissance du moyen d'accès au médecin généraliste de garde (MGG).....	38
4. Demande d'information par le public .....	41
<b><i>PARTIE IV : DISCUSSION .....</i></b>	<b><i>42</i></b>
<b>I. Réponse à la problématique .....</b>	<b>42</b>
<b>II. Points forts et limites méthodologiques .....</b>	<b>42</b>
1. Points forts méthodologiques .....	42
a) Fiabilité du protocole.....	42
b) Validité des résultats .....	42
2. Limites méthodologiques .....	43
<b>III. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature.....</b>	<b>43</b>
1. La population de l'étude .....	44
2. Les comportements en situation meilleurs que les intentions de comportement et que la connaissance de la PDS.....	45
a) Un comportement en situation majoritairement adapté.....	45
b) Des intentions de comportement majoritairement non recommandées .....	48

c)	Un niveau général de connaissance et de compréhension insuffisant de la PDS.....	49
3.	Le territoire impacte les comportements en période de PDS.....	52
a)	Zone avec un taux élevé de recours à la régulation médicale.....	53
b)	Zone avec un taux moyen de recours à la régulation médicale.....	53
c)	Zone avec un taux faible de recours à la régulation médicale.....	53
d)	Certaines différences restent difficiles à expliquer.....	54
4.	La facilité d'usage comme principal facteur décisionnel.....	54
a)	Les urgences, un service connu de tous.....	54
b)	La régulation faciliterait le parcours de l'utilisateur du système de soins si elle était mieux connue.....	55
5.	Multiplicité des canaux à travers lesquels les personnes s'attendent à trouver l'information.....	56
a)	L'importance des répondants des médecins traitants.....	56
b)	Le problème de la disponibilité de la bonne information sur Internet.....	56
c)	La nécessité de réduire le mésusage des autres numéros d'urgence.....	57
d)	La persistance d'une information dépassée : l'information dans le journal.....	57
e)	L'affichage en pharmacie, un recours plus marginal.....	57
f)	Remarque méthodologique.....	57
6.	Différences entre le samedi matin et les périodes de PDSA.....	58
<b>PARTIE V : PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS .....</b>		<b>60</b>
<b>I. Perspectives et applications concrètes.....</b>		<b>60</b>
1.	Le rôle indispensable de la régulation téléphonique.....	60
a)	Simplification de l'accès avec mise en place d'un numéro unique et commun à l'AMU et la PDS60.....	60
b)	Systématiser le passage par la régulation.....	62
c)	Simplification des horaires avec intégration du samedi matin dans la PDSA.....	64
d)	Continuité de la régulation médicale par les généralistes.....	65
2.	Une campagne de communication de grande ampleur.....	65
a)	Les canaux de diffusion : .....	65
b)	Le message : .....	66
3.	Formation et recrutement des professionnels de santé pour le bon fonctionnement de la régulation médicale.....	67
<b>II. Ouverture sur d'autres pistes de recherches.....</b>		<b>68</b>
<b>CONCLUSION.....</b>		<b>69</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>		<b>71</b>
<b>Liste des tableaux.....</b>		<b>76</b>
<b>Liste des figures.....</b>		<b>76</b>
<b>Annexes.....</b>		<b>78</b>

<b><i>Serment médical</i></b> .....	<b>85</b>
<b><i>Résumé</i></b> .....	<b>86</b>

## INTRODUCTION

---

La permanence des soins (PDS) est une mission de service public visant à assurer les demandes de soins non programmés, notamment lors de la fermeture des cabinets médicaux. Elle concerne potentiellement tous les citoyens à un moment donné. A la différence de l'Aide Médicale Urgente (AMU), elle concerne des besoins de soins ne mettant pas en jeu le pronostic vital.

Jusqu'en 2003, le système de PDS était fondé sur l'article 77 du code de déontologie médicale (1) qui obligeait les médecins libéraux à assurer la continuité des soins, de jour comme de nuit. Suite à la grève des gardes des médecins généralistes durant l'hiver 2001-2002, une réorganisation du système de PDS a été lancée. Cette réorganisation repose sur trois points : la participation des médecins généralistes libéraux sur la base du volontariat ; la sectorisation du territoire ; le principe de régulation médicale.

Depuis la mise en place de ce système, plusieurs rapports (2) (3) ont noté une confusion dans la population quant à l'organisation du système de PDS, et ont souligné la nécessité de mieux l'informer. Malgré son existence depuis plus de 15 ans, le fonctionnement de la PDS semble peu connu de la population. Ainsi, le cahier des charges régional de Nouvelle-Aquitaine de la PDS de 2018 (4) se donne comme objectif d'améliorer la lisibilité du dispositif pour le grand public afin de garantir le bon usage de la PDS et éviter le recours inapproprié aux structures d'urgence.

Depuis 2 ans, j'effectue des remplacements en médecine générale, dans le Pays Basque et le sud des Landes, principalement dans des zones rurales. A plusieurs reprises, dans l'exercice de ma pratique, j'ai été confrontée à des situations, où la méconnaissance de la PDS par les patients s'est manifestée de façon concrète. Deux situations, toutes les deux récurrentes, ont été particulièrement marquantes. La première s'est présentée lors de garde de médecine générale où le nombre d'actes réalisés était faible. Par exemple, lors de mon tout premier remplacement, du 31/10/17 à 20h au 02/11/17 à 8h, dans le secteur de Saint-Etienne-de-Baïgorry, je n'ai eu aucune demande de consultation. La seconde situation, s'est présentée lors de remplacements effectués en médecine générale en libéral. Donnant la consigne à un patient d'appeler le médecin de garde au cas où sa pathologie s'aggraverait au cours du week-end, à plusieurs reprises, j'ai observé la perplexité du patient, ce dernier ne sachant pas comment joindre le médecin de garde. Ces expériences m'ont interrogée sur la connaissance que le public a de la PDS.

Dans ce contexte où le système en place semble mal connu et où l'ARS souhaite en favoriser la communication, il nous a paru intéressant d'étudier la connaissance que les habitants de la zone régulée par le SAMU 64A de Bayonne ont de l'offre de permanence des soins. L'objectif de cette thèse est de répondre à la question suivante : quelle connaissance a le public de l'organisation de la permanence des soins ? En répondant à cette question, nous souhaitons pouvoir formuler des recommandations concrètes pour améliorer l'utilisation par la population de la PDS.

Dans la première partie, nous allons définir ce qu'est la PDS, son histoire, son cadre juridique ainsi que son contexte actuel dans la zone géographique de l'étude. Dans la deuxième partie, nous présenterons la méthode de collecte des données. Dans la troisième partie, nous détaillerons les résultats de notre étude. La quatrième partie sera consacrée à l'analyse et la discussion des résultats à la lumière de la littérature. Enfin, la cinquième et dernière partie présentera les applications concrètes et les propositions qui découlent de notre étude.

# PARTIE I : CONTEXTE

---

## I. Définition

La permanence des soins en ambulatoire (PDSA) est une mission de service public. Elle vise à répondre aux besoins de soins non programmés, aux horaires de fermeture des cabinets médicaux, selon la définition de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine (5).

La permanence des soins (PDS) englobe le système en place qui vise à assurer cette mission avec la régulation médicale et l'effectif en ambulatoire (la PDSA).

C'est l'ARS de chaque région qui est chargée de son organisation, avec la rédaction d'un cahier des charges qui définit son mode de fonctionnement.

## II. Historique de la PDS en France

### 1. Avant 2003

Jusqu'en 2003, les médecins généralistes libéraux s'organisaient sans cadre juridique précis, pour assurer la continuité des soins lors de la fermeture des cabinets, selon l'obligation donnée par l'article 77 du code de déontologie : « Dans le cadre de la permanence des soins c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de gardes de jour et de nuit ». Le Conseil Départemental de l'Ordre de Médecins (CDOM) pouvait néanmoins accorder des exemptions, compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé, et éventuellement de ses conditions d'exercice (1). La rémunération des gardes se faisait à l'acte uniquement. Certains médecins restaient joignables 24h/24 et 7j/7, d'autres médecins se regroupaient en secteur. Cette organisation était donc très hétérogène sur le territoire.

A l'automne 2001, ce système est arrivé à épuisement devant l'accumulation de plusieurs phénomènes :

- La demande de soins et les dépenses de soins étaient en constante augmentation (6),
- La fréquentation des urgences hospitalières avait doublé entre 1990 et 2001, (7)
- Malgré une augmentation du nombre de médecins inscrits à l'Ordre depuis 1979, le vieillissement de la profession témoignait d'un recrutement insuffisant de jeunes médecins, (8)

- Les nouvelles générations de médecins généralistes aspiraient à une meilleure qualité de vie avec un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, notamment par le phénomène de féminisation du corps médical.

Les gardes apparaissaient comme une contrainte trop importante en termes de disponibilité, pour une rémunération insuffisante.

Une grève des gardes a débuté fin 2001. Les médecins revendiquaient une augmentation des honoraires, ainsi de la mise en place d'un système organisé de permanence des soins libérale. La grève a pris fin en mai 2002 avec la mise en place de ces mesures.

## 2. Évolution de 2003 à ce jour

A la suite de la grève des gardes, le cadre législatif et l'organisation générale des gardes de médecine générale ont changé. Voici les principales étapes qui ont amené à l'organisation actuelle de la PDS.

En 2003, le rapport du sénateur Charles Descours (2) énonce les 3 grands principes de la PDS : le volontariat, la régulation et la sectorisation. Ce rapport sera suivi de plusieurs décrets en 2003 (9) et 2005 (10) qui fixent les modalités de l'organisation :

- Heures couvertes par la permanence des soins
- Division des départements en secteurs
- Accès au médecin de garde via la régulation médicale avec création d'une régulation médicale libérale assurée par des médecins généralistes.
- Organisation des tableaux de garde
- Autorisation des associations de PDSA (type SOS Médecins) à participer au système
- Principe d'une évaluation annuelle

En 2008 avec le rapport Ritter (11) et en 2009 avec la loi HPST (12) (une loi portant la réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires), les Agences Régionales de Santé (ARS) sont créées. Elles ont pour objectif d'organiser une offre de soins graduée, de qualité, accessible à tous, satisfaisante pour l'ensemble des besoins de santé, notamment la rédaction pour chaque région d'un cahier des charges régissant l'organisation de la PDS.

En 2010, Le CODAMUPS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires) est créé par l'article R6313-1 à 4 (12). Ce comité a pour

mission de veiller à la qualité de la distribution de l'AMU, à l'organisation de la PDS et son ajustement aux besoins de la population.

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé (13) est promulguée par le gouvernement. Elle signe la mise en place d'un numéro d'appel unique national « facilement mémorisable, pour entrer en contact avec le médecin de garde, en complément du numéro d'accès à l'aide médicale urgente (numéro 15) ». La loi prévoit que ce soit les directeurs des ARS de chaque région qui décident s'ils conservent le numéro 15 ou le numéro spécifique départemental, ou s'ils choisissent la mise en place du 116-117 comme numéro d'accès à la PDS.

Selon l'enquête annuelle de l'Ordre des Médecins sur la PDSA au 31 décembre 2017 éditée en 2018 (3), 54 départements utilisent le numéro 15 comme centre d'appel unique, 34 départements ont un numéro spécifique à 4 ou 10 chiffres pour accéder à la PDS, et 12 départements utilisent le numéro 116-117 (régions pilotes). Pour le moment aucune étude n'a été réalisée pour évaluer la pertinence de la mise en place de ce numéro sur le plan national. L'enquête nationale du CNOM sur la PDSA au 31 décembre 2018, éditée en 2019 (14), révèle qu'au sein des 3 régions pilotes (Normandie, Corse et Pays-de-la-Loire) les retours sur l'utilisation du 116-117 sont globalement positifs mais le numéro reste peu connu par la population et donc encore trop peu utilisé. Dans cette enquête les autres régions ont été interrogées sur leur avis concernant la mise en place de ce numéro. 48% se prononcent défavorablement. Cette enquête révèle de plus que « bien que plusieurs cahiers des charges mentionnent la communication comme un axe prioritaire à investir, seuls 11 départements ont effectivement mis en place de telles actions en 2018.

### **III. Principes généraux et organisation sur le plan national**

Actuellement, la PDS s'articule autour de deux médecins : le régulateur qui reçoit et traite les appels de demande de soins et l'effecteur qui, selon l'avis du régulateur, est sollicité pour voir le patient en consultation ou en visite.

#### **1. Participation sur la base du volontariat**

La participation des médecins à la garde se fait sur la base du volontariat, tant pour le rôle de régulateur que pour l'effecteur, selon le décret du 15 septembre 2003 (9). La charge de la complétude du tableau de garde revient au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM). En cas d'incomplétude, et après avis du CDOM, le Préfet du Département peut procéder à la réquisition d'un médecin pour assurer la continuité des soins. La garde peut être assurée par tout médecin généraliste libéral, par des médecins de centre de santé, ou par toute autre catégorie de médecin ayant conservé une pratique clinique et dont la capacité est attestée par le CDOM.

## 2. Régulation

C'est le pivot de l'organisation de la PDS et le point d'entrée du patient dans le dispositif.

Lorsqu'un patient appelle le 15, l'appel est d'abord reçu par un Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) qui note les informations non médicales (coordonnées, ...) ainsi que le motif d'appel. Ensuite il transmet l'appel au médecin régulateur urgentiste ou généraliste en fonction de la demande exprimée.

Le médecin généraliste régulateur reçoit et traite les appels de PDS reçus par le centre 15 du secteur. Le régulateur peut, après interrogatoire du patient et selon son avis :

- Soit dispenser un conseil simple,
- Soit réaliser une prescription téléphonique (pharmacie familiale ou ordonnance faxée à la pharmacie de garde),
- Soit adresser le patient au médecin généraliste de garde selon le secteur du patient,
- Soit envoyer un transport sanitaire en ambulance, les pompiers, ou une équipe du Service Médical d'Urgence et de Réanimation (SMUR), s'il le juge nécessaire.

La PDS doit assurer une réponse téléphonique tous les jours de 20h à 8h. A cela s'ajoutent les samedis de 12h à 20h, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h, et selon les cas, les ponts (soit les lundis précédant un jour férié, les vendredis et samedis suivant un jour férié) (15).

En 2018 comme en 2017, selon les rapports annuels du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), les  $\frac{3}{4}$  des CDOM se sont déclarés favorables à l'extension de la PDSA au samedi matin, face à la fermeture de plus en plus fréquente des cabinets les samedis matin.

Théoriquement, tous les actes en horaires de PDSA devraient être régulés. En réalité, selon l'enquête du CNOM sur la PDSA éditée en 2019 (14), 28% des actes réalisés en horaire de PDSA ne sont pas régulés. Ces chiffres sont très variables d'un département à l'autre, avec un maximum de 88% d'actes non régulés pour les Alpes-de-Haute-Provence, et un minimum de 2% pour la Loire Atlantique. On peut donc constater le manque d'harmonisation sur le territoire.

L'accès à la PDS doit être régulé selon les recommandations de l'HAS (16) mais il arrive que l'effectif soit assuré par une association de PDSA type SOS Médecins,. Dans ce cas-là, il n'y a pas de régulation, mais seulement un standard téléphonique qui note les rendez-vous.

La rémunération forfaitaire pour le médecin régulateur est variable selon les régions (14), allant de 75 €/h à 100 €/h pour la régulation médicale le soir, de 20h à minuit.

### 3. Sectorisation

La PDS est organisée selon un découpage géographique départemental pour la régulation, et par secteur réunissant plusieurs communes pour l'effectif. C'est le directeur de l'ARS qui définit les secteurs de régulation et d'effectif. La taille du secteur est définie pour avoir sur le département un équilibre selon la densité de population, les besoins observés, les distances à réaliser, la densité des médecins.

L'organisation des secteurs peut être modifiable selon des situations particulières, comme un afflux de population (zones touristiques). Les secteurs peuvent avoir un découpage différent selon le moment de PDSA. La tendance générale depuis plusieurs années est à la réduction du nombre de secteurs afin de réduire la fréquence des gardes pour les médecins effectifs.

Le rapport annuel du CNOM note l'existence de « zones blanches » où il n'y a pas d'effectif, surtout sur les créneaux de nuit profonde (00h à 8h).

## **IV. Particularités de l'organisation de la PDS en Nouvelle-Aquitaine**

Dans ce cadre national, la PDS en Nouvelle-Aquitaine présente des différences par rapport au cadre théorique, et elle est hétérogène sur son territoire. Ces informations sont données par le Cahier des Charges de la PDS de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine (4).

### 1. Concernant la régulation

La régulation présente une grande hétérogénéité sur le territoire. Ainsi, dans les zones où l'effectif de la PDSA est assurée par une association de type SOS Médecins, les patients peuvent accéder au service sans passer par la régulation médicale.

En outre, la régulation n'intervient pas aux mêmes horaires selon les territoires. Par exemple en Corrèze la régulation est assurée le samedi matin ainsi qu'en nuit profonde de 00h à 8h, contrairement à ce qui est pratiqué dans les Pyrénées-Atlantiques. Dans la Creuse, la régulation est assurée le samedi matin mais pas en nuit profonde. En Haute-Vienne la régulation débute à 19h et non à 20h en semaine. En Gironde, une régulation médicale libérale est en place 24h/24. Enfin dans les Landes, la régulation est assurée le samedi matin, elle peut débiter à 19h en semaine et elle s'arrête à 19h le dimanche, et à 00h les autres jours.

## 2. Concernant l'accès à la PDS

Le numéro d'accès n'est pas unifié. En effet dans les Landes un numéro spécifique est en place : 05 58 44 11 11 ainsi que dans la Creuse : 05 55 41 82 02. Dans les autres départements, c'est le numéro 15 qui permet l'accès à la PDS.

## 3. Concernant l'effectif

Selon les territoires, les horaires couverts par la PDSA ne sont pas les mêmes. Certains territoires n'ont plus d'effectif les soirs, alors que d'autres continuent à avoir une effectif y compris en nuit profonde.

Selon les territoires, l'effectif peut être assuré par :

- Un médecin généraliste de garde dans son cabinet,
- Une association type SOS médecins,
- Une maison médicale de garde.

Selon les départements, le type d'effectif priorisée est différente. Par exemple en Charente-Maritime, il y a un grand nombre de maisons médicales de garde alors qu'il n'y en a aucune en Pyrénées-Atlantiques

## 4. Concernant la sectorisation

Dans certains départements, le dispositif repose sur une double sectorisation (secteurs dédiés aux consultations, secteurs dédiés aux visites). C'est le cas par exemple en Corrèze, dans la Creuse et en Dordogne, mais pas dans les autres départements de Nouvelle-Aquitaine. Par ailleurs, le cahier des charges stipule qu'afin de garantir une effectif sur la plage horaire de 20h à 00h, les secteurs d'effectif peuvent être modulables avec une réduction du nombre de secteurs en deuxième partie de soirée, ou le maintien uniquement d'un effectif mobile en deuxième partie de soirée en cas de double sectorisation.

Certains territoires ont des sectorisations différentes selon les saisons avec un découpage plus fin en été pour prendre en compte l'afflux de touristes.

## 5. Concernant la rémunération

Avant 2018, la rémunération était différente selon les départements. Depuis fin 2018 et la fusion des régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes, la rémunération a été alignée par le haut (4). Cette rémunération diffère de celle pratiquée dans d'autres départements en France (14).

Pour la régulation :

- Plage horaire hors PDSA (période diurne, 19-20h, samedi de 8h à 12h) : 70 euros/heure,
- Plage horaire de PDSA hors nuit profonde : 92 euros/heure,
- Plage horaire en nuit profonde (de 00h à 06h) : 115 euros/heure.

## 6. Concernant les horaires

Pour la régulation la notion de « nuit profonde » désigne la plage de 00h à 6h alors que pour l'effectif, il s'agit de la plage de 00h à 8h.

# V. Particularités de l'organisation de la PDS en Pyrénées-Atlantiques, territoire Navarre-Côte Basque, 64A

## 1. Démographie et géographie du département

Le département des Pyrénées-Atlantiques présente une superficie de 7645 km<sup>2</sup> pour une population de 673 986 habitants en 2016.

Selon l'INSEE, au 1<sup>er</sup> janvier 2014, la population de l'arrondissement de Bayonne (qui correspond au territoire de régulation médicale) était de 296 078 habitants, répartis sur 123 communes (17).

La densité de population moyenne est de 87,6 habitants/km<sup>2</sup> ce qui est inférieur à la moyenne nationale (103 habitants/km<sup>2</sup>)

## 2. Démographie médicale du département

Selon l'ARS, en 2017 (18) et la DREES, en 2018 (19)

Tableau 1 : Démographie médicale en Pyrénées-Atlantiques et en France

	Pyrénées-Atlantiques	France
Nb de médecins	2 604 (dont 44% de femmes)	226 219 (dont 45,8% de femmes)
Nb de MG	1 273 (dont 45,3% de femmes)	102 466 (dont 46,5% de femmes)
Densité médecins	188,5 / 100 000 habitants	154 /100 000 habitants
Age moyen	50,0 ans	51,4 ans

## 3. Offre de soins hospitalière

Les différentes structures d'urgences ouvertes 24h/24 dans le territoire sont :

- Centre Hospitalier de la Côte basque (CHCB) – Bayonne (SAMU, SMUR, Service d'urgences),
- Clinique Belharra – Bayonne (service d'urgences),
- Clinique Aguilera – Biarritz (service d'urgences),
- Polyclinique Côte Basque Sud – Saint Jean de Luz (service d'urgences),
- Centre Hospitalier de Saint-Palais – Saint-Palais (service d'urgences).

#### 4. Organisation du système actuel

La régulation médicale libérale à Bayonne est en place :

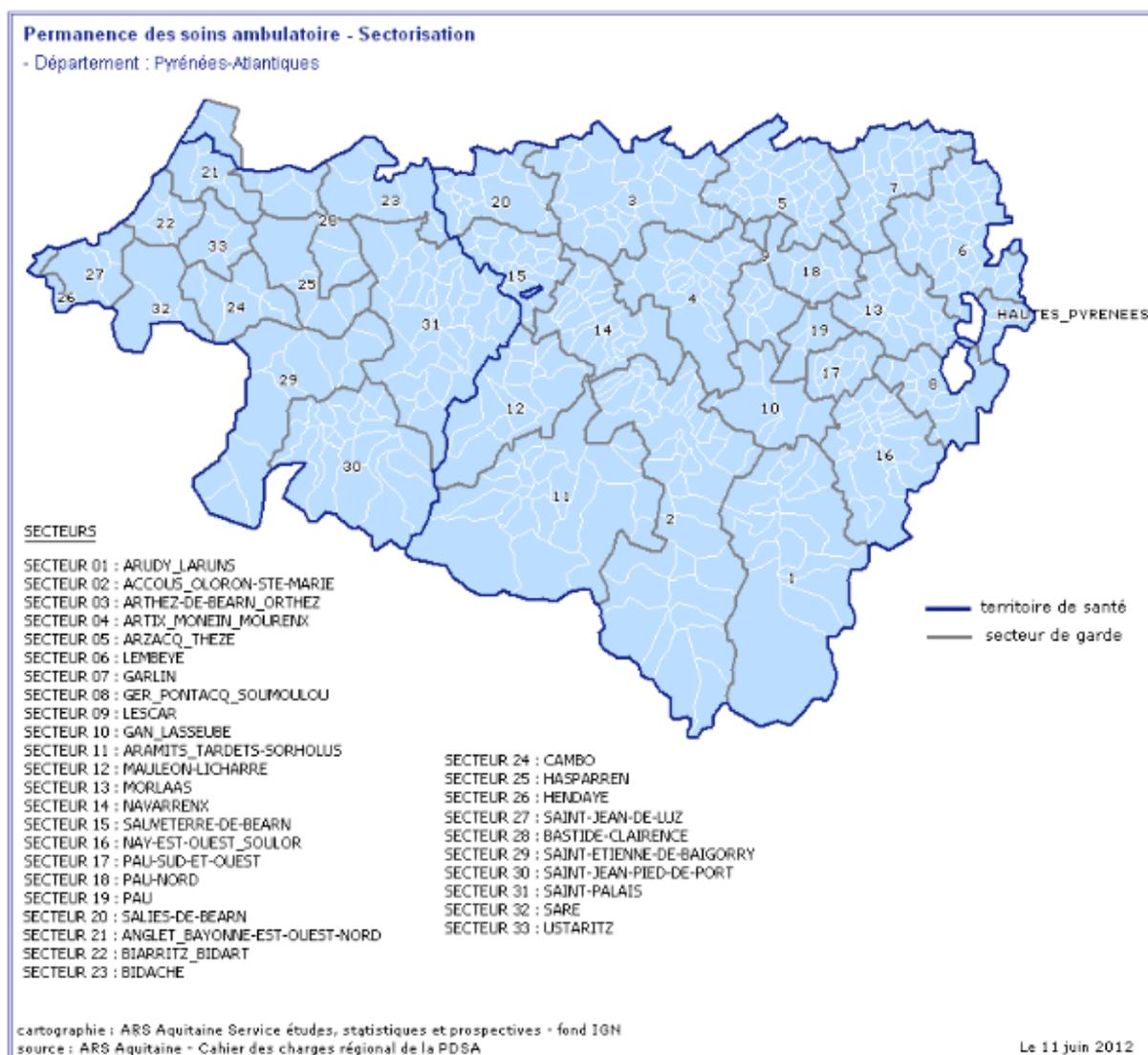
- Du lundi au vendredi de 20h à 00h,
- Le samedi de 12h à 00h (sauf pendant les fêtes de Bayonne où un régulateur est présent également de 00h à 8h),
- Le dimanche et jours fériés de 8h à 00h.

33 médecins généralistes libéraux participent à la régulation.

A noter que l'extension de la régulation est possible au samedi matin et le soir de 19 à 20h mais ces créneaux ne sont pas pourvus par manque de disponibilité des médecins régulateurs qui assurent des consultations à leur cabinet à ces horaires là et par manque d'attractivité. En effet, ces créneaux sont moins rémunérateurs que ceux de PDS.

Une association regroupe les médecins libéraux régulateur, L'ASSUM 64 – Côte Basque (Association des Services d'Urgences Médicales). Créée en 2008, cette association a pour but de promouvoir et coordonner les différents services appelés à participer à la PDS.

Figure 1 : Carte de la sectorisation de la PDSA - Département des Pyrénées-Atlantiques



Le territoire est divisé en 13 secteurs d'effecton médicale (tableau 2) :

Tableau 2 : Communes de la sectorisation de la PDSA - Département des Pyrénées-Atlantiques

Nom et numéro du secteur	Communes
Anglet-Bayonne 64021	Anglet, Bayonne, Mouguerre, Saint-Pierre-d'Irube, Tarnos (Landes), Ondres (Landes) et Boucau (Landes)
Biarritz-Bidart 64022	Ahetze, Arbonne, Arcangues, Bassussary, Biarritz, Bidart et Guéthary
Bidache 64023	Arancou, Bardos, Bergouey-Viellenave, Bidache, Came, Guiche et Sames.
Cambo-les-Bains 64024	Cambo, Espelette, Ixassou, Louhossoa, Macaye, et Souraïde
Hasparren 64025	Bonioc, Hasparren, Hélette, Mendione, Saint-Esteben et Saint-Martin-d'Arberoue
Hendaye 64026	Biriatou et Hendaye
Saint-Jean-de-Luz 64027	Ascain, Ciboure, Saint-Jean-de-Luz et Urrugne
La Bastide-Clairence 64028	Ayherre, Briscous, Isturits, La Bastide-Clairence, Lahonce, Urcuit et Urt
Saint-Etienne-de-Baïgorry 64029	Aldudes, Armentarits, Banca, Bidarray, Iholdy, Irissarry, Ossès, Saint-Etienne-de-Baïgorry, Saint-Martin-d'Arrossa, Suhescun et Urepel
Saint-Jean-Pied-de-Ports 64030	Ahxe-Alciette-Bascassan, Aincille, Ainhice-Mongelos, Anhaux, Arnéguy, Bussunarits-Sarrasquette, Bustince-Iriberry, Caro, Estérençuby, Gamarthe, Hosta, Irrouléguy, Ispoure, Jaxu, Lacarre, Lasse, Lecumberry, Mendive, Saint-Jean-le-vieux, Saint-Jean-Pied-de-Port et Saint-Michel
Saint Palais 64031	Aïcirtis-Camou-Suhast, Amendeux-Oneix, Amorots-Succos, Arbérats-Sillègue, Arbouet-Sussaute, Arhansus, Aroue-Ithorots-Olhaïby, Arraute-Charritte, Béguios, Béhasque-Lapiste, Beyrie-sur-Joyeuse, Bunus, Domezain-Berraute, Etcharry, Gabat, Garris, Ibarrolle, Iharre, Juxue, Labets-Biscay, Lantabat, Larceveau-Arros-Cibits, Larribar-Sorhapuru, Lohitzun-Oyhercq, Luxe-Sumberraute, Masparraute, Méharin, Orègue, Orsanco, Osserain-Rivaryte, Ostabat-Asme, Pagolle, Saint-Juste-Ibarre, Saint-Palais et Uhart-Mixe
Sare 64032	Ainhoa, Saint-Pée-sur-Nivelle et Sare
Ustaritz 64033	Halsou, Jatxou, Larressore, Ustaritz et Villefranque

Dans les zones 64021, 64022, 64027 et 64032 l'effecton est organisée par l'association SOS Médecins avec un à deux effecteurs selon les périodes de la journée. L'effecton est assurée 24h/24.

Dans les autres zones, il s'agit d'un effecteur libéral tous les jours de 20h à 00h, et les samedis de 12h à 20h, les dimanches, jours fériés et jours de pont de 08h à 20h. Dans les zones 64029 et 64030 l'effectif se poursuit en plus en nuit profonde tous les jours.

L'organisation de l'effectif et de la régulation est intensifiée en période estivale et particulièrement pendant la semaine des fêtes de Bayonne.

## **VI. Justification de l'étude**

La présentation du contexte a mis en évidence l'enjeu que constituent la bonne connaissance et compréhension de la PDS par le public. En effet, elles sont indispensables au bon fonctionnement du système de soins. Une bonne connaissance est un préalable à une bonne utilisation du système par ses destinataires, grâce à laquelle les médecins libéraux pourront assurer correctement leur mission de service public, les services d'urgence pourront être désengorgés pour se concentrer sur leur raison d'être, et la population bénéficiera d'un meilleur accès aux soins.

Le système actuel présente l'avantage d'être adaptable à la variété des contextes qui existent sur le territoire. Cette adaptabilité est malheureusement source de complexité, ce qui limite la lisibilité de la PDS pour ses destinataires. Ce manque de lisibilité est renforcé par les nombreuses évolutions qui ont été apportées au système depuis 2003, d'une part, ainsi que par l'évolution des modes d'accès, qui diffère d'un territoire à l'autre, tant sur le plan national que sur le plan local, d'autre part.

La problématique de notre thèse est donc : quelle connaissance a le public de l'organisation de la Permanence Des Soins ? A travers cette étude, nous allons chercher à savoir quelles sont les connaissances du public à propos de l'existence de cette branche du système de soins, ainsi que leur compréhension des modes d'accès à la PDS. Nous allons aborder cette problématique à la fois sous l'angle des comportements en situations vécues, des intentions de comportement en situation hypothétique, et sous l'angle des connaissances. Nous étudierons les liens entre les trois. Nous étudierons également l'impact des différents territoires et de leur organisation de la PDS sur les connaissances et l'usage fait du système de PDS.

Cette étude a pour but de formuler des propositions concernant l'organisation de la PDS, de ses modes d'accès et de la communication de cette organisation auprès du public.

Le territoire régulé par le Samu 64A Bayonne constitue un terrain particulièrement propice pour notre étude. En effet, ce territoire regroupe des zones ayant des offres de soins différentes. Cela reflète l'hétérogénéité du système sur le plan national. Cet effet est renforcé dans cette région par le phénomène touristique. Deux populations cohabitent sur le territoire : une population locale stable, et une population de passage, dont la présence augmente la nécessité d'un système lisible

de tous. Enfin, l'ARS de Nouvelle-Aquitaine s'est fixé comme objectif de favoriser la communication autour de la PDS. Dans ce contexte, il est particulièrement intéressant de savoir quelles sont les connaissances actuelles de la population.

## VII. Objectif de l'étude

### 1. Objectif principal

L'objectif principal est de réaliser un état des lieux des connaissances de la population habitant dans la zone régulée par le SAMU de Bayonne à propos de la permanence des soins.

Nous avons deux hypothèses principales :

- Première hypothèse principale : la population n'est pas suffisamment informée à propos de la PDS et des moyens d'accès au médecin généraliste de garde de leur secteur.
- Deuxième hypothèse principale : l'information de la population varie selon l'offre de soins du territoire.

### 2. Objectifs secondaires

En outre, l'étude poursuit deux objectifs secondaires, avec trois hypothèses secondaires :

Évaluation du respect de la filière de soins par les personnes ayant été confrontées à un problème de santé et de leur intention de recours en cas de problème hypothétique en période de PDS.

- Première hypothèse secondaire : les filières de soins ne sont pas suffisamment respectées en période de PDS.
- Deuxième hypothèse secondaire : le respect des filières de soins varie selon l'offre de soins du territoire.

Évaluation du respect de la filière de soins par les personnes ayant été confrontées à un problème de santé et de leur intention de recours en cas de problème hypothétique le samedi matin.

- Troisième hypothèse secondaire : les filières de soins ne sont pas suffisamment respectées le samedi matin.

## PARTIE II : MATERIEL ET METHODE

---

### I. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative, observationnelle, descriptive, transversale.

### II. Population

La population cible de l'étude était constituée de personnes résidents dans la zone géographique, dépendante de la régulation médicale du SAMU – Centre 15 64A, territoire « Navarre – Côte Basque ». La zone en pointillé sur la carte, présentée sur la figure 2, correspond à la zone des Landes qui est gérée par le SAMU de Bayonne pour la régulation mais l'organisation du système d'effecton revient à Mont-de-Marsan.

Figure 2 : Carte de la zone régulée par le Samu 64A



La population source était issue des clients de plusieurs pharmacies de la zone étudiée. Ce choix a été effectué afin de maximiser la diversité de l'échantillon. En effet la population de passage dans une pharmacie est a priori plus diverse que celle fréquentant un cabinet médical. En outre, pour faciliter la participation de la population au recueil des données, nous avons choisi de réaliser la collecte dans un milieu paramédical.

### III. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré afin de répondre à la question de recherche, après une revue de la littérature des précédents études relatives à l'évaluation des connaissances de la PDS en France.

Nous avons réalisé ce questionnaire en nous basant sur celui utilisé par Marie-Claude Merini pour son mémoire de DES : « Évaluation de la connaissance du système de Permanence Des Soins par la population de l'Ain » (20) . Nous avons ensuite complété et amélioré le questionnaire à la lumière de ceux d'autres thèses (21–24), ainsi que du questionnaire de l'enquête de la DREES de 2013 (25).

Le questionnaire pouvait être soit administré par un enquêteur, soit rempli de manière autonome par le sujet interrogé.

Pour assurer une bonne compréhension, le questionnaire a été testé auprès d'un échantillon de 7 personnes différentes, puis amendé. Ce questionnaire est disponible en annexe.

### IV. Le questionnaire

Le questionnaire comportait 3 parties :

- La première partie concernait la dernière expérience de demande de soins non programmés, en horaire de PDS. Les circonstances étaient recueillies ainsi que le comportement adopté face au problème de santé décrit. Une dernière question concernait la dernière expérience de demande de consultation un samedi matin (7 questions fermées et 1 question ouverte). Cette partie n'était pas obligatoire.
- La deuxième partie concernait les intentions de comportement en cas de demande de soins non programmée en horaire de PDS, et les connaissances déclarées du sujet à propos de l'accès au médecin de garde en période de PDS et le samedi matin (6 questions fermées et 3 questions ouvertes).
- La dernière partie concernait les caractéristiques personnelles du sujets interrogé (9 questions fermées).

## V. Recueil des données

Le recueil des données s'est déroulé du lundi 3 au vendredi 7 juin 2019 inclus. Les questionnaires ont été distribués ou administrés dans 5 pharmacies sélectionnées, afin de couvrir la diversité du territoire en termes d'offres de soins de PDSA, et de maximiser la diversité de l'échantillon.

- Lundi 3 juin : pharmacie Liet, à Saint Etienne de Baigorry : en milieu rural, dans le pays Basque intérieur, à distance des services d'urgences (50 min par des petites routes).
- Mardi 4 juin : pharmacie Brunel à Biarritz : en milieu urbain, sur la côte Basque, à proximité des services d'urgences, dans une zone couverte par SOS Médecins et des gardes de médecins généralistes libéraux.
- Mercredi 5 juin : pharmacie Merceron, à Capbreton : en milieu urbain, sur la côte landaise, à distance des services d'urgences (20 min par l'autoroute).
- Jeudi 6 juin : pharmacie BAB2, à Anglet : en milieu urbain, sur la côte Basque, à proximité des services d'urgences, dans une zone couverte par SOS Médecins.
- Vendredi 7 juin : pharmacie Basse-Navarre, à Saint-Palais : en milieu rural, dans le pays Basque intérieur, à proximité des services d'urgences.

L'accord oral des pharmaciens a été recueilli pour pouvoir passer le temps nécessaire, jusqu'à obtenir 40 questionnaires par zone.

La distribution des questionnaires s'est faite selon le protocole suivant : dès lors que j'avais fini de remplir un questionnaire, je proposais au prochain client pénétrant dans la pharmacie de participer à l'enquête. Le recueil s'est poursuivi jusqu'à atteindre le quota de 40 questionnaires par pharmacie. L'échantillon qui résulte de cette méthode de collecte est donc aléatoire.

88% des questionnaires ont été administrés, 12% ont été remplis directement par la personne interrogée.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être résident de la zone de recueil du jour
- Parler / comprendre le français.

Avant de débiter le questionnaire, une définition était donnée pour un problème de médecine générale en période dePDS : « un problème de santé qui vous a inquiété, comme une forte fièvre, des vomissements, une douleur au ventre, un vertige, ... un problème pour lequel vous auriez appelé votre médecin traitant si le cabinet avait été ouvert. »

## **VI. Analyse des données**

Les données ont été collectées dans un tableau avec le logiciel « Excel » afin de faire une analyse statistique descriptive simple, puis croisée.

Les sujets étaient interrogés sur leurs comportements en situation de demande de soins non programmés, leurs intentions de comportement face à une situation hypothétique, et leurs connaissances concernant la PDS. Les réponses ont ensuite été cotées comme attitude recommandée ou non recommandée selon l'offre de soins de leur zone de résidence.

## **VII. Protection des données personnelles et confidentialité**

Une note d'information concernant les données collectées au titre des articles 12 et 13 du Règlement européen sur la protection des données (ou RGPD) a été transmis avec le questionnaire, rappelant :

- Les coordonnées du responsable du traitement des données,
- La finalité du recueil,
- Le caractère facultatif des réponses,
- La durée de conservation des données n'excédant pas la durée de l'étude,
- L'interdiction d'utiliser les données à des fins commerciales, politiques ou promotionnelles.

## PARTIE III : RESULTATS

200 questionnaires ont été recueillis, 40 par zone d'étude.

### I. Caractéristiques démographiques de la population de l'étude

Le tableau 3 présente les résultats concernant les caractéristiques démographiques des personnes interrogées.

Tableau 3 : Caractéristiques démographiques de l'échantillon

Âge	Nb	%
Moins de 25 ans	18	9,00%
De 25 à 44 ans	53	26,50%
De 45 à 64 ans	66	33,00%
65 ans et plus	63	31,50%
<b>Total général</b>	<b>200</b>	<b>100,00%</b>

Sexe	Nb	%
Femme	132	66,00%
Homme	68	34,00%
<b>Total général</b>	<b>200</b>	<b>100,00%</b>

Situation familiale	Nb	%
Vit en couple	138	69,00%
Vit seul(e)	62	31,00%
<b>Total général</b>	<b>200</b>	<b>100,00%</b>

Avez-vous des enfant	Nb	%
Oui	150	75,00%
Non	50	25,00%
<b>Total général</b>	<b>200</b>	<b>100,00%</b>

Couverture sociale	Nb	%
Sécurité sociale + mutuelle	190	95,00%
CMU	7	3,50%
Sécurité sociale seule	2	1,00%
Assurance privée	1	0,50%
<b>Total général</b>	<b>200</b>	<b>100,00%</b>

Médecin traitant déclaré	Nb	%
Oui	196	98,00%
Non	4	2,00%
<b>Total général</b>	<b>200</b>	<b>100,00%</b>

Déménagement récent (dans les 5 dernières années)	Nb	%
Non	132	66,00%
Oui	68	34,00%
<b>Total général</b>	<b>200</b>	<b>100,00%</b>

Recours antérieur à la PDS par la régulation	Nb	%
Non	143	71,50%
Oui	57	28,50%
<b>Total général</b>	<b>200</b>	<b>100,00%</b>

La notion de recours antérieur à la PDS par la régulation était recherchée par la question : « avez-vous déjà appelé le SAMU-Centre 15 pour un problème de médecine générale lors de la fermeture du cabinet de leur médecin traitant » Nous n'avons pas fixé de limite de temps.

## II. Comportement en situation et intention de comportement en période de PDS

### 1. Comportement en situation de recours à la PDS

50% des sujets interrogés (soit 100 questionnaires) ont pu donner une réponse à cette partie.

Dans 55% des cas l'expérience racontée concernait la personne elle-même, 17% des cas un enfant, et 28% des cas un proche.

Les motifs de demande de consultation sont retranscrits dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4 : Motifs de demande de consultation

Motifs de demande de consultation	Nb	%
Petite traumatologie	19	19,00%
Infection broncho-pulmonaire / ORL	18	18,00%
Vomissement / Douleur abdominale	16	16,00%
Douleur	12	12,00%
Fièvre	10	10,00%
Urticaire / infection cutanée	5	5,00%
Infection urinaire	5	5,00%
Vertiges	4	4,00%
Crise d'angoisse	2	2,00%
Hypertension artérielle	2	2,00%
Autre	7	7,00%
<b>Total général</b>	<b>100</b>	<b>100,00%</b>

3 motifs concentrent 50% des motifs de recours à la permanence des soins : la petite traumatologie, les infections broncho-pulmonaire/ORL et les vomissements/douleurs abdominales.

Le tableau 5 présente le 1<sup>er</sup> appel passé face au problème de santé décrit, puis la suite donnée à la prise en charge. Il se lit de la façon suivante : face au problème de santé rencontré, 29% de l'échantillon a contacté le Samu-centre 15 ; parmi ceux-ci, 16% ont été orientés vers le médecin de garde généraliste, 10% ont été orientés vers les urgences hospitalières et 3% ont reçus un conseil donné par le médecin régulateur.

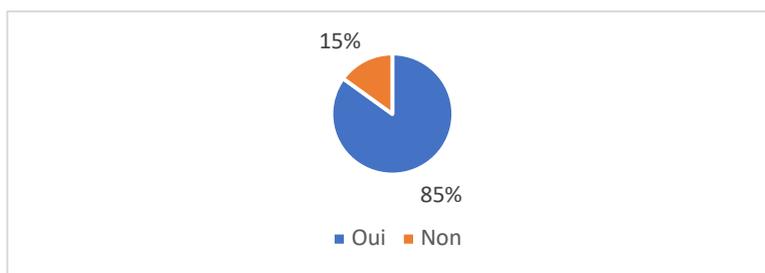
Tableau 5 : 1er appel passé en situation et suite donnée à la prise en charge

<b>1er appel passé face à ce problème de santé et personne ou structure consultée</b>	<b>Nb</b>	<b>%</b>
<b>Le Samu-centre 15</b>	<b>29</b>	<b>29,00%</b>
Vous avez consulté le médecin généraliste de garde	16	16,00%
Vous vous êtes rendu aux urgences hospitalières	10	10,00%
Vous avez suivi le conseil donné par le médecin régulateur du Samu	3	3,00%
<b>SOS-Médecins</b>	<b>18</b>	<b>18,00%</b>
Vous avez consulté SOS médecin	16	16,00%
Vous avez attendu le lendemain pour consulter votre médecin traitant	2	2,00%
<b>Pas d'appel, vous vous êtes rendu directement aux urgences</b>	<b>18</b>	<b>18,00%</b>
Vous vous êtes rendu aux urgences hospitalières	18	18,00%
<b>Votre médecin traitant</b>	<b>17</b>	<b>17,00%</b>
Vous avez consulté le médecin généraliste de garde	11	11,00%
Vous avez attendu le lendemain pour consulter votre médecin traitant	2	2,00%
Vous vous êtes rendu aux urgences hospitalières	2	2,00%
Vous avez consulté SOS Médecins	1	1,00%
Les pompiers vous ont amené aux urgences	1	1,00%
<b>Le pharmacien</b>	<b>6</b>	<b>6,00%</b>
Vous avez consulté le médecin généraliste de garde	3	3,00%
Vous avez attendu le lendemain pour consulter votre médecin traitant	2	2,00%
Pharmacie de garde	1	1,00%
<b>Pas d'appel, absence de recours à un avis médical</b>	<b>5</b>	<b>5,00%</b>
Vous avez attendu le lendemain pour consulter votre médecin traitant	5	5,00%
<b>Les pompiers</b>	<b>3</b>	<b>3,00%</b>
Les pompiers vous ont amené aux urgences	1	1,00%
Vous avez consulté SOS Médecins	1	1,00%
Vous vous êtes rendu aux urgences hospitalières	1	1,00%
<b>Les urgences</b>	<b>3</b>	<b>3,00%</b>
Vous vous êtes rendu aux urgences hospitalières	2	2,00%
Vous avez consulté le médecin généraliste de garde	1	1,00%
<b>Autre (gendarmerie)</b>	<b>1</b>	<b>1,00%</b>
Vous avez consulté le médecin généraliste de garde	1	1,00%
<b>Total général</b>	<b>100</b>	<b>100,00%</b>

Ce tableau illustre la diversité, la complexité et la porosité des « parcours » dans lesquels les patients s'engagent pour recourir à un médecin, en période de PDS. Quatre points d'accès sont toutefois privilégiés : le Samu 15, SOS Médecins, les urgences et le médecin traitant. Il est également à noter que dans la situation racontée, 12% des personnes n'ont au final pas eu recours à un avis médical et ont attendu le lendemain pour consulter leur médecin traitant.

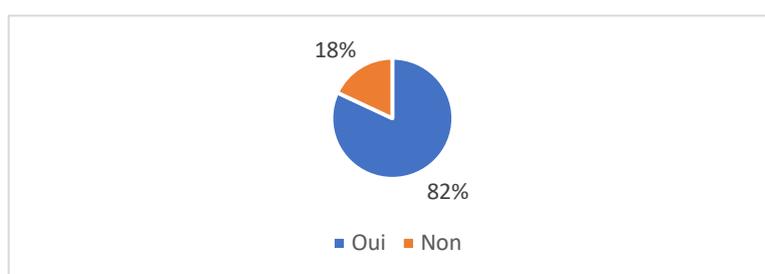
Une question concernait la satisfaction concernant la prise en charge de l'événement raconté. Les résultats sont présentés sur la figure 3.

Figure 3 : Satisfaction concernant la prise en charge – 100 réponses



Il était aussi demandé si, mis face à une situation similaire aujourd’hui, ils prendraient les mêmes décisions. Les résultats sont présentés sur la figure 4.

Figure 4 : Évaluation de l'intention de reprendre les mêmes décisions – 100 réponses



8 personnes ont déclaré être insatisfaites de la prise en charge mais reprendraient les mêmes décisions. Certaines ont ajouté en commentaire avoir vécu une attente trop longue aux urgences, toutefois, elles reprendraient les mêmes décisions car elles considèrent ne pas avoir d’autre choix. 11 personnes ont déclaré être satisfaites mais ne reprendraient pas les mêmes décisions.

Les comportements ont été classés en 4 catégories, selon leur mode d’entrée dans le système de soins, les résultats sont présentés sur les figures 5 et 6 :

Figure 5 : Comportement en situation – 100 réponses

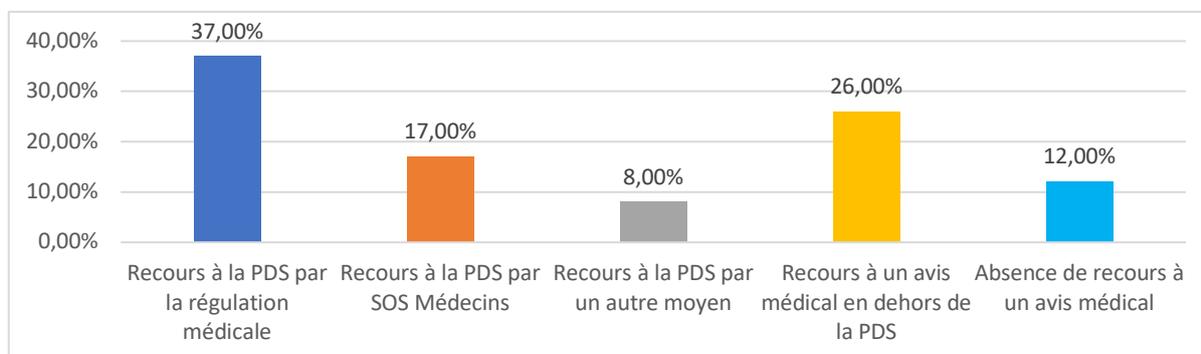
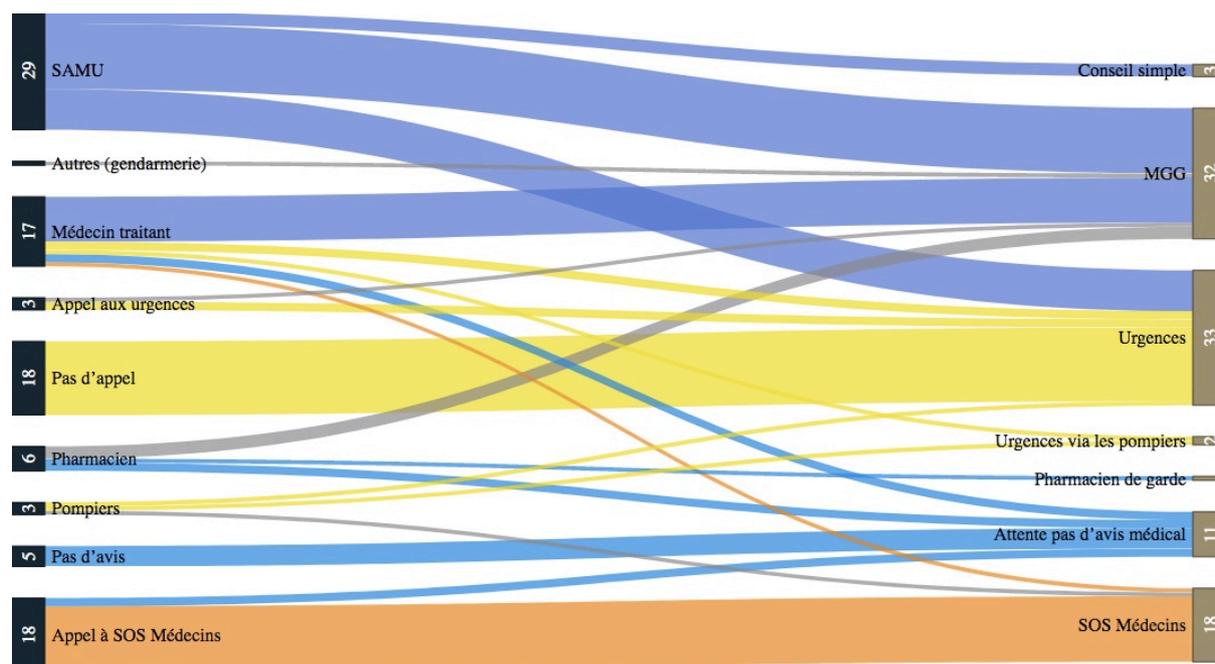


Figure 6 : Comportement en situation – parcours de soins

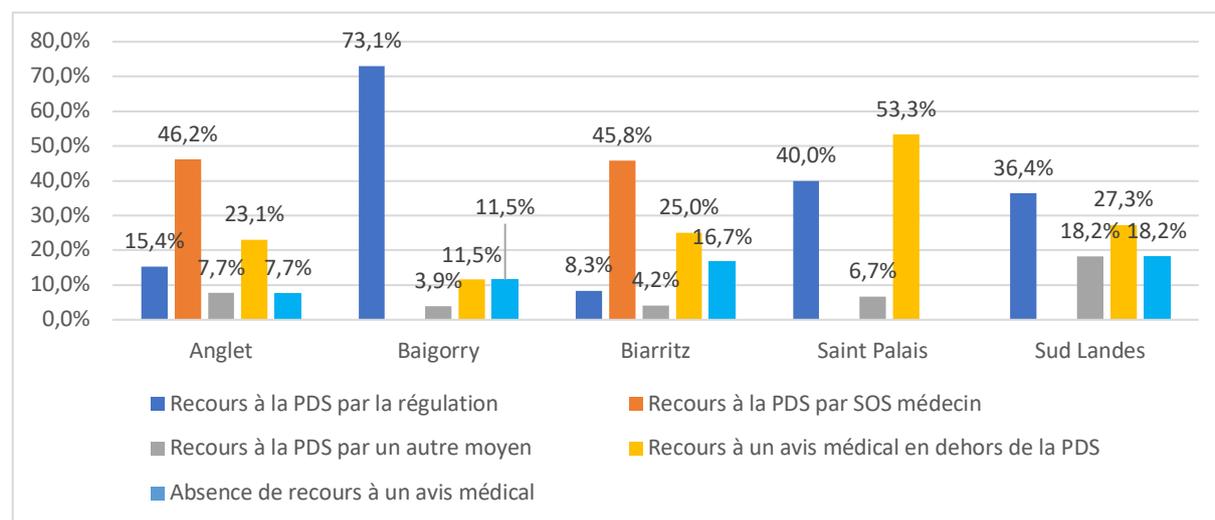


Dans les situations racontées, au total 54% des personnes interrogées ont eu recours à la PDS pour un problème de médecine générale, en horaire de PDS, en passant par un des deux points d'accès prévus : la régulation médicale ou SOS Médecins.

8% des personnes ayant eu recours à un avis médical ont pu voir le médecin généraliste de garde sans passer par le système habituel. Ces personnes ont pu savoir quel médecin était de garde en sollicitant d'autre sources, sans passer par la régulation médicale : le pharmacien était au courant, la gendarmerie a donné l'information, un ami médecin généraliste a donné l'information.

Voici les résultats de l'analyse de cette question en fonction de la zone de résidence (Figure 7) :

Figure 7 : Comportement en situation en fonction de la zone de résidence – 100 réponses



On remarque que trois groupes se dessinent :

- La zone de Baigorry avec une forte proportion de recours à la régulation médicale,
- Les zones de Saint Palais et du Sud Landes avec une proportion moyenne,
- Les zones du BAB (Anglet et Biarritz) avec une faible proportion.

## 2. L'intention de comportement en PDS

Dans la seconde partie du questionnaire, les sujets étaient interrogés sur leur intention de comportement, face à un problème de santé hypothétique, relevant de la médecine générale en horaire de PDS. Les figures 8 à 10 présentent ces résultats.

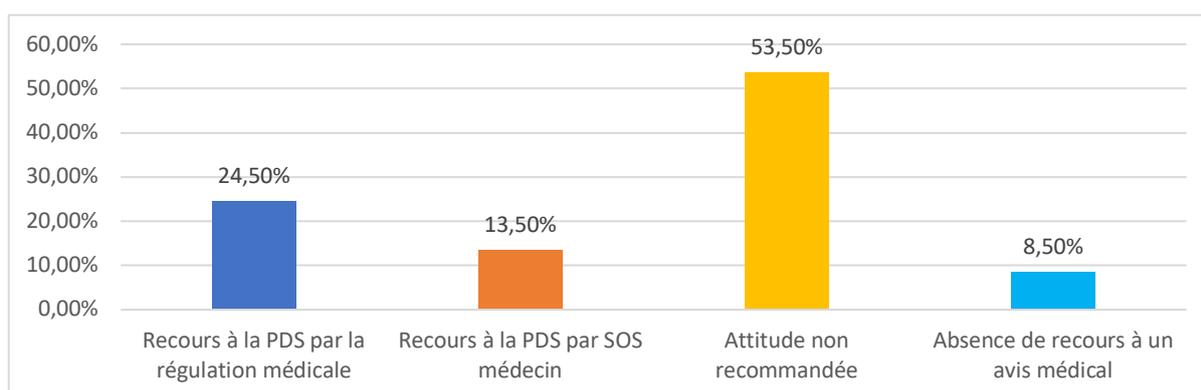
Les réponses possibles étaient :

- Vous patienteriez jusqu'à la réouverture du cabinet de votre médecin traitant
- Vous vous rendriez aux urgences
- Vous appelleriez SOS Médecins
- Vous appelleriez le Samu-Centre15
- Vous appelleriez les pompiers
- Vous appelleriez un pharmacien
- Autre

Les répondants pouvaient cocher plusieurs réponses. Les réponses ont été classées selon leur cohérence avec l'offre de soins de PDSA dans la zone géographique concernée et selon le respect de la filière de soins.

Les réponses « vous appelleriez le Samu-Centre15 » et « vous appelleriez SOS Médecins » étaient considérées comme recommandées dans les zones de Anglet et Biarritz. Seule la réponse « vous appelleriez le Samu-Centre15 » étaient considérée comme recommandée dans les autres zones. Comme pour la première partie, il était bien précisé : pour un problème de santé qui vous inquiète et pour lequel vous auriez appelé votre médecin traitant si ce problème de santé s'était présenté en journée.

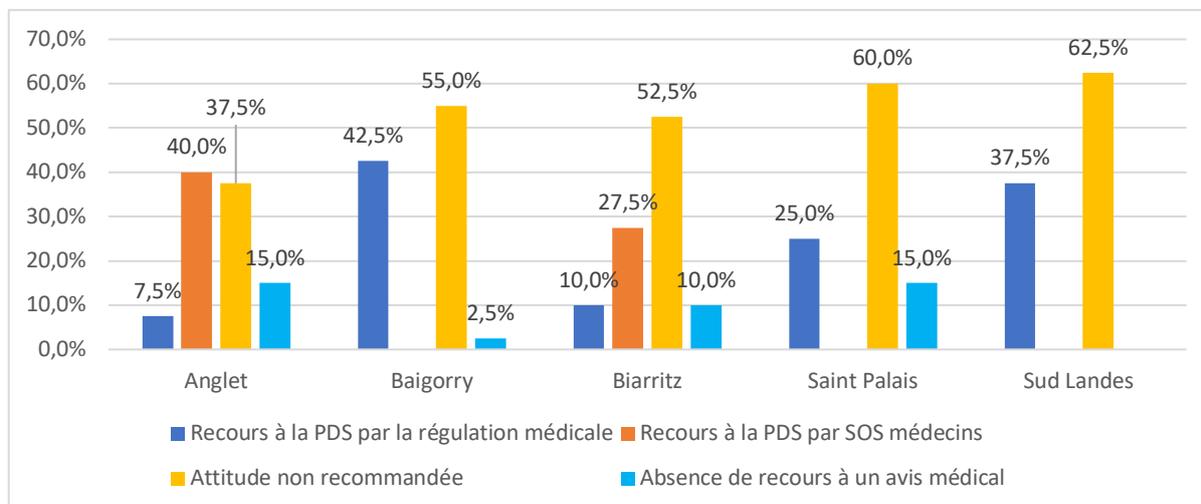
Figure 8 : Intention de comportement en période de PDS – 200 réponses



Une majorité de personnes interrogées n'aurait pas une attitude recommandée pour un problème de santé relevant de la médecine générale lors de la fermeture des cabinets de médecine générale.

Voici les résultats de l'analyse de cette question en fonction de la zone de résidence :

Figure 9 : Intention de comportement en période de PDS, en fonction de la zone de résidence – 200 réponses

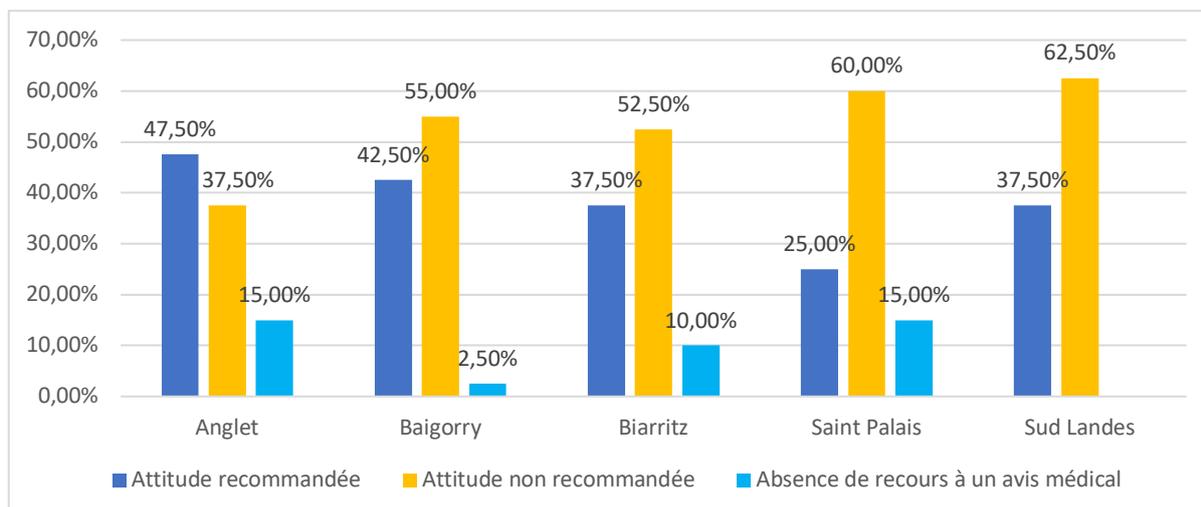


Dans les zones de Baigorry, de Saint-Palais et du Sud Landes plusieurs personnes ont dit qu'elles feraient appel à SOS Médecins, cette réponse a été considérée comme « non recommandée » car la zone n'est pas couverte par SOS Médecins. Cette réponse a été évoquée 8 fois à Capbreton dans les Landes, 3 fois à Baigorry et 1 fois à Saint-Palais.

On peut voir dans le graphique ci-dessus que les zones de Baigorry et du Sud Landes ont la plus forte proportion de recours à la PDS adaptée, via la régulation médicale.

Si on combine les réponses considérées comme recommandées, soit l'accès à la PDS via la régulation médicale ou via SOS Médecins en direct, on obtient le graphique suivant :

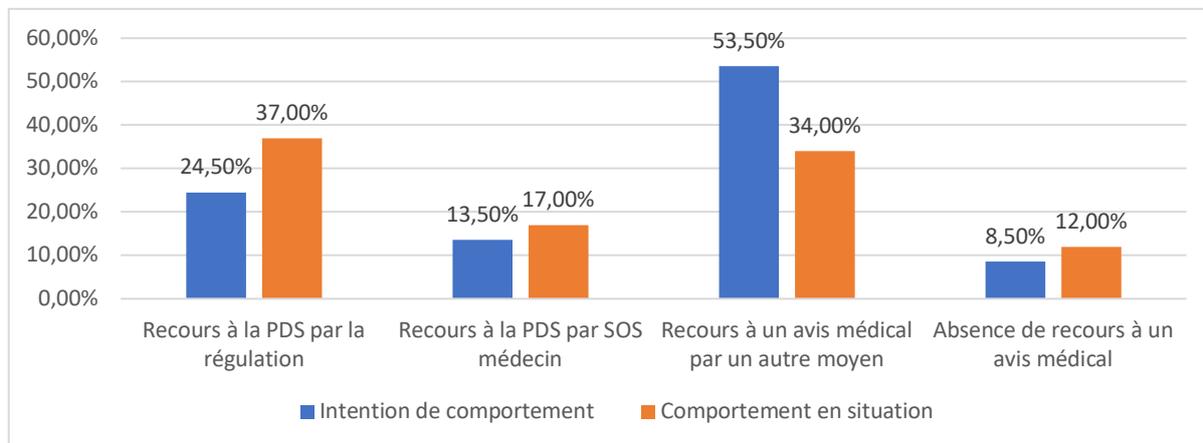
Figure 10 : Intention de comportement en période de PDS, attitude recommandée ou non recommandée, en fonction de la zone de résidence – 200 réponses



Nous avons réalisé une comparaison entre les résultats des comportements en situation et les résultats des intentions de comportement.

Les résultats sont présentés dans le graphique suivant (figure 8) :

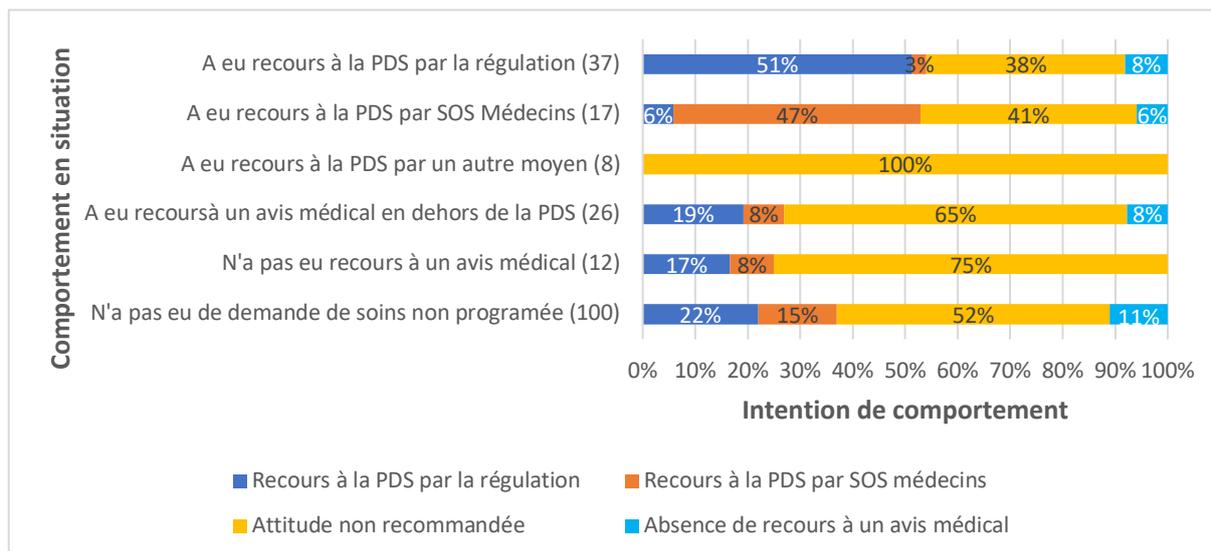
Figure 11 : Comparatif entre l'intention de comportement et le comportement en situation, en période de PDS



De plus, nous avons détaillé les intentions de comportements déclarées en fonction du comportement en situation.

Les résultats sont présentés dans le graphique suivant (figure 12) :

Figure 12 : Détail des intentions de comportement en fonction du comportement en situation, en période de PDS



On peut noter une certaine propension à reproduire les mêmes comportements : ceux qui ont eu recours à SOS Médecins sont les plus enclins à y recourir à nouveau, de même pour la régulation médicale. De même, les personnes ayant eu un comportement en situation non recommandé sont plus enclins à avoir de nouveau un comportement non recommandé.

### III. Comportement en situation et intention de comportement le samedi matin

#### 1. Comportement en situation le samedi matin

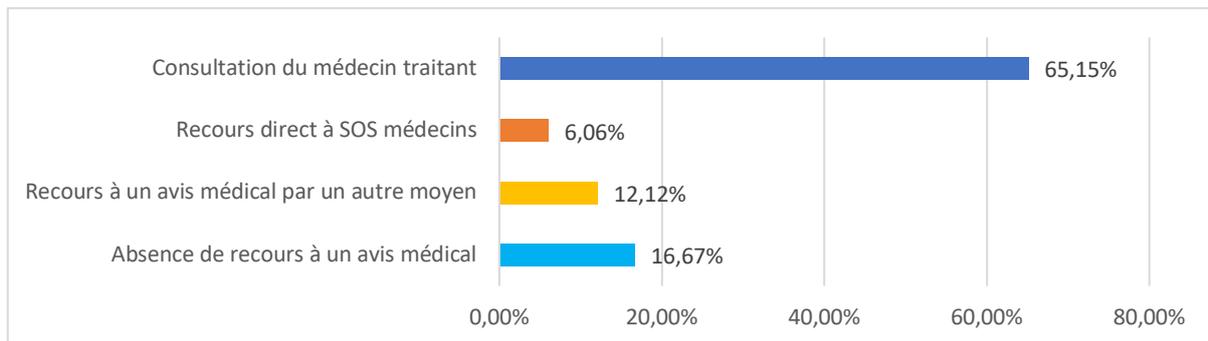
Le graphique ci-dessous présente les résultats concernant la dernière fois où la personne interrogée a eu besoin d'une consultation le samedi matin.

134 personnes ont déclaré ne pas avoir eu besoin d'une consultation un samedi matin.

Les réponses possibles étaient les mêmes que pour la période de PDS.

Les comportements décrits ont ensuite été classés selon la cohérence avec l'offre de soins, les résultats sont présentés sur la figure 13 :

Figure 13 : Comportement en situation, le samedi matin – 66 réponses



Au total, dans la situation racontée, 71,21% des personnes interrogées ont eu recours à un avis médical par une voie recommandée le samedi matin.

Le recours à un avis médical par un autre moyen regroupe les attitudes non recommandées le samedi matin : aller directement aux urgences et appeler le SAMU-Centre 15.

#### 2. L'intention de comportement le samedi matin

Dans la seconde partie du questionnaire, il était demandé quel serait le comportement de la personne interrogée si ce problème arrivait le samedi matin, toujours pour un problème de médecine générale. Comme pour la partie en période de PDS, les réponses ont été classées selon leur cohérence avec l'offre de soins. Les résultats sont présentés sur les figures 14 et 15.

La réponse « vous appelleriez votre médecin traitant » était acceptée comme adaptée à l'offre de soins. En plus, dans les zones de Anglet et Biarritz, le recours à SOS Médecins était mis à part car même si les cabinets de médecine générale sont ouverts, ce n'est pas une erreur de faire appel à eux un samedi matin.

(À noter que 2 personnes n'ont pas répondu à cette question)

Figure 14 : Intention de comportement, le samedi matin - 198 réponses

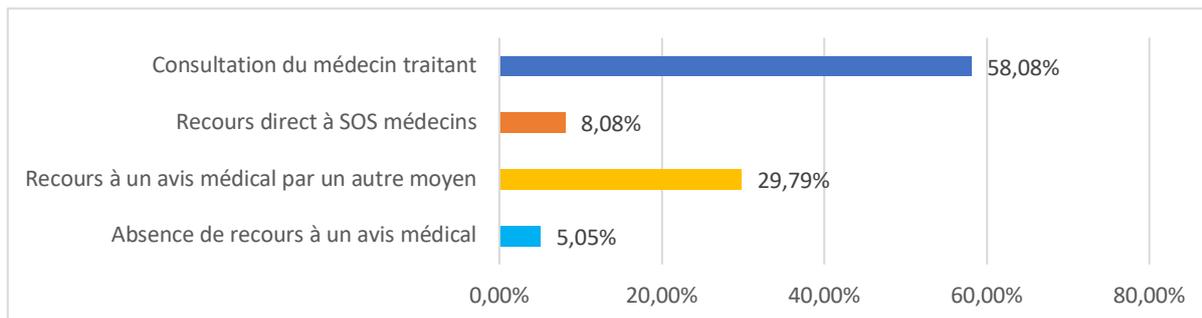
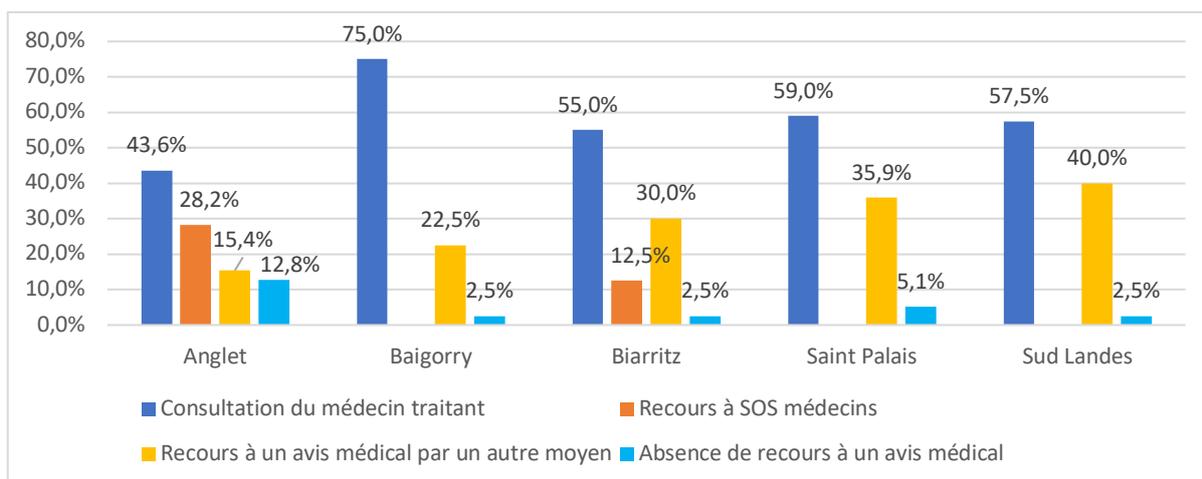


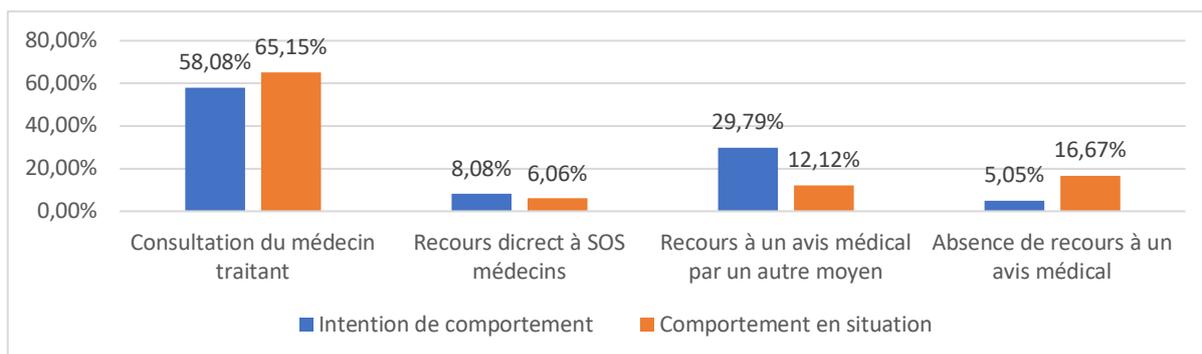
Figure 15 : Intention de comportement, le samedi matin, en fonction des zones de résidence



Dans toutes les zones, une majorité des personnes interrogées disent avoir l'intention de recourir à leur médecin traitant le samedi matin. Si on ajoute ceux qui font appel à SOS Médecins, on obtient un taux de 66,16% des personnes interrogées qui ont une attitude recommandée le samedi matin.

Nous avons ensuite réalisé une comparaison entre les comportements en situation et les intentions de comportement (figure 16).

Figure 16 : Comparatif entre l'intention de comportement et le comportement en situation, le samedi matin

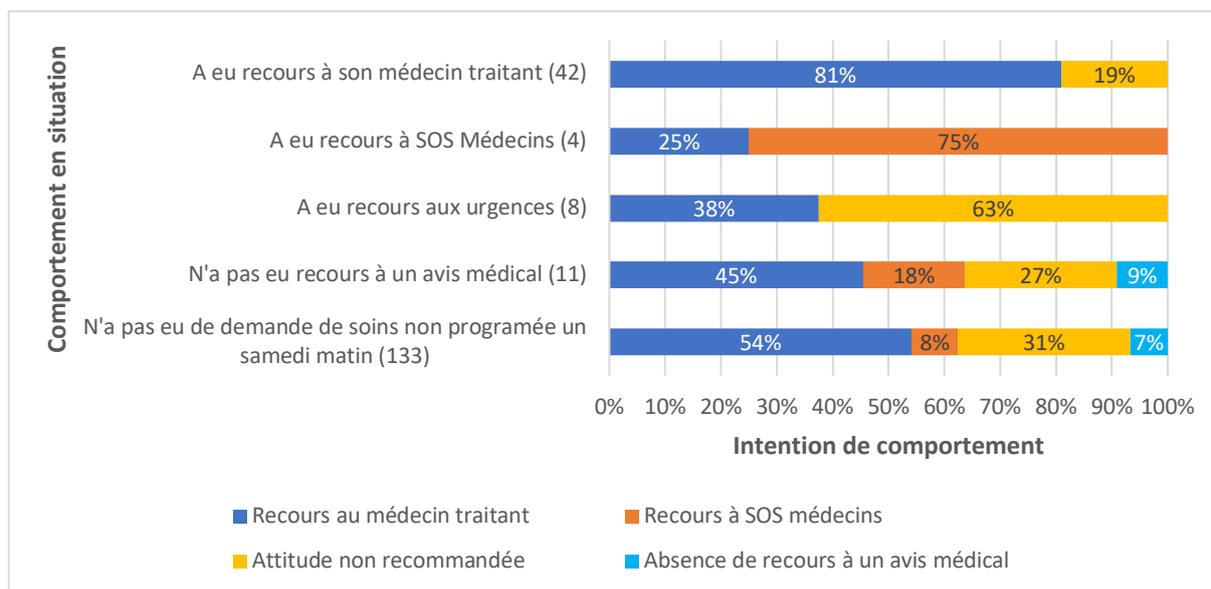


Nous pouvons noter qu'il y a une plus forte proportion d'attitude recommandée dans le comportement en situation que dans l'intention de comportement.

Nous avons aussi détaillé les intentions des personnes interrogées en fonction de leur comportement en situation.

Les résultats sont présentés dans le graphique suivant (figure 17) :

Figure 17 : Détails des intentions de comportement en fonction du comportement en situation, le samedi matin.



A la fin du questionnaire il était demandé si le cabinet de leur médecin traitant est ouvert le samedi matin (figures 18 et 19) :

Figure 18 : "Selon vous, est-ce que le cabinet de votre médecin traitant est ouvert le samedi matin ? " - 200 réponses

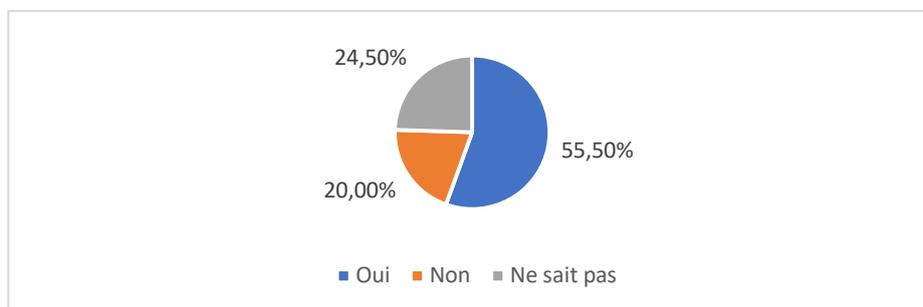
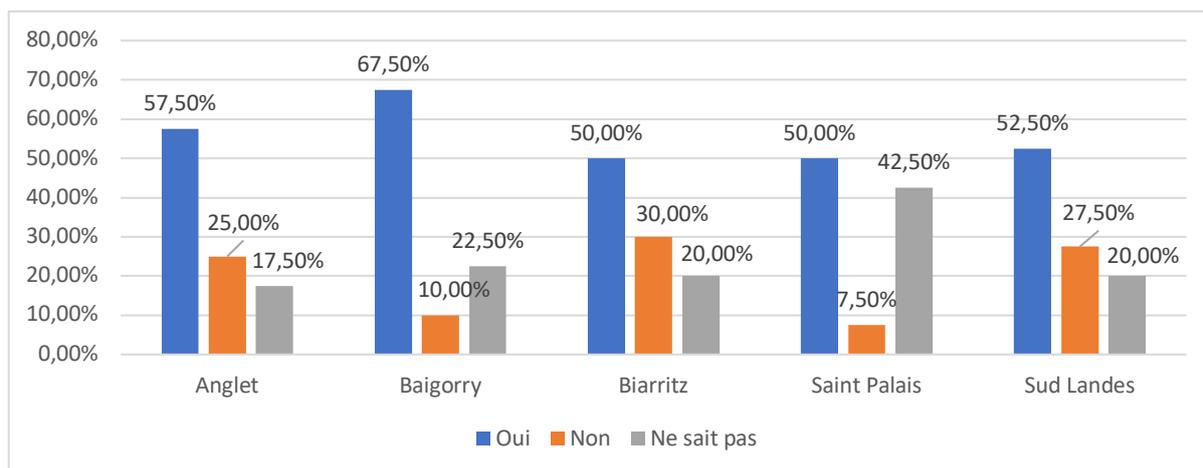


Figure 19 : Connaissance de l'ouverture du cabinet du médecin traitant selon la zone de résidence



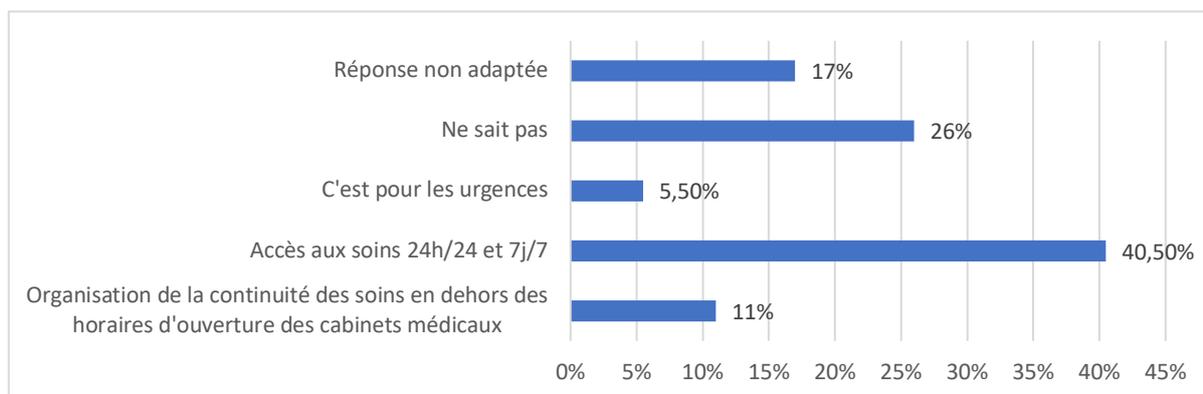
Les résultats sont variés. A Saint Palais, les personnes interrogés sont 42,50% à ne pas savoir si le cabinet de leur médecin est ouvert le samedi matin, alors qu'ils sont 17,5% à Anglet.

## IV. Connaissance du système de PDS

### 1. Définition

Il était demandé dans le questionnaire de donner une définition de la permanence des soins. Il s'agissait d'une question ouverte, les réponses ont été condensées et présentées sur la figure 20 :

Figure 20 : Définition de la PDS – 200 réponses



Seulement 11% des personnes interrogées ont donné une définition correspondant à la réalité.

## 2. Rôle du SAMU-Centre 15

Les sujets ont été interrogés sur la signification pour eux d'un appel au SAMU-Centre 15. Plusieurs réponses étaient possibles (les résultats présentés dans le tableau 6) :

- Appel pour une urgence vitale
- Appel pour une urgence relative
- Appel pour un conseil médical
- Soutien en cas de détresse psychologique
- Aide à l'interprétation d'analyse biologique
- Autre
- Ne sait pas

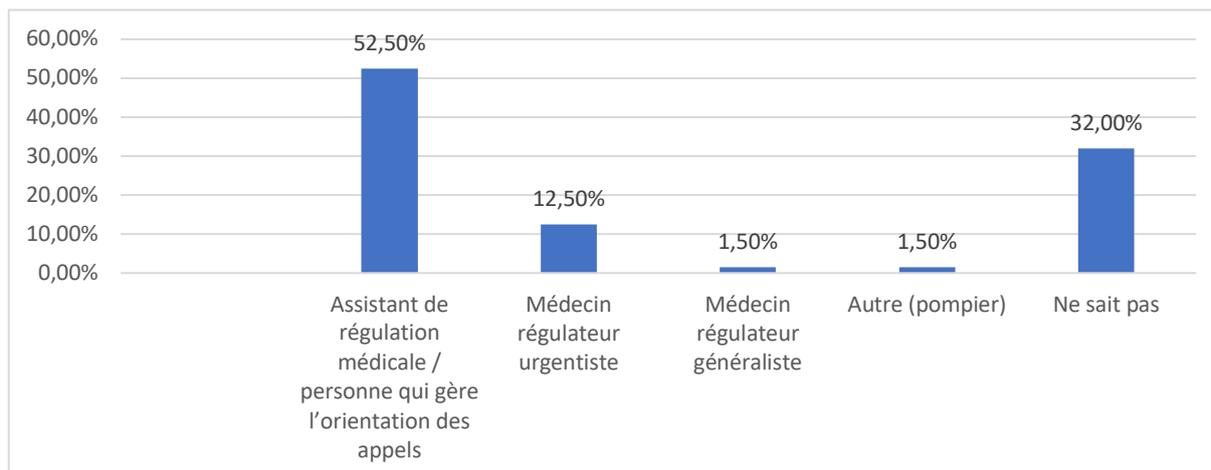
Tableau 6 : "Selon vous, que signifie le numéro d'appel 15 ?"

Rôle du SAMU	Nb	%
Appel uniquement pour une urgence vitale	92	46,00%
Appel pour une urgence vitale ou relative	31	15,50%
Appel pour une urgence vitale ou pour un conseil médical	22	11,00%
Ne sait pas	18	9,00%
Appel pour une urgence vitale ou un soutien en cas de détresse psychologique	9	4,50%
Appel pour une urgence vital ou relative ou pour un conseil médical	7	3,50%
Appel pour une urgence vital ou relative ou pour un conseil médical ou pour un soutien en cas de détresse psychologique	5	2,50%
Appel pour une urgence vitale ou pour un conseil médical, Soutien en cas de détresse psychologique	3	1,50%
Appel pour une urgence vitale, Appel pour une urgence relative, Soutien en cas de détresse psychologique	3	1,50%
Appel pour un conseil médical	3	1,50%
Appel pour une urgence vitale ou relative ou pour un conseil médical, Soutien en cas de détresse psychologique, Aide à l'interprétation d'analyse biologique	3	1,50%
Appel pour une urgence relative	2	1,00%
Appel pour une urgence relative, Appel pour un conseil médical, Soutien en cas de détresse psychologique	1	0,50%
Appel pour une urgence vitale ou relative, Soutien en cas de détresse psychologique, Aide à l'interprétation d'analyse biologique	1	0,50%
<b>Total général</b>	<b>200</b>	<b>100,00%</b>

On peut noter que 9% ont répondu ne pas savoir quel est le rôle du SAMU-Centre 15. Près de la moitié des personnes interrogées (46%) pensent que le SAMU-Centre 15 n'est que pour les urgences vitales.

Le graphique suivant (Figure 22) présente les résultats de la question « selon vous, quel est le premier interlocuteur sur lequel vous tombez en appelant le SAMU-Centre 15 ? »

Figure 21 : « selon vous, quel est le premier interlocuteur sur lequel vous tombez en appelant le Samu-Centre 15 ? »



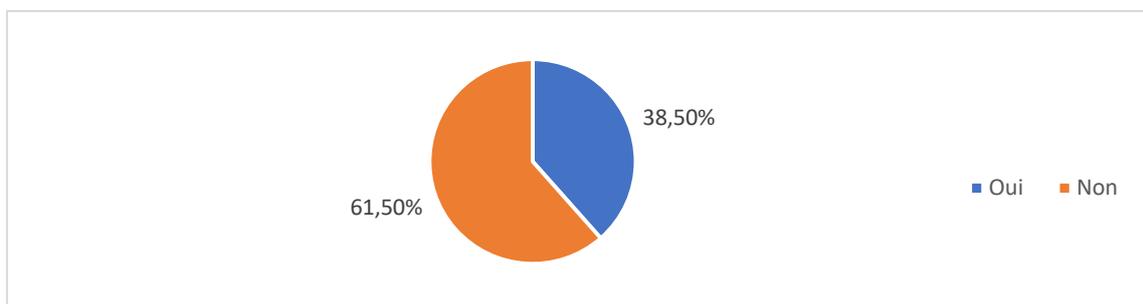
52,50% des personnes interrogées ont donné la bonne réponse concernant le premier interlocuteur d'un appel au SAMU-Centre 15.

### 3. Connaissance du moyen d'accès au médecin généraliste de garde (MGG)

Il s'agissait ici d'une question ouverte : « selon vous, quel est le moyen pour joindre le médecin généraliste de garde de votre secteur ? ».

Les réponses ont été classées selon leur validité, pour permettre ou non un accès au médecin généraliste de garde. Les résultats sont présentés sur la figure 23 :

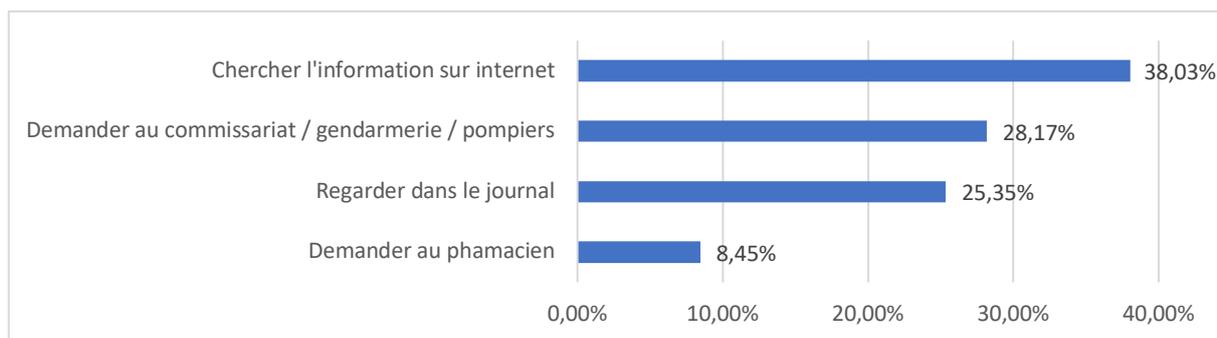
Figure 22 : Validité de la méthode pour accéder au MGG



Une majorité des personnes interrogées ne sait pas comment joindre le médecin généraliste de garde ou a cité une méthode ne permettant pas d'y arriver (figure 24), comme :

- Regarder sur Internet (27 réponses soit 38,08% des méthodes non valides évoquées)
- Appeler le 17 / demander à la gendarmerie / au commissariat de police ou appeler le 18 / demander aux pompiers (20 réponses soit 28,17%)
- Regarder dans le journal (18 réponses soit 25,35% des réponses non valides)
- Demander au pharmacien / regarder sur la porte de la pharmacie (6 réponses soit 8,45%)

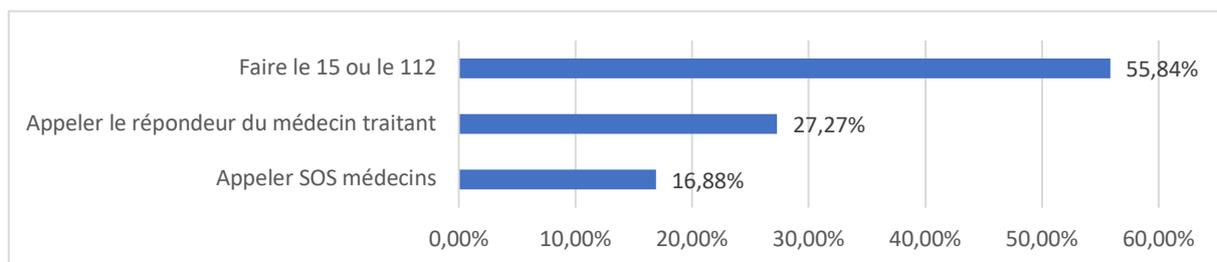
Figure 23 : Méthodes non valides pour accéder au MGG



Les méthodes qui étaient acceptées comme valides (figure 25) sont :

- Appeler le 15 ou le 112 (43 réponses, soit 55,84% des méthodes valides)
- Appeler le répondeur du médecin traitant pour avoir la conduite à tenir en son absence (21 réponses, soit 27,27%)
- Appeler SOS Médecins (pour les zones de Anglet et Biarritz) (13 réponses, soit 16,88%)

Figure 24 : Méthodes valides pour accéder au MGG



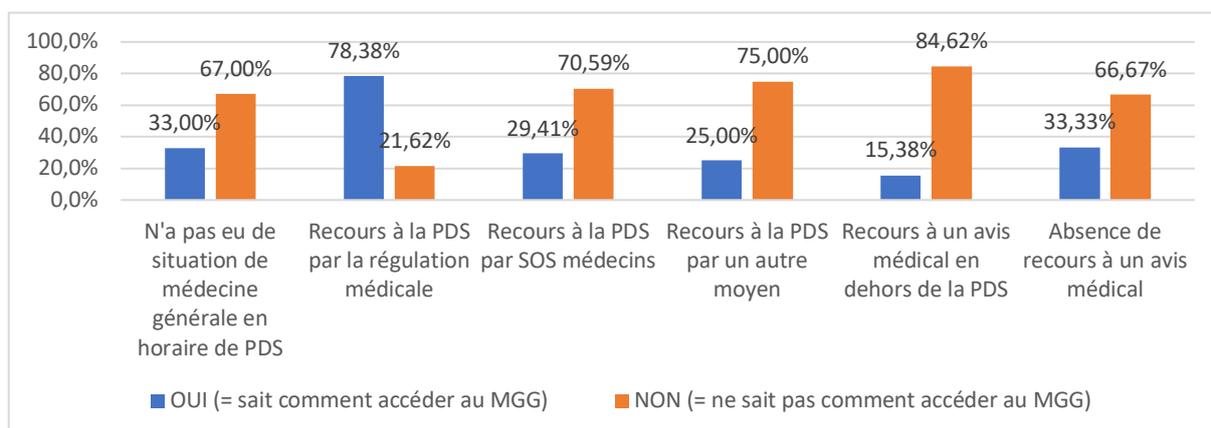
Les personnes ayant répondu « ne sait pas » représentent 26% du total (52 réponses)

Les résultats de cette question ont ensuite été croisés avec les résultats des questions précédemment évoquées : le comportement en situation, l'intention de comportement et la zone de résidence.

Les graphiques suivants présentent ces résultats (figures 25 à 28) :

➤ Évaluation des connaissances selon le comportement en situation

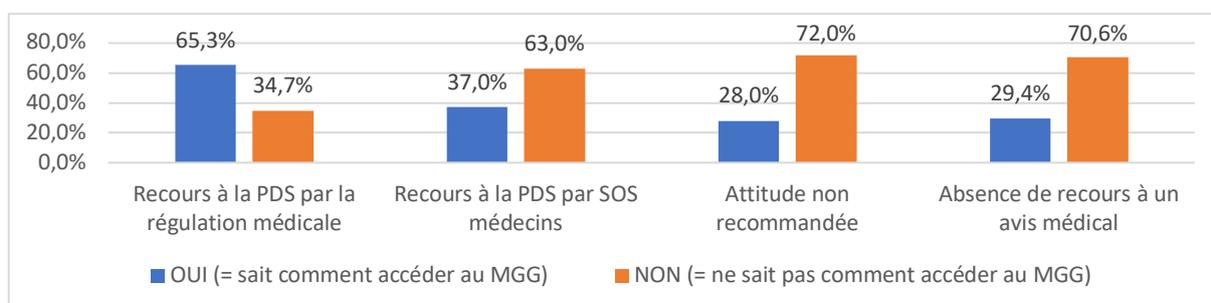
Figure 25 : Validité de la méthode pour accéder au MGG en fonction du comportement en situation



Le groupe de personne ayant eu recours à la PDS par la régulation médicale est le seul à avoir en majorité cité une méthode d'accès au MGG valide à 78,38%.

➤ Évaluation des connaissances selon l'intention de comportement

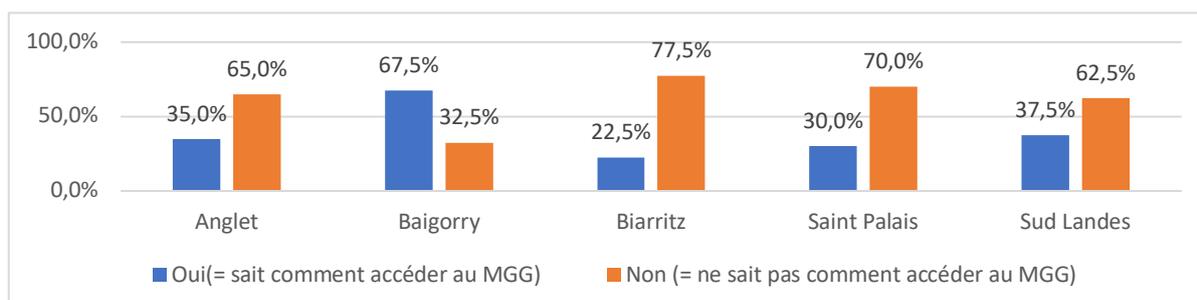
Figure 26 : Validité de la méthode pour accéder au MGG en fonction de l'intention de comportement



Comme dans le graphique précédant, les personnes ayant l'intention d'avoir recours à la régulation médicale sont les seules à avoir en majorité cité une méthode valide à 65,3%

➤ Évaluation des connaissances selon la zone géographique

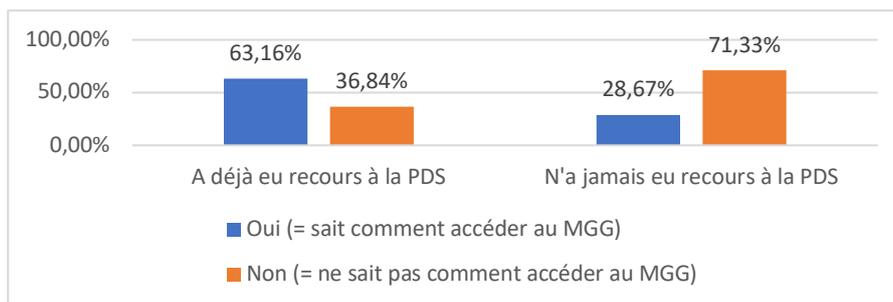
Figure 27 : Validité de la méthode pour accéder au MGG en fonction de la zone de résidence



On peut constater que seule la zone de Baïgorry présente une majorité de personnes interrogées sachant comment accéder au médecin généraliste de garde.

➤ Évaluation des connaissances selon une précédente utilisation du système de PDS

Figure 28 : Validité de la méthode pour accéder au MGG en fonction d'une précédente utilisation de la PDS

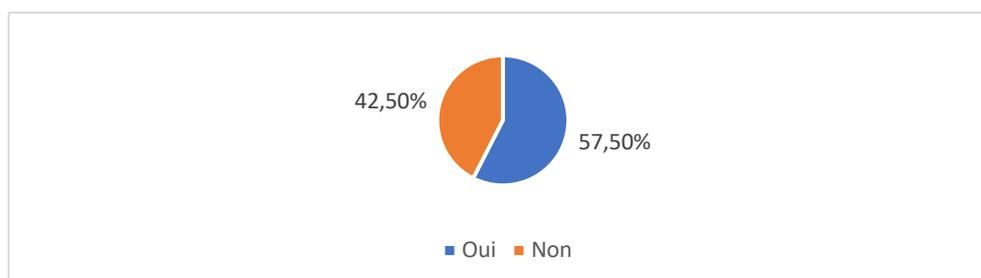


On constate qu'il y a un lien entre le fait d'avoir déjà eu recours à la PDS et le fait d'évoquer une méthode valide pour accéder au MGG.

#### 4. Demande d'information par le public

Il s'agissait ici d'une question fermée : « vous estimez-vous suffisamment informé concernant l'attitude à adopter et les démarches à suivre en cas de problème médical en l'absence de votre médecin traitant ». Les résultats sont présentés sur la figure 29.

Figure 29 : "Vous estimez-vous suffisamment informé concernant la PDS ?"



Une majorité des personnes interrogées se considère suffisamment informée sur les démarches à suivre et l'attitude à adopter en cas de problème de santé, en l'absence de son médecin traitant.

## PARTIE IV : DISCUSSION

---

### I. Réponse à la problématique

Nous avons réalisé ce travail de thèse afin de répondre à la question : quelle connaissance a le public de l'organisation de la Permanence Des Soins ? Nous pouvons conclure que la population ne connaît pas suffisamment le système de PDS, et en a donc une mauvaise utilisation. 61,5% des personnes interrogées ne savent pas comment joindre le médecin généraliste de garde, 53,5% a l'intention d'avoir un comportement non recommandé pour un problème de médecine générale en horaires de PDS. De plus, 82% des personnes ayant été confrontées à une situation de demande de soins non programmés ont l'intention d'avoir la même attitude la prochaine fois (même si ce n'était pas la bonne), et près de 60% se considèrent bien informées sur le système. Il y a donc des progrès à faire pour améliorer la connaissance et l'utilisation du système.

### II. Points forts et limites méthodologiques

#### 1. Points forts méthodologiques

##### a) *Fiabilité du protocole*

L'administration du questionnaire par le même enquêteur permet de garantir la stabilité de la présentation du questionnaire.

Nous avons choisi a priori, d'administrer le même nombre de questionnaire par zone prédéfinie. Afin d'obtenir 200 questionnaires au total, il avait été décidé de rester dans chaque pharmacie le temps nécessaire pour obtenir 40 questionnaires. Cela a permis d'éviter les perdus de vue et les questionnaires mal remplis.

L'analyse des données et la condensation des réponses aux questions ouvertes ont été faites de manière cohérente au fil du travail avec validation du directeur de thèse.

##### b) *Validité des résultats*

Le choix du recueil en pharmacie permet de diversifier la population source tout en gardant un terrain paramédical qui facilite le recueil, tant pour l'enquêteur que pour le sujet interrogé.

Nous avons choisi ces pharmacies afin de couvrir un maximum de diversité du territoire en termes d'offre de soins avec la présence ou non de SOS Médecins, différents horaires d'effecton du médecin de garde, la proximité et accessibilité des urgences, ce dernier critère nous a amenés à varier les zones géographiques.

La sélection des sujets s'est faite de manière aléatoire, le questionnaire était proposé à chaque personne qui rentrait dans la pharmacie, soit dans la file d'attente, soit lorsque la personne était au comptoir. Dès que j'avais fini d'administrer un questionnaire, je le proposais à la personne suivante.

Le taux de répondants n'a pas été calculé précisément, mais en moyenne 5 personnes par jour refusaient de répondre au questionnaire.

Nous avons choisi des zones différentes par leur géographie, leur démographie et leur offre de soins.

Il s'agit d'un mode de recueil des données novateur pour une thèse de médecine générale. Ce choix a permis de maximiser la diversité et la taille de l'échantillon tout en permettant un recueil facile et efficace. Toutefois une amélioration pourrait être apportée par exemple en ciblant des pharmacies avec une importante parapharmacie afin de maximiser encore plus la diversité de l'échantillon.

## 2. Limites méthodologiques

Une partie du questionnaire concernait un événement passé et relevait du déclaratif. Cela expose donc au biais de mémorisation.

L'enquêteur et la personne qui a fait l'analyse des données (en particulier la condensation des réponses aux questions ouvertes) sont la même personne, moi-même. Cela expose au biais d'observation. Nous avons cherché à limiter ce biais en validant l'analyse à deux avec le directeur de thèse.

Une partie des questions étaient ouvertes, donc l'analyse des réponses expose au biais d'interprétation. En particulier, la question principale de l'étude était de type ouvert. Je pense que ce mode de question est le plus intéressant pour ne pas orienter la personne interrogée avec des propositions de réponses. Afin de limiter ce biais, j'ai fait valider par mon directeur de thèse la condensation des réponses afin de procéder à l'analyse statistique.

La majorité des questionnaires a été administré, mais une petite partie (12%) a été remplie directement par la personne interrogée afin de maximiser le recueil des questionnaires. Cela expose au biais de mesure.

## **III. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature**

L'objectif de cette partie est de mettre en avant les principaux enseignements qui se dégagent de notre étude. Nous discutons d'abord la représentativité de notre échantillon. Nous présentons

ensuite cinq principaux enseignements qui se dégagent nos résultats, et qui visent à répondre aux hypothèses de notre étude.

### 1. La population de l'étude

Les caractéristiques de la population de notre étude ont été comparées aux indicateurs de l'INSEE de 2016, pour la population du Pays Basque (26). La catégorie des moins de 25 ans est sous représentée (9% dans notre étude, 25,1% selon l'INSEE), et la catégorie des 25 à 64 ans est surreprésentée (59,5% dans notre étude, 50,8% selon l'INSEE). Les personnes vivant seul(e)s représentent 31% des participants de l'étude, contre 39,6% dans la population. Les femmes sont surreprésentées dans notre étude (66% contre 52,4% dans la population).

On peut noter que la quasi-totalité des participants à l'étude est bien intégrée dans le système de santé avec 98% de personnes ayant un médecin traitant déclaré et 95% ayant la sécurité sociale ainsi qu'une mutuelle. Ces taux sont supérieurs aux statistiques de la population, selon le syndicat MG France, 91,1% des français ont un médecin traitant déclaré (27).

On note donc quelques écarts entre le profil de la population de notre territoire d'étude et celui de notre échantillon. Ce dernier est un peu plus féminin, un peu plus âgé, et un peu plus intégré sur le plan médical (taux de médecin traitant déclaré). Rappelons ici que le critère de constitution de notre échantillon n'était pas de couvrir la diversité de la population, mais la diversité des contextes en termes d'offre de soins en PDSA. Malgré tout, notre échantillon reflète assez bien les caractéristiques de la population mère, et certains écarts constatés sont probablement le reflet de pratiques sociales habituelles : la surreprésentation des femmes résulte de leur plus grande propension à faire les courses du ménage, y compris à la pharmacie. De plus, la consommation de médicaments augmente avec l'âge. Enfin, le taux élevé de personnes déclarant un médecin traitant peut résulter en partie des pharmacies choisies pour collecter nos données. En effet, certaines pharmacies sélectionnées n'avaient pas ou très peu de parapharmacie et donc, presque toutes les personnes qui passaient par ces pharmacies avaient une ordonnance.

On peut noter que dans la thèse de P. Dionis Du Séjour concernant la PDSA dans l'Essonne (22), le même phénomène est retrouvé avec une surreprésentation des personnes ayant un médecin traitant déclaré, et une sous-représentation des personnes bénéficiant de la CMU. Notons que ces écarts peuvent également résulter de biais de désirabilité sociale.

## 2. Les comportements en situation meilleurs que les intentions de comportement et que la connaissance de la PDS

Cette partie vise à répondre à la première hypothèse principale (la population n'est pas suffisamment informée concernant la PDS et les moyens d'accès au médecin généraliste de garde de leur secteur) et à la première hypothèse secondaire (les filières de soins ne sont pas suffisamment respectées en période de PDS).

### *a) Un comportement en situation majoritairement adapté*

Dans notre étude, 50% des personnes interrogées ont eu une expérience de demande de soins non programmée en horaire de PDS, relevant bien d'une situation de médecine générale. Cette population n'est pas uniformément répartie sur les 5 territoires de notre étude : Baigorry Biarritz et le Sud Landes sont surreprésentés avec respectivement 26, 24 et 22 répondants, les zones de Saint Palais et Anglet sont sous-représentées avec 15 et 13 répondants. Le taux moyen de 50% de personnes ayant rencontré un problème de santé en horaire de PDS est comparable au taux de 53,5% trouvé dans la thèse de P. Dionis Du Séjour dans l'Essonne. Dans cette sous-partie (2.a), les statistiques portent sur la sous-partie de notre échantillon ayant eu une expérience de demande de soins en horaire PDS, soit sur 100 questionnaires.

### **Les comportements adaptés sont majoritaires**

Dans notre étude, 54% des personnes ont eu un comportement adapté à l'offre de soins de leur secteur qui a permis d'assurer une prise en charge adéquate de leur situation : elles ont eu recours à la PDS par la régulation médicale pour 37%, ou à SOS Médecins pour 17%.

#### **- Point d'entrée dans le système de soins :**

Avec 29% des 1<sup>er</sup> appels passés, le SAMU est le 1<sup>er</sup> interlocuteur pour un problème de santé relevant de la médecine générale en horaire de PDS. Il est suivi par SOS-Médecins (18% des appels), puis par les médecins traitants qui reçoivent 17% des appels en période de PDS. Ces personnes-là ont eu le réflexe d'appeler leur médecin traitant, pas tant dans l'espoir de le joindre, que pour connaître la conduite à tenir, indiquée sur le répondeur. Cela montre que le médecin traitant est au cœur du dispositif de santé, et souligne l'importance des informations laissées sur le répondeur des médecins généralistes. Une majorité de la population a le bon réflexe.

Ces résultats diffèrent par rapport à la thèse de P. Dionis Du Séjour dans l'Essonne qui trouvait que 45,4% seulement de la population interrogée adoptait l'attitude recommandée en période de PDS. Dans sa thèse, 19,1% des premiers appels étaient adressés au SAMU, 19,9% à SOS

Médecins et 36,9% des personnes interrogées, avaient recours directement aux Urgences en période de PDS. Cette différence peut peut-être s'expliquer par les différences de territoire. En effet le territoire du département de l'Essonne présente moins de diversité avec un plus grande couverture par SOS Médecins (28) et une plus forte densité de services d'urgences, favorisant leur accessibilité. Une autre différence à noter est la proportion de personnes ayant appelé en premier leur médecin traitant. Dans la thèse de P. Dionis Du Séjour, seulement 4,9% des personnes avaient eu ce réflexe. Cette différence peut peut-être s'expliquer par une meilleur relation médecin patient dans la région. En effet, la densité de médecin par habitant étant plus élevée en Pyrénées-Atlantiques (378 médecin / 100 000 habitants, contre 253 dans l'Essonne) (29).

- Prise en charge :

Les comportements recommandés permettent d'assurer la prise en charge adaptée à la situation, grâce à la régulation médicale, si la personne a utilisé le bon mode d'entrée dans le système de soins, par un appel au SAMU-Centre 15.

Parmi les personnes ayant appelé le SAMU, toutes ont été prises en charge. A noter tout de même que sur les 29 personnes, 10 disent avoir été réorientées vers les Urgences, un taux supérieur aux statistiques habituelles (34% dans notre étude versus 14% habituellement au SAMU 64A (30)). Dans les autres modes d'entrée, au contraire, il y a des pertes : 2 personnes ayant appelé SOS Médecins, et 2 personnes ayant appelé le médecin traitant n'ont finalement pas consulté de médecin. Parmi les 17 personnes ayant contacté leur médecin traitant, 12 seulement ont bénéficié d'une prise en charge adaptée : 11 personnes ont contacté la régulation médicale et 1 personne a recouru à SOS-Médecins. Parmi les 5 autres, 2 ont attendu le lendemain pour consulter leur médecin traitant, 2 se sont rendues aux urgences hospitalières, une personne a appelé les pompiers.

**La persistance de comportements inadaptés**

26% des personnes ont eu recours aux urgences soit en recours direct (18% des répondants) soit après un appel infructueux auprès d'une autre source (8% des répondants.) Ces consultations-là échappent à toutes forme de régulation médicale ou d'évaluation médicale préalable à un passage hospitalier. En outre, la prise en charge n'est pas réalisée par la structure adéquate (Service des Urgences versus médecin de garde).

De plus, 8% des personnes ont pu avoir accès au médecin généraliste de garde, mais sans passer par la régulation. Ces personnes ont fait appel à un ami médecin généraliste, ou ont eu l'information par le pharmacien ou la gendarmerie. Il y a donc des voies parallèles pour accéder au médecin généraliste de garde sans passer par la régulation médicale. On pourrait penser que ces voies

parallèles représentent une augmentation des moyens d'accès mais ces passages alternatifs sont surtout confusiogène pour le public par rapport au comportement à adopter en cas de demande de soins non programmés en horaire de PDS. En outre ces voies court-circuitent la régulation qui est le cœur du système de PDS.

Enfin, 12% des répondants n'ont eu recours à aucun avis médical : soit parce qu'ils ont attendu le lendemain pour contacter leur médecin traitant (5%), soit parce qu'ils ont abandonné le parcours après un premier appel infructueux (à SOS-Médecins, au médecin traitant, au pharmacien).

Au total 34% des personnes ont eu un comportement non adapté à l'offre de soins. Ces filières de soins non respectées vont engorger les urgences hospitalières et les serveurs des autres numéros d'urgences. Cela nuit au bon fonctionnement du système global.

Malgré une majorité de personnes ayant un comportement adapté, il reste une part significative de la population ayant un comportement non adapté à la PDS.

Une part de ces comportements trouve peut-être son explication dans les résultats de la thèse de M. Guerry réalisée à Bordeaux et Agen. A la question : « Pourquoi les patients vont-ils aux urgences au lieu de solliciter la PDSA ? » 16,67% répondent être venus aux urgences par habitude. Une partie donc de la population a recours aux urgences en période de PDS simplement par habitude.

### **Des comportements qui évoluent peu**

Les décisions prises lors de l'évènement sont peu remises en cause, 85% des personnes se déclarent satisfaites et 82% disent que confrontées à la même situation, elles reprendraient les mêmes décisions.

8 personnes ont commenté ces réponses en disant ne pas être satisfaites, mais dans le cas où elles seraient de nouveau confrontées à une situation similaire, elles reprendraient les mêmes décisions car elles pensent ne pas avoir d'autre option. A noter que parmi ces 8 personnes, 2 avaient attendu le lendemain pour consulter le médecin traitant, et 3 s'étaient rendues directement aux urgences. Ces dernières se sont plaintes d'avoir trop attendu et de s'être faites reprocher d'être venues aux urgences pour un motif qui ne le justifiait pas. Ainsi, malgré leur mauvaise expérience,

les personnes ne remettent pas en cause leurs choix et ne vont pas chercher comment faire une prochaine fois.

*b) Des intentions de comportement majoritairement non recommandées*

Les statistiques indiquées dans cette partie concernent la totalité de l'échantillon de l'étude soit 200 répondants.

**Les intentions de comportement non recommandées sont majoritaires**

Lorsqu'on s'intéresse à l'intention de comportement on constate qu'une majorité de personnes (53,5%) aurait un comportement non recommandé. Seulement 24,5 % des personnes auraient recours à la PDS par la régulation médicale, en appelant le SAMU-centre 15. 13,5% des personnes interrogées auraient recours à SOS Médecins.

**Comparaison avec les comportements en situation**

On peut remarquer que les comportements non recommandés représentent 53,5% des intentions, tandis qu'ils ne représentaient que 34% des comportements en situation.

Ce constat permet d'envisager deux hypothèses explicatives :

- Recourir à la PDS a un effet d'apprentissage. Ceux qui ont déjà eu une expérience de demande de soin en PDS sont plus nombreux à avoir une intention de comportement recommandé.
- Le sous échantillon qui a eu recours à la PDS n'a pas les mêmes caractéristiques que l'échantillon complet, et ce sont ces caractéristiques qui expliquent la différence.

L'analyse des intentions de comportement en fonction du comportement adopté en situation invalide la première hypothèse explicative. En effet, si on constate que, quel que soit le comportement adopté en situation, ce comportement est toujours le premier choisi dans les intentions, malgré tout, ceux dont le comportement en situation était recommandé ne sont que 54% à avoir une intention de comportement à nouveau recommandé. Au contraire, ceux dont le comportement en situation était non recommandé sont de 65% à 100% à avoir une intention de comportement non recommandé. On peut constater que les proportions de comportement recommandé ou non dans la population n'ayant pas eu d'expérience de demande de soins non programmée sont les mêmes que pour l'échantillon complet. Il n'y a donc pas de phénomène d'apprentissage par l'expérience.

La deuxième hypothèse explicative apparaît plus vraisemblable. En effet certaines zones géographiques sont surreprésentées et d'autres sous-représentées dans le sous échantillon de 100 personnes ayant eu une expérience passée. L'écart entre les comportements en situation et les intentions de comportement provient peut-être de différences entre les territoires. Nous développerons ce point un peu plus bas.

Ces constats sont cohérents avec le taux très élevé de répondants (82%) qui affirment que confrontés à la même situation, ils reproduiraient le même comportement, que ce dernier soit adapté ou pas. Il nous apparaît donc que le public ne sait pas si le parcours de soins qu'il a pris est celui qui convient ou pas. Les personnes n'ont pas conscience d'avoir pris une décision cohérente ou non avec l'offre de soins. Si une personne appelle le 15 en horaire de PDS, elle ne va pas forcément s'entendre dire qu'elle a pris la bonne décision, et si elle va aux urgences pour un problème de médecine générale elle ne va pas nécessairement se voir reprocher cette décision. Dans certains cas, un tel reproche lui sera adressé, sans nécessairement l'accompagner des explications à propos de ce qu'il convenait de faire, ou comment agir pour une prochaine fois. Avoir été confronté à un problème de santé en période de PDS ne suffit pas à connaître les bons comportements à adopter.

Si on compare les résultats pour l'intention de comportement à la thèse réalisée dans l'Essonne on retrouve cette fois des résultats similaires avec 54,3% d'attitudes non recommandées le week-end et 57,1% la nuit en semaine.

*c) Un niveau général de connaissance et de compréhension insuffisant de la PDS*

Il s'agit de la question principale de recherche. Nous allons analyser les résultats concernant la connaissance générale du système de PDS et en particulier, la connaissance du moyen pour accéder au médecin généraliste de garde.

**Les modalités d'accès au médecin généraliste de garde sont méconnues par la majorité de la population**

En retrouvant 61,5% des personnes interrogées ne sachant pas comment joindre le médecin généraliste de garde, nous avons mis en évidence un manque d'information dans la population. Il

s'agissait d'une question ouverte, dont les réponses ont été regroupées en 2 catégories : méthodes valides ou non valides pour accéder au médecin généraliste de garde.

Dans le groupe des méthodes non valides, les réponses ont été réparties en 2 sous-groupes : 26% déclarent ne pas du tout savoir comment joindre le médecin de garde, et 35,5% déclarent un mauvais canal d'information : rechercher sur internet, demander à un autre numéro d'urgence (17, 18), regarder dans le journal et demander au pharmacien. Donnant une réponse fautive, il apparaît que plus d'un tiers des répondants n'a pas conscience de ne pas savoir comment joindre le médecin généraliste de garde.

Dans la thèse réalisée à Bordeaux par M. Guerry (21), 60,76% des personnes interrogées trouvent qu'il n'est pas facile de savoir qui est le médecin généraliste de garde. Ces résultats sont cohérents avec notre étude.

La thèse de A. Kasproski (31) concernant les déterminants du premier recours aux urgences adultes du CHU de Nantes en 2013 des patients consultant sans avis médical, conclue que le manque de connaissance concernant les alternatives existantes aux services d'urgences, et sur le rôle du Centre 15 dans la régulation et l'orientation en soins primaires favorise le recours aux urgences adultes. De plus dans cette thèse, les résultats concernant la connaissance sont encore plus bas avec 90% des personnes interrogées ignorant l'existence du Centre d'Accueil et de Permanence des Soins. Cette étude met également en évidence le manque d'information de la population concernant le rôle du Centre 15 dans la régulation médicale et l'orientation des patients.

On peut toutefois espérer une amélioration progressive de la connaissance, le nombre d'appels de PDS au SAMU de Bayonne ayant augmenté de 7% entre 2016 et 2017 (32).

### **Le système de soins en horaires de PDS n'est majoritairement pas compris par la population**

#### **La définition de la PDS**

Concernant la définition de la PDS, 89% des personnes interrogées n'ont pas donné une réponse pertinente. Il s'agissait d'une question ouverte, dont les réponses ont été regroupées en 5 catégories. 26% ont répondu ne pas du tout savoir ce qu'est la PDS, 40,5% ont répondu que la PDS est l'accès aux soins 24h/24 et 7 jours sur 7. Seulement 11% des personnes interrogées ont dit que la PDS assurait la continuité des soins lors de la fermeture des cabinets médicaux.

L'expression « permanence des soins » n'est donc pas comprise par une large majorité de la population. L'expression « permanence » porte à confusion pour la population car elle peut sous-

entendre que ce système est en place en permanence, et donc évoque plutôt les services d'urgences ouverts 24 heures sur 24, et non le maintien de la continuité des soins en ambulatoire, dans le prolongement du médecin traitant, assurant ainsi la permanence des soins en ambulatoire.

- Le rôle du SAMU

A l'exclusion des 9% qui déclarent ne pas savoir ce qu'est le SAMU, quasiment toute la population associe le numéro 15 aux urgences vitales, et dans 46% des cas, exclusivement à celles-ci.

Ces données sont difficiles à comparer à la littérature car les questions posées ne sont pas exactement les mêmes.

Le manque de connaissance et de compréhension de l'organisation de la permanence des soins, qui apparaît élevé, voire très élevé dans notre étude, est pourtant, probablement sous-estimé. En effet, comme nous l'avons noté un peu plus tôt, la population de notre échantillon est bien intégrée sur le plan médical, et donc probablement mieux informée que la population générale.

**La population se perçoit bien informée sur le système de PDS**

A la question « vous estimez-vous suffisamment informé concernant les démarches à suivre / l'attitude à adopter en cas de problème de santé en l'absence de votre médecin traitant », 57,5% ont répondu positivement.

J'ai été très surprise par ce résultat car dans de nombreux cas, il est arrivé juste après que les personnes ont répondu « ne sait pas » à la série de questions sur la connaissance du système. Alors même que lors du début du recueil j'avais le sentiment d'avoir mal formulé cette question avec un biais tendant les gens à répondre ne pas être suffisamment informés.

Ces résultats sont contradictoires avoir ceux de la thèse réalisée dans l'Essonne qui retrouve 70% de personnes se jugeant insuffisamment informées.

➤ **Conclusion :**

- La première hypothèse principale (la population n'est pas suffisamment informée concernant la PDS et les moyens d'accès au médecin généraliste de garde de leur secteur) est validée par l'analyse de nos résultats. On note en particulier les points suivants :
  - 89% de l'échantillon ne sait pas ce que signifie la PDS.

- 61,5% de l'échantillon ne sait pas comment accéder au médecin généraliste de garde.
- 57,5% de l'échantillon se considère malgré tout bien informé.
- 53,5% a une intention de comportement non recommandée.
- Malgré cette méconnaissance, en situation pratique, la majorité de l'échantillon (54%) adopte un comportement recommandé. Par conséquent, la première hypothèse secondaire (les filières de soins ne sont pas suffisamment respectées en période de PDS), n'est que partiellement validée. Ce résultat est obtenu sur un sous-échantillon qui a des caractéristiques différentes sur le plan des territoires et qui explique probablement cette performance relative.
- On note une absence de phénomène d'apprentissage : l'expérience d'une demande de soins en horaires de PDS ne se traduit pas dans des intentions de comportement meilleur.

### 3. Le territoire impacte les comportements en période de PDS

Cette partie vise à répondre à la deuxième hypothèse principale (l'information de la population varie selon l'offre de soins du territoire) et à la deuxième hypothèse secondaire (le respect des filières de soins varie selon l'offre de soins du territoire).

Les résultats de notre étude mettent en relief des différences importantes de comportement, d'intention et de connaissance entre des territoires proches géographiquement. En effet, on retrouve nettement plus de recours à la PDS par la régulation médicale (dans le comportement en situation) à Baigorry (73,1%) qu'à Saint Palais (40%) et dans le Sud Landes (36,4%) et l'écart est encore plus fort avec le BAB (Anglet : 15,4% et Biarritz : 8,3%).

A Anglet et Biarritz, le fait de rajouter les personnes faisant appel à SOS Médecins augmente le recours à la PDSA passant de 15,4 à 61,6% à Anglet et de 8,3 à 54,1% à Biarritz.

Une partie de l'explication de cet écart, allant du simple à l'octuple, tient à l'offre de soins qui est différente sur ces territoires. Dans la zone du BAB (Anglet et Biarritz) la présence de SOS Médecins prend une part des appels qui pourraient être destinés à la régulation médicale. Ce mode de fonctionnement en association de PDSA, permet de soulager les médecins généralistes d'une zone des gardes de PDS. Leur présence permet d'assurer la permanence des soins y compris en nuit profonde. L'inconvénient est l'absence de régulation médicale. En effet, les patients appellent un standard qui note et priorise les consultations en fonction d'un protocole, mais il n'y a pas de régulation médicale.

*a) Zone avec un taux élevé de recours à la régulation médicale*

Il s'agit de la zone de Baigorry qui est la plus isolée géographiquement, à près de 50 minutes de route des services d'urgences. Dans cette zone, le taux de recours à la régulation est élevé : 73,1% dans le comportement en situation, 42,5% dans l'intention de comportement.

Concernant la connaissance du moyen d'accès aux médecins généralistes de garde, il s'agit de la seule zone ayant une majorité de personne informées avec 67,5%. Dans les autres zones, le taux de connaissance est de 22,5 à 37,5%

Nous pouvons constater que plus la zone est isolée, plus la population est informée et agit en cohérence avec l'offre de soins de PDS.

Nous pouvons supposer que n'ayant pas la facilité de la proximité des urgences d'un centre hospitalier ou la facilité d'usage de SOS Médecins, les habitants de cette zone ont dû aller chercher l'information et donc sont mieux informés. Ces résultats sont cohérents avec ceux de la thèse de N. Gavaille (33) qui a réalisé une étude sur le lien entre le nombre d'appel au SAMU et la densité médicale des zones géographiques en 2019. Il retrouvait aussi que plus la zone est sous dotée en médecin généraliste, plus la population a recours à la régulation médicale notamment pour des problèmes de médecine générale.

*b) Zone avec un taux moyen de recours à la régulation médicale*

Il s'agit des zones de Saint Palais et du Sud Landes avec respectivement 40% et 36,4% de taux de recours à la régulation médicale lors d'une précédente expérience. Dans l'intention de recours on retrouve le même phénomène avec respectivement 25% et 37,5% d'intention de recours à la régulation.

Ces zones sont plus près d'un service d'urgences avec 20 minutes maximum de route (principalement de l'autoroute) pour le Sud des Landes et la proximité immédiate pour Saint Palais. SOS Médecins n'est pas présent dans ces zones.

*c) Zone avec un taux faible de recours à la régulation médicale*

Les plus faibles taux de recours à la régulation médicale dans le comportement en situation sont retrouvés sur le BAB avec 15,4% à Anglet et 8,3% à Biarritz. On retrouve 7,5 % pour Anglet et 10% pour Biarritz de taux d'intention de recours à la PDS par régulation médicale.

Ces zones sont non seulement à proximité immédiate de plusieurs services d'urgences mais aussi dans la zone couverte par l'association SOS Médecins.

*d) Certaines différences restent difficiles à expliquer*

On remarque qu'il existe des différences pour l'intention de comportement entre les résultats de Biarritz et ceux d'Anglet alors que ces deux villes sont limitrophes et ont une offre de soins similaire. On retrouve nettement plus d'intention de comportement non recommandée à Biarritz avec 52,5% contre 37,5% à Anglet. Cette différence peut avoir plusieurs explications. D'une part une différence dans l'offre de soins : avec la persistance à Biarritz une ligne de garde de médecins généraliste libéraux, malgré la présence de SOS Médecins. D'autre part, la pharmacie dans laquelle j'ai fait le recueil des données à Biarritz se situe à 200m des urgences de la clinique Aguilera. Il y a donc peut-être de ce fait une plus forte proportion de personnes allant par facilité et par habitude aux urgences de la clinique.

➤ **Conclusion :**

- Ces résultats laissent penser que la présence de SOS Médecins dans un territoire tend à favoriser le recours à la PDSA mais diminue le recours à la régulation médicale.
- De plus, une tendance se dessine dans ces résultats qui montre que l'accessibilité des urgences favorise un comportement non recommandé en période de PDS.
- Ainsi on observe une grande diversité des comportements et des intentions à une petite échelle géographique ; la deuxième hypothèse secondaire (le respect des filières de soins varie selon l'offre de soins du territoire) est validée.
- La population la plus isolée est celle qui connaît le mieux la PDS et qui agit en cohérence avec elle.
- La deuxième hypothèse principale (l'information de la population varie selon l'offre de soins du territoire) est également validée.

4. La facilité d'usage comme principal facteur décisionnel

*a) Les urgences, un service connu de tous*

L'impression qui ressort de ces résultats est que le public a tendance à privilégier le recours aux urgences à cause de sa facilité d'accès. A l'inverse, lorsque l'accès aux urgences n'est pas facilité par une proximité géographique, le public a tendance à préférer la régulation médicale. Dans sa thèse concernant les raisons ayant poussé les patients à consulter aux urgences au lieu de solliciter la PDSA (21), M. Guerry conclut qu'une forte proportion des patients vient aux urgences

par facilité d'accès, proximité géographique, et pour l'amplitude horaire, ce qui est cohérent avec nos propres conclusions.

Plusieurs références (34) concluent que la facilité d'usage pousse les patients à consulter en priorité aux urgences au lieu de faire appel à la PDSA. Les résultats de notre étude tendent à aller dans le même sens. Une étude de la DREES de 2014 réalisée par les Drs H. Valdelièvre et B. Boisguérin (35) constate que la décision de recours aux urgences est motivée par la facilité d'accès, notamment la proximité géographique.

Dans sa thèse concernant les facteurs motivant un recours aux urgences (36), V. Lejaille constate que 43,8% des patients interrogés aux urgences pensent qu'une consultation chez un médecin généraliste aurait pu éviter leur passage aux urgences. Nous retrouvons donc là une proportion de patients venus aux urgences mêmes s'ils savaient qu'une consultation de médecine générale pouvait être suffisante. Cela confirme que certains patients viennent aux urgences car ce système est connu, et non parce qu'ils pensent que c'est la solution la plus adaptée.

Plusieurs études précisent que ce n'est pas le motif financier qui ressort comme principal motif de recours direct aux urgences, comme c'est parfois pensé, mais la facilité d'usage et l'habitude du recours. Dans l'étude de J. Hascoet (37), 90% des patients sont venus aux urgences de façon auto-référée, sans même avoir essayé de joindre leur médecin traitant ou la régulation et invoquent la proximité, la facilité d'accès aux soins. Dans la thèse de M. Guerry (21), le motif financier ne ressort pas non plus comme un facteur poussant les gens à consulter aux urgences.

#### *b) La régulation faciliterait le parcours de l'utilisateur du système de soins si elle était mieux connue*

Les résultats de notre étude et les apports de la littérature indiquent que les patients privilégient la facilité d'accès par la proximité géographique, et le caractère connu des urgences hospitalières notamment la notion d'ouverture 24heures sur 24, sans chercher à savoir si la voie choisie est celle adaptée à leur situation, et bien que le confort d'usage ne soit optimal.

Dans la majorité des cas, ils ne connaissent pas le rôle de la régulation médicale, ni le fonctionnement du système de PDS. On peut penser que si la population était mieux informée de l'intérêt de la régulation, elle y recourrait nettement plus. En effet, au regard de la facilité pour l'utilisateur, passer un appel qui peut éviter un passage inutile aux urgences, favorise le parcours de soins pour l'utilisateur. En outre, cet appel permet d'avoir un premier avis médical, et de définir la prise en charge la plus adéquate : conseil, téléprescription, orientation vers le médecin effecteur, organisation d'un transport vers le centre hospitalier.

M. Guerry en venait à la même conclusion dans sa thèse (21) : « Il est étonnant que les patients ne se réfèrent pas plus à un professionnel de santé (Centre 15) pour être guidés dans la prise en charge la plus adaptée médicalement à leur problème. En effet, c'est l'essence même du Centre 15 de gérer rapidement les problèmes de santé de la population (c'est une solution qui est présente partout et tout le temps). Le Centre 15 paraît être la structure adaptée mais méconnue par les patients. »

➤ **Conclusion :**

- Du point de vue de la population, c'est la facilité d'usage, de mise en œuvre qui prime sur la solution la plus adaptée au problème médical.
- Donc une utilisation plus généralisée de la régulation devrait avoir l'adhésion de la population générale.

5. Multiplicité des canaux à travers lesquels les personnes s'attendent à trouver l'information

Les méthodes d'accès au médecin généraliste de garde évoquées sont très informatives. Elles nous permettent de savoir où les personnes vont chercher cette information. Cela offre des pistes de travail pour améliorer la communication à propos de l'accès à la PDS.

*a) L'importance des répondeurs des médecins traitants*

Parmi les réponses jugées valides, appeler le répondeur de son médecin traitant a été cité par plus d'un quart des répondants. Il est donc essentiel que les médecins généralistes donnent la bonne information et la bonne conduite à tenir en leur absence sur leur répondeur.

*b) Le problème de la disponibilité de la bonne information sur Internet*

Il s'agit ici de l'un des principaux problèmes soulevés par ce travail de thèse : près de 40% des personnes ne sachant pas comment joindre le médecin généraliste de garde chercheraient l'information sur Internet. Or, lorsqu'on met dans la barre de recherche de Google « médecin généraliste de garde » et le nom de la ville souhaitée, dans la grande majorité des cas, on tombe sur des sites non officiels qui donnent un numéro payant promettant l'accès au médecin de garde.

C'est une défaillance de la mission de service public que l'information officielle et juste ne sorte pas en premier lors d'une recherche simple.

A noter que dans quelques rares cas, l'information sortant sur Internet est la bonne, notamment en cherchant un médecin de garde à Capbreton (38) : on tombe facilement sur le site de la mairie qui donne clairement la conduite à tenir. Mais ce cas reste rare, dans la plupart des cas on tombe sur les sites payants ou sur le site de la mairie qui ne donne pas la bonne information comme par exemple la maire de Labenne (Sud Landes) (39) qui recommande d'appeler le commissariat de Police pour avoir le médecin de garde.

*c) La nécessité de réduire le mésusage des autres numéros d'urgence*

Parmi les méthodes non valides citées, près de 30% des personnes interrogées disent qu'elles appelleraient un autre numéro d'urgence pour joindre le médecin généraliste de garde : le commissariat de police, la gendarmerie, ou les pompiers.

Cela renforce la nécessité de bien informer le public afin de réduire le mésusage des autres numéros d'urgences. En effet, une personne qui appelle les pompiers pour avoir le médecin de garde encombre la ligne d'appel et retarde la prise en charge d'appels relevant effectivement des pompiers.

*d) La persistance d'une information dépassée : l'information dans le journal*

Une partie des personnes interrogée pensent que le médecin de garde est noté dans le journal, le Sud-Ouest et le journal de Saint Palais ont été cités. Or depuis de nombreuses années ce n'est plus le cas. Je n'ai malheureusement pas pu trouver l'information exacte lors de mes recherches, et mes mails au journal Sud-Ouest sont restés sans réponse.

Même les jeunes générations citent cette méthode, alors qu'elle n'est plus en place depuis longtemps. Cela induit une autre méthode non citée et probablement très présente : le bouche-à-oreille.

*e) L'affichage en pharmacie, un recours plus marginal*

De manière plus anecdotique l'affiche en pharmacie a été citée par les sujets interrogés. Ces personnes pensaient que le numéro du médecin de garde était affiché en vitrine des pharmacies. Ce n'est pas le cas et je pense que ces personnes confondaient avec le numéro pour joindre le pharmacien de garde qui est en général affiché sur la porte de la pharmacie fermée.

*f) Remarque méthodologique*

Le système de triage des méthodes citées pour accéder au médecin généraliste de garde n'est pas parfait. Nous avons dû faire des arbitrages afin de synthétiser les méthodes évoquées dans

les questionnaires. C'est ainsi que nous avons classé parmi les méthodes valides « appeler son médecin traitant pour avoir la conduite à tenir sur son répondeur ». Toutefois, nous n'avons pas l'assurance que les messages d'accueil des répondeurs donnent toujours la bonne information. De plus la méthode « chercher sur Internet » a été classée parmi les méthodes non valides, alors que dans certaines circonstances il est possible de trouver l'information mais pas de manière directe, tout dépend des mots clés mis dans la barre de recherche. Après avoir effectué de nombreux essais avec différents mots clés nous avons décidé de classer cette méthode comme non-valide devant la difficulté trop importante pour aboutir à la bonne information.

- **Conclusion :** de nombreuses voies de communication sont suggérées par les réponses au questionnaire

## 6. Différences entre le samedi matin et les périodes de PDSA

Cette partie vise à répondre à la troisième hypothèse secondaire (les filières de soins ne sont pas suffisamment respectées le samedi matin).

Nous avons fait l'hypothèse que le public assimilait le samedi matin à une période de garde de PDS et non à une période ouvrable pour les cabinets de médecin générale, et qu'en conséquence, les filières de soins n'étaient pas respectées le samedi matin.

La population a une meilleure connaissance du fonctionnement de la médecine libérale le samedi matin que sur la période de PDS. Ainsi pour ce qui concerne le comportement en situation, 71,21% ont adopté un comportement recommandé dont 65% de recours au médecin traitant. Comme en période de PDS, on note des intentions de comportement moins cohérentes avec les recommandations que le comportement en situation. La principale différence ici étant la proportion de personnes qui envisage le recours au service des urgences (29% des intention et seulement 12% des comportements en situation). Enfin malgré tout, 25% des personnes interrogées déclarent ne pas savoir si le cabinet de leur médecin traitant est ouvert le samedi matin.

Par ailleurs, comme pour la période de PDS, la zone de Baigorry se distingue des 4 autres zones par une meilleure connaissance et une meilleure utilisation du système de soins.

Ces données ne sont pas concordantes par rapport aux statistiques des appels du SAMU 64A. En effet, on retrouve que 72% des appels du samedi (24h) sont reçus entre 8h et 12h. De plus, 71% de ces appels concernent un motif de médecine générale.

- **Conclusion :**
  - L'analyse que nous avons réalisée pour la période de PDS, s'applique également à la période du samedi matin mais de façon moins marquée.

- Dans notre étude, une majorité plus forte de la population adopte des comportements recommandés
- Malgré tout, une part non négligeable (25%) ne sait pas si le cabinet de son médecin traitant est ouvert le samedi matin.
- La troisième hypothèse secondaire (les filières de soins ne sont pas suffisamment respectées le samedi matin) n'est pas validée par les résultats de notre étude.

## PARTIE V : PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS

---

### I. Perspectives et applications concrètes

Dans cette partie nous allons présenter des propositions qui découlent de notre analyse. Elles traitent successivement de l'organisation de la régulation, des horaires de PDS, de l'accès à la PDS, de la communication auprès du public, et de la communication auprès des professionnels de santé. L'ensemble de ces recommandations visent à répondre à plusieurs objectifs. D'une part une meilleure utilisation des ressources, tout en répondant à la mission de service public et d'autre part prendre en compte le point de vue du patient afin qu'il fasse bon usage du système mis en place.

#### 1. Le rôle indispensable de la régulation téléphonique

Il s'agit de la base du système de PDS, c'est le lieu de la mise en adéquation des demandes de soins et des ressources. L'accès à la PDS par la régulation n'est pas connu du public, il est donc sous-utilisé. Il est primordial de simplifier le système pour en faciliter son accès.

##### *a) Simplification de l'accès avec mise en place d'un numéro unique et commun à l'AMU et la PDS*

L'accès au système serait facilité par l'existence d'un numéro de téléphone unique, national et commun à la PDS et l'AMU.

En effet, si on donne à la population le message qu'il faut appeler avant de se déplacer en cas de problème de santé en l'absence du médecin traitant, on ne peut pas leur demander de savoir faire la différence entre un appel pour l'AMU et un appel pour la PDS. L'avantage d'un numéro unique permettrait à l'ARM de faire un aiguillage des appels sans être influencé par le numéro composé par la personne en demande de soins. De plus, demander aux gens de faire cette différence alors qu'ils n'ont pas l'expertise peut les inciter à majorer ou minorer leur plainte pour justifier de leur appel au numéro de l'AMU ou à celui de la PDS. Un numéro unique pallie ce problème.

Un rapport du Sénat de 2017 préconise aussi de revenir sur l'instauration du numéro spécifique de PDS : le 116117 (40). Il note la quasi-unanimité des rapports regrettant la mise en place du nouveau numéro, générant plus de confusion dans un paysage déjà peu lisible. Les rapporteurs du Sénat « relèvent que la formule plébiscitée par les acteurs semble être celle d'une régulation mutualisée au sein d'un même lieu où coopèrent médecins libéraux et médecins du Samu, un tri préalable étant effectué par les Assistants de Régulation Médicale (ARM) correctement formés, et accessible par un numéro unique autour duquel s'organise la communication ».

Dans certaines autres études, la création d'un numéro spécifique à la PDS est souhaitée par les acteurs du secteur. Par exemple, dans l'étude ELABE du CNOM de 2018 (41), 46% des médecins interrogés pensent que cette mesure serait efficace pour améliorer le fonctionnement de la PDS, contre 34% qui pensent que cette mesure ne serait pas efficace.

Un autre avantage du numéro unique et commun est qu'il constitue un seul numéro à retenir pour la population et s'il est national cela permet de ne réaliser qu'un seul apprentissage dans une population qui est mobile. La question se pose alors de savoir quel numéro retenir pour la régulation médicale donnant accès à l'AMU et à la PDS. On peut évoquer le « 15 » car il est déjà connu par la majorité de la population mais nécessite une grande campagne d'information pour élargir la connaissance sur son rôle. Un autre numéro qui serait intéressant à développer est le « 112 », l'avantage est que ce numéro fonctionne dans toute l'Europe et donc pourrait faciliter la communication autour de ce numéro y compris pour les touristes.

Cette mesure ne serait vraiment efficace pour la bonne utilisation du système que s'il y a une harmonisation sur le plan national et donc que certaines décisions soient prises sur le plan national et non par les ARS.

Si on compare notre système d'accès à la PDS à d'autres systèmes en Europe, on peut constater tout d'abord que dans les autres pays européens, il existe aussi une disparité interrégionale, avec une organisation régionale dans un cadre légal national. Un article de la Revue Française des Affaires Sociales relève que « les problèmes de recours systématiques aux urgences hospitalières semblent moins importants au Royaume-Uni et en Suède où les populations sont un peu mieux informées et surtout plus responsabilisées dans l'ensemble. » (42) il est intéressant de noter que la Suède et le Royaume-Uni sont des pays où l'accès à la PDS se fait via une régulation, contrairement à l'Allemagne, l'Espagne ou l'Italie. Mais une différence importante avec le système français est que cette régulation est gérée par des médecins et des infirmiers.

Cet article note que dans tous les pays les changements successifs du système de PDS mènent à une méconnaissance par le public, que les campagnes ne font pas toujours l'objet d'une approche coordonnée de l'ensemble et une hésitation des politiques à faire une campagne d'information efficace de peur que le public ne surutilise le système. Il paraît dommage de laisser le public mal utiliser le système, il vaudrait mieux responsabiliser les usagers plutôt que de les laisser ignorer le système. L'article note que dans tous les pays il y a une demande de la part du public pour « une meilleure information, simple et un accès à un seul numéro »

Au Royaume-Uni et en Suède, le modèle vise à la création d'un centre d'appel unique reposant sur la centralisation, le triage de appels en situation de PDS voire continuellement. Une grande partie de ce triage est délégué à des infirmiers spécialement formés.

L'accès à la régulation a changé dans certains départements sous l'influence nationale mais avec des initiatives locales. Par exemple en Midi-Pyrénées, avant il y avait une régulation libérale indépendante du 15, en parallèle de la régulation médicale du SAMU Centre 15. Mais il y a quelques années, le gouvernement a voulu tout recentrer sur le 15 et a donc encouragé ces initiatives locales à se rallier au 15. En 2016, sur l'impulsion d'un autre gouvernement, un numéro spécifique de PDS est créé, mais n'est pas mis en place sur tout le territoire national et aucune communication n'est faite sur ce numéro. Ce numéro est donc très peu utilisé et pour le moment ne fait que rajouter de la confusion dans un système déjà peu lisible.

➤ **Proposition :**

- Mettre en place l'utilisation du 15 ou du 112 comme numéro national unique d'accès à la régulation médicale, porte d'entrée vers l'AMU et la PDS.
- Progressivement supprimer les autres numéros d'accès à la PDS.

*b) Systématiser le passage par la régulation*

Afin d'assurer la bonne utilisation du système, il conviendrait de rendre le passage par la régulation systématique pour l'accès au médecin généraliste de garde mais aussi pour une consultation aux urgences ou par SOS Médecins.

Cela permettrait de s'assurer de la bonne orientation des patients selon leur symptômes et leur situation et donc d'assurer de meilleures prises en charge et éviter des déplacements inutiles. De plus cela permettrait un meilleur usage des ressources.

L'idée serait de mettre en place un système similaire à l'accès au médecin spécialiste. Depuis 2009, sauf exceptions, l'accès au médecin spécialiste se fait après avis du médecin traitant. Dans le cas où un patient aurait recours à un avis spécialisé en dehors du parcours de soins, une majoration du ticket modérateur est appliquée (43). De la même manière, on pourrait imaginer que pour accéder aux urgences un contact médical préalable soit nécessaire. Soit le patient arriverait avec un courrier de son médecin traitant ou de SOS Médecins, soit il appellerait la régulation médicale, qui donnerait son aval en envoyant un courrier aux urgences (par mail ou fax). Ainsi cela permettrait de donner une réponse adaptée aux demandes de soins non programmées.

Une idée similaire a déjà été évoquée par une ancienne ministre de la santé, Roselyne Bachelot qui suggérait (44) de se fonder sur le modèle danois. En effet au Danemark, les urgences ne sont pas en accès libre, il faut d'abord consulter soit une infirmière soit le médecin généraliste de garde avant d'y être adressé par ces derniers (45). Ce modèle danois a aussi été cité par l'actuelle

ministre de la santé Agnès Buzyn lors d'une interview sur France Inter en Aout 2019 (46). Elle citait le recours à la régulation en amont d'une consultation aux urgences comme une solution possible pour limiter les passages inutiles aux urgences, mais elle suggère un nouveau numéro supplémentaire.

Cette idée n'est donc pas nouvelle mais n'a pas été mise en place.

Je ne pense pas qu'il faille rendre cela obligatoire dans le sens où il ne faudrait pas l'assortir de sanctions. Si le système était homogénéisé, il permettrait la mise en place d'une campagne d'information cohérente et nationale présentant le recours à la régulation médicale comme une facilité pour l'accès aux soins. On n'aurait pas besoin de rendre le contact médical préalable obligatoire, car le public y aurait recours par facilité.

Cela aurait pour effet de diminuer ou du moins limiter le nombre de passages aux urgences et donc aussi le coût pour la société. En effet, selon la Cours des Comptes (47), un passage au urgences coûte en moyenne 134 à 150 euros en horaire de PDS en passage simple. Et à cela vient s'ajouter le montant de la réalisation d'examen complémentaires, alors qu'un recours à la PDS par la consultation du médecin généraliste de garde revient à 51,50 à 76,50 euros. Le coût du passage aux urgences est donc sous-estimé mais est nettement supérieur au coût d'une consultation auprès du médecin généraliste de garde.

Dans l'étude ELABE menée pour le CNOM (41), l'idée de généraliser la régulation est citée par le président d'un CDOM. Selon lui, le service des urgences suppose un tri à l'accueil et c'est l'appel au 15 qui pourrait jouer ce rôle de régulation : « on a la structure, il faudrait peut-être la muscler. C'est l'utilisation du 15 qui est déterminante. Et c'est à cette structure de répartir les gens. »

Pour une application concrète je pense qu'un tel système pourrait s'appliquer à l'hôpital public mais difficilement aux cliniques privées et à SOS Médecins qui regroupe des médecins libéraux. On pourrait dans un premier temps encourager les usagers à avoir recours à la régulation systématiquement.

Nous avons montré que la présence de SOS Médecins avait tendance à diminuer le recours à la régulation, ce qui peut nuire au bon fonctionnement du système de PDS car des consultations importantes peuvent être retardées par certaines moins justifiées à cause du manque de régulation médicale. Les associations de PDSA type SOS Médecins, restent un maillon essentiel de la chaîne de soins en horaires de PDS et en horaires ouvrable. Elles participent à maintenir une véritable continuité des soins en ambulatoire c'est-à-dire lorsque les cabinets médicaux sont fermés ou injoignables (jours off, planning complets, ...), y compris en nuit profonde et couvrent 60% de la population française (48).

➤ **Proposition :**

- Rendre un contact médical préalable nécessaire à l'accès aux services d'urgences
- Favoriser la régulation préalable à une consultation à SOS Médecins en horaire de PDS.

Pour assurer la réussite du système, il est essentiel de le rendre plus lisible pour le public, notamment en ce qui concerne les horaires spécifiques pour lesquels la régulation par un médecin généraliste est mise en place.

*c) Simplification des horaires avec intégration du samedi matin dans la PDSA*

Les horaires spécifiques du système de PDSA ne correspondent pas à la réalité vécue par les patients et constituent un obstacle majeur à la compréhension du système de PDS.

Nous avons pu voir dans notre étude que la moitié des personnes interrogées ne sait pas si le cabinet de leur médecin traitant est ouvert le samedi matin ou pense qu'il est fermé. De plus, le nombre d'appel au SAMU le samedi matin est très important : 72% des appels du samedi (sur 24h) sont reçus entre 8h et 12h (32). Une forte proportion de ces appels, 71%, relève de la PDS et confirme que le public ignore que cette période n'est pas une période de garde PDS mais une tranche horaire ouvrable. Le système actuel exclut le samedi matin de la régulation médicale libérale et de l'effectation en ambulatoire, cela peut engendrer des retards de prise en charge car des patients (ou des EHPAD) attendent le samedi midi pour appeler et avoir le médecin de garde.

Cela simplifierait aussi la communication sur la PDS car ces horaires trop spécifiques nuisent à la lisibilité du système.

Cette extension des horaires de PDSA au samedi matin est suggérée par un rapport du Sénat de 2017 (40). Les rapporteurs relèvent la « nécessité d'étendre au samedi matin, les horaires de PDSA ». De plus, dans l'étude ELABE pour le CNOM, 48% des médecins interrogés pensent que s'extension de la PDS au samedi matin serait efficace pour améliorer son fonctionnement, contre 38% qui sont contre.

➤ **Proposition :**

- Homogénéiser les horaires sur le plan national.
- Intégrer le samedi matin dans les horaires de garde PDS tant pour la régulation que pour l'effectation.

#### d) *Continuité de la régulation médicale par les généralistes*

Le système actuel dit assurer la continuité des soins en assurant un service de régulation médicale par un médecin généraliste entre 20h et 8h la semaine et le week-end à partir du samedi midi. Or dans la plupart des cas les médecins ont un jour (ou une demi-journée) de repos dans la semaine, et ne sont pas tous ouverts dès 8h et jusqu'à 20h. Il y a donc de nombreux moments où les patients ne peuvent joindre leur médecin traitant mais où la PDS n'est elle-même pas mise en place.

Afin de maintenir une véritable continuité des soins avec les cabinets de médecine générale, il conviendrait d'étendre les horaires de la PDS tout d'abord au samedi matin et idéalement mettre en place une véritable continuité, 24h sur 24, comme c'est le cas en Gironde (4).

L'idée serait qu'à n'importe quelle heure, un patient pourrait joindre un médecin généraliste à la régulation médicale pour un avis médical, une conduite à tenir, si son médecin traitant n'est pas joignable. Le généraliste régulateur serait soit sur place, soit dans un autre centre d'appel (en journée ou en nuit profonde par exemple) en fonction des SAMU Centres 15 et des horaires.

Cette extension des horaires de PDS est suggérée par le rapport du Sénat de 2017 précédemment cité (40) : « à terme, il pourrait même être envisager d'assurer une régulation en PDSA 24 heures sur 24 afin de s'adapter aux nouveaux modes de vie, d'exercice et de recours à la médecine »

#### ➤ **Proposition :**

- A terme, étendre la régulation par un médecin généraliste 24h/24, grâce à la mutualisation des régulations médicales.

#### 2. Une campagne de communication de grande ampleur

Afin de faire connaître le système de PDS simplifié, une campagne d'information de la population serait nécessaire.

#### a) *Les canaux de diffusion :*

Les sources d'informations évoquées par les personnes interrogées dans notre étude donnent des pistes quant aux endroits où le public s'attend à trouver l'information concernant le médecin généraliste de garde. Il s'agit donc de piste ou placer l'information pour être efficace.

- Internet : il faudrait pouvoir trouver une information claire et rapidement sur Internet, avec un site bien fait qui permettrait un référencement naturel performant, ou en achetant des mots clés.

- Sur les répondeurs des médecins traitants : une communication devrait être faite auprès des médecins généralistes afin d'harmoniser les messages des répondeurs et surtout de bien insister sur la conduite à tenir en leur absence.
- Dans les journaux : étant donné que malgré l'obsolescence de l'information une partie de la population continue de penser que le nom du médecin de garde est inscrit dans le Sud-Ouest, on pourrait mettre un encart dans les journaux locaux, à l'endroit où était inscrit cette information avant, pour informer de la conduite à tenir en période de PDS. Dans sa thèse faisant un état des lieux de la PDS dans l'Essonne, P. Dionis Du Séjour suggérait aussi cette idée (22).
- Affichage sur les portes de pharmacie : une affiche donnant clairement la conduite à tenir pourrait être présente sur les portes de pharmacie, à côté de l'affiche donnant la conduite à tenir pour trouver la pharmacie de garde.
- Spot publicitaire TV et/ou radio : ce serait le meilleur moyen pour informer massivement la population, un spot du type « les antibiotiques c'est pas automatique ». L'inconvénient de ce canal de diffusion est qu'il suppose une harmonisation totale sur le territoire français, dans l'état actuel des choses, il y a d'autres réformes à prioriser avant de penser à ce type de communication.

#### *b) Le message :*

Le message donné par ces campagnes de communication devrait couvrir plusieurs points :

- L'expression « permanence » crée de la confusion et renvoie plutôt à l'idée des urgences ouvertes en permanence. Je pense que l'emploi de l'expression « continuité » des soins, avec la notion de continuité dans la suite du médecin traitant, permettrait plus de clarté sur le rôle de ce service.
- Le but de ce message serait d'exposer le recours à la régulation comme la solution de facilité pour les usagers. En effet, comme nous l'avons vu dans l'analyse des résultats un élément décisionnel important dans une situation de demande de soins non programmés est la facilité. Actuellement les usagers perçoivent les urgences comme plus facile car plus connues. Il faudrait changer cette perception en expliquant qu'on n'a pas forcément besoin de se déplacer et qu'un avis téléphonique peut être suffisant.

Au cours de l'année 2019, donc durant mon travail de thèse, j'ai été surprise de voir coexister des campagnes d'information contradictoires concernant l'utilisation du numéro 15. Par exemple actuellement une campagne d'information de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine (disponible en annexe) donne le message « la nuit / le week-end, si je ne peux pas attendre l'ouverture des cabinets médicaux, je ne me déplace pas aux urgences, j'appelle le 15 ». Dans le même temps, cet hiver, une campagne d'information diffusée à la radio concernant les mesures préventives de la grippe,

disait de n'appeler le 15 qu'en cas d'urgence vitale. Donnant là un message contradictoire pour les usagers du système de soins. Une homogénéisation nationale est donc nécessaire aussi pour éviter ces campagnes d'information coûteuses et contreproductives.

- **Proposition** : engager une campagne de communication après avoir homogénéisé le système de PDS sur le plan national.

Si une large communication est associée à des réformes du système de PDS et de régulation médicale, le nombre d'appels va fortement augmenter. Pour faire face à cela la formation et le recrutement des professionnels de santé sont indispensables.

### 3. Formation et recrutement des professionnels de santé pour le bon fonctionnement de la régulation médicale

La mise en place des mesures évoquées aurait comme effet d'augmenter fortement le nombre d'appel à la régulation médicale. Pour assurer une réponse adaptée, il serait indispensable de former du personnel médical et paramédical pour assurer le bon fonctionnement du système.

D'une part, il faudrait augmenter le nombre de médecins généralistes formés à la régulation et volontaires pour participer à un tour de garde. Cette formation devrait être à la fois accessible à tout médecin généraliste et intégrée dans la formation des internes de médecine générale. Pour les internes et les externes, un passage à la régulation peut être organisé lors du stage aux urgences par exemple. De plus plusieurs pistes ont été proposées en 2018 par le CNOM (49) pour améliorer l'attractivité de la participation à la PDS pour les médecins. Par exemple, défiscaliser les revenus issus des gardes (pour le régulateur et pour l'effecteur), selon l'étude ELABE, 75% des médecins interrogés pensent que cette mesure serait efficace pour améliorer l'attractivité de la PDS. Selon une étude du CNOM, 56% des médecins interrogés estiment qu'il faudrait améliorer la sensibilisation des étudiants en médecine concernant la PDS.

D'autre part il est indispensable de former et de recruter des Assistants de Régulation Médicale, le bon fonctionnement du système reposant sur eux. Le rapport du Sénat de 2017 note « la fonction d'ARM est insuffisamment valorisée et encadrée, en dépit de son importance cruciale ». En effet, il s'agit d'un rôle très important dans la chaîne de soins, et ce rôle peut être très stressant alors qu'il demande entre autres d'être apaisant pour les appelants. Il existe deux établissements délivrant une formation bac +1 d'ARM, mais cette formation n'est pas obligatoire pour exercer la fonction. Dans la majorité des cas les établissements recrutent les ARM selon leurs propres critères, souvent comme mesure de reclassement des paramédicaux de l'établissement pour lesquels seule une formation minimale est dispensée. En 2016, un référentiel métier est édité par la Société Française de Médecine d'Urgences (SFMU) qui donne les grandes lignes de la fonction

d'ARM (50). Ce document reconnaît que « l'absence de Diplôme d'État rend la formation initiale empirique et hétérogène ». Ce document donne quelques bases communes pour pallier l'absence de formation diplômante générale. Depuis la rentrée 2019, une formation a été mise en place dans 10 centres en France par le Ministère des Solidarités et de la Santé (51). Il s'agit d'une formation d'un an, avec 50% de théorie et 50% de pratique. Reste à rendre cette formation obligatoire pour occuper un poste d'ARM.

➤ **Proposition :**

- Intégrer le passage au SAMU à la formation des étudiants en médecine lors du stage aux urgences, pour les internes et pour les externes.
- Rendre ces postes plus connus des professionnels de santé et plus attractifs, notamment en défiscalisant les revenus des gardes.
- Mettre en place une formation initiale standardisée pour les ARM et la rendre obligatoire pour exercer la fonction.

## II. Ouverture sur d'autres pistes de recherches

Afin de poursuivre ce travail, les études suivantes pourraient être réalisées :

- Une affiche expliquant le système de PDS est diffusée par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, mais elle me semble peu lisible pour le public et peu disponible. Une étude pourrait être réalisée sur l'effet de la campagne d'information.
- Lors de mon recueil de données, plusieurs phénomènes m'ont surpris chez les répondants. Notamment, chez certains, l'incohérence apparente de leurs réponses. La réalisation d'une étude qualitative pourrait permettre une approche plus fine pour évaluer les processus décisionnels dans le cadre de la PDS.
- La portée de notre étude reste limitée tant sur le plan géographique que par le nombre de sujets interrogés. Une étude avec échantillon plus grand pourrait permettre une analyse statistique plus conséquente.
- Un des points importants soulevés est l'importance du message laissé sur les répondants des médecins traitants. Je n'ai pas trouvé d'étude relevant les messages laissés. Je pense que ce genre d'étude serait intéressante.

## CONCLUSION

---

Nous avons réalisé cette étude quantitative dans le but d'analyser la connaissance qu'a la population du territoire « Navarre – Côte Basque » de la permanence des soins, et de décrire les comportements du public face à une demande de soins non programmé en horaire de PDS. Cette problématique nous a semblé importante dans le contexte actuel d'augmentation constante de la fréquentation des urgences.

Sur la base de notre échantillon d'analyse nous avons pu constater que la majorité de la population ne sait pas comment fonctionne le système de PDS et déclare des intentions de comportements qui ne sont pas cohérentes avec le système de soins existant. De même, toujours sur la base de notre échantillon nous avons montré qu'un quart de la population ne sait pas que le samedi matin fait partie des jours ouvrables, cette part de la population est donc susceptible d'avoir un recours inadapté au système de soins, par manque de connaissance des périodes de fonctionnement de la PDS.

Pour une majorité de la population le fonctionnement du système de soin en horaire de PDS n'est pas bien compris, et le mode d'accès au médecin généraliste de garde n'est pas connu. De plus, on n'observe pas d'effet d'apprentissage auprès de la population ayant eu recours à l'offre de soin en horaire de PDS : cette dernière ne connaît pas mieux le système que la population n'y ayant pas eu recours.

En revanche, la constitution d'un échantillon reflétant la diversité des territoires en termes d'offre de soins en PDSA nous a permis d'établir que le territoire, en particulier l'accessibilité aux urgences et la présence de SOS Médecins influent sur la connaissance et la compréhension que la population a du fonctionnement de la PDS et sur son mode de recours au système de soin en horaire de PDS. Ces comportements observés, confirmés par d'autres études réalisées sur ce sujet tendent à faire penser que pour l'utilisateur du système de soins, c'est la facilité d'usage et non le recours le plus adapté à la situation qui détermine son comportement en cas de demande de soin en horaire de PDS.

Dans ce contexte, il apparaît important, pour favoriser la bonne utilisation du système, de simplifier le système de PDS en mettant en place un numéro unique national et commun à la PDS et à l'AMU pour le recours à la régulation médicale. De plus, afin de faciliter l'usage du système pour le public et pour les professionnels de santé, il faudrait homogénéiser les horaires sur le plan national avec intégration du samedi matin dans les horaires de PDSA. Ces mesures favoriseraient un recours généralisé à la régulation médicale, qui est la clé de voute du système. Pour finir, afin de faire

connaître le dispositif et de faire comprendre son intérêt, une communication de grande ampleur paraît nécessaire mais seulement après une homogénéisation du système afin d'éviter des campagnes d'informations contradictoires.

## Références bibliographiques

---

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 77 - Permanence de soins - obligations [Internet]. oct 11, 2012. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-77-permanence-de-soins-obligations-301>
2. Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins - Remis à Mr J.F. Mattei, ministre de la santé [Internet]. Ministère de la santé; 2003. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_descours.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf)
3. CNOM. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoire en médecine générale au 31 décembre 2017. mars 2018;98.
4. ARS Aquitaine. Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoire en Nouvelle-Aquitaine [Internet]. 2018 oct [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/permanence-des-soins-ambulatoires-0>
5. ARS Nouvelle Aquitaine. Permanence des soins ambulatoires [Internet]. 2019 [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/permanence-des-soins-ambulatoires-0>
6. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Comptes nationaux de la santé 2013 - édition 2014 [Internet]. 2014 [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes\\_sante\\_2013\\_edition\\_2014.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2013_edition_2014.pdf)
7. Cour des comptes. Rapport de la sécurité sociale 2014 [Internet]. 2014 [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport\\_securite\\_sociale\\_2014\\_urgences\\_hospitalieres.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf)
8. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France - CNOM [Internet]. 2018 [cité 6 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf)
9. 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). 2003-880 sept 15, 2003.
10. Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2005-328 avr 7, 2005.
11. Ritter P. Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS) [Internet]. 2008 [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports->

publics/084000146.pdf

12. Code de la santé publique - Article R6313-1. Code de la santé publique.
13. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
14. CNOM. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoire en médecine générale au 31 décembre 2018 [Internet]. 2019 [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_rapport\\_pdsa\\_2018.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2018.pdf)
15. Code de la santé publique - Article R6315-1. Code de la santé publique.
16. HAS. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmé dans le cadre de la régulation médicale [Internet]. 2011 [cité 29 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics\\_regulation\\_medicale.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_regulation_medicale.pdf)
17. INSEE. Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2017 - département des Pyrénées-Atlantiques. 2016.
18. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. 2017 [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: [https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=293319,6297810,184067,118843&c=indicator&f=0&i=gene\\_poppage.eft&s=2017&selcodgeo=64&view=map5](https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=293319,6297810,184067,118843&c=indicator&f=0&i=gene_poppage.eft&s=2017&selcodgeo=64&view=map5)
19. DREES. Tableau effectifs des médecins - Etudes et statistiques [Internet]. 2016 [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: [http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF\\_ActivePath=P,490,497,514](http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,514)
20. Merini M-C. Evaluation de la connaissance du système de Permanence Des Soins par la population de l'Ain, [Mémoire de DES de Médecine Générale]. [Lyon]: Université Lyon-Est; 2014.
21. Guerry M. Pourquoi les patients vont-ils aux urgences au lieu de solliciter la permanence des soins? Étude observationnelle descriptive transversale au sein des services d'urgence du CHU de Bordeaux (site Pellegrin) et du CH d'Agen [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2016.
22. Dionis Du Séjour P. 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 [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2017.
23. Poissy E. Evaluation de la permanence des soins auprès du grand public dans le secteur SOS médecins Meurthe-et-Moselle - à propos de 255 cas [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2008.

24. Griffin EF. Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgence du Havre [Thèse d'exercice]. [Rouen]: Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2012.
25. DREES. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières - questionnaire patient [Internet]. 2013 [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/questionnaire\\_patient.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/questionnaire_patient.pdf)
26. INSEE. Dossier complet - Intercommunalité-Métropole de CA du Pays Basque (200067106) | Insee [Internet]. 2019 [cité 20 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-200067106>
27. Syndicat MGFrance. Patients sans Médecin traitant, mythe ou réalité ? [Internet]. Syndicat MGFrance. 2019 [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/actualite/profession/2142-patients-sans-medecin-traitant-mythe-ou-realite>
28. PUBLIC SOS Médecins France - Carte d'implantation [Internet]. [cité 13 août 2019]. Disponible sur: <http://www.sosmedecins-france.fr/index.php/accueil/carte-dimplantation/article/7-essonne>
29. INSEE. Professionnels de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2017 [Internet]. 2017 [cité 13 août 2019]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD\\_068\\_tab1\\_departements](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD_068_tab1_departements)
30. ASSUM 64. Rapport annuel d'activité des associations de régulation libérale. 2018.
31. Kasproski A. Déterminants du premier recours aux urgences adultes du CHU de Nantes des patients consultants sans avis médical préalable [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Université de Nantes; 20013.
32. Pôle Réanimation Médecine d'Urgence, Centre Hospitalier de la Côte Basque. Bilan d'activité 2017 - SAMU 64A, centre 15/112, SMUR Bayonne, SCMM 64. 2018.
33. Gavaille N. Relation entre le nombre d'appels en centre de réception et de régulation des appels de Gironde et la densité médicale [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2019.
34. Boudard O. Devenir des patients en présentation spontanée aux urgences de L'hôpital Pellegrin à Bordeaux et facteurs associés à ce type de recours [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2015.
35. Bénédicte Boisguerin, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation - DREES - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2014 [cité 6 mars 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/urgences-la-moitie->

des-patients-restent-moins-de-deux-heures-hormis-ceux

36. Lejaille V. Motivation de recours et parcours de soins aux urgences des patients d'une petite ville d'Ille et Vilaine : Redon [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2018.
37. Hascoët J. Patients auto-référés dans quatre services d'urgences en Haute-Normandie: quel profil? Quelles implications pour la permanence des soins? [Thèse d'exercice]. [Rouen]: Université de Rouen; 2013.
38. Ville de Capbreton. Services de gardes et urgences médicales [Internet]. [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.capbreton.fr/infos-pratiques/solidarites/sante/services-de-gardes-et-urgences-medicales.html>
39. Sarrazin G. Médecins de garde - ville de Labenne [Internet]. 2016 [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ville-labenne.fr/index.php/actus/141-cat-numeros-utiles/127-medecins-de-garde>
40. Laurence COHEN, Catherine GENISSON René-Paul SAVARY, au nom de la Commission des Affaires Sociales. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. Sénat; 2017 juill [cité 21 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6852.html>
41. Enquête ELABE pour le CNOM. Enquête auprès des médecins sur la permanence des soins ambulatoires [Internet]. 2019 [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_permanence\\_des\\_soins\\_rapport\\_d\\_etude.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_permanence_des_soins_rapport_d_etude.pdf)
42. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. *Revue française des affaires sociales*. 2006;(2):91-119.
43. Ministère de la santé et des sports. Parcours de soins coordonnés. 2009 p. 8.
44. Mari E, Payet M. Grève des urgences : les solutions des professionnels de santé face à la crise. *leparisien.fr* [Internet]. 2019 [cité 3 sept 2019]; Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/societe/greve-des-urgences-les-solutions-des-professionnels-de-sante-face-a-la-crise-13-06-2019-8092839.php>
45. Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU. Le système de santé danois, un exemple pour la France ? [Internet]. 2019 [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.sfmou.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/le-systeme-de-sante-danois-un-exemple-pour-la-france-/new\\_id/61757](https://www.sfmou.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/le-systeme-de-sante-danois-un-exemple-pour-la-france-/new_id/61757)
46. Agnès Buzyn : « Accorder 300 euros de plus (par mois) ne résoudra pas la crise des urgences » [Internet]. *Le 79 sur France Inter*. 2019 [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/l-invite-de-7h50/l-invite-de-7h50-26-aout-2019>
47. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités [Internet]. 2019 [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019->

48. Smadja S. SOS Médecins France - Organisation, activité et impact de SOS MÉDECINS [Internet]. 2010 [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.sosmedecins-france.fr/index.php/accueil/professionnels/activite/36-organisation-activite-et-impact-de-sos-medecins->
49. CNOM. Bilan de la permanence des soins 2018 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/bilan-permanence-soins-2018>
50. Penverne DY. Référentiel métier : Assistant de Régulation Médicale. 2016;53.
51. Ministère des Solidarités et de la Santé. SAMU-centres 15 : vers une formation diplômante pour les assistants de régulation médicale [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/samu-centres-15-vers-une-formation-diplomante-pour-les-assistants-de-regulation>

## Liste des tableaux

---

TABLEAU 1 : DEMOGRAPHIE MEDICALE EN PYRENEES-ATLANTIQUES ET EN FRANCE .....	16
TABLEAU 2 : COMMUNES DE LA SECTORISATION DE LA PDS - DEPARTEMENT DES PYRENEES-ATLANTIQUES .....	18
TABLEAU 3 : CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON .....	25
TABLEAU 4 : MOTIFS DE DEMANDE DE CONSULTATION .....	26
TABLEAU 5 : 1ER APPEL PASSE EN SITUATION ET SUITE DONNEE A LA PRISE EN CHARGE .....	27

## Liste des figures

---

FIGURE 1 : CARTE DE LA SECTORISATION DE LA PDSA - DEPARTEMENT DES PYRENEES-ATLANTIQUES .....	17
FIGURE 2 : CARTE DE LA ZONE REGULEE PAR LE SAMU 64A.....	21
FIGURE 3 : SATISFACTION CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE – 100 REPNSES .....	28
FIGURE 4 : ÉVALUATION DE L'INTENTION DE REPREDRE LES MEMES DECISIONS – 100 REPNSES .....	28
FIGURE 5 : COMPORTEMENT EN SITUATION – 100 REPNSES .....	28
FIGURE 6 : COMPORTEMENT EN SITUATION – PARCOURS DE SOINS.....	29
FIGURE 7 : COMPORTEMENT EN SITUATION EN FONCTION DE LA ZONE DE RESIDENCE – 100 REPNSES .....	29
FIGURE 8 : INTENTION DE COMPORTEMENT EN PERIODE DE PDS – 200 REPNSES.....	30
FIGURE 9 : INTENTION DE COMPORTEMENT EN PERIODE DE PDS, EN FONCTION DE LA ZONE DE RESIDENCE – 200 REPNSES.....	31
FIGURE 10 : INTENTION DE COMPORTEMENT EN PERIODE DE PDS, ATTITUDE RECOMMANDEE OU NON RECOMMANDEE, EN FONCTION DE LA ZONE DE RESIDENCE – 200 REPNSES .....	31
FIGURE 11 : COMPARATIF ENTRE L'INTENTION DE COMPORTEMENT ET LE COMPORTEMENT EN SITUATION, EN PERIODE DE PDS.....	32
FIGURE 12 : DETAIL DES INTENTIONS DE COMPORTEMENT EN FONCTION DU COMPORTEMENT EN SITUATION, EN PERIODE DE PDS...	32
FIGURE 13 : COMPORTEMENT EN SITUATION, LE SAMEDI MATIN – 66 REPNSES .....	33
FIGURE 14 : INTENTION DE COMPORTEMENT, LE SAMEDI MATIN - 198 REPNSES.....	34
FIGURE 15 : INTENTION DE COMPORTEMENT, LE SAMEDI MATIN, EN FONCTION DES ZONES DE RESIDENCE.....	34
FIGURE 16 : COMPARATIF ENTRE L'INTENTION DE COMPORTEMENT ET LE COMPORTEMENT EN SITUATION, LE SAMEDI MATIN .....	34
FIGURE 17 : DETAILS DES INTENTIONS DE COMPORTEMENT EN FONCTION DU COMPORTEMENT EN SITUATION, LE SAMEDI MATIN. ....	35
FIGURE 18 : "SELON VOUS, EST-CE QUE LE CABINET DE VOTRE MEDECIN TRAITANT EST OUVERT LE SAMEDI MATIN ? " - 200 REPNSES .....	35
FIGURE 19 : CONNAISSANCE DE L'OUVERTURE DU CABINET DU MEDECIN TRAITANT SELON LA ZONE DE RESIDENCE .....	36
FIGURE 20 : DEFINITION DE LA PDS – 200 REPNSES .....	36
FIGURE 21 : « SELON VOUS, QUEL EST LE PREMIER INTERLOCUTEUR SUR LEQUEL VOUS TOMBEZ EN APPELANT LE SAMU-CENTRE 15 ? » .....	38
FIGURE 22 : VALIDITE DE LA METHODE POUR ACCEDER AU MGG.....	38
FIGURE 23 : METHODES NON VALIDES POUR ACCEDER AU MGG .....	39
FIGURE 24 : METHODES VALIDES POUR ACCEDER AU MGG .....	39

FIGURE 25 : VALIDITE DE LA METHODE POUR ACCEDER AU MGG EN FONCTION DU COMPORTEMENT EN SITUATION .....	40
FIGURE 26 : VALIDITE DE LA METHODE POUR ACCEDER AU MGG EN FONCTION DE L'INTENTION DE COMPORTEMENT .....	40
FIGURE 27 : VALIDITE DE LA METHODE POUR ACCEDER AU MGG EN FONCTION DE LA ZONE DE RESIDENCE.....	40
FIGURE 28 : VALIDITE DE LA METHODE POUR ACCEDER AU MGG EN FONCTION D'UNE PRECEDENTE UTILISATION DE LA PDS .....	41
FIGURE 29 : "VOUS ESTIMEZ-VOUS SUFFISAMMENT INFORME CONCERNANT LA PDS ?" .....	41

## Annexes

---

### Questionnaire de l'étude :

#### Enquête concernant la permanence des soins

Bonjour, je suis étudiante en médecine générale et je réalise une enquête concernant l'organisation de la permanence des soins de médecine générale les soirs et les week-ends. Ce questionnaire anonyme vous prendra environ 5 minutes et fera l'objet par la suite d'un travail de thèse (traitement statistique).

Votre participation est importante pour que l'enquête soit la plus représentative possible.

En vous remerciant par avance.

#### 1<sup>ère</sup> partie : dernière expérience d'utilisation du système de permanence des soins

Cette partie concerne la dernière fois que vous avez eu besoin d'un médecin généraliste en dehors des horaires d'ouverture du cabinet de votre médecin traitant. Dans une situation où vous, ou un proche (enfant, parent, ami, etc.), avez rencontré un problème de santé qui vous a inquiété, et vous a poussé à vouloir consulter un médecin malgré tout. Par exemple pour une douleur au ventre, une forte fièvre, des vomissements, une infection urinaire etc.

(Si jamais vous n'avez pas été confronté à une telle situation, vous pouvez passer à la 2<sup>ème</sup> partie)

#### Question 1 : Quand était-ce ?

- En semaine, en soirée (20h - 00h)
- En semaine, en pleine nuit (00h - 08h)
- Le samedi journée (12h - 20h)
- Le samedi en soirée (20h - 00h)
- Le samedi en pleine nuit (00h - 08h)
- Le dimanche ou jour férié en journée (08h - 20h)

- Le dimanche ou jour férié en soirée (20h - 00h)
- Le dimanche ou jour férié en pleine nuit (00h - 08h)

**Question 2 :** Qui était concerné ?

- Vous-même
- Votre enfant
- Votre parent
- Autre : .....

**Question 3 :** Quel était le problème médical ?

.....

**Question 4 :** Face à ce problème de santé, qui avez-vous appelé en premier ?

(Une seule réponse possible)

- Votre médecin traitant
- Le Samu-centre 15
- Les urgences
- Les pompiers 18
- SOS médecins
- Le pharmacien
- Pas d'appel, vous vous êtes rendu directement aux urgences
- Autre : .....

**Question 5 :** Finalement, comment votre situation s'est-elle résolue ?

(Une seule réponse possible)

- Vous avez suivi le conseil simple donné par le médecin régulateur du Samu-Centre15 (comme par exemple prendre un médicament dans la pharmacie familiale)
- Vous avez attendu le lendemain pour prendre rendez-vous et consulter votre médecin traitant
- Vous vous êtes rendu aux urgences hospitalières
- Les pompiers vous ont amené aux urgences
- Vous avez consulté le médecin généraliste de garde (en consultation ou en visite)
- Vous avez consulté SOS médecin (en consultation ou en visite)
- Autre : .....

**Question 6 :** Globalement concernant cet événement, êtes-vous satisfait du parcours de soins ?  
(Conseil, attente, mise en œuvre de la prise en charge)

- Oui
- Non

Pourquoi :.....

**Question 7 :** Pensez-vous que, confronté à la même situation aujourd'hui, vous reprendriez les mêmes décisions ?

- Oui
- Non

Commentaire :.....

**Question 8 :** la dernière fois que vous avez eu un problème de santé le samedi matin (vous ou un de vos proche), qu'avez-vous fait ?

(Une seule réponse possible)

- Vous avez consulté votre médecin traitant
- Vous avez appelé le Samu-centre 15
- Vous avez appelé les pompiers 18
- Vous avez consulté SOS médecins
- Vous avez consulté le pharmacien
- Vous vous êtes rendu directement aux urgences
- Autre : .....

2<sup>ème</sup> partie : à propos des différentes structures assurant la permanence des soins

Cette partie concerne vos connaissances de l'offre de soins en dehors des horaires d'ouverture du cabinet de votre médecin traitant, pour un problème médical qui vous inquiète et vous pousse à vouloir consulter un médecin généraliste.

**Question 9 :** Si vous ou l'un de vos proches présentiez un problème médical qui vous inquiète aux heures de fermeture des cabinets médicaux, que feriez-vous ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Vous patienteriez jusqu'à la réouverture du cabinet de votre médecin
- Vous vous rendriez aux urgences
- Vous appelleriez SOS médecin
- Vous appelleriez le Samu-centre 15
- Vous appelleriez les pompiers 18
- Vous appelleriez un pharmacien
- Autre : .....

**Question 10 :** Si vous ou l'un de vos proches présentiez un problème médical qui vous inquiète le samedi matin, que feriez-vous ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Vous appelleriez votre médecin traitant
- Vous vous rendriez directement aux urgences
- Vous appelleriez SOS médecin
- Vous appelleriez le Samu-centre 15
- Vous appelleriez les pompiers 18
- Vous appelleriez un pharmacien
- Autre : .....

**Question 11 :** Selon vous, que signifie la permanence des soins ?

.....

**Question 12 :** Selon vous, que signifie le numéro d'appel 15 ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Appel pour une urgence vitale
- Appel pour une urgence relative
- Appel pour un conseil médical
- Soutien en cas de détresse psychologique
- Aide à l'interprétation d'analyse biologique (INR, ECBU, ...)
- Autre : .....
- Ne sait pas

**Question 13 :** Quel est le premier interlocuteur sur lequel vous tombez en appelant le 15 ?

- Assistant de régulation médicale / personne qui gère l'orientation des appels
- Médecin régulateur urgentiste
- Médecin régulateur généraliste

- Autre : .....
- Ne sait pas

**Question 14 :** Selon vous, quel est le moyen pour joindre le médecin généraliste de garde de votre secteur (quel numéro de téléphone ? où le trouver ?) ?

.....

**Question 15 :** Selon vous, quels sont les horaires où le médecin généraliste de garde est joignable ?

.....

**Question 16 :** Selon vous, est ce que votre médecin traitant consulte le samedi matin ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**Question 17 :** Vous estimez-vous suffisamment informé concernant l'attitude à adopter / démarches à suivre en cas de problème médical en l'absence de votre médecin traitant ?

- Oui
- Non

<b>Caractéristiques personnelles</b>
--------------------------------------

- Votre âge :
  - Moins de 25 ans
  - De 25 à 44 ans
  - De 45 à 64 ans
  - 65 ans et plus

- Votre sexe :
  - Homme
  - Femme

- Situation familiale :
  - Célibataire
  - En couple
  - Veuf / veuve
  - Autre : .....
  
- Avez- vous des enfants ?
  - Oui
  - Non
  
- Zone de résidence :
  - BAB
  - Sud Landes
  - Saint Palais
  - Baigorry
  
- Couverture sociale :
  - Sécurité sociale + mutuelle
  - Sécurité sociale seule
  - CMU / AME
  - Autre : .....
  
- Avez-vous un médecin traitant déclaré :
  - Oui
  - Non
  
- Avez-vous déménagé (changement de commune de résidence) dans les 5 dernières années :
  - Oui
  - Non
  
- Avez-vous déjà eu recours au Samu-centre 15 pour un problème de médecine générale lors de la fermeture du cabinet du votre médecin traitant ?
  - Oui
  - Non

Merci pour votre participation

**Campagne d'information de l'ARS d'Aquitaine sur le bon usage du 15 et le recours raisonné aux urgences :**



## Serment médical

---

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

## Résumé

---

**Introduction :** Le système de permanence des soins vise à assurer la prise en charge des demandes de soins non programmées lors de la fermeture des cabinets médicaux. L'organisation du système semble méconnue du public et de nombreux rapport recommandent de favoriser la communication. Le système est mal utilisé avec une augmentation constante du nombre de passages aux urgences, notamment pour des motifs où une consultation de médecine générale aurait suffi à la prise en charge. Dans ce contexte, nous avons cherché à savoir quelle connaissance a le public de l'organisation de la PDS ?

**Matériels et méthodes :** nous avons réalisé une étude quantitative, observationnelle, dans le territoire régulé par le SAMU 64A de Bayonne. Nous avons choisi ce territoire car il regroupe des zones très diverses concernant leur offre de soins en période de PDS. 200 questionnaires ont été administrés à la population sur une période d'une semaine, dans cinq villes différentes par leur offre de soins en période de PDS et par leur situation géographique.

**Résultats :** Dans notre étude, 53,50% des personnes interrogées aurait un comportement non recommandé pour un problème de médecine générale en période de PDS. 61,50% ne savent pas comment joindre le médecin généraliste de garde, mais 57,50% se considèrent comme bien informés concernant l'attitude à adopter en cas de demande de soins non programmés. Pour tous les critères (le comportement en situation vécue, l'intention de comportement face à une situation hypothétique et la connaissance du système) la zone la plus éloignée des services d'urgences avait les meilleurs taux de réponses adaptées à l'offre de soins. Un quart de la population ne sait pas si le cabinet de son médecin traitant est ouvert le samedi matin.

**Discussion :** les résultats confirment notre principale hypothèse : la population n'est pas suffisamment informée concernant le système de PDS. L'analyse des résultats en fonction des territoires montre que la population la plus isolée est celle qui connaît le mieux la PDS et qui agit en cohérence avec elle. De plus, la présence de SOS Médecins dans un territoire diminue le recours à la régulation médicale, et la facilité d'accès aux urgences favorise un comportement non recommandé en période de PDS.

**Conclusion :** ces résultats nous amènent à formuler plusieurs recommandations. La régulation médicale tient le rôle principal de cette organisation et son accès doit être facilité pour le public. Tout d'abord il faudrait mettre en place un numéro unique national et commun pour l'AMU et la PDS : le 15. Ensuite, il faudrait systématiser le recours à la régulation médicale pour toute demande de soins en horaires de PDS, y compris pour les urgences et SOS Médecins. Il faudrait étendre les horaires de PDS au samedi matin, pour faciliter la lisibilité du système et répondre à la demande de la population. Enfin si l'harmonisation du système est mise en place et si une communication auprès du public est effective, il faut recruter et former des assistants de régulation et des médecins régulateurs pour assurer ce système.

**Mots-clés :** permanence des soins, connaissance, régulation médicale, 15, 112