



HAL
open science

Évaluation de l'impact de la diminution des secteurs de permanence des soins ambulatoires sur les admissions aux urgences et à la maison médicale de garde les soirs de semaine dans la région rouennaise

Marie-Ange Authouart

► **To cite this version:**

Marie-Ange Authouart. Évaluation de l'impact de la diminution des secteurs de permanence des soins ambulatoires sur les admissions aux urgences et à la maison médicale de garde les soirs de semaine dans la région rouennaise. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03016003

HAL Id: dumas-03016003

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03016003>

Submitted on 20 Nov 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 LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

AUTHOUART Marie-Ange

NEE LE 25 Juin 1989 A HARFLEUR

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 OCTOBRE 2020

**EVALUATION DE L'IMPACT DE LA DIMINUTION DES SECTEURS DE
PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES SUR LES ADMISSIONS AUX
URGENCES ET A LA MAISON MEDICALE DE GARDE LES SOIRS DE SEMAINE
DANS LA REGION ROUENNAISE**

PRESIDENT DE JURY : Monsieur DOGUET Fabien, professeur universitaire en chirurgie
cardio-vasculaire

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur CLERO Emmanuel, docteur en médecine générale

MEMBRES DU JURY :

- Monsieur LADNER Joël, maître de conférences des universités en épidémiologie et
économie de la santé

- Madame MAUVIARD Elisabeth, professeur associé en médecine générale

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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne

Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique

Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

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

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel MOUHAJIR	Parasitologie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

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

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

REMERCIEMENTS DU JURY

A Monsieur le Professeur Fabien DOGUET...

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie infiniment. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

A Monsieur le maître de conférences universitaires Joël LADNER...

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le professeur associé Elisabeth MAUVIARD...

Merci de votre présence pour juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Emmanuel CLERO...

Merci d'avoir proposé de diriger ce travail. Tu m'as fait découvrir la médecine générale lors de mon premier stage chez le praticien. Je suis heureuse de continuer cette aventure au sein du cabinet. Je te remercie d'être présent en ce jour si important pour moi.

DEDICACES PERSONNELLES

A ma famille...

A mes parents, Merci pour tout !! Vous avez toujours cru en moi et vous avez tout fait pour que je puisse suivre ma voie. Vous m'avez soutenu dans les bons, mais surtout les pires moments tout au long de mes études. Je vous en serais éternellement reconnaissante.

A ma sœur, Noémie... Merci de m'avoir soutenu depuis ma naissance. Tu as toujours été là pour moi, même quand on se chamaillait (et que je gagnais forcément !!!). Je suis fière de t'avoir comme sœur.

A mon beau-frère Romain... Merci de faire partie de la famille. Un grand merci également pour les dépannages informatiques tard le soir et les ateliers « bricolage » à la maison.

A mon filleul Timaël... Tu égayes ma vie depuis 7 ans déjà. Je suis fière d'être ta marraine et je te souhaite une vie merveilleuse.

A ma nièce Léonie... qui, à priori, me ressemble énormément. Je suis fière d'être ta tata (et je souhaite plein de courage à ses parents si elle me ressemble vraiment).

A ma grand-mère... qui a toujours été fière de moi, et qui m'a soutenu dans mes études. Je suis heureuse que tu sois présente à mes côtés aujourd'hui.

A mon grand-père... qui aurait adoré être présent aujourd'hui. Tu me manques !!

A mon parrain Didier et ma tante Doris... Merci d'avoir toujours été là pour moi et de me soutenir en ce jour si important pour moi.

A mes amis...

A vous les filles... Anne-So, Ninie, Caro et Para. Merci d'être toujours présentes et d'égayer ma vie avec les soirées en ville et surtout nos traditionnelles vacances.

A Morgoune...même si tu n'habites plus en Normandie, on a réussi à garder le contact. Merci pour toutes ces années d'études à tes côtés. Je te souhaite plein de bonheur avec ton petit bout qui va bientôt naître.

A Robin, Nonin, Rémi, Juliette, Alice, Pierre, Etienne, Anne-So, Ninie, Caro ... pour toutes ces vacances depuis l'époque de Bayonne jusqu'à aujourd'hui. Je suis triste de ne pas avoir fait partie de l'aventure cette année, mais c'est pour mieux profiter de vous l'année prochaine !!

A Malik... merci à toi de me supporter depuis la P1 et d'avoir partagé tous les moments importants de mes études. Je te souhaite plein de bonheur avec ta petite famille.

A mes anciens voisins...Il aura fallu une soirée des voisins inoubliable pour qu'on se rencontre. Les apéros Molki avec vous me manquent !!

A Arnaud...Merci pour ton soutien, même à l'autre bout du monde. Je te souhaite plein de bonheur en Guadeloupe. Vivement 2021 pour que je vienne t'embêter quelques semaines.

A Sofiène... Merci de m'avoir accompagné pendant les années FAC.

A Flore... le stage aux urgences nous a fait nous rencontrer, et j'en suis ravie. Nos soirées avec Camille, Martin et Charles me sont très chères. Hâte de faire ce week-end à Aix tant attendu.

A Claire... Un énorme MERCI à toi. Tu m'as vraiment beaucoup aidé pendant cette période. Nos soirées relecture autour d'un bon verre de vin m'ont été d'une aide précieuse. Merci pour ton soutien. Je suis fière de t'avoir comme amie. On se retrouve au SPA...

A Anne-So : une dédicace spéciale car tu as toujours été présente depuis ma P2 dans les bons comme les mauvais moments. Bref, toujours à mes côtés et j'espère encore de longues années d'amitié à venir !! Un grand MERCI.

A Stef...toi aussi tu as le droit à ta petite dédicace. Un grand merci pour m'avoir aidé à réaliser mon power point !! Merci pour ce que tu es et toutes tes anecdotes divertissantes (même si pour la plupart on les a entendu 10 fois ^^). Prend soin de toi et de ta petite famille... je vous adore !!

A Nathalie, Olivier, Emmanuel, Isabelle, Séverine, Ophélie et Claire... Merci pour votre soutien au sein du cabinet. C'est partie pour une nouvelle aventure !!

LISTE DES ABREVIATIONS

AMU : Aide Médicale Urgente

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence régionale de Santé

ATU : Accueil et Traitement des Urgences

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CDM : Code de Déontologie Médicale

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

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

CODAMU-TS : COmité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires

CPSP : Centre de Premiers Soins de Proximité

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

CS : Consultations

CSP : Code de Santé Publique

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DPO : Délégué de la Protection des Données

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

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

FAU : Forfait Annuel des Urgences

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

INDS : Institut National des Données de Santé

MG : Médecin de Garde

MMG : Maison Médicale de Garde

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil aux Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UMR : Unité Mobile Rouennaise

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	22
A. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE	25
1. En France :.....	25
2. En Seine-Maritime :	27
B. LES STRUCTURES D'URGENCES	27
1. Définitions :.....	27
2. Augmentation du nombre de passages aux urgences :	28
3. Consultations inappropriées :	29
C. HISTORIQUE DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE	29
1. Naissance de la PDSA :.....	29
2. Rapport DESCOURS :	31
3. Loi « Hôpital Patients Santé Territoire » (HPST) :	32
4. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2013 :.....	33
D. ORGANISATION DE LA PDSA EN SEINE-MARITIME.....	34
1. Organisation territoriale :	34
2. La régulation :	34
3. L'effectif :	35
MATERIEL ET METHODE.....	38
RESULTATS	40
A. DANS LES SERVICES D'URGENCES.....	40
1. Descriptif de l'échantillon :	40
a. Centres ayant accepté de participer à l'étude et nombre de personnes inclus par centre : 40	
b. Nombre de questionnaires obtenus par centre :.....	40
c. Questionnaires obtenus selon le sexe :	42
d. Questionnaires obtenus selon l'âge :	42
e. Questionnaires obtenus selon le secteur de garde :	43
2. Connaissance du médecin de garde :.....	44
3. Recours au médecin de garde :.....	45
4. Recours à la maison médicale de Rouen :	46
B. A LA MAISON MEDICALE DE GARDE DE ROUEN	49
1. Descriptif de l'échantillon :	50
a. Questionnaires obtenus selon le sexe :	50
b. Questionnaires obtenus selon l'âge :	50

c. Questionnaires obtenus selon le secteur de garde :	51
2. Moyen de prise de rendez-vous :	52
3. Recours aux urgences :	53
4. Rendez-vous annulés :	54
DISCUSSION	56
A. DISCUSSION DES RESULTATS	56
1. Dans les services d'urgences :	56
2. A la maison médicale de Rouen :	58
B. DISCUSSION DE L'ETUDE	61
1. Points forts de l'étude :	61
2. Points faibles de l'étude :	61
a. Les biais :	61
b. La méthode :	62
C. Cohérence avec les autres études :	64
D. PERSPECTIVES	66
1. Une étude plus approfondie dans certains secteurs :	66
2. Perspectives d'évolution :	66
a. Une meilleure information :	67
b. Une meilleure éducation :	67
c. Une réorientation à l'entrée des urgences :	68
d. Une régulation des passages aux urgences :	68
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	70
ANNEXES	73
Annexe 1 : rapport d'activité de la Maison Médicale de Garde de Rouen :	73
Annexe 2 : statistique de l'évolution de l'activité de la maison médicale de garde de Rouen entre 2018 et 2019 :	82
Annexe 3 : Code de Santé Publique – Chapitre V – permanence des soins	84
Annexe 4 : Questionnaire dans les services d'urgences :	87
Annexe 5 : questionnaire à la maison médicale de Rouen :	89
Annexe 6 : classification clinique des malades aux urgences (CCMU) :	91
SERMENT D'HIPPOCRATE	92
RESUME	93

LISTE DES FIGURES

Figure 1: nombre de consultations les soirs de semaine à la MMG de Rouen en 2018 et 2019	23
Figure 2: répartition des patients examinés ou non à la MMG de Rouen	24
Figure 3: évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010	25
Figure 4: projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025.....	25
Figure 5: âge moyen des médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2018	26
Figure 6: évolution de la population par tranches d'âges en Seine-Maritime.....	27
Figure 7: cartographie de la sectorisation de la PDSA en Seine-Maritime en 2005(24).....	36
Figure 8: flow chart	41
Figure 9: répartition par sexe selon les centres.....	42
Figure 10: répartition par tranches d'âge selon les centres	43
Figure 11: répartition selon le secteur de PDSA par centre	44
Figure 12: connaissance du médecin de garde selon les centres	45
Figure 13: raisons de ne pas consulter à la MMG de Rouen selon les centres.....	48
Figure 14: flow chart de l'étude de la MMG de Rouen	49
Figure 15: répartition par sexe à la MMG de Rouen.....	50
Figure 16: répartition par tranches d'âge	51
Figure 17: répartition en fonction du secteur de garde.....	52
Figure 18: moyen de contacter la MMG de Rouen	53
Figure 19: recours antérieur aux urgences pour un motif de PDSA depuis le 01/01/2019	54
Figure 20: répartition des raisons d'annulation de rendez-vous à la MMG de Rouen.....	55
Figure 21: délimitation des secteurs de gardes représentant les 3/4 des passages à la MMG de Rouen	59

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: pourcentage d'augmentation des consultations les soirs de semaine à la MMG de Rouen entre 2018 et 2019	23
Tableau 2: lignes de garde en fonction des secteurs de PDSA en Seine-Maritime	36
Tableau 3: lieu de l'effectation en fonction du secteur de PDSA	37
Tableau 4: lignes de garde des unités mobiles en Seine-Maritime.....	37
Tableau 5: motifs des exclusions par centre.....	41
Tableau 6: nombre de questionnaires obtenus selon le sexe des patients par centre.....	42
Tableau 7: nombre de questionnaires obtenus selon l'âge des patients par centre	43
Tableau 8: nombre de questionnaires obtenus selon le secteur de PDSA par centre	44
Tableau 9: nombre de patients ayant déjà eu recours au médecin de garde de leur secteur.....	44
Tableau 10: nombre de patients qui auraient consulté le médecin de garde de leur secteur	46
Tableau 11: nombre de patients qui auraient consulté à la MMG de Rouen selon les centres.....	46
Tableau 12: raisons de ne pas consulter à la MMG de Rouen par centre.....	47
Tableau 13: nombre de questionnaires obtenus par tranches d'âge	50
Tableau 14: nombre de patients en fonction du secteur de garde.....	51
Tableau 15: moyen de contacter la MMG de Rouen.....	52
Tableau 16: pourcentage de patients ayant eu recours aux urgences pour un motif de PDSA depuis le 01/01/2019.....	53
Tableau 17: raisons d'annulation de rendez-vous à la MMG de Rouen	54

INTRODUCTION

A l'heure où la démographie médicale baisse et que la population générale augmente, le système de permanence des soins ambulatoires (PDSA) est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics.

Au 1^{er} Janvier 2016, la Basse-Normandie et la Haute-Normandie fusionnent en une unique région. Avec cette réunification, les Agences régionales de Santé (ARS) de Basse-Normandie et de Haute-Normandie ont également été réunies pour donner naissance à une seule entité régionale (1). De ce fait, un nouveau cahier des charges a été établi en 2018 (2), afin d'harmoniser le système de la PDSA sur le territoire Normand. Une réduction des secteurs de garde en semaine a ainsi été mise en place en Normandie.

Suite à ce nouveau cahier des charges, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), dans son enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale du 31 Décembre 2018 (3), émet ses craintes. En effet, 23 Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) ont déclaré que la PDSA fonctionnait mal au sein de leur département et 5 d'entre eux évoquent une réduction injustifiée du nombre de territoires. Cette décision conduit à des secteurs de garde qui ne sont plus à taille humaine, qui mettent à mal les médecins volontaires et compliquent l'accès aux soins pour les patients. Cela leur fait craindre l'apparition de « zones blanches », c'est-à-dire des territoires sans médecin de garde où les demandes de soins non-programmés sont adressées, par défaut, au SAMU ou au service des urgences.

La même enquête, réalisée un an plus tard (4), montre que certains médecins ont fait part d'un niveau d'activité ressenti comme trop important au regard des lignes de gardes dédiées à la maison médicale de garde (MMG). Bien souvent, la problématique tient au report de demandes provenant de secteurs non couverts initialement. Si, comme cela a été évoqué par plusieurs MMG, les gardes en soirées de semaine ne sont plus assurées sur un secteur, les demandes se reportent de fait sur la MMG ouverte hors secteur. Il semble important que ces reports de demandes soient estimés et pris en compte lors de l'attribution des lignes de garde, ce qui n'est généralement pas le cas selon le témoignage des médecins interrogés. Lorsque le

niveau d'activité du point fixe est difficilement gérable, certaines MMG ont mis en place, de manière officielle ou non, une ligne d'astreinte qui permet un renfort en cas d'afflux de demandes.

C'est le cas à Rouen : depuis la fermeture des secteurs de garde au 1^{er} janvier 2019, le nombre de consultations à la MMG de Rouen a augmenté. On observe une hausse d'activité de 35% entre 2018 et 2019 d'après le rapport d'activité de la MMG de Rouen (Annexe 1 et 2). Une hausse encore plus spectaculaire de 91.6% les soirs de semaine.

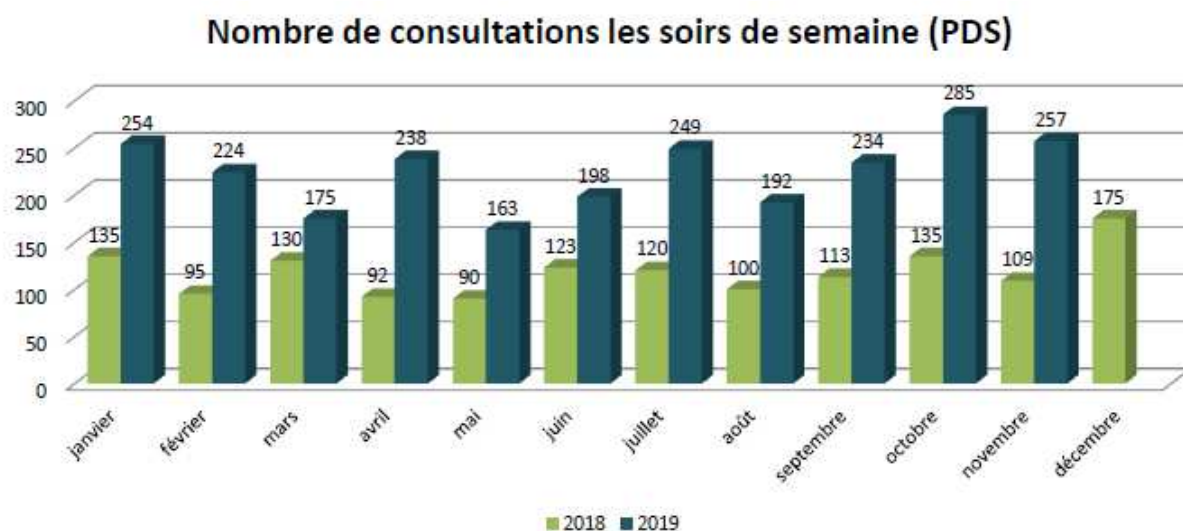


Figure 1: nombre de consultations les soirs de semaine à la MMG de Rouen en 2018 et 2019

CS Semaine	2018	2019	% hausse
janvier	135	254	88%
février	95	224	136%
mars	130	175	35%
avril	92	238	159%
mai	90	163	81%
juin	123	198	61%
juillet	120	249	108%
août	100	192	92%
septembre	113	234	107%
octobre	135	285	111%
novembre	109	257	136%
décembre	175		
Total	1417	2469	

Tableau 1: pourcentage d'augmentation des consultations les soirs de semaine à la MMG de Rouen entre 2018 et 2019

En 2019, la régulation a été dans l'obligation d'adresser certaines personnes vers les services d'urgences car les plages de rendez-vous de la MMG étaient complètes.

Depuis septembre 2019, la MMG fait appel à l'Unité Mobile Rouennaise (UMR), en période de forte affluence, si celle-ci est disponible, pour renforcer les consultations à la MMG.

Nous avons de plus constaté que de nombreux rendez-vous pris à la MMG de Rouen étaient secondairement annulés (13.1%). Pour la plupart de ces consultations, les personnes venaient de secteurs ayant fermé.

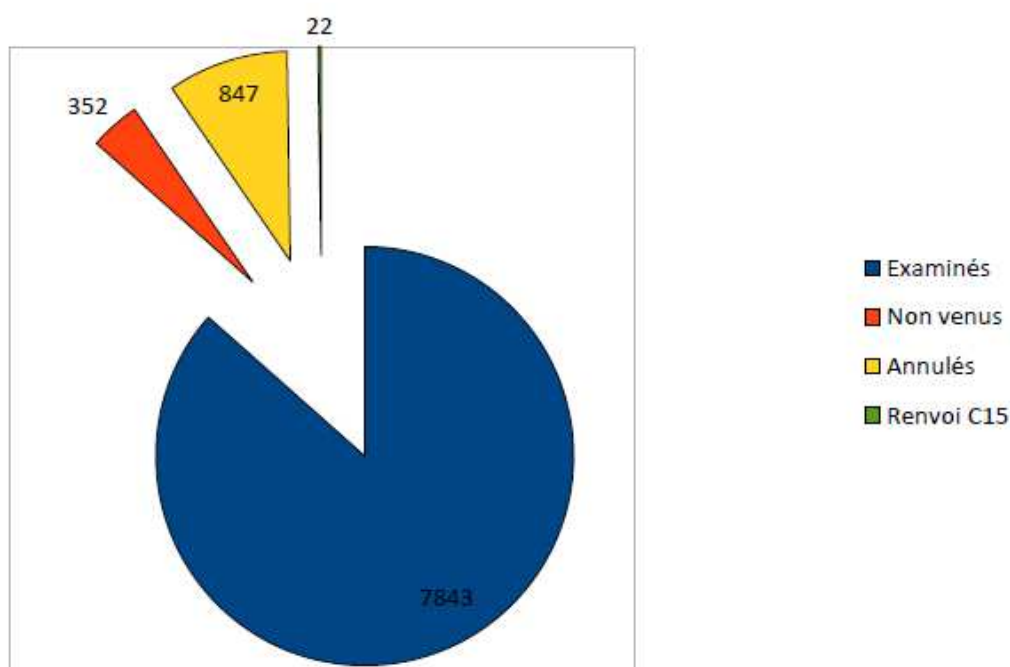


Figure 2: répartition des patients examinés ou non à la MMG de Rouen

Notre objectif était de quantifier la part de patients consultant aux urgences pour un motif relevant de la PDSA, qui aurait fait appel au médecin de garde de leur secteur s'il était toujours présent.

Nous avons, de plus, évalué l'impact de la réduction des secteurs de PDSA sur la MMG de Rouen, ainsi que les réticences à consulter cette dernière.

A. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

1. En France :

Au 1^{er} Janvier 2018, l'Ordre National des médecins recense 87801 médecins généralistes en activité régulière ; soit une diminution de 7% depuis 2010 et une diminution de 0.4% depuis 2017.(5) (6)

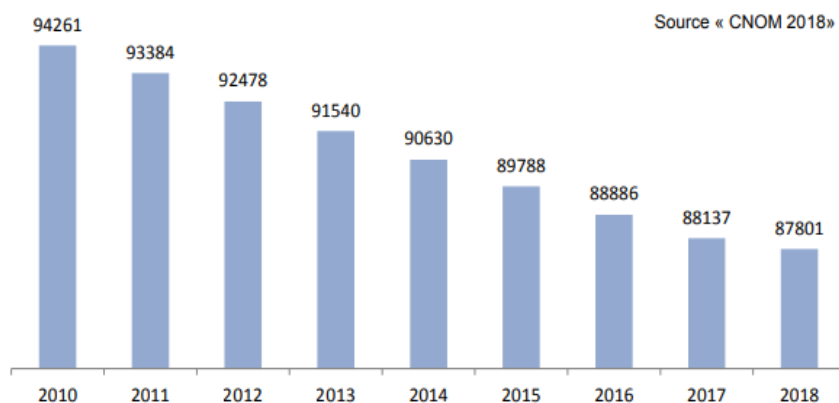


Figure 3: évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010

Cette baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 81804 médecins généralistes en activité régulière.

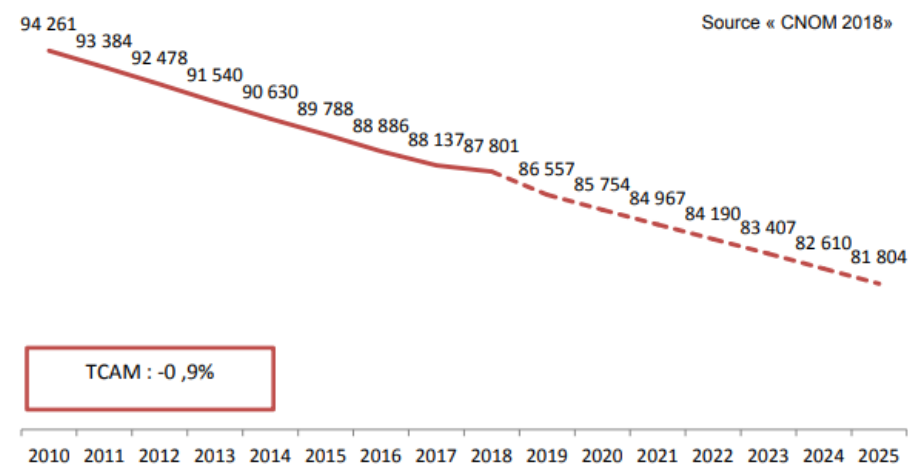


Figure 4: projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025

La densité moyenne des médecins généralistes est de 126 pour 100000 habitants.

Depuis 2010, les médecins généralistes ont tendance à délaisser l'exercice libéral (-3.5 points) au profit de l'exercice salariat (+4 points).

L'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière a peu varié entre 2010 (50.3 ans) et 2018 (50.6 ans).



Figure 5: âge moyen des médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2018

Au 1^{er} Janvier 2018, les femmes représentent 48.2% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière. Leur part a augmenté de 39.2% en 2010 à 48.2% en 2018.

Par ailleurs, la population générale a vieilli entre 2010 et 2018. Les 60 ans et plus ayant augmenté de 1 à 4% selon les départements par rapport à l'ensemble de la population française. Ils représentent environ 25% de la population générale.

Le vieillissement de la population générale ainsi que la baisse de la densité des médecins généralistes libéraux pose un problème de disponibilité des ressources en offre de soins de premiers recours.

2. En Seine-Maritime :

On dénombre 1587 médecins généralistes libéraux et mixtes, soit une densité de 123.7 pour 100000 habitants (5). Les femmes représentent 49.2% (soit 781). Il y a 21% de médecins de 60 ans et plus et 24.9% de moins de 40 ans.

La population des 60 ans et plus représente 25.5% de la population avec une majoration constante depuis plus de 10 ans.(7)

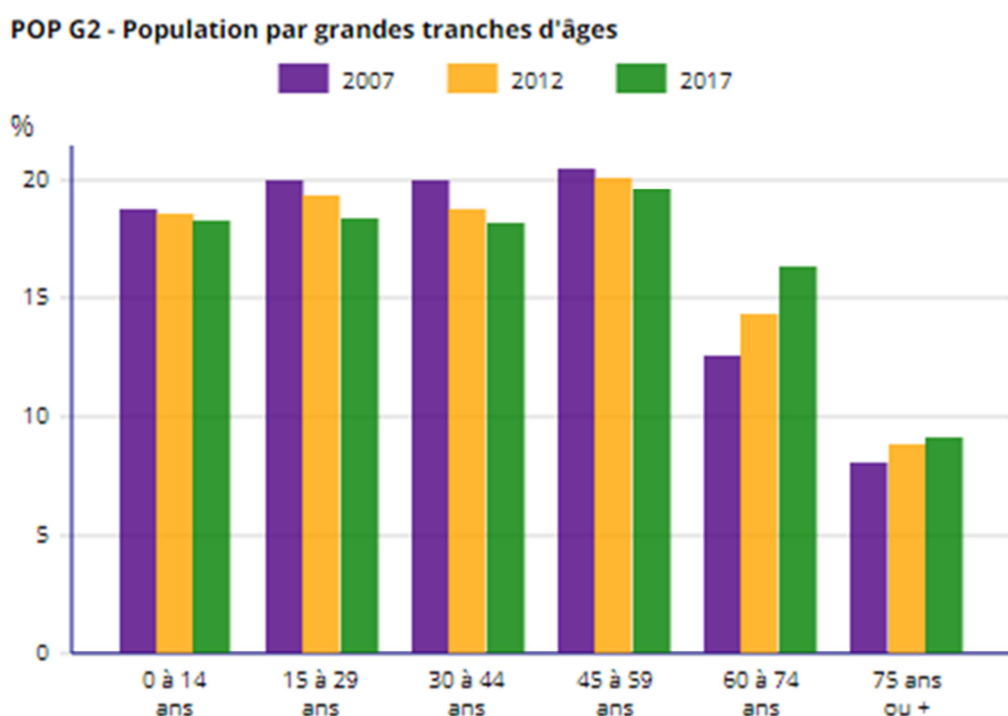


Figure 6: évolution de la population par tranches d'âges en Seine-Maritime

B. LES STRUCTURES D'URGENCES

1. Définitions :

L'ARS a défini les structures d'urgences comme étant un service hospitalier qui assure la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24h/24 tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection se présentant en situation d'urgence y compris psychiatrique. (8)

L'urgence médicale est définie comme « toute situation où l'absence de prise en charge rapide pourrait avoir des conséquences physiques ou psychiques durables ». (9)

Les structures d'urgence n'accueillent pas que des urgences médicales. Patient et médecin ne qualifient pas d' « urgent » les mêmes symptômes. L'urgence ressentie étant parfois surestimée ou sous-estimée par le patient. (10)

2. Augmentation du nombre de passages aux urgences :

Nous observons depuis une vingtaine d'années un accroissement constant du nombre de consultations dans les services d'urgences. La DREES met en évidence la croissance inexorable de 3,5 % en moyenne du nombre de passages aux urgences, année après année, depuis 1996, à l'exception de 2010. En 20 ans, ce nombre a été multiplié par deux. (11)

En 2016, les services d'urgence des établissements de santé, ont accueilli 21,2 millions de passages (contre 18.4 millions en 2012). (12)

La répartition entre les différents types d'établissements reste quasi stable selon les années. En 2016, les établissements publics ont pris en charge 81,9 % des passages, contre 4,4 % pour le secteur privé non lucratif et 12,7 % des passages pour le secteur privé lucratif.

Cependant, l'offre de soins est demeurée stable, le nombre de structures d'urgences s'établissant à 641 en 2016.

La majorité des passages aux urgences se situe aux heures ouvrables et en début de soirée, avec des pics en milieu de matinée et entre 18h et 22h.

3. Consultations inappropriées :

Toutes les consultations dans les services d'urgences ne sont pas adéquates. On estime entre 10 à 20 % le nombre de patients qui consulte sans avoir besoin d'acte complémentaire d'imagerie ou biologie médicale (CCMU1). Ces consultations auraient pu donner lieu à une prise en charge en ville en médecine générale. (12)

On recense 20% des Français qui se sont déjà présentés auprès d'un service d'urgences parce qu'ils rencontraient des difficultés à obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin.(13)

En 2019, 15 % des Français affirmaient s'être déjà présentés auprès d'un service d'urgences parce qu'ils trouvaient cela plus pratique et/ou rapide que d'aller voir un médecin.(14)

Une alternative à ces consultations inappropriées se trouve dans la permanence des soins ambulatoires.

C. HISTORIQUE DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE

1. Naissance de la PDSA :

La permanence de soin de nuit a vu le jour en 1876, à Paris, suite à une proposition du Dr PASSANT qui regrettait que « l'on parle de médecins qui ont refusé de se déranger la nuit pour des patients qu'ils ne connaissaient pas » (15)
Elle était réalisée par des médecins volontaires inscrits sur une liste affichée dans les postes de police.

Après la seconde guerre mondiale, les systèmes de garde vont se généraliser dans les villes. Ils vont peu à peu se changer avec la création et l'essor des services hospitaliers d'urgences, et l'apparition de « professionnels » de la garde de nuit et de week-end.

A partir des années 1950, les pouvoirs publics prennent conscience de l'importance d'organiser différemment les soins urgents, surtout pour les accidents de la route qui sont la première cause de mortalité. Ainsi, se met en place l'Aide Médicale Urgente avec les premières structures d'urgences pré-hospitalières. Le premier SMUR est créé en 1956 tandis que le premier SAMU est officialisé en 1968.

Quelques années plus tard, se mettent en place des Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA), les centres 15.(15)

Parallèlement, de nouvelles associations se mettent en place dans les grandes villes pour faire face à une demande croissante des patients de soins d'urgence, avérés ou ressentis, en dehors des heures habituelles de consultations et de visites. Une demande à laquelle les médecins généralistes n'arrivent plus aussi aisément à répondre. C'est ainsi que « SOS médecins » est créée à Paris en juin 1966 par le D^r Marcel Lascar.(16)

En milieu rural, c'est à partir de 1950 que les services de garde en médecine générale se développent. Pour faire face à l'accroissement de leur charge de travail, les médecins généralistes commencent à se regrouper. Au départ, les médecins organisent une astreinte dominicale qui va ensuite s'étendre aux nuits en semaine.

Une diminution de la démographie médicale associée à un accroissement de la population a rendu difficile cet exercice de garde. Une grève des médecins libéraux éclate en Novembre 2001 suite à une explosion de la demande de soins et une dégradation des conditions d'exercice.(17)

Jusque-là, l'article 77 du Code de Déontologie Médicale (CDM) indiquait comme un « devoir pour tout médecin de participer aux tours de garde, de jour comme de nuit ».(18)

A la fin de ce mouvement de grève en Juin 2002, cet article est modifié et une nouvelle organisation de la PDSA est envisagée.

2. Rapport DESCOURS :

Commandé en 2002 par le ministre de la santé, Mr MATTEI, le rapport DESCOURS (18) remis en Janvier 2003, pose les bases du fondement de la PDSA.

La PDSA est définie comme « une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, à la demande de soins non programmés exprimée par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence de médecin traitant. La permanence des soins n'est pas la continuité des soins, obligation déontologique imposée par l'article 47 du Code de déontologie médicale, au praticien envers sa patientèle. L'organisation de la permanence des soins et celle de la prise en charge des urgences sont complémentaires. »

Selon l'article R.6315-1 du Code de Santé Publique (CSP) (annexe 3), la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L.6314-1 est assurée de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, le samedi de 12h à 8h le lendemain, ainsi que les dimanches et jours fériés de 8h à 8h le lendemain.

La permanence des soins est définie comme une mission d'intérêt général. La participation des médecins à la permanence des soins repose sur le principe du volontariat. Cependant le médecin qui n'est pas volontaire doit, au titre du principe de continuité des soins qu'il doit à sa patientèle, s'assurer que ses patients seront bien pris en charge dans le cadre de la permanence des soins.

Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires (CODAMU-TS) est devenu le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des Transports Sanitaires et de la Permanence des Soins (CODAMUPS-TS). Il a pour mission d'évaluer les besoins et de valider les modes d'organisation proposés par chaque groupe d'acteur (libéraux, hôpitaux, cliniques). Il élabore le cahier des charges et évalue régulièrement l'organisation de la permanence des soins en proposant des modifications éventuelles.

La permanence des soins est organisée dans le cadre départemental. Le département est divisé en secteurs sur le principe de l'organisation des soins définis par la loi (article L.6325-1 du CSP) et le règlement. La taille du secteur (infra départemental) doit permettre un exercice normal pour l'activité du médecin (en tenant compte de critères tels la distance, la densité des médecins et de la population, les volumes d'actes). Ce territoire choisi doit permettre une réponse rapide et adaptée.

3. Loi « Hôpital Patients Santé Territoire » (HPST) :

C'est en 2009 avec la loi HPST que la PDSA est refondée avec pour objectif de « garantir l'accès de l'ensemble de la population à la permanence des soins en médecine générale, tout en maîtrisant son coût » (19)

Cette loi conduit à la création des agences régionales de santé (ARS), remplaçant les anciennes organisations (ARH, DRASS, DDASS, URCAM...), pour piloter le dispositif de la PDSA. Ce sont les ARS qui définissent les territoires de garde en se basant sur les centres hospitaliers et la démographie médicale.

« Les principes d'organisation de la permanence des soins font l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins »(20).

Ce cahier des charges est arrêté par le préfet après avis du CODAMUPS-TS. Il comporte notamment l'état de l'offre de soins et l'évaluation des besoins de la population. Il fixe les modalités de détermination des secteurs géographiques. Il détermine également les indicateurs de suivi et les modalités d'évaluation du fonctionnement de la régulation.

Selon l'article R-6315-3 du CSP (20), l'accès au médecin de la permanence des soins ambulatoires fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national, par le numéro national de permanence des soins (116 117) ou par le numéro national d'aide médicale urgente (15).

Indépendamment de la rémunération des actes accomplis dans le cadre de leur mission, le cahier des charges précise la rémunération forfaitaire des personnes participant aux gardes de permanence des soins ambulatoires et à la régulation médicale téléphonique. Cette rémunération forfaitaire peut varier en fonction de la sujétion et des contraintes géographiques, dans les limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Avec cette réorganisation de la PDSA, le principe de maison médicale de garde (MMG) se développe. D'après la Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007, une MMG se définit comme « un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée ».(21)

Au 31 décembre 2019, 464 MMG et points fixes de consultation en horaires de PDSA étaient dénombrés sur l'ensemble du territoire, soit 10 de plus qu'en 2018 (un taux de croissance annuel moyen de 3,9%).(4)

4. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2013 :

Suite à une enquête menée par la Cour des Comptes faisant apparaître la diversité des situations sur le territoire, la sécurité sociale rédige un rapport sur l'organisation de la PDSA. (22)

Ce rapport encourage de nouvelles formes d'organisations : la diminution du nombre de secteurs de garde sans que le temps d'accès au praticien n'excède 40 minutes, le développement des maisons médicales de garde, l'élargissement des compétences de l'ARS dans le domaine de la pharmacie et des transports sanitaires, une campagne d'informations notamment sur l'accès à la régulation téléphonique, une meilleure gestion des enveloppes de l'ARS.

D. ORGANISATION DE LA PDSA EN SEINE-MARITIME

1. Organisation territoriale :

La Normandie compte 51 secteurs de PDSA (11 dans l'Eure, 18 en Seine-Maritime, 6 dans l'Orne, 8 dans la Manche et 8 dans le Calvados). (2)

En 2017 et premier semestre 2018, l'ARS fait un important travail de concertation dans chaque territoire pour organiser la PDSA au niveau régional. Les préfets de département, l'Union régionale des médecins libéraux, les Conseils départementaux et le Conseil régional de l'Ordre des Médecins, la fédération régionale de PDSA, les associations chargées de l'organisation de la PDSA, les SAMU, les associations SOS Médecins et les présidents de secteurs de garde ont été consultés pour déterminer des priorités d'actions pour chaque territoire afin d'établir un nouveau cahier des charges. (2)

2. La régulation :

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable par le SAMU-centre 15 ou par une plate-forme d'appels interconnectés avec le numéro d'accès à la régulation médicale de l'AMU, ayant passé convention et interconnectée avec le SAMU-Centre 15.

Les principes de cette régulation sont :

- une régulation départementale au Centre 15,
- une réponse par des médecins libéraux volontaires, au sein du SAMU et/ou via une régulation médicale libérale délocalisée et interconnectée au SAMU,
- une réponse médicale adaptée à la demande de soins,
- une traçabilité des appels dans les conditions définies par l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, en date du 20 Octobre 2011, fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la PDSA, pris en application de l'article R.6315-3 du code de santé publique.

L'accès à la régulation au plan régional est assurée par le numéro national dédié 116 117. La plateforme d'appels de SOS médecins est interconnectée avec le numéro d'accès à la régulation de l'AMU par le numéro 36 24.

En Seine Maritime, la régulation libérale est réalisée dans les locaux du Centre 15 sur les sites SAMU de Rouen et du Havre (SAMU 76 A et SAMU 76 B). La régulation est effectuée concomitamment sur les deux sites, sauf en seconde partie de nuit (de 1h à 7h) où la garde est alternée au rythme de deux jours à Rouen et un jour au Havre.

3. L'effectation :

L'effectation consiste en une consultation par un médecin libéral, réalisée au cabinet du médecin, au sein d'une Maison Médicale de Garde ou au domicile du patient, dans le cas de gardes mobiles.(2)

Depuis Janvier 2019, suite au nouveau cahier des charges (2) , plusieurs secteurs de garde ont été supprimés en semaine. L'effectation en première partie de nuit est donc assurée par les points fixes de Dieppe, Rouen et Le Havre.

Elise NOGUERA, directrice générale de l'ARS de Normandie justifie ces suppressions par une harmonisation des soins nocturnes à l'échelle de toute la Normandie et par le faible nombre de consultations constaté dans certains secteurs seino-marins (23). Les médecins présents le soir n'effectuaient qu'une à deux consultations en moyenne.

L'effectation en seconde partie de nuit est assurée par Rouen et Le Havre par les lignes mobiles.

L'effectation le week-end est assurée sur l'ensemble des secteurs de PDSA.

L'effectation du secteur de Rouen sud Oissel (secteur 6) est effectuée par SOS médecin.

SECTEURS	PREMIERE PARTIE DE NUIT LUNDI/DIMANCHE		SECONDE PARTIE DE NUIT LUNDI/DIMANCHE		SAMEDI		DIMANCHE/JOURS FERIES	
	HORAIRES	NBR LIGNE GARDE	HORAIRES	NBR LIGNE GARDE	HORAIRES	NBR LIGNE GARDE	HORAIRES	NBR LIGNE GARDE
Secteur 1 - Rouen Darnetal Amfreville	20h-24h	2	24h-8h	1	12h-20h	2	8h-20h	2
Secteur 2 - Maromme	20h-24h	0	24h-8h	0	12h-20h	1	8h-20h	1
Secteur 3 - Boos	20h-24h	0	24h-8h	0	12h-20h	1	8h-20h	1
Secteur 4 - Rouen Sud Oissel	20h-24h	1	24h-8h	1	12h-20h	2	8h-20h	2
Secteur 5 - Malaunay Montville	20h-24h	0	24h-8h	0	12h-20h	1	8h-20h	1
Secteur 6 - Forges La Feuillie Gournay	20h-24h	0	24h-8h	0	12h-20h	1	8h-20h	1
Secteur 7 - Elbeuf	20h-24h	0	24h-8h	0	12h-20h	1	8h-20h	1
Secteur 8 - Barentin Duclair	20h-24h	0	24h-8h	0	12h-20h	1	8h-20h	1
Secteur 9 - Caux Vallée	20h-24h	0	24h-8h	0	12h-20h	1	8h-20h	1
Secteur 10 - Yvetot Caudebec La Mailleraye	20h-24h	0	24h-8h	0	12h-20h	1	8h-20h	1
Secteur 11 - Caux Littoral	20h-24h	0	24h-8h	0	12h-20h	1	8h-20h	1
Secteur 12 - Dieppe	20h-24h	1	24h-8h	0	12h-20h	1	8h-20h	1
Secteur 13 - Neufchatel*	20h-24h	0	24h-8h	0	12h-20h	1	8h-20h	1
Secteur 14 - Blangy Bresle Eu Mers Le Treport**	20h-24h	0	24h-8h	0	12h-20h	1	8h-20h	1
Secteur 15 - Le Havre Saint Romain de Colbosc	20h-24h	2	24h-8h	1	12h-20h	2	8h-20h	2
Secteur 16 - Bolbec Lillebonne	20h-24h	0	24h-8h	0	12h-20h	1	8h-20h	1
Secteur 17 - Criquetot Goderville	20h-24h	0	24h-8h	0	12h-20h	1	8h-20h	1
Secteur 18 - Fécamp	20h-24h	0	24h-8h	0	12h-20h	1	8h-20h	1

* secteur 13: organisation particulière hors PDSA dans le cadre du centre de premiers soins de proximité (CPSP) 24h/24 de Neufchatel-en-Bray

** secteur 14: organisation particulière avec le service des urgences de Eu, rémunération hors PDSA

Tableau 2: lignes de garde en fonction des secteurs de PDSA en Seine-Maritime

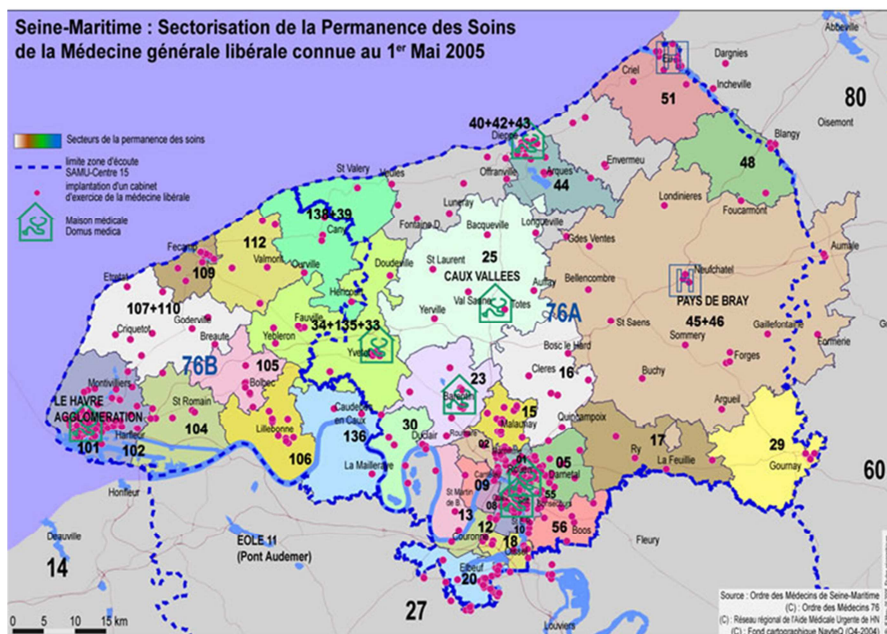


Figure 7: cartographie de la sectorisation de la PDSA en Seine-Maritime en 2005(24)

Secteurs	Implantations
1. Rouen Darnétal Amfreville	MMG UMR – Rouen + cabinets médicaux
2. Maromme	MMG de Deville
3. Boos	Variable selon le praticien de garde
4. Rouen Sud Oissel	SOS Médecins
5. Malaunay Montville	MMG de Montville-Cally
6. Forges La Feuillie Gournay	Variable selon le praticien de garde
7. Elbeuf	Variable selon le praticien de garde
8. Barentin Duclair	MMG d'Austreberthe
9. Caux Vallée	MMG Tôtes
10. Yvetot Caudebec La Malleraye	MMG Yvetot
11. Caux Littoral	Variable selon le praticien de garde
12. Dieppe	MMG de Dieppe
13. Neufchâtel	CSPS Neufchâtel
14. Blangy Bresle Eu mers Le Tréport	CH Eu
15. Le Havre Saint-Romain du Coibosc	MMG AMUH
16. Bolbec Lillebonne	Variable selon le praticien de garde
17. Criquetot/Goderville	Variable selon le praticien de garde
18. Fécamp	Variable selon le praticien de garde

Tableau 3: lieu de l'effection en fonction du secteur de PDSA

SECTEURS	PREMIERE PARTIE DE NUIT LUNDI/DIMANCHE		SECONDE PARTIE DE NUIT LUNDI/DIMANCHE		SAMEDI		DIMANCHE/JOURS FERIES	
	HORAIRES	NBR LIGNE GARDE	HORAIRES	NBR LIGNE GARDE	HORAIRES	NBR LIGNE GARDE	HORAIRES	NBR LIGNE GARDE
Ligne mobile 1 : Rouen SOS médecin	20h-24h	1	24h-8h	1	12h-20h	1	8h-20h	1
Ligne mobile 2 : Rouen UMR	20h-24h	1	24h-8h	1	12h-20h	1	8h-20h	1
Ligne mobile 3: Le Havre AMUH	20h-24h	1	24h-8h	0	12h-20h	1	8h-20h	1

Tableau 4: lignes de garde des unités mobiles en Seine-Maritime

Nous avons de ce fait souhaité évaluer l'impact, un an après la fermeture des secteurs de PDSA, sur les admissions dans les services d'accueil aux urgences, ainsi qu'à la maison médicale de Rouen.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective multicentrique.

Nous avons analysé l'ensemble des admissions aux urgences entre 19h et minuit du lundi au vendredi durant le mois de Février 2020 des centres suivants :

- Le centre hospitalier universitaire de Rouen (adulte, pédiatrie, Saint-Julien)
- Le centre hospitalier de Lillebonne
- La clinique du Cèdre
- La clinique de l'Europe

Ce sont les services d'urgences de Rouen et ses environs accueillant les patients venant des secteurs de PDSA ayant fermés en 2019 qui dépendent maintenant de la maison médicale de garde de Rouen.

Nous avons fait inscrire notre étude auprès du délégué à la protection des données (DPO) dans le registre des activités de traitement de l'université et au registre public de l'Institut national des données de santé (INDS).

Notre travail a fait l'objet d'une mise en conformité à la MR004, en accord avec la déclaration de conformité de l'Université de Rouen Normandie.

Les critères d'inclusion étaient :

- personne de plus de 18 ans ou de moins de 18 ans avec représentant légal identifié,
- consulter en Février 2020, entre 19h et minuit, du lundi au vendredi,
- habiter dans un secteur où il n'y a plus de médecin de garde en semaine, relevant désormais de la MMG de Rouen,
- personne se présentant aux urgences ou la MMG par ses propres moyens,
- consulter pour un motif n'ayant nécessité aucun acte complémentaire (imagerie ou biologie).

Les critères d'exclusion étaient :

- personne sous mesure de protection juridique,
- personne habitant le secteur qui était déjà pris en charge par la MMG de Rouen avant Janvier 2019,
- consultation pour un motif de traumatologie ou psychiatrique,
- patient amené par les pompiers, le SAMU ou une ambulance,
- patient adressé au SAU par un médecin de ville ou suite à un appel régulé,
- langue Française non maîtrisée.

Le recueil de données s'est fait via un questionnaire téléphonique, sur la base du volontariat auprès des patients ou de leur représentant légal (annexe 4). Chaque patient a été contacté 3 fois pendant le mois de Juillet 2020. Au bout du troisième appel le patient était classé dans la catégorie absence de réponse et était exclu de l'étude.

Nous avons également effectué un questionnaire en parallèle à la maison médicale de garde de Rouen.

Le questionnaire était différent de celui utilisé pour les services d'urgence (annexe 5). Les critères d'inclusion, d'exclusion et les modalités de recueil des données étaient identiques.

Les résultats ont été inscrits dans un tableur EXCEL. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel R Studio.

RESULTATS

A. DANS LES SERVICES D'URGENCES

1. Descriptif de l'échantillon :

a. Centres ayant accepté de participer à l'étude et nombre de personnes inclus par centre :

Les centres hospitaliers ayant accepté de participer à notre études étaient le CHU de Rouen (Adulte, Pédiatrie, Saint-Julien), le CH de Lillebonne et la clinique du Cèdre.

La clinique de l'Europe a refusé de participer.

Dans les différents services d'urgences, 376 admissions relevaient de la permanence de soin ambulatoire les soirs de semaine (223 au CHU de Rouen, 63 au CHU Saint Julien, 27 à la clinique du Cèdre, 63 au CH Lillebonne).

Au total, 207 patients ont été inclus dans l'étude après exclusion des patients venant du secteur habituellement pris en charge par la MMG de Rouen ou relevant de la MMG du Havre (127 au CHU de Rouen, 54 au CHU Saint Julien, 18 à la clinique du Cèdre, 8 au CH de Lillebonne).

b. Nombre de questionnaires obtenus par centre :

Sur les 207 personnes appelées, 101 ont répondu au questionnaire (60 au CHU de Rouen, 23 au CHU Saint Julien, 11 à la clinique du Cèdre, 7 au CH de Lillebonne).

Pour 20.8% des personnes, les coordonnées n'ont pas été trouvées ou étaient incorrectes.

Il y a 7.7% des personnes qui ont refusé de participer à l'étude, 20.3% personnes qui n'ont pas répondu aux appels et 2.4% patients qui ont été exclus secondairement lors du questionnaire téléphonique dû à la barrière de la langue.

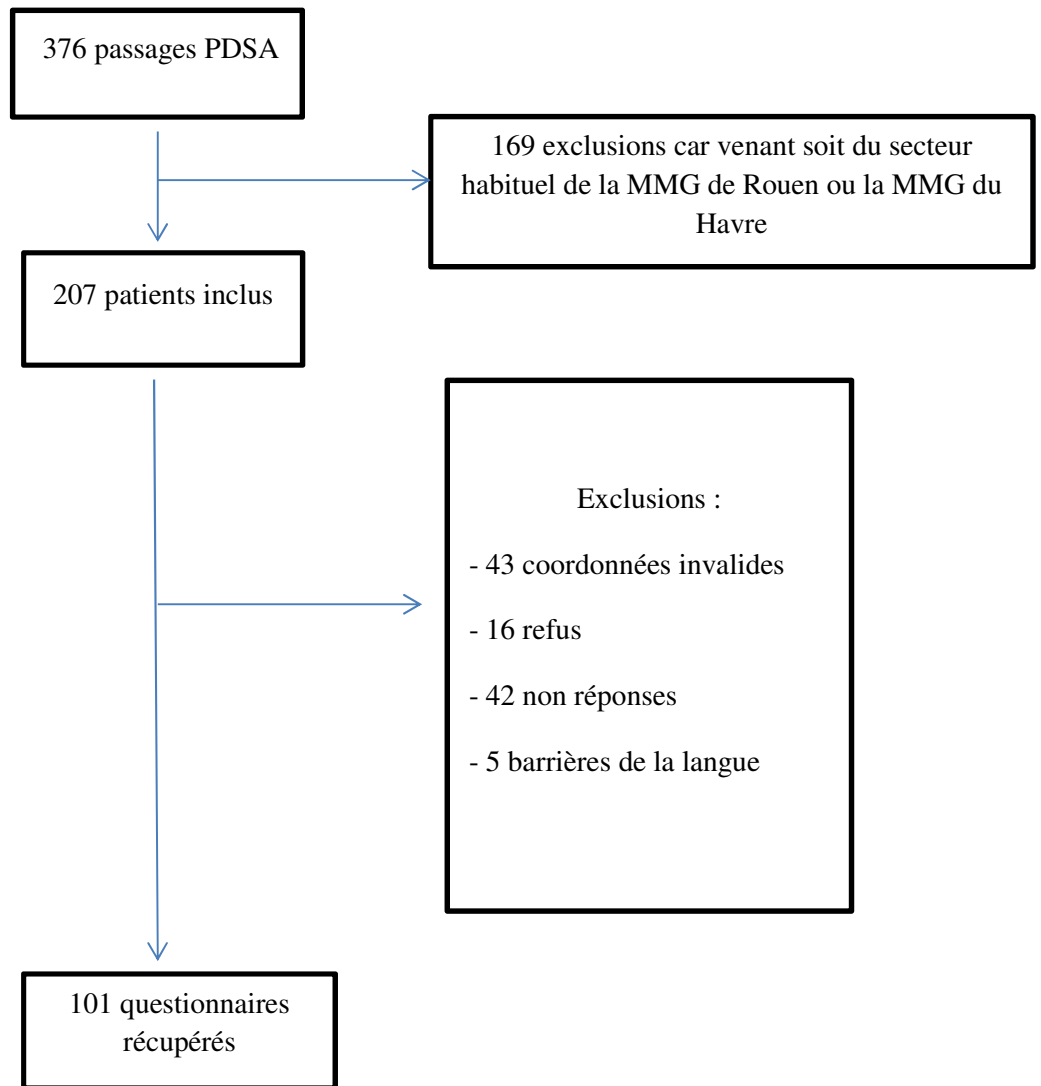


Figure 8: flow chart

	Hopital ou clinique			
	CH Lillebonne (n=8)	CHU Rouen (n=127)	CHU Saint-Julien (n=54)	Clinique du Cèdre (n=18)
Non réponses	1	28	10	3
refus	0	8	6	2
coordonnées invalides	0	27	14	2
barrière de la langue	0	4	1	0
réponses obtenues	7	60	23	11

Tableau 5: motifs des exclusions par centre

c. Questionnaires obtenus selon le sexe :

Dans les services d'urgences, 49 questionnaires (48.5%) ont concerné des femmes et 52 (51.5%) des hommes.

	Hopital ou clinique			
	CH Lillebonne (n=7)	CHU Rouen (n=60)	CHU Saint-Julien (n=23)	Clinique du Cèdre (n=11)
Sexe				
Femme = 49 (48,5)	2 (28,6)	29 (48,3)	11 (47,8)	7 (63,6)
Homme = 52 (51,5)	5 (71,4)	31 (51,7)	12 (52,2)	4 (36,4)

Tableau 6: nombre de questionnaires obtenus selon le sexe des patients par centre

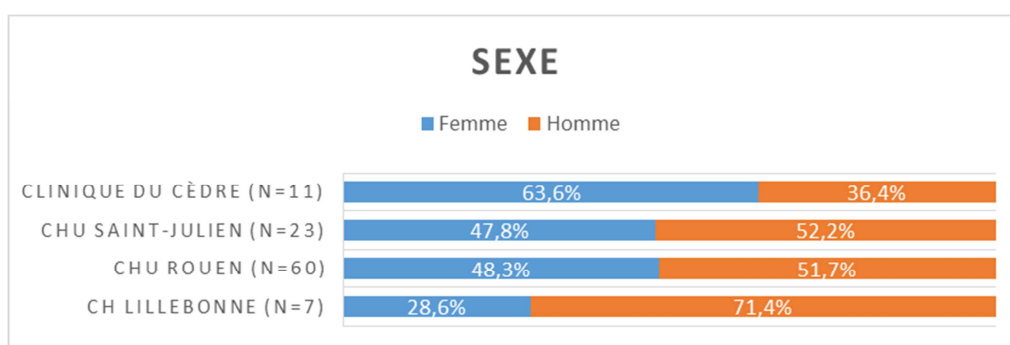


Figure 9: répartition par sexe selon les centres

d. Questionnaires obtenus selon l'âge :

Il y a eu 20 questionnaires (19.8%) qui concernaient des enfants de moins de 2 ans, 33 questionnaires (32.7%) qui concernaient des enfants entre 2 et 10 ans, 4 questionnaires (4%) qui concernaient des enfants entre 11 et 16 ans. Les patients entre 17 et 25 ans représentaient 10 questionnaires (9.8%), les 26-45 ans représentaient 28 réponses (27.7%), 4 questionnaires (4%) concernaient des patients de 46-65 ans et les >65 ans représentaient 2% des réponses.

	Hopital ou clinique			
	CH Lillebonne (n=7)	CHU Rouen (n=60)	CHU Saint-Julien (n=23)	Clinique du Cèdre (n=11)
Âge				
moins de 24 mois = 20 (19,8)	0 (0,0)	20 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Entre 25 mois et 10 ans = 33 (32,7)	2 (28,6)	28 (46,7)	3 (13,0)	0 (0,0)
Entre 11 et 16 ans = 4 (4)	1 (14,3)	1 (1,7)	2 (8,7)	0 (0,0)
Entre 17 et 25 ans = 10 (9,9)	0 (0,0)	3 (5,0)	4 (17,4)	3 (27,3)
Entre 26 et 45 ans = 28 (27,7)	4 (57,1)	8 (13,3)	11 (47,8)	5 (45,5)
Entre 46 et 65 ans = 4 (4)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (8,7)	2 (18,2)
Plus de 65 ans = 2 (2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,3)	1 (9,1)

Tableau 7: nombre de questionnaires obtenus selon l'âge des patients par centre

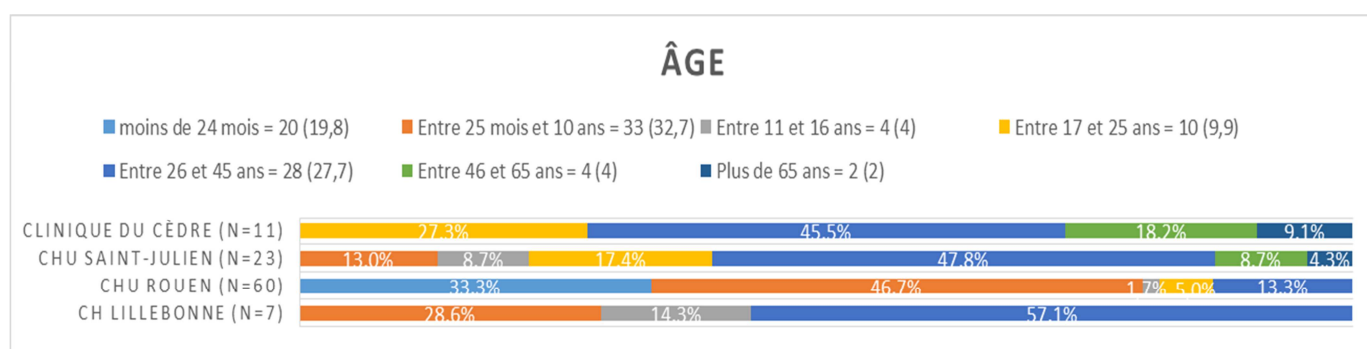


Figure 10: répartition par tranches d'âge selon les centres

e. Questionnaires obtenus selon le secteur de garde :

Dans notre étude, 7 questionnaires concernaient des gens provenant du secteur de Barentin (6.9%), 3 questionnaires pour le secteur de Caux Vallée (3%), 3 pour le secteur de Gournay (3%), 12 pour le secteur de Malaunay (11.9%), 13 pour le secteur de Maromme (12.9%), 55 pour le secteur de Petit-Quevilly (54.5%), 8 pour le secteur d'Yvetot (7.9%). Aucun questionnaire n'a concerné le secteur de Boos.

	Hopital ou clinique			
	CH Lillebonne (n=7)	CHU Rouen (n=60)	CHU Saint-Julien (n=23)	Clinique du Cèdre (n=11)
Secteur de permanence de soin ambulatoire				
Barentin = 7 (6,9)	0 (0,0)	4 (6,7)	2 (8,7)	1 (9,1)
Boos = 0 (0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Caux vallées = 3 (3)	0 (0,0)	2 (3,3)	0 (0,0)	1 (9,1)
Gournay = 3 (3)	0 (0,0)	2 (3,3)	1 (4,3)	0 (0,0)
Malaunay = 12 (11,9)	0 (0,0)	7 (11,7)	1 (4,3)	4 (36,4)
Maromme = 13 (12,9)	0 (0,0)	9 (15,0)	0 (0,0)	4 (36,4)
Petit Quevilly = 55 (54,5)	0 (0,0)	36 (60,0)	19 (82,6)	0 (0,0)
Yvetot = 8 (7,9)	7 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (9,1)

Tableau 8: nombre de questionnaires obtenus selon le secteur de PDSA par centre

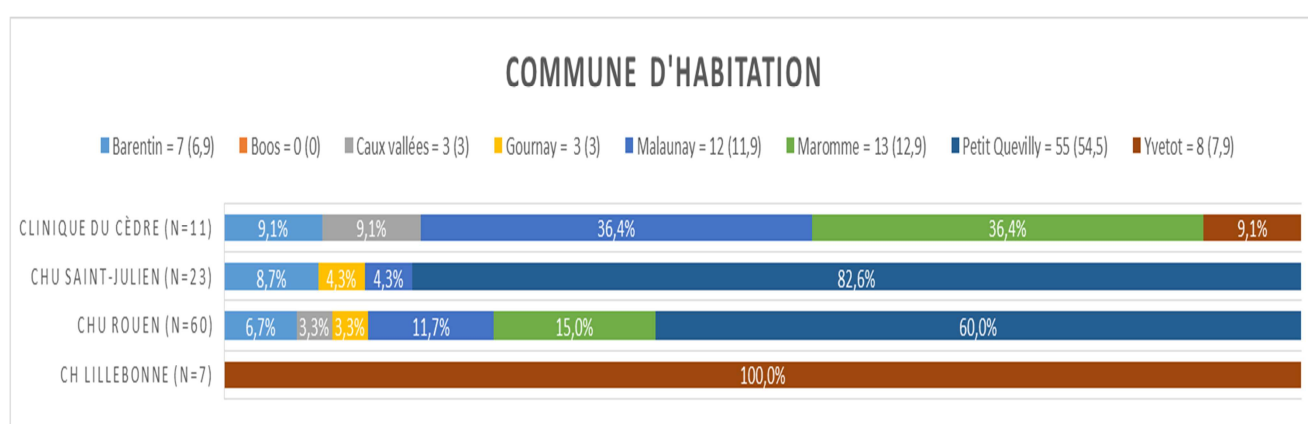


Figure 11: répartition selon le secteur de PDSA par centre

2. Connaissance du médecin de garde :

Sur les 101 patients interrogés, 43 patients ont déclaré avoir déjà eu recours au médecin de garde dans leur secteur avant leur fermeture (42.6%).

Parmi les 58 patients n'ayant jamais eu recours au médecin de garde, 40 ne connaissaient pas son existence (69%)

	Hopital ou clinique			
	CH Lillebonne (n=7)	CHU Rouen (n=60)	CHU Saint-Julien (n=23)	Clinique du Cèdre (n=11)
Avoir déjà eu recours au médecin de garde dans leur secteur				
Oui = 43 (42,6)	3 (42,9)	24 (40,0)	9 (39,1)	7 (63,6)
Non = 58 (57,4)	4 (57,1)	36 (60,0)	14 (60,9)	4 (36,4)

Tableau 9: nombre de patients ayant déjà eu recours au médecin de garde de leur secteur

Selon les centres :

- Au CHU de Rouen, 40% des patients avaient déjà eu recours à leur médecin de garde. Sur les 60% qui n'avaient jamais fait appel à ce dernier, 72.2% ignoraient son existence.
- Au CHU Saint Julien, 39.1% des patients avaient déjà eu recours au médecin de garde. Sur les 60.9% qui n'avaient jamais fait appel à celui-ci, 78.6% ignoraient son existence.
- Au CH de Lillebonne, 42.9% des patients avaient déjà eu recours au médecin de garde. Sur les 57.1% qui n'avaient jamais fait appel à celui-ci, 50% ignoraient son existence.
- A la clinique du Cèdre, 63.6% des patients avaient déjà eu recours au médecin de garde. Sur les 36.4% qui n'avaient jamais fait appel à celui-ci, 25% ignoraient son existence.

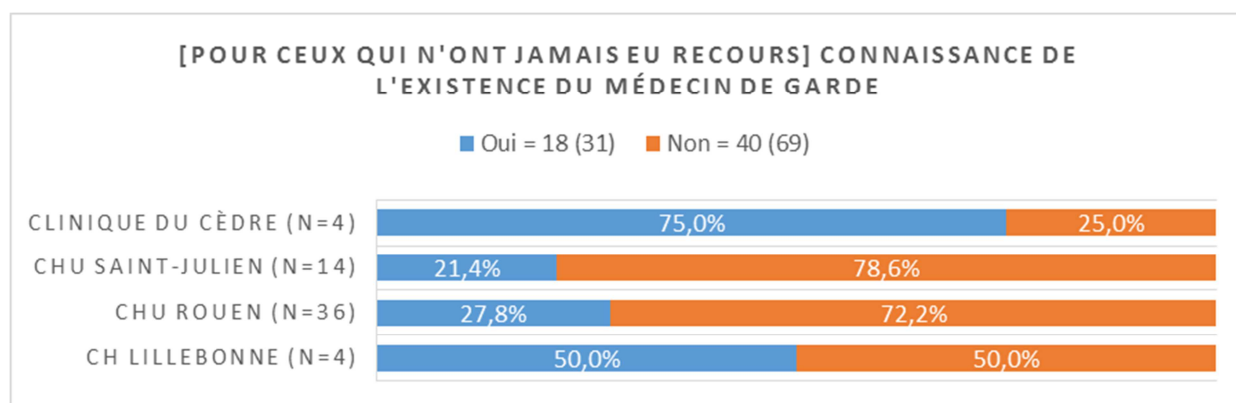


Figure 12: connaissance du médecin de garde selon les centres

3. Recours au médecin de garde :

Sur les 101 patients interrogés, 45 auraient eu recours au médecin de garde de leur secteur s'il existait toujours (44.6%).

- Au CHU de Rouen, 40% des patients auraient fait appel au médecin de garde.
- Au CHU Saint-Julien, 52.2% des patients auraient fait appel au médecin de garde.
- Au CH de Lillebonne, 57.1% des patients auraient fait appel à la PDSA

- A la clinique du Cèdre, 45.5% des patients auraient été voir le médecin de garde.

	Hopital ou clinique			
	CH Lillebonne (n=7)	CHU Rouen (n=60)	CHU Saint-Julien (n=23)	Clinique du Cèdre (n=11)
Recours aux urgences alors qu'ils auraient consulté le médecin de garde de leur secteur				
Oui = 45 (44,6)	4 (57,1)	24 (40,0)	12 (52,2)	5 (45,5)
Non = 56 (55,4)	3 (42,9)	36 (60,0)	11 (47,8)	6 (54,5)

Tableau 10: nombre de patients qui auraient consulté le médecin de garde de leur secteur

4. Recours à la maison médicale de Rouen :

Sur les 101 patients ayant répondu au questionnaire, seulement 20 auraient consulté à la maison médicale de garde de Rouen.

	Hopital ou clinique			
	CH Lillebonne (n=7)	CHU Rouen (n=60)	CHU Saint-Julien (n=23)	Clinique du Cèdre (n=11)
Si vous aviez su qu'un médecin généraliste était à votre disposition ce soir à Rouen, auriez-vous fait appel à lui ?				
Oui = 20 (19,8)	1 (14,3)	11 (18,3)	6 (26,1)	2 (18,2)
Non = 81 (80,2)	6 (85,7)	49 (81,7)	17 (73,9)	9 (81,8)

Tableau 11: nombre de patients qui auraient consulté à la MMG de Rouen selon les centres

Sur les 81 personnes qui n'auraient pas fait appel au médecin de garde de Rouen :

- 24.7% ne connaissaient pas la maison médicale de Rouen
- 17.3% considéraient que la maison médicale de Rouen était trop loin
- 2.5% considéraient que les rendez-vous proposés étaient trop tard
- 1.2% trouvaient le prix de la consultation trop élevé
- 61.7% considéraient que leur état de santé nécessitait d'aller aux urgences

Modalité	Hopital ou clinique			
	CH Lillebonne (n=6)	CHU Rouen (n=49)	CHU Saint-Julien (n=17)	Clinique du Cèdre (n=9)
Je ne connais pas la maison médicale de garde à Rouen				
Oui = 20 (24,7)	0 (0,0)	14 (28,6)	6 (35,3)	0 (0,0)
Non = 61 (75,3)	6 (100,0)	35 (71,4)	11 (64,7)	9 (100,0)
La maison médicale de garde à Rouen est trop loin de chez moi				
Oui = 14 (17,3)	2 (33,3)	3 (6,1)	6 (35,3)	3 (33,3)
Non = 67 (82,7)	4 (66,7)	46 (93,9)	11 (64,7)	6 (66,7)
Les rendez-vous proposés sont trop tard				
Oui = 2 (2,5)	1 (16,7)	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Non = 79 (97,5)	5 (83,3)	48 (98,0)	17 (100,0)	9 (100,0)
Le prix de la consultation est trop élevé				
Oui = 1 (1,2)	0 (0,0)	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Non = 80 (98,8)	6 (100,0)	48 (98,0)	17 (100,0)	9 (100,0)
Je considère que mon état de santé ne pouvait pas être géré par un médecin généraliste de garde				
Oui = 50 (61,7)	3 (50,0)	32 (65,3)	9 (52,9)	6 (66,7)
Non = 31 (38,3)	3 (50,0)	17 (34,7)	8 (47,1)	3 (33,3)

Tableau 12: raisons de ne pas consulter à la MMG de Rouen par centre

Selon les centres hospitaliers :

- Au CHU de Rouen : 65% des patients considéraient que leur état de santé nécessitait d'aller aux urgences, 29% ne connaissaient pas la maison médicale de Rouen, 6% trouvaient que la maison médicale de Rouen était trop loin, 2% que le prix était trop élevé et 2% que les rendez-vous proposés étaient trop tard.
- Au CHU Saint Julien : 53% des patients considéraient que leur état de santé nécessitait d'aller aux urgences, 35% ne connaissaient pas la maison médicale de Rouen, 35% trouvaient que la maison médicale de Rouen était trop loin, 9% que les rendez-vous proposés étaient trop tard.
- Au CH Lillebonne : 50% des patients considéraient que leur état de santé nécessitait d'aller aux urgences, 33% trouvaient que la maison médicale de Rouen était trop loin et 17% que les rendez-vous proposés étaient trop tard.
- A la clinique du Cèdre : 67% des patients considéraient que leur état de santé nécessitait d'aller aux urgences et 33% trouvaient que la maison médicale de Rouen était trop loin.

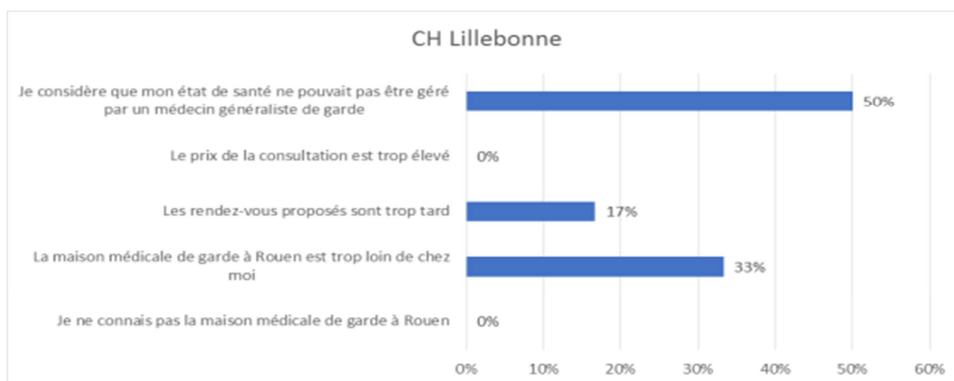
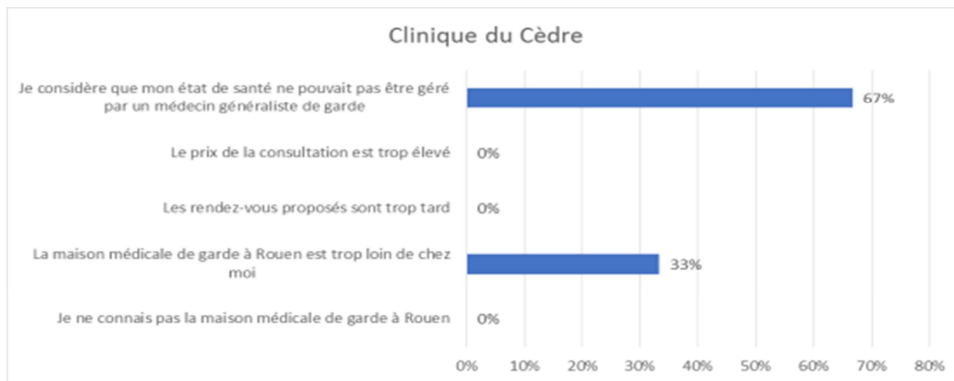
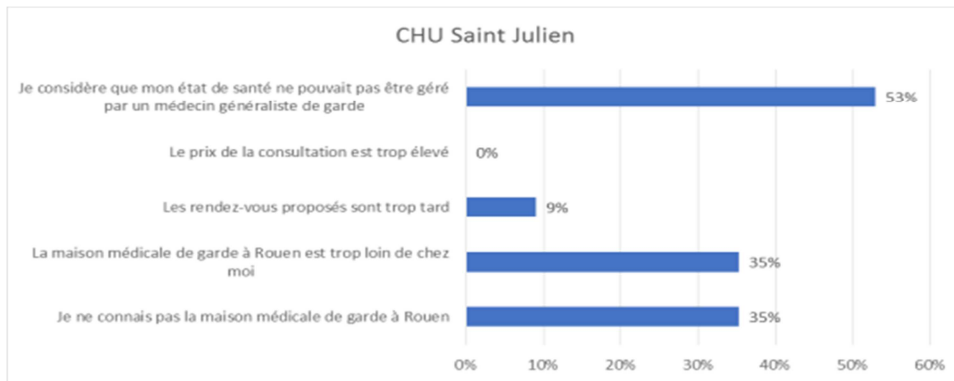
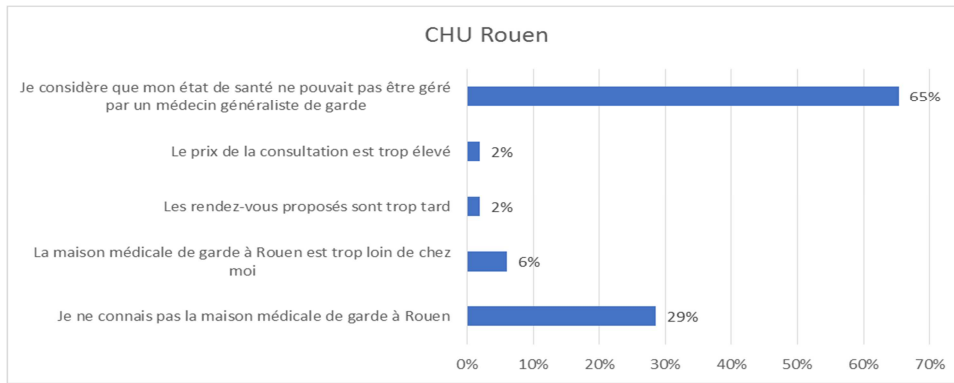


Figure 13: raisons de ne pas consulter à la MMG de Rouen selon les centres

B. A LA MAISON MEDICALE DE GARDE DE ROUEN

En Février, 239 passages ont eu lieu du lundi au vendredi, dont 90 ont été inclus dans l'étude car ils venaient d'un secteur de PDSA ayant fermé (soit 37.7% des passages)

Les modalités d'inclusion sont résumées sur le schéma ci-dessous :

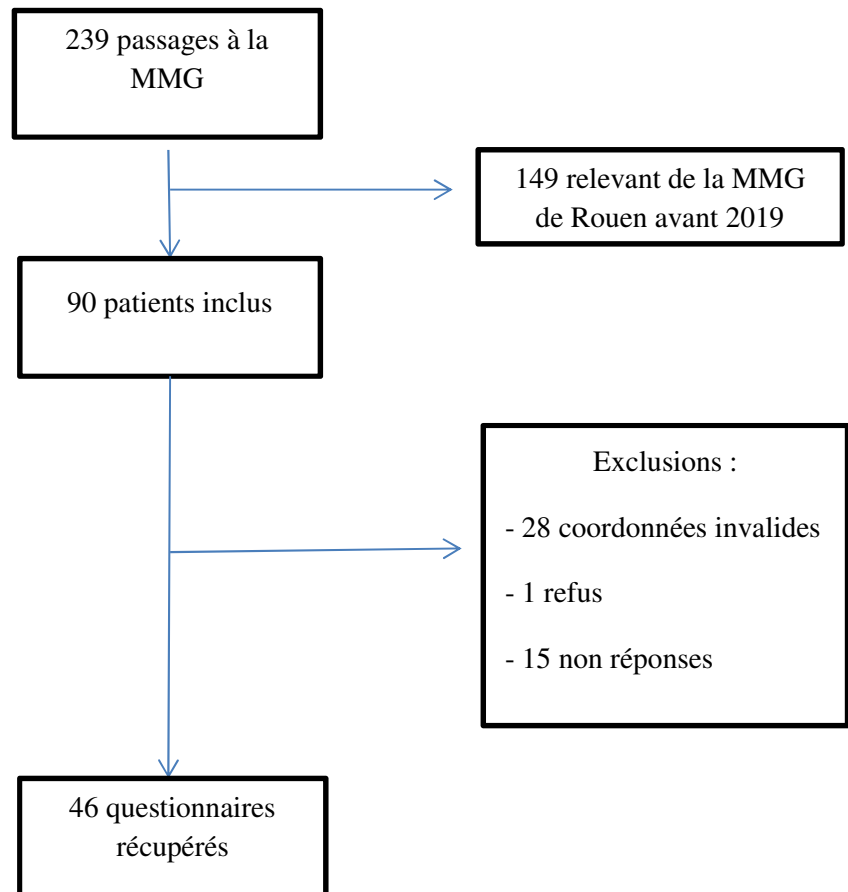


Figure 14: flow chart de l'étude de la MMG de Rouen

1. Descriptif de l'échantillon :

a. Questionnaires obtenus selon le sexe :

Nous avons obtenu 28 questionnaires concernant des femmes (60.9%) et 18 questionnaires concernant des hommes (39.1%).

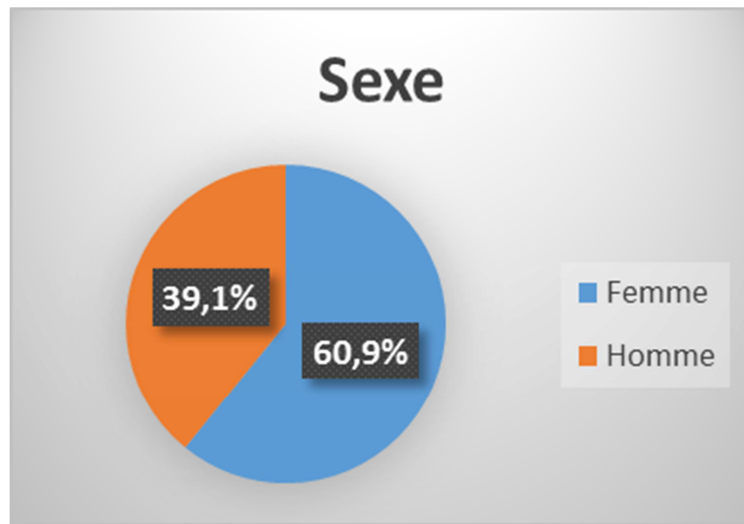


Figure 15: répartition par sexe à la MMG de Rouen

b. Questionnaires obtenus selon l'âge :

Nous avons obtenu 4 questionnaires concernant les enfants de moins de 2 ans (8.7%), 16 questionnaires concernaient des enfants entre 2 et 10 ans (34.8%), 4 des enfants entre 11 et 16 ans (8.7%). Les patients de 17 à 25 ans représentaient 7 questionnaires (15.2%), les 26-45ans représentaient 10 questionnaires (21.7%) et 5 questionnaires concernaient les 46-65 ans (10.9%). Il n'y a pas eu de patient de plus de 65 ans inclus dans notre étude.

Âge		
moins de 24 mois	4	8,7%
Entre 25 mois et 10 ans	16	34,8%
Entre 11 et 16 ans	4	8,7%
Entre 17 et 25 ans	7	15,2%
Entre 26 et 45 ans	10	21,7%
Entre 46 et 65 ans	5	10,9%

Tableau 13: nombre de questionnaires obtenus par tranches d'âge

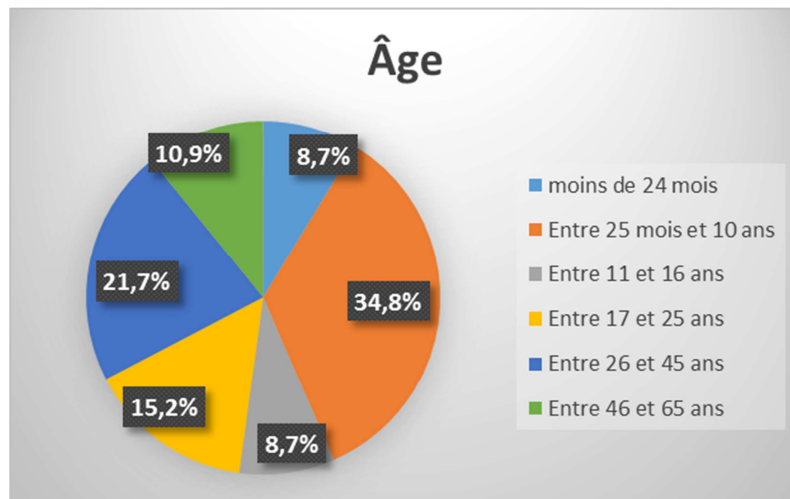


Figure 16: répartition par tranches d'âge

c. Questionnaires obtenus selon le secteur de garde :

Les gens provenant du secteur de Barentin ont répondu à 8 questionnaires (17.4%), 1 questionnaire concernait le secteur de Boos (2.2%), 1 questionnaire pour le secteur de Caux Vallée (2.2%), 1 pour le secteur de Gournay (2.2%), 14 pour le secteur de Malaunay (30.4%), 13 pour le secteur de Maromme (28.3%), 6 pour Petit Quevilly (13%) et 2 pour Yvetot (4.3%).

secteur de garde			
Barentin	8	17,4%	
Boos	1	2,2%	
Caux vallées	1	2,2%	
Gournay	1	2,2%	
Malaunay	14	30,4%	
Maromme	13	28,3%	
Petit Quevilly	6	13,0%	
Yvetot	2	4,3%	

Tableau 14: nombre de patients en fonction du secteur de garde

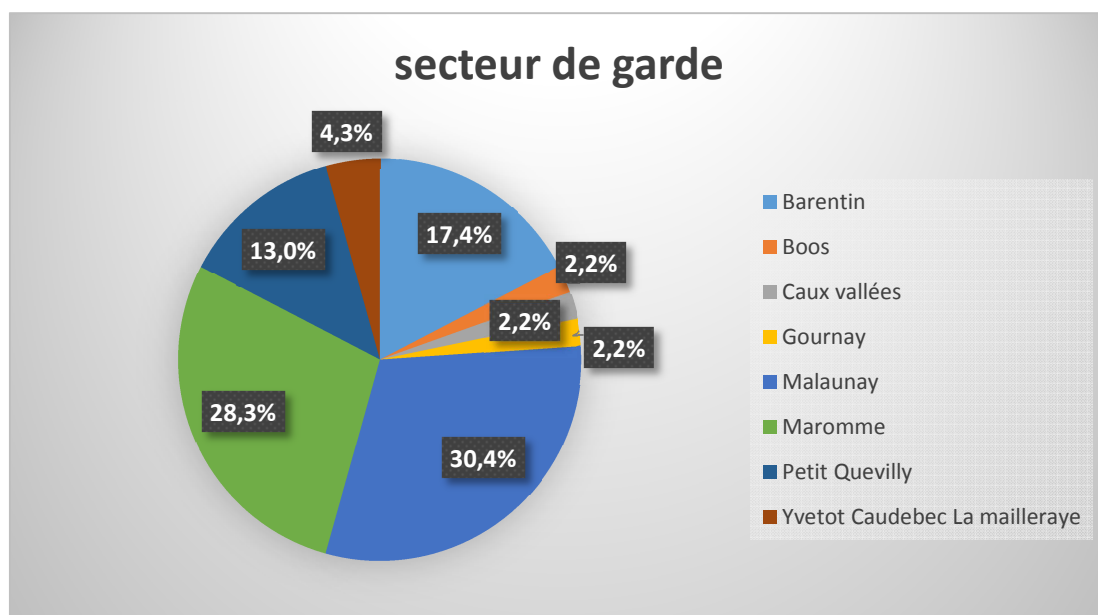


Figure 17: répartition en fonction du secteur de garde

2. Moyen de prise de rendez-vous :

Sur les 46 patients interrogés, près de la moitié avaient contacté la maison médicale via le 116-117, environ un tiers avaient appelé le 15. Un patient sur 5 avait utilisé l'ancien numéro 02-35-58-76-33. Très peu de patients avaient été réorientés par un service d'urgence.

Moyen de prise du rendez-vous		
Par téléphone au 02-35-58-76-33	9	19,6%
Vous avez appelé le 116-117	20	43,5%
Vous avez appelé le 15	16	34,8%
Vous avez consulté aux urgences et on vous a réorienté vers la maison médicale	1	2,2%

Tableau 15: moyen de contacter la MMG de Rouen

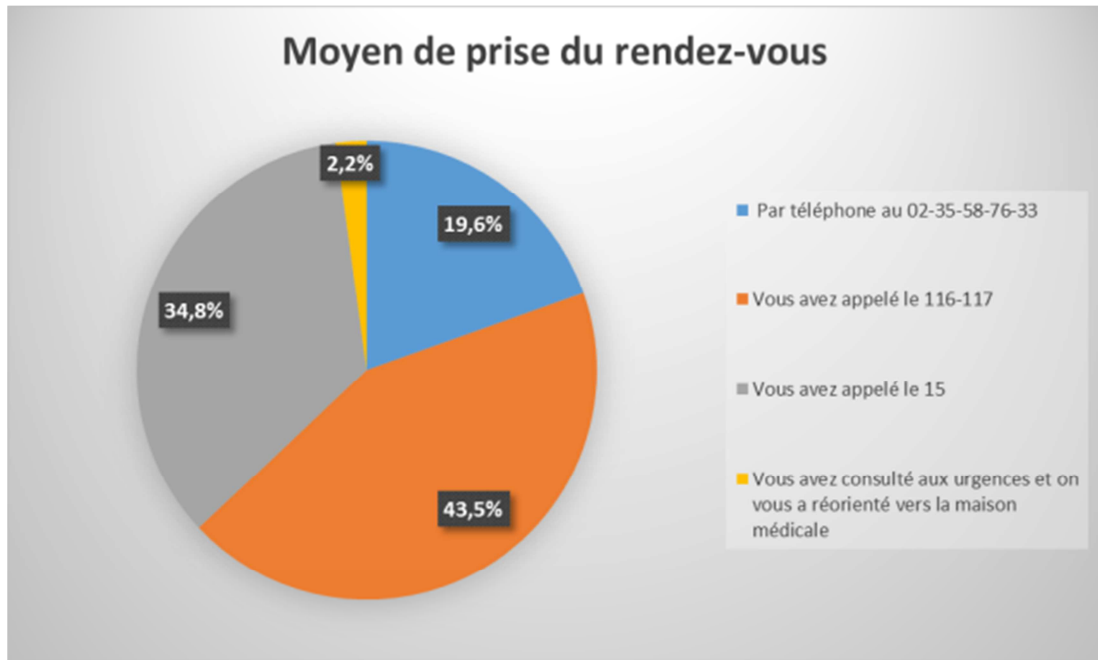


Figure 18: moyen de contacter la MMG de Rouen

3. Recours aux urgences :

Sur les 46 patients interrogés, 11 (23.9%) avaient déjà eu recours aux urgences alors qu'ils auraient été voir le médecin de garde de leur secteur s'il était toujours présent.

Avoir déjà eu recours aux urgences			
	Oui	11	23,9%
	Non	35	76,1%

Tableau 16: pourcentage de patients ayant eu recours aux urgences pour un motif de PDSA depuis le 01/01/2019

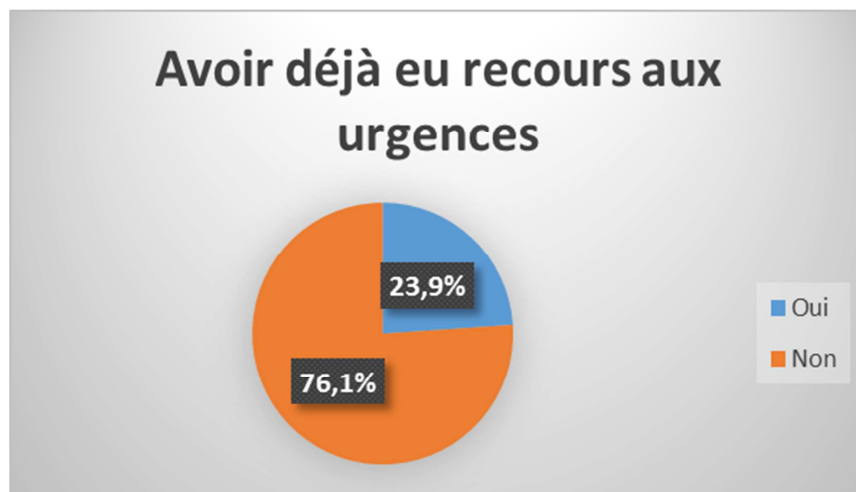


Figure 19: recours antérieur aux urgences pour un motif de PDSA depuis le 01/01/2019

4. Rendez-vous annulés :

Parmi les 46 patients appelés, 9 avaient déjà annulé un rendez-vous à la maison médicale de Rouen (19.6%). La raison principale était que le rendez-vous proposé était trop tard (66.7%). Pour 55.6% des patients, la maison médicale était trop loin et pour 11.1% le motif de consultation nécessitait finalement d'aller dans un service d'urgence.

9 parmi 46 ont annulé leur rendez-vous, pour motif(s):	Effectifs	Pourcentages
Je ne connais pas la maison médicale de Rouen		
Oui	0	0,0%
Non	9	100,0%
La maison médicale était trop loin		
Oui	5	55,6%
Non	4	44,4%
Le rendez vous était trop tard		
Oui	6	66,7%
Non	3	33,3%
Le prix était trop élevé		
Oui	0	0,0%
Non	9	100,0%
Le motif nécessitait d'aller aux urgences		
Oui	1	11,1%
Non	8	88,9%

Tableau 17: raisons d'annulation de rendez-vous à la MMG de Rouen

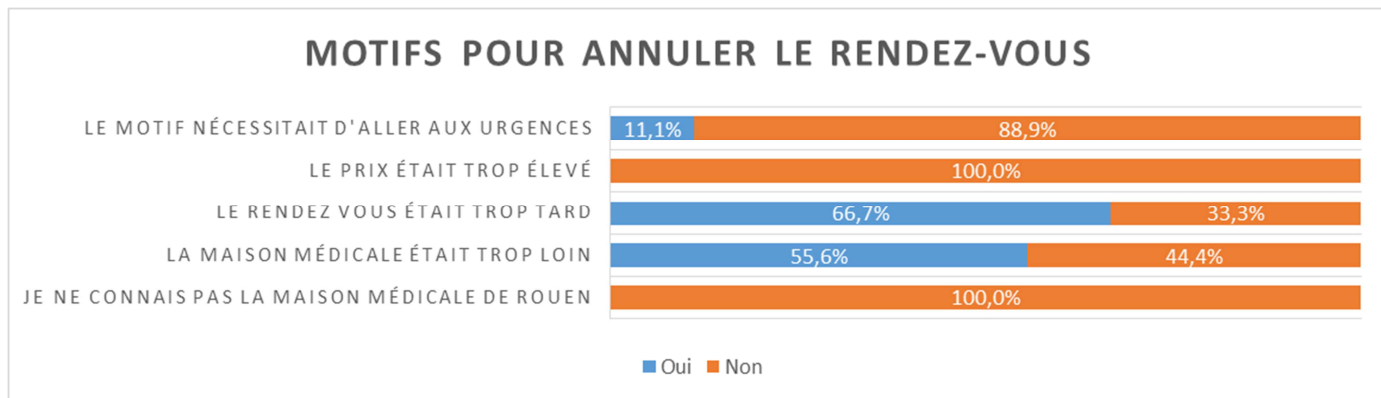


Figure 20: répartition des raisons d'annulation de rendez-vous à la MMG de Rouen

DISCUSSION

A. DISCUSSION DES RESULTATS

1. Dans les services d'urgences :

Notre étude montre que, sur l'ensemble des patients interrogés, 44.6% auraient fait appel au médecin de garde de leur secteur s'il existait toujours, soit près de la moitié. Ces consultations inappropriées aux urgences le soir de semaine auraient pu être évitées.

Les différents secteurs de garde ont été fermés car ils s'avéraient coûteux pour la sécurité sociale du fait du règlement forfaitaire versé aux médecins pour peu de consultations effectuées (3). Cependant, notre étude montre que 69% des patients n'ayant jamais eu recours au médecin de garde, ne connaissaient pas l'existence de ce dernier. Nos résultats laissent à penser que la communication sur la permanence de soin ambulatoire n'est pas encore optimale.

Seuls 20% des patients interrogés auraient consulté à la MMG de Rouen.

- Un quart des patients ne connaissaient pas la MMG de Rouen. Une campagne d'information serait utile notamment dans les journaux locaux, les réseaux sociaux (par exemple 76actu sur Facebook), des affiches dans les rues ou cabinets médicaux, ou encore sur les messageries téléphoniques des cabinets médicaux lorsque ceux-ci sont fermés.

- 17% considéraient que la MMG de Rouen était trop loin. En effet, les patients venant des communes éloignées de Rouen, comme Yvetot, ont 40 minutes de route environ pour arriver à Rouen avec parfois des propositions de rendez-vous en fin de soirée. Ces patients disaient vouloir privilégier les établissements plus proches de chez eux avec l'espoir d'être pris en charge dans un délai plus court. De plus, certaines personnes ne sont pas véhiculées ou sont seules avec des enfants en bas âge, donc la distance et le temps de route peuvent être un frein à consulter le médecin de garde.

Cependant, dans notre étude, les patients venant du secteur de garde de Petit-Quevilly (environ 10 minutes de la MMG de Rouen en voiture) avaient plus recours aux services d'urgence (54.5%) qu'à la MMG de Rouen (13%). Ceci peut s'expliquer par le fait que le service d'urgence du CHU Saint-Julien, situé dans la ville de Petit-Quevilly, est plus proche de leur domicile.

- 2.5% des patients ne consultent pas à la MMG de Rouen car les rendez-vous sont trop tard. Depuis la fermeture des secteurs de garde, les rendez-vous à la MMG ont accru. En période d'épidémie hivernale, les secrétaires sont parfois obligées de proposer des rendez-vous entre 23h et minuit à des gens qui appellent en début de soirée. Ces personnes peuvent vouloir consulter dans un service d'urgence à proximité de chez eux dans l'espoir d'être sorti avant minuit.

- Seulement 1.2% ont déclaré que le prix de la consultation était trop élevé. En effet, les patients se déplaçant à la MMG de Rouen doivent avancer les frais de consultation s'élevant à 67.50 euros (G+CRN) et 72.50 euros (G+CRN+MEG) pour les enfants de moins de 6 ans (25). Ce tarif n'est pas abordable pour tout le monde. Nous aurions pensé que ce frein aurait été plus décrit par les patients car il revient beaucoup lors des gardes à la MMG de Rouen. Un système de tiers payant généralisé pourrait être une solution pour rendre plus attractif le système de PDSA.

- 61.7% des patients interrogés n'auraient pas fait appel au médecin de garde car ils jugeaient que leur état de santé nécessitait d'aller aux urgences. Ceux-ci représentent également des passages inappropriés aux urgences et pourraient être évités.

De plus, il existe un recours important aux urgences pour les enfants de moins de 2 ans (19.8%). A la MMG, cette tranche d'âge ne représente que 8.7% des consultations. Ceci peut s'expliquer par l'anxiété des parents vis-à-vis de la santé de leurs enfants. Ils peuvent préférer avoir recours aux urgences pédiatriques pour avoir un avis spécialisé.

L'éducation des patients par le médecin généraliste permettrait une meilleure évaluation de l'urgence ressentie, mais cela semble difficile à mettre en place. Il semblerait judicieux également d'éduquer les patients afin qu'ils prennent l'habitude de téléphoner à la régulation du médecin de garde avant de se déplacer aux urgences. Cela permettrait de les orienter au mieux et de mettre en place une réponse adaptée à leur demande.(26) Mais ceci ne serait envisageable que si la

régulation de la PDSA est renforcée. Instaurer un programme de formation à la régulation médicale dans le cursus des études médicales pourrait être bénéfique. Cela permettrait de mieux connaître le métier de la régulation médicale, limiterait l'appréhension liée à cette activité et inciterait plus les jeunes médecins à participer à la PDSA.

Le rapport du député P.BOENNEC de 2008 (27) constatait une lacune dans la formation des étudiants en médecine générale : *« les étudiants n'acquièrent dans leur cursus aucune expérience de la garde ambulatoire, aucune notion de régulation téléphonique, et finalement la réalité de la médecine de premier recours se limite pour eux à de très brefs aperçus. Il conviendrait en deuxième cycle de les envoyer en stage hors des grandes villes et, en troisième cycle, de les former et de rendre obligatoires des exercices de garde ambulatoire et de régulation (...) la permanence des soins et la régulation téléphonique proprement dite ne figurent pas dans la maquette de formation obligatoire de troisième cycle ».*

2. A la maison médicale de Rouen :

Les secteurs de garde ayant fermé représentaient 90 passages à la maison médicale de Rouen sur le mois de Février, soit 37.7% du total des passages. En période hivernal, cette augmentation pose le problème du nombre de rendez-vous limité que le médecin de garde peut proposer entre 20h et minuit.

Parmi ces passages supplémentaires, 73.9% concernaient des secteurs de garde situés non loin de Rouen.

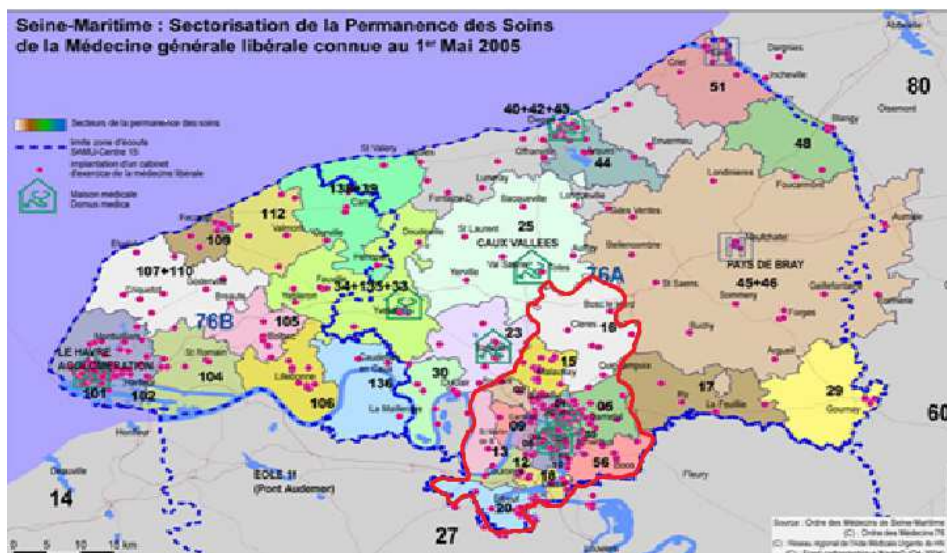


Figure 21: délimitation des secteurs de gardes représentant les 3/4 des passages à la MMG de Rouen

En effet, les patients venant du secteur de Malaunay représentent 30.4% de l'échantillon (vs 11.9% dans les SAU). Ceux du secteur de Maromme représentent 28.3% (vs 12.9% dans les SAU). Peut-être que les réticences à consulter à la MMG de Rouen est moindre pour ces secteurs.

Cependant, seuls 28.3% des patients venant de secteurs plus éloignés ont consulté sur le mois de Février à la MMG. Ils ne représentaient également que 20.8% des réponses obtenues dans les services d'urgence. On pourrait se demander quelles sont les habitudes des personnes, vivant dans ces secteurs de garde, aux heures de la PDSA. Ces secteurs ne possèdent en réalité ni établissements d'urgence, ni médecin de garde en semaine. Ce qui serait intéressant, c'est de réaliser une étude sur ces populations, au sein des cabinets des médecins généralistes, pour savoir les habitudes des patients de ces secteurs depuis la fermeture de leur PDSA.

Parmi les patients interrogés, 23.9% ont déjà eu recours aux urgences alors qu'ils auraient été voir leur médecin de garde. Donc 11 passages supplémentaires aux urgences qui auraient pu être évités.

Cette étude a montré que le numéro unique pour joindre la PDSA (116-117) est utilisé par la majorité des personnes (43.5%). Mais 34.8% des patients ayant consulté à la maison médicale ont toujours recours au 15. Presque 20% ont dit avoir

trouvé le numéro 02-35-58-76-33 via une recherche sur internet. Après vérification, en effet, certains sites ont laissé l'ancien numéro (toujours actif), c'est notamment le cas du site de la mairie de Yerville (28).

Seulement une personne a été réorientée par le service d'urgence du CHU. La solution pour désengorger les urgences des passages relevant de la PDSA, et ainsi d'optimiser le nombre de consultations du médecin de garde des secteurs ayant fermé, serait la réorientation des patients vers celui-ci lorsque cela est possible.

Un arrêté du 27 Décembre 2019 vise à expérimenter un forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence.(29) L'objectif de l'expérimentation est de pouvoir toucher 5 à 10 % des patients « inadéquats » au sein des urgences hospitalières à travers l'expérimentation d'un forfait de réorientation des patients. Ce forfait, versé aux urgences, vise à réorienter le patient vers une consultation de ville à une date compatible avec son état de santé. La réorientation peut donc être réalisée vers un praticien de ville, une maison médicale, une maison médicale de garde. L'expérimentation n'a pas d'impact sur le montant des forfaits annuels des urgences (FAU) qui est versé aux établissements. En revanche le forfait se substitue au forfait accueil et traitement des urgences (ATU) ainsi qu'aux actes et consultations aujourd'hui facturés par les établissements. Le montant du forfait est de 60 euros pour une réorientation vers la médecine libérale. Les majorations (jour fériés et nuit) s'appliquent à cette valeur. Le patient peut refuser la réorientation qui lui est proposée par l'hôpital. L'expérimentation est prévue pour deux ans à compter du 1er avril 2020.

Concernant les annulations de rendez-vous : Sur les 9 patients interrogés dans notre études ayant déjà annulé un rendez-vous à la MMG, les 2 raisons principales étaient que la MMG était trop loin (55.6%) ou que le rendez-vous proposés étaient trop tard (66.7%). Contrairement à ce qu'on attendait, le prix de la consultation n'a pas été cité comme raison d'annulation mais l'échantillon de patients ayant répondu à l'étude est faible.

B. DISCUSSION DE L'ETUDE

1. Points forts de l'étude :

Il s'agit, à notre connaissance, de la seule étude réalisée sur l'impact de la diminution des secteurs de garde car celle-ci a été mise en place avec les nouveaux cahiers des charges de l'ARS suite à la réunification des régions en 2016.

Un faible nombre de refus des personnes contactées montre que les gens se sont sentis concernés par le sujet.

Notre étude s'est intéressée à toutes les tranches d'âge alors que la plupart des études existantes excluent les consultations pédiatriques, notamment dans les services d'urgences.

Au cours des entretiens téléphoniques, lorsque les gens ne connaissaient pas l'existence de la permanence des soins ambulatoires, une présentation courte leur a été faite pour leur expliquer le fonctionnement de la PDSA, la localisation de la maison médicale de Rouen en semaine, ainsi que celle de leur secteur pour les week-ends, le numéro pour joindre la régulation, le prix de la consultation à avancer mais également le fait que ce soit remboursé par la sécurité sociale et leur mutuelle.

2. Points faibles de l'étude :

a. Les biais :

Initialement, l'étude devait être prospective avec la distribution de questionnaires anonymes distribués par les infirmières d'accueil et d'orientation des urgences, ainsi que par les secrétaires à la MMG du 15 Mars 2020 au 15 Avril 2020. L'épidémie de COVID-19 ayant touché la France, les services d'urgences ainsi que la MMG ont été désertés par les patients venant pour des motifs de médecine générale.

Le mode de recueil a donc dû être modifié en réalisant une étude rétrospective, avec les biais que celle-ci engendre :

- biais de mémorisation, certains patients avaient du mal à se souvenir du motif pour lequel ils avaient consulté aux urgences en Février.
- biais de recueil, plusieurs méthodes de recueil en fonction des établissements ont été utilisées : au CH Lillebonne, à la clinique du cèdre et au CHU de Rouen pédiatrie, nous avons utilisé les registres pour déterminer les motifs relevant de la PDSA. Au CHU de Rouen adulte et au CHU Saint Julien, nous avons utilisé le logiciel URQUAL pour voir les horaires d'admission et sortie des patients pour évaluer les passages courts pouvant relever de la PDSA, puis nous avons utilisé le logiciel CDP2 pour vérifier les critères d'inclusion. Cependant, il peut y avoir une sous-estimation du nombre de passages car certains patients sont sortis informatiquement bien après leur sortie réelle du service.
- biais de sélection, ce travail n'est pas représentatif de la population générale car seuls les usagers ayant recours aux urgences le soir et par leurs propres moyens ont été inclus. De plus, les personnes âgées, souvent poly-pathologiques, sont majoritairement amenées par des ambulances, pompiers ou SMUR, ce qui les a souvent exclus de l'étude.
- biais d'information, le questionnaire téléphonique peut influencer les réponses des patients interrogés. En effet, ces derniers peuvent se sentir jugés et donc répondre ce qui est, pour eux, « la bonne réponse ».

b. La méthode :

Les critères d'inclusion et d'exclusion de notre étude avaient pour but d'inclure les patients qui auraient pu avoir recours à la PDSA. Aucun critère n'est validé pour décider si tel ou tel patient relève de la PDSA.

En 2014, la cour des comptes constatait que la méconnaissance des caractéristiques des patients recourant aux urgences, rendait difficile de déterminer ceux qui pourraient être pris en charge en médecine de ville. Elle recommandait de mesurer et d'analyser plus finement les « passages évitables ».(12)

Dans les services d'urgences les patients sont classés selon la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) (annexe 6), renseignée par l'urgentiste après la prise en charge du patient. Les patients n'ayant besoin d'aucun acte

complémentaire d'imagerie ou biologie médicale (CCMU 1) auraient pu donner lieu à une prise en charge en ville en médecine générale. Nous nous sommes appuyés sur cette échelle pour réaliser notre recueil de données au sein des différents établissements.

La période de l'étude a été définie arbitrairement sur le mois de Février 2020. Cependant, bien que pendant la période hivernale, le mois de Février se situe pendant les débuts de la pandémie de COVID19 (les premiers cas en France métropolitaine étant apparus le 24 Janvier 2020). De plus, cette période comprenait les vacances scolaires d'hiver sur les quinze derniers jours du mois avec des départs en vacances, donc une moindre fréquentation des urgences. Il est légitime de se demander si les résultats obtenus auraient été similaires sur une autre période de l'année, notamment plus longue et hors pandémie.

Les horaires de l'étude sont précis, de 19h à minuit. Ils correspondent aux heures d'ouverture de la MMG de Rouen, bien que les horaires de la PDSA, définis dans les textes, sont de 20h à minuit. Certains patients, qui auraient eu recours au médecin de garde dans leur secteur, peuvent avoir eu recours aux urgences avant 19h.

Le service d'urgence de la clinique de l'Europe n'a pas participé à cette étude car certains médecins de ce service ont refusé l'accès aux données médicales nécessaires pour contacter les patients. Pourtant, ce service prend en charge de nombreux passages relevant de la permanence des soins ambulatoires, notamment de l'agglomération d'Yvetot, d'après un de ses médecins.

Le CH de Lillebonne prend en charge un secteur limitrophe entre les secteurs relevant désormais de la MMG de Rouen et ceux de la MMG du Havre. Sur les 63 passages relevant de la PDSA les soirs de semaine, seulement 8 concernaient des patients venant de secteurs pris en charge maintenant par la MMG de Rouen. De nombreux patients ont donc été exclus. Il serait probablement intéressant d'étendre l'étude sur tout le Département de Seine-Maritime.

Nous avons eu peu de réponses dans certains secteurs de garde (Caux Vallée, Gournay, Boos). Nous n'avons donc pas pu réaliser une étude statistique en fonction de la localisation des patients.

A la MMG de Rouen, un nombre importants de coordonnées n'ont pas été trouvé. En effet, un problème informatique a eu lieu au mois de Février 2020 et les numéros de téléphone des patients ont été perdus pour les 3 premières semaines du mois. Nous avons réussi à récupérer certaines coordonnées au sein du service de régulation du SAMU. Cependant, l'orthographe de certains noms ayant été noté différemment, nous n'avons pas réussi à retrouver toutes les coordonnées.

C. Cohérence avec les autres études :

La diminution des territoires de garde les soirs de semaine est récente. Elle s'est beaucoup développée depuis la réunification des régions en 2016. Nous n'avons pas retrouvé d'études similaires concernant l'impact de la baisse des secteurs de garde sur les admissions aux urgences.

Cependant, le sujet de la permanence des soins ambulatoires a été abordé dans différentes thèses, notamment sur la connaissance de ce système par les patients ou les habitudes de ceux-ci à consulter le médecin de garde ou les services d'urgences.

Une étude réalisée au Havre en 2012 (30) montrait déjà que les patients qui ne consultaient pas le médecin de garde du Havre, ne connaissaient pas son existence (70%) ou habitaient trop loin de la maison médicale. Ils préféraient consulter dans le service hospitalier plus proche de leur domicile. Dans cette étude, le prix de la consultation n'était pas non plus un frein pour consulter à la MMG.

Une différence importante, entre cette étude et la nôtre, concerne la régulation des prises de rendez-vous : en 2012, le recours à la MMG n'était pas systématiquement régulé et les patients se déplaçaient à la MMG sans avoir de rendez-vous préalables.

Dans une autre étude réalisée à l'université de Bourgogne en 2019 (31), 75.6% des patients interrogés (ayant fait appel au 15) ne connaissaient pas le fonctionnement de la PDSA.

Une étude qualitative, réalisée dans l'Oise en 2018 (32) sur le parcours des patients lors de la permanence des soins, montrait également que la plupart des gens ayant recours au SAU ne connaissaient pas la MMG. Dans cette étude, certains freins à consulter à la MMG étaient rapportés, notamment les rendez-vous jugés trop tardifs.

Encore une fois, le prix de la consultation avec l'avance des frais n'avait pas été le plus évoqué dans cette étude.

Une étude réalisée en 2017 à la MMG de Douai montrait que 59% des usagers de la MMG auraient été aux urgences si celle-ci était fermée.(33)

Une étude réalisée en 2016 à Angers comparait les usagers des urgences pédiatriques du CHU et ceux de la MMG : les facteurs déterminants pour consulter aux urgences pédiatriques étaient à nouveau la méconnaissance de la MMG et l'urgence ressentie.(34)

Une étude réalisée à Clermont-Ferrand en 2019 (35) montrait que 78.8% des patients, consultant pour des passages jugés inappropriés aux urgences du Puy-de-Dôme, ne connaissaient pas l'existence du médecin de garde. Dans cette étude, 37.7% des patients étudiés n'auraient pas fait appel au médecin de garde car ils jugeaient nécessaire de consulter aux urgences. Un manque d'information et d'éducation du patient était mis en évidence.

D. PERSPECTIVES

1. Une étude plus approfondie dans certains secteurs :

Dans notre étude, l'effectif de patients est très faible dans certains secteurs de garde ayant fermé, notamment dans les secteurs les plus éloignés de Rouen. Nous n'avons pas pu effectuer d'analyse des résultats en fonction des secteurs de garde et nos résultats ne sont pas représentatifs des habitudes des personnes vivant dans ces secteurs.

Une nouvelle étude pourrait être réalisée auprès des patients, au sein des cabinets des médecins généralistes, pour connaître leurs habitudes lorsque le cabinet de leur médecin est fermé. Cela permettrait d'avoir un échantillon plus important et plus représentatif de la population générale, notamment dans les secteurs éloignés de Rouen.

2. Perspectives d'évolution :

Notre étude tend à montrer qu'un nombre non négligeable de patients se rendent aux urgences aux heures de la PDSA : soit par proximité et facilité d'accès depuis la fermeture de leur secteur de garde, soit par ignorance du médecin de garde ou encore pour un motif ressenti comme une urgence.

Le coût d'une consultation aux urgences diffère selon les sources et les calculs. Le rapport d'information N°685 du Sénat de juillet 2017 (35) fait état de la difficulté et du manque de pertinence à tenter de chiffrer un coût moyen d'une consultation aux urgences. La variabilité dépendant du FAU déterminé en fonction du nombre de passages aux urgences donnant lieu à facturation d'un ATU d'une valeur de 25,32 euros, majoré lors de la PDSA. La caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) estime le coût moyen d'un passage aux urgences à 227 euros soit un coût pour la société presque 4 fois plus qu'une consultation en MMG.

Des pistes d'amélioration de la PDSA peuvent être évoquées :

a. Une meilleure information :

Une information claire des patients sur l'existence du médecin de garde le soir entre 20h et minuit et le moyen de le joindre est primordiale.

Aujourd'hui, cette information peut être communiquée via plusieurs supports :

- Des affiches publicitaires dans la rue, les arrêts de bus, les salles d'attentes des cabinets médicaux...,
- Des campagnes publicitaires sur les réseaux sociaux,
- Des articles dans les journaux locaux ou sur les sites d'actualité en ligne,
- Des messageries vocales sur les répondeurs des médecins généralistes lorsque leur cabinet est fermé.

b. Une meilleure éducation :

L'éducation des patients est importante pour évaluer le caractère urgent d'une consultation. Cependant, celle-ci est difficile à mettre en place car l'« urgence ressentie » est un critère subjectif. Une brève éducation peut être faite lors d'une consultation de médecine générale, lors d'un passage aux urgences ou lors d'un appel à la régulation.

L'éducation du patient sur les pathologies aiguës est un enjeu de santé publique. Il pourrait être mis en place des campagnes d'information comme il en existe déjà pour certaines pathologies chroniques, afin de déterminer les modalités de consultation. Des brochures pourraient être réalisées : explication claire des signes cliniques bénins et des signes de gravité nécessitant une consultation dans les 24h, ainsi que les principales modalités d'automédication pour la prise en charge symptomatique. En cas de doute, le numéro de la régulation de la PDSA pourrait être affiché sur ces brochures.

c. Une réorientation à l'entrée des urgences :

Une réorientation à l'entrée des urgences pour les consultations relevant de la PDSA avec une prise de rendez-vous au médecin de garde pourrait permettre un meilleur fonctionnement de la PDSA et ainsi un désengorgement des services d'urgence. Cette réorientation pourrait aussi être le moyen de réaliser un brève éducation du patient.

d. Une régulation des passages aux urgences :

Une autre alternative serait de réguler tous les passages aux urgences des gens souhaitant s'y rendre par leurs propres moyens. Cela permettrait d'orienter les patients vers le système adapté à leur demande. Celle-ci est difficile à mettre en place car elle nécessite un renforcement de la participation à la régulation du SAMU. Cet exercice est souvent appréhendé par les médecins. Une formation obligatoire lors du cursus universitaire des médecins généralistes pourrait être une bonne alternative pour promouvoir cette activité.

Ces perspectives d'évolution pourraient permettre un meilleur fonctionnement de la PDSA, afin de pouvoir rouvrir certains secteurs de garde en Seine-Maritime. Des rendez-vous plus proches du domicile et dans de meilleurs délais pourraient ainsi être proposés aux patients.

CONCLUSION

Notre étude a montré qu'une partie non négligeable de patients, qui avaient recours au médecin de garde dans leur secteur avant leur fermeture, se rendait maintenant dans les services d'urgence les soirs de semaine.

L'ARS a fermé ces secteurs de garde car ils étaient peu fréquentés par les patients et avaient un coût élevé pour la sécurité sociale. Cependant, notre étude tend à montrer que la permanence des soins ambulatoires est encore trop peu connue. 70% des patients consultant aux urgences pour un motif de médecine générale ne connaissent pas l'existence du médecin de garde.

Une bonne information, ainsi qu'une bonne éducation des patients permettraient de diminuer les admissions aux urgences et d'augmenter les consultations dans ces secteurs de garde. De plus, une réorientation au sein des services d'accueil permettrait également d'offrir une prise en charge plus optimale aux patients. Une autre alternative serait une régulation préalable aux admissions aux urgences mais ceci est encore difficile à mettre en place.

Les réticences à consulter à la MMG de Rouen sont surtout liées à l'éloignement de celle-ci et des rendez-vous trop tardif du fait de l'augmentation du flux depuis 2019.

Si les patients avaient plus recours à la PDSA (notamment grâce à l'éducation et la réorientation), il serait intéressant de rouvrir certains territoires de garde sur le Département les soirs de semaine, en regroupant les effecteurs de plusieurs secteurs. Cela permettrait de proposer des rendez-vous plus proches et dans de meilleurs délais, et ainsi de diminuer les coûts de l'offre de soin.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tophin C. Basée à Caen, la nouvelle Agence régionale de santé est en marche. ParisNormandie. 2016 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.paris-normandie.fr/region/basee-a-caen-la-nouvelle-agence-regionale-de-sante-est-en-marche-XA5075198>.
2. ARS Agence Régionale de Santé Normandie. Permanence des soins ambulatoires (PDSA) [En ligne]. Disponible sur: <http://www.normandie.ars.sante.fr/permanence-des-soins-ambulatoires-pdsa-3>
3. CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins. Bilan de la permanence des soins 2018. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/bilan-permanence-soins-2018>.
4. CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins. Bilan de la permanence des soins en 2019. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/bilan-permanence-soins-2019>.
5. CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale [En ligne]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>.
6. Dupuis C, Tranthimy L. Érosion des généralistes, salariat, féminisation, inégalités qui se creusent : les nouveaux visages de la démographie médicale. Le Quotidien du médecin. 04/2018. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/erosion-des-generalistes-salariat-feminisation-inegalites-qui-se-creusent-les-nouveaux-visages-de-la>.
7. INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Dossier complet – Département de la Seine-Maritime (76) [En ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-76>.
8. ARS Agence Régionale de Santé. La médecine d'urgence [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/la-medecine-durgence-0>.
9. SAMU - Urgences de France. Les 1ères assises de l'urgence. Paris; 2012 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/fr/document/read/43455310/samu-urgences-de-france-les-1ere-assises-de-lurgence>.
10. Collet M, Gouyon M. L'enquête sur les recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville: satisfaction des patients et suites éventuelles. Etudes et résultats, DREES,625, février 2008 [En ligne]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/article/l-enquete-sur-les-recours-urgents-ou-non-programmes-a-la-medecine-generale-de>.
11. Toutlemonde F. et al. Les établissements de santé - édition 2018. Panorama de la DREES;2018.p132-135 [En ligne]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2018>.

12. Cours des comptes. Les urgences hospitalières: des services toujours trop sollicités. Rapport public annuel 2019. Février 2019 [En ligne]. Disponible sur:
<https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>.
13. Statista. Visite aux urgences par manque de RDV médical en France 2019 [En ligne]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/1036378/urgences-par-manque-de-rdv-medical-en-france/>.
14. Statista. Passage aux urgences par praticité en France 2019 [En ligne]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/1036616/passage-aux-urgences-par-praticite-en-france/>.
15. Louvel K, Fillaut T. Les généralistes de campagne et la permanence de soins : chronique d'une exaspération montante (fin xixe siècle-2001). Annales de Bretagne et des Pays L'Ouest. 30 juin 2009;(116-2):217-29.
16. Proust C. Il y a 50 ans, il inventait SOS Médecins. Leparisien.fr. 2016 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/archives/il-y-a-50-ans-il-inventait-sos-medecins-01-06-2016-5846091.php>.
17. Lehmann C. Médecins: l'urgence d'une réforme. Libération.fr. 2001. [En ligne]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/tribune/2001/11/21/medecins-l-urgence-d-une-reforme_384568.
18. Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Janvier 2003. :19p.
19. Legifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009. [En ligne] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>
20. Fédération Nationale des Centres de Santé. La permanence des soins ambulatoires: ce que dit le Code de Santé Publique [En ligne]. Disponible sur: <https://www.fncs.org/la-permanence-des-soins-ambulatoires>
21. Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.[En ligne]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.html>
22. La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. 2013 [En ligne]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2013_version_integrale.pdf
23. France 3 Normandie. Fin des gardes de nuit pour les médecins dans de nombreux cantons de Seine-Maritime. 2019 [En ligne]. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/normandie/seine-maritime/fin-gardes-nuit-medecins-nombreux-cantons-seine-maritime-1600805.html>
24. Drieu C, MARY J-F. Territoires de santé, application à l'Aide Médicale urgente. Communications SIG 2005 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.esrifrance.fr/sig2005/communications2005/rramuhn/rramuhn.html>

25. Ameli.fr. Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine.[En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>
26. SAMU-Urgences de France. Communiqués de Presse : La réforme de la santé ne se fera pas sans les urgences. 2018[En ligne]. Disponible sur: https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/actualites/presse/cp-sudf-11-09-2018-la-reforme-de-la-sante-ne-se-fera-pas-sans-les-urgences/art_id/936
27. Boënnec P. N° 1205 - Rapport d'information de M. Philippe Boënnec déposé par la délégation de l'Assemblée nationale à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins.2008 [En ligne]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1205.asp>
28. Mairie d'Yerville. Numéros d'urgences [En ligne]. Disponible sur: <https://www.yerville.fr/bien-vivre-a-yerville/permanences-utiles/numeros-durgence/>
29. Legifrance. Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039749296>
30. Renaut C, Landel S. Caractéristiques démographiques et connaissances de la permanence des soins des usagers de la maison médicale de garde du Havre: Comparaison avec les caractéristiques des usagers des services des urgences du Havre. Thèse de médecine. Université de Rouen Normandie; 2012, 81p.
31. Desmaiziere L. Comment répondre aux demandes croissantes des patients en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux en Côte d'Or ? : évaluation de la satisfaction des acteurs du système de permanence des soins ambulatoires et de la régulation médicale libérale. [En ligne] Thèse de médecine]. Université de Bourgogne; 2019,124p. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/4f614d5f-7df7-4477-8be6-1c51da41838d>
32. Cense A. Parcours de soin des patients en permanence des soins ambulatoires dans le département de l'Oise: évaluation de la consultation en maison médicale de garde et aux urgences dans le secteur de Beauvais [En ligne].Thèse de médecine générale. Université de Picardie Jules Verne; 2018, 66p. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02052811>
- 33.Grière M. La maison médicale de garde de Douai pour assurer la permanence des soins ambulatoires dans le Douaisis : évaluation de l'adaptabilité du dispositif et de la satisfaction des usagers. Thèse de médecine. Université de Lille;2017, 81p.
34. Coulon C. Les déterminants du choix parental du lieu des consultations pédiatriques durant les horaires de la permanence des soins sur Angers et sa périphérie. Thèse de médecine. Université Angers; 2016,59p.
35. Lacassagne A. Evaluation de la connaissance de la permanence des soins ambulatoires par les usagers des urgences du Puy-de-Dôme les soirs et week-end. Thèse de médecine. Université Clermont Auvergne; 2019, 57p.
36. Cohen L, Génisson C,Savary R-P. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières. 2017[En ligne]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>

ANNEXES

Annexe 1 : rapport d'activité de la Maison Médicale de Garde de Rouen :

URGENCES MEDICALES ROUENNAISES

BILAN D'ACTIVITÉ

MAISON MEDICALE

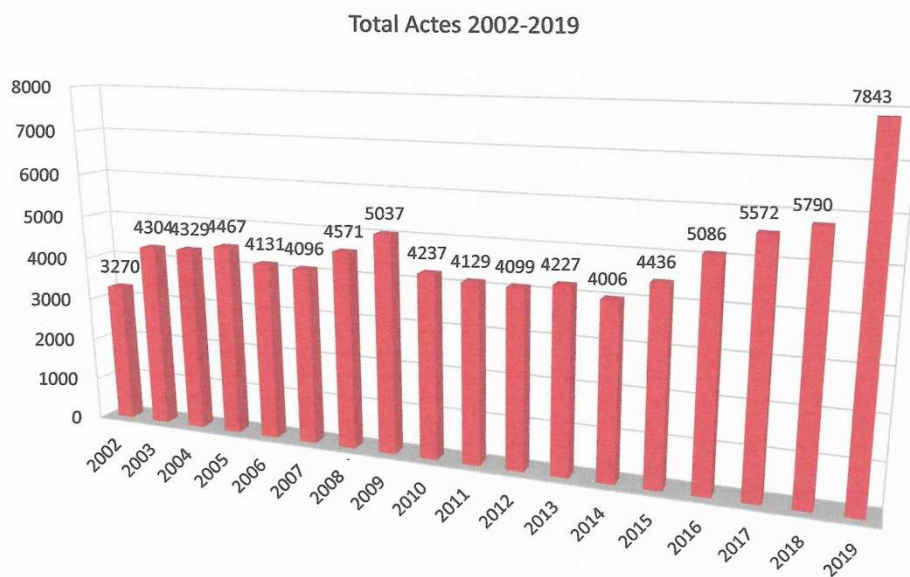
ANNÉE 2019

Dr CASAUBIEILH
Vice-Président

ACTIVITE ANNUELLE

L'année 2019 est la 18ème année de fonctionnement des UMR (Urgences Médicales Rouennaises).

L'association assure, pour mémoire, la permanence des soins pour le secteur de Rouen-Mont-Saint-Aignan-Bihorel-Bois Guillaume-Bonsecours-Mesnil-Esnard et depuis le dernier trimestre 2016 le secteur de Darnétal.

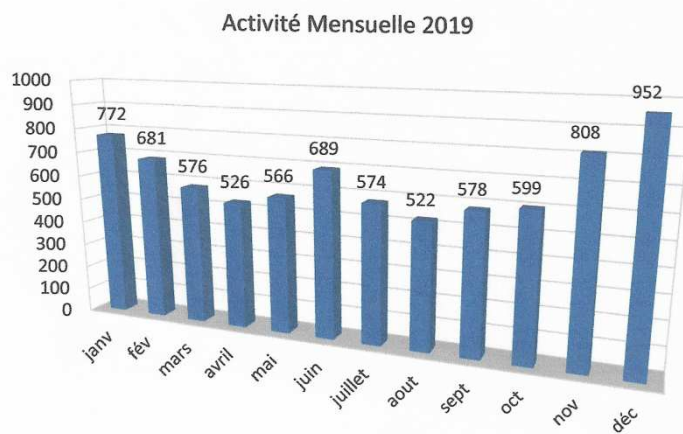


On constate la plus haute fréquentation depuis 2002 avec 7843 actes.

Un bond spectaculaire de 35 % par rapport à 2018, qui correspond à la fermeture des autres secteurs de garde en semaine et leurs horaires limités à 20h les Samedis-Dimanches et Fériés.

On note également une augmentation constante depuis 2014.

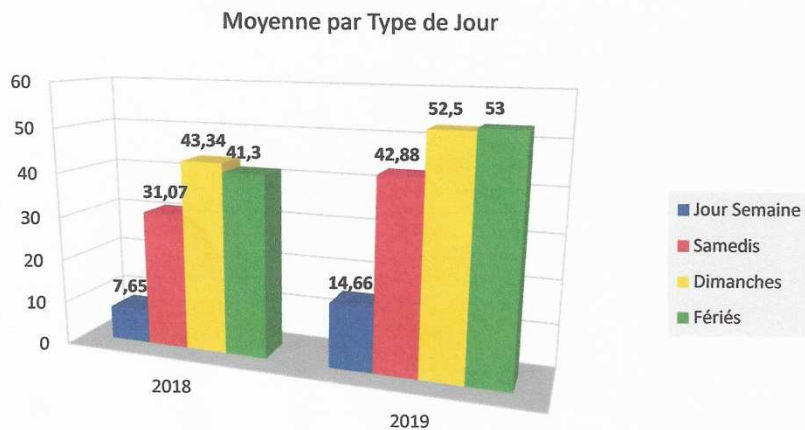
ACTIVITE MENSUELLE



A noter une forte fréquentation entre novembre et février avec 950 patients examinés en Décembre.

En dehors de cette période , l'activité mensuelle est entre 520 et 600 appels avec un pic à 690 en juin.

MOYENNE PAR TYPE DE JOUR

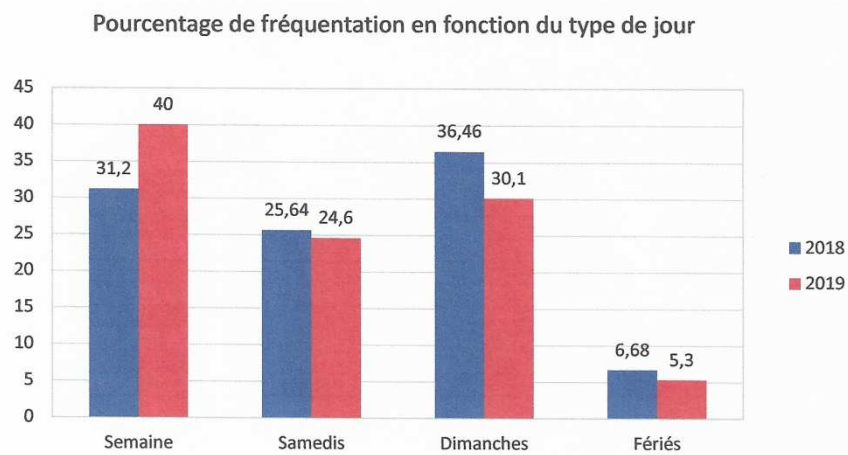


Augmentation spectaculaire en semaine de 91,6 % ce qui correspond bien à la fermeture des autres sites à proximités.

Mais augmentation aussi les autres types de jour ;

JF + 28 % , Di + 21% , Sam + 38 %.

POURCENTAGE DE FREQUENTATION PAR TYPE DE JOUR

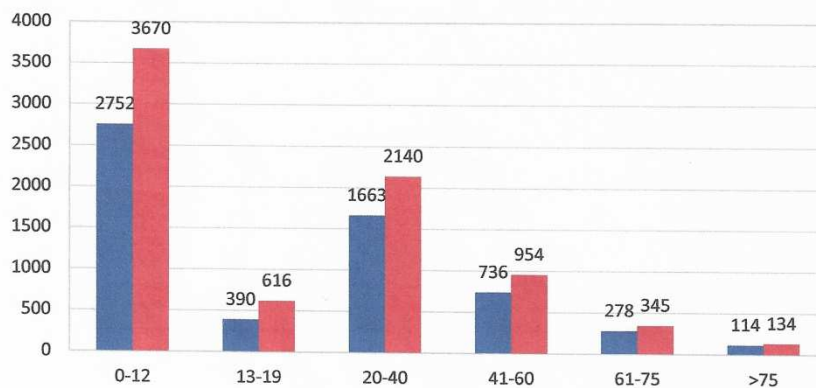


L'activité de semaine passe de 31 à 40 % !

L'activité Sa /Di/F passe ainsi de 69 % à 60 % !

REPARTITION PAR GROUPE D'AGE

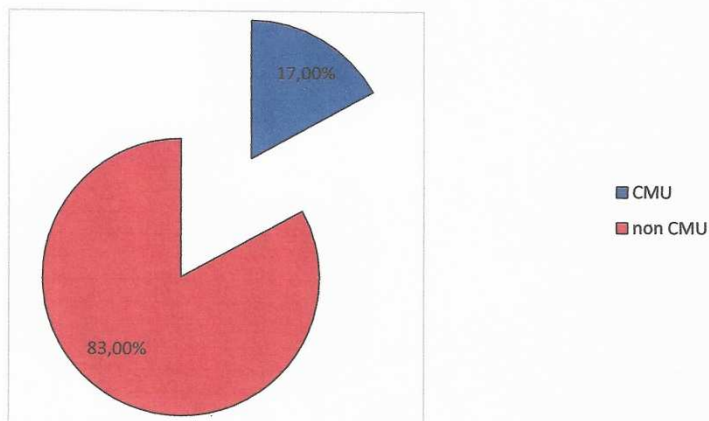
répartition par tranche d'âge



La tranche 0 à 12 ans représente près de la moitié des appels.
L'augmentation de près de 1000 enfants examinés est d'autant plus importante qu'elle est chronophage.
La tranche 20 à 40 ans représente 30%.

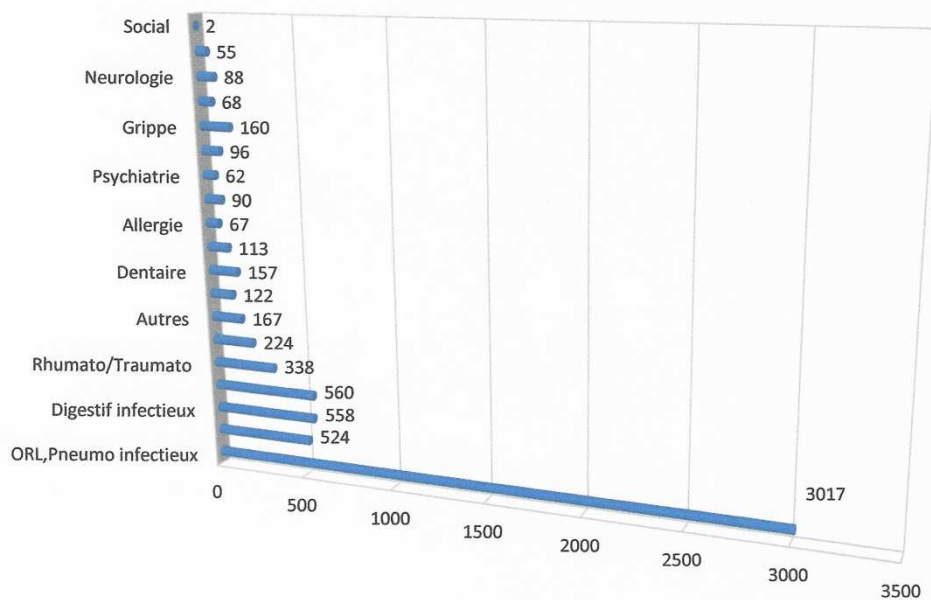
BENEFICIAIRES CMU

Proportion CMU



La proportion se stabilise à 17 %

REPARTITION DES PATHOLOGIES

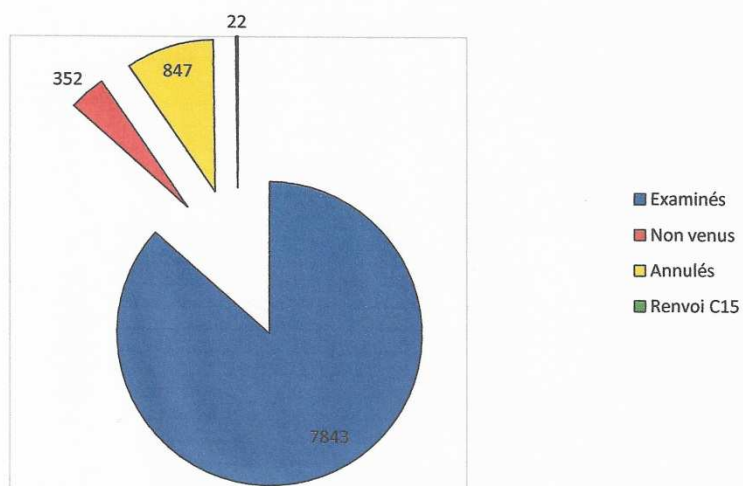


LES APPELS TRAITÉS PAR NOS SECRÉTAIRES ET LE SUIVI

Nos secrétaires ont traité 10705 appels répartis comme suit :

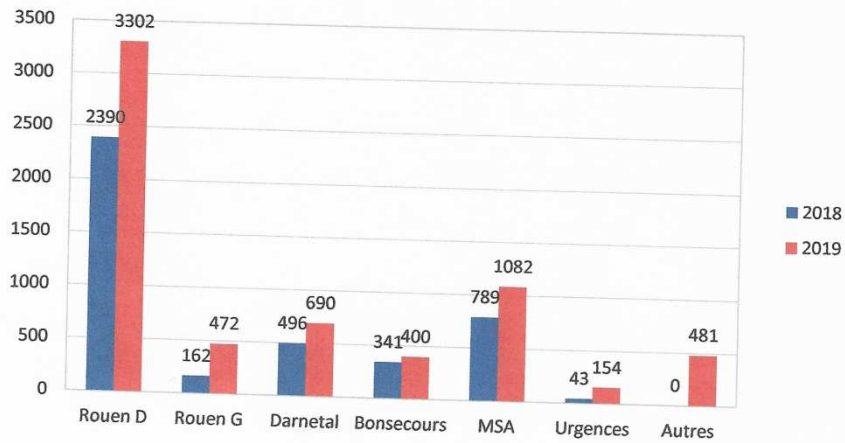
- 9064 maison médicale de Rouen contre 6658 en 2018
- 1701 maison médicale de Barentin contre 2722 en 2018
- augmentation globale de 15 % de leur activité téléphonique
- à noter que c'est plus de 1000 patients du secteur de Barentin qui n'ont pas pu y consulter !!!

REPARTITION DES PATIENTS EXAMINES OU NON



1221 des 9064 appels pour la maison médicale de Rouen n'ont pas fait l'objet d'une consultation (soit 13,47%) en légère augmentation.

ORIGINE GEOGRAPHIQUE DES APPELS

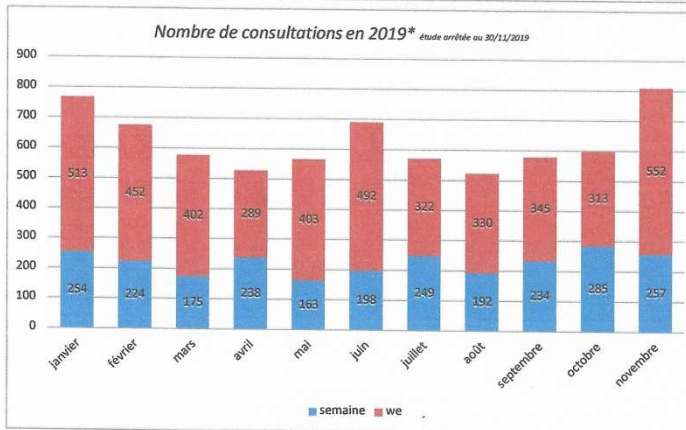
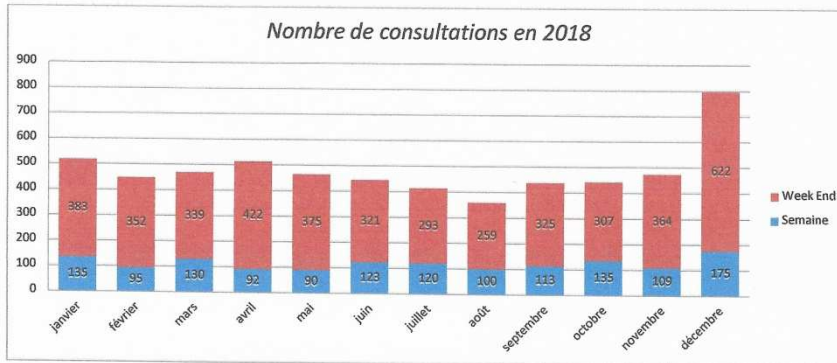


Les patients de Rouen Rive Gauche sont en très forte augmentation du fait de la fermeture en semaine de la Maison Médicale de Petit Quevilly (+190%)

Le secteur « autres » rajouté cette année montre l'absorption par la Maison Médicale de Rouen de 481 patients auxquels s'ajoutent les 300 de la rive gauche et 110 des urgences (adultes et enfants) soit 11,5 % de notre activité.

Annexe 2 : statistique de l'évolution de l'activité de la maison médicale de garde de Rouen entre 2018 et 2019 :

Evolution de l'activité en Maison Médicale de Garde - Rouen Rive Droite (horaires PDS)



Nous constatons une forte augmentation de l'activité
 En 2018 (au 30 novembre) nous avons vus **4982 patients**
 En 2019 à la même date nous arrivons déjà au nombre de **6882 patients** soit une hausse de **38,1% !**



Les fermetures des maisons médicales des autres secteurs au 1er janvier 2019 puis celle de Rouen Rive Gauche mi juin ont eu une réelle et forte conséquence sur notre activité.

Cette augmentation est d'autant plus visible si nous étudions en détail le nombre de consultations effectuées **les soirs de semaine** :



Nous enregistrons de très fortes augmentations du nombre de consultations les soirs de semaine comme l'indique ce tableau.

Avec des hausses de près de 101% en moyenne depuis le début de l'année.

Comme nous pouvons le constater, l'étude s'arrête au 30 Novembre et nous avons déjà vu plus de patients sur cette période que sur toute l'année 2018 (les soirs de semaine). Nous pouvons estimer qu'en fin d'année nous aurons plus que doublé le nombre de consultations les soirs de semaine par rapport à 2018. (sans prendre en compte les fortes épidémies de l'hiver)

CS Semaine	2018	2019	% hausse
janvier	135	254	88%
février	95	224	136%
mars	130	175	35%
avril	92	238	159%
mai	90	163	81%
juin	123	198	61%
juillet	120	249	108%
août	100	192	92%
septembre	113	234	107%
octobre	135	285	111%
novembre	109	257	136%
décembre	175		
Total	1417	2469	

Nous avons fréquemment des plannings de consultations complets dès le début de garde le soir.

Annexe 3 : Code de Santé Publique – Chapitre V – permanence des soins

Article R6315-1 : La permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, **de 20 heures à 8 heures** les jours ouvrés, ainsi que **les dimanches et jours fériés** par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins.

La permanence des soins peut, en outre, être organisée, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, pour tout ou partie des secteurs du département :

1. Le samedi à partir de midi ;
2. Le lundi lorsqu'il précède un jour férié ;
3. Le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Toutefois, le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6 peut prévoir que la permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée, pour partie de la période comprise entre 20 heures et 8 heures, selon des modalités distinctes de celles prévues au premier alinéa du présent article. Ces modalités sont définies en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et des délais d'intervention dans les différents secteurs du département. Cette permanence est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le comité départemental mentionné à l'article R. 6313-1.

A cette fin, le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante. Ces limites peuvent varier selon les périodes de l'année et être adaptées, pour toute ou partie de la période de permanence de soins, aux besoins de la population.

La détermination du nombre et des limites des secteurs est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins et avis du comité départemental mentionné à l'article R. 6313-1. En tant que de besoin, des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués par arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé, après avis des comités des départements concernés.

La carte des secteurs fait l'objet, suivant la même procédure, d'un réexamen annuel.

Article R6315-2 : Dans chaque secteur **un tableau nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins** mentionnés à l'article R. 6315-1 **qui sont volontaires** pour participer à cette permanence ou par les associations qu'ils constituent à cet effet. Ce tableau est transmis, au plus tard 45 jours avant sa mise en oeuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins qui vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice.

Les associations de permanence des soins peuvent participer au dispositif sous réserve d'une transmission préalable au conseil départemental de l'ordre des médecins de la liste nominative des médecins participant à cette permanence. Il en est de même pour les médecins des centres de santé. Dix jours au moins avant sa mise en oeuvre par le conseil départemental, le tableau est transmis au préfet, au service d'aide médicale urgente, aux médecins concernés, aux caisses d'assurance maladie

ainsi que, sur leur demande, aux organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux représentées au niveau départemental.

NOTA: Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 article 4 II : Dans chaque région, les dispositions du présent décret entrent en vigueur à la date de publication de l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé fixant le cahier des charges régional prévu par le présent décret.

Article R6315-3 : L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le service d'aide médicale urgente.

Toutefois, l'accès au médecin de permanence peut également être assuré par des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le service d'aide médicale urgente. Les modalités de l'interconnexion sont définies par une convention conclue entre l'établissement hospitalier où est situé le service d'aide médicale urgente et l'association de permanence des soins. La convention précise également les modalités de collaboration entre le service d'aide médicale urgente et l'association ainsi que les procédures d'évaluation de cette collaboration. La convention est approuvée par le préfet après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires.

La participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du service d'aide médicale urgente peut être organisée en dehors des périodes de permanence des soins définies à l'article R. 6315-1, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée.

NOTA: Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 article 4 II : Dans chaque région, les dispositions du présent décret entrent en vigueur à la date de publication de l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé fixant le cahier des charges régional prévu par le présent décret.

Article R6315-4 : Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.

En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs secteurs dans le département, constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins, ce conseil, en vue de compléter le tableau de permanence prévu à l'article R. 6315-2, recueille l'avis des organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux et des médecins des centres de santé représentées au niveau départemental et des associations de permanence des soins. Il peut prendre l'attache des médecins d'exercice libéral dans les secteurs concernés. Si, à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de permanence reste incomplet, le conseil départemental adresse un rapport, faisant état des avis recueillis et, le cas échéant, des entretiens avec les médecins d'exercice libéral, au préfet qui procède aux réquisitions nécessaires. Les obligations ou engagements pris par le médecin titulaire dans le cadre de la permanence des soins sont assurés par le médecin qui le remplace.

Il peut être accordé par le conseil départemental de l'ordre des médecins des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercice de certains médecins. La liste des médecins exemptés est transmise au préfet par le conseil départemental avec le tableau de permanence prévu à l'article R. 6315-2.

Article R6315-5 : A la demande du médecin chargé de la régulation médicale ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins dans les conditions prévues à l'article R. 6315-3, le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou par une visite.

Article R6315-6 : Les principes d'organisation de la permanence des soins font l'objet d'un **cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé** dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

Le cahier des charges régional décrit l'organisation générale de l'offre de soins assurant la prise en charge des demandes de soins non programmés et mentionne les lieux fixes de consultation. Il décrit également l'organisation de la régulation des appels.

Il précise les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département.

Le cahier des charges régional définit les indicateurs de suivi, les conditions d'évaluation du fonctionnement de la permanence de soins. Il précise les modalités de recueil et de suivi des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins. Il détermine les modalités selon lesquelles la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et le comité départemental mentionné à l'article R. 6313-1 sont informés de ces incidents.

Indépendamment de la rémunération des actes accomplis dans le cadre de leur mission, le cahier des charges précise la rémunération forfaitaire des personnes participant aux gardes de permanence des soins ambulatoires et à la régulation médicale téléphonique. Cette rémunération forfaitaire peut varier en fonction de la sujétion et des contraintes géographiques, dans les limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8.

L'arrêté fixant le cahier des charges régional est pris après avis des comités départementaux mentionnés à l'article R. 6313-1, de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et de l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins. Les conditions d'organisation mentionnées au troisième alinéa sont soumises pour avis au conseil départemental de l'ordre des médecins et au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police. Les avis prévus au présent alinéa sont rendus dans le délai d'un mois à compter de la réception de la demande d'avis. Passé ce délai, l'avis est réputé rendu.

NOTA : Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 article 4 II : Dans chaque région, les dispositions du présent décret entrent en vigueur à la date de publication de l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé fixant le cahier des charges régional prévu par le présent décret.

Annexe 4 : Questionnaire dans les services d'urgences :

Centre hospitalier :

A/ pour mieux vous connaitre :

1/ la personne qui a consulté est :

Un homme

Une femme

2/ la personne qui a consulté a :

Moins de 24 mois

Entre 25 mois et 10 ans

Entre 11 ans et 16 ans

Entre 17 ans et 25 ans

Entre 26 ans et 45 ans

Entre 46 ans et 65 ans

>65ans

3/ Quelle était le secteur de garde :

Maromme

Boos

Malaunay

Gournay

Barentin

Caux vallées

Yvetot

Petit-Quevilly

B/ pour répondre à l'étude :

1/ avez-vous déjà eu recours au médecin de garde de votre secteur avant la fermeture du réseau de médecins généralistes de garde disponibles entre 19h et minuit ?

Oui

Non

1A/ si non à la question 1, connaissiez-vous l'existence du médecin de garde ?

Oui

Non

2/ si vous aviez toujours un médecin généraliste de garde dans votre secteur, auriez-vous fait appel à lui au lieu d'aller aux urgences lors de votre consultation de Février ?

Oui

Non

3/ Si vous aviez su qu'un médecin généraliste était à votre disposition ce soir à Rouen, auriez-vous fait appel à lui

Oui

Non

3A/ si non à la question 3 : pour quelle(s) raison(s) ?

Je ne connais pas la maison médicale de garde à Rouen

La maison médicale de garde à Rouen est trop loin de chez moi

Les rendez-vous proposés sont trop tard

Le prix de la consultation est trop élevé

Je considère que mon état de santé ne pouvait pas être géré par un médecin généraliste de garde

Annexe 5 : questionnaire à la maison médicale de Rouen :

A/ pour mieux vous connaitre :

1/ la personne qui a consulté est:

Un homme

Une femme

2/ la personne qui consulte a (cochez la case) :

Moins de 24 mois

Entre 25 mois et 10 ans

Entre 11 ans et 16 ans

Entre 17 ans et 25 ans

Entre 26 ans et 45 ans

Entre 46 ans et 65 ans

>65ans

3/ Quel était le secteur de garde :

Maromme

Boos

Malaunay

Gournay

Barentin

Caux vallées

Yvetot

Petit-Quevilly

B/ pour répondre à l'étude :

1/ avez-vous déjà eu recours au médecin de garde auparavant les soirs de semaine ?

Oui

Non, c'est la première fois

2/ par quel moyen avez-vous eu le rendez-vous à la maison médicale de Saint-Hilaire ?

Vous avez appelé le 116-117

Vous avez appelé le 15

Vous avez appelé le 02-35-58-76-33

Vous avez consulté aux urgences et on vous a réorienté vers la maison médicale

3/ depuis la fermeture du médecin de garde de votre secteur, avez-vous déjà eu recours aux urgences le soir de semaine pour un motif pour lequel vous auriez consulté votre médecin traitant ?

Oui

Non

4/ Avez-vous déjà annulé un rendez-vous à la MMG de Rouen ?

Oui

Non

4A/ si oui: pour quel(s) motif(s):

Vous ne connaissez pas la maison médicale de Rouen

La maison médicale était trop loin

Le rendez-vous était trop tard

Le prix était trop élevé

Le motif nécessitait d'aller aux urgences

Annexe 6 : classification clinique des malades aux urgences (CCMU) :

- **CCMU 1** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- **CCMU 2** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
- **CCMU 3** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- **CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
- **CCMU 5** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
- **CCMU D** : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.
- **CCMU P** : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Introduction : En 2019, suite au nouveau cahier des charges de l'agence régionale de santé (ARS) de Normandie, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) a vu fermer plusieurs de ses secteurs de garde les soirs de semaine car ils s'avéraient peu rentables. Notre objectif était de quantifier la part de patients consultant aux urgences pour un motif relevant de la PDSA, qui auraient fait appel au médecin de garde de leur secteur s'il était toujours présent. Nous avons également évalué l'impact de cette fermeture sur la maison médicale de garde (MMG) de Rouen, ainsi que les freins à consulter cette dernière.

Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective multicentrique, au sein des services d'accueil des urgences du CHU de Rouen (pédiatrie, adulte et Saint-Julien), du CH de Lillebonne et de la clinique du Cèdre, de 19h à minuit, les soirs de semaine du mois de Février 2020. Nous avons mené une étude parallèle à la MMG de Rouen. Nous avons utilisé un questionnaire téléphonique, durant le mois de Juillet 2020, auprès des patients ou de leur représentant légal, habitant dans un secteur de PDSA ayant fermé au 1^{er} Janvier 2019 relevant désormais de la MMG de Rouen, se présentant au SAU ou à la MMG par leurs propres moyens, pour un motif n'ayant nécessité aucun acte complémentaire.

Résultats : Nous avons recueilli 101 questionnaires dans les services d'urgences. Il y avait 45 patients qui auraient eu recours au médecin de garde (MG) de leur secteur s'il existait toujours (44.6%). Dans notre étude, 58 patients n'avaient jamais fait appel à la PDSA. Parmi eux, 69% ignoraient l'existence du MG. Sur les 101 patients interrogés, 81 ne seraient pas allés à la MMG de Rouen : 61.7% considéraient que leur état de santé nécessitait d'aller aux urgences, 24.7% ne connaissaient pas la MMG de Rouen, 17.3% considéraient qu'elle était trop loin.

A la MMG de Rouen, 37.7% des passages de Février relevaient d'un secteur de garde ayant fermé. Nous avons recueilli 46 questionnaires : 11 patients qui auraient auparavant consulté leur MG de secteur avaient déjà consulté aux urgences ; 9 avaient déjà annulé un rendez-vous à la MMG. Les raisons principales étaient que le rendez-vous était trop tard (66.7%) ou que la MMG était trop loin (55.6%).

Conclusion : Une meilleure information sur la PDSA, une meilleure éducation des patients et une potentielle réorientation à l'entrée des urgences permettraient d'avoir d'avantage recours à la PDSA. Ainsi, certains secteurs pourraient rouvrir en Seine-Maritime pour proposer aux patients des rendez-vous moins loin et dans de meilleurs délais.

Mots clés : Permanence de soin ambulatoire, médecin de garde, maison médicale de garde, urgences, urgence ressentie