

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON-1, LYON EST

**Evaluation de la connaissance du  
système de Permanence Des Soins par  
la population de l'Ain,**  
Enquête quantitative descriptive

MERINI Marie-Claude

Maîtres de stage : Dr GUILLEMOT, Dr VIRARD

17/03/2014

# TABLE DES MATIÈRES

<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
<b>PRINCIPES D'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS.....</b>	<b>10</b>
<b>1. DEFINITION DE LA PERMANENCE DES SOINS.....</b>	<b>11</b>
<b>2. HISTORIQUE.....</b>	<b>11</b>
2.1. Avant 2003.....	11
2.2. Depuis 2003 : une nouvelle organisation de la permanence des soins.....	12
2.2.1. Volontariat.....	12
2.2.2. CODAMUPS.....	13
2.2.3. Régulation.....	13
2.2.3.1. Modalités.....	13
2.2.3.2. Déroulement.....	14
2.2.4. Sectorisation.....	14
<b>3. LES EVOLUTIONS DE LA PERMANENCE DES SOINS.....</b>	<b>15</b>
3.1. Le décret du 22 décembre 2006, loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.....	15
3.2. La création des Agences Régionales de Santé.....	15
3.3. De nouveaux décrets en juillet 2010.....	15
3.4. Un point sur les maisons médicales de garde.....	16
<b>4. LA PERMANENCE DES SOINS DANS LE DEPARTEMENT DE L'AIN.....</b>	<b>17</b>
4.1. Le département.....	17
4.1.1. Géographie et démographie.....	17
4.1.2. La démographie médicale dans l'Ain.....	17
4.2. L'organisation de la permanence des soins dans l'Ain.....	18
4.2.1. Orientations stratégiques de l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.....	18
4.2.2. Organisation de la permanence des soins dans l'Ain.....	18
4.2.2.1. La sectorisation.....	18
4.2.2.2. Les maisons médicales de garde.....	20
4.2.2.3. La régulation.....	20
4.3. Secteurs de Bellegarde-sur-Valserine et Hauteville-Lompnes.....	20
4.3.1. La filière de soins.....	21
<b>L'ETUDE.....</b>	<b>22</b>
<b>1. PROBLEMATIQUE.....</b>	<b>23</b>
<b>2. OBJECTIFS.....</b>	<b>24</b>
2.1. Objectif principal.....	24
2.2. Objectifs secondaires.....	24
<b>3. MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>25</b>
3.1. Méthode.....	25
3.1.1. Stratégie de recherche documentaire.....	25
3.1.2. La méthode quantitative.....	25
3.2. Population et sélection des patients.....	25
3.2.1. Critères d'inclusion .....	25
3.2.2. Critères d'exclusion.....	26

3.3. Recueil des données.....	26
3.4. Nature des données recueillies : le questionnaire (annexe 2) .....	26
3.5. L'analyse des données.....	27
<b>4. RESULTATS.....</b>	<b>28</b>
4.1. Caractéristiques démographiques des patients.....	28
4.1.1. Sexe.....	28
4.1.2. Age.....	28
4.1.3. Niveau d'étude.....	29
4.1.4. Activité professionnelle.....	29
4.2. Le patient dans le système de soins.....	30
4.2.1. Couverture sociale.....	30
4.2.2. Médecin traitant.....	30
4.3. Résultats concernant l'attitude des sujets estimant avoir été confrontés à un problème médical urgent à l'heure de fermeture des cabinets médicaux depuis janvier 2011.....	30
4.3.1. Jour et horaire du problème médical jugé urgent.....	31
4.3.2. Motif du problème médical donné par les sujets.....	31
4.3.3. Premier numéro de téléphone composé.....	31
4.3.4. Démarche conseillée lors de l'appel.....	32
4.3.5. Décision prise à la suite de l'appel.....	32
4.3.6. Intervenant ayant effectué la prise en charge en fonction du premier numéro composé....	33
4.3.7. La prise en charge aux urgences.....	33
4.4. Résultats concernant l'état des connaissances des patients sur la permanence des soins et ses différentes structures.....	33
4.4.1. Attitudes adoptées par les sujets dans l'hypothèse où ils seraient exposés à un problème médical urgent pendant les horaires de fermeture des cabinets médicaux.....	33
4.4.2. Différence entre les intentions et les choix réellement faits en situation d'urgence.....	34
4.4.3. La signification de la permanence des soins (annexe 3).....	35
4.4.4. Quand faire le numéro d'appel 15 pour les sujets interrogés ?.....	35
4.4.5. Premier interlocuteur du 15.....	36
4.4.6. Connaissance de l'existence des maisons médicales de garde.....	37
4.4.7. Recours à une maison médicale de garde ou un cabinet de garde.....	37
4.4.8. Numéro d'appel pour joindre la MMG.....	38
4.4.9. Les sujets s'estiment-ils suffisamment renseignés sur la prise en charge médicale en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux ?.....	38
4.4.10. Aimeraient-ils une plaquette informative sur les numéros utiles en cas d'urgence médicale ou des informations véhiculées par les médias ?.....	38
4.4.11. Tableau 4 : Avis des sujets concernant le moyen le plus pertinent pour connaître comment fonctionne la filière de soins pendant les horaires de fermeture des cabinets médicaux.....	38
4.4.12. Attitude des sujets face à un problème médical urgent rencontré pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux.....	39
4.5. Premier numéro d'appel composé en fonction des caractéristiques des sujets confrontés à un problème médical urgent lors de la PDS.....	39
4.5.1. En fonction de l'âge.....	39
4.5.2. En fonction du niveau d'étude.....	40
4.5.3. En fonction du niveau d'activité professionnelle.....	40
4.5.4. En fonction de la couverture sociale.....	40
4.6. Attitude des sujets interrogés dans l'hypothèse où ils seraient confrontés à un problème médical urgent, en fonction de leurs caractéristiques.....	41
4.6.1. En fonction de l'âge.....	41

4.6.2.	En fonction du niveau d'étude.....	41
4.6.3.	En fonction du niveau d'activité professionnelle.....	42
4.6.4.	En fonction de la couverture sociale.....	42
4.6.5.	En fonction de la non-connaissance de la signification de la PDS.....	43
<b>5.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>44</b>
5.1.	Limites et biais de l'étude.....	44
5.2.	Au sujet des résultats de l'enquête.....	45
5.2.1.	A propos des caractéristiques de la population sondée.....	45
5.2.2.	A propos de l'attitude des sujets interrogés confrontés à un problème médical urgent en période de permanence des soins.....	45
5.2.2.1.	Concernant les jours et horaires du problème médical jugé urgent.....	46
5.2.2.2.	Motifs du problème médical jugé urgent.....	46
5.2.2.3.	Concernant le premier numéro de téléphone composé.....	46
5.2.2.4.	Concernant la démarche conseillée lors de l'appel et l'intervenant ayant effectué la prise en charge.....	46
5.2.2.5.	Concernant l'intervenant ayant effectué la prise en charge en fonction du premier numéro composé.....	47
5.2.3.	A propos de l'état des connaissances des sujets sur la permanence des soins, son fonctionnement et ses différentes structures.....	47
5.2.3.1.	Concernant la structure contactée dans l'hypothèse d'un problème médical urgent aux heures de fermeture des cabinets.....	47
5.2.3.2.	Respect de la filière de soins.....	47
5.2.3.3.	Concernant les connaissances sur la signification de la PDS et sur le numéro d'appel 15.....	48
5.2.3.4.	Concernant les maisons médicales de garde.....	49
5.2.4.	A propos du ressenti des patients concernant leurs connaissances sur le fonctionnement de la PDS.....	49
5.2.5.	Premier numéro d'appel composé en fonction des caractéristiques des sujets confrontés à un problème médical urgent lors de la PDS.....	50
5.2.6.	Attitude des sujets interrogés dans l'hypothèse où ils seraient confrontés à un problème médical urgent, en fonction de leurs caractéristiques.....	50
5.3.	Comparaison avec les données de la littérature.....	50
5.3.1.	A propos des rapports.....	50
5.3.2.	A propos de la thèse « Perception du système de permanence des soins par la population du Bas-Rhin en 2012, enquête auprès de la population ».....	51
5.3.3.	A propos de la thèse « Parcours de soins et respect de la filière de soins lors de la permanence des soins sur le secteur de la Plaine de l'Ain » 2011.....	52
5.3.4.	A propos de la thèse « Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgence du Havre » 2012 .....	53
5.3.5.	A propos de la thèse « Patients consultant pour des motifs de médecine générale au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Perpignan aux heures de PDS, leurs caractéristiques et leur parcours de soins » 2007.....	54
5.3.6.	A propos de la thèse « Evaluation de la permanence des soins auprès du grand public dans le secteur SOS médecins Meurthe-et-Moselle » 2008.....	55
5.3.7.	A propos de la thèse « Etats des lieux de la permanence des soins dans le Bas-Rhin en 2011 ».....	56
5.4.	Réflexion sur les solutions pouvant être apportées pour une meilleure connaissance de la permanence des soins .....	56
5.4.1.	Information.....	56

5.4.2. Education.....	57
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>58</b>
<b>LES ANNEXES.....</b>	<b>61</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>68</b>

## ABREVIATIONS

ALD	Affection Longue Durée
APSUM 01	Association de gestion de la Permanence des Soins dans l'Ain
ARS	Agence Régionale de Santé
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CODAMUPS-TS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires
CMU	Couverture Maladie Universelle
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires
MMG	Maison Médicale de Garde
PARM	Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
PDS	Permanence Des Soins
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoire
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours

# INTRODUCTION

La permanence des soins (PDS) est une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre aux demandes de soins non programmés exprimés par un patient, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux.

Jusqu'en 2003, la permanence des soins en médecine libérale était essentiellement organisée en fonction de l'offre médicale existante, dans le respect du Code de Déontologie (1) sans cadre réglementaire précis. La participation des médecins aux gardes était obligatoire. Le mouvement de grève des médecins généralistes de novembre 2001 a été le déclencheur d'un profond remaniement de la permanence des soins. Ainsi, depuis quelques années, elle est une mission de service public et la participation des médecins se fait sur la base du volontariat.

Au cœur des préoccupations actuelles (2), la permanence des soins doit s'organiser afin que l'intérêt de chacune des parties prenantes soit respecté : pour la population, obtenir une réponse adaptée et garantir l'accès à des soins de qualité aux heures de fermeture des cabinets médicaux ; pour la profession, volontariat et coordination avec les services d'urgences ; pour les pouvoirs publics, accroître l'efficacité du dispositif global dans un contexte de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, comme en atteste la Cour des Comptes. (3)

La PDS évolue et s'adapte au fil des rapports d'évaluation et des recommandations que font leurs auteurs. (4 5 6) Elle s'articule autour de son pivot central qu'est la régulation et l'orientation des patients par le médecin libéral de garde au Centre 15.

Les services d'urgences hospitaliers accueillent de nombreux patients relevant de la permanence des soins de ville, en attestent les enquêtes disponibles (7 8) mettant en évidence un recours croissant et non régulé aux services d'urgences, ce qui participe à leur engorgement. Il retarde les soins réellement urgents et entraîne des délais d'attente importants pour les soins non programmés non urgents.

L'idée de ce mémoire m'est donc venue suite à l'étonnement d'un de mes praticiens : une de ses patientes s'était rendue directement aux urgences pour la fièvre de son fils. Ce même maître de stage participant aux gardes de régulation, je me suis aperçue que je ne savais pas vraiment à quoi correspondait cette notion de régulation, ce qu'elle englobait et à quoi correspondait la permanence des soins.

L'existence de ce système de permanence des soins ainsi que les modalités de son fonctionnement semblent mal connues du grand public, voire du corps médical lui-même.

J'ai donc souhaité étudier l'état des connaissances de la population de deux cabinets médicaux dans l'Ain sur le système de permanence des soins, à travers l'attitude qu'elle avait eu ou qu'elle aurait face à un problème médical urgent en période de fermeture des cabinets médicaux, et ce, en réalisant une enquête quantitative descriptive par questionnaire.

Les patients connaissent-ils les différents acteurs de la PDS sur le secteur ? Y ont-ils déjà eu recours ? Pour quel motif ? Connaissent-ils le rôle du Centre 15 ? Face à un problème médical urgent, que feraient-ils ? Respecteraient-ils la filière de soins ? Se sentent-ils suffisamment renseignés concernant la PDS ?



Quel serait le moyen le plus pertinent selon eux, pour connaître au mieux le parcours de soins « officiel » à suivre ? Existe-t-il des facteurs influençant le respect de la filière de soins ?

L'hypothèse principale est que la population manque d'informations concernant la permanence des soins, son fonctionnement et ses différentes structures.

Dans une première partie, nous allons d'abord définir ce qu'est la permanence des soins, ses principes d'organisation puis nous évoquerons l'organisation de la permanence des soins dans le département de l'Ain.

Dans une deuxième partie, nous exposerons notre méthode et nos résultats.

Enfin, nous discuterons les résultats obtenus et les comparerons avec les données de la littérature.

# PRINCIPES D'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

# 1. DÉFINITION DE LA PERMANENCE DES SOINS

La Permanence des soins (PDS) est une mission de service public, régie par les décrets de loi du 13 juillet 2010. (9)

C'est l'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, ne relevant pas d'urgences vitales, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux et des centres de santé (article R.6315-1 du code de santé publique). Initialement elle était limitée aux plages horaires suivantes :

- de 20h à 8h tous les jours
- de 8h à 20h les dimanches et jours fériés.

En 2006 un nouveau décret (10) offre la possibilité d'ouvrir la permanence des soins, selon les besoins locaux (activité médicale observée et offre de soin disponible) :

- aux samedis à partir de 12h
- aux lundis de 8h à 20h lorsqu'ils précèdent un jour férié
- et aux vendredis de 8h à 20h et samedis de 8h à 12h lorsqu'ils suivent un jour férié.

## 2. HISTORIQUE

### 2.1. Avant 2003

Avant 2003, la PDS en médecine libérale était essentiellement organisée en fonction de l'offre médicale existante, dans le respect du Code de Déontologie (1) sans cadre réglementaire précis.

Elle reposait avant tout sur le médecin généraliste, et son obligation déontologique d'assurer « la garde » au travers de l'article 77 du code de déontologie médicale : « Dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit ».

### La grève des gardes de 2001

Le 15 novembre 2001 débute une grève des gardes de nuit des médecins généralistes revendiquant une revalorisation des honoraires et des visites ainsi que de meilleures conditions de travail.

Ils proposent que la participation à la PDS ne soit plus seulement basée sur une obligation déontologique mais sur le volontariat.

Les centres 15 et les services d'accueil des urgences sont submergés, les patients se tournant en effet vers les seuls interlocuteurs disponibles.

Ce mouvement de grève a duré jusqu'en juin 2002 et a été le déclencheur d'un profond remaniement de la permanence des soins telle que nous la connaissons actuellement.

Il peut s'expliquer par différents facteurs :

- Une offre de soins qui diminue avec le vieillissement des médecins et la féminisation de la profession engendrant une diminution de la disponibilité des médecins notamment pour les gardes de nuit et de week-end
- Un changement des mentalités des médecins généralistes souhaitant une meilleure qualité de vie, ils aspirent à une vie privée et familiale en dehors de leur temps de travail
- Une augmentation de la demande de soins

## **2.2. Depuis 2003 : une nouvelle organisation de la Permanence des Soins**

En juillet 2002, suite à ces événements, un groupe de travail sur la PDS est constitué à la demande du ministre de la santé, Monsieur Mattéi.

L'objectif de ce groupe était de définir la nature de la mission de permanence des soins, d'analyser les obligations déontologiques associées et de proposer des solutions susceptibles d'être mises en œuvre pour garantir un égal accès aux soins.

Ce groupe de travail, sous la responsabilité du sénateur Charles DESCOURS, a remis son rapport le 22 janvier 2003. (4)

Les propositions formulées s'articulaient autour de 3 axes : la participation à la garde et le volontariat, la régulation et la sectorisation.

De ce rapport est né un premier décret (11), en 2003, qui marque le début de la permanence des soins actuelle.

### **2.2.1. Volontariat : article R.731 et R.733 du code de santé publique**

La participation des médecins à la permanence des soins repose sur le principe du volontariat nécessitant la modification par décret (11) de l'article 77 du code de déontologie médicale.

Ainsi, l'obligation de participation aux services de garde de jour et de nuit est changé en : « il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ». (12)

Il faut cependant rappeler que la continuité des soins reste une obligation selon l'article 47 du code de déontologie médicale. (13)

Le tableau de garde est donc établi par les différents secteurs de garde avec les médecins volontaires qui le transmettent au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM). Ce dernier le valide et le transmet au Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins (CODAMUPS), au centre 15, au Préfet, au directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) depuis 2010, et autres instances concernées.

Ces médecins peuvent être des médecins généralistes installés en cabinets traditionnels et acceptant de participer à la PDS en proposant des consultations à leur cabinet ou des visites quand ils le jugent nécessaires, ou des médecins regroupés en association de PDS.

En cas de carence, il est possible de procéder à des réquisitions, si aucune solution pour résoudre ces difficultés n'a été trouvée par le CDOM.

### **2.2.2. CODAMUPS**

Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins (CODAMUPS) résulte de l'évolution du CODAMU, modifié par le décret du 15 septembre 2003. Il est régi par les articles R6313-1 à 4 du code de santé publique. (14)

Le CODAMUPS a un rôle central dans l'organisation de la PDS de chaque département. Le Code de Santé Publique définit ainsi sa mission : « il doit veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la PDS et à son ajustement aux besoins de la population. Il s'assure de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente, aux dispositifs de la PDS et aux transports sanitaires ». A lui d'évaluer les besoins de soins de la population dans les horaires particuliers de la PDS, de garantir une réponse médicale adaptée.

Il s'en détache un sous-comité médical. Il évalue chaque année l'organisation de la permanence des soins, donne son avis sur les modifications de sectorisation et propose les modifications jugées souhaitables.

Il donne également son avis sur le cahier des charges définissant l'organisation de la PDS. Ce cahier des charges est une sorte de cadre, de mode d'emploi de la PDS.

Depuis 2010, on parle du CODAMUPS-TS pour Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et Transports Sanitaires. Dans chaque département, ce comité veille à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la PDS et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional défini par le directeur général de l'ARS.

### **2.2.3. Régulation : article R.732 et R.734 du code de santé publique**

#### **2.2.3.1. Modalités**

La nouvelle organisation de la PDS a pour but d'apporter une réponse adéquate aux demandes de soins non programmés en filtrant les demandes ayant un certain caractère d'urgence, et en réorientant les demandes dont les réponses peuvent être apportées par le médecin traitant dans le cadre d'une consultation programmée.

Ainsi, lors de la permanence des soins, les patients doivent être régulés avant d'être orientés vers le médecin de garde.

La régulation, organisée par le SAMU-Centre 15 et la régulation médicale libérale, est jointe grâce à un numéro national : le 15. Toutefois, certains départements ont une régulation libérale autonome avec un numéro d'appel distinct du 15 ; les deux centres de régulation doivent alors être interconnectés.

Le centre de régulation au sein duquel les régulateurs libéraux et hospitaliers travaillent ensemble est situé dans l'établissement de santé, siège du Centre 15.

L'accès au médecin de garde peut également être assuré par des centres d'appels d'associations de PDS ayant leur numéro propre (type SOS médecins) si ceux-ci sont interconnectés avec le SAMU.

#### **2.2.3.2. Déroulement (15)**

Les patients appelant le 15 sont reçus par des Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM) ou assistants de régulation médicale. Ces derniers renseignent des éléments non médicaux et le motif de recours puis ils orientent l'appel vers le médecin régulateur (urgentiste ou libéral en fonction de la plainte exprimée).

Celui-ci va évaluer la gravité de la situation et donner une réponse adaptée :

- Conseil médical sans mise en œuvre de moyen
- Prescription médicamenteuse par téléphone : rédaction et transmission d'une ordonnance écrite ou prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale ou adaptation d'un traitement
- Orientation du patient vers une consultation médicale (patient non en détresse vitale et pouvant se déplacer)
- Intervention d'un effecteur médical sur place (patient non en détresse vitale mais ne pouvant pas se déplacer ; recours soit à un médecin généraliste de proximité, soit à un médecin de la PDS ambulatoire)
- Recours à un transport sanitaire en ambulance (état clinique requérant un transport allongé et/ou sous surveillance)
- Recours aux sapeurs-pompiers ou aux secouristes
- Envoi d'une équipe médicale mobile d'urgence et de réanimation

#### **2.2.4. Sectorisation : article R.730 du code de santé publique**

- Avant la loi « Hôpital, Patients, Santé Territoires » (HPST)

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.6321-1 du code de la santé publique).

La taille du secteur doit permettre un exercice normal pour l'activité du médecin. Ce territoire choisi doit permettre une réponse rapide et adaptée, tenant compte de la densité de la population, de la démographie médicale et des données géographiques.

Les secteurs sont arrêtés par le représentant de l'Etat, après avis du CODAMUPS et sur proposition du sous-comité médical du CODAMUPS et après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins.

La carte des secteurs est réexaminée annuellement. Le nombre de secteurs diminue chaque année (2331 fin 2010 versus 3770 en 2003). Cette diminution a pour objectif de réduire les coûts liés aux astreintes ainsi que le nombre de gardes par médecin.

- Depuis 2010,

Il est prévu un découpage régional (et non plus départemental) en territoire de PDS (et non plus en secteurs). Les limites de ces territoires sont arrêtées par le directeur général de l'ARS.

### 3. LES ÉVOLUTIONS DE LA PERMANENCE DES SOINS

#### 3.1. Le décret du 22 décembre 2006 (16)= loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

La PDS, qualifiée jusqu'alors de « mission d'intérêt de service général », devient une « mission de service public ». Ainsi, les médecins participant à la PDS bénéficieront de la protection juridique de l'état.

Peuvent désormais participer à la PDS les médecins non conventionnés (remplaçants professionnels, praticiens retraités).

Enfin, la PDS s'étend aux samedis après-midi ainsi qu'aux jours de pont.

#### 3.2. La création des Agences Régionales de Santé

Elles ont été créées par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, Patients, Santé Territoires » et mises en application en 2010 par le décret n°2010-336 du 31 mars 2010.

Ce sont des établissements publics de l'état à caractère administratif. Elles sont sous la tutelle du ministre de la santé et sont dirigées par un directeur général.

Elles assurent deux missions principales : le pilotage de la politique de santé publique en région et la régulation territoriale de l'offre de santé.

#### 3.3. De nouveaux décrets en juillet 2010

Avec la loi HPST, de nouveaux décrets réorganisent la permanence des soins :

- Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins (17)
- Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

L'organisation de la PDS, relevant auparavant du préfet, est désormais sous la responsabilité du directeur général de l'ARS qui arrête désormais le cahier des charges de la PDS et ceci, au niveau régional.

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 consultations. Il décrit également l'organisation de la régulation des appels. Il précise les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférents à chaque département.

### **3.4. Un point sur les maisons médicales de garde**

Apparue en 2000, une maison médicale de garde (MMG) se définit comme un lieu fixe d'accueil physique des patients, ouvert à la population sans discrimination, dispensant des prestations de médecine générale ne relevant pas d'une urgence vitale, fonctionnant uniquement aux heures de fermeture des cabinets médicaux, sans prise de rendez-vous et assurant une activité de consultation médicale non programmée.

La MMG répond à un besoin bien identifié défini dans la circulaire du 23 mars 2007 (18) et s'inscrit dans l'organisation de la permanence des soins. Elles ont pour objectif de rendre le travail du médecin généraliste de garde plus confortable, plus sécurisé et donc plus attractif.

La création d'une MMG doit répondre à un réel besoin local. La demande de soins lors de la PDS doit être évaluée ainsi que l'offre de soins hospitalière et libérale.

L'accès doit être si possible régulé. Cette régulation se fait au mieux par le centre 15.

En juillet 2006, un rapport d'évaluation sur le fonctionnement et le financement des MMG (19) montrait leur intérêt : réduction du nombre de visites à domicile, désengorgement des services d'urgences, satisfaction des patients notamment en terme de temps d'attente, stabilité de l'activité.



## 4. LA PERMANENCE DES SOINS DANS LE DÉPARTEMENT DE L'AIN

### 4.1. Le département

#### 4.1.1. Géographie et démographie

D'une superficie de 5762km<sup>2</sup> (1% du territoire national), l'Ain compte 618 632 habitants (INSEE 2013).

Sa densité de population moyenne est de 105 habitants au km<sup>2</sup>, inférieure à la moyenne nationale (117 habitants au km<sup>2</sup>).

La croissance démographique de l'Ain est très vive. La population augmente de façon régulière, de +1,3% par an en moyenne sur la période 2006-2011.

#### 4.1.2. La démographie médicale dans l'Ain

Les huit départements de la région Rhône-Alpes recensent 26 176 médecins inscrits au tableau de l'Ordre, soit 10% de l'effectif national. 19 598 médecins sont en activité régulière, soit une augmentation de 4,2% entre 2007 et 2013. (20)

Ainsi, avec une densité moyenne de 321 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants, la région Rhône-Alpes se situe dans la tranche supérieure des régions en densité forte (densité médicale métropolitaine 299,7 médecins pour 100 000 habitants). Elle enregistre une hausse des effectifs significative de +4,2% sur la période 2007/2013. (21)

Le département de l'Ain compte 626 médecins généralistes en activité régulière et 472 médecins spécialistes, en 2013.

Les médecins généralistes sont 60,7% à exercer une activité libérale contre 32,1% de salariés.

Leur moyenne d'âge dans l'Ain est de 52 ans versus 53 ans pour les médecins spécialistes.

La moyenne d'âge nationale des médecins généralistes est aussi de 52 ans.

Les médecins généralistes potentiellement sortants, âgés de 60 ans et plus, représentent 22% des effectifs tandis que la tranche d'âge des moins de 40 ans représentent 12% de l'ensemble des actifs réguliers.

La féminisation du corps médical généraliste est moins importante que sur le territoire français, 39 % dans l'Ain contre 42% en France. (21)

L'Ain est un des départements ayant la densité médicale la plus basse (inférieure de 39% à la densité médicale nationale). En 2013, l'Ain comptait 180,6 médecins pour 100 000 habitants. Le Rhône, département voisin, a une des densités médicales les plus élevées (supérieur de 33% à la moyenne nationale) avec 399,6 médecins pour 100 000 habitants.

Cela illustre bien les disparités territoriales et le problème de répartition des médecins sur le territoire. L'Ain est considéré comme une zone déficitaire.

## **4.2. L'organisation de la Permanence des Soins dans l'Ain**

### **4.2.1. Orientations stratégiques de l'organisation de la Permanence des Soins en médecine ambulatoire (PDSA)**

Pour l'ARS Rhône-Alpes, la PDS constitue un dossier prioritaire. (22) L'enjeu est de rendre le dispositif efficace et efficient pour atteindre l'objectif d'un égal accès aux soins pour tous à un coût acceptable à tout moment, en tout point du territoire.

L'autre enjeu capital concerne la démographie médicale, c'est-à-dire favoriser l'installation de nouveaux médecins dans les zones déficitaires en leur proposant une meilleure qualité de vie grâce à l'amélioration des conditions de travail.

Face à ces deux objectifs, l'agence a établi un plan d'action permettant d'optimiser de manière cohérente l'organisation de la PDSA. (22)

### **4.2.2. Organisation de la permanence des soins dans l'Ain**

Depuis 2003, la PDS est organisée dans l'Ain, selon les modalités nationales, suivant les trois axes : sectorisation, régulation et volontariat en se basant sur le cahier des charges régional établi par l'ARS Rhône-Alpes. (22)

Le cahier des charges est établi afin de répondre le plus justement possible aux besoins de la population.

L'organisation de la PDS répond donc à ce cahier des charges, celui-ci a été révisé en décembre 2013. (22)

#### **4.2.2.1. La sectorisation**

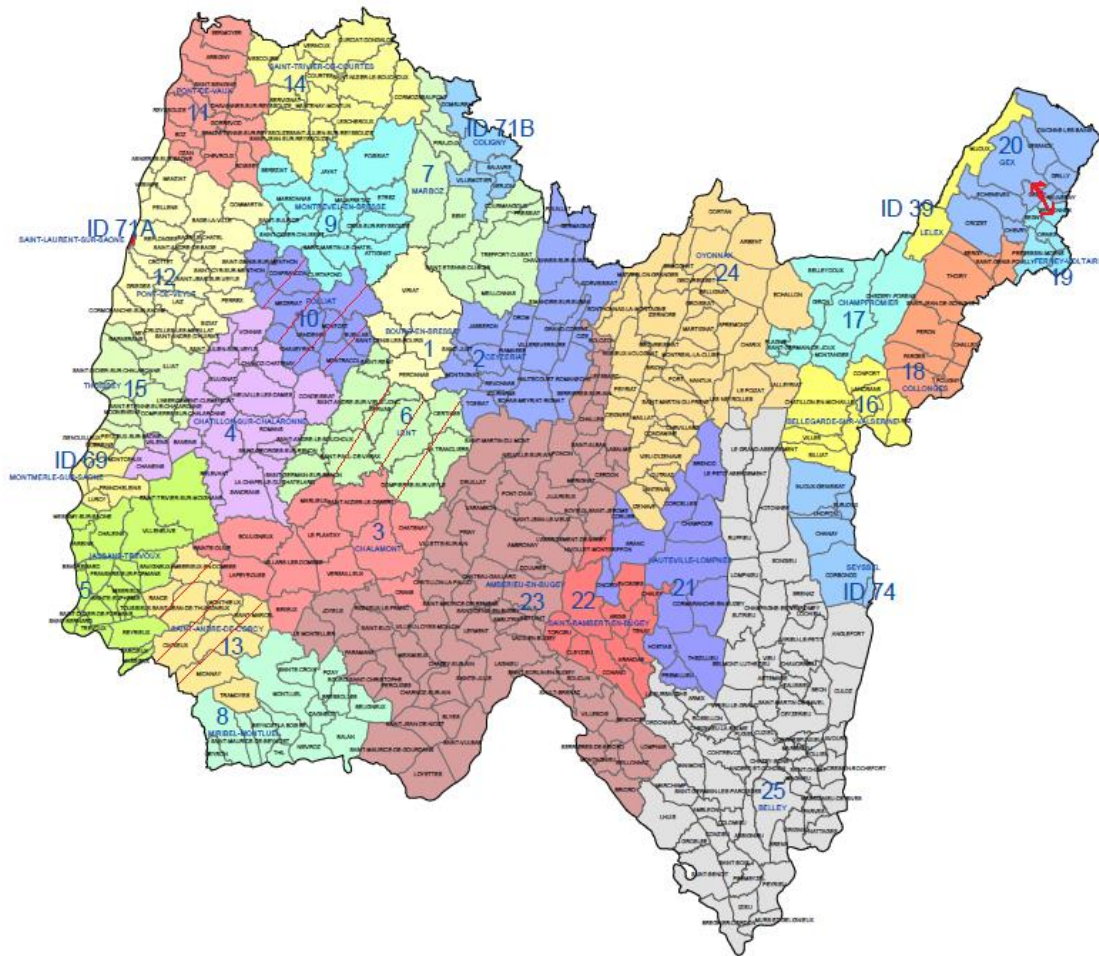
La permanence des soins est organisée sur le territoire régional divisée en territoires de permanence.

En Rhône-Alpes, les territoires retenus sont les départements. Chaque département de la région détermine ses secteurs en fonction des besoins des usagers et de l'offre médicale.

Le département de l'Ain comprend 21 secteurs (annexe 1) versus 25 en 2009.

Figure 1 : Secteurs de permanence des soins dans l'Ain

## Secteurs de permanence des soins dans l'Ain



Disparition des secteurs de Lent, Polliat, Saint André-de-Corcy



Regroupement des secteurs de Gex et Ferney

L'organisation pour assurer la PDS varie en fonction de l'horaire :

- en première partie de nuit (20h-00h), chaque secteur est doté d'un médecin de garde, ou d'une maison médicale de garde pour les secteurs de Bourg-en-Bresse, la Plaine de l'Ain et Nantua/Oyonnax. Seul le secteur de Belley assure la PDS via le service des urgences du Centre hospitalier de Belley.
- En nuit profonde (0h-08h), l'ensemble des secteurs assure la PDS via le service des urgences du secteur. Seul le secteur de Champfromier dispose d'un médecin de garde.

Certaines communes sont rattachées à des secteurs situées en dehors du département de l'Ain. C'est le cas, par exemple, de Lélex et Mijoux qui sont rattachées au secteur de Moncet dans le Jura.

A l'inverse, certaines communes extérieures au département de l'Ain sont rattachées aux secteurs de garde du département. Le secteur de Nantua/Oyonnax inclut la commune de Thoirette (Jura).

#### **4.2.2.2. Les maisons médicales de garde**

Dans le département de l'Ain, cinq maisons médicales de garde sont opérationnelles :

- Deux ne sont ouvertes que le week-end (Gex et Belley)
- Les trois autres sont ouvertes en semaine :
  - MMG de la Plaine de l'Ain à Ambérieu
  - MMG d'Oyonnax : adossée aux urgences du Centre hospitalier du Haut Bugey
  - MMG de Bourg-en-Bresse : située dans l'enceinte du Centre Hospitalier de Fleyriat

#### **4.2.2.3. La régulation**

Dans le département de l'Ain, il n'existe qu'un seul numéro pour la régulation : le 15.

L'appel est géré par le Centre de Réception et de Régulation des Appels de l'Ain (CRRA 01) qui se situe au sein du Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) à Bourg en Bresse.

Les médecins régulateurs urgentistes sont les médecins travaillant au service des urgences de l'Hôpital Fleyriat à Bourg en Bresse.

La régulation médicale libérale est organisée par l'Association de gestion de la Permanence des Soins dans l'Ain (APSUM 01). L'APSUM gère le recrutement et la formation des régulateurs ainsi que leur planning de garde. Cette régulation libérale se fait au sein du CRRA 01, aux horaires de PDS tels qu'ils sont dans les textes : 20h-8h en semaine, 12h-8h les samedis et 8h-8h les dimanches, jours fériés et ponts.

Trois médecins généralistes régulent entre 8h et 12h les dimanches, ponts et jours fériés versus un, le samedi. Ils sont deux entre 12h et 00h et un seul généraliste régule entre 00h et 7h. Les médecins urgentistes se relayent pour être présents 24 heures sur 24.

### **4.3. Secteurs de Bellegarde-sur-Valserine et Hauteville-Lompnes**

Bellegarde-sur-Valserine est composée de 12 052 habitants (recensement 2012) avec une densité de 790,30 personnes par km<sup>2</sup>.

Hauteville-Lompnes est composée de 4262 habitants (recensement 2012) avec une densité de 84,66 personnes par km<sup>2</sup>.

#### 4.3.1. La filière de soins

La filière de soins est bien organisée sur ces deux secteurs. Aux horaires de PDS, un patient voulant consulter doit appeler le 15. Il entre en contact avec un permanencier auxiliaire de régulation médicale qui oriente le patient vers un médecin régulateur, urgentiste ou libéral, selon la gravité de la plainte.

S'il s'agit d'un problème de médecine générale, trois situations sont possibles :

- Le patient reçoit un conseil téléphonique pour régler seul son problème en attendant de revoir son médecin traitant
- Le patient est orienté vers le médecin de garde du secteur en première partie de nuit (20h-00h)
- Le patient est orienté vers un service d'urgence. Celui relié au secteur de Bellegarde-sur-Valserine est le centre hospitalier d'Oyonnax. Celui relié au secteur d'Hauteville est le service des urgences d'Ambérieu (clinique mutualiste) ou Belley. (22)

En périphérie de ces secteurs, certains patients peuvent avoir recours aux structures d'urgences des secteurs voisins. Il s'agit des urgences de l'Hôpital Fleyriat ou de la Clinique Convert à Bourg en Bresse ou l'hôpital à Saint-Julien-en-Genevois (Haute-Savoie). Ils peuvent aussi avoir recours aux maisons médicales de garde. Pour Hauteville, la MMG la plus proche est celle de la Plaine de l'Ain à Ambérieu ; pour Bellegarde, celle d'Oyonnax ou Bourg voire même celle située en Haute-Savoie, à Frangy (25km) pour le week-end.

Il n'y a pas d'association SOS médecins sur ces secteurs.

# L'ÉTUDE

# 1. PROBLÉMATIQUE

Comme nous l'avons vu précédemment, la PDS est une mission de service public chargée de répondre aux demandes de soins non programmés. Elle se charge d'assurer une réponse adaptée aux besoins de la population lorsque les cabinets médicaux sont fermés.

Les constats de l'enquête faits par la Cour des Comptes sur les urgences médicales en 2007 montraient que la population avait recours de plus en plus fréquemment aux services d'urgences hospitaliers. Le nombre de passages annuels aux urgences est d'ailleurs passé de 13,6 millions à 18,5 millions sur la période 2001-2011 (23).

Cette situation est paradoxale car ces passages ne correspondent pas, le plus souvent, à une situation d'urgence vitale ou grave, puisque dans les trois quarts des cas les patients retournent à domicile après la consultation.

De même, d'après l'enquête « les usagers des urgences » (8), près de trois quarts des usagers arrivent aux urgences par leurs propres moyens, 70 % se présentent sans contact médical préalable. Un rapport plus récent, celui de la cour des comptes sur la PDS, septembre 2013, rapporte que près de 40% des actes médicaux réalisés pendant les périodes de PDS sont encore effectués sans qu'il n'y ait eu de régulation médicale préalable.

Ces comportements semblent paradoxaux quand on voit les délais d'attente pour des consultations de médecine générale dans les services d'urgences hospitaliers.

D'autant plus que le système de permanence de soins est en place et fonctionnel, et met à la disposition des patients, des médecins généralistes libéraux, pour toute demande de soins non programmés.

Les patients ne connaissent-ils donc pas le fonctionnement de la PDS ? Le parcours de soins officiel à suivre ?

Peu d'études se penchent sur cette connaissance des usagers issus de cabinets médicaux. (24) La plupart des thèses se concentrent sur les usagers des services d'urgences en période de PDS. (25 26 27)

Il m'a donc paru intéressant d'évaluer l'état des connaissances de la population de l'Ain sur le système de PDS.

## 2. OBJECTIFS

### 2.1. Objectif principal

L'objectif principal est d'évaluer l'état des connaissances de la population de l'Ain sur la permanence des soins, son fonctionnement, à travers un questionnaire reposant sur le vécu d'une urgence en période de permanence des soins.

L'hypothèse principale est que la population manque d'informations concernant la permanence des soins, son fonctionnement et ses différentes structures.

### 2.2. Objectifs secondaires

- Attitude des sujets estimant avoir été confrontés à un problème médical urgent en période de PDS
- Respect de la filière de soins pour ceux ayant été confrontés à un problème médical urgent ou dans l'hypothèse d'un problème médical urgent
- Identification de profils de patients à utiliser telle filière de soins
- Identification du moyen le plus pertinent pour informer les patients sur la PDS

Hypothèses secondaires :

- Les patients se rendent directement aux urgences lorsqu'ils sont confrontés à un problème médical urgent
- La filière de soins n'est pas toujours respectée.
- Les personnes ayant un niveau socio-économiques plus élevé connaissent mieux la PDS.



## 3. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Une enquête observationnelle quantitative descriptive, par questionnaire, a été réalisée. Elle portait sur les patients de mes deux maîtres de stage : l'un à Bellegarde-sur-Valserine, l'autre à Hauteville-Lompnes.

### 3.1. Méthode

#### 3.1.1. Stratégie de recherche documentaire

J'ai mené mes recherches bibliographiques et documentaires du 05/01/2014 au 08/03/2014. J'ai d'abord utilisé le site CiSMef.org afin de trouver le terme MeSh (Medical Subject Headings) correspondant à « permanence des soins », celui-ci étant donc : « after-hours care ». Puis j'ai effectué mes recherches sur Pubmed avec pour mots-clés « after-hours care » (title) AND « general practice » (title/abstract) obtenant 7 résultats peu pertinents.

J'ai aussi essayé sur différents sites de base de données notamment « the cochrane library », « banque de données de santé publique »...etc

Les documents les plus pertinents ont été obtenus sur le catalogue SUDOC avec 259 résultats et 6 thèses retenues, me permettant ainsi de compléter ma bibliographie grâce à la bibliographie de ces thèses.

D'autres sites ont été consultés : ARS, Haute Autorité de Santé (HAS), Conseil national de l'ordre des médecins, APSUM 01 pour connaître le fonctionnement de la permanence des soins.

Tous les éléments de la bibliographie ont été répertoriés manuellement.

#### 3.1.2. La méthode quantitative

Une enquête observationnelle quantitative descriptive, par questionnaire, a été réalisée. Elle portait sur les patients de mes deux maîtres de stage : l'un à Bellegarde-sur-Valserine, l'autre à Hauteville-Lompnes.

### 3.2. Population et sélection des patients

Ont été inclus tous les patients acceptant de remplir le questionnaire et répondant aux critères suivant :

#### 3.2.1. Critères d'inclusion

- Patients consultant au cabinet médical de Bellegarde-sur-Valserine et au cabinet médical d'Hauteville-Lompnes
- Pendant les horaires d'ouverture du cabinet
- Sur la période du 27/01/2014 au 31/01/2014
- Quel que soit leur âge

### **3.2.2. Critères d'exclusion**

- Les patients ne sachant pas lire ou écrire ou ne parlant pas français

Les familles consultant pour plusieurs membres ne remplissaient qu'un seul questionnaire.

### **3.3. Recueil des données et déroulement de l'étude**

L'étude s'est donc déroulée entre le 27/01/2014 et le 31/01/2014 au sein de deux cabinets médicaux dans l'Ain, celui de mes maîtres de stage : Bellegarde-sur-Valserine et Hauteville-Lompnes.

Les patients acceptant de répondre au questionnaire le remplissait en ma présence. La durée du questionnaire était d'environ dix minutes.

Une courte introduction pré-questionnaire expliquait l'objectif de cette enquête.

### **3.4. Nature des données recueillies : le questionnaire (annexe 2)**

Le questionnaire a été élaboré à partir de questionnaires de thèses (24 27) ainsi qu'à partir de celui de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) suite à une enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières menée en juin 2013.

Il comprenait 13 questions suivies des caractéristiques démographiques des patients :

- 4 questions concernaient l'attitude des patients estimant avoir été confrontés à une urgence à l'heure de fermeture des cabinets médicaux : motif, premier numéro de téléphone composé, démarche conseillée, décision finale prise ; la dernière question étant en lien avec mon sujet de thèse (« devenir du patient aux urgences partant avant la prise en charge »). Seuls les sujets ayant été confrontés à cette situation ont répondu à cette partie du questionnaire.
- 9 questions en lien avec la connaissance du patient sur la permanence de soins et ses structures : définition de la permanence des soins, numéro d'appel 15, connaissance des maisons médicales de garde, souhait d'informations sur la permanence des soins.
- 8 critères concernant les caractéristiques démographiques des patients étaient demandés en fin de questionnaire : âge, sexe, composition du foyer, niveau de diplôme, activité, couverture sociale, médecin traitant déclaré.

Les questions étaient fermées, hormis trois (motif de consultation aux urgences, signification de la PDS et villes dans l'Ain disposant d'une maison médicale de garde).

Le questionnaire était anonyme. Il a été testé initialement sur 4 personnes de sexes mixtes et âges variés, pour apprécier sa faisabilité et sa compréhension.

### 3.5. L'analyse des données

Les données ont été rassemblées dans un tableau élaboré manuellement puis analysées en fonction des objectifs fixés en début d'étude.

# 4. RÉSULTATS

Sur une semaine, 33 questionnaires ont été remplis : 12 à Bellegarde-sur-Valserine, 21 à Hauteville.

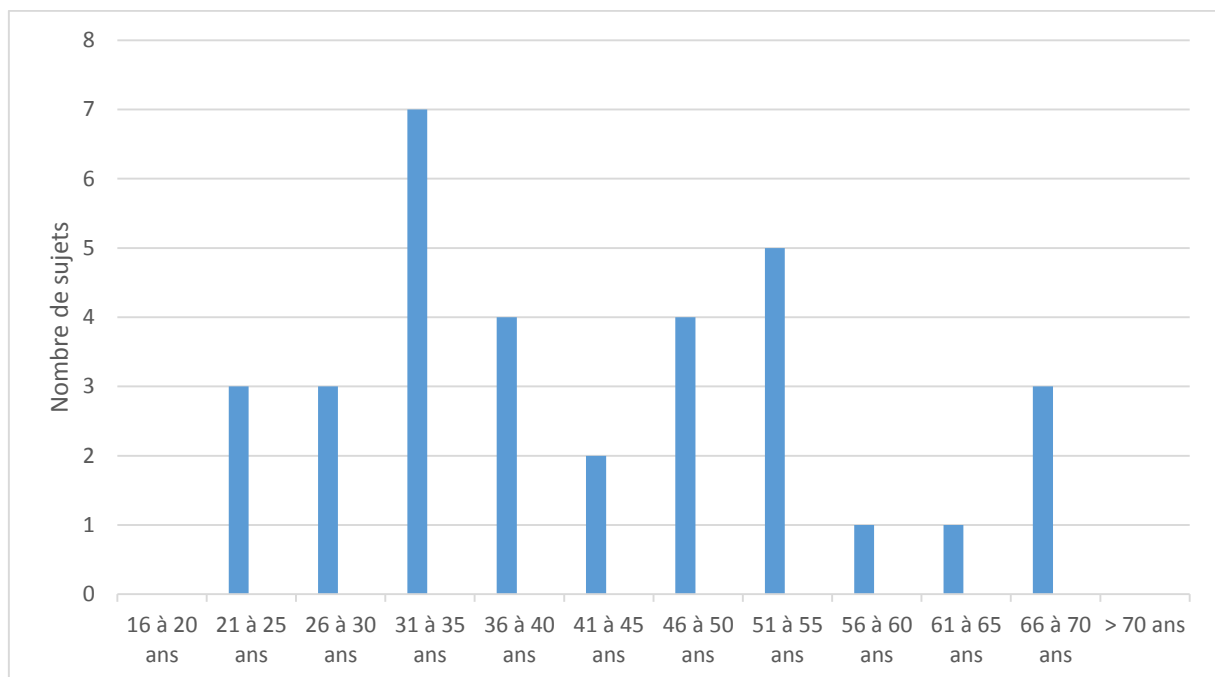
## 4.1. Caractéristiques démographiques des patients

### 4.1.1. Sexe

24 femmes et 9 hommes ont été interrogés.

### 4.1.2. Age

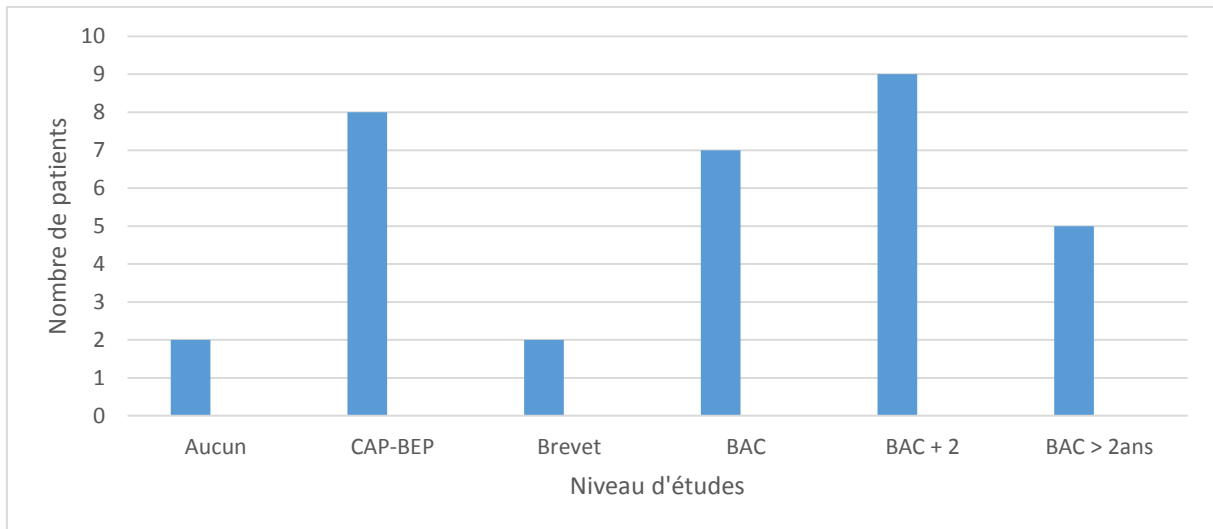
Graphique 1 : Age des répondants



La moyenne d'âge des sujets interrogés est de 43 ans. Le plus jeune sujet a 24 ans, le plus âgé 69 ans.

### 4.1.3. Niveau d'étude

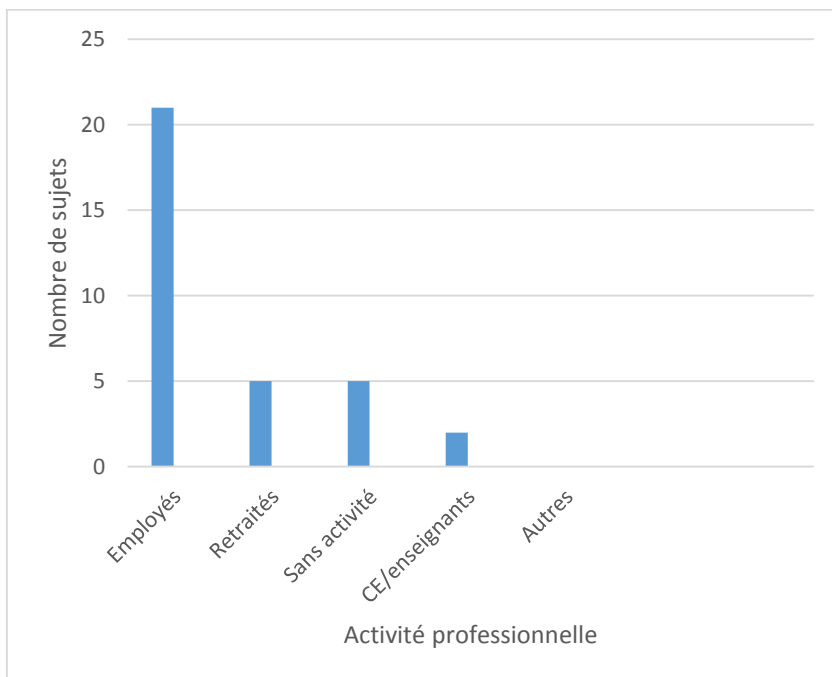
Graphique 2 : Répartition en fonction du niveau d'étude de la population interrogée



Le niveau d'étude le plus représenté est celui du BAC + 2 ans.

### 4.1.4. Activité professionnelle

Graphique 3 : Profession des patients



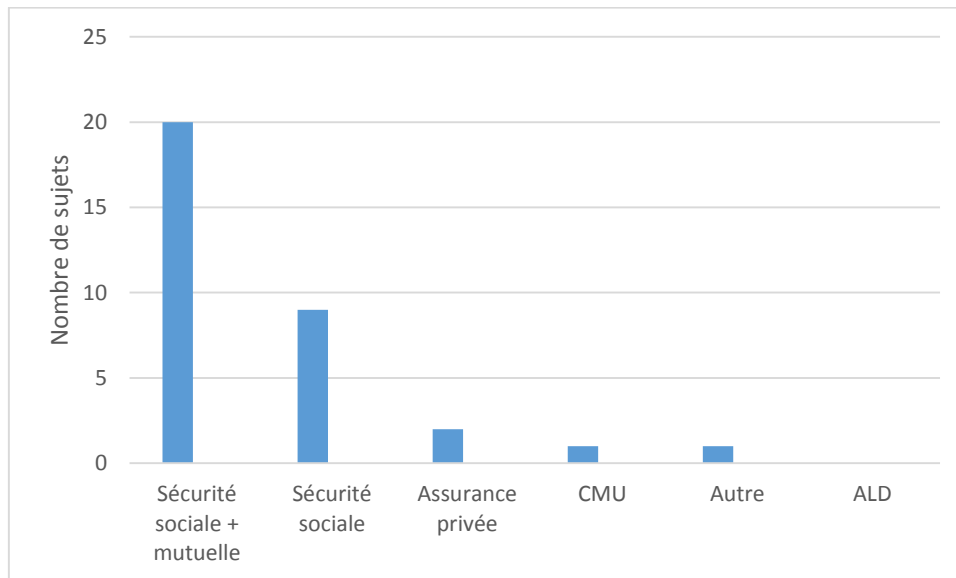
CE : Chef d'entreprise

23 sujets sont des actifs. La catégorie professionnelle la plus représentée est celle des employés/salariés. 5 patients sont sans activité.

## 4.2. Le patient dans le système de soins

### 4.2.1. Couverture sociale

Graphique 4 : Répartition en fonction de la couverture sociale de la population interrogée



CMU : Couverture Maladie Universelle ; ALD : Affection Longue Durée

Tous les patients interrogés ont une couverture sociale. La majorité a la sécurité sociale + la mutuelle.

### 4.2.2. Médecin traitant

La majorité des sujets interrogés, 28, ont déclaré un médecin traitant. 4 n'en ont pas déclarés mais parmi ces 4, deux sujets travaillent en Suisse où l'obligation de déclarer un médecin traitant n'existe pas.

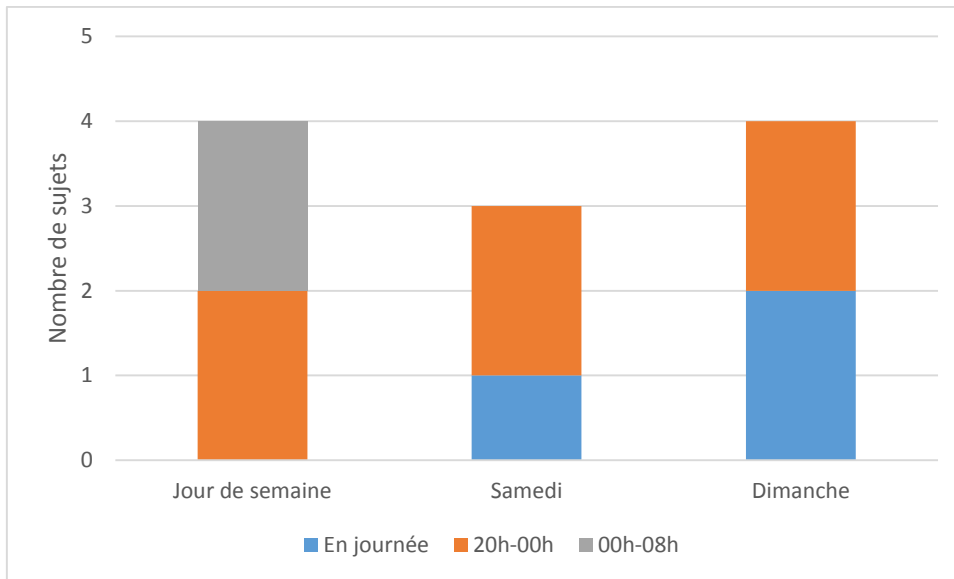
## 4.3. Résultats concernant l'attitude des sujets estimant avoir été confrontés à un problème médical urgent, à l'heure de fermeture des cabinets médicaux depuis janvier 2011

11 personnes interrogées estiment avoir été confrontées à un problème médical urgent en période de PDS, pour elles-mêmes ou un de leurs proches.

Le problème médical concernait la personne elle-même, pour 5 personnes ; leur enfant pour 3 personnes, et un autre de leurs proches (un parent, épouse) pour 3 personnes.

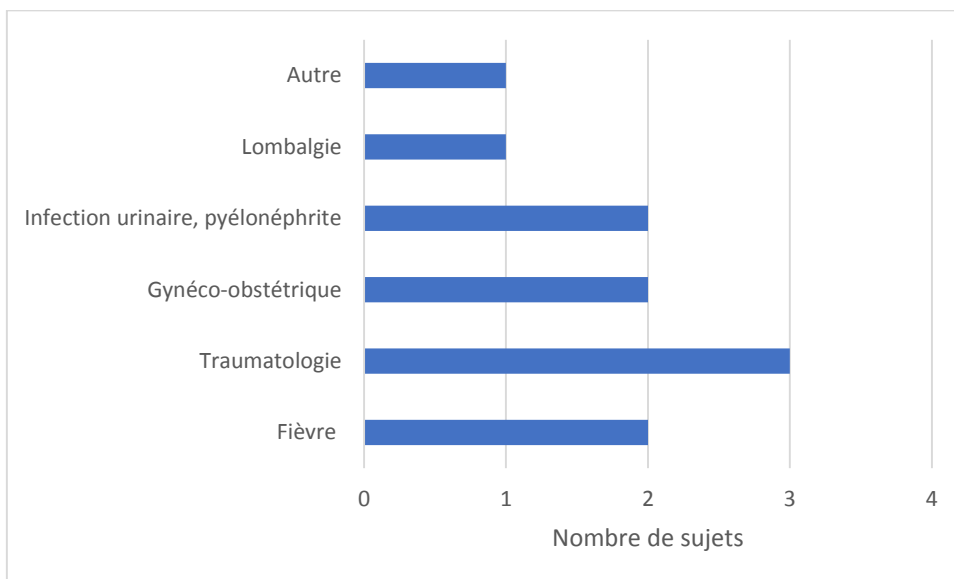
### 4.3.1. Jour et horaire du problème médical jugé urgent

Graphique 5 : Jours et horaires du problème médical jugé urgent



### 4.3.2. Motif du problème médical donné par les sujets

Graphique 6 : Motifs du problème médical



Le motif concernant la traumatologie est le plus représenté.

### 4.3.3. Premier numéro de téléphone composé

Je me suis d'abord interrogée sur le premier numéro de téléphone composé par les sujets sondés lorsqu'ils étaient confrontés à un problème médical estimé urgent, nécessitant selon eux un avis médical rapide, et ce, en période de permanence des soins.

Tableau 1 : Répartition de la population en fonction du premier numéro de téléphone composé

Premier numéro de téléphone composé (n=11)	
Service des urgences d'un hôpital	3
Centre 15	3
Médecin traitant	3
Autre numéro d'appel	1
Aucun appel (s'est rendu directement aux urgences)	1
Pompiers 18	0
Pharmacien	0

#### 4.3.4. Démarche conseillée lors de l'appel

Tableau 2 : Répartition de la population en fonction de la démarche conseillée lors de l'appel

Démarche conseillée lors de l'appel (n=11)	
Joindre le médecin traitant ou autre médecin	3
Se rendre aux urgences hospitalières	3
Prendre rendez-vous avec le médecin traitant	1
Aller à la maison médicale de garde	1
Appeler le 15	1
Envoi d'une ambulance	1
Appeler le 18	0
Conseil médical	0
Pas de démarche conseillée car pas d'appel	1

Les deux principales démarches conseillées étaient donc de se rendre aux urgences hospitalières ou de joindre le médecin traitant ou un autre médecin.

#### 4.3.5. Décision prise à la suite de l'appel

Tableau 3 : Répartition de la population en fonction de l'intervenant ayant effectué la prise en charge

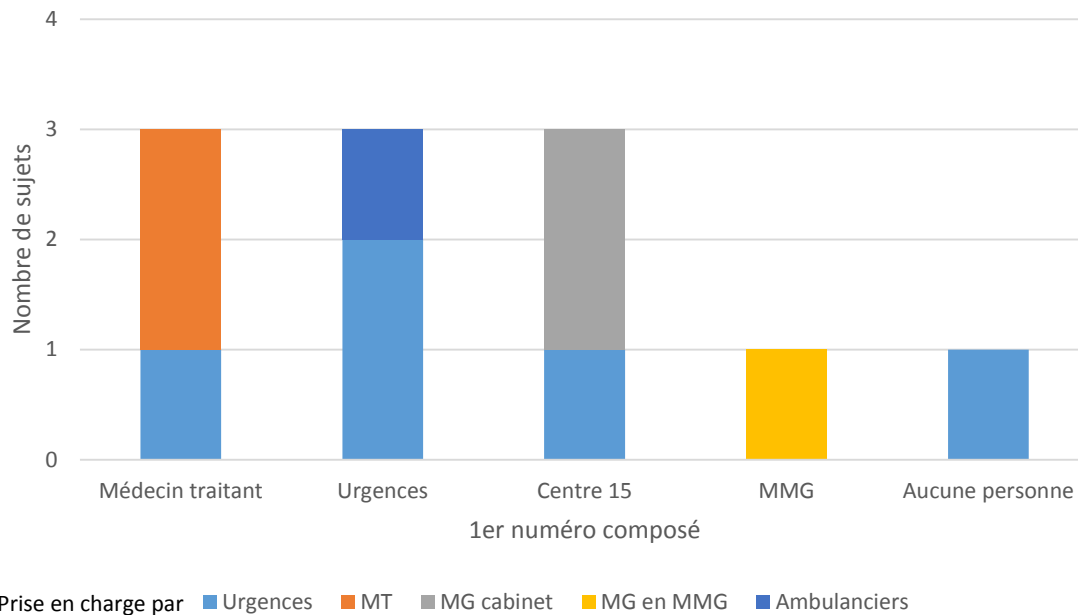
Intervenant ayant effectué la prise en charge (n=11)	
Urgences hospitalières	5
Médecin traitant	2
Médecin de garde en cabinet de garde	2
Médecin de garde en maison médicale de garde	1
Ambulanciers	1
Conseil téléphonique	0
Attendre le lendemain pour consulter le médecin traitant	0
Pompiers	0

Six sujets sur 11 ont finalement eu recours aux urgences hospitalières.



#### 4.3.6. Intervenant ayant effectué la prise en charge en fonction du premier numéro composé

Graphique 7 : Intervenant ayant effectué la prise en charge en fonction du premier numéro composé



MT : Médecin Traitant

#### 4.3.7. La prise en charge aux urgences

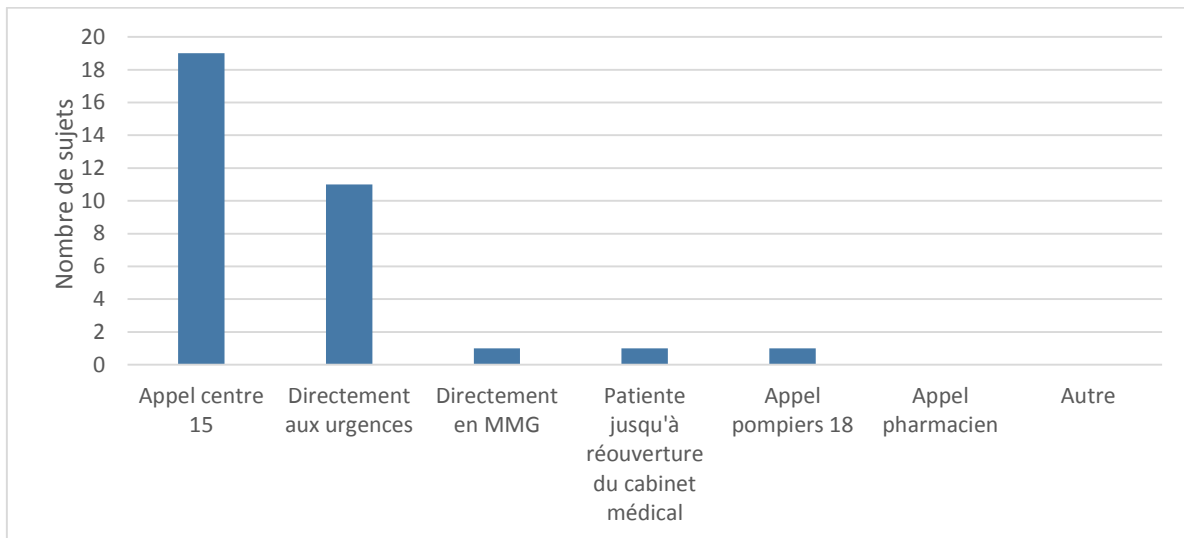
Sur les 6 sujets ayant eu recours aux urgences, 5 ont eu une consultation avec retour à domicile, 1 a eu une consultation avec hospitalisation. Aucun sujet n'est parti avant la prise en charge.

Parmi les 6 sujets ayant consulté aux urgences, 3 étaient en première partie de nuit, un en journée et 2 en nuit profonde.

#### 4.4. Résultats concernant l'état des connaissances des patients sur la permanence des soins et ses différentes structures

##### 4.4.1. Attitudes adoptées par les sujets dans l'hypothèse où ils seraient exposés à un problème médical urgent pendant les horaires de fermeture des cabinets médicaux

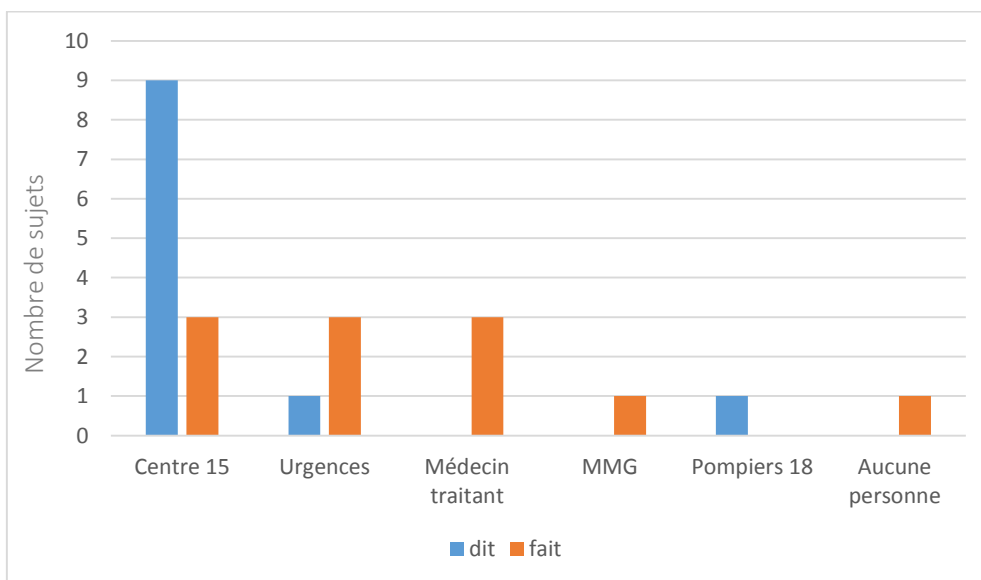
Graphique 8 : Répartition des sujets en fonction de la structure contactée dans l’hypothèse d’un problème médical urgent



Ainsi, le centre 15 serait majoritairement contacté (19 personnes), 11 personnes se rendraient directement aux urgences.

#### 4.4.2. Différence entre les intentions et les choix réellement faits en situation d'urgence

Graphique 9 : Différence entre ce qui pense être fait et ce qui a été réellement fait, face à un problème médical urgent, chez les 11 sujets ayant été confrontés à une urgence



Sur les 11 personnes interrogées ayant vécu un problème médical urgent, 9 auraient l’intention de faire le 15 si elles étaient confrontées à un tel problème. Cependant face à une urgence réelle rencontrée, seulement 3 avaient composé le 15.

#### 4.4.3. La signification de la Permanence des Soins (annexe 3)

8 sujets ont répondu qu'ils ne savaient pas.

4 n'ont pas répondu.

La notion de « disponibilité médicale 24h/24 » ressortait chez 9 patients.

La notion de « présence médicale en cas d'urgence » ressortait chez 3 patients.

La notion de « problème médical avec avis médical » ressortait chez 5 patients.

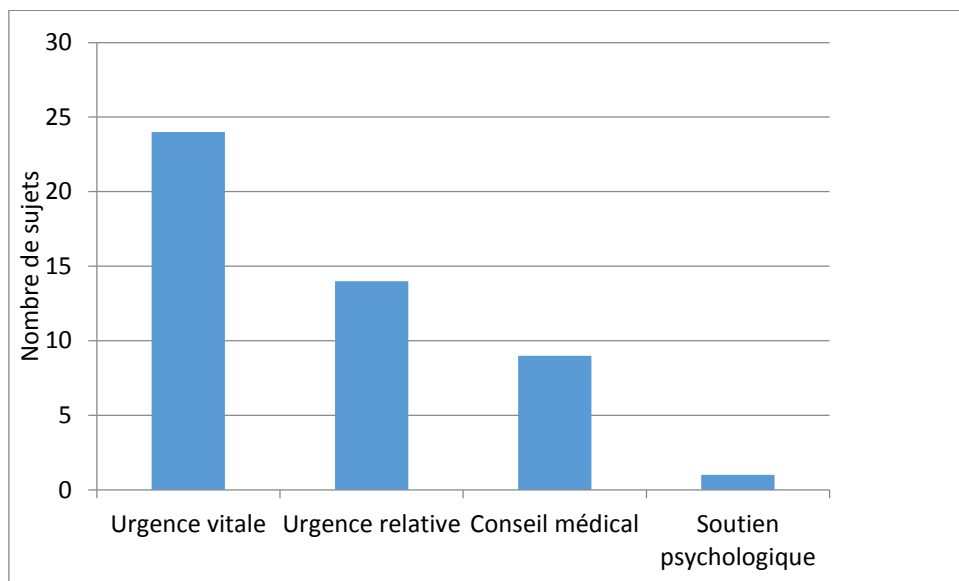
1 sujet pouvait dire que la PDS constituait à « prendre le relais quand les cabinets médicaux sont fermés ».

2 sujets ont répondu autre chose : « personnes à petits moyens financiers sans possibilité d'aller chez le médecin » ou encore « être en bonne santé ».

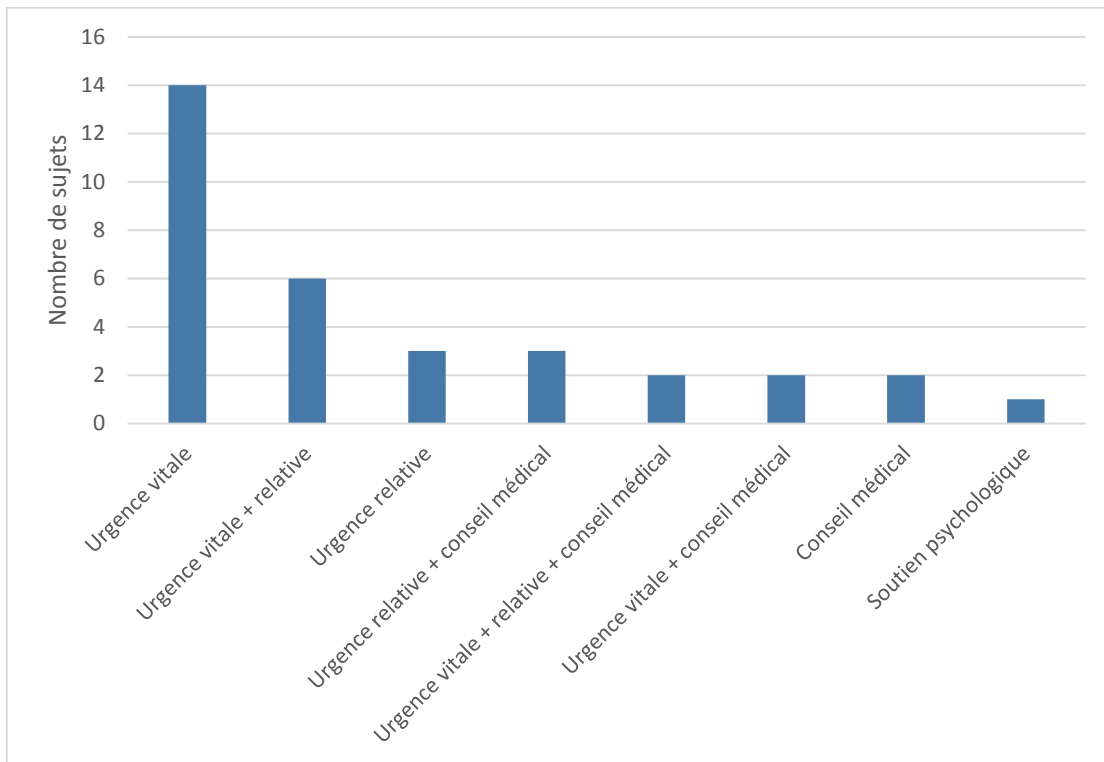
#### 4.4.4. Quand faire le numéro d'appel 15 pour les sujets interrogés ?

A cette question, il était possible de cocher plusieurs réponses. Une même personne peut donc faire partie d'une ou plusieurs catégories à la fois.

Graphique 10 : Présentation toutes réponses confondues sur l'intérêt du numéro d'appel 15



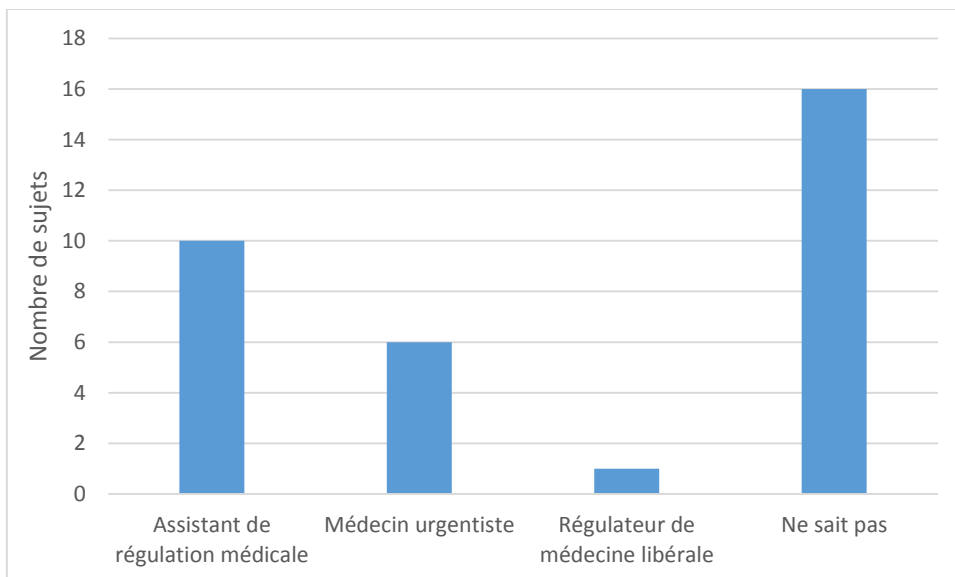
Graphique 11: Répartition de la population en fonction des réponses combinées par sujet sur l'intérêt du numéro d'appel centre 15



14 sujets pensent que le centre d'appel 15 doit être contacté en cas d'urgence vitale seule.

#### 4.4.5. Premier interlocuteur du 15

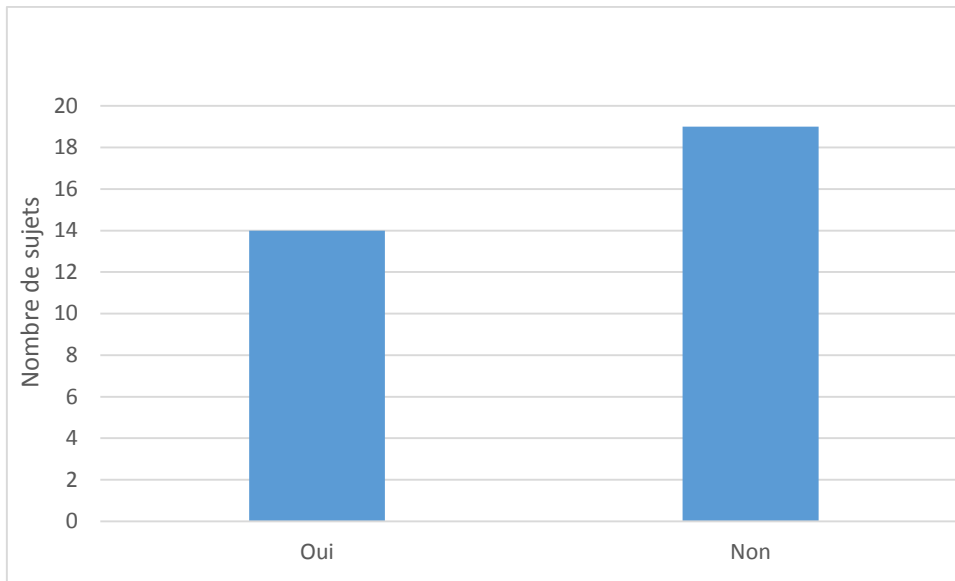
Graphique 12 : Connaissance des sujets sur le premier interlocuteur du 15



La majorité des sujets interrogés (16) ne sait pas que l'assistant de régulation médicale répond en premier lorsqu'on compose le 15.

#### 4.4.6. Connaissance de l'existence des maisons médicales de garde

Graphique 13 : Connaissance de l'existence des maisons médicales de garde

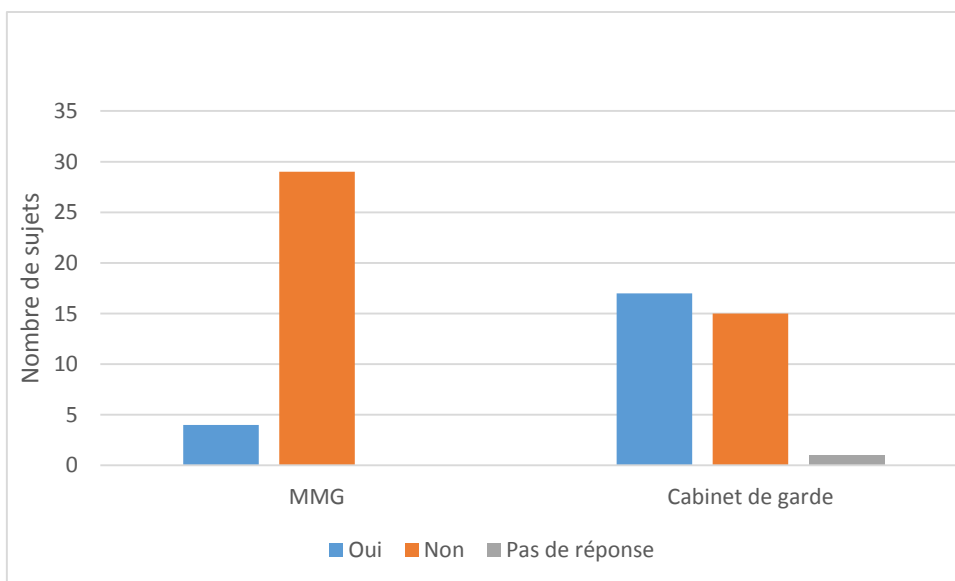


19 sujets interrogés ne connaissent pas l'existence de maisons médicales de garde.  
25 sujets ne peuvent pas citer de lieux dans l'Ain dotés de maisons médicales de garde.

3 sujets sont capables de citer la ville d'Ambérieu-en-Bugey, 1 la ville d'Oyonnax, 1 la ville de Bourg-en-Bresse et 1 les villes d'Ambérieu-en-Bugey et Oyonnax.  
3 se trompent en citant les villes d'Hauteville et Artemare, qui sont en fait des maisons de santé.

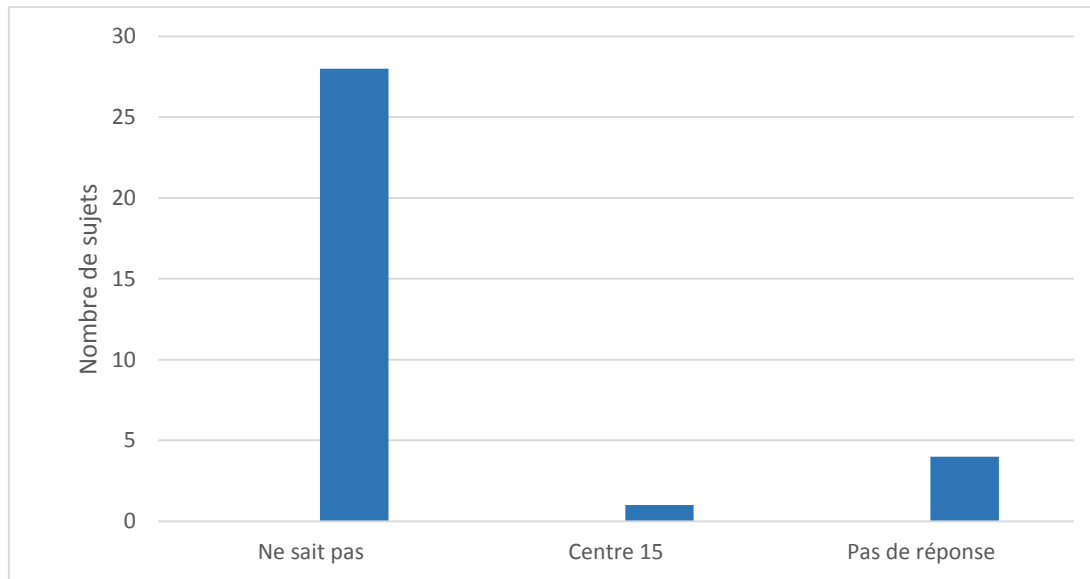
#### 4.4.7. Recours à une maison médicale de garde ou à un cabinet de garde

Graphique 14 : Recours à un médecin en MMG ou en cabinet de garde



#### 4.4.8. Numéro d'appel pour joindre la MMG

Graphique 15 : Numéro d'appel pour joindre la maison médicale de garde



#### 4.4.9. Les sujets s'estiment-ils suffisamment renseignés sur la prise en charge médicale en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux ?

17 sujets s'estiment suffisamment renseignés versus 16.

#### 4.4.10. Aimeraient-ils une plaquette informative sur les numéros utiles en cas d'urgence médicale ou des informations véhiculées par les médias ?

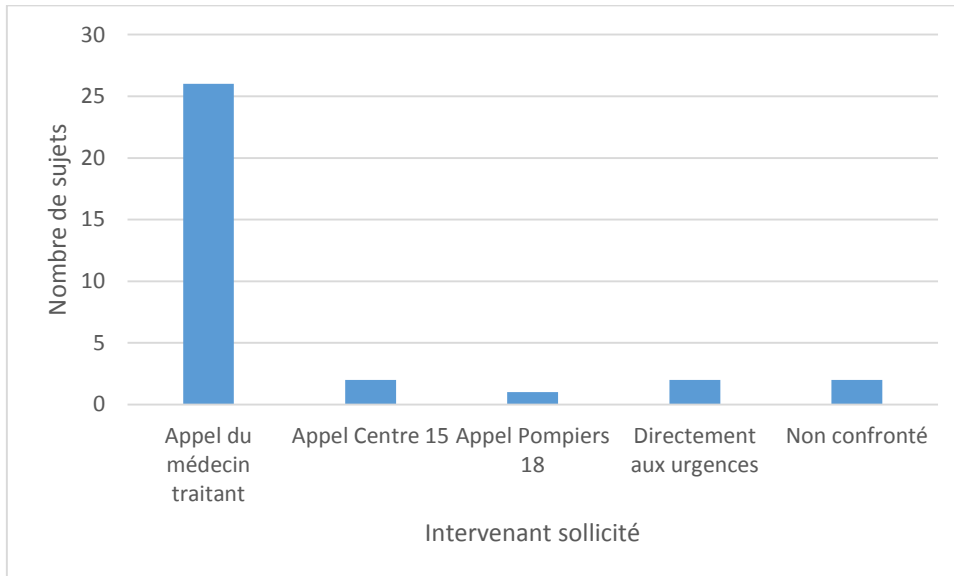
28 sujets aimeraient avoir un moyen d'informations versus 5.

#### 4.4.11. Tableau 4 : Avis des sujets concernant le moyen le plus pertinent pour connaître comment fonctionne la filière de soins pendant les horaires de fermeture des cabinets médicaux

Moyens d'information	Nombre de sujets (n=33)
Plaquette informative dans la salle d'attente des cabinets médicaux	12
Diffusion par internet	9
Campagne d'information dans les journaux locaux	5
Campagne d'information à la télévision	3
Plaquette informative chez les autres professionnels de santé (kiné,...)	3
Plaquette informative dans les lieux fréquentés (écoles, commerces...)	1

#### 4.4.12. Attitude des sujets face à un problème médical urgent rencontré pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux

Graphique 16 : Répartition de la population interrogée en fonction de l'intervenant sollicité lors d'un problème médical urgent, pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux

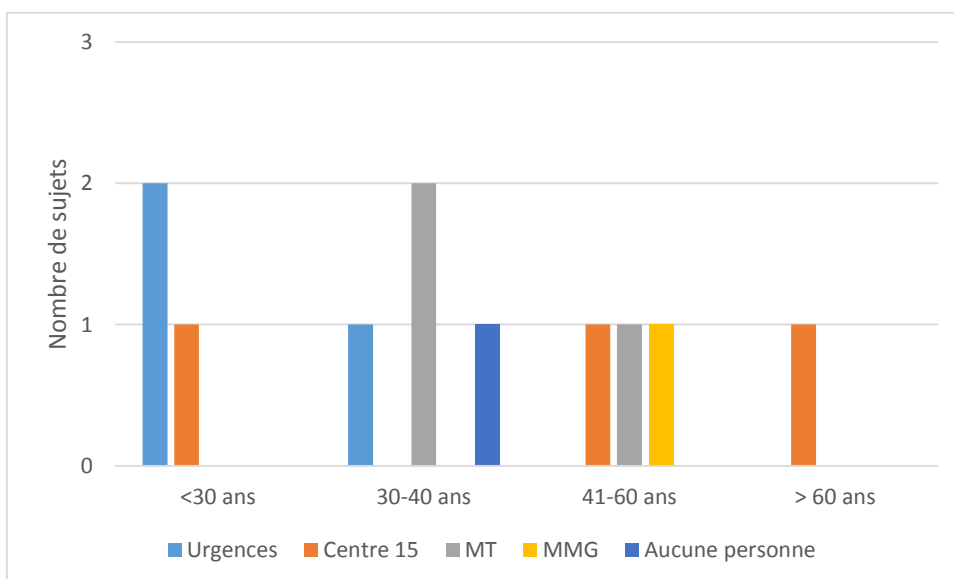


L'interlocuteur sollicité en journée la semaine est pour 26 sujets, le médecin traitant.

#### 4.5. Premier numéro d'appel composé en fonction des caractéristiques des sujets confrontés à un problème médical urgent lors de la PDS

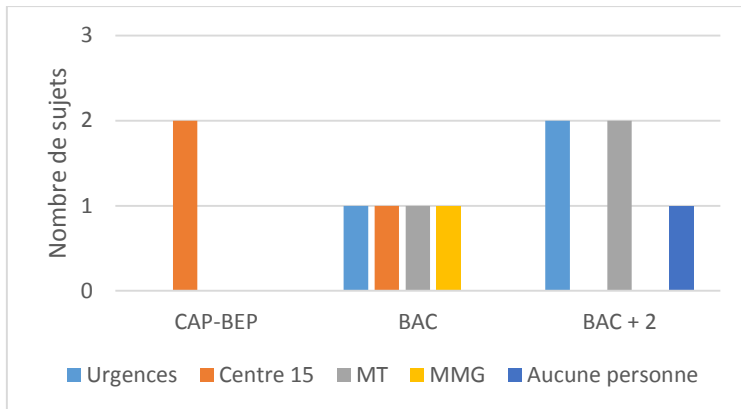
##### 4.5.1. En fonction de l'âge

Graphique 17 : Premier numéro d'appel composé en fonction de l'âge des sujets interrogés, confrontés à un problème médical urgent



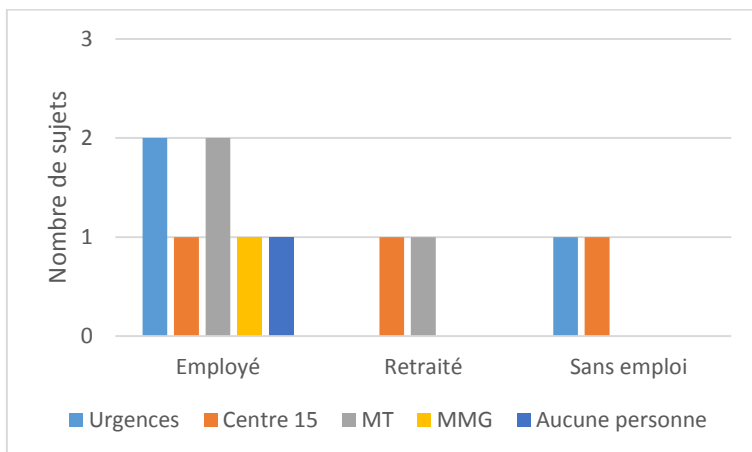
#### 4.5.2. En fonction du niveau d'étude

Graphique 18 : Premier numéro d'appel composé en fonction du niveau d'étude des sujets interrogés, confrontés à un problème médical urgent



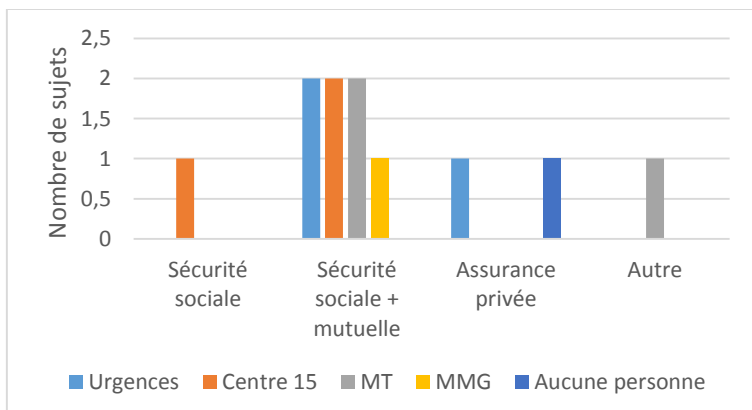
#### 4.5.3. En fonction du niveau d'activité professionnelle

Graphique 19 : Premier numéro d'appel composé en fonction du niveau d'activité professionnelle des sujets interrogés, confrontés à un problème médical urgent



#### 4.5.4. En fonction de la couverture sociale

Graphique 20 : Premier numéro d'appel composé en fonction de la couverture sociale des sujets interrogés, confrontés à un problème médical urgent

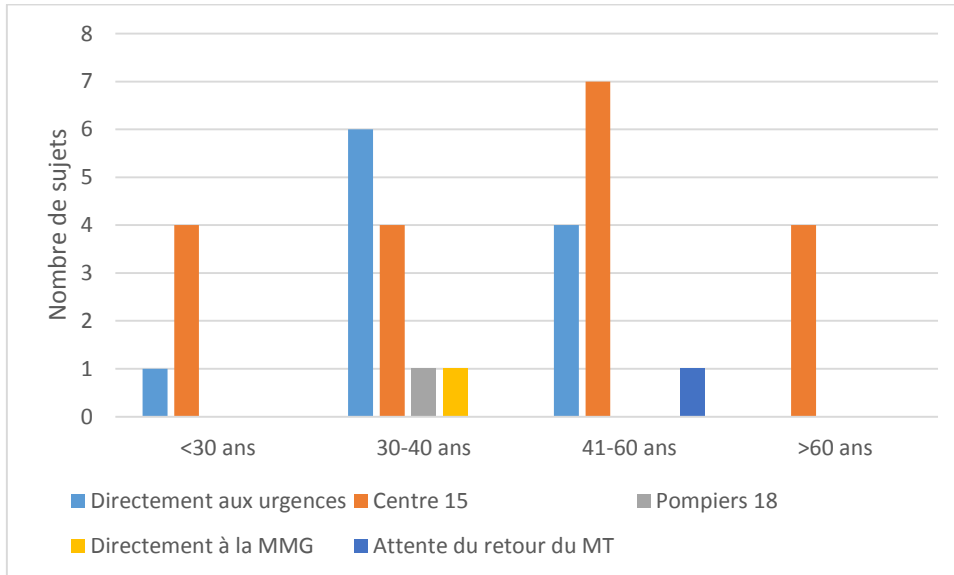




## 4.6. Attitude des sujets interrogés dans l'hypothèse où ils seraient confrontés à un problème médical urgent, en fonction de leurs caractéristiques

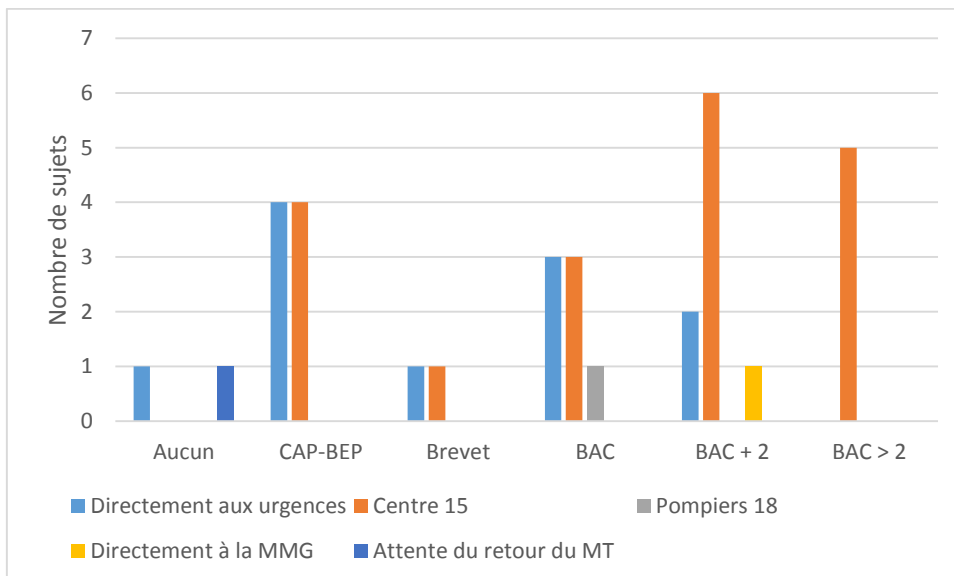
### 4.6.1. En fonction de l'âge

Graphique 21 : Attitude des sujets en fonction de l'âge dans l'hypothèse où ils seraient confrontés à un problème médical urgent



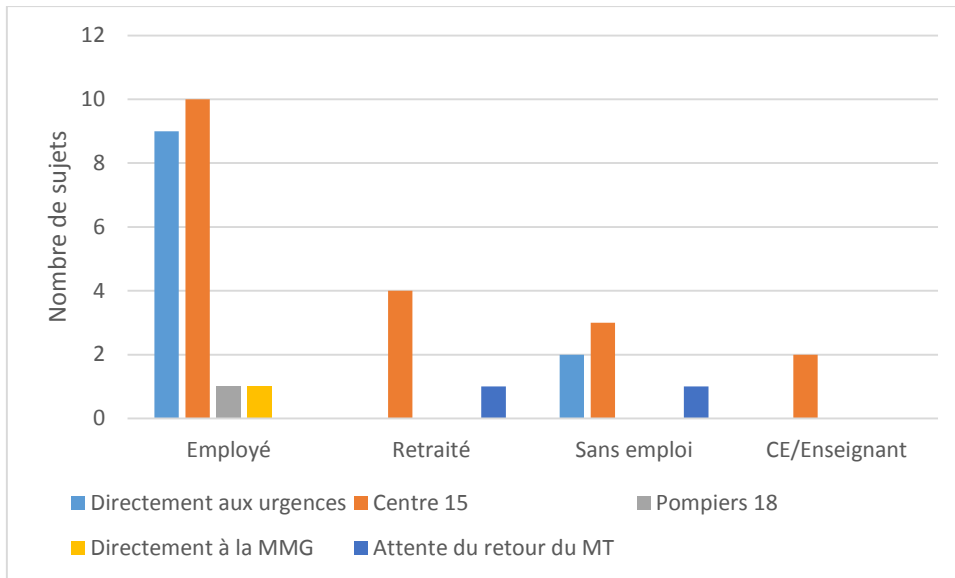
### 4.6.2. En fonction du niveau d'étude

Graphique 22 : Attitude des sujets en fonction du niveau d'étude dans l'hypothèse où ils seraient confrontés à un problème médical urgent



### 4.6.3. En fonction du niveau d'activité professionnelle

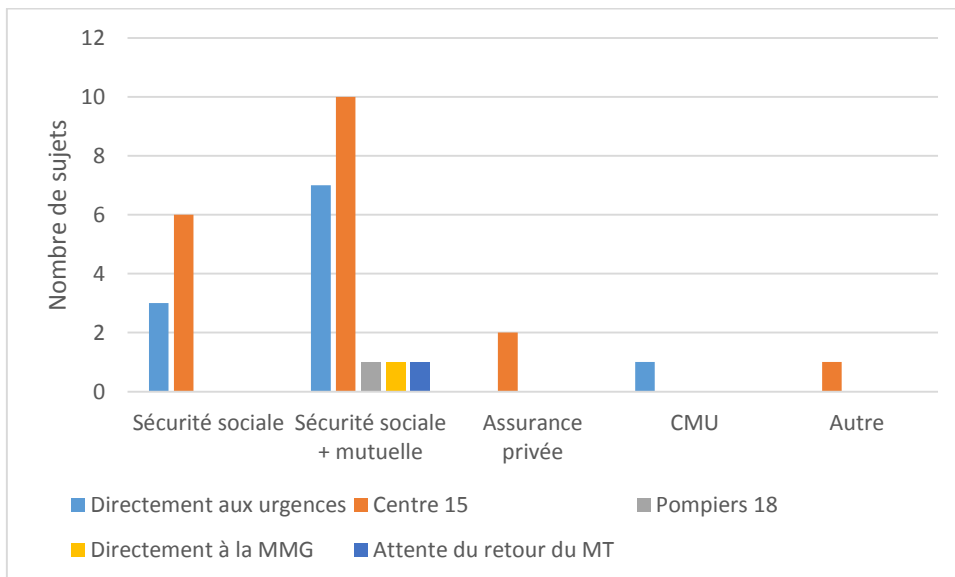
Graphique 23 : Attitude des sujets en fonction du niveau d'activité professionnelle dans l'hypothèse où ils seraient confrontés à un problème médical urgent



CE : Chef d'Entreprise

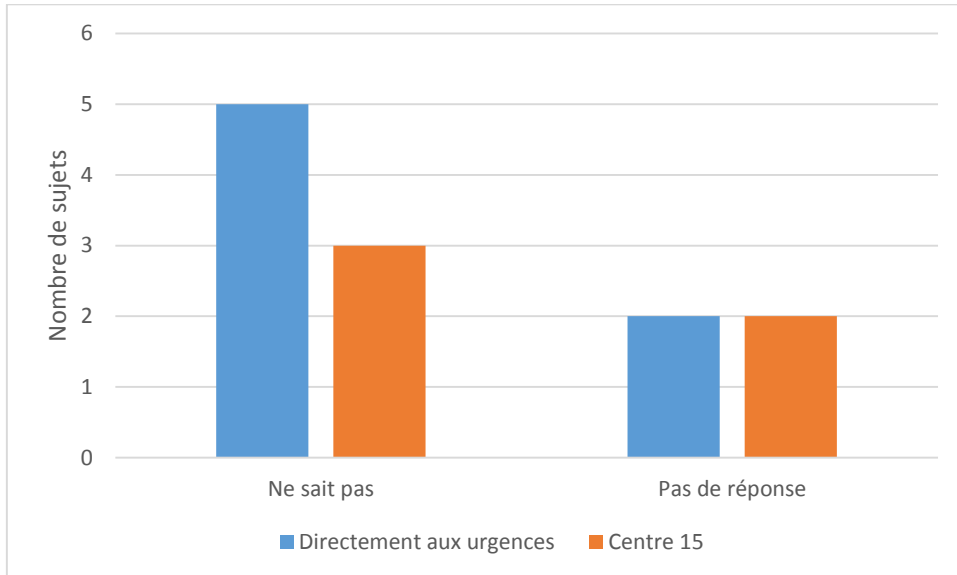
### 4.6.4. En fonction de la couverture sociale

Graphique 24 : Attitude des sujets en fonction de la couverture sociale dans l'hypothèse où ils seraient confrontés à un problème médical urgent



#### 4.6.5. En fonction de la non-connaissance de la signification de la PDS

Graphique 25: Répartition des sujets ayant déclaré ne pas connaître la signification de la PDS ou n'ayant pas donné de réponse, concernant leur attitude dans l'hypothèse où ils seraient confrontés à un problème médical urgent



# 5. DISCUSSION

## 5.1. Limites et biais de l'étude

### - Limites

Une des limites de cette étude est qu'elle concerne un faible échantillon de population, du fait de la durée brève de l'enquête, ce qui limite donc la taille de l'échantillon. Cela ne permet pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble de la population de l'Ain.

Concernant la première partie du questionnaire sur l'attitude des sujets face un problème médical jugé urgent, j'aurai peut-être dû préciser ce que j'entendais par le terme « problème médical jugé urgent », à savoir de la fièvre, une toux, des vomissements, une douleur, un malaise...

### - Biais de recrutement

Les sujets recrutés sont issus de cabinets médicaux. Ils ont donc pour la plupart un médecin traitant et se sentent donc probablement concernés par leur santé. Ont donc été exclus les patients n'ayant pas de médecin traitant ou les sujets en retrait de la société.

De plus, les sujets ont été choisis dans des cabinets médicaux situés dans des secteurs où l'offre de permanence de soins n'est pas optimale (absence de structures très proches type maison médicale de garde, absence d'associations type SOS médecins).

Enfin, cette étude a été menée seulement dans deux cabinets médicaux de l'Ain, ce qui rend donc l'étude difficilement extrapolable à l'ensemble de la population de l'Ain.

L'échantillon de population de l'étude n'est donc pas représentatif de la population générale de l'Ain.

### - Biais d'information

Ce biais peut être présent du fait du recueil des données via le remplissage d'un questionnaire. Malgré un recueil standardisé via des questions fermées (hormis la question 6), le fait que l'enquêteur, moi-même, ne soit pas une personne extérieure peut entraîner un risque de subjectivité et donc un recueil moins fiable.

Le questionnaire en soi constitue aussi un biais puisque les sujets peuvent être tentés de donner les réponses qu'ils pensent correctes et non celles correspondant à ce qu'ils pensent vraiment.

### - Biais de mémoire

Concernant l'attitude des sujets face à un problème médical urgent en période de permanence des soins, les réponses faisaient appel à leur mémoire puisqu'elles devaient remonter jusqu'en 2011, créant par définition un biais.

On peut cependant penser que ce biais reste minime, du fait du caractère simple des questions.

- Biais d'interprétation

Il existe probablement un biais d'interprétation de la question 6, puisque c'est une question ouverte qui appelle donc à reformuler. Le fait de récolter des réponses non standardisées est sujet à interprétation.

## **5.2. Au sujet des résultats de l'enquête**

### **5.2.1. A propos des caractéristiques de la population sondée**

- Sexe

La population de notre étude est constituée en majorité de femmes (24 contre 9 hommes). Peut-être cela s'explique-t-il par le fait que la patientèle de la praticienne à Bellegarde est très orientée gynécologie et par le fait que certaines patientes d'Hauteville préfèrent consulter avec le médecin femme plutôt que le praticien homme.

- Age

La moyenne d'âge est de 43 ans, le plus jeune sujet a 24 ans et le plus âgé 69 ans. Il s'agit majoritairement de sujets jeunes puisque la classe la plus représentée est celle des 31-35 ans.

- Niveau d'étude et activité professionnelle

Tous les niveaux d'étude sont représentés. Le plus représenté est celui des BAC + 2 ans suivi des CAP-BEP.

On retrouve une majorité d'actifs : 23 sujets dont 21 employés/salariés ; quelques retraités et sans activité mais pas d'étudiant.

- Médecin traitant et couverture sociale

28 des 33 sujets interrogés ont déclaré un médecin traitant, 4 ne l'ont pas fait dont 2 travaillant sur Suisse où l'obligation de déclarer un médecin traitant n'existe pas. Ce facteur est biaisé puisque les sujets interrogés sont issus de cabinets médicaux.

Concernant la couverture sociale, aucun sujet ne se trouve sans couverture sociale. 20 bénéficient de la sécurité sociale et d'une mutuelle, 9 de la sécurité sociale seule. Les bénéficiaires de la CMU sont peu représentés (1 sujet). Ceci s'explique encore probablement par le fait que la population choisie est issue de cabinets médicaux.

### **5.2.2. A propos de l'attitude des sujets interrogés confrontés à un problème médical urgent en période de permanence des soins**

Seules 11 personnes ont été confrontées à cette situation et ont donc répondu à la première partie du questionnaire.

Je suis bien consciente qu'il s'agit d'un faible échantillon, toutefois l'analyse pourra peut-être permettre d'en tirer des axes de réflexion.

#### **5.2.2.1. Concernant les jours et horaires du problème médical jugé urgent**

Il concernait pour 4 sujets un jour de semaine, pour 4 sujets le dimanche et pour 3 sujets le samedi soit 7 sujets le week-end.

Le problème médical nécessitant avis médical est survenu pour 6 personnes en première partie de nuit (20h-00h), pour 3 personnes en journée et pour 2 personnes en nuit profonde (00h-08h).

#### **5.2.2.2. Motifs du problème médical jugé urgent**

3 sujets souhaitaient un avis médical concernant un motif de traumatologie, 2 un motif de fièvre, 2 un motif urinaire, 2 un motif de gynécologie-obstétrique et 1 pour lombalgie. Ces motifs correspondent à ceux retrouvés dans les données de la littérature.

#### **5.2.2.3. Concernant le premier numéro de téléphone composé**

Le premier numéro de téléphone composé face à un problème médical urgent est pour 3 sujets le service des urgences hospitalières, 3 sujets le centre 15, 3 sujets le médecin traitant et 1 sujet s'est rendu directement aux urgences.

Face à un problème médical urgent rencontré pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux, le premier numéro de téléphone composé a été pour 26 sondés, le médecin traitant, 2 sujets se sont rendus directement aux urgences et 2 ont appelé le centre 15.

Le médecin traitant fait donc figure de référent lorsque les cabinets médicaux sont ouverts.

#### **5.2.2.4. Concernant la démarche conseillée lors de l'appel et l'intervenant ayant effectué la prise en charge**

Pour 4 sujets, il a été conseillé de se rendre aux urgences hospitalières dont un via ambulance. Pour 3 sujets, il a été conseillé de joindre le médecin traitant ou un autre médecin. Il a été conseillé pour un seul sujet de se rendre à une maison médicale de garde.

Au final, 6 sujets ont été pris en charge aux urgences, 2 ont vu leur médecin traitant et 3 un médecin de garde. Parmi les 6 sujets ayant consulté aux urgences, 3 étaient en première partie de nuit, un en journée et 2 en nuit profonde.

Les 4 premiers auraient pu peut-être, être dirigés vers un médecin de garde s'ils avaient appelé le centre 15, hors 3 d'entre eux s'y sont rendus directement.

### **5.2.2.5. Concernant l'intervenant ayant effectué la prise en charge en fonction du premier numéro composé**

L'appel initial au Centre 15 a permis de diriger 2 patients sur 3 vers un médecin de garde.

A contrario, les patients ayant appelé les urgences se sont retrouvés aux urgences.

Tout l'intérêt prend donc dans une filière de soins organisée et respectée pour éviter l'engorgement des urgences.

### **5.2.3. A propos de l'état des connaissances des sujets sur la permanence des soins, son fonctionnement et ses différentes structures**

#### **5.2.3.1. Concernant la structure contactée dans l'hypothèse d'un problème médical urgent aux heures de fermeture des cabinets**

19 sujets auraient donc contacté initialement le Centre 15, 11 sujets se seraient rendus directement aux urgences. Les résultats sont donc assez homogènes. Certains sujets semblent donc informés de la marche à suivre en cas de problème médical urgent.

Pour ceux souhaitant se rendre directement aux urgences, on peut supposer que face à un problème médical, les patients se sentent rassurés lorsqu'ils sont dans les locaux d'un service d'urgence.

#### **5.2.3.2. Respect de la filière de soins**

Les questions 2 et 5 cherchaient à distinguer les intentions des choix réellement faits en situation d'urgence. A la lecture des réponses, il y a bien une différence entre les intentions ne s'appuyant pas sur du vécu et les réactions en situation réelle face à un problème médical jugé urgent.

En effet, sur les 11 sujets ayant été confrontés à un problème médical urgent en période de PDS (première partie du questionnaire), 9 répondaient « appel du Centre 15 » à la question 5 si ils étaient confrontés à un tel problème. Cependant, face à une urgence réelle rencontrée, seulement 3 des 9 sujets avaient au final composé le 15.

Une des hypothèses secondaires se confirme : la filière de soins ne semble pas respectée. Les sujets ne paraissent pas bien la connaître.

Plusieurs hypothèses s'ouvrent à nous :

- Existe-t-il une réelle méconnaissance de la filière de soins ?
- Les sujets ont-ils été tentés de donner la réponse qu'ils jugeaient correcte et non celle correspondant à ce qu'ils pensaient vraiment ?
- Ou leurs connaissances sur la permanence des soins se sont-elles améliorées ? (car on rappelle que le problème médical urgent pouvait remonter jusqu'à janvier 2011)

### 5.2.3.3. Concernant les connaissances sur la signification de la PDS et sur le numéro d'appel 15

- A propos de la PDS

Un seul sujet était en mesure de dire que la PDS constitue à prendre le relais quand les cabinets médicaux sont fermés.

9 patients évoquaient la disponibilité médicale 24h sur 24, 5 autres la notion d'avis médical en cas de problème médical et 3 autres la notion d'urgence. 8 sujets ne savaient pas. 4 n'avaient pas répondu.

Aucun sujet ne citait les différentes structures (cabinet de garde, urgences hospitalières, régulation, appel Centre 15).

La question était-elle trop large ? Ou les sujets n'ont-ils qu'une idée floue de ce à quoi correspond la permanence des soins ?

- A propos du numéro d'appel 15

Seuls 9 sujets sur 33 pensent que le centre 15 peut servir à donner un conseil médical. Une grande majorité (24 sujets) estime qu'on le compose en cas d'urgence vitale et 14 en cas d'urgence relative.

Concernant les combinaisons de réponses données par les patients, on constate que quasiment la moitié des sujets, 14 sur 33, estime que ce numéro ne doit être contacté qu'en cas d'urgence vitale seule.

Il n'est clair que pour seulement 2 sujets que le centre d'appel 15 est utile en cas d'urgence vitale, relative ou conseil médical.

Aucun ne pensait qu'il pouvait être composé en cas d'interprétations d'analyses médicales (par exemple, l'adaptation d'un résultat INR reçu tard dans la journée avec un médecin traitant plus disponible).

Il en ressort donc que les sujets ne sont donc pas des mieux informés concernant le rôle joué par le Centre 15. Certains patients gardent encore l'image du Centre 15 réservé aux urgences vitales.

La majorité des sujets, 16 sur 33, ne sait pas que c'est l'assistant de régulation médicale qui répond en premier lorsqu'on compose le 15. 10 sujets savent que l'assistant de régulation médicale répond effectivement en premier.

Ces résultats sont peut-être liés au fait que certains sujets interrogés n'ont jamais composé le 15, mais cela signifie aussi qu'il y a un manque d'informations concernant la régulation des appels ainsi que sur le pivot central que constitue le 15.

Ceci montre bien l'importance d'une information claire de la population sur le rôle central du 15.



#### **5.2.3.4. Concernant les maisons médicales de garde**

19 sujets interrogés ne connaissent pas l'existence des maisons médicales de garde. 25 sujets ne peuvent pas citer de lieux dans l'Ain dotés de ces maisons.

3 sujets sont capables de citer la ville d'Ambérieu-en-Bugey, 1 la ville d'Oyonnax, 1 la ville de Bourg-en-Bresse et 1 les villes d'Ambérieu-en-Bugey et Oyonnax. 3 citent de manière erronée les villes d'Hauteville et Artemare qui n'en sont pas dotées mais qui possède une maison de santé.

Seuls 4 sujets sur 33 ont déjà eu recours à une maison médicale de garde contre 17 à un médecin de garde en cabinet de garde.

Ses résultats semblent logiques du fait qu'il n'y a pas de MMG à Bellegarde et Hauteville ; c'est le médecin de garde qui intervient donc en cas de problème médical en première partie de nuit sur avis du 15.

28 sujets ne savent pas quel est le numéro de téléphone pour joindre la MMG ; 1 seul sait qu'il faut composer le 15.

Cela tend encore à montrer que les patients ne connaissent pas le fonctionnement de la régulation des appels. Les patients devraient savoir que le seul moyen de joindre une maison médicale de garde ou un médecin de garde est d'appeler le 15. Cela dit, il aurait été probablement plus pertinent de demander quel est le numéro de téléphone pour joindre le médecin de garde puisque il n'y a pas de MMG à Bellegarde et Hauteville. Les résultats auraient-ils été similaires ?

#### **5.2.4. A propos du ressenti des patients concernant leurs connaissances sur le fonctionnement de la PDS**

16 sujets ne s'estiment pas suffisamment renseignés contre 17. Ce chiffre n'est pas négligeable puisque la moitié considère être mal informée.

28 sujets aimeraient donc disposés d'un moyen d'information sous la forme d'une plaquette ou via les médias.

12 sujets préféreraient qu'une plaquette informative soit mise à disposition dans les cabinets médicaux, 9 via diffusion par internet.

Le médecin traitant aurait donc un rôle important à jouer.

### **5.2.5. Premier numéro d'appel composé en fonction des caractéristiques des sujets confrontés à un problème médical urgent lors de la PDS**

Il est difficile de tirer des tendances des résultats obtenus au vue du faible échantillon ayant été confronté à un problème médical urgent.

### **5.2.6. Attitude des sujets interrogés dans l'hypothèse où ils seraient confrontés à un problème médical urgent, en fonction de leurs caractéristiques**

Pour la tranche d'âge 41-60 ans, la tendance serait à l'appel du Centre 15. Peut-être préfèrent-ils prendre un avis avant de se déplacer ?

Pour la tranche d'âge 30-40 ans, la tendance serait à se rendre directement aux urgences. Peut-être est-ce lié au fait que pour cette tranche d'âge beaucoup ont des enfants dont le problème médical jugé urgent les concerne, les parents sont toujours plus inquiets pour leurs enfants et se rendent plus facilement directement aux urgences ?

Les sujets disposants d'un BAC > 2 ans auraient tendance à appeler le Centre 15. Cette population « plus instruite » seraient-elle mieux informée ?

Ce ne sont que des hypothèses.

## **5.3. Comparaison avec les données de la littérature**

### **5.3.1. A propos des rapports**

Tous les rapports sur la PDS prônent une information de la population sur la filière de soins. (5 6)

#### **- Etat des lieux sur la PDS, 31 décembre 2013 (2)**

Ce rapport déplore « le manque d'information du grand public sur le recours à une régulation préalable de leurs demandes de soins non programmées. Beaucoup pensent que le 15 est un numéro pour les détresses vitales, beaucoup se déplacent vers un effecteur ou le contactent directement. Beaucoup se présentent spontanément aux Urgences parce que leur situation leur semble « grave », ou qu'ils en ont pris l'habitude, ou qu'ils savent qu'ils seront dispensés de toute avance de frais. »

#### **- Rapport sur la PDS, Cour des Comptes, septembre 2013 (3)**

11 ans après la mise en place de la nouvelle organisation de la PDS, ce rapport relate que « c'est le fonctionnement de la régulation médicale qui est le plus opaque pour la population, alors qu'elle conditionne l'accès aux soins aujourd'hui. »

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation. Tout d'abord, en l'absence de messages clairs et généraux, l'information du public repose souvent sur les consignes ou répondeurs des médecins libéraux, donnant des conseils variables. De plus, la diversité des numéros d'appels (Centre 15, SDIS 18, numéros d'appels d'associations type SOS médecins) portent à confusion.

Enfin, les médecins libéraux de la régulation dispose pour certains départements, d'un numéro qui diffère du 15, soit à 4 ou 10 chiffres, ce qui ne favorise pas la compréhension et la mémorisation.

La Cour formule donc une des recommandations suivante :

« Engager une action vigoureuse d'information et de sensibilisation du public aux nouveaux modes d'organisation de la permanence des soins. »

Par quel moyen ? Cela n'est pas mentionné.

#### **- Rapport « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins », août 2007 (5)**

« Une information précise lisible car fiable et pérenne devra être délivrée : la communication est indispensable pour à la fois rassurer la population mais aussi induire un bon usage du dispositif. »

Un plan de communication sur une période suffisamment longue avait été évoqué et devait être basée sur des supports nationaux : spots TV, journaux nationaux, affichage public. Cette campagne a-t-elle vraiment été menée ?

#### **- Rapport « Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire », mars 2006 (6)**

« Pour être efficace, l'organisation doit pour l'utilisateur, être connue, comprise et aisément accessible. »

Ce rapport recommandait d'élaborer dans chaque département un plan local de communication.

### **5.3.2. A propos de la thèse « Perception du système de permanence des soins par la population du Bas-Rhin en 2012, enquête auprès de la population » (28)**

Cette thèse réalisée auprès de la population du Bas-Rhin se penchait sur les difficultés du système de PDS concernant son utilisation par les usagers, en analysant leur comportement lors d'une demande de soins non programmés, selon l'heure de la journée et en particulier en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux.

En cas de besoin, si les sujets n'arrivaient pas à joindre leur médecin traitant, ils feraient :

- La journée en semaine : en 1<sup>ère</sup> intention, ils attendraient le retour de leur médecin traitant (48%) ou iraient voir un autre médecin généraliste (37%)
- La nuit (20h-08h), samedi après-midi, dimanche et jours fériés : en 1<sup>ère</sup> intention, ils s'adresseraient à un médecin de garde (48%), soit par l'intermédiaire de la PDS, soit par l'intermédiaire de SOS médecins selon l'offre de soins du secteur concerné
- En 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> intention, ils auraient recours aux urgences.

Plus de 70% des sondés avaient déjà eu recours à un médecin en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. 41% avaient contacté un médecin de garde (médecin de secteur ou SOS médecins), 24% étaient allés aux urgences et 20% avaient eu recours au SAMU.

68% des appelants ne savaient pas quel interlocuteur leur avait répondu. Les modalités de contact de la PDS n'étaient pas connues de tous. Certains ignoraient que le simple conseil médical par téléphone était tout à fait possible. D'autres n'osaient pas « déranger » le 15 car n'estimaient pas leur problème assez grave mais ne savaient pas qu'un médecin généraliste était disponible près de chez eux.

A la question, pour vous la PDS c'est :

- 35% des sondés pensaient que c'était le fait d'accéder à un médecin de garde en l'absence de médecin traitant
- 30% pensaient qu'elle consistait à pouvoir faire appel à un médecin 24h sur 24

Mais il s'agissait d'une question fermée avec propositions suggérées.

Ces notions ressortaient aussi dans notre enquête.

→ De cette étude, il ressortait que la notion de PDS et son fonctionnement restent flous. Elle souligne l'importance de la médecine libérale dans le recours aux soins non programmés par les patients.

### **5.3.3. A propos de la thèse «Parcours de soins et respect de la filière de soins lors de la permanence des soins sur le secteur de la Plaine de l'Ain » 2011 (27)**

On retrouve dans notre étude des similitudes avec cette enquête.

Cette thèse effectuée en 2011 comparait le parcours de soins des usagers des urgences de la clinique mutualiste d'Ambérieu et celui des usagers de la maison médicale de garde de la Plaine de l'Ain, lors de la permanence des soins.

Leur hypothèse principale se confirmait : la filière de soins ne semblait pas idéalement respectée dans le secteur de la Plaine de l'Ain.

En effet, 32,3% des patients seulement disaient avoir appelé le 15 avant de consulter. Seulement 24% des patients auraient respecté la filière de soins (appel au 15 et respect du conseil donné) et 63,8% disaient avoir consulté de leur propre chef.

Paradoxalement, lorsqu'il était demandé aux patients leurs habitudes s'ils avaient besoin de consulter lors de la fermeture des cabinets médicaux, étaient retrouvés de manière équivalente l'appel au 15, la consultation directe aux urgences. Mes résultats allaient aussi dans ce sens.

Seule la moitié des patients qui avaient consultés aux urgences connaissait la maison médicale de garde. Cette méconnaissance traduisait là encore un manque d'informations de la population.

A la MMG, les consultations régulées étaient de l'ordre de 47,5% versus 8.2% pour les urgences.

Il ressortait dans cette étude que les patients ne connaissaient pas le fonctionnement de la régulation des appels. Certains patients essayaient d'appeler la MMG - via son ancien numéro de téléphone diffusé par les journaux locaux - et ils étaient donc transférés vers le 15

(pouvant donc sous-estimé le pourcentage de patients respectant la filière à la MMG). Les patients auraient dû savoir que le seul moyen de joindre la MMG est d'appeler le 15.

Leur hypothèse d'un lien entre le niveau de diplôme et l'appel au 15 s'était confirmée : les patients n'ayant pas de diplôme appelaient moins le 15 ; de même pour les patients entre 21 et 25 ans. Au contraire, les 26-36 ans appelaient plus souvent le 15 que les autres classes d'âge.

Les week-ends regroupaient plus de la moitié de l'activité de la PDS. Le principal motif de consultation aux urgences concernait la traumatologie, et pour la MMG les pathologies ORL.

→ De cette thèse ressortait donc que la filière de soins n'est pas toujours respectée et qu'il existe une méconnaissance du fonctionnement du système de soins.

#### **5.3.4. A propos de la thèse « Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgence du Havre » 2012 (26)**

La question de cette étude était d'évaluer les connaissances de la population des usagers des services d'urgence du Havre sur la PDS. Au Havre, la régulation médicale au Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) se fait via un numéro spécifique pour la PDS ambulatoire, ce qui diffère de l'Ain. La MMG s'appelle Domus Medica.

Concernant les habitudes de consultation en urgence des patients, 71,8% des patients disaient consulter majoritairement aux urgences, puis chez le médecin traitant (37,5%), enfin à la Domus Medica (8.6%).

Les patients n'avaient pas respecté la filière de soins : 258 patients (88,4%) n'avaient pas appelé le Centre 15 avant de venir aux urgences.

69,9% des patients (204) interrogés aux urgences déclaraient ne pas connaître la Domus Medica. On comprend donc mieux les habitudes de consultation en urgence des patients (seulement 8,6% vont à la Domus Medica).

93,2% des patients interrogés sur leur connaissance du numéro de téléphone du médecin de garde ne connaissaient pas ce numéro, 2,4% donnaient le numéro du SAMU 15 et seuls 2,7% le connaissaient.

Ce qui appuie une fois encore le défaut d'information de la population. De plus, le Havre compliquent les choses en ayant deux numéros différents : un pour le Samu 15 et l'autre pour la PDS ambulatoire. Ne serait-ce pas plus simple pour les patients d'uniformiser les numéros, voire même d'avoir un numéro national de garde ?

Le moyen le plus apprécié par les patients pour faire diffuser l'information sur la Domus Medica était l'affichage dans les cabinets de consultation, résultat similaire à notre étude.

Les jours d'affluence étaient surtout le week-end. Le principal motif de consultation aux urgences concernait l'orthopédie/traumatologie contrairement à la MMG où les patients consultaient pour de la pathologie aiguë ORL (résultats similaires à ceux de la Plaine de l'Ain).

Les patients gardaient le réflexe de consulter leur médecin traitant en cas de problème urgent aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux. Ces résultats concordent avec notre enquête.

→ De cette étude ressortait donc qu'un des points faible de la PDS au Havre était le manque de recours à la régulation ainsi qu'un manque de connaissance du numéro du médecin de garde en ville.

### **5.3.5. A propos de la thèse « Patients consultant pour des motifs de médecine générale au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Perpignan aux heures de permanence des soins, leurs caractéristiques et leur parcours de soins » 2007 (25)**

Il s'agissait d'une enquête prospective sur les caractéristiques des patients consultant au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Perpignan pour des motifs de consultation de médecine générale, pendant les horaires de PDS, leur parcours de soins et leurs motivations.

Le principal motif de consultation aux heures de PDS était là encore la traumatologie. Les patients consultant pour des motifs de médecine générale, aux heures de PDS, étaient essentiellement des hommes à 55,4%, des femmes à 44,6%. Pour 48,8% d'entre eux, ils étaient âgés entre 18 et 50 ans. Ils consultaient surtout en première partie de nuit (57%) moins en nuit profonde (33%). Ils rentraient au domicile pour 55,8%.

Sur les 407 patients ayant répondu au questionnaire (sur 757 patients incluables), 82,8% n'avaient pas essayé d'appeler le 15 : 57,4% parce qu'ils ne savaient pas qu'après 20h et le week-end, il fallait composer le 15 ; 7,4% parce qu'ils viennent toujours consulter aux urgences. Ceux ne connaissant pas le principe étaient surtout les plus de 70 ans et les étudiants.

Encore des résultats en faveur d'un manque d'informations de la population mais aussi que les patients se jugent propres acteurs de leur parcours de soins et décident d'eux-mêmes quelle structure semble la plus adaptée (étude faite en 2007).

Seulement 17,2% avaient appelé le 15. Ceux appelant le plus le 15 étaient : les plus de 50 ans, les cadres et retraités.

Les cas peu graves ne nécessitant pas d'examen complémentaires avaient encore moins appelé le 15 que les autres. Cela montrait que le 15 était toujours associé à la notion d'urgence, de gravité, alors que les services d'urgences sont considérés comme un lieu de consultation simple.

→ De cette étude ressortait une méconnaissance du système. Le parcours de soins de ces patients n'était pas respecté et il existait un manque d'informations de la population concernant le rôle de la régulation.

### 5.3.6. A propos de la thèse « Evaluation de la permanence des soins auprès du grand public dans le secteur SOS médecins Meurthe-et-Moselle » 2008 (24)

Il s'agissait d'une étude prospective sur 500 sujets choisis au hasard de liste de patients de cabinets de médecins généralistes afin d'évaluer l'attitude de la population lorsqu'elle devait faire face à un problème médical urgent en période ou hors période de PDS et afin d'évaluer la connaissance de la population concernant les différents acteurs de la PDS.

Médigarde est la structure pour gérer et organiser la régulation médicale libérale en Meurthe-et-Moselle, via un numéro unique qui diffère du Centre 15.

- En journée de semaine, la nuit ou le week-end :

Le premier numéro de téléphone composé par les sujets confrontés à un problème médical urgent était le médecin traitant pour 29% des sujets puis « se rendaient directement aux urgences » pour 21%, SAMU 17%, SOS médecins 16% et Médigarde 8%.

- La journée en semaine :

Le premier interlocuteur sollicité en cas de problème médical urgent était le médecin traitant pour 43% des sujets interrogés. Le médecin traitant est donc considéré comme le médecin référent, ces résultats sont similaires aux nôtres.

- La nuit ou le week-end :

Le premier interlocuteur sollicité en cas de problème médical urgent était le SAMU pour 45% des sujets interrogés, puis SOS médecins pour 22%, directement aux urgences 7% et Médigarde 7%

SOS médecins avait effectué chez 35% des sondés la prise en charge initiale puis les urgences avec 28% et le médecin traitant avec 17%.

SOS médecins semble avoir une place importante sur le secteur et pourrait être aussi une solution à développer dans les secteurs n'en disposant pas (notamment celui de l'Ain).

Concernant la connaissance des différentes structures :

- 75% des sujets interrogés connaissaient SOS médecins. Par contre, 40% disaient ne pas connaître ses coordonnées téléphoniques : nécessité d'une campagne d'informations ?

- 15% disaient ne pas connaître l'adresse de la MMG du secteur

- Seuls 20% connaissaient Médigarde, 57% la MMG

- 19% disaient avoir déjà eu recours à la MMG, 10% à Médigarde versus 69% aux urgences

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative à utiliser telle ou telle structure de soins en fonction de l'âge, du sexe, de l'activité socio-professionnelle, la couverture sociale. Pour ces différents facteurs, les urgences restaient l'interlocuteur privilégié suivies par SOS médecins.

→ De cette étude ressortait donc que le médecin traitant lorsqu'il est joignable reste l'intervenant privilégié. Les urgences et le SAMU sont très fortement sollicités en l'absence du médecin traitant. SOS médecins semble jouer une place importante.

Concernant Médigarde, la population paraît peu au courant de ce qu'est la régulation médicale libérale.

**Il reste donc un travail d'information et d'éducation de la population très important à poursuivre afin de bien redéfinir le rôle de chaque acteur de la PDS.**

### **5.3.7. A propos de la thèse « Etat des lieux de la permanence des soins dans le Bas-Rhin en 2011 » (29)**

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur l'année 2010 de tous les appels arrivant au Centre de régulation du SAMU 67.

Au cours de l'année 2010, le standard de la PDS a reçu 42 389 appels enregistrant donc une baisse significative par rapport aux trois années précédentes où le nombre d'appels était d'environ 50 000 par an. Ceci était expliqué partiellement par l'activité sans cesse croissante des structures comme SOS médecins.

Comme montré précédemment, l'activité de week-end et jours fériés était majoritaire avec 74% des appels et concernait principalement la journée.

Le premier motif d'appels loin devant les autres était la fièvre.

## **5.4. Réflexion sur les solutions pouvant être apportées pour une meilleure connaissance de la permanence des soins**

### **5.4.1. Information**

Un travail d'information semblerait nécessaire à la fois sur la filière de soins et les structures de PDS (régulation, rôle du 15, urgences, MMG, médecin de garde en ville) devant l'impression de la méconnaissance de la population sur l'organisation de la PDS.

Il faut peut-être changer l'image qu'ont les gens du 15. Ce n'est plus le numéro des urgences vitales. Il est aussi le numéro des consultations non programmées. Il sert aux urgences vraies vingt-quatre heures sur vingt-quatre et aux autres demandes lors de la fermeture des cabinets médicaux.

Une plaquette informative pourrait être tenue à disposition dans les salles d'attente des cabinets médicaux mais aussi chez les autres professionnels de santé (pharmacies, infirmières...). Elle expliquerait quel numéro composé, le 15, que ce soit un problème relevant de la médecine générale ou des urgences vitales, et ce en période de nuit, week-end et jours fériés.

Annexe 4 : Exemples de plaquettes informatives disponibles en Haute-Normandie et en Meurthe-et-Moselle (24 26)



La presse pourrait aussi jouer un rôle car c'est un moyen de toucher un grand nombre d'individus.

De même, la diffusion sur internet d'une fiche pratique pourrait être envisagée. Elle serait située sur une page web dédiée à la permanence des soins. Tout l'intérêt serait de présenter des informations claires et d'accès simple, facilement retrouvables en cas d'urgence.

Dans le cadre de sa thèse (29), l'auteur avait imaginé ce type de page web, qui est certes incomplète mais permet d'avoir une idée de ce qui pourrait être réalisée au niveau national. Elle se trouve à l'adresse suivante : <http://actumed20.blogspot.com/p/numeros-durgences.html>.

#### **5.4.2. Education**

Le médecin traitant aurait un rôle important à jouer. Il pourrait d'abord rappeler le rôle du Centre 15 et l'importance de téléphoner au 15 avant toute consultation en période de fermeture des cabinets médicaux. Cela permettrait d'orienter les patients au mieux et de mettre en place une réponse adaptée à leur demande.

Il pourrait éduquer sa patientèle à reconnaître les signes d'alarme des pathologies graves et à prendre en charge seule, à domicile, les pathologies bénignes. Ceci semble peut-être utopique : comment les médecins peuvent-ils prendre du temps pour cette information quand les consultations s'enchaînent ? L'ARS pourrait jouer un rôle en allouant une enveloppe forfaitaire à chaque patient informé. Mais cette tâche semble difficile à mettre en œuvre.

Le message clé serait donc d'appeler le 15 avant de consulter.

Une autre solution pourrait être la réorientation des patients à l'entrée des urgences vers les structures de PDS ambulatoire.

Ou encore responsabiliser les patients en facturant les consultations en urgence.

# CONCLUSION

La permanence des soins est un système ambitieux d'accès pour tous à un médecin, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux.

Les réformes qui se sont succédé à partir de 2002 se sont traduites, pour la population, par un changement du mode d'accès aux soins. Le point d'entrée du système était avant cette date le médecin de garde, il est désormais la régulation téléphonique.

Une régulation efficace sert à apporter la réponse la plus adaptée au patient et à sa situation. La régulation se dresse en garde-fou des visites injustifiées, permet un premier niveau de tri et de prise en charge et permet surtout d'optimiser l'utilisation des médecins effecteurs.

Cependant, ce système de permanence des soins, bien encadré par un cahier des charges précis, semble insuffisamment connu, par manque d'informations.

L'objectif de notre étude était d'évaluer les connaissances de la population de l'Ain sur le système de PDS.

Notre enquête montre que si les sujets étaient confrontés à un problème médical urgent en période de PDS, leur intention serait d'appeler le 15 ou de se rendre aux urgences. Il existe une différence entre cette intention ne s'appuyant pas sur du vécu et les réactions en situation réelle puisque face à un problème médical urgent, l'enquête montrait que peu de personnes avaient finalement composé le 15, certaines s'étant rendues directement aux urgences, d'autres ayant d'abord appelé leur médecin traitant.

Ce travail souligne d'ailleurs l'importance du médecin généraliste au sein du système de PDS. En effet, l'enquête montre que le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié en cas de demandes de soins non programmés, en période d'ouverture des cabinets médicaux.

Pour beaucoup, le numéro d'appel 15 était encore associé à la notion d'urgence vitale, seule. La majorité ne savait pas qui leur répondait en premier.

En définitive, la marche à suivre ne semble pas claire dans l'esprit de la population. Et même si certains devinent ce qu'est la PDS, son fonctionnement reste flou.

Il est important que les patients aient le réflexe de passer par la régulation avant toute consultation en urgence. Il semble indispensable d'informer la population sur les structures de soins ambulatoires et hospitalières existantes, de les sensibiliser au bon usage de chacune.

Il serait intéressant de développer un moyen pratique de communication avec la population via, par exemple, une plaquette d'informations mise à disposition dans les cabinets médicaux et chez les professionnels de santé, explicitant la conduite à tenir en cas d'urgence, en fonction du secteur d'habitation de chacun.

Une éducation sur les signes de gravité avec la participation des médecins généralistes pourrait être mise en place.

Un travail pourrait d'ailleurs être mis en œuvre afin de recueillir l'opinion des médecins généralistes sur la question.

Ce travail de mémoire constitue un travail préliminaire difficilement extrapolable à l'ensemble de la population, au vu du faible échantillon interrogé. Devant les biais de cette enquête, il serait intéressant de simplifier les questionnaires, de les faire remplir par un enquêteur externe et d'interroger un plus large échantillon de population.

La méthode quantitative reste la méthode de choix pour répondre à notre objectif.

Ainsi, ce travail de mémoire pourrait faire l'objet d'un travail de thèse.

# LES ANNEXES

## Annexe 1 : Organisation par secteur dans l'Ain, Cahier des charges régional, ARS Rhône-Alpes, Permanence des soins ambulatoires

Numéro secteur nuit	Nom secteur nuit	Effecteur(s) 20h - 0h	Nombre de forfaits 20h - 24h	Effecteur(s) 0h - 8h	Nombre de forfaits 0h - 8h	Numéro secteur week-end + JF	Nom secteur week-end + JF	Effecteur(s)	Nombre de forfaits week-end, jours fériés et ponts
RA01-01	Bourg-en-Bresse	MMG Bourg en Bresse	1	SU CH Bourg	0	RA01-01	Bourg-en-Bresse	MMG Bourg en Bresse	2
RA01-02	Ceyzeriat	MG	1	SU CH Bourg	0	RA01-02	Ceyzeriat	MG	1
RA01-03	Chalamont	MG	2	SU CH Bourg	0	RA01-03	Chalamont	MG	1
RA01-04	Châtillon-sur-Chalaronne	MG	1	SU CH Bourg	0	RA01-04	Châtillon-sur-Chalaronne	MG	1
RA01-05	Jassans/Trévoux	MG	1	SU CH Bourg	0	RA01-05	Jassans/Trévoux	MG	1
RA01-06	Marboz	MG	1	SU CH Bourg	0	RA01-06	Marboz	MG	1
RA01-07	Miribel/Montluel	MG	1	SU CMA	0	RA01-07	Miribel/Montluel	MG	1
RA01-08	Montrevel	MG	1	SU CH Bourg	0	RA01-08	Montrevel	MG	1
RA01-09	Pont-De-Vaux	MG	1	SU CH Macon	0	RA01-09	Pont-De-Vaux	MG	1
RA01-10	Pont-de-Veyle	MG	1	SU CH Macon	0				
RA01-11	Saint-Trivier-de-Courtes	MG	1	SU CH Bourg	0	RA01-11	Saint-Trivier-de-Courtes	MG	1
RA01-12	Thoissey	MG	1	SU CH Macon	0	RA69-24	Belleville	MMG Belleville	Cf. AT Rhône
RA01-13	Bellegarde	MG	1	SU CH Oyonnax	0	RA01-13	Bellegarde	MG	1
RA01-14	Champfromier	MG	1	MG	0*	RA01-14	Champfromier	MG	1
RA01-15	Gex – Ferney**	MG	1	SU CH St Julien	0	RA01-15	Gex - Ferney	MMG Gex	1
RA01-17	Hauteville	MG	1	SU Ambérieu ou Belley	0	RA01-17	Hauteville	MG	1
RA01-18	Saint-Rambert	MG	1	SU CMA	0	RA01-18	Saint-Rambert	MG	1
RA01-19	Plaine de l'Ain	MMG PA (Ambérieu en Bugey)	3	SU CMA	0	RA01-19	Plaine de l'Ain	MMG PA	2
RA01-20	Nantua/Oyonnax	MMG Oyonnax	1	SU CH Oyonnax	0	RA01-20	Nantua/Oyonnax	MMG Oyonnax	1

Numéro secteur nuit	Nom secteur nuit	Effecteur(s) 20h - 0h	Nombre de forfaits 20h - 24h	Effecteur(s) 0h - 8h	Nombre de forfaits 0h - 8h	Numéro secteur week-end + JF	Nom secteur week-end + JF	Effecteur(s)	Nombre de forfaits week-end, jours fériés et ponts
RA01-21	Belley/Bregnier/Champagne	SU CH Belley	0	SU CH Belley	0	RA01-21	Belley/Bregnier/Champagne	MMG Belley	1

\* Les secteurs suivants bénéficieront d'un forfait en nuit profonde (de 0h à 8h) jusqu'au 30 novembre 2014 : RA01-14 - Champfromier

\*\*Le regroupement des secteurs de Gex et Ferney a été adopté à titre expérimental jusqu'au 30 juin 2014. A l'issue de cette échéance, les médecins des secteurs se prononceront sur le rattachement définitif. En cas de réponse négative, un deuxième forfait sera rajouté à compter du 1er juillet 2014.

## Annexe 2 : Questionnaire

Madame, Monsieur,

Je réalise une enquête sur un échantillon de la population du département de l'Ain, concernant la connaissance de la permanence de soins.

Ce questionnaire, anonyme, ne vous prendra que 5 minutes. Il fera l'objet par la suite d'un travail de mémoire. Votre participation est importante pour que cette enquête soit la plus représentative possible.

En vous remerciant de votre participation.

### Connaissance de la population sur la permanence des soins

**1- Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, vous est-il arrivé d'être confronté à un problème médical urgent à l'heure de fermeture des cabinets médicaux (nécessitant un avis médical que vous jugiez rapide) pour vous-même ou l'un de vos proches ?**

- Oui
- Non (si réponse non, passer directement à la question n°5)

- **Quand était-ce?** (si vous avez été confronté à plusieurs problèmes médicaux urgents, prenez le plus récent en date)

- En soirée (20h-00h) Horaire du problème : .....  Lu  Ma  Me  Je  Ve  Sa  Di
- Le week-end Horaire du problème : .....  Samedi  Dimanche
- Pleine nuit (00h-08h) Horaire du problème : .....  Lu  Ma  Me  Je  Ve  Sa  Di

- **Qui était concerné ?**

- Vous-même
- Votre enfant
- Autre (précisez) : .....

- **Pour quel motif était-ce ?** .....

**2- Démarches relatives à votre état de santé suite à ce problème médical jugé urgent :**

- **Qui avez-vous appelé initialement ?**

- Médecin traitant
- Centre 15
- Pompiers 18
- Pharmacien
- Le service des urgences d'un hôpital
- Autre numéro d'appel (un proche, une autre personne...etc.) (précisez) : .....
- Aucune personne

- **Quelle démarche a été conseillée lors de l'appel ?**

- On vous a donné un conseil médical afin de résoudre seul votre problème
- Joindre le médecin traitant ou un autre médecin
- Prendre rendez-vous avec le médecin traitant
- Appeler le 15
- Appeler le 18
- Aller à la maison médicale de garde
- Se rendre aux urgences hospitalières

**3- Finalement, qu'avez-vous fait ?**

- Suivi le simple conseil
- Appeler le médecin traitant dans l'instant
- Attendre le lendemain pour prendre rendez-vous et consulter le médecin traitant
- Attendre un médecin qui va effectuer une visite à domicile
- Se rendre aux urgences hospitalières
- Appeler une ambulance pour aller aux urgences
- Appeler le 15
- Appeler le 18
- Consulter le médecin de garde ( maison médicale ou  cabinet de garde)

**4- Si vous avez consulté aux urgences suite à votre problème médical urgent cité ci-dessus :**

*(passez cette question si vous n'êtes pas allé aux urgences suite à ce problème médical urgent)*

- Prise en charge immédiate, consultation avec retour à domicile
- Prise en charge immédiate, consultation avec hospitalisation
- Pas de prise en charge mais renvoi à la maison médicale de garde ou au médecin traitant
- Sortie avant la prise en charge

- **Etes-vous partis avant la prise en charge ?**     Oui     Non

- **Si oui, pourquoi ?**

- Temps d'attente trop long
- Amélioration de la symptomatologie
- Impératifs personnels (travail, récupérer enfants...)
- RDV médical autre obtenu

- **Si vous êtes parti avant la prise en charge des urgences, qu'avez-vous fait par la suite ?**

- Retour à domicile
- Médecin traitant
- Maison médicale de garde
- Autre médecin
- Centre 15
- Autre : .....

## A propos des différentes structures assurant la permanence des soins

### 5- Si vous ou l'un de vos proches présentiez un problème médical urgent aux heures de fermeture des cabinets médicaux, que feriez-vous ?

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

### 6- Que signifie pour vous permanence de soins ?

.....

### 7- Que signifie pour vous le numéro d'appel 15 ? (plusieurs réponses possibles)

- Appel d'urgence vitale
- Appel d'urgence relative
- Conseil médical
- Soutien psychologique
- Interprétations d'analyses biologiques (INR, ECBU, NFP...)
- Autre : .....

### 8- Quel est le premier interlocuteur sur lequel vous tombez quand vous faites le 15 ?

- Assistant de régulation médicale
- Médecin urgentiste
- Régulateur de médecine libérale
- Ne sait pas

### 9- Avez-vous déjà entendu parler des maisons médicales de garde ?

- Oui       Non

- Si oui, pouvez-vous citer des villes dans l'AIN qui en dispose d'une :

.....

- Avez-vous déjà eu recours à une maison médicale de garde ?  Oui       Non
- Avez-vous déjà eu recours à un médecin de garde (cabinet de garde) hors maison médicale ?  Oui       Non
- Quel est le numéro pour la joindre par téléphone ? .....  Ne sait pas

### 10- Vous estimez-vous suffisamment renseigné sur la prise en charge médicale en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux ? Oui      Non



**11- Aimeriez-vous une plaquette informative sur les numéros utiles en cas d'urgence médicale ou des informations véhiculées par les médias (journaux, tv) ?**  Oui  Non

**12- A votre avis, quel moyen serait le plus pertinent pour faire connaître aux patients comment fonctionne la filière de soins aux horaires de fermeture des cabinets médicaux?**

- Campagne d'information à la télévision
- Campagne d'information dans les journaux locaux
- Diffusion par internet
- Plaquette informative dans la salle d'attente des cabinets médicaux
- Plaquette informative chez les autres professionnels de santé (infirmières, kiné, pharmaciens...)
- Plaquette informative dans les lieux fréquentés (école, commerces...)

**13- Quelle attitude avez-vous eu face à un problème médical urgent rencontré pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux ?**

- Vous avez appelé votre médecin traitant
- Vous avez appelé un autre médecin
- Vous avez appelé le centre 15
- Vous avez appelé les pompiers 18
- Vous avez pris conseil auprès de la pharmacie
- Vous vous êtes rendu directement aux urgences
- Autre : .....

### Caractéristiques personnelles :

**-Votre âge :** \_\_ \_\_ ans

**-Votre sexe :**  Homme  Femme

**-Combien de personnes occupent votre foyer ?** (y compris vous) .....

**-Combien avez-vous d'enfants ?** ..... **-De quel âge ?** Enfant 1 : .....ans Enfant 3 : .....ans  
Enfant 2 : .....ans Enfant 4 : .....ans

**-Niveau de diplôme :**  Aucun  Niveau CAP ou BEP  Niveau BAC + 2  
 Niveau Brevet  Niveau BAC  Niveau BAC + 3 ou supérieur

**-Activité :**  Employé/salarié  Sans emploi  Retraité  Etudiant  
 Chef d'entreprise  Cadre  Artisan/commerçant/ouvrier  
Enseignant  Agriculteur

**-Avez-vous une couverture sociale ?**  Oui  Non

**- Si oui laquelle ?**  Sécurité sociale  Sécurité sociale + mutuelle  CMU +/- complémentaire  
 ALD (Affection Longue Durée)

**-Avez-vous un médecin traitant déclaré ?**  Oui  Non

**Merci pour votre participation**

### **Annexe 3 : Résultats concernant la signification de la PDS pour les sujets interrogés**

- « Quelqu'un disponible 24h sur 24
- Service public médical
- Prendre le relais quand les cabinets médicaux sont fermés
- Personnes à petits moyens financiers sans possibilité d'aller chez le médecin
- Quelqu'un présent en cas d'urgence
- Endroit où on peut être pris en charge pour un problème médical
- Accès aux soins n'importe quand
- Un moyen d'être suivi à n'importe quelle heure
- Soit présence de quelqu'un, soit conseil précis par téléphone
- Etre en bonne santé
- Suivi dans la durée et permanent
- Urgences physiques ou enfants malades
- Strictement réservé aux soins avec avis médical
- Quelqu'un en permanence pour répondre à la demande
- Possibilité d'obtenir un diagnostic et conseil médical permanent
- Personnel médical disponible de suite
- Cabinet médical ouvert
- Pouvoir bénéficier de soins 24h sur 24 à proximité du domicile
- Soins à tout moment et continus
- Un lieu où quelqu'un peut nous recevoir ou nous orienter correctement
- Présence de quelqu'un 24h sur 24 »

4 personnes n'ont pas répondu, 8 ne savaient pas.

## Annexe 4 : Exemples de plaquettes informatives en Haute-Normandie et en Meurthe-et-Moselle (Medigarde)

### BESOIN D'UN AVIS MEDICAL EN GARDE HAUTE-NORMANDIE

■ Le weekend, la nuit (à partir de 20h) et les jours fériés

**02 32 73 32 33**  
Zone Le Havre

**02 35 58 76 33**  
Zone Rouen-Elbeuf Dieppe

**02 32 33 32 32**  
Zone Eure

Attention à bien identifier la zone où vous vous situez

■ En cas d'urgence

**15**

### Vous êtes malade...

#### NUIT / WEEK-END JOURS FÉRIÉS

ayez les bons réflexes

**LE 15**

Votre cas relève de la médecine générale

**MEDIGARDE**  
0 820 33 20 20\*

- LE 15 : lundi au vendredi de 20h à 8h
- LE WEEK-END : samedi 12h au lundi 8h
- LES JOURS FÉRIÉS

**LE SAMU**  
15

Votre cas relève des urgences vitales (vie en danger, blessures graves...)

**LE SAMU**  
15

24h/24h

Chaque fois que c'est possible, le plus simple est de consulter votre médecin traitant dans la journée.  
Évitez d'étendre l'aggravation des symptômes pour ne pas avoir à vous faire soigner la nuit ou le week-end.

INDISPENSABLE !  
La carte-mémo Médigarde Lorraine, demandez-la à votre médecin traitant.

RAPPEL DES SERVICES D'URGENCE 24h/24h

- Samu 15
- Police 17
- Pompiers 18
- Appel d'urgence européen 112
- Centre anti-poisons de Nancy 03 83 32 36 36

[www.medigarde.fr](http://www.medigarde.fr)

### Besoin d'aide médicale ?

**NUIT / WEEK-END JOURS FÉRIÉS**

**MEDIGARDE Lorraine**

**0 820 33 20 20\***  
un centre de régulation médicale

## BIBLIOGRAPHIE

1. Légifrance. Décret n095-1 000 du 6 septembre 1995 portant Code de Déontologie Médicale.  
Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT0000055170&dateTexte=&categorieLien=id>
2. Ordre national des médecins. Conseil national de l'ordre. Enquête du Conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale, au 31 décembre 2013. Janvier 2014.  
Disponible sur : [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds\\_cnom2014.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds_cnom2014.pdf)
3. Cour des Comptes. Sécurité sociale 2013. Chapitre XII, La permanence des soins. Septembre 2013.  
Disponible sur : [http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ccomptes.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F60184%2F1493582%2Fversion%2F1%2Ffile%2Frapport\\_securite\\_sociale\\_2013\\_permanence\\_des\\_soins.pdf&ei=BaEU7a8MuaU0AX24oDADA&usq=AFQjCNFz-KO4NhFJOFVocreSmbiziVXFA&sig2=m3evLFf2nNWyF-i6nR8Zw&bvm=bv.62922401.d.d2k](http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ccomptes.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F60184%2F1493582%2Fversion%2F1%2Ffile%2Frapport_securite_sociale_2013_permanence_des_soins.pdf&ei=BaEU7a8MuaU0AX24oDADA&usq=AFQjCNFz-KO4NhFJOFVocreSmbiziVXFA&sig2=m3evLFf2nNWyF-i6nR8Zw&bvm=bv.62922401.d.d2k)
4. Discours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Janvier 2003.  
Disponible sur : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_descours.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf)
5. Grall J-Y. Mission de médiation et proposition d'adaptation de la permanence des soins. Rapport au ministre de la santé. Août 2007.  
Disponible sur : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Grall.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Grall.pdf)
6. Blanchard P., Dupont M., Ollivier R., Ferrier C., Prétot. Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Rapport IGAS n°2006 029 et IGA n°06-007-02. Mars 2006.  
Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000321/0000.pdf>
7. Cour des Comptes. Les urgences médicales : constat et évolution récente. Rapport de 2007.  
Disponible sur : <http://www.ccomptes.fr/content/download/259/1927/version/1/file/12UrgencesMedicales.pdf>
8. Carrasco V., Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES. Etudes et résultats. N°212. Janvier 2003.  
Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er212.pdf>
9. Légifrance. Décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires. 17 juillet 2010.  
Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022484947&dateTexte=&categorieLien=id>
10. Légifrance. Décret n° 2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et modifiant le code de la santé publique.  
Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000821805>
11. Légifrance. Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique.  
Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000796529>
12. Conseil national de l'ordre des médecins. Code de déontologie médicale, article 77 et code de santé publique, article R4127-77. Page 21.  
Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
13. Conseil national de l'ordre des médecins. Code de déontologie médicale, article 47 et code de santé publique, article R.4127-47. Page 12.  
Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

14. Légifrance. Article L.6313-1 du Code de la Santé Publique.

Disponible sur :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=0839338D5D3D407DCB5C5FEB4BCA1AAD.tpdjo02v\\_2?cidTexte=LEGITEXT00006072665&idArticle=LEGIARTI000006919283&dateTexte=&categorieLien=cid](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=0839338D5D3D407DCB5C5FEB4BCA1AAD.tpdjo02v_2?cidTexte=LEGITEXT00006072665&idArticle=LEGIARTI000006919283&dateTexte=&categorieLien=cid)

15. Haute autorité de santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Mars 2011.

Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2 clics\\_regulation\\_medicale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2 clics_regulation_medicale.pdf)

Haute autorité de santé. Recommandations de bonne pratique. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Mars 2011.

Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_regulation\\_medicale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_regulation_medicale.pdf)

16. Légifrance. Décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000821805>

17. Légifrance. Décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022484947&dateTexte=&categorieLien=id>

18. CIRCULAIRE N° DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 DU 23 MARS 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>

19. Grall J-Y. Les Maisons Médicales de Gardes. Rapport remis au ministre de la santé. Juillet 2006.

Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000564/0000.pdf>

20. Ordre national des médecins. La démographie médicale en région Rhône-Alpes, situation en 2013.

Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1371>

21. Ordre national des médecins. Conseil National. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2013. CNOM 2013.

Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>

22. ARS Rhône-Alpes. Permanence des soins ambulatoires, Cahier des charges régional. Décembre 2013.

Disponible sur :

[http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONEALPES/RA/Direc\\_effic\\_offre\\_soins/PDSA/Revision\\_PDSA\\_2013/2013-11-30\\_CCR\\_PDSA.pdf](http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONEALPES/RA/Direc_effic_offre_soins/PDSA/Revision_PDSA_2013/2013-11-30_CCR_PDSA.pdf)

23. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? DREES. Le panorama des établissements de santé. 2013

Disponible sur : [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013\\_dossier01.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf)

24. Poissy E. Evaluation de la permanence des soins auprès du grand public dans le secteur SOS médecins Meurthe-et-Moselle. Th. Méd. Nancy. 2008

25. Pujol C. Patients consultant pour des motifs de médecine générale au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Perpignan aux heures de permanence des soins, leurs caractéristiques et leur parcours de soin. Th. Méd. Montpellier 1. 2007

26. Fagot Griffin E. Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgence du Havre. Th. Méd. Rouen. 2012

27. Genot P. Parcours de soins et respect de la filière de soins lors de la permanence des soins sur le secteur de la Plaine de l'Ain. Th. Méd. Lyon Est. 2011

28. Rosenberg N. Perception du système de permanence des soins par la population du Bas-Rhin en 2012. Enquête auprès de la population. Th. Méd. Strasbourg. 2013

29. Kelhetter E. Etat des lieux de la permanence des soins dans le Bas-Rhin en 2011. Th. Méd. Strasbourg. 2011