



SOS Médecins Nancy : place dans la permanence de soins, bilan de l'activité 2005 et étude portant sur 244 patients adressés au Service d'Accueil des Urgences

Sylvain Jourdanet

► To cite this version:

Sylvain Jourdanet. SOS Médecins Nancy : place dans la permanence de soins, bilan de l'activité 2005 et étude portant sur 244 patients adressés au Service d'Accueil des Urgences. Sciences du Vivant [q-bio]. 2006. hal-01732703

HAL Id: hal-01732703

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732703>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE



Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine générale

Par
Sylvain JOURDANET

Le 14 avril 2006

SOS MEDECINS NANCY : PLACE DANS LA PERMANENCE DE SOINS,
BILAN DE L'ACTIVITE 2005 ET ETUDE PORTANT SUR 244 PATIENTS
ADRESSES AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Philippe CANTON

M. le Professeur Abdelouahab BELLOU

M. le Docteur Vincent LAMOUILLE

Président

Juge

Juge

Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

M. le Docteur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Marc BRAUN

M. le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT

Jacques LACOSTE – Jean BEÜREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD

Jean-Pierre NICOLAS – Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUUEL

3^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLC NDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT – Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
Professeur de Réanimation médicale.

Nous avons bénéficié de ses enseignements pendant notre cursus universitaire. Ses qualités de clinicien et de pédagogue suscitent notre profond respect. Il nous a aidé par sa confiance et ses encouragements et a fait l'honneur de bien vouloir accepter la présidence de notre jury.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de notre admiration.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Philippe CANTON
Professeur de Maladies infectieuses et Maladies tropicales.
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Nous avons également bénéficié de ses enseignements et avons
apprécié son dévouement auprès des étudiants et des patients.
Il nous fait l'honneur de juger notre travail.

Qu'il accepte ici nos remerciements ainsi que l'expression
de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Abdelouahab BELLOU
Professeur de Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement

Il nous a accueilli dans son service et accepté de juger notre travail.
Qu'il en soit remercié et soit assuré de notre profonde gratitude.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Vincent LAMOUILLE
Médecin généraliste et Vice-Président de SOS Médecins Nancy

Il nous a apporté toute l'aide nécessaire à la réalisation et
au suivi de ce travail.

Pour sa disponibilité et ses judicieux
conseils, nous tenons à l'assurer ici de toute
notre gratitude.

A toi Delphine, ma compagne, mon épouse.

Enfin cet ouvrage s'achève, et je puis écrire ces lignes, les plus douces de cette aventure. Je te dirai tout bas combien je te remercie pour ton aide, pour ta détermination à me soutenir, et combien je suis heureux de poursuivre avec toi ce chemin. Tu m'es vitale. Que nous restions libres de nos rêves.

A Léa et Nina-Lou, mes deux princesses. Je vous lirai encore des centaines d'histoires. Que vous soyez fières de celle-ci s'il vous arrivait d'un jour la feuilleter. Moi je suis très fier de vous deux.

A vous, mes parents, qui m'avez soutenu dans mes choix et tout au long de ces années d'étude, et aussi bien avant. Je vous remercie profondément et j'espère sincèrement que ce travail satisfera les espoirs si longuement portés en vous.

A toi mon frère, qui prends la vie par un autre bout que moi. Tu es une sorte de magicien mystérieux et précieux. Sache que tu pourras toujours compter sur moi.

A mes grands-parents Charles et Paulette, pour tous ces bons moments et cette tendresse.

A mon grand-père Georges et à Zonou, vous manquez à cette fête.

A Jocelyne,

A Carole et Bruno, à Else,

A Martial,

A Evy,

A toute ma famille.

A mes amis, mes potes de promo et d'ailleurs.

Merci aux médecins qui font exister SOS Médecins Nancy, et qui m'ont fourni les informations nécessaires à ce travail.

Et à toi Fred, alias Dr Gervaise. Tu m'as soufflé l'idée de ce projet. Tu as plus d'un tour dans ta mallette, et tu m'as transmis tes secrets de grand sorcier. Merci encore.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIERES



INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

Chapitre 1

La Permanence De Soins.....	7
-----------------------------	---

I DEFINITION DE LA PERMANENCE DE SOINS...	8
---	---

II LA PERMANENCE DE SOINS DEVIENT MISSION D'INTERET GENERAL.....	10
---	----

1. HISTORIQUE D'UNE REORGANISATION NECESSAIRE.....	10
---	----

1.1. La demande médicale en constante croissance.....	10
1.2. Les nouvelles aspirations des médecins généralistes.....	11
1.3. Un système de garde en crise.....	13
1.4. La grève des gardes de médecine générale.....	13
1.5. L'engagement des réflexions pour une organisation renouvelée de la permanence de soins (PDS).....	14

2. LES GRANDS PRINCIPES DE LA NOUVELLE ORGANISATION DE LA PDS.....	15
---	----

2.1. La permanence de soins représente une mission d'intérêt général.....	15
2.2. La garde médicale devient une activité volontaire.....	15
2.3. Une nouvelle sectorisation.....	16
2.4. L'accès au médecin de garde fait l'objet d'une régulation préalable.....	16
2.4.1. Présentation générale de la régulation médicale.....	17
2.4.2. Les PARM.....	17

2.4.3. Les logiciels de saisie.....	18
2.4.4. Les centres de réception interconnectés.....	18
2.4.5. Les missions de la régulation médicale au quotidien...	18
2.4.6. La régulation médicale,	
un acte de « télémedecine ».....	19
a. Savoir écouter et comprendre le patient.....	19
b. Un échange rapide et efficace.....	20
c. Poser un diagnostic de gravité.....	20
2.4.7. Les réponses médicales du médecin régulateur et les critères de décision.....	21
2.4.8. Les incidences médico-légales de la régulation médicale.....	22
2.4.9. Conclusion sur la régulation médicale.....	24

3. LES TEXTES OFFICIELS REGISSANT LA PDS.....25

3.1. Le Code de Déontologie médicale.....	25
3.1.1. Le volontariat pour la participation aux gardes de médecine générale.....	25
3.1.2. Des règles anciennes, toujours d'actualité.....	26
a. Assurer la continuité des soins.....	26
b. Assister les patients en péril.....	27
c. S'engager devant les patients.....	28
3.2. Le Code de Santé Publique.....	29
3.2.1. Une définition administrative de la PDS.....	29
3.2.2. La sectorisation.....	30
3.2.3. La régulation des appels.....	31
3.2.4. Les médecins effecteurs.....	32
3.2.5. Le CODAMUPS.....	33
a. Définition et historique.....	33
b. Son rôle.....	33
c. Composition du CODAMUPS.....	34
c.1. La liste des membres.....	34
c.2. Le sous-comité sanitaire.....	35
c.3. Le sous-comité médical.....	35
3.2.6. Le cahier des charges de la PDS.....	36

3.3. Le Code Pénal.....	37
3.3.1 Le fondement légal de l'omission de porter secours.....	37
3.3.2. L'appréciation du péril par le médecin de garde.....	38
3.3.3. L'attitude du médecin de garde face au péril pressenti ou identifié.....	39

III L'ORGANISATION DE LA PDS A NANCY.....42

1. AVANT DECEMBRE 2003.....	42
2. DEPUIS DECEMBRE 2003.....	43
2.1. La sectorisation en Meurthe-et-Moselle.....	43
2.2. La régulation médicale libérale en Meurthe-et-Moselle.....	44
2.2.1. L'association Médigarde 54.....	45
2.2.2 La régulation médicale libérale perçue par les médecins généralistes.....	46
2.2.3. La régulation médicale aboutit encore fréquemment à une visite à domicile.....	46
2.2.4. Le centre d'appels de SOS Médecins Nancy participe à la régulation médicale.....	47
2.2.5. Le bilan du médecin de garde au médecin régulateur..	48
2. 3. Les médecins généralistes effecteurs à Nancy et dans son agglomération.....	48
2.3.1. Le cabinet de garde.....	48
2.3.2. Les médecins de permanence.....	49
a. Les médecins généralistes.....	49
b. SOS Médecins Nancy.....	50

Chapitre 2

SOS Médecins : présentation, données statistiques et spécificités de l'activité médicale.....52

I PRESENTATION DE SOS MEDECINS.....53

1. SOS MEDECINS FRANCE.....53

1.1. Historique.....53

1.2. Une fédération organisée.....53

1.3. La charte des associations SOS Médecins.....54

2. SOS MEDECINS Nancy.....55

2.1. Le rôle d'une telle structure.....55

2.2. Les moyens humains.....55

2.2.1. Les effectifs.....55

2.2.2. La formation post-universitaire.....57

2.3 Les moyens techniques.....59

2.4 La zone d'intervention de SOS Médecins Nancy.....62

3. DEROULEMENT PRATIQUE DE LA REPONSE MEDICALE.....62

3. 1. Le centre de réception et de régulation des appels.....62

3. 2. Le matériel de transmission.....63

3. 3. Le traitement d'un appel provenant au standard.....65

3.3.1. La réception de l'appel et son premier niveau de régulation.....65

3.3.2. L'envoi de l'appel vers le médecin et un deuxième niveau de régulation possible.....67

3.3.3. L'arrivée du médecin chez le patient.....68

3.3.4. La fin de l'intervention.....	68
--------------------------------------	----

II ACTIVITE MEDICALE DE SOS MEDECINS NANCY.....72

1. LE BILAN STATISTIQUE DE L'ANNEE 2005.....72

1.1. Le nombre de visites et le nombre d'appels au standard.....	72
1.1.1 Bilan annuel et variations mensuelles.....	72
1.1.2. Evolution au cours des 3 dernières années.....	73
1.1.3. Les appels n'aboutissant pas à une visite à domicile.....	74
1.2. La provenance des appels.....	76
1.3. La répartition horaire des visites à domicile	78
1.3.1 Les périodes de continuité des soins et de permanence de soins.....	78
1.3.2. Répartition horaire des visites au cours de la journée et comparaison aux variations d'effectif de SOS Médecins Nancy.....	79
1.4. Age et sexe de la population vue en visite à domicile.....	81
1.5. Les délais d'intervention.....	83
1.6. Les motifs d'appels.....	85

2. QUELQUES EXEMPLES DE PRATIQUES MEDICALES DE SOS MEDECINS NANCY.....89

2.1. La visite à domicile.....	90
2.1.1. Les avantages de la visite à domicile.....	90
a. Une nécessité médicale.....	90
b. Un lien social.....	90
c. Une aide au diagnostic.....	91
d. Une expression de la liberté du patient.....	91
e. Une réponse à l'urgence ressentie.....	92

f. Une réponse médicale de qualité pour un coût raisonnable.....	93
2.1.2. Les obstacles qu'imposent la visite à domicile.....	94
a. Les difficultés de l'anamnèse en urgence.....	94
b. L'accès difficile au dossier du patient.....	95
b.1 Les données médicales dont dispose le médecins de garde.....	95
b.2 L'importance accordée unanimement au dossier médical.....	96
b.3 Le dossier médical dans l'avenir.....	97
2.2. L'expérience de l'urgence.....	99
2.3. Pratiques face à la douleur.....	101
2.4. Pratiques devant une dyspnée.....	104
2.5. Pratiques en gériatrie.....	107
2.5.1. Une demande fréquente de visite à domicile.....	108
2.5.2. Des urgences variées.....	109
a. Les urgences retrouvées aussi chez l'adulte jeune.....	110
a.1. Les urgences glycémiques.....	111
a.2. La déshydratation	111
a.3. Les infections bactériennes.....	111
a.4. La dyspnée aiguë.....	112
a.5. Les urgences chirurgicales.....	113
b. Les urgences gériatriques spécifiques.....	114
b.1. Les troubles du comportement.....	114
b.2. les chutes.....	115
c. La survenue d'une défaillance d'aide à domicile d'un sujet âgé.....	116
2.6. Pratiques en psychiatrie.....	117
2.6.1. Les syndromes dépressifs.....	118
2.6.2. Les troubles anxieux.....	120
2.6.3. Les patients agités ou violent.....	121
2.7. Les réquisitions judiciaires et les demandes de certificats.....	121
2.7.1. Les certificats médico-légaux.....	122
a. Les certificats au cours de la garde à vue.....	123
b. La levée de corps médico-légal.....	126

2.7.2. Les hospitalisations sous contraintes.....	128
a. L'hospitalisation à la demande d'un tiers.....	128
b. L'hospitalisation d'office.....	130

3.LES PARTENAIRES PRIVILEGIES DE SOS MEDECINS NANCY

3.1.Les médecins généralistes.....	132
3.2. Le SAMU et la régulation médicale libérale.....	133
3.3. Le SAU.....	134
3.4. L'HADAN.....	135
3.5. Le réseau Gérard Cuny.....	137
3.5.1. Son rôle.....	137
3.5.2. La population concernée.....	138
3.5.3. Le mode d'entrée dans le réseau.....	139
3.5.4. Le fonctionnement.....	139

4. L'ACTION EN SANTE PUBLIQUE.....140

4.1. Des statistiques disponibles au niveau national.....	140
4.2. Des études nationales spécifiques.....	140
4.3. SOS Médecins Nancy participe en 2005 à une étude sur la grippe.....	141

Chapitre 3	
Les patients adressés par SOS Médecins Nancy au Service d'Accueil des Urgences : étude portant sur 244 patients.....	143
 I INTERET DE L'ETUDE.....	 144
1. LE MAINTIEN A DOMICILE NE PEUT ETRE LA REGLE.....	144
2. LA DECISION D'ADRESSER UN PATIENT AU SAU.....	145
3. LE RÔLE SPECIFIQUE DE SOS MEDECINS AVANT UNE HOSPITALISATION.....	146
 II LES BUTS DE L'ETUDE.....	 149
 III METHODOLOGIE DE L' ETUDE.....	 150
1. TYPE D'ETUDE ET SOURCES DES DONNEES.....	150
2. DEFINITION DE L'ECHANTILLON DE POPULATION DES PATIENTS ADRESES AU SAU.....	150
2.1. Le premier de niveau de sélection des patients.....	150
2.2. Le deuxième niveau de sélection des patients.....	151
2.3. Le troisième niveau de sélection et l'effectif de l'étude.....	151

IV RESULTATS DE L'ETUDE.....	154
1. DESCRIPTION DE NOTRE ECHANTILLON DE PATIENTS ADRESSES AU SAU.....	154
1.1. La répartition hommes/femmes.....	154
1.2. L'âge des patients adressés au SAU.....	155
2. ETUDE DES PATHOLOGIES DE NOTRE ECHANTILLON.....	156
2.1 Les pathologies diagnostiquées au SAU.....	156
2.1.1 Méthodologie.....	156
2.1.2. Les pathologies ou syndromes médicaux et leurs effectifs	158
2.1.3. Les pathologies ou syndromes chirurgicaux et leurs effectifs.....	162
2.2. Répartition des patients par spécialités médicales.....	164
2.3. Répartition des patients par spécialités chirurgicales.....	165
3. ETUDE DU DEVENIR DES PATIENTS APRES BILAN AU SAU EN FONCTION DES PATHOLOGIES PRESENTEES.....	166
3.1 Pathologies médicales.....	166
3.1.1. Devenir des patients.....	166
3.1.2 Diagnostics posés chez les patients hospitalisés.....	169
3.2 Pathologies chirurgicales.....	170
3.2.1. Devenir des patients.....	170
3.2.2. Diagnostics posés pour les patients hospitalisés.....	172
4. ETUDE DU DEVENIR DES PATIENTS ET DES PATHOLOGIES PRESENTEES EN FONCTION DE L'AGE.....	173
4.1. Devenir des patients vus en visite.....	173
4.2. Devenir des patients adressés au SAU.....	175
4.3. Les pathologies présentées par classe d'âge.....	177
4.3.1 Pathologies médicales.....	177

5. ETUDE DU DEVENIR DES PATIENTS EN FONCTION DU SEXE.....	179
5.1. Le taux d'hospitalisation en fonction du sexe.....	179
5.2. Etude des pathologies présentées en fonction du sexe.....	180
5.2.1. Patients adressés pour pathologie médicale.....	180
5.2.2. Patients adressés pour motif chirurgical.....	182
6. DISCUSSION.....	183
6.1. A propos des pathologies.....	183
6.1.1. Les pathologies médicales.....	183
6.1.2. Les pathologies chirurgicales.....	185
6.2. A propos de l'âge de patients.....	186
6.3. A propos du sexe des patients.....	189
7. CONCLUSION.....	190
CONCLUSION.....	192
BIBLIOGRAPHIE.....	195
ANNEXES.....	203



INTRODUCTION

C'est au contact des patients que nous avons compris quel caractère extraordinaire pouvait revêtir, pour eux, le recours à un médecin de garde.



D'abord, parce que les demandes non programmées de soins, sont teintées, pour la grande majorité des malades, d'une inquiétude singulière, que l'on peut expliquer par l'apparition d'une douleur devenant insupportable, ou par la survenue d'un malaise, ou bien encore d'une brutale difficulté à parler ou à respirer, voire par l'apparition d'une forte fièvre, la nuit, chez un nourrisson, par exemple.

Ensuite, parce qu'ils ont affaire à un médecin qu'ils ne connaissent pas, et qui lui-même, les écoute et les examine pour la première fois. Les patients âgés, attachés à leur médecin de famille, expriment parfois leur déception de ne plus pouvoir faire appel à ses services le soir, la nuit et les week-ends. C'est certainement hors des villes que s'exprime le plus cette nostalgie d'une époque probablement bientôt révolue.

Les exemples de motifs de recours inopinés à une aide médicale ne manquent pas, ils correspondent pour la plupart à un événement inattendu, venant perturber le bien-être de tout un chacun. Ils exigent, nous semble-t-il une réponse, rapide, variable selon le type de bilan et de soins nécessaires, mais toujours de nature à rassurer et à sécuriser le patient en demande.

Nous percevons déjà le lien profond unissant le caractère non programmé de la demande de soins et la notion d'urgence médicale, devant à chaque fois être éliminée ou prise en charge sans économie de moyens. En effet, le ressenti de l'urgence par le patient est peut-être plus fréquent lorsque son état de santé s'altère durant la nuit ou le week-end, mais, que le danger soit réel ou ressenti, il doit être systématiquement pris en compte. D'abord pour des raisons morales et éthiques, mais aussi en gardant à l'esprit les implications juridiques qui l'accompagnent.

De manière générale, il semble normal que la population, a fortiori dans un pays riche et organisé comme le nôtre, puisse jouir pleinement de son droit à la santé en toute circonstance. Les patients doivent donc bénéficier d'un libre accès aux soins, que les professionnels de santé doivent organiser en fonction de la demande.

Or, les systèmes de permanence et de continuité des soins ont connu récemment de profonds bouleversements, largement engendrés par les modifications de comportements des patients, mais aussi par l'apparition de revendications des médecins généralistes. On a pu constater récemment, d'une part, une demande de soins et des exigences de qualité et de rapidité des soins en forte augmentation, et d'autre part, une démographie vieillissante des médecins généralistes, à la densité de plus en plus faible en campagne. Un déséquilibre s'était donc installé entre une attente forte de bien-être et de confort des patients, et certaines frustrations, mêlées à une lassitude des omnipraticiens libéraux, à assumer une mission médicale ininterrompue.

C'est ainsi que les associations de permanence de soins, au sein de la médecine générale, ont vu leur rôle devenir de plus en plus crucial.

En France, SOS Médecins, apparue dans les années 1960, est la première de ces associations, par son ancienneté, son expérience et son étendue sur le territoire national. Actuellement, ce sont plus de 4 millions d'appels reçus annuellement, et environ 2,5 millions d'interventions à domicile réalisées par les 70 associations SOS Médecins regroupées en une fédération nationale.

A Nancy, SOS Médecins n'est apparue qu'en juillet 1999. A cours de ces 6 années et demi d'existence, l'association a connu une croissance rapide et ininterrompue de ses effectifs et de son activité, acquérant une notoriété auprès de nombreux habitants de la Communauté Urbaine du Grand Nancy, et plus

récemment auprès de Saint-Nicolas-de-Port et de ses environs. Pourtant, pour une partie de la population, il existe très fréquemment une confusion entre les pompiers, le SAMU et SOS Médecins Nancy. Peu de patients, et certainement peu de confrères se représentent précisément le domaine d'activité et les modes de fonctionnement de cette structure.

SOS Médecins Nancy se donne pour rôles d'assurer aux patients une permanence des soins et d'améliorer la prise en charge des urgences médicales en collaboration avec le SAMU et les médecins traitants.

Ses périodes d'exercice se situent, principalement, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux. De plus, sa pratique de la médecine vise à apporter une aide rapide aux malades privés de la possibilité de se déplacer, de par leur état de santé, ou en raison des conditions environnementales et sociales entourant leur souffrance physique ou morale. Ainsi, la visite à domicile est un des fondements de SOS Médecins Nancy. De plus, limiter les hospitalisations, lorsque cela est possible, fait partie des objectifs qu'elle poursuit.

Quelles offres concrètes de soins correspondent à ces volontés affichées ? Dans quelles situations les patients y ont-ils recours ? Quand choisissent-ils de solliciter la visite à leur domicile d'un des médecins SOS plutôt que celle de leur médecin traitant ? Quels moyens humains et techniques sont mis en jeu pour assumer en permanence une réponse médicale parfois urgente ? Existe-t-il des liens entre cette structure et le SAMU ?

Ce n'est qu'au cours de nos remplacements au sein de l'équipe de SOS Médecins Nancy, durant plus de deux ans, au contact d'une structure très organisée, que nous avons pu répondre petit à petit à ces questions. C'est également cette expérience de terrain qui a motivé ce travail de thèse, qui a été l'occasion de soulever d'autres interrogations.

Ainsi, il nous a paru intéressant de situer SOS Médecins Nancy parmi les différents acteurs de la Permanence de Soins, qui a été l'objet, ces dernières années, de profonds changements dans son organisation nationale et départementale. Nous avons voulu montrer également la nature du travail accompli par les médecins de SOS Nancy, qui se situe, sinon à mi-chemin, tout du moins entre l'exercice de la médecine générale et celui des médecins urgentistes du SAMU. Enfin, nous nous sommes demandé, si SOS Médecins Nancy pouvait participer à une diminution des consultations au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Nancy et comment il serait possible de le montrer.

Notre travail s'est articulé en trois grandes parties.

Dans le premier chapitre, qui traitera de la permanence de soins, nous avons proposé une définition de cette organisation médicale libérale et hospitalière, puis nous avons rappelé la chronologie et les raisons de ses récents changements.

Nous avons pu ensuite dégager les points forts de ses nouveaux modes de fonctionnement, en insistant sur la régulation médicale libérale, nouvelle venue du dispositif en place, destinée à diminuer les actes injustifiés la nuit et le week-end, mais ne pouvant se substituer à l'examen médical. Nous avons, par ailleurs, énoncé les principaux textes officiels du Code de Déontologie Médicale, du Code de Santé Publique, mais aussi du Code Pénal, régissant la permanence de soins ou s'y appliquant particulièrement.

Enfin, l'organisation de la permanence de soins à Nancy, tant du point de vue de la sectorisation que de la régulation médicale, mais aussi des médecins généralistes effecteurs, complétera ce premier chapitre.

Le deuxième chapitre présentera l'association SOS Médecins Nancy, les données chiffrées de son activité en 2005, et tentera de dégager certaines spécificités de l'activité médicale qu'elle recouvre.

Nous avons proposé, dans cette partie de notre travail, un aperçu concret de la médecine de terrain durant les gardes. Nos propos seront basés à la fois sur les données de l'activité globale de l'association et sur certains éléments de notre expérience et de nos points de vue personnels.

Nous y trouverons la description de pratiques médicales face à des situations fréquemment rencontrées, une approche des liens que tisse l'association avec ses partenaires privilégiés, et enfin, un aperçu de sa contribution aux travaux de Santé Publique.

Dans le troisième et dernier chapitre, nous présenterons une étude descriptive rétrospective portant sur 244 patients adressés par SOS Médecins Nancy au Service d'Accueil des Urgences (SAU) en janvier et février 2005.

Cette étude nous a paru pertinente pour poursuivre le bilan d'activité de la structure. Nous avons donc décrit la population des patients ayant bénéficié d'un bilan au SAU, ainsi que les pathologies qu'ils présentaient et leur devenir après bilan initial.

Cette thèse décrit donc la structure de SOS Médecins Nancy, sa place au sein de la permanence de soins, son bilan d'activité et quelques unes de ses pratiques médicales. Une étude clôt ce travail en s'intéressant à la frange de population devant bénéficier en urgence d'un bilan complémentaire et de soins après passage d'un membre de l'équipe.

Chapitre 1

LA PERMANENCE DE SOINS

I DEFINITION DE LA PERMANENCE DE SOINS

La permanence de soins (PDS) peut se définir comme une organisation mise en place conjointement par les médecins hospitaliers et libéraux afin de répondre par des moyens structurés , adaptés et régulés aux demandes de soins non programmées, exprimées par les patients.¹ Elle est assurée en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que le dimanche et les jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte.²

Quel que soit le jour de l'année, et à toute heure, un patient peut ressentir le besoin d'une aide médicale rapide. Il peut s'agir d'une véritable urgence vitale, mais également d'une souffrance physique ou morale que l'on se doit d'évaluer et de soulager dans des délais brefs. Même si l'urgence ressentie n'est pas toujours corrélée au danger réel, la consultation médicale ne peut pas toujours être différée à la réouverture des cabinets médicaux.

Le ressenti de l'urgence, par le patient, est à prendre en compte pour des raisons morales comme juridiques. L'offre de soins doit lui laisser choisir le mode d'action le plus approprié en terme d'efficacité, mais aussi le plus proche de ses possibilités matérielles, de ses convictions et appréhensions personnelles.

Une réponse médicale adaptée à la demande et aux besoins constatés peut très souvent impliquer bon nombre d'acteurs, tels que médecins régulateurs, médecins de permanence, transporteurs sanitaires ou équipes de SMUR, services d'accueil des urgences, services spécialisés etc.

La permanence des soins implique l'organisation sans faille d'une chaîne de moyens humains et techniques, au service de la population. Elle réunit acteurs publics et libéraux dans une mission reconnue d'intérêt public depuis 2003.

II LA PDS DEVIENT MISSION D' INTERET GENERAL

La permanence de soins en médecine libérale s'est essentiellement organisée, avant 2003, en fonction de l'offre médicale existante, dans le respect du Code de Déontologie³. Son fonctionnement n'établissait pas de lien formel avec les services médicaux publics, évoluant sans cadre réglementaire précis.⁴

1. HISTORIQUE D'UNE REORGANISATION NECESSAIRE

1.1. La demande médicale en constante croissance

La demande de soins en France montre une constante augmentation ces 10 dernières années, comme le montrent l'évolution de la consommation médicale totale. Les soins ambulatoires prodigués par les médecins libéraux ont représenté une dépense de 13 milliards d'euros en 1995, contre 18,5 milliards d'euros en 2004.⁵ Le nombre d'entrées dans les services d'urgences hospitalières a augmenté de 58% entre 1990 et 2000.⁶ Pourtant, 70 % des patients passant par ces services d'urgences ne sont pas hospitalisés.⁷ Le nombre d'appels vers les centres SAMU a triplé en 10 ans.

1.2. Les nouvelles aspirations des médecins généralistes

Parallèlement, la disponibilité des médecins généralistes diminue, en particulier pour les gardes de nuit et de week-end. On retrouve plusieurs explications à cette situation :

- le vieillissement de la profession, témoin d'un recrutement très insuffisant de jeunes médecins : l'effectif des médecins en activité de moins de 40 ans est inférieur à celui des plus de 50 ans⁸, pour qui la participation aux gardes devient plus pénible ;
- la féminisation du métier de médecin : les femmes sont plus nombreuses à rechercher un poste salarié, offrant des horaires réguliers, sans garde, car elles cherchent à concilier vie professionnelle et désir d'enfant⁸. De plus, certaines craignent d'être plus exposées au risque d'agression pendant les nuits de garde.

Les médecins généralistes revendiquent une meilleure qualité de vie à l'heure où la population commence à bénéficier d'une réduction du temps de travail à 35 heures par semaine pour les salariés, et où les confrères hospitaliers réussissent à négocier leur semaine de travail à 48 heures avec repos de sécurité après les gardes. Ils aspirent à une vie privée et familiale en dehors de leur temps de travail.

Ils considèrent que la pression des pouvoirs publics et des caisses d'assurance maladie est de plus en plus forte, se traduisant par des sanctions collectives lors de pratiques en dehors des procédures validées, mesure rapidement abandonnée, l'obligation de participer aux Formations Médicales Continues, ou encore la proposition en 1999 par Mme M. Aubry de déléguer le contrôle de la médecine de ville à l'assurance maladie. Figurent également aux nouvelles contraintes, l'obligation de s'informatiser en échange d'une aide financière très mince, afin de promouvoir les remboursements par la carte vitale.

Parmi ces obligations nouvelles, inscrites dans les conventions passées avec les caisses d'assurance maladie, certaines sont reconnues comme des avancées pour les patients, qu'il s'agisse d'actualiser les connaissances médicales des médecins, ou de favoriser le remboursement rapide des frais médicaux engagés par les patients. Cependant, certaines mesures sont vécues comme des dispositifs contraignants et sujets à une surveillance rapprochée, par les caisses d'assurance maladie, de l'activité de chaque médecin libéral. On citera, pour exemple, les Relevés Individuels d'Activité et de Prescription, remis trimestriellement à chaque praticien libéral, détaillant le nombre de chaque traitement, de chaque générique prescrit, et de chaque arrêt de travail délivré, par exemple, avec les variations annuelles. La médecine libérale, d'intérêt général, doit répondre plus que jamais à des préoccupations comptables. Cet aspect gestionnaire du métier participe à la transformation insidieuse d'un art en une profession peut-être banalisée aux yeux de la population, jouant désormais avec ses devoirs et ses droits vis-à-vis de la société.

Les appels au Centre 15 arrivent dans un secteur de service public et dans les faits, hormis la sortie SMUR, la prise en charge « sur le terrain » de ces appels est pour une très large part, déléguée au secteur privé. Cette délégation se devait d'être officiellement reconnue comme étant pour les médecins libéraux une participation à une mission d'utilité publique.⁴

Se sentant les premiers maillons des réseaux de soins, les généralistes considèrent que la rémunération des gardes n'est pas à la hauteur du service d'intérêt public rendu, de par ses contraintes en matière de responsabilité, de disponibilité, mais aussi de pénibilité et de sécurité.

1.3. Un système de gardes en crise

L'état des lieux sur les secteurs de garde en France réalisée par le Dr Simon Filippi de MG Urgences recensait, en 2001, 3098 secteurs de garde⁹, dont :

- 50,77 % fonctionnaient la nuit et le week-end ;
- 30,54 % n'étaient opérationnels seulement le week-end ;
- 13,85 % étaient disponibles 7 jours sur 7 et 24 h/24, grâce à une association de permanence de soins ;
- 150 secteurs sans aucun système de garde en place.

Il existait donc, à cette époque, une offre très disparate de soins, variant d'une région à une autre. Des lacunes certaines, en défaveur de la population, privaient d'un accès permanent et rapide aux soins certains patients isolés, ou simplement situés dans une zone à faible démographie médicale, ou encore dans une région dépourvue de coordination entre médecins, lassés d'assurer leurs gardes.

1.4. La grève des gardes de médecine générale

En novembre 2001, les généralistes déclenchent une grève des gardes de nuit. Elle touchera ensuite les gardes de week-end et se prolongera jusqu'en juin 2002.

Les médecins généralistes réclament une réhabilitation de leur image. Ils demandent une revalorisation de leurs actes y compris et surtout en visite et lors

des gardes. Ces heures de travail viennent s'ajouter à une activité déjà chargée, sans la possibilité du fameux repos compensateur, bientôt obtenu par leurs confrères hospitaliers. Ils attendent la reconnaissance de la notion de « mission d'intérêt public » assumée lors de leurs temps passé auprès des malades, le soir après la fermeture des cabinets, la nuit et le week-end.

La revalorisation des actes apaisera le conflit et mettra fin à la grève, qui aura duré 7 mois, durant lesquels les SAMU Centres 15 auront été submergés d'appels.

1.5. L'engagement des réflexions pour une organisation renouvelée de la PDS

Après cette période de crise de la médecine générale, le gouvernement confie au Sénateur et médecin Charles Descours une mission de réflexion sur la Permanence des Soins¹. Sa commission réunira les acteurs sanitaires, dont les médecins libéraux, les caisses d'assurance maladie, les usagers et dans un second temps la représentation des associations de permanence des soins par l'intermédiaire de SOS Médecins France, pour formuler des propositions largement reprises par la suite dans les nouvelles dispositions réglementaires du Code de Santé Publique et du Code de Déontologie Médicale.

2. LES GRANDS PRINCIPES DE LA NOUVELLE ORGANISATION DE LA PDS

La permanence de soins est réorganisée département par département, avec une harmonisation nationale, et une implication des autorités de tutelle. Cette organisation est arrêtée par les Préfets qui président les CODAMUPS dont le rôle est de proposer une déclinaison départementale de la loi.

2.1. La permanence de soins représente une mission d'intérêt général

Cette notion d'utilité publique a fait l'objet d'un amendement et a été voté dans le cadre des discussions sur le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale de 2002.¹¹ Les médecins hospitaliers, doivent avoir une démarche identique à celle des médecins libéraux en participant à la PDS.¹

Par conséquent, les forfaits d'astreinte¹² des caisses primaires d'assurance maladie rémunèrent les médecins effecteurs libéraux qui participent au droit fondamental d'accès aux soins durant la nuit et les week-ends.

2.2. La garde médicale devient une activité volontaire ²

La création de maisons médicales complète le dispositif de la garde, en dehors de l'ouverture des cabinets. Ces cabinets de garde proposent une consultation médicale le soir et le week-end, sans toutefois fonctionner 24h sur 24, en interrompant généralement leurs horaires d'ouverture en milieu de nuit. De plus, ces dispositifs sont ouverts à tous, mais ne sont accessibles qu'aux patients pouvant

se déplacer tout en étant malades. Ils ne constituent donc qu'une part de la réponse à la demande des malades en période de permanence de soins. Certains médecins choisissent d'assurer des gardes dans ces maisons médicales, d'autres continuent à proposer des consultations à leur cabinet médical, durant leur garde, lorsque c'est possible, et des visites quand cela est nécessaire. D'autres médecins encore, décident de ne plus faire de garde de nuit et de week-end, lorsque le tableau de garde de leur département est complété par leurs confrères.

2.3. Une nouvelle sectorisation

Les secteurs de garde sont redéfinis pour s'adapter au mieux à l'offre et à la demande de soins tenant compte de la densité de population et de la démographie médicale. Leur délimitation sera amenée à varier au cours de l'année et de la nuit, comme nous le verrons dans la partie traitant des textes officiels régissant la PDS.

2.4. L'accès au médecin de garde fait l'objet d'une régulation préalable ²

Les actes relevant de la médecine générale, injustifiés en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux doivent être filtrés et limités. Pour cette raison, la régulation médicale libérale est mise en place, en coordination avec les Centres 15. Jusqu'ici on ne parlait de régulation médicale que pour le SAMU, elle ne devait initialement concerner que les urgences. Désormais, certains médecins généralistes exercent cette activité particulière de la médecine, destinée à adapter au mieux la réponse médicale au type de plainte des patients. Les patients peuvent contacter la régulation médicale par téléphone en composant un numéro distinct du 15, choisi dans chaque département.

Nous allons décrire les moyens et les techniques nécessaires à sa mise en œuvre, puis nous détaillerons les enjeux d'un tel engagement vis-à-vis des patients. Nous verrons quelles en sont les difficultés, quelles réponses médicales elle permet d'apporter et les implications juridiques qui l'entourent.

2.4.1. Présentation générale de la régulation médicale

La régulation médicale est née avec les services d'aide médicale urgente (SAMU). Elle constitue un acte médical réalisé à distance du patient. Les Centres 15 sont les premiers Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) et font partie intégrante du SAMU. Ils constituent une unité hospitalière dont le but est de traiter des problèmes médicaux hors de l'hôpital.

La régulation des appels est sous la responsabilité d'un médecin à statut hospitalier. Depuis la loi du 6 janvier 1986¹³, les médecins libéraux peuvent participer à la régulation, à condition d'en faire la demande à titre individuel ou dans le cadre d'une association liée par convention avec l'administration qui gère le SAMU. Le médecin libéral devient ainsi collaborateur du service public.

La régulation comprend la réception et la gestion de tout appel à caractère médical urgent ou vécu comme tel. Elle débute dès la réception de l'appel et se termine avec la fin de mission.

2.4.2 Les Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale

La régulation médicale commence par la mise en relation du patient avec un Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM). C'est lui qui accueille

l'appelant, note ses coordonnées, le lieu de l'urgence, et le motif d'appel. Il résume l'appel au médecin régulateur et attend ses consignes. Il peut déclencher d'emblée des moyens selon des procédures préétablies, mais il en informe toujours le médecin régulateur. Il assure également le suivi de la mission.

2.4.3. Les logiciels de saisie

La saisie des données est informatisée. L'aspect chronologique des événements doit être particulièrement documenté car source fréquente de plaintes. Les logiciels regroupent les fonctions de saisie et d'aide à la décision, mais également de suivi des appels ainsi que de gestion de bases de données.

2.4.4. Les centres de réception interconnectés

La régulation médicale du SAMU est interconnectée, dans le respect du secret médical, avec le centre de traitement de l'alerte du SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours), et les dispositifs de réception de appels de la Police¹⁴ et avec le standard des associations de permanence de soins, comme SOS Médecins.

2.4.5. Les missions de la régulation médicale au quotidien

Toute demande d'assistance médicale exige une réponse. Le médecin régulateur écoute l'appelant, l'interroge, analyse sa demande et en détermine le degré de gravité. Il procède au déclenchement rapide de la réponse la mieux adaptée au cas présenté, parmi l'inventaire de ses moyens.

Secondairement, il se prépare à assister l'effecteur, à assurer le suivi de la mise en œuvre de cette réponse, à orienter et préparer l'accueil du patient dans un établissement de soins adapté.

C'est sur le médecin régulateur que repose la décision d'intervention, le choix des moyens, les délais, le recueil des données transmises par le médecin sur place, avec la ou les hypothèses diagnostiques, le choix du lieu d'hospitalisation dans le respect si possible de la volonté du patient et la préparation de l'accueil.

2.4.6. La régulation médicale, un acte de « télé médecine »

Réguler, c'est réaliser un acte médical à distance du patient, parfois relayé par un ou plusieurs intermédiaires, parmi lesquels, les effecteurs des associations de permanence de soins. Les appels émanent essentiellement de particuliers (60 %) ¹⁵. La qualité de ce travail passe par une bonne communication entre le médecin régulateur et l'appelant, permettant d'affiner le diagnostic médical de gravité et de prendre la bonne décision.

a. Savoir écouter et comprendre le patient

Une bonne communication conditionne un bon recueil des informations. Elle suppose une rétroaction permanente pour vérifier que le message émis a été reçu, compris et accepté. L'écoute du patient renseigne sur son état clinique et permet de faire une évaluation à distance, par exemple, des états dyspnéiques. Des obstacles tels que l'émotion intense, une anxiété majeure, une barrière linguistique peuvent aboutir à des défauts d'écoute et à des interprétations préjudiciables.

b. Un échange rapide et efficace

Le médecin régulateur doit savoir clarifier son message et interagir avec efficacité avec l'appelant, en alternant questions ouvertes et questions fermées, et en employant des termes simples. Le temps d'interactivité avec l'appelant jusqu'à la prise de décision doit être d'autant plus court que le cas est grave. Après déclenchement du moyen requis, l'entretien est complété.

L'échange doit conduire à un accord entre l'appelant et le médecin régulateur. Le libre choix du patient doit être pris en compte. La relation avec l'appelant repose sur une interaction brève, uniquement verbale. Elle doit permettre de gérer la charge émotionnelle des interlocuteurs et permettre d'éviter d'engendrer des situations conflictuelles. Les PARM et médecins régulateurs ne doivent pas se laisser manipuler et doivent apprendre à gérer l'agressivité et les conflits. Diriger l'entretien suppose de maîtriser les techniques de communication et de comportements verbaux. A la fin de l'entretien, le médecin régulateur doit reformuler la décision prise et les délais envisagés. Il sera toujours proposé de rappeler en cas d'évolution défavorable des symptômes présents.

c. Poser un diagnostic de gravité

Le diagnostic médical de gravité est parfois difficile à poser. Les critères de décision tiennent compte des références scientifiques et épidémiologiques les plus récentes. La demande émanant d'un médecin est implicitement déjà régulée, celle émanant d'un particulier doit comporter l'analyse de toutes les étapes. Certains mots, ou expressions repères appartiennent à un lexique évoquant d'emblée la possibilité d'une atteinte des fonctions vitales : « personne bleue, vient de

s'effondrer ». Parfois l'association de deux informations courtes permet de prendre une décision :

- malade asthmatique et impossibilité de parler et/ou hospitalisation récente en réanimation ;
- diabète insulino-dépendant et trouble aigu du comportement ;
- syndrome infectieux et purpura extensif.

Le médecin régulateur sélectionne la solution en fonction de la stricte adéquation avec le besoin déterminé. Sont prises en compte la compétence de l'effecteur, l'équipement nécessaire, le délai d'activation. SOS Médecins Nancy a pour projet une convention avec le SAMU 54 permettant de définir, pour les appels nécessitant le déclenchement d'une visite à domicile, le délai d'intervention le plus adéquat, allant de la visite prioritaire, à la visite réalisée dans les délais permis par la file active de SOS Médecins Nancy.

2.4.7. Les réponses médicales du médecin régulateur et les critères de décision

Le médecin régulateur a l'obligation d'une réponse, sans obligation quant à l'effecteur qu'il choisit.

Il peut diriger le patient vers le cabinet de garde lorsque celui-ci peut s'y rendre.

Il peut également lui donner des conseils téléphoniques. Certaines situations conduisent à guider la réalisation d'un geste d'urgence par téléphone : réanimation cardiocirculatoire, désobstruction des voies aériennes supérieures, arrêt d'un saignement externe abondant.

La prescription par téléphone doit être évitée. Elle se limite aux seuls conseils sur une prescription en cours ou aux strictes mesures conservatoires en cas d'extrême urgence. La régulation médicale ne peut se substituer à l'examen médical.

Il peut aussi faire intervenir :

- un médecin libéral lorsqu'il est impossible au patient de se déplacer vers un cabinet de garde ;
- un ambulancier privé lorsqu'il est nécessaire d'avoir recours à un plateau technique, quel qu'il soit, et/ ou à un avis spécialisé. Le patient sera transporté vers l'hôpital le plus proche ou le plus adapté, vers la maternité, par exemple ;
- les sapeurs-pompiers, dans l'hypothèse où les connaissances et le savoir-faire en secourisme seront impératifs ou qu'aucune ambulance n'est immédiatement disponible ;
- un SMUR, lorsque l'aide médicale urgente exige une équipe et des moyens techniques aptes à la réanimation pré-hospitalière.

2.4.8. Les incidences médico-légales de la régulation médicale

La médecine pré-hospitalière a vu son cadre juridique défini par la loi du 6 janvier 1986¹³ sur l'aide médicale urgente et ses décrets d'application des 30 novembre et 16 décembre 1987.¹⁶ Ce cadre législatif rend officielle la régulation médicale en tant que forme particulière de l'exercice médical.

L'activité du médecin régulateur est très particulière puisqu'il s'agit d'exercer une « télémédecine ». Le médecin doit faire le tri entre l'urgence ressentie et l'urgence réelle, sans examen du malade ou du blessé. A la suite de ce tri, il a pour

tâche de trouver et de mobiliser les moyens de secours adaptés aux besoins estimés, puis éventuellement de préparer l'accueil de la personne en milieu hospitalier.

On comprend dès lors que la situation du médecin régulateur au regard de sa responsabilité, est particulièrement délicate. Si c'est un médecin hospitalier, il engage la responsabilité de l'établissement hospitalier, selon la jurisprudence des tribunaux administratifs. Lorsque le médecin régulateur est un médecin libéral, il engage sa responsabilité professionnelle de la même manière que lors de son activité en cabinet.¹⁷ Dans tous les cas, le médecin régulateur engage, comme tout citoyen, sa responsabilité personnelle au regard du Code Pénal qui mentionne aux articles 226-13 et 226-14 les peines encourues en cas d'abstention fautive de porter secours à personne en péril. Par ailleurs, il doit veiller, comme le stipule l'article 223-6, au respect du secret médical, qui est parfois difficile compte tenu d'écoutes parallèles possibles sur les liaisons hertziennes.¹⁸

L'appréciation du péril est extrêmement délicate selon les interlocuteurs. Il faut éviter de minorer systématiquement l'état de gravité sous prétexte que la population a tendance à s'affoler inutilement. La jurisprudence, au titre de la non-assistance à personne en péril, ne tient pas compte de la gravité du péril mais de la rapidité des secours. Or, la difficulté du travail du médecin régulateur est d'apprécier la gravité de l'état des patients afin d'y apporter la réponse la plus adaptée. La discordance entre l'appréciation téléphonique et la réalité clinique amène une mise en cause fréquente du médecin régulateur.

La responsabilité du médecin régulateur, ou celle du service, est engagée dès qu'il a reçu l'appel et le reste jusqu'à ce qu'il ait provoqué les secours. En outre, il doit s'assurer que les intervenants sollicités effectuent correctement leur mission dans les délais prévus. Ces derniers se doivent donc de transmettre au plus tôt leur bilan médical ou paramédical sur place.

2.4.9. Conclusion sur la régulation médicale

Il est nécessaire de souligner combien la régulation médicale est une fonction à haut risque. La réponse apportée par le médecin régulateur doit être adaptée au cas individuel et doit pouvoir être justifiée a posteriori. Assurer une réponse de qualité en permanence exige une formation adaptée. La complexité des situations de détresse psychosociale gérées par la régulation médicale, l'intrication des pathologies psychiatriques et somatiques et la gravité des troubles potentiels demandent une évaluation aussi précise que possible pour optimiser les stratégies de décision. La prise en charge médicale commence en salle de régulation. Elle doit, au moindre doute, se poursuivre par une consultation, un transport vers l'hôpital ou la visite d'un médecin à domicile.

Pour que la permanence de soins reste effective, mais aussi rationnelle, harmonieuse et stable, on lui a rattaché certaines règles en matière de déontologie médicale et de santé publique. Aussi étudierons-nous les textes officiels soutenant son organisation, à travers les différents articles, anciens et récents, relatant les devoirs et les libertés des médecins en matière d'urgence, de continuité de soins et de permanence des soins. Nous aborderons tout d'abord le Code de Déontologie Médicale, que nous commenterons, puis nous envisagerons certains aspects du Code de Santé publique et ses nouveaux articles. Enfin, nous rappellerons certaines règles pénales toujours en vigueur, particulièrement applicables en période de permanence de soins.

3. LES TEXTES OFFICIELS REGISSANT LA PDS

La Constitution Française, dans son préambule de 1946, affirme solennellement son attachement aux droits et libertés de l'Homme et des citoyens. Elle y précise que la Nation Française garantit à tous la protection de la santé. La permanence des soins relève donc, dans son organisation, de la responsabilité de l'Etat.

La limite entre permanence des soins, continuité des soins et aide médicale d'urgence est longtemps restée floue en matière de législation.

Les Codes de Déontologie et de Santé Publique ont été modifiés en 2003 et 2005 afin de clarifier les rôles respectifs des médecins régulateurs et effecteurs, des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins et des collectivités territoriales dans ces différents aspects de l'aide médicale.

3.1. Le Code de Déontologie Médicale

3.1.1 Le volontariat pour la participation aux gardes de médecine générale

Auparavant, la participation à la permanence de soins était une obligation pour les médecins généralistes, définie à l'article 77 du Code de Déontologie Médicale³, en dehors des cas d'exemption par le Conseil de l'Ordre des Médecins.

L'article 77 a été modifié par décret¹⁹ le 15 septembre 2003. Désormais, il existe « une obligation déontologique des praticiens de participer à la permanence de soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent », néanmoins basée sur la volonté première des médecins.

On trouve, dans la nouvelle formulation de l'article 77, un compromis entre le volontariat total, non réglementé, réclamé par certains syndicats, et l'obligation d'assurer les gardes, souhaitée par l'Ordre des Médecins. Le tableau de garde est constitué sur la base du volontariat, par les Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins et transmis au Préfet.

Les médecins doivent s'organiser pour que, nuit et jour, une permanence soit assurée pour les soins et les urgences. Les médecins ne peuvent prétendre remplir leurs obligations à cet égard par un renvoi systématique des appels sur le centre 15.

L'article 77 réaffirme le droit, pour les personnes malades, de bénéficier de soins, quelque soit le lieu et l'heure de leur demande. Les médecins ont gagné une certaine liberté d'organisation. Ils y trouvent un moyen de répondre à l'obligation d'assurer la continuité des soins à leurs patients, stipulée à l'article 47 du code de Déontologie Médicale.

3.1.2. Des règles anciennes, toujours d'actualité

a. Assurer la continuité des soins

L'article 47 rappelle que, quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et s'assurer qu'un confrère pourra le voir.

b. Assister les patients en péril

L'article 9 du code de déontologie médicale mentionne que « tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ».

L'urgence réelle et l'urgence ressentie ne sont pas toujours corrélées. Pour de nombreux patients, un malaise bénin peut être vécu comme un danger imminent. Dans d'autres situations la gravité majeure des troubles n'est ni détectée ni signalée au médecin, qui peut être surpris à son arrivée au domicile. L'anxiété du patient ou de son entourage est à prendre en compte, elle explique souvent l'impatience de voir arriver un membre du corps médical.

Le médecin doit apprécier s'il s'agit d'une urgence véritable ou d'une visite qui peut attendre. Apprécier la gravité au moment de l'appel est capital et délicat, et c'est le lot quotidien du médecin.

S'il reçoit lui-même l'appel, il demandera des précisions qui l'éclaireront, mais qui pourront parfois l'induire en erreur.

Si c'est une secrétaire ou permanencière qui reçoit l'appel, elle doit transmettre le plus fidèlement possible ce qui lui est dit. C'est une tâche délicate et de grande responsabilité dont la secrétaire doit être consciente, à laquelle elle doit avoir été bien formée.

En cas de doute, le médecin se doit d'aller voir le malade ou le blessé, quelle que soit la perturbation apportée dans son travail. Si cela lui est impossible, il lui revient de trouver un confrère qui puisse se déplacer car il doit s'assurer que la personne reçoit les soins nécessaires. C'est typiquement le cas des médecins généralistes exerçant au cabinet, recevant un appel ressenti comme urgent,

demandant à un confrère de SOS Médecins de se rendre au domicile de leur patient.

c. S'engager devant les patients

L'article 32 souligne que, « le médecin, dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoué et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. ».

Le médecin de garde reste au cœur d'un vaste système médical basé sur l'entraide, dans l'intérêt des patients. Il aura recours dès qu'il le jugera nécessaire au renfort de l'hôpital et des SMUR.

L'activité du médecin de garde, en répondant à ses obligations déontologiques, participe à la permanence de soins, assurée désormais au sein de réseaux médicaux, qui relient secteurs privés et publics. Les modalités de fonctionnement de ces pôles médicaux en interaction sont inscrites dans le Code de la Santé Publique que nous allons aborder, pour donner ici une vision d'ensemble des systèmes en place.

3.2. Le Code de Santé Publique

Le Code de Santé publique affirme la nécessité de recenser les besoins médicaux de la population. Il décrit l'accès des patients aux prestations médicales en y attachant des règles, devant permettre de diminuer le nombre de visites à domicile injustifiées et les appels au Centres 15. On y trouve les modalités d'adaptation de la réponse médicale apportée aux besoins inopinés de soins.

Les différents acteurs de santé trouvent dans le Code de Santé Publique l'expression de leurs libertés et de leurs obligations pour remplir, la nuit, les week-ends et les jours fériés, leur mission d'intérêt public.

3.2.1. Définition administrative de la Permanence de Soins

La permanence de soins est l'assurance d'un accès sans discontinuité aux soins médicaux. En dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, et toute la journée des dimanches et des jours fériés, la loi garantit un accès pour tous aux soins. Ceci est assuré par des médecins de garde et d'astreinte, exerçant dans ces cabinets, des centres de soins, et aussi au domicile des patients^{2,20}.

On distingue de la permanence de soins la demande reflétant un seul besoin de confort, dont la réponse peut être différée aux périodes d'ouverture des cabinets médicaux. C'est, par exemple, le renouvellement d'un traitement anti-hypertenseur le dimanche, avant un départ en vacances. Dans ce cas, il n'existe ni danger réel, ni urgence ressentie, et il revient au patient de s'organiser en fonction des horaires d'ouverture des cabinets médicaux pour ne pas suspendre son traitement habituel.

3.2.2. La sectorisation

La couverture médicale d'un bassin de population est organisée selon une division du département en plusieurs secteurs.^{2,20} La division en secteurs est arrêtée par le Préfet. Elle prend en compte l'avis du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins et l'avis du Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence, de la Permanence de Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS). Elle est révisée chaque année. Pour chaque secteur est établi un tableau nominatif des médecins de permanence.^{2,20}

Depuis le 7 avril 2005²¹ les limites des secteurs géographiques peuvent varier selon les périodes de l'année, et être adaptées, pour toute ou partie de la période de permanence de soins, aux besoins de la population. Dans certaines zones, rurales en particulier, la demande de soins après minuit est très faible. Certains secteurs fusionnent alors en deuxième partie de nuit, pour libérer des médecins de leur astreinte sur le terrain.

En pratique, on constate actuellement de nombreuses fusions de secteurs de garde. Si L'Ordre National des Médecins félicite l'arrivée de souplesse et de pragmatisme au dispositif, il rappelle que « l'adaptation doit répondre aux besoins de la population. La sectorisation ne doit pas s'aligner sur une enveloppe financière dédiée au paiement des indemnités d'astreintes ».²²

Les médecins d'un même département travaillent, lors de leurs gardes et astreintes, avec de nouveaux partenaires : leur confrères de la régulation médicale, dispositif majeur des récentes réformes.

3.2.3. La régulation des appels

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU.^{2,20}

Un filtre des appels est mis en place, dans le but de diminuer le nombre de visites à domicile. L'objectif est à la fois de limiter le coût financier supporté par la collectivité et de ne pas accroître la surcharge de travail lorsque le motif d'appel ne le justifie pas.

La loi prévoit la participation des médecins d'exercice libéral à la régulation, au sein des Centres de Réception et de Régulation des Appels Médicaux. Cette participation est déterminée par convention. Cette convention devant recevoir l'aval préfectoral est passée « entre l'établissement hospitalier où est situé le SAMU et les associations de médecins ayant pour objet la réponse à l'urgence, qui en font la demande ». ²³

Le centre régulateur doit être tenu informé du tableau de gardes des médecins effecteurs.

L'accès au médecin de permanence peut également être assuré par des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le SAMU.²¹ On leur reconnaît un rôle de filtrage des appels et la capacité de limiter le recours abusif à la visite à domicile.

Le décret ne rend pas obligatoire la présence de médecins au sein des centres d'appel des associations de permanence des soins, il n'écarte pas non plus cette possibilité, déjà mise en œuvre dans plusieurs départements.

Les modalités de l'interconnexion des deux centres d'appel sont définies par une convention conclue entre l'établissement hospitalier où est situé le SAMU et l'association de permanence de soins.

Même si le décret ne le précise pas, cette convention signée par des praticiens, qui a pour objets l'exercice de la médecine et les rapports entre médecins devra être communiquée pour avis au conseil départemental de l'Ordre²², conformément à l'article L 4113-6 du code de la santé publique. Cette convention est ensuite soumise au CODAMUPS, avant de recevoir l'approbation préfectorale.

3.2.4 Les médecins effecteurs

Les médecins volontaires pour participer à la PDS interviennent auprès des patients à la demande du médecin chargé de la régulation médicale ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, soit par une consultation, soit par une visite à domicile.^{2,20}

S'il vient à manquer de médecins volontaires pour compléter le tableau de garde, le Conseil départemental de l'Ordre joue son rôle de médiateur. Il recueille l'avis des organisations syndicales départementales, mais aussi celui des associations de permanence de soins. Il peut, en outre, prendre l'avis des médecins d'exercice libéral dans les secteurs concernés. Enfin, le Conseil départemental de l'Ordre adresse un rapport au Préfet faisant état des avis recueillis, et celui-ci peut recourir aux réquisitions si les concertations n'ont pu aboutir.

Pour assurer à la population un accès permanent aux soins médicaux, de nombreux professionnels participent à la même mission d'intérêt public. Son organisation est départementale sur un modèle national, régulièrement réévalué au

sein du CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires.

3.2.5. Le CODAMUPS

a. Définition et historique

Le CODAMU (Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence et des Transports Sanitaires) est créé à la fin de l'année 1987¹⁶. Le Code de Santé Publique lui donne trois rôles, il doit ainsi veiller ²⁴ :

- à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente ;
- à l'organisation de la permanence de soins ;
- à son ajustement aux besoins de la population.

Ses rôles et sa composition sont modifiés² en septembre 2003. Il devient Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS), puisqu'il intègre les médecins libéraux dans les décisions d'organisation départementale de la permanence de soins.

b. Son rôle

C'est à ce comité qu'est confié un important pouvoir de décision et d'organisation de la santé publique à l'échelle d'un département.

A lui d'évaluer les besoins de soins de la population en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux et des centres de soins, de garantir une réponse médicale adaptée en termes de constance et d'efficacité, dans le respect du Code de

Déontologie Médicale. Il doit également trancher sur la question du coût supporté par la communauté que représentent les Caisses d'Assurance Maladie.

Le CODAMUPS a donc un rôle central dans l'organisation de la permanence des soins, il est le lieu de rencontre des représentants de tous ces acteurs, qui sont nombreux comme nous allons le voir.

c. Composition du CODAMUPS

La liste des membres du CODAMUPS reflète la diversité des décideurs et acteurs de la permanence des soins. Elle regroupe actuellement : 5 membres de droit ou leurs représentants, 4 représentants des collectivités territoriales, 8 membres désignés par les organismes qu'ils représentent , des membres nommés par le commissaire de la République.

c.1. La liste des membres

- le directeur départemental de la DDASS, le médecin Inspecteur de la Santé, le directeur et le médecin chef des pompiers, le directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) ;
- des élus locaux des mairies et du Conseil Général ;
- un représentant de l'Ordre des Médecins, un médecin Conseil du régime général d'assurance maladie, trois représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et un représentant de l'union régionale des caisses, un représentant de l'URML, un représentant de la Croix-Rouge française ;

- un médecin du SAMU, un médecin du SMUR et deux médecins de l'Accueil des Urgences hospitalières, un directeur de centre hospitalier possédant un SAMU, un représentant syndical des hôpitaux publics, le commandant du corps des sapeurs-pompiers, un médecin libéral issu d'une organisation syndicale de représentation nationale significative, un médecin de chaque association de permanence de soins, deux représentants de l'hospitalisation privée ;

- cinq représentants des syndicats de transporteurs sanitaires et un représentant des associations de patients ou « usagers ».

Par ailleurs, deux sous comités, médical et sanitaire, sont réunis au sein du CODAMUPS.

c.2. Le sous-comité sanitaire

Il doit aménager, à l'échelle du département, le transport des malades.

c.3. Le sous-comité médical

Le sous-comité médical du CODAMUPS, présidé par le médecin inspecteur de la santé, est formé de tous les médecins mentionnés plus haut. Il se réunit au moins deux fois par an pour « examiner les questions relevant de l'activité médicale et de l'aide médicale urgente et veiller au respect de la déontologie médicale ».¹⁶ Par ailleurs, le sous-comité se doit « d'évaluer chaque année l'organisation de la permanence de soins et de proposer les modifications qu'il juge souhaitables ».

Il recueille les informations émanant du terrain, afin de juger de la bonne garantie de la PDS. Il peut ensuite modifier les moyens humains mis en œuvre aux trois niveaux de la PDS, qui sont la régulation, la sectorisation, et la réponse médicale effective. Le but poursuivi doit rester le même : répondre le plus efficacement et le plus équitablement à la demande médicale de la population.

Enfin, le sous-comité médical émet un avis sur le cahier des charges départemental de la PDS après proposition du Conseil de l'Ordre.

3.2.6. Le cahier des charges de la Permanence de Soins ^{2,20}

Rédigé sur une base nationale fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, il est spécifique à chaque département, tenant compte des densités des bassins de population concernées et des moyens médicaux, humains et techniques, disponibles. Les médecins volontaires pour participer à cette PDS devront y adhérer.

Il décrit *l'offre de soins*, c'est-à-dire le répertoire de l'ensemble des acteurs médicaux volontaires et mobilisables pour la PDS, des secteurs public et privé, des centres de soins et des cabinets médicaux de garde, ainsi que des associations dédiées aux visites à domicile.

Il fixe, en outre, des critères d'évaluation des besoins de la population, tâche plus complexe, nécessitant un certain nombre d'outils statistiques décrivant la demande médicale dans la période particulière de la PDS.

Les professionnels de santé connaissent désormais de nouvelles façons d'organiser leur travail durant leurs gardes de nuit et de week-end. Parmi ceux qui

s'inscrivent sur le tableau de garde de l'Ordre des médecins, certains privilégient la consultation dans leur propre cabinet, ce qui leur permet d'améliorer leur confort d'exercice et la rapidité de leurs actes. Ils gardent cependant en mémoire des règles pénales qui s'appliquent particulièrement en période de PDS, lorsque la demande des patients n'est pas programmée.

Certains médecins de garde, confrontés aux exigences de plus en plus fortes des patients, quelles soient justifiées ou non, éprouvent des difficultés croissantes à exercer sereinement leur office et tout intérêt à mieux connaître ce qu'imposent aujourd'hui la loi pénale.²⁵

Ainsi, nous aborderons brièvement la question de l'assistance à personne en péril.

3.3. Le Code Pénal

3.3.1 Le fondement légal de l'omission de porter secours

Tout médecin, comme tout citoyen, est soumis à l'article 223-6, alinéa 2 du Code Pénal :

« Sera puni ... quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »²⁶

C'est la traduction pénale d'une règle morale, naturelle depuis toujours. Plus que tout autre, le médecin doit apporter ce secours. Mais l'article 223-6 est redoutable contre les médecins, si on l'applique à tous les « appels d'urgence » et non plus seulement aux cas où le médecin se trouverait en présence d'une personne en péril.

Le nombre infime de contentieux mettant en cause le comportement des médecins de garde par rapport à l'importance de leur activité ne doit pas faire occulter l'accroissement significatif des récriminations, voire des plaintes dont ils font l'objet. Ce phénomène est cependant difficile à quantifier.²⁵ Les sanctions judiciaires qui en découlent correspondent, parfois à des négligences coupables, véritables abstentions délibérées de prodiguer des soins, mais aussi parfois à un malheureux concours de circonstances ou à une défaillance involontaire.

Il est difficile cependant de porter une appréciation générale objective sur la jurisprudence intervenue dans ce domaine car tout dépend des circonstances particulières.

Dans l'ensemble, pour que l'application de l'article 223-6 du code pénal puisse justifier une sanction pénale contre un médecin, il faut :

- que la personne pour laquelle on appelle soit réellement en péril,
- que le médecin en ait été clairement averti,
- qu'il se soit abstenu volontairement,
- qu'il ne puisse invoquer un motif d'abstention majeur, parmi lesquels, celui d'être occupé par un autre malade dans un état grave, un accouchement, une intervention chirurgicale ou d'être lui-même sérieusement malade.

3.3.2. L'appréciation du péril par le médecin de garde

Si la loi n'a pas défini l'état de péril, les juges le voient comme un état dangereux ou une situation critique (en réalité ou en apparence) qui fait craindre de graves conséquences. Il appartient au médecin d'apprécier l'utilité ou l'urgence de son intervention, sous le contrôle de sa conscience et des règles de sa profession. Telle est la position de la Cour d Cassation depuis 1949.²⁵

Le médecin ne peut légitimer son absence auprès du malade, ni en invoquant que l'état de ce dernier lui paraissait au-delà de tout recours, d'après les renseignements reçus, ni en expliquant que le malade était habituellement suivi par un autre médecin.

L'article 223-6 du code pénal, selon l'actuelle jurisprudence, pèse donc d'un poids particulier sur le médecin. Une négligence volontaire est inexcusable. Mais le risque est surtout celui d'une erreur d'appréciation, de la part du médecin, sur le degré de l'urgence. En médecine, l'erreur de jugement sur le pronostic est la plus difficile à admettre par des juges ou par l'entourage des malades, et la plus répréhensible s'il s'agit d'une urgence.

Les juges se montrent sévères face aux mesures dilatoires telles qu'une prescription médicamenteuse ordonnée par un médecin au téléphone dès lors qu'il ne pouvait évaluer la gravité du péril encouru.

L'Ordre National des Médecins conseille vivement aux membres du corps médical d'apporter toute leur attention aux renseignements qui ont accompagné un appel et, **s'il y a le moindre doute, de visiter** la personne qu'on a dite en danger.

3.3.3. L'attitude du médecin de garde face au péril pressenti ou identifié

Contrairement à une idée reçue, la non-assistance à personne en danger n'est pas constituée du seul fait de l'absence de déplacement du médecin sollicité.

Le code pénal mentionne bien que l'obligation de porter assistance peut prendre deux formes : l'action personnelle ou le recours à un tiers. Ce choix n'est pas discrétionnaire et le médecin a le devoir de mettre en oeuvre les moyens les plus adaptés à son patient.

On peut ainsi retenir, par exemple, que le recours à un transport médicalisé ou non vers un établissement hospitalier s'impose d'emblée au médecin alors que son action personnelle n'aurait fait que retarder la prise en charge efficace du patient, ce qui pourrait d'ailleurs lui être reproché.

Le recours à un tiers n'est pas non plus à exclure si le médecin de garde doit faire face à plusieurs urgences au même moment.

Selon la jurisprudence, la réponse adaptée peut aussi tenir au cumul d'une intervention personnelle du médecin et de l'appel à un tiers.

Le recours à un tiers face à une urgence doit faire l'objet d'une attention particulière.

En effet, le médecin devra personnellement faire appel à ce tiers. Il n'a pas à laisser au patient le soin de le faire en se déchargeant ainsi de son obligation d'assistance. Enfin, il devra s'assurer de l'intervention effective de ce tiers.

Le médecin doit agir selon sa conscience et ne peut se laisser porter par la demande du patient. Ainsi, il devra se déplacer si la situation l'exige alors même que l'appelant ne l'avait pas expressément demandé et, à l'inverse, il n'aura pas à le faire s'il estime la demande injustifiée.

Si le recours à un tiers s'avère nécessaire, il lui appartient de le provoquer lui-même ainsi que de s'assurer de la réalité de son intervention.

Le juge pénal comme le juge disciplinaire se montreront sévère face à un médecin se désintéressant de l'appelant ou qui poserait un diagnostic hasardeux

alors qu'il n'a pas eu réellement les moyens de s'assurer de l'absence de péril. Cependant, l'un comme l'autre se refusent à donner à chaque appel au médecin de garde le caractère d'une réquisition à laquelle celui-ci devrait se plier au détriment d'ailleurs d'autres appels nécessitant réellement son intervention immédiate.

Le médecin sera guidé dans ses décisions par sa conscience et les règles professionnelles que posent le Code de Déontologie médicale, d'une part, mais aussi les règles de l'art, compte tenu des données acquises de la science.

III L'ORGANISATION DE LA PDS A NANCY

1. AVANT DECEMBRE 2003

Dans les années 1970, le standard des sapeurs pompiers donnait à Nancy les coordonnées d'un des 4 médecins de garde durant les nuits de semaine, de 19 heures à 7 heures⁸. Le week-end, un standardiste ou un étudiant en médecine installé dans les locaux du Conseil de l'Ordre répondait aux appels et répartissait l'activité médicale entre les différents médecins volontaires.

En 1978, le Service de Continuité des Soins est créé par le Conseil de l'Ordre, les structures hospitalières et le Syndicat Départemental des Médecins. A partir de 1986, les patients, en composant le 337 24 24 obtiennent un Permanencier Auxiliaire de Régulation (PARM) du SAMU en ligne, qui joindra un médecin généraliste équipé de radiotéléphone pour qu'il puisse effectuer la visite.

Le nombre d'adhérents au SCS a peu à peu diminué ainsi que les volontaires pour participer aux gardes de nuit et de week-end. En 2001, parmi les 270 généralistes de la CUGN, 209 médecins cotisaient au SCS, 52 d'entre eux y effectuaient des gardes⁹. Ceci s'explique entre autre par le vieillissement de la population des professionnels de santé de la communauté urbaine de Nancy.

2. DEPUIS DECEMBRE 2003

Depuis 2003, la PDS est organisée, en Meurthe-et-Moselle, selon les modalités nationales, suivant une sectorisation refondée et faisant intervenir la régulation médicale libérale. Nous aborderons tout d'abord ces deux aspects de la PDS puis nous évoquerons les modes d'activité des différents médecins effecteurs de la PDS.

2. 1. La sectorisation en Meurthe-et-Moselle

Les secteurs de gardes de Meurthe-et-Moselle sont très hétérogènes par leur étendue géographique, leur densité de population, et leur densité médicale. L'évolution actuelle est à la fusion des secteurs. Certains secteurs ne sont regroupés que la nuit lorsque le niveau de demande de la population est à son plus faible niveau.

Certains médecins trouvent que l'activité pendant les gardes est tellement faible la nuit qu'ils souhaitent des secteurs plus larges. Deux avis s'opposent. Celui des médecins qui attendent de la régulation une baisse maximale de leur activité pendant la garde, et celui des généralistes qui regrettent d'être d'astreinte sans travailler et craignent qu'une activité quasi nulle ne soit un obstacle pour se faire remplacer la nuit et le week-end. Certains y voient même une menace au maintien d'un service de garde dans certains secteurs.

Créer des secteurs à fort bassin de population permet une plus grande activité la nuit, mais allonge les distances à parcourir entre chaque patient. Dans ces conditions, la moins bonne qualité des soins apportés et la perte de chances face à

des pathologies urgentes constituent un frein à une fusion trop large des secteurs de garde.

Parmi les médecins interrogés en 2004, dans une thèse de médecine de Nancy¹⁷, 23,9% des praticiens ont estimé la régulation médicale inadaptée. Dans ce groupe, 23,9% des médecins estiment que les secteurs devraient être redéfinis. Ils proposent que les actes de nuit soient assurés par une maison médicale ou par SOS Médecins.

Les gardes de nuit constituent bien une activité aujourd'hui peu recherchée par les généralistes. Ils sont nombreux à souhaiter les confier à leurs confrères qui en font leur activité principale.

Nancy et sa communauté urbaine comportent, depuis avril 2005, 1 unique secteur de garde, devant être couverts chaque nuit par 4 médecins en été, 5 médecins en hiver et 5 médecins le week-end tout au long de l'année. SOS Médecins met systématiquement à disposition, au minimum 3 médecins en été, 4 médecins en hiver et 4 médecins le week-end.

2. 2. La régulation médicale libérale en Meurthe-et-Moselle

Comme le préconise le Code de Santé Publique, il existe depuis 2003, une régulation médicale de la demande de soins, en semaine de 20 heures à minuit, le samedi de 12 heures à minuit et le dimanche de 8h à minuit.

2.2.1. L'association Médigarde 54

En octobre 2003, l'association Médigarde 54 est créée, selon la loi du 1^{er} juillet 1901.^{27, 28} Elle vise, selon l'article 2 de ses statuts, à regrouper les associations et les groupements de secteurs ayant pour objet la permanence des soins et la continuité des soins médicaux en Meurthe-et-Moselle. Elle a pour but de gérer et d'organiser la régulation médicale libérale dans toute la Meurthe-et-Moselle. Parmi ses adhérents, on compte divers syndicats de médecins généralistes libéraux, l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins, le Service de Continuité des Soins. C'est le 20 décembre 2003 que débute son activité.²⁹ Son centre d'appels est interconnecté avec le Centre 15 comme le prévoient les dispositions légales. Les médecins libéraux régulent les appels depuis la même salle que les médecins du SAMU.

La régulation libérale est effective en semaine de 20 heures à minuit, le samedi de 12 heures à minuit, le dimanche et les jours fériés de 8 heures à minuit. En dehors de ces horaires, la régulation médicale est opérée par le SAMU Centre 15 qui traite tous les appels des patients, qu'il s'agisse d'une urgence vitale ou non. La régulation médicale libérale ne couvre qu'une partie de la période dite de « permanence de soins ».

Environ 25 médecins libéraux ont été formés à la régulation par l'URML et le SAMU, grâce à des fonds publics. Ils sont rémunérés 60 euros par heure par la caisse d'assurance maladie, tout en restant libéraux. De nouveaux postes de Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM) ont été créés, puisqu'ils sont les premiers à répondre aux malades. Une nouvelle salle de régulation voit le jour, plus spacieuse, financée par l'URCAM et le FAQSV.

En semaine, il n'y a qu'un médecin régulateur libéral, ils sont deux le samedi après-midi et deux le dimanche et les jours fériés.

2.2.2 La régulation médicale libérale perçue par les médecins généralistes

Un travail de thèse¹⁷ réalisé en 2005 a évalué la façon dont les médecins généralistes percevaient cette régulation médicale. Il s'avère qu'elle est très appréciée des omnipraticiens interrogés en Meurthe-et-Moselle. Le point le plus souvent cité est « l'amélioration de leur qualité de vie ». En revanche, « une médecine plus performante » et « une meilleure prise en charge des patient » sont des points peu cités par les médecins interrogés.

En revanche, 17,40% des médecins pensent qu'au-delà de minuit, la régulation n'est guère effectuée et le déplacement du médecin moins réglementé. Ce point de vue est retrouvé principalement dans les zones extra urbaines. Les généralistes exerçant en cabinet souhaitent bien sûr être dérangés le moins possible la nuit avant que ne débutent au matin leurs consultations.

2.2.3. La régulation médicale aboutit encore fréquemment à une visite à domicile

Après minuit, en dehors de la visite à domicile, il n'existe aucun moyen de réaliser un examen médical sans adresser les patients à l'hôpital. A Nancy en particulier, le cabinet des Bains Douches ferme à minuit. La réponse médicale ne peut se résumer au seul conseil téléphonique, source de prise de risque pour le régulateur et de souffrances pour le patient, ni au rapatriement systématique de tous les malades vers l'hôpital ce qui ne ferait qu'aggraver l'actuel engorgement des

Services d'Accueil des Urgences de l'hôpital. Le déclenchement d'une visite à domicile par un médecin généraliste représente environ 18% des appels en Meurthe-et-Moselle ¹⁷, on ne peut donc pas parler d'exception en la matière, engageant très fréquemment SOS Médecins dans l'agglomération de Nancy et à Saint-Nicolas-de-Port et ses environs.

2.2.4. Le centre d'appels de SOS Médecins Nancy participe à la régulation médicale

L'interconnexion du Centre 15 et de Médigarde avec le standard de SOS Médecins facilite l'intervention rapide des médecins sollicités.

Depuis 2005, les Centres d'Appels de SOS Médecins sont reconnus comme faisant partie de la régulation médicale par les Caisses d'Assurance maladie²⁵. La nuit, les dimanches et jours fériés (mais pas le samedi après-midi), les visites effectuées au domicile des patients qui ont appelé SOS, le SAMU ou Médigarde, sont rémunérées avec la même majoration de régulation de 7,50 euros. Cela signifie que les visites effectuées par SOS Médecins sont considérées comme médicalement justifiées dans l'immense majorité des cas, et qu'il existe bien un filtre des appels opérés par le permanencier du standard de SOS. On ne peut parler d'une régulation médicale calquée sur celle du SAMU ou de Médigarde car l'organisation en est différente. Nous détaillerons les modalités de régulation des appels dans la pratique quotidienne de SOS Médecins dans la partie 3 du deuxième chapitre de ce travail. Rappelons que tout appel auprès du standard n'aboutit pas à une visite et que toute urgence extrême est régulée par le SAMU après transfert de l'appel par le standard de SOS Médecins ou par le médecin SOS lui même.

2.2.5. Le bilan du médecin de garde au médecin régulateur

Après évaluation clinique, le médecin de SOS Médecins transmet à la régulation un bilan qui comporte notamment :

- l'histoire de la maladie et le contexte familial et d'entourage du patient ;
- les antécédents médicochirurgicaux, obstétricaux, et allergiques et les antécédents familiaux ;
- les traitements en cours ;
- les données principales de l'examen clinique devant préciser systématiquement l'état de conscience, les constantes cardiaques et respiratoires (FC, TA, FR,), l'état général et les données de l'examen approfondi sur l'appareil a priori défaillant ;
- les mesures de SpO2, température, éventuellement glycémie capillaire et de CO ;
- l'interprétation de l'ECG ;
- le diagnostic positif certain ou supposé ;
- le diagnostic de gravité ;
- les traitements et gestes entrepris et leur efficacité (trinitrine, aérosol, oxygène, etc.) ;
- le devenir envisagé et le besoin ou non de médicalisation d'un transport éventuel vers l'hôpital, en accord avec le médecin régulateur.

2. 3. Les médecins généralistes effecteurs, à Nancy et dans son agglomération

2.3.1. Le cabinet de garde

Il est situé rue Saint-Nicolas à Nancy, dans les anciens « Bains-Douches » de ce quartier. Les horaires d'ouvertures s'étendent,

- en semaine, de 20 heures à minuit,

- le samedi, de 14 heures à minuit
- le dimanche, de 8 heures à minuit.

Les patients peuvent s'y présenter librement et bénéficieront systématiquement d'une consultation qu'ils se soient ou non adressés préalablement à la régulation médicale. Son fonctionnement est en partie financé par la CPAM et la mairie de Nancy.³⁰

2.3.2. Les médecins de permanence

a. les médecins généralistes

Les médecins effecteurs de Meurthe-et-Moselle installés en cabinet exercent pour la majorité en milieu rural ou semi rural, en dehors du secteur couvert par SOS Médecins. Ils choisissent ou non d'être inscrits au tableau de garde du Conseil de l'Ordre des Médecins. Dans une étude Nancéienne de 2005, on montre qu'à Nancy, les médecins sont très peu nombreux à assurer des gardes de secteurs, mais prennent en revanche pour certains des gardes à la maison médicale des bains Douches.¹⁷

Dans la même étude, à laquelle 192 médecins généralistes du département ont participé, 11,6 % d'entre eux ont déclaré laisser sur leur répondeur téléphonique un message invitant leurs patients à composer le numéro de SOS Médecins en dehors des heures d'ouverture de leur cabinet. Ils étaient 69,1 % à laisser sur leur répondeur le numéro de la régulation médicale libérale même si, en théorie, 100 % d'entre eux pourraient le proposer à leurs patients. L'étude ne compare pas ces données aux pratiques des seuls médecins de la Communauté

Urbaine de Nancy et du Secteur de Saint -Nicolas, secteurs couverts par SOS Médecins.

Régulièrement, on compte chaque mois, une quinzaine de médecins volontaires pour prendre des gardes de secteur dans la CUGN, en dehors du cabinet des Bains Douche.

b. SOS médecins Nancy

Les médecins de SOS Médecins ont leur propre centre d'appels et travaillent en collaboration avec la régulation médicale de Médigarde et du SAMU. Leur mode d'exercice diffère en de nombreux points du travail accompli par leurs confrères en cabinet. Ils choisissent de réaliser la totalité de leur exercice au domicile des patients et de maintenir au mieux une complémentarité avec la consultation des généralistes. Ils assurent aux patients une continuité des soins en journée de semaine, mais concentrent leur activité sur la période des nuits, des week-ends et jours fériés. L'équipe de SOS Nancy pratique une médecine beaucoup plus souvent dédiée à l'urgence, utilisant un équipement différent du matériel de cabinet.

On comprend que certains médecins de ville aient pu être réticents, au départ, à voir de nouveaux confrères prendre en charge leurs patients, de peur qu'ils ne les « détournent » de leur patientèle. D'autres ont été satisfaits dès l'arrivée de ces praticiens prêts à assumer la part de travail qu'ils ne souhaitaient plus faire, après des journées et des semaines de travail bien chargées. Puisque les gardes devenaient de plus en plus difficilement supportables pour les praticiens de ville, SOS Médecins allait naturellement trouver sa place à Nancy parmi les acteurs de la permanence de soins.

Les médecins de l'association SOS Médecins Nancy sont désormais les premiers effecteurs de visites à domicile de la CUGN. Ils travaillent en équipe et adaptent continuellement l'offre médicale aux variations saisonnières de la demande locale de soins, et aux situations de crise sanitaire.

Après une présentation de SOS Médecins France, puis de l'association de Nancy, nous envisagerons, dans le chapitre 2, l'activité médicale de cette structure et tenterons de mettre en évidence les spécificités de son travail, mêlant d'une part la médecine générale, et une forme de prise en charge des urgences pour la continuité et la permanence de soins.

Chapitre 2

SOS MEDECINS :
présentation, données
statistiques et spécificités de
l'activité médicale.

I PRESENTATION DE SOS MEDECINS

1. SOS MEDECINS FRANCE

1.1. Historique

Le 20 juin 1966, le Dr Lascar, médecin généraliste créait SOS Médecins à la suite du décès d'un de ses patients.³¹ Faute d'avoir pu joindre un médecin un samedi après-midi, il succombe à une défaillance cardiaque. « Paradoxalement, relate le Dr Lascar, le week-end précédent, en butte à une fuite d'eau dans ma baignoire, j'avais été dépanné dans le quart d'heure par SOS dépannage ». Jugeant que la santé de l'homme valait mieux qu'un simple tuyau de plomb, il créa SOS Médecins. A une époque où le SAMU n'existait pas, le concept est révolutionnaire.

1.2. Une fédération organisée

SOS Médecins France est aujourd'hui le premier réseau d'urgence et de permanence de soins en France, fédérant 70 associations de métropole et d'Outre-Mer.³² Chaque association bénéficie de l'expérience de toutes les autres structures. Environ 1000 médecins généralistes rompus à l'urgence participent au réseau, répondant à une charte commune depuis quarante ans. SOS Médecins couvre les deux tiers de la population française. Ceci permet d'assurer 80 % de la permanence de soins libérale en milieu urbain et périurbain

SOS Médecins traite, dans tous les secteurs où il est présent, la majorité des appels parvenant au SAMU et ne relevant pas d'une intervention par le SMUR mais nécessitant un avis médical rapide. Ces appels ne représentent qu'une part limitée de

l'ensemble des appels reçus par SOS Médecins. Actuellement, ce sont plus de 4 millions d'appels reçus annuellement, et environ 2,5 millions d'interventions à domicile réalisées par les 70 associations SOS Médecins.

1.3. La charte des associations SOS Médecins

Chaque association SOS Médecins applique des principes stricts d'intervention, réunis dans un cahier des charges :

- un centre de réception et de régulation des appels fonctionnant 24h/24 ;
- des visites à domicile assurées 24h/24 et une disponibilité totale des médecins de SOS qui n'ont pas de cabinet de consultation. La réponse à la demande de prise en charge de soins en urgence est la base même de leur activité ;
- une équipe composée de médecins expérimentés, rompus à l'urgence, utilisant des moyens diagnostiques et thérapeutiques étendus. Ils doivent avoir une bonne connaissance de la médecine générale et une solide pratique de la médecine d'urgence. Leur formation sera passée par les Services hospitaliers d'Accueil et d'Urgences, les SAMU, voire la Capacité d'Aide Médicale Urgente ;
- une intervention rapide des médecins, immédiatement joignables par les moyens de télécommunication moderne, leur permettant d'être détournés de leur destination lors d'une demande de visite très urgente. En outre, la signalétique des voitures, blanches débanalisées, permet une arrivée rapide et signalée du médecin ;
- un bilan d'intervention systématique, immédiat, au centre de régulation médicale ou, différé, au médecin traitant.

2. SOS MEDECINS NANCY

2.1. Le rôle d'une telle structure

SOS Médecins Nancy a été créée en juillet 1999 dans le but d'améliorer la prise en charge de l'urgence en collaboration avec le SAMU et les médecins traitants. Son équipe tente d'apporter une réponse, particulièrement en période de permanence de soins, à une population de plus en plus demandeuse d'un service de proximité rapide et efficace.

2.2. Les moyens humains

2.2.1. Les effectifs

La structure est constituée en société civile de moyens. On compte actuellement 10 médecins associés, thésés et 6 médecins remplaçants exerçant à temps plein, ainsi que des remplaçants à temps partiel.

Le nombre de médecins disponibles varie au cours de la journée et de la nuit, pour s'adapter au mieux à la demande des patients, comme nous le montrerons plus loin.

En semaine, il y a ainsi :

- de 0h à 1h : 3 médecins et 1 médecin mobilisable immédiatement,
- de 1h à 5h : 2 médecins, 1 médecin d'astreinte de première ligne, 1 médecin d'astreinte de deuxième ligne ;
- de 5h à 6h : 1 médecin, 3 médecins d'astreinte, de première, deuxième et troisième lignes.
- de 6h à 7h : 2 médecins et deux médecins d'astreinte.

- de 7h à 9h : 3 médecins et 1 médecin d'astreinte ;
- de 9h à 20h : 2 médecins, et 1 ou 2 médecins d'astreinte suivant la saison ;
- de 20h à 0h : 4 médecins.

Le Samedi, l'effectif est le même la nuit, de 20h à 9h. En revanche, l'organisation de la structure prévoit 4 médecins de 9h à 20h.

Le dimanche et les jours fériés, les effectifs ne changent pas la nuit. Ils sont répartis de la manière suivante en journée :

- de 7h à 9h : 4 médecins ;
- de 9h à 14h : 6 médecins ;
- de 14h à 20h : 4 médecins ;

Les variations du nombre de médecins au cours de la journée suivent les variations horaires du nombre d'appels.

Les horaires que nous mentionnons ici sont indicatifs et représentent le minimum de médecins présents en même temps pour chaque plage horaire. Les heures de début et de fin de garde varient chaque jour et pour chaque médecin en fonction de la demande médicale. Lorsqu'un membre de l'équipe est de garde, il se connecte au moins une heure avant son début au serveur de MédiCall au moyen de son Pocket PC, prenant connaissance de l'activité en cours, et peut décider de se rendre disponible avant l'heure prévue au planning. De même que l'heure de fin de garde est tout à fait théorique et dépend en fait de l'activité globale en cours, qui peut nécessiter de prolonger une garde, en particulier en hiver.

De manière générale, on compte plus de médecins SOS travaillant en même temps, en période de permanence de soins que pour assurer la continuité des soins en journée.

De plus, lors de toute crise sanitaire, par exemple en période d'épidémie, et lorsque la demande de soins augmente de façon significative quelle que soit la période de la journée et de l'année, les effectifs de l'équipe sont accrus, pour une adaptation fine et rapide aux besoins de la population. Il est toujours prévu un ou plusieurs médecins d'astreinte, pour une réponse souple et réactive aux variations de la demande de soins.

Lorsqu'un médecin effectue une garde de nuit, il dispose d'un repos compensateur durant la journée du lendemain, pour plus de sécurité et de confort.

2.2.2. La formation post-universitaire

La médecine d'urgence nécessite des connaissances théoriques et une grande expérience clinique, pour une rapidité et une justesse de prise en charge. Elle réclame aussi des mises à jour, afin d'acquérir les données récentes de la science, comme pour toutes les spécialités. Les moyens d'aide médicale d'urgence doivent être adaptés à chaque cas, sans sous-estimer les risques vitaux ni surévaluer les besoins humains et techniques.

Ainsi, 79,58 % des médecins généralistes interrogés dans une étude de thèse⁹ nancéienne de 2002 pensent qu'il est difficile de rester à niveau en matière d'urgence. Cette impression est partagée par les médecins urgentistes eux-mêmes. La remise à niveau et la formation continue constituent une clé de la connaissance des bonnes pratiques médicales, et donc une obligation déontologique et légale.

A titre d'exemple, les données de l'ECG sont toujours à interpréter en fonction de la clinique, de l'âge, des facteurs de risque cardio-vasculaires, des antécédents médicochirurgicaux, des traitements en cours et du dernier tracé ECG

éventuel. Il faudra, à chaque hospitalisation pour prise en charge d'un trouble cardiaque suspecté ou confirmé par l'ECG, choisir, conjointement avec le médecin régulateur du SAMU, de faire accompagner ou non le malade par un médecin durant son transport. La formation par les cardiologues et les urgentistes à la lecture de l'ECG est donc organisée à la demande de SOS Médecins Nancy, car fondamentale, qu'il s'agisse des troubles de la conduction, des troubles du rythme ou des syndromes coronariens aigus. Une meilleure connaissance permet de limiter le risque de méconnaître les diagnostics à potentielle aggravation rapide, et de mieux définir le degré de gravité et d'urgence.

Un autre exemple concerne les gestes de réanimation cardio-respiratoires qui sont parmi les gestes les moins fréquemment réalisés par les généralistes. La moyenne est inférieure à 1 réanimation par an et par médecin, selon une étude faite parmi 142 omnipraticiens de Meurthe-et-Moselle⁹. Non seulement c'est très peu, mais de surcroît, près de 45 % des médecins interrogés exerçant en milieu n'ont pas eu à réaliser de réanimation cardio-respiratoire durant de très longues années, du fait de la proximité des intervenants SMUR. Pourtant, seulement 17,48 % des médecins généralistes déclarent ne pas être à l'aise avec la pratique du massage cardiaque, et près de 14 % d'entre eux se disent très à l'aise lors de la réalisation de ce geste.

Pour l'équipe de SOS Médecins Nancy, la réanimation cardiorespiratoire reste également rare. Il est donc normal de compléter chaque année l'expérience de chaque médecin de l'équipe par une séance de formation, en situation, sur mannequin. A titre d'exemple, c'est le Dr Philippe Atain-Kouadio, du SAMU 54, qui a enseigné l'alerte, le bouche à bouche, le massage cardiaque, la ventilation au ballon auto-remplisseur, et la pose de masque laryngé à l'équipe de SOS.

Les autres domaines récemment enseignés en formation post-universitaire par des intervenants spécialistes, hospitaliers et libéraux ont été notamment :

- La neurologie : étude étiologique et conduites à tenir devant des céphalées ; prise en charge précoce des accidents ischémiques transitoires et des accidents vasculaires cérébraux : recommandations en vue d'augmenter les chances de thrombolyse in situ, coopération avec le SAMU et les unités vasculaires de neurochirurgie.
- L'allergologie : raisonnements diagnostiques et prise en charge des phénomènes allergiques en urgence.
- L'ORL : conduite à tenir devant les urgences ORL de pratique courante.
- L'angéiologie : actualités sur la maladie thrombo-embolique veineuse.
- La pédiatrie : maltraitance à enfants.
- La pneumologie infantile : cas cliniques à partir de l'auscultation d'un mannequin portant sur l'infectiologie et les dyspnées.
- L'antibiothérapie : actualités des recommandations à partir de cas cliniques, présentation du Réseau Antibior.
- La médecine légale : la levée de corps.
- Biologie : actualités en biologie médicale.
- La cardiologie : le syndrome coronarien aigu.

2.3. Les moyens techniques

A bord de chaque véhicule, tout médecin se doit d'avoir à sa disposition une liste de matériel spécifique en sus de la traditionnelle trousse médicale (stéthoscope, tensiomètre, otoscope, marteau réflexe ...).

Elle comprend :

- un électrocardiographe,

- une bouteille d'oxygène, des masques avec et sans réservoir à nébulisation, terbutaline et ipratropium nébulisables, des canules de Guédel,
- une chambre d'inhalation,
- un oxymètre de pouls,
- un nécessaire à ventilation manuelle,
- un lecteur de glycémie capillaire,
- des bandelettes urinaires ;
- un détecteur de monoxyde de carbone,
- des médicaments injectables et des spécialités per os,
- un récipient sécurisé de récupération des déchets contaminants dont le suivi est poursuivi grâce à la carte Medicity™ donnant accès à des containers de récupération de la Communauté Urbaine du Grand Nancy,
- un matériel de petite chirurgie, permettant la réalisation de sutures et de pansements, des mèches intra nasales, des gants stériles et non stériles, un thermomètre électronique, du gel hydro alcoolique antiseptique, de l'hexomédine spray, de la bétadine, gants, seringues, aiguilles, des canules intra rectales, des pansements, des Stéristrips, des compresses stériles.

Même si la trousse d'urgence parfaite n'existe pas, il existe une base commune de médicaments utilisés par les médecins urgentistes. Certaines classes médicamenteuses sont indispensables et présentes dans la trousse de chaque médecin qui choisit la spécialité à laquelle il est habitué, représentant le meilleur compromis d'efficacité, de maniabilité, de coût, et de rapport bénéfice.^{33,34}

A titre d'exemple, la trousse des médicaments injectables et d'administration orale peut comporter :

ACUPAN amp. 20mg/2ml

ADLARIL sachets

ADRENALINE amp.1 mg/ml
ACIDE ACETYL SALICCYLIQUE 500 mg sachet
ATROPINE amp. 0,1%
BRICANYL solution pour aérosol
CELESTENE amp. 8mg/2ml + 4mg/2ml + cp 2mg
EAU POUR PREPARATION INFECTABLE amp.
GLUCOSE 30% amp.
HALDOL amp. 5mg/ml
HEPARINE DE BAS POIDS MOLECULAIRE
KETOPROFENE amp.100mg/2ml LASILIX 20mg amp.
LENITRAL SPRAY ou NATISPRAY
LOXEN 20 mg cp
LEPTICUR amp. 10mg/2ml
METOCLOPRAMIDE amp. 10mg/2ml
METOPIMAZINE amp. 10mg/1ml
MORPHINE amp. 10mg/1ml + 20mg/1ml
NARCAN amp. 0,4mg/1ML
NOVESINE collyre
NUBAIN amp.20mg/2ml
PARACETAMOL 500 mg cp
PHLOROGLUCINOL amp 4 ml, cp ou sub lingual
POLARAMINE amp. 5mg/1ml
ROCEPHINE 1g/10ml : flacon de poudre + amp de solvant
TERCIAN amp. 50mg/5ml
TIAPRIDAL amp. 100mg/2ml
VALIUM 10mg/ 2ml
XYLOCAINE FLACON 200mg. adrénalinée et non adrénalinée

2.4. La zone d'intervention de SOS Médecins

Elle comporte toutes les communes de la CUGN, Bouxières-aux-dames, Lay-Saint-Christophe, Champigneulle, Flavigny-sur-Moselle, Richardmémil et la Communauté de Communes de Saint-Nicolas-de-Port (voir annexe 1).

3. DEROULEMENT PRATIQUE DE LA REPONSE MEDICALE

3.1. Le centre de réception et de régulation des appels

Le standard de SOS Médecins Nancy est établi à Grigny dans l'Essonne, il a été fondé au début des années 1990 par un médecin SOS. Il fait partie des Centres d'Appels des Associations de Permanence de Soins²⁰, il participe à ce titre à la régulation des appels en dehors de la période d'ouverture des cabinets, et fonctionne 24h/24, 7j/7. Il offre une interconnexion avec le SAMU du CHU de Nancy.

Le centre d'appels enregistre et archive l'ensemble des fiches d'appels des patients. Son statut permet à ses permanenciers d'obtenir directement le nom et l'adresse des patients, qui s'affichent lorsqu'ils appellent. Pour des raisons de sécurité, les conversations peuvent être enregistrées.

Il traite aujourd'hui, pour plusieurs associations de permanence de soins, plus de 450 000 appels par an. Entièrement informatisé, il permet la réception et la

gestion des appels ainsi que la transmission instantanée des données, grâce aux logiciels que ses informaticiens développent.

Le standard a, entre autres missions, celle de transmettre l'appel d'un patient au bon médecin et au bon moment. Pour assumer cette tâche, il dispose d'une vision globale de l'activité médicale en cours, que chaque médecin n'a pas individuellement. De plus, il lui est possible d'être en relation instantanée avec tous les médecins sur le terrain, au moyen d'outils informatiques développés, que nous décrirons, avant d'aborder son utilisation étape par étape au cours d'une visite à domicile.

3.2. Le matériel de transmission

Le transfert d'informations entre les permanenciers et les médecins utilise le moins possible la téléphonie, privilégiant des supports de communication visuels. Grâce aux moyens informatiques miniaturisés actuels, les médecins de garde travaillent sur le terrain avec un ordinateur de poche (« Pocket PC »). Sous environnement Windows^R, ils reçoivent sur l'écran de leur Pocket PC les données nécessaires à la prise en charge à domicile de leurs patients. La communication, entre le Centre d'appels et les Pocket PC individuels, est assurée par le service de transmission GPRS. L'envoi sécurisé des informations médicales, confidentielles, se fait grâce au logiciel intégré, MCC Mission, régulièrement mis à jour par de nouvelles améliorations.

Les avantages d'un tel système sont :

- une contrainte matérielle minime, grâce au faible encombrement et à la maniabilité des appareils.

- un environnement informatique convivial, pensé par des urgentistes, pour des urgentistes.
- un gain de temps dans la transmission des données.
- une connaissance, par le centre d'appels, de la position et du statut de chaque médecin sur le terrain.
- - un accès au lieu de la visite est rendu possible par le couplage du Pocket PC au système de géolocalisation GPS.
- un archivage prolongé des appels, donnant accès aux médecins, sur Pocket PC ou sur le WEB, à toutes les données concernant leur activité.
- un accès immédiat, au domicile du patient, à l'historique détaillé des visites déjà effectuées par l'ensemble de l'équipe de SOS Médecins Nancy, créant un dossier partagé confidentiel .
- une source statistique riche et facilement exploitable pour le bilan d'activité de la structure et pour les études épidémiologiques destinées, entre autres, à l'INVS et à la DDASS, avec un accès sécurisé pour ces deux institutions à des courbes d'activité globales, quotidiennement mises à jour à titre gratuit.
- une interconnexion avec le SAMU, donnant la possibilité au régulateur du centre 15 de lire le compte-rendu du médecin effecteur dès sa rédaction achevée pour chaque visite qu'il lui a attribué.
- une communication entre les membres de l'équipe au cours de leur garde et aussi, entre le médecin et le standard, par les textes envoyés et reçus quasi instantanément. Le système utilisé n'est autre qu'un e-mail par GPRS. Cela évite d'encombrer les lignes téléphoniques et d'interrompre le travail des permanenciers comme celui des médecins lorsqu'il est nécessaire de leur fournir une information pendant la garde.

Le principal exemple de message fréquent provenant du standard est « l'appel a changé ». Un appel urgent doit être pris en charge, le médecin est détourné de son itinéraire, réduisant ainsi au maximum le délai pour le patient qui doit être vu en

urgence. Le centre d'appel peut aussi envoyer au médecin : « en attente, dyspnée, homme 58 ans à Jarville ». Le médecin essaie d'accélérer, si possible, la visite en cours pour prendre plus vite en charge le patient suivant. Enfin, pour toute autre information à transmettre au médecin, l'utilisation du PDA permet de ne pas perturber le déroulement de la visite, il peut s'agir d'une pharmacie ou d'un médecin traitant souhaitant être appelés.

Le médecin, au cours de sa visite, pourra adresser un message au standard comme : « trois patients à voir » (contre 1 prévu initialement). Le temps nécessaire estimé avant d'être disponible pour la prochaine intervention est ainsi réévalué par les permanenciers.

Par ailleurs, le Pocket PC peut être le support informatique de la base de données du Vidal.

D'une manière générale, le Pocket PC, intégrant les fonctions de téléphonie avec accès au GPRS, et d'ordinateur de poche est une interface sophistiquée entre le médecin et le centre d'appels. Il permet d'augmenter la rapidité et la qualité de l'activité médicale.

3.3. Le traitement d'un appel provenant au standard

3.3.1 La réception de l'appel et son premier niveau de régulation

Lorsqu'un patient contacte le centre d'appels de SOS Médecins Nancy, il est mis en relation avec un permanencier, qui tient le rôle de pré-régulateur. Une fiche d'identité est établie, précisant les nom, prénom, âge, sexe, adresse, numéro de téléphone. Dès l'obtention du motif d'appel, et des antécédents, voire du traitement du patient, le degré d'urgence est rapidement évalué.

Dans les cas où le standardiste juge qu'il existe une urgence, une douleur intense ou encore une situation engendrant une anxiété majeure, voire dangereuse pour le patient ou son entourage, plusieurs situations se présentent :

-l'urgence apparaît comme vitale et relevant d'une possible intervention SMUR : le permanencier contacte directement le SAMU Centre 15 avec lequel il est interconnecté au moyen d'une ligne privilégiée. L'appel sera ainsi traité par le médecin régulateur.

Des protocoles d'accord bientôt officialisés et déjà effectifs concernent les visites que le SAMU demande à SOS Médecins de réaliser, ils seront précisés dans la partie concernant les partenaires privilégiés de SOS Médecins Nancy (II, 3.2)

-le degré d'urgence paraît élevé : la visite est prioritaire et sera réalisée par le premier médecin disponible, qui au besoin se détournera de son trajet en cours. A tout moment, les médecins de permanence sont joignables, par téléphone, pour réguler les appels dont il convient d'affiner le niveau d'urgence.

Sont concernés, entre autres, les patients présentant une douleur thoracique suspecte d'angor ou d'embolie pulmonaire, des palpitations suspectes de troubles du rythme cardiaque, un malaise avec perte de connaissance, une dyspnée, un trouble de la conscience ou un déficit neurologique focalisé, une agitation ou une agressivité, une plainte mal décrite par l'appelant et source d'anxiété majeure, un trouble de l'humeur comme une dépression avec menace de tentative de suicide.

-dans les situations où la visite est médicalement justifiée, mais non urgente, le permanencier indique au patient un délai d'attente approximatif, estimé en fonction de l'importance de l'activité médicale en cours. Cette visite est attribuée à un des médecins de garde sur le secteur. Le choix du médecin se fait en fonction de sa localisation géographique connue au moment de l'appel.

Lorsque les appels ont tous le même degré d'urgence, les visites s'effectuent de proche en proche, en essayant toutefois de respecter les délais annoncés. Par ailleurs, les âges extrêmes constituent un critère de priorité.

Ainsi, le centre d'appels de SOS Médecins Nancy permet :

- un temps d'attente diminué et annoncé pour les patients ;
- un premier niveau de régulation avec une bonne adaptation de la réponse parmi le conseil téléphonique, l'intervention d'un médecin, la transmission au SAMU si besoin ;
- au médecin d'avoir toutes les informations utiles concernant la visite attribuée, en se concentrant sur ses visites en cours.

3.3.2 L'envoi de l'appel vers le médecin et un deuxième niveau de régulation possible

De manière continue, s'affiche en bas de l'écran, le nombre de visites « en attente », ainsi que le nombre de médecins de garde. Il est par ailleurs possible, en faisant afficher une autre page, de connaître le nom et le statut des collègues de garde. Un code couleur indique, en face de chaque nom, si le médecin est arrivé au domicile de son patient ou s'il est encore en route. Ce peut être utile pour éviter de le déranger pendant sa visite lorsqu'il est nécessaire de le joindre.

Lorsque la fiche du patient est envoyée au médecin, il clique sur la zone d'« acquittement ». Ainsi, un premier retour d'information est adressé au standard puisque le permanencier vérifie que le médecin a pris connaissance des renseignements nécessaires et se rend chez son patient.

De manière synthétique, le médecin découvre le motif d'appel de son patient. S'il le juge nécessaire, il peut l'appeler, avant son arrivée au domicile. Les fonctions du logiciel MCC Mission, couplées à la téléphonie du Pocket PC facilitent cet appel en cliquant sur une zone spécifique. Le médecin pourra ainsi approfondir l'anamnèse, devant, par exemple, une notion d'agitation, d'agressivité, ou de trouble de la conscience, ou bien encore de dyspnée aiguë évoquant une insuffisance respiratoire aiguë.

3.3.3. L'arrivée du médecin chez le patient

L'écran suivant contient la zone « sur place » sur laquelle le médecin clique dès son arrivée. Le standard visualise simultanément, sur une carte, sa position, comme celle de tous les médecins de l'équipe déjà au domicile d'un malade.

Notons par ailleurs, que les heures d'appel des patients, de transmission de la visite au médecin, ainsi que de réception par le médecin et d'arrivée sur les lieux sont toutes enregistrées et archivées, ce qui représente un intérêt médico-légal et statistique.

Lorsque le temps d'intervention dépasse une demi-heure, le permanencier appelle le médecin et vérifie que sa sécurité n'est pas en danger. Par ailleurs, le médecin dispose d'une touche d'alerte en urgence, d'accès très simple sur son Pocket PC, faisant ainsi immédiatement déclencher les secours par le standard, en cas d'agression, par exemple.

3.3.4. La fin de l'intervention

A l'issue de la visite médicale, le médecin remplit un compte-rendu, toujours informatisé, facilité par l'utilisation des menus déroulants.

Le compte-rendu comporte les menus suivants, offrant chacun une liste de choix :

-constantes : pouls, TA, température, SpO₂, fréquence respiratoire.

-gestes réalisés : injection intra veineuse, injection intra musculaire, ECG, peak-flow, oxygène, nébulisation, glycémie capillaire, bandelette urinaire, pansement.

-diagnostic → liste de spécialités → liste de diagnostics couramment rencontrés au cours de l'activité spécifique.

-traitement immédiat et prescrit en relais.

-type d'appel côté de 1 à 5 :

1 : demande de certificat, visite abusive, acte administratif.

2 : acte de médecine générale.

3 : visite SOS, nécessitant la réalisation d'un geste à domicile.

4 : recours au SMUR.

5 : décès du patient avant l'arrivée du médecin.

-devenir du patient : laissé sur les lieux, soins à domicile, hospitalisé, examens complémentaires, consultation de spécialiste en ville, décédé.

-intervenant : sapeurs-pompiers, ambulance privé, SMUR, taxi, moyens personnels.

-provenance de l'appel : médecin traitant (MT) absent, MT indisponible, MT non appelé, pas de MT, permanence de soins. Cet item est intitulé « provenance » mais renseigne en fait sur la raison de passer par un médecin SOS.

-règlement (facultatif)

-commentaire libre, ce qui permet d'apporter plus de précision à ce compte-rendu.

Voici l'exemple d'un compte-rendu après une visite effectuée pour une dyspnée :

- TA =130/80
- Pouls = 85/mn
- Température =37.5 °C
- SaO2 = 88%
- Peak-Flow, Oxygène, nébulisation, ECG ;
- Pneumologie : exacerbation de BPCO ;
- Relais par aérosol de terbutaline, ipratropium, prednisolone et amoxicilline per os.
- Examens complémentaires (cf commentaire libre)
- Permanence des soins
- Commentaire libre : ECG normal, après aérosol de terbutaline et ipratropium: SpO2 = 95 %, peak-flow = 320, bronchorée purulente, RP en ville.
- V(visite) + MDD (majoration de samedi après midi) + K6.5+K5 (ECG)

Dès sa validation, ce compte-rendu est archivé dans le disque dur du standard. Pendant une heure, il reste modifiable par le médecin ayant effectué la visite. Cette observation est transmise au SAMU 54 si la visite fait suite à sa régulation, soit

oralement, soit en ligne par un accès sécurisé au serveur Internet de SOS Médecins. Elle peut être envoyée sous forme de courriel au médecin traitant du patient s'il en a donné son accord. Par la suite, le médecin qui a effectué la visite aura accès à son propre compte-rendu, depuis chez lui, en ligne sur son ordinateur personnel, au moyen d'un accès sécurisé, mais ne pourra plus le modifier, ce qui est important d'un point de vue médico-légal. Un autre médecin de l'équipe, qui effectuera une visite à une autre date chez le même patient pourra consulter, sur son Pocket PC, les données archivées par son confrère. Il est très utile de savoir quels étaient les diagnostics posés, et les traitements qui ont ou soulager le patient, ainsi que leurs doses.

Les comptes-rendus informatisés sont volontairement succins. Ils forment un historique des visites des patients, permettant de retracer l'évolution d'une pathologie. On mettra ainsi en évidence les récurrences rapprochées de crises d'asthme, par exemple. Les renseignements cliniques sont brefs. Beaucoup de médecins de l'équipe utilisent parallèlement un dossier papier qu'ils remplissent lorsque la pathologie rencontrée est lourde, ou lorsque plusieurs hypothèses diagnostiques ont été formulées, ou bien encore lors d'un refus d'hospitalisation de la part d'un patient.

Les comptes-rendus sont aussi la base des données statistiques et épidémiologiques. Enfin, ces données archivées aident à dépister rapidement les abus du recours à la visite à domicile, contre lesquels l'obligation de passer par la régulation du SAMU peut être imposée au patient.

II ACTIVITE MEDICALE DE SOS MEDECINS NANCY

1. LE BILAN STATISTIQUE DE L'ANNEE 2005

1.1. Le nombre de visites et le nombre d'appels au standard

1.1.1 Bilan annuel et variations mensuelles

Au cours de l'année 2005, le standard de SOS Médecins Nancy a reçu 28 907 appels, aboutissant à 25 665 visites et conseils téléphoniques.

Le nombre d'appels et de visites varie au cours de l'année comme l'illustre la figure 1.

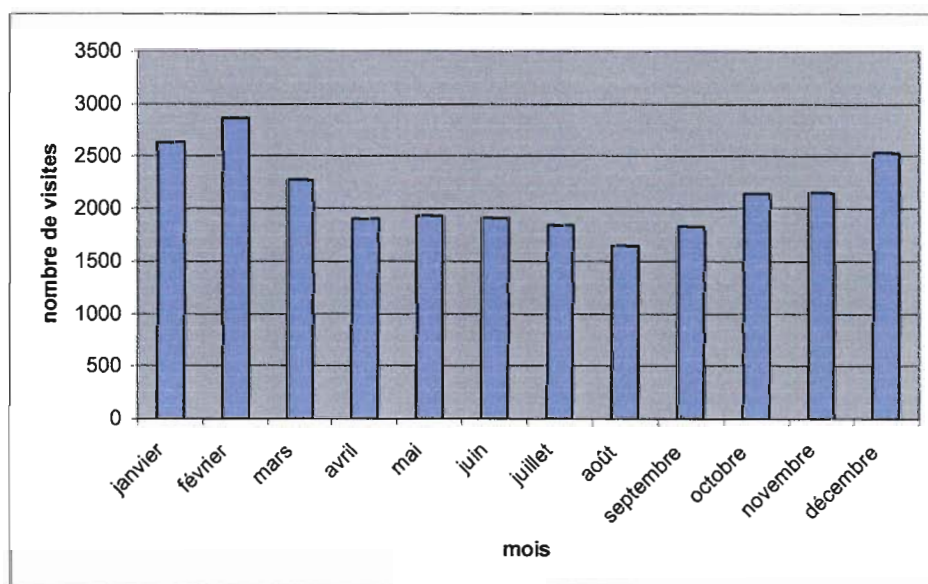


Figure 1. Répartition mensuelle du nombre de visites du 1^{er} janvier au 31 décembre 2005 SOS Médecins NANCY. Sources : Médi'Call Concept.

On constate une croissance régulière de l'activité depuis la fin de l'été jusqu'à la fin de l'hiver, avec un pic en février (2870 visites). L'activité décroît depuis la fin de

l'hiver jusqu'au milieu du printemps puis montre une relative stabilité jusqu'à la fin de l'été. L'activité la plus faible est rencontrée en août (1649 visites).

Cette variation est très probablement en rapport avec les variations saisonnières d'incidences des pathologies infectieuses ORL, pulmonaires et gastro-entériques, même si l'infectiologie ne représente qu'une partie des motifs d'appels, comme nous le verrons.

1.1.2. Evolution au cours des 3 dernières années

En 2003, SOS Nancy a traité 21 304 appels, correspondant à 19 106 visites et conseils téléphoniques. En 2004, on comptait 24 393 appels parvenus au standard, aboutissant à 21 812 visites et conseils téléphoniques.

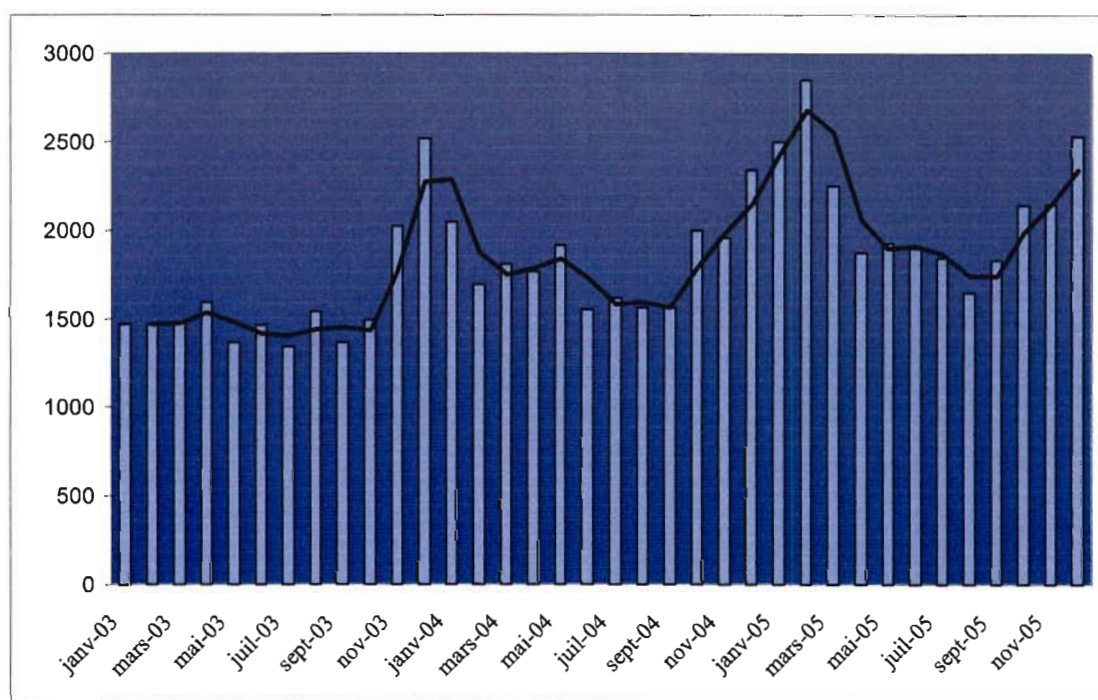


Figure 2. Evolution de l'activité globale sur la période du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2005
SOS Médecins Nancy. Sources : Médi'Call Concept.

L'augmentation du nombre de visites au cours de ces trois années consécutives est de 34,33 %.

On constate qu'au cours de ces trois années l'activité la plus forte concerne l'hiver. Le pic du nombre de visites effectuées a eu lieu en décembre 2002 (non visible sur ce graphique) et décembre 2003 (2517 visites), alors qu'on le retrouve en février en 2005.

1.1.3 Les appels n'aboutissant pas à une visite à domicile

Durant l'année 2005, le standard de SOS Médecins Nancy a traité 3 242 appels qui n'ont pas abouti à une visite à domicile. Cela représente 11,2 % du total des appels sur la période étudiée. A l'issue de ces appels, la décision de ne pas envoyer un médecin chez les patients pouvait être celle du patient lui-même ou celle de l'association de permanence de soins, par l'intermédiaire du centre d'appel.

Comme le montre la figure 3, plus de la moitié (51%) des appels sans visite correspondent à une demande inadaptée au rôle de SOS Nancy.

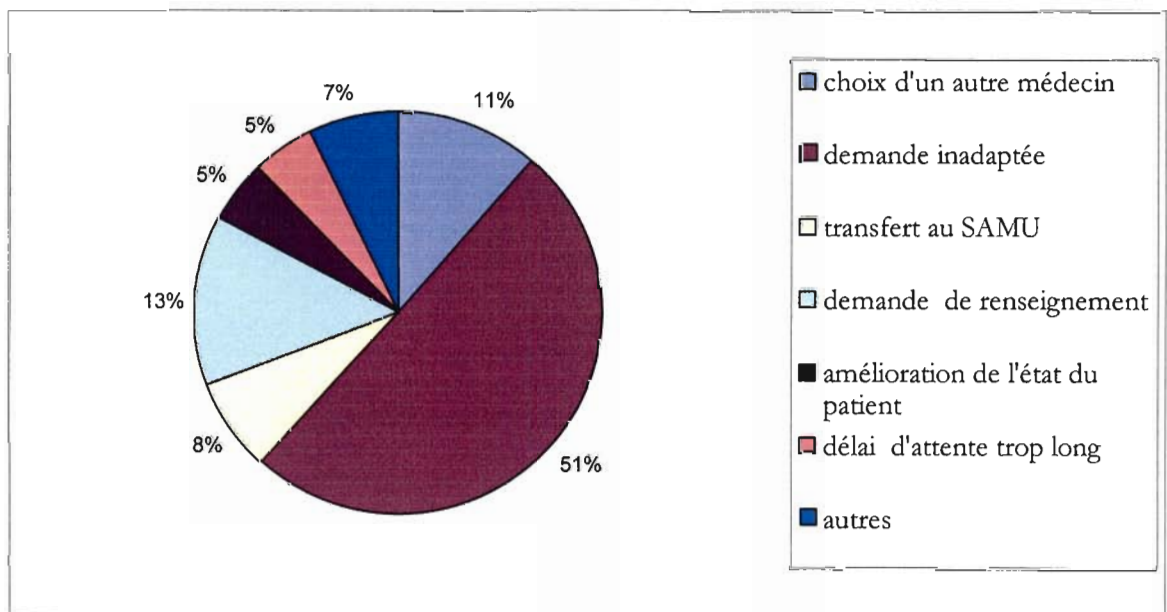


Figure 3. SOS Médecins Nancy : les motifs d'annulation et d'abstention de visite à domicile sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2005. Sources : Médi'Call Concept.

Ces appels concernent une ou plusieurs de ces demandes ou situations :

- une demande d'arrêt de travail pour un patient déjà vu par son médecin traitant.
- une demande de renouvellement de traitement chronique sans contexte de trouble aigu ni d'aggravation récente.
- une exigence de prescription de benzodiazépine ou autre psychotrope.
- le patient absent à l'arrivée du médecin à son domicile.
- une demande de conseil téléphonique d'un patient non vu préalablement en visite.
- un patient mineur seul au domicile.
- le refus du patient de voir un médecin, après l'appel d'un tiers.
- l'appel d'un patient signalé comme ayant recours de façon abusive à la visite des médecins SOS.
- un patient devant s'absenter ou rejoindre ultérieurement son domicile.
- une demande d'acte infirmier.

Par ailleurs, la situation géographique ou familiale du patient est parfois un obstacle au déclenchement d'une visite à domicile :

- le domicile du patient se situe en dehors du secteur d'intervention.
- l'intervention concerne la voie publique.

Parmi les autres appels n'aboutissant pas à une visite, signalons que 8% d'entre eux ont été transféré à la régulation du SAMU, selon des protocoles décrits à la partie 3.2 de ce chapitre.

En outre, certains patients (11%) décident pendant ou après leur appel de voir un autre médecin, qu'il s'agisse de leur médecin de famille ou de se rendre

immédiatement à l'hôpital, ou bien encore qu'ils aient fait appel au SAMU qui déclenchera les moyens de son choix.

Enfin, les demandes de renseignements, comme l'adresse de la pharmacie ou du cabinet médical de garde, et les annulations en raison d'une amélioration de l'état du patient concernent respectivement 13% et 5% des appels sans visite ; les rappels et les annulations de visite en raison d'un délai trop long d'attente représentent 5% des appels n'ayant pas abouti à une visite.

1.2. La provenance des appels

Le standard de SOS Médecins est joignable 24 heures/24. Les appels proviennent des particuliers eux-mêmes, des structures d'accueil (telles que maisons de retraites, foyers pour personnes handicapées, foyers à caractère social, établissements scolaires, centres maternels, cliniques de soins de suite), des médecins traitants, du SAMU, ou de la police et de la gendarmerie.

Près des trois quarts (72 %) des appels proviennent des particuliers vivant à leur domicile.

Dans 3% des cas, les patients se sont adressés au SAMU centre 15 qui leur a transmis le numéro d'appel du standard de SOS Médecins, qu'ils devront contacter eux-mêmes.

Les appels provenant de la régulation médicale du SAMU ou de Médigarde représentent 12% de l'ensemble de l'activité.

Les médecins de SOS Médecins Nancy n'interviennent pas dans des zones situées à plus de vingt minutes d'un SMUR. Leur exercice n'est pas assimilable à celui des

Médecins Correspondant du SAMU (MCS) des zones rurales. Par conséquent, les médecins de SOS Nancy envoyés au domicile du patient après régulation par le SAMU Centre 15 ne précèdent pas a priori l'intervention d'un SMUR. Le médecin effecteur de la visite transmettra systématiquement son bilan médical au médecin régulateur, que les suites soient hospitalières ou non. Il peut alors demander, ou non, des renforts par un SMUR.

Les foyers et maisons de retraites son faiblement représentés avec seulement 6 % du total des appels.

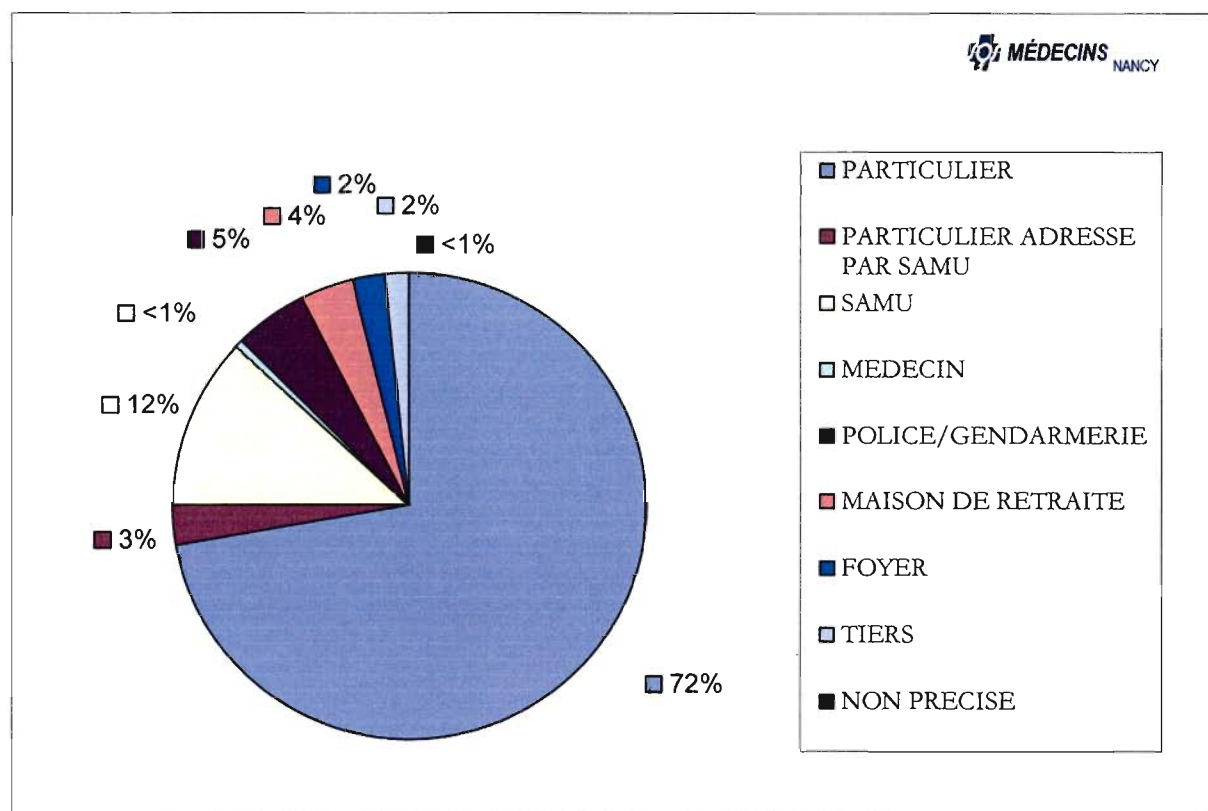


Figure 4. SOS Médecins Nancy : provenance des appels du 1^{er} janvier au 31 décembre 2005.
Sources : Médi'Call Concept.

1.3. La répartition horaire des visites à domicile

1.3.1 Les périodes de continuité des soins et de permanence de soins

Deux grandes périodes se distinguent dans l'activité médicale de SOS Médecins, à savoir la continuité des soins et la permanence de soins.

La période de continuité des soins comprend les journées de semaine, dont le samedi, de 8h à 20h. Toutes les autres plages horaires correspondent à la période de permanence de soins. Nous y distinguerons différentes périodes : le week-end (de 8h à 20h le dimanche, auquel nous ajoutons le samedi de 12h à 20h car les cabinets médicaux sont fermés), et les nuits. Celles-ci se divisent en deux périodes, selon les termes des conventions avec les caisses d'assurance maladie : de 20h à minuit et de 6h à 8h d'une part, et le milieu de nuit d'autre part, qui s'étend de minuit à 6h.

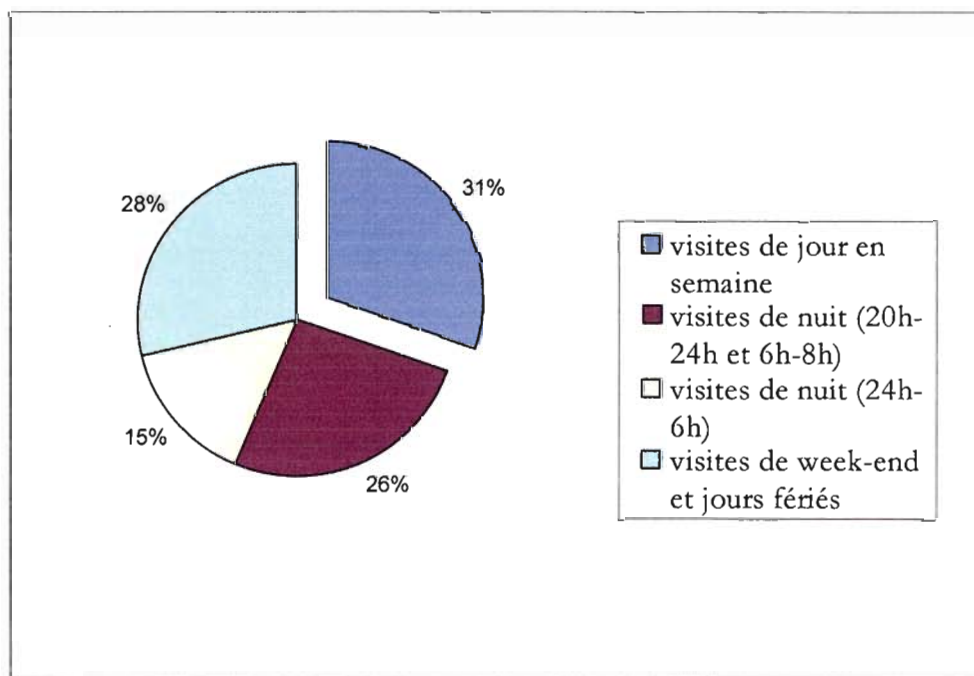


Figure 5. SOS Médecins Nancy: Répartition des visites sur la période d'appel du 1 janvier 2005 au 31 décembre 2005. Sources : Médi'Call Concept.

On note que la part d'activité de jour en semaine n'atteint pas le tiers de l'activité globale, alors qu'en durée, cette période correspond à 38% d'une semaine complète. L'activité de nuit est importante puisqu'elle égale l'activité de journée en semaine.

La période de permanence des soins, nuits et week-end, est celle où SOS Médecins Nancy effectue 69 % de son activité alors qu'elle couvre 61 % du temps de la semaine complète. SOS Médecins Nancy a décidé de privilégier la permanence de soins car ce sont les moments où les cabinets médicaux sont fermés et une structure de ce type se doit donc d'assurer une présence médicale jusqu'à leur réouverture. Ceci évoque la complémentarité, et non pas la concurrence, avec les cabinets de médecine générale.

1.3.2. Répartition horaire des visites au cours de la journée et comparaison aux variations de l'effectif médical de SOS Médecins Nancy

Comme le montre la figure 6, c'est à partir de 7 heures que le nombre d'appels augmente rapidement, lorsque les patients sont réveillés et souhaitent un avis médical avant que ne débutent le travail pour les adultes, et, l'école ou la garde par une nourrice, pour les enfants. L'activité est croissante jusqu'au milieu de matinée pour atteindre un pic entre 8 h et 10 heures, avant de baisser jusqu'à midi.

Entre 12h et 15h le nombre d'appels est relativement stable.

A partir de 16 heures l'activité augmente à nouveau jusqu'au deuxième pic constaté en moyenne entre 19h et 21h sur la période étudiée. C'est l'heure à laquelle

la grande majorité des patients sont rentrés chez eux mais ne peuvent plus bénéficier des soins en cabinet de ville.

Le nombre d'appels baisse régulièrement de 20h à 4h, la plage horaire de 4h à 6h représentant la période de plus basse activité moyenne.

Le nombre de médecins sur le terrain suit cette variation du volume de demande au cours d'une période de 24 heures. Cette correspondance de demande des patients et d'effectif médical est illustrée à la figure 6. Les visites durent souvent plus longtemps la nuit, ce qui amène à augmenter l'effectif à 4 médecins dès 20 heures et ce, jusqu'à minuit.

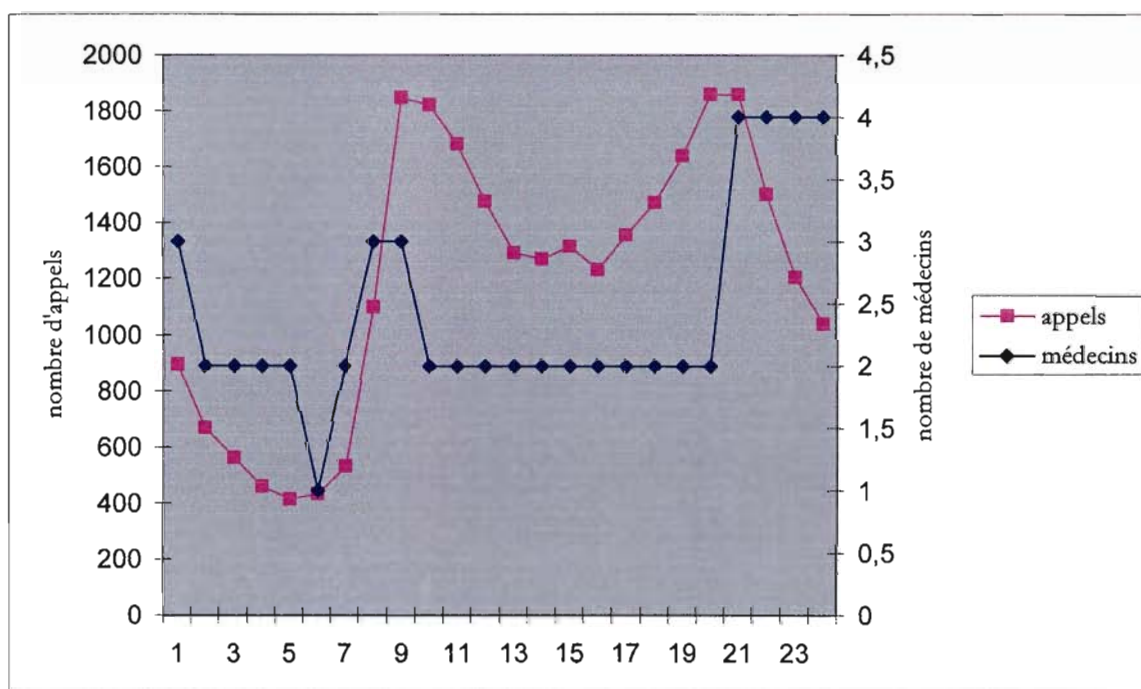


Figure 6. SOS Médecins Nancy : évolutions comparées du nombre d'appels et du nombre de médecins sur le terrain sur la période du 1 janvier 2005 au 31 décembre 2005.
Sources : Médi'Call Concept.

Les médecins d'astreintes, n'apparaissent pas sur ce graphe ; ils renforcent en permanence les effectifs.

Les appels en seule provenance de la régulation médicale de Médigarde et du SAMU suivent une distribution différente de la distribution globale des appels, illustrée à la figure 7. Le pic de demande se situe entre 20h et 22h, c'est-à-dire dès le début de la mise en place de la régulation médicale libérale. Cela correspond également au début de la période non couverte par les médecins exerçant en cabinet.

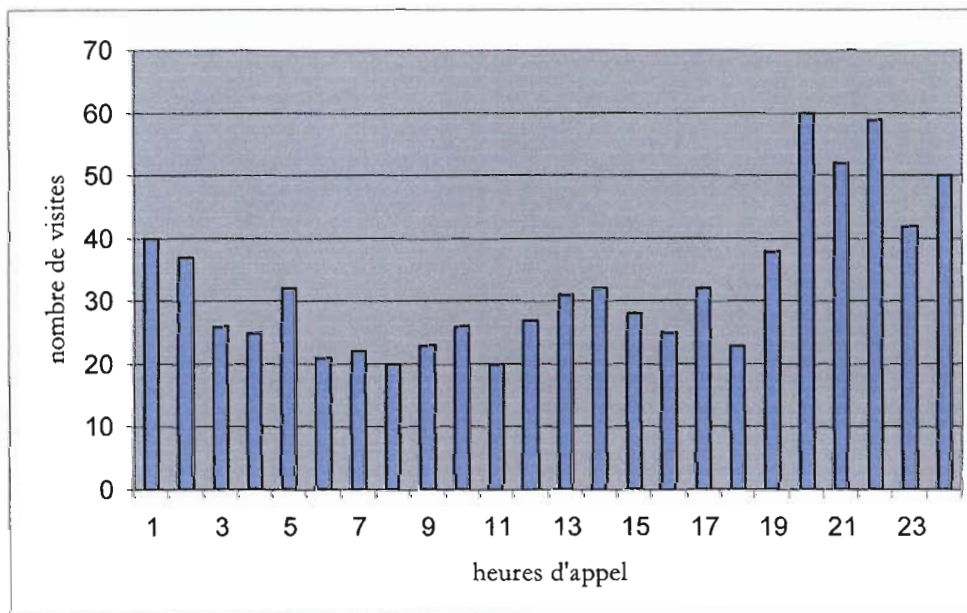


Figure 7. SOS Médecins Nancy : Répartition des visites au cours de 24 heures après appels en provenance du SAMU et de la régulation libérale, sur la période du 1 janvier 2005 au 31 décembre 2005. Sources : Médi'Call Concept.

1.4. Age et sexe de la population vue en visite à domicile

La répartition des classes d'âge des patients vus en visite est illustrée à la figure 8.

La pédiatrie (enfants de moins de 15 ans) représente 30 % des appels, 19 % de patients ont plus de 65 ans. On compte 22% de nourrissons et d'enfants en bas âge de moins de 5 ans. Cette proportion importante reflète la prudence légitime des

parents pour leurs enfants. La fièvre est une source d'inquiétude pour les parents, et un des motifs principaux d'appel pour les malades de cette classe d'âge.

Les adultes de 15 à 65 ans représentent la majeure partie (51%) de la population vue par SOS Médecins.

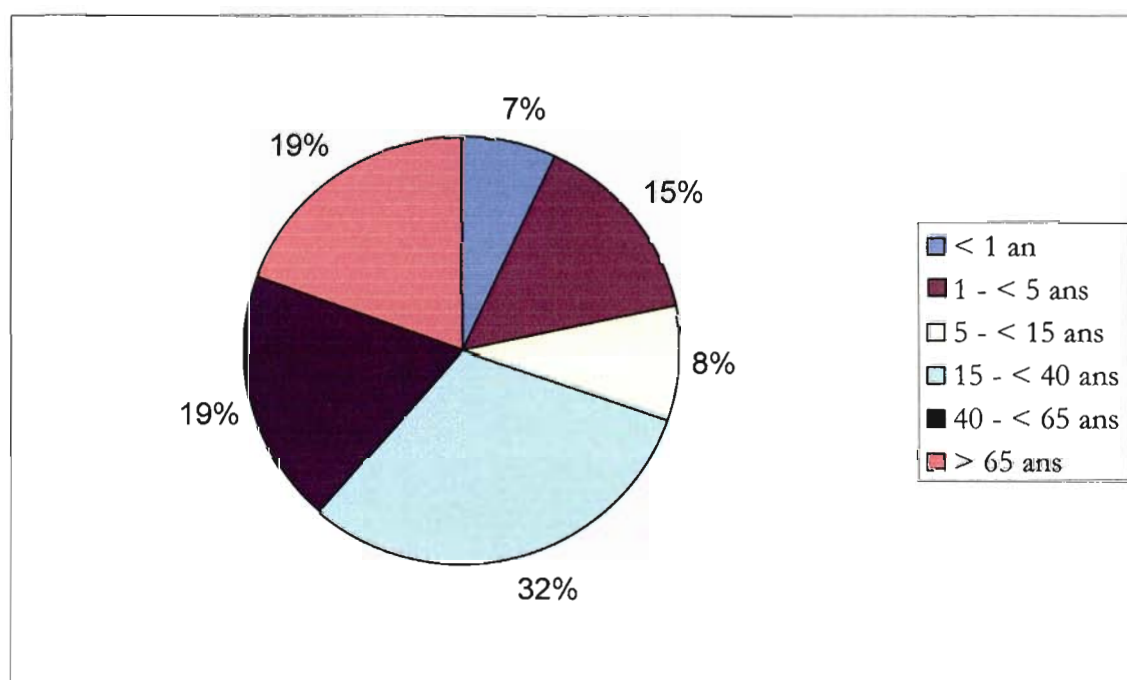


Figure 8. SOS Médecins NANCY : Répartition des patients par classes d'âge, du 1 janvier 2005 au 31 décembre 2005. Sources : Médi'Call Concept.

Durant l'année 2005, les hommes représentaient 40,1% des patients vus en visite et 59,9 % des malades étaient des femmes. Notons que les statistiques disponibles ne renseignent sur le sexe des patients que pour les adultes de plus de 18 ans.

1.5. Les délais d'intervention

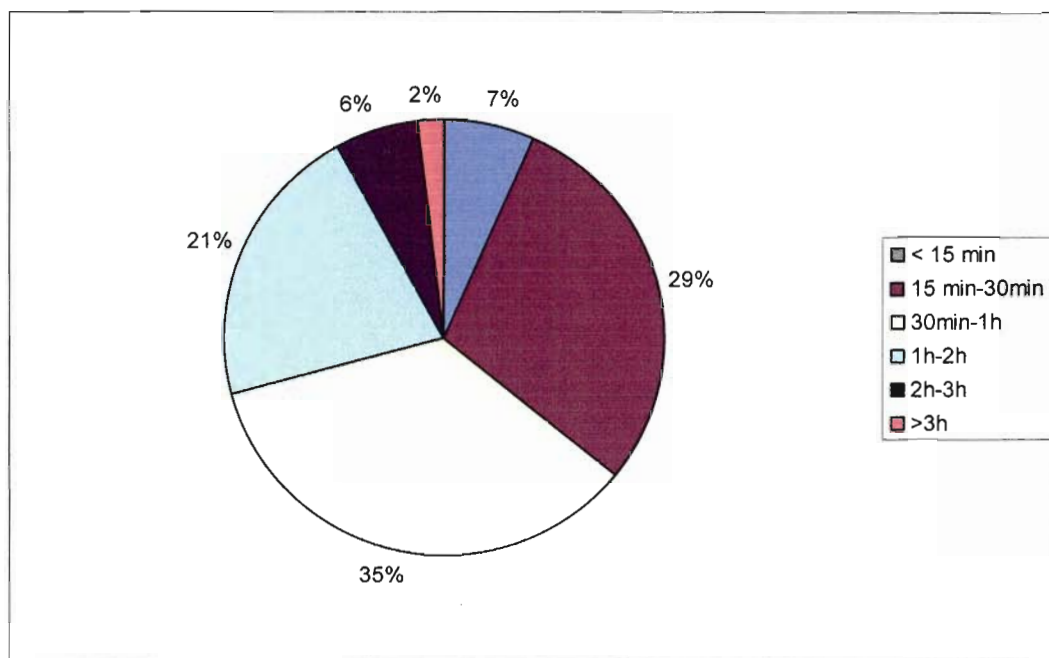


Figure 9. SOS Médecins NANCY : Délais d'intervention de jour, pour la CUGN et le secteur de Saint-Nicolas-de Port sur la période du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2005.
Sources : Médi'Call Concept.

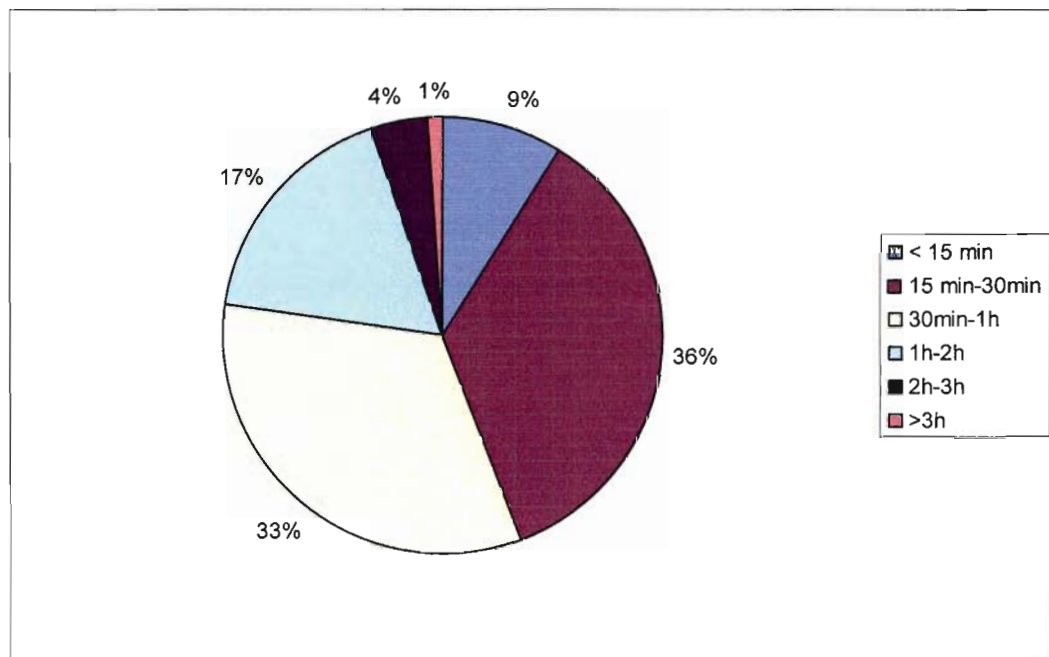


Figure 10. SOS Médecins NANCY : Délais d'intervention de nuit, pour la CUGN et le secteur de Saint-Nicolas-de Port sur la période du 1 janvier 2005 au 31 décembre 2005.
Sources : Médi'Call Concept.

La figure 9 nous montre le détail des délais d'intervention moyens de jour, de 8h à 20h. On note que 71% des appels aboutissent dans l'heure suivant l'appel à une visite à domicile. Seuls 8% des patients sont vus au-delà des 2 heures qui suivent leur appel.

Durant la nuit de 20h à 8h, les délais d'intervention sont écourtés grâce au faible trafic routier, aux facilités de stationnement en ville et au plus faible volume d'appels (fig10). Près d'un patient sur deux (45%) est vu par un médecin dans la demi-heure et 78% d'entre eux reçoivent la visite de SOS Nancy dans l'heure. Seulement 5 % des malades devront attendre un médecin plus de deux heures.

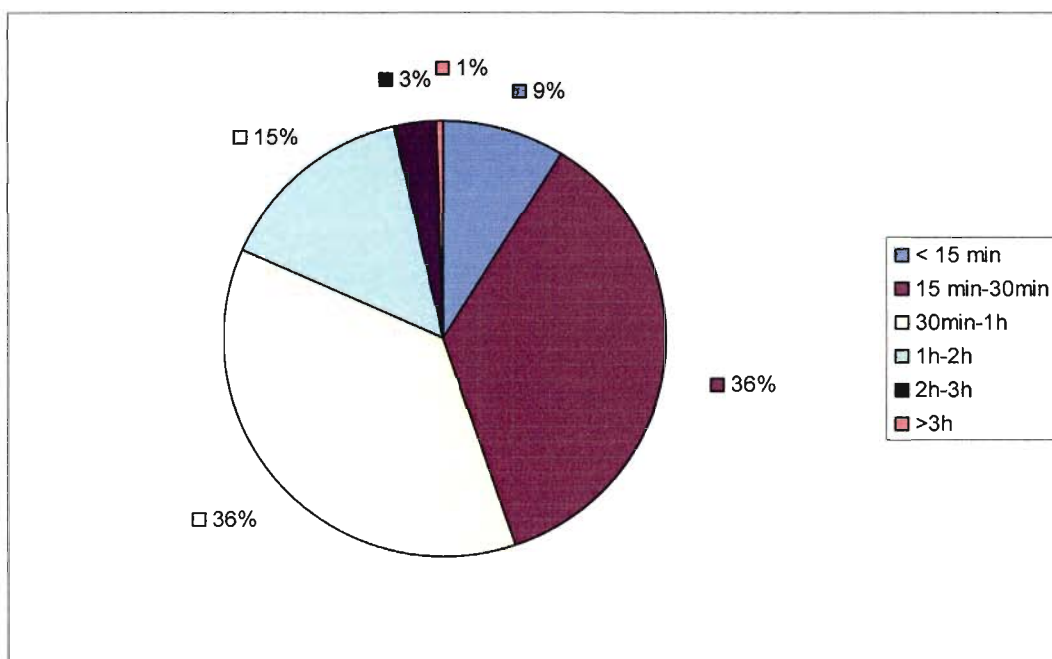


Figure 11. SOS Médecins Nancy : Délais d'intervention de nuit pour les appels en provenance du SAMU, pour la CUGN et le secteur de Saint-Nicolas-de Port, sur la période du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2005. Sources : Médi'Call Concept.

Lorsque la visite fait suite à une demande du SAMU, les délais de nuit sont sensiblement les mêmes que pour l'ensemble des appels de nuit sur la période étudiée (fig 11).

De manière générale, les délais d'intervention sont plutôt courts. Notre étude ne peut cependant pas montrer le détail des délais pour chaque motif d'appel, ce qui pourrait mettre en évidence le travail de régulation et de hiérarchisation des demandes, opéré par SOS Médecins Nancy et son centre de réception des appels.

1.6. Les motifs d'appel

La souplesse du système informatique de communication entre le centre d'appels et les médecins de garde permet de connaître les motifs d'appel des patients en reprenant l'expression de leur plainte selon leur formulation propre. Ainsi, les motifs d'appel sont extrêmement variés, ce qui rend difficile leur étude statistique. Nous les avons regroupé par spécialités de manière arbitraire, permettant uniquement de simplifier cette étude. Cette répartition ne préjuge pas du diagnostic posé à l'issue de la visite. Elle ne reflète donc pas exactement l'activité effectuée.

Un motif comme la fièvre peut aboutir, selon les cas, aux diagnostics de pneumopathie, de méningite ou de pyélonéphrite ou bien encore d'arthrite septique. De même, une migraine peut être diagnostiquée pour des motifs différents d'appels comme « céphalée », ou « vomissements ». Les motifs croisés d'appels de « fièvre et vomissements » peuvent aboutir au diagnostic de gastroentérite comme de méningite.

Un exemple particulièrement difficile concerne les malaises, qui regroupent un grand nombre de sensations d'étiologie et de gravité diverses. Ils sont classés de manière arbitraire avec les troubles supposés d'origine cardiaque.

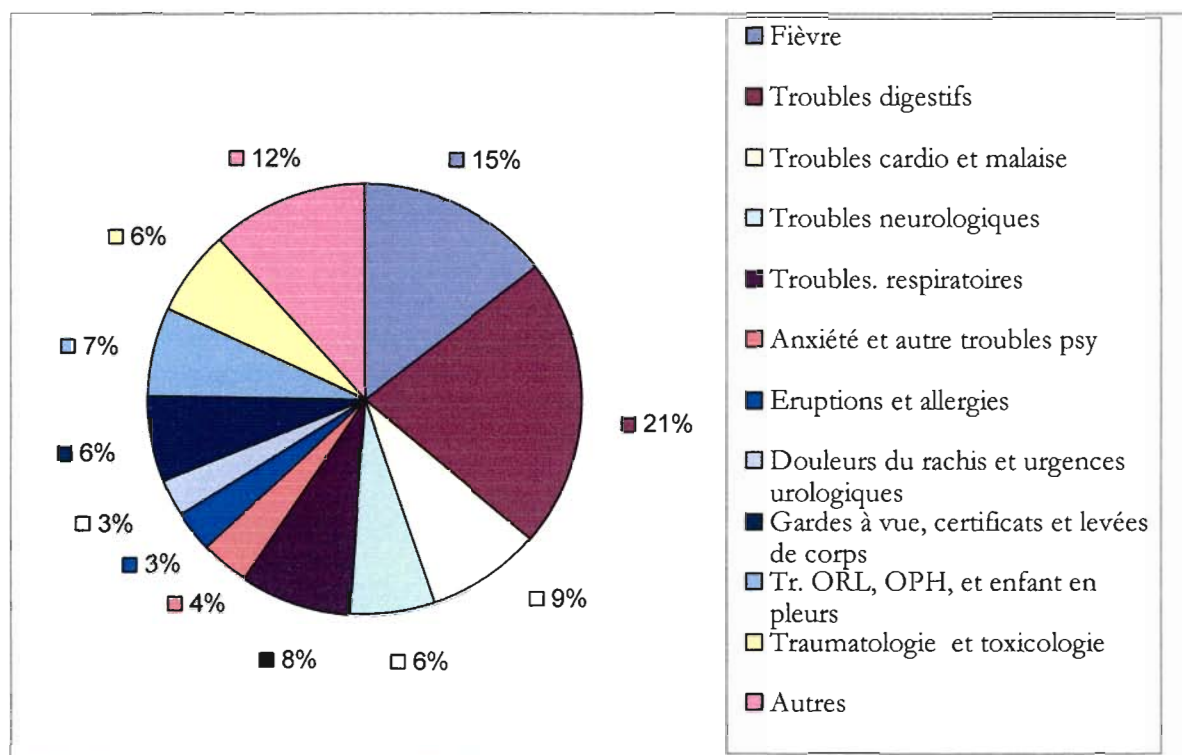


Figure 12. SOS Médecins Nancy. Répartition des motifs d'appel selon spécialités, pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2005. CUGN et Communauté de Communes de Saint-Nicolas de Port. Sources : Médi'Call Concept.

La fièvre est le motif d'appel de près d'1 patient sur 6 (15%). Les troubles digestifs concernent la demande d'avis et d'aide médicale de plus d'1 malade sur 5 (21%).

Les troubles supposés d'ordre neurologique, respiratoire, et cardiologique totalisent près d'un quart des motifs d'appel (24 %).

L'activité en relation avec la police et la gendarmerie regroupe les certificats de compatibilité avec le maintien en garde à vue en geôle et les levées de corps. Elle représente une part importante de l'activité avec 6% du total, s'il on y ajoute les certificats de décès et les quelques demandes de certificats de coups et blessures, non détaillées ici, beaucoup plus rares.

Le graphe de la page suivante propose une répartition des principaux motifs d'appels, présentés par signes, par syndromes ou par appareil, ou encore par entité nosologique, ainsi que leurs effectifs.

Les trois premiers motifs d'appels sur la période étudiée, tout âge confondu, sont la fièvre (3645 appels) les douleurs abdominales (3046 appels) et la toux (2932 appels).

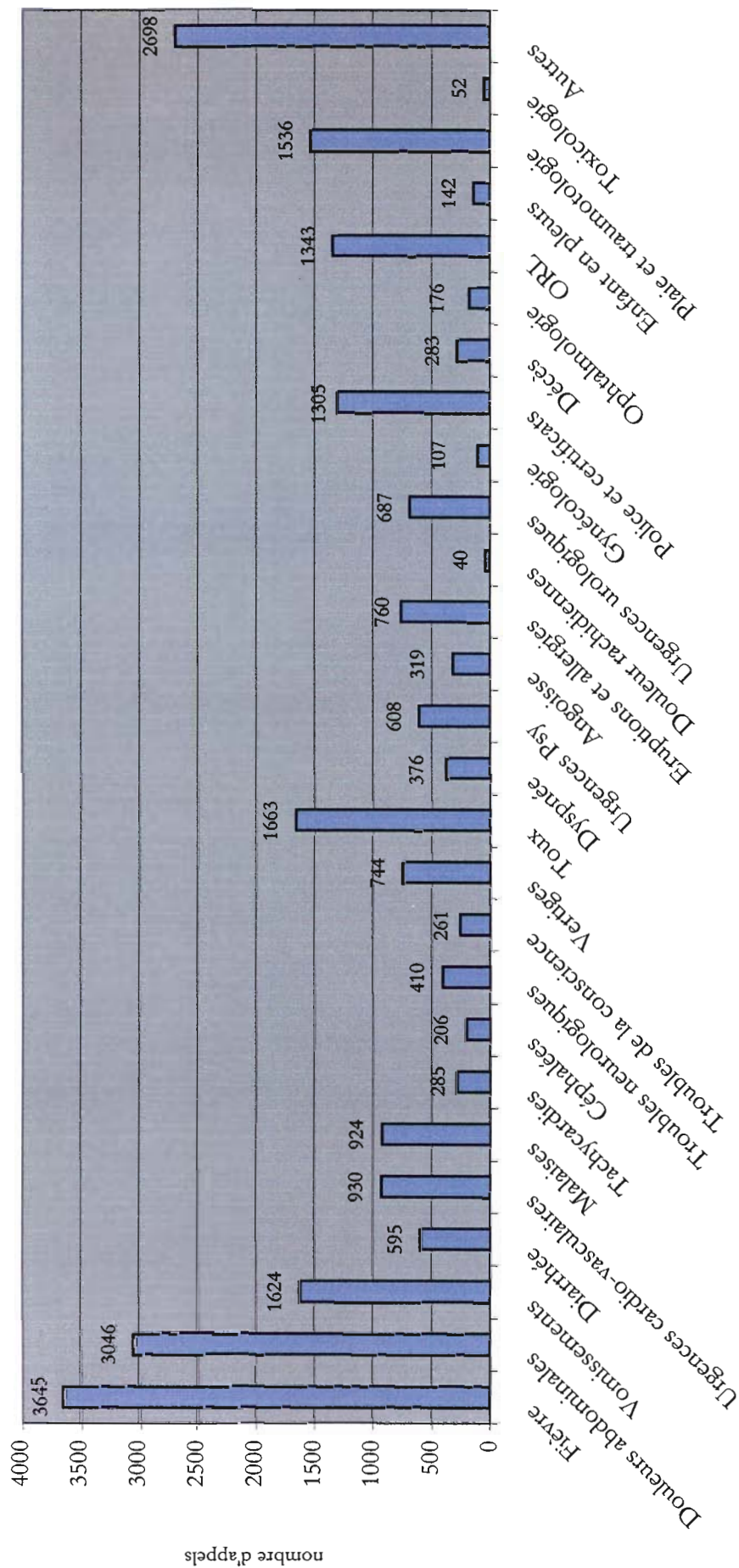
Parmi les principaux motifs de recours à SOS Médecins Nancy, citons également les vomissements(1624 appels), les plaies, les demandes de sutures et autre cause traumatologique (1523 appels) et les pathologies de la sphère ORL, le plus souvent d'ordre infectieux et bénin.

Notre rubrique «urgences cardio-vasculaires» regroupe les douleurs thoraciques, les oedèmes des membres inférieurs, les suspicions de phlébite, d'ischémies aiguës. Elle est à la 8^{ème} place des motifs les plus fréquents de plainte des patients, correspondant à 930 appels. Les palpitations et les sensations d'irrégularité du pouls sont regroupées sous l'appellation « tachycardies ».

Les malaises et les vertiges correspondent respectivement à 924 et 744 appels, représentant les 9^{ème} et 10^{ème} motifs les plus fréquents de recours à un médecin de SOS Nancy durant l'année 2005.

Les troubles psychiatriques potentiellement urgents ont motivés 608 appels. Ils regroupent notamment 75 intoxications médicamenteuses volontaires, 11 demandes d'hospitalisations d'office et 169 demandes d'hospitalisation à la demande d'un tiers et 227 appels pour trouble dépressif.

SOS Médecins Nancy : principaux motifs d'appels
du 1er janvier au 31 décembre 2005
CUGN et secteur de saint-Nicolas-de-Port
Sources : Médi'Call Concept



Dans la rubrique « autres », sont regroupés les atteintes dermatologiques autres que les éruptions, les plaintes multiples ou difficilement identifiable par téléphone, les douleurs généralisées, les piqûres d'insecte, les troubles du sommeil, les douleurs dentaires etc.

Les demandes issues de la régulation médicale comportent une part plus importante de malaises et de troubles supposés cardiaques (16 % contre 9 %), de troubles anxieux et psychiatriques (8 % contre 4%), de troubles digestifs (24 % contre 20 %).

Les pathologies de la sphère ORL, l'ophtalmologie, les enfants en pleurs sont significativement moindre avec 3 % contre 7 % des motifs d'appel.

De même, la fièvre est moins souvent un motif de visite après régulation médicale (8 % contre 15 %).

Au total, les motifs d'appels sont très variés. Même s'il se dégage certaines prédominances, comme la fièvre, les douleurs abdominales ou encore la toux, leur étude ne préjuge ni des diagnostics, ni de la gravité des troubles rencontrés. Ils sont un reflet très parcellaire de l'activité de SOS Médecins Nancy. Aussi-nous a-t-il paru intéressant de décrire de façon plus qualitative l'activité médicale de l'association, afin d'en dégager certaines particularités. Nous avons tenté de montrer dans la partie qui suit en quoi son action était spécifique de la Permanence de Soins.

2. QUELQUES EXEMPLES DE PRATIQUES MEDICALES DE SOS MEDECINS NANCY

SOS Médecins est le principal effecteur de la permanence de soins et a pour but de compléter l'offre de soins déjà existante et d'assumer les urgences médicales ne relevant pas d'un SMUR. Son activité n'est ni celle d'un omnipraticien exerçant en cabinet, ni celle du SAMU. Les médecins qui y travaillent sont des généralistes rompus à l'urgence extrahospitalière. Leur formation leur permet de répondre aux demandes que résout couramment la médecine générale, mais ils sélectionnent cette demande d'après leur caractère urgent ou semi urgent et adaptent leur réponse à leur activité propre.

Tous les appels au standard de la structure ne constituent pas des motifs justifiés de visite à domicile, et toute détresse ne peut être résolue par un médecin seul chez un patient. En pratique, l'intérêt de la prise en charge régulière par un médecin traitant est souligné chaque fois que nécessaire auprès des patients. De même, le recours à l'hospitalisation et le renfort par les équipes SMUR est fréquent.

La visite à domicile est à la base de l'activité de SOS Médecins, nous en montrerons les avantages et les inconvénients. Nous aborderons ensuite le rôle des médecins SOS face aux urgences médicales. Enfin, nous montrerons quelques spécificités des pratiques médicales au domicile des patients.

2.1. La visite à domicile

2.1.1. Les avantages de la visite à domicile

a. Une nécessité médicale

L'état général d'un patient peut l'empêcher de se déplacer. On ne peut demander à un malade ressentant de violentes douleurs abdominales, par exemple. La mobilité réduite des personnes âgées ou des malades présentant des pathologies invalidantes impose que le médecin se déplace à son domicile.

Les contagions peuvent par ailleurs être limitées lorsque les patients ne se côtoient pas en salle d'attente.

b. Un lien social

Le médecin de terrain est un constituant essentiel du lien social pour de nombreuses personnes et sa mission est un acquis irremplaçable qui permet notamment de mieux faire face à des situations de crise sanitaire, voire sociale.

Il est difficile pour une jeune mère de se déplacer avec plusieurs enfants en bas âge lorsqu'elle est la seule adulte au domicile, en particulier la nuit.

L'expertise médicale sur le lieu de détresse, accessible à tous, est une exception française qu'il est fondamental de conserver. La visite à domicile offre la seule réponse possible pour maintenir un minimum de contact avec les personnes âgées, les handicapés et les populations en situation précaire : un médecin SOS consacre, en moyenne 20 % de son temps aux patients détenteurs d'une CMU et donc, souvent, d'un milieu socio-économique défavorisé. Plus généralement, la

visite à domicile est l'expression d'une médecine libérale à la portée de tous, et remboursée de plein droit en tant qu'acte médical.³⁵

Dans d'autres pays, les visites à domicile existent mais sont souvent effectuées par des services privés non conventionnés, donc beaucoup trop chères pour une majeure partie de la population.

c. Une aide au diagnostic

La visite à domicile présente, entre autres intérêts, celui de connaître le mode de vie du patient, son habitus mais également de rencontrer son entourage, ou au contraire, de constater son absence. En rencontrant les proches du patient, le médecin, en visite pour la première fois au domicile d'une personne âgée, par exemple, peut réunir de précieux renseignements qui le guident dans son raisonnement diagnostic mais aussi dans ses choix de prise en charge.

Le diagnostic au chevet du patient permet de mieux comprendre le malade et sa pathologie, contribuant ainsi à la prise en charge médicale de toutes les personnes éprouvant des difficultés à se déplacer du fait de leur état de santé, de difficultés familiales ou sociales, voire simplement de leur grand âge. En effet, l'environnement dans lequel vit le patient, peut influencer sur son état de santé (ex : allergies et animaux, tapis et chutes, alcool, tabac ...)

d. Une expression de la liberté du patient

Il faut souligner que le choix du patient de se rendre en consultation ou de solliciter une visite lui appartient et que nul ne peut lui dicter sa conduite, car nul ne maîtrise les critères médicaux, familiaux et sociaux qui la déterminent. S'il s'agit

d'une visite de confort, le déplacement devra être à sa charge³⁶, quelle que soit la catégorie sociale à laquelle il appartient. C'est aux médecins SOS de faire respecter cette règle élémentaire.

e. Une réponse à l'urgence ressentie

La notion d'urgence médicale peut être définie à partir des plaintes des patients et de leur entourage. Tout ce qui est ressenti comme exigence de soins ne pouvant souffrir le retard de la part du patient peut être qualifié d'urgence.

L'autre définition est basée sur les données objectivées par les professionnels de santé après anamnèse, examen physique et éventuels résultats d'examens complémentaires. Cette deuxième définition est toujours précisée a posteriori pour chaque patient c'est-à-dire lorsque le diagnostic positif est posé ou quand il existe des arguments objectivables de gravité.

On sait que la gravité ressentie et la gravité réelle ne sont pas toujours corrélées. Il serait cependant dangereux de minimiser a priori les plaintes des patients inquiets.

Une étude de 2003 réalisée par téléphone³⁷ a révélé des résultats intéressants sur la notion d'urgence ressentie. Dans cette étude rétrospective, 421 réponses étaient exploitables. Tous les patients avaient eu recours à une visite de SOS Médecins Nord-Seine-et-Marne. On a demandé aux patients quel avait été selon eux le degré d'urgence de leur demande, telle qu'ils l'avaient ressentie lors de leur visite. On retrouvait, 58 % de demandes à caractère « très urgent » et 13 % d'urgences dites « vitales ». Après analyse des mêmes 421 visites par les médecins de l'équipe, 15% des appels présentaient une urgence médicale réelle, soit près de 5

fois moins que le taux d'urgence présumée, totalisant 71 % de l'ensemble des visites.

En revanche, parmi les urgences ressenties comme vitales, 31% étaient identifiées comme urgentes après analyse médicale. Il existait donc une assez bonne appréciation de la part des patients et/ou de leur famille des réels besoins de soins immédiats. De plus, le taux global d'hospitalisation des patients visités de l'étude se montait à 11.6% alors qu'il était de 38 % lorsque l'urgence était ressentie comme vitale. Enfin, aucune hospitalisation n'avait été engagée pour les visites dont les patients jugeaient eux-mêmes qu'elles auraient pu attendre le lendemain. Une corrélation significative existait entre le degré d'urgence ressentie et le pourcentage d'hospitalisations.

Ces résultats suggèrent que la demande de soins en urgence d'un patient est à prendre systématiquement en compte. D'autre part, l'étude révèle qu'un examen clinique réalisé dans un délai bref s'avère bénéfique, puisque on retrouve, parmi les demandes des patients, des urgences réelles, aboutissant pour certaines à une prise en charge hospitalière.

f. Une réponse médicale de qualité pour un coût raisonnable

Le coût financier de la visite à domicile est une préoccupation majeure des Caisse d'Assurance maladie depuis un certain temps, avec pour objectif parfois évoqué, de les supprimer totalement. Ce but n'est sans doute pas accessible et serait dangereux dans de nombreux cas. Si des excès ont sans doute été à l'origine de cet état de fait, l'excès inverse est délétère aussi.

La visite n'est pas toujours beaucoup plus chère que la consultation. Le samedi après midi, la différence de coût est de 3,54 euros (42,60 contre 39,06

euros). Par ailleurs, il apparaît que le coût pour la collectivité d'une association SOS (coûts de structure et de fonctionnement) est, sur la période de la permanence de soins (20h-8h), beaucoup plus faible que tous les autres dispositifs : Maisons Médicales et urgences hospitalières notamment.

Le coût pour la collectivité apparaît ainsi comme très inférieur à celui que représente le cumul ambulance + urgences hospitalières ou consultation dans une maison médicale, sans compter le coût sanitaire de l'incertitude, de l'attente et du risque médical pour le patient. Pour les personnes âgées, les personnes à mobilité réduite, et à chaque incertitude du centre de régulation, le recours hospitalier ne doit pas apparaître comme étant la solution la plus pratique.⁴

2.1.2. Les obstacles qu'impose la visite à domicile

a. Les difficultés de l'anamnèse en urgence

L'anamnèse en urgence doit réunir des éléments précis en un temps bref. Le recueil des données est parfois rendu difficile par l'émotion et l'anxiété des patients et de leur entourage. En outre, l'anamnèse peut être particulièrement délicate auprès des personnes âgées que le médecin SOS rencontre souvent pour la première fois.

Les troubles cognitifs et mnésiques sont plus fréquemment rencontrés chez la personne âgée, rendant parfois peu fiable son interrogatoire, quelle que soit la plainte du moment. Dès lors, une évaluation extérieure de l'état antérieur du patient est nécessaire. En dehors même des plaintes exprimées, l'avis d'un proche du patient permet de juger de l'évolution récente de l'état général, d'un trouble de la marche ou d'un trouble des fonctions supérieures par exemple.

C'est en travaillant chaque jour dans des conditions nouvelles et inattendues que l'on mesure combien il est difficile de réunir des données précises autour d'un patient.

Même en institution, les personnes âgées peuvent sembler isolées lors de la visite médicale, en particulier le week-end, où le personnel infirmier est souvent intérimaire et ne connaît pas mieux les patients que le médecin de garde. C'est aussi vrai la nuit, car la plupart des veilleuses des maisons de retraites ne voient jamais les pensionnaires de l'établissement en journée. Leur connaissance du patient est très variable. S'il s'agit d'une personne insomniaque, très demandeuse de soins, habituée à déambuler la nuit, elles sauront reconnaître un changement de comportement, et alerter devant une plainte hors normes. En revanche, certains patients ne les appellent jamais, ce qui ne permet pas au personnel de nuit de se familiariser avec leurs capacités et de leurs comportements habituels. Pour ces patients, elles seront attentive à une plainte exprimée, mais ne pourront aider le médecin à juger de l'ancienneté d'un trouble de l'élocution, d'une désorientation ou encore d'une confusion si ces renseignements viennent à manquer dans le dossier.

b. L'accès difficile au dossier du patient

b. 1. Les données médicales dont dispose le médecin de garde

Le carnet de santé est le plus souvent bien rempli chez les enfants, mais plus ils sont grands, moins cela se vérifie.^{38, 39}

Les antécédents des patients sont souvent difficiles à réunir par les médecins qui ne les suivent pas habituellement. Les informations peuvent rester parcellaires, qu'il s'agisse des pathologies anciennes ou actuelles, des allergies ou des traitements en cours, information majeure pour la prise en charge, en particulier pour les

pathologies de longue durée. Le seul document écrit relatant l'histoire médicale d'un patient est parfois un compte-rendu de consultation au Service d'Accueil des Urgences du CHU de Nancy. On devrait peut-être dire une « histoire médicale ». C'est une source de renseignements complète ou incomplète, qui a le mérite d'être en possession du patient à son domicile. On est surpris de constater que peu de patients adultes possèdent un carnet de santé régulièrement complété par leur médecin traitant. Pour les enfants, le carnet est en revanche presque toujours utilisé.

En maison de retraite, il existe toujours un dossier médical plus ou moins bien rempli en fonction de l'institution, médicalisée ou non. Les éléments qui le constituent sont parfois clairs, complets et ordonnés. Mais bien souvent, le dossier ressemble plus à un puzzle dont les pièces sont dispersées pour les unes, perdues pour les autres. Il est fréquent, par exemple, qu'on ne retrouve aucune explication à l'introduction d'une HBPM ou d'un antibiotique récemment débuté.

La santé des personnes âgées étant particulièrement fragile, il est surprenant de ne pas disposer de renseignements clairs et facilement accessibles à toute heure.

b. 2. L'importance accordée unanimement au dossier médical

Le dossier médical en médecine libérale permet au médecin d'assurer la continuité et la cohérence des soins.

Lorsqu'un médecin généraliste sollicite une évaluation extérieure de son activité médicale, son premier audit concerne le dossier médical.⁴⁰

Un décret de 1995 (décret 95-1000 du 06/09/1995 relatif au Code de Déontologie médicale, JO du 8/9/95) rend obligatoire pour chaque patient la tenue d'une fiche d'observation.

b. 3. Le dossier médical dans l'avenir

La loi du 13 août 2004 crée le dossier médical personnel (DMP) informatique pour tous les patients ; il devrait être mis en œuvre en 2007. Outre les informations administratives, le dossier médical personnel devrait comporter, selon les propositions de l'ANAES :

- des données d'alerte (intolérance et allergies médicamenteuses) ;
- l'histoire médicale (antécédents personnels et familiaux, facteurs de risques, vaccinations, résultats de dépistage, actions de prévention, pathologies) ;
- le traitement en cours.

Il devrait regrouper les divers comptes-rendus hospitaliers, les résultats biologiques et d'imagerie par ordre chronologique. L'informatisation du dossier permet d'agréger des données fournies par plusieurs professionnels de santé, voire par le patient lui-même. La loi du 4 mars 2002 autorise la gestion centralisée de données médicales et le réel partage de l'information. Assurer la continuité des soins, voilà un des enjeux de l'informatisation du dossier médical. Le DMP a pour objet de favoriser la coordination des soins, de permettre les échanges entre médecins de ville généralistes et spécialistes, et entre médecins de ville et hospitaliers. Le DMP sera hébergé chez un « hébergeur de données de santé à caractère personnel.

L'élaboration d'un compte-rendu d'intervention répond à l'article 59 du code de déontologie : « tout médecin appelé d'urgence auprès d'un patient doit, si celui-ci doit être revu par son médecin traitant ou un autre médecin, rédiger à l'intention de son confrère, un compte-rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remet au malade ou adresse directement à son confrère en informant le malade. Il en conserve un double ». ⁴³

Les médecins de garde, et les médecins de SOS Médecins en particulier, auront-ils accès au DMP ? C'est ce qui paraît le plus logique si l'un de ses enjeux est

de rassembler l'intégralité des renseignements médicaux du patient. Pour l'utiliser, il faudra une double clé : la Carte de Professionnel de Santé et la carte Vitale du patient sous un nouveau format. Le niveau de prise en charge financière des actes et prestations de soins, par l'assurance maladie, est conditionné, dans les projets actuels à l'accès, par le professionnel de santé au DMP. Comment les remplaçants pourront-ils y accéder ? Cette question n'est pas encore résolue et les modalités techniques d'un projet d'une telle ampleur restent à définir.

Ceci étant, les médecins SOS ont intégré depuis longtemps l'informatisation de leur pratique à domicile et sont prêts à utiliser le DMP. On peut imaginer un modèle de dossier unique rassemblant plusieurs modules dont l'un serait dédié aux comptes-rendus d'urgences. Ce dossier, incontournable sur le plan médico-légal, permettra, en outre de recueillir des données épidémiologiques considérables. Il aura également l'avantage d'établir une traçabilité complète de l'appel, de la régulation à l'effectation.

Actuellement, le taux d'informatisation du dossier médical, en cabinet, est de 6% en France contre 58 % au Royaume Uni.⁴⁰ Les professionnels de santé vont faire face à un changement profond de leur pratiques habituelles du fait de la non accessibilité au dossier en cas de panne informatique, des problèmes de confidentialité lors des transmissions malgré l'utilisation des mots de passe, cartes électroniques, cryptages et biométries, de l'utilisation d'un langage standardisé, et enfin du renforcement de la surveillance de leur activité.

Si les carnets de santé remplis se font rares chez les adultes, disposer d'un tracé électrocardiographique de référence est encore plus exceptionnel au domicile des patients. C'est devant ce constat que SOS Médecins Nancy a décidé de

demander aux cardiologues de bien vouloir fournir à leurs patients un tracé récent utilisable comme tracé de référence.

2.2. L'expérience de l'urgence

On reconnaît mieux les critères de gravité d'une dyspnée lorsqu'elle constitue un motif d'appel fréquent, quel que soit son stade. De même, on affine la réalisation de ses gestes en les pratiquant souvent. C'est vrai pour la ventilation au ballon autoremplisseur, comme pour les injections intra veineuse. On pourrait multiplier les exemples et montrer qu'on améliore la qualité de son action face à l'urgence médicale en s'y confrontant souvent. On en connaît aussi mieux les limites de prise en charge à domicile.

En Meurthe-et-Moselle, les médecins généralistes réalisent peu d'actes d'urgence pendant leurs consultations et visites⁹ : 74% des 142 omnipraticiens d'une étude de 2001 disent avoir effectué au maximum 10 actes d'urgence toutes disciplines confondues au cours de l'année étudiée. Seulement 26% d'entre eux ont eu à assumer plus de 10 urgences dans l'année 2001, la moyenne des actes d'urgences se situant à 7,62 par médecin et par an pour l'ensemble des praticiens. En revanche, on note une tendance différente lors de leurs gardes de nuit et de week-end, puisque la moyenne des actes réalisés en urgence s'élève à 22,74 par an et par médecin et la moitié (50 %) des praticiens ont eu entre 11 et 50 cas urgents à traiter sur l'année. Ces chiffres sont calculés à partir des données rétrospectives estimées par chaque praticien sur sa pratique, d'après ses souvenirs et ses dossiers, et non à partir de décomptes réels.

Les urgences cardio-respiratoires sont les plus fréquemment rencontrées (34,66% du total, gardes comprises) avec pour chaque médecin environ 18 actes par an.

En moyenne, en un an, chaque médecin traite 2 patients en OAP et 4 en poussée hypertensive, moins de 3 cas d'asthme aigu grave, moins de 3 patients présentant un trouble du rythme aigu, et moins de 3 malades victimes d'infarctus du myocarde.

Les médecins de SOS sont aguerris à l'urgence médicale. Comme pour les médecins généralistes, les types d'urgences rencontrées sont extrêmement variés. Leur expérience en est rapidement démultipliée d'année en année dans la prise en charge rapide de ces situations.

Certaines pathologies, comme les coliques néphrétiques, ne sont quasiment jamais rencontrées à la phase douloureuse par les omnipraticiens (0,05 cas/médecin/an), alors qu'elles sont un motif d'appel fréquent de SOS Médecins. C'est l'exemple type de pathologie dont la prise en charge fait le fondement de SOS : une douleur aiguë, vive, voire insupportable, qui pourra être soulagée à domicile par injection intraveineuse d'antalgique, évitant bien souvent une hospitalisation. Le suivi sera assuré par le médecin traitant qui reverra le patient avec les résultats d'imagerie et de biologie prescrits durant la crise.

Les pathologies relevant de l'urgence sont fréquemment rencontrées à domicile. D'une part, parce que les patients ont le réflexe d'appeler, dès lors qu'ils connaissent les moyens diagnostiques et thérapeutiques mis à leur disposition par SOS Médecins (ECG, O₂, nébulisation ...) lors d'une visite médicale dans des délais brefs. D'autre part cela tient au fait que la régulation médicale du SAMU 54 et de Médigarde travaille chaque jour avec l'équipe.

SOS Médecins Nancy intervient lorsqu'une demande médicale exige une réponse rapide sans qu'il soit nécessaire, a priori d'agir en équipe autour du malade et avec les moyens d'un SMUR.

Un des objectifs de la structure est de diminuer si possible les hospitalisations, travaillant ainsi en parallèle et en collaboration avec le Service d'Accueil des Urgences du CHU de Nancy, qui voit sans cesse augmenter le nombre annuel de ses consultations. Les prises en charges lourdes, et notamment hospitalières, n'améliorent pas toujours la qualité des soins ni le confort des patients, qui souhaitent le plus souvent rester chez eux.

Nous donnerons ici quelques exemples de pratiques médicales courantes à domicile, face à la douleur, devant une dyspnée, devant une urgence gériatrique ou psychiatrique. Nous verrons ainsi quelles conduites peuvent tenir les médecins de SOS, seuls devant des troubles aigus justifiant une aide médicale rapide. Nous tenterons de montrer quelle attitude permet de ne pas adresser systématiquement les patients au SAU, tout en améliorant leur confort et leur sécurité.

Enfin, nous aborderons l'activité particulière des rédactions de certificats et des réquisitions judiciaires.

2.3. Pratiques face à la douleur

La douleur est un motif fréquent de recours à SOS Médecins, et c'est même un motif prioritaire, puisque le standard envoie au plus vite un médecin au domicile des patients qui ont appelé pour une douleur forte. D'une part, il est urgent d'en déterminer l'étiologie qui peut être très grave (exemple de la douleur thoracique d'un infarctus du myocarde). D'autre part, le patient doit être rapidement soulagé, pour des raisons éthiques évidentes et parce qu'il est admis que la douleur aiguë a des conséquences délétères sur les fonctions vitales dans

certaines situations. Cela est démontré dans l'ischémie myocardique, où la douleur active le système sympathique, pouvant majorer l'étendue de l'ischémie et favoriser l'apparition de troubles du rythme graves⁴⁴.

Au cours de toute visite, quel qu'en soit le motif, il est important de dépister la douleur par l'interrogatoire du patient. La question « avez-vous mal ? » doit systématiquement être posée au début de la prise en charge.

La douleur fait ensuite l'objet d'une évaluation quantitative. La perception de la douleur étant multifactorielle, incluant diverses composantes émotionnelles, culturelles et affectives, la sévérité de la douleur ne peut réellement être estimée que par celui qui souffre.

Dans le contexte de l'urgence, l'échelle numérique et l'échelle visuelle analogique peuvent être indifféremment utilisées.

L'échelle numérique est quantitative de 0 à 100, le zéro correspondant à l'absence de douleurs et le 100 à « la pire douleur imaginable ». C'est une échelle fiable, verbale. Elle peut aussi être utilisée de 0 à 10 mais avec une sensibilité moindre du fait du nombre plus faible de réponses possibles.

L'échelle visuelle analogique (EVA) est l'échelle de référence pour l'évaluation de la douleur aiguë.⁴⁵ C'est une échelle présentée sous forme de réglette comportant deux faces : une face non millimétrée présentée au patient, sur laquelle celui-ci déplace un curseur entre une extrémité « pas de douleur » et une extrémité « douleur maximale imaginable », et une face millimétrée de 0 à 100 mm, seulement visible par le médecin, qui permet de quantifier la douleur en mm, selon la position du curseur. Sa fiabilité est liée au nombre important de réponses possibles sans attribution ni mémorisation d'un nombre précis par le patient. Elle est l'échelle de référence recommandée en 2003 par la conférence d'experts de la Société française d'anesthésie-réanimation (Sfar) sur l'analgésie-sédation en préhospitalier et c'est l'échelle la plus utilisée par les SMUR.

L'équipe de SOS Médecins tente donc de soulager le plus rapidement et le plus efficacement possible ses patients, en ayant recours à leur domicile à différents antalgiques, dont le plus fréquent est sans doute la morphine intra-veineuse.

Les douleurs intenses, avec une évaluation montrant une EVA supérieure ou égale à 7 sur 10 nécessitent d'emblée l'administration d'un morphinique. Le morphinique de choix pour l'analgésie en ventilation spontanée, ce qui est toujours le cas dans cette activité, est la morphine titrée par voie intra veineuse.

L'effet analgésique est contrôlé par des évaluations répétées de l'intensité de la douleur, au cours de la prise en charge, et consignées par écrit.

La dépression respiratoire, à l'origine d'apnées centrales et obstructives, est dose-dépendante et prévenue par la méthode de titration. La survenue d'effets secondaires majeurs est rare si le protocole de titration recommandé en médecine d'urgence est respecté.⁴⁴

Dans la pratique quotidienne de SOS Médecins, il se pose le problème de la surveillance après injection de morphine. La surveillance après injection dure au minimum 20 minutes, avec mesure constante de la saturation en oxygène et mesures répétées de la tension artérielle. La morphine est antagonisable par la naloxone en cas de survenue d'événements indésirables majeurs.

Le néfopam est une alternative au morphinique, utilisé par voie intramusculaire. Les contre-indications chez l'enfant, en cas d'antécédent de rétention urinaire ou de glaucome à angle fermé doivent être respectées.

De manière générale, la douleur est un symptôme très fréquemment rencontré dans l'activité de SOS Médecins Nancy et fait régulièrement l'objet d'une prise en charge par médicaments injectables.

Pour illustrer un cas de pris en charge d'une douleur forte au domicile du patient, nous avons choisi les coliques néphrétiques qui représentent une part assez importante des appels pour douleur abdominale ou lombaire. Cliniquement, le diagnostic est souvent facile à poser, avec une douleur latéralisée, de la fosse lombaire ou du flanc, irradiant ou non vers les organes génitaux externes, parfois déclenchée par la miction. La douleur évolue par crises paroxystiques rapprochées, à type de coups d'électricité ou de déchirure, sur un fond douloureux permanent, sans position antalgique, amenant volontiers le malade à une agitation dite « frénétique ». L'EVA est, le plus souvent supérieure à 7/10, les nausées ou les vomissements font volontiers partie du tableau clinique.⁴⁶ La bandelette urinaire retrouve le plus souvent une hématurie microscopique sans autre anomalie. L'hématurie est parfois macroscopique. En l'absence des critères de gravité, que sont une fièvre, des signes de sepsis, une anurie, un globe vésical, et qui nécessitent d'emblée une hospitalisation, le traitement antalgique est immédiatement instauré : morphine titrée et 10 mg de métoclopramide par voie intra veineuse directe, parfois associés à 100 mg de kétoprofène par voie intra musculaire.^{47,48} Le bilan d'imagerie avec l'échographie abdomino-pelvienne et éventuellement l'UIV, l'ECBU, le relais antalgique per os seront prescrits après antalgie. De plus, un courrier de liaison sera rédigé pour le médecin traitant qui reverra son patient avec l'ensemble des résultats. Ce type d'intervention fait le fondement même de SOS Médecins : soulager rapidement le patient dans des conditions sécurisées, et prévoir la suite de sa prise en charge.

2.4. Pratiques devant une dyspnée

La dyspnée est un motif fréquent de recours à SOS Médecins. Les étiologies possibles en sont de gravité très variable, allant de la simple laryngite, à la

pneumopathie hypoxémiante, l'infarctus du myocarde, l'embolie pulmonaire ou bien encore la crise d'asthme. Selon son étiologie, la prise en charge pourra en être simple ou très lourde.

Par exemple, les laryngites virales aiguës chez les enfants sont fréquemment l'objet du recours à SOS Médecins. De déclenchement volontiers nocturne, elles sont souvent dyspnéisantes. Il est très rare d'hospitaliser les enfants présentant cette toux rauque caractéristique, fébrile ou non, associée à une dysphonie, même si les difficultés inspiratoires sont initialement au premier plan. Après avoir donné d'emblée une dose de Bétaméthasone à raison de 0,125 mg/kg et placé le jeune patient en milieu humide, en position proclive, l'évolution clinique est le plus souvent favorable.

En revanche, il n'est pas rare d'avoir recours à des moyens diagnostics (ECG, par exemple) et thérapeutiques plus étendus et à une surveillance plus prolongée pour prendre en charge un patient dyspnéique à son domicile. Prenons l'exemple d'une crise d'asthme d'un patient pour qui la nébulisation de bronchodilatateurs avec oxygénothérapie au masque permettra souvent d'éviter l'hospitalisation.

Les critères de gravité^{49,50,51} à rechercher alors sont les signes de défaillance respiratoire, de défaillance hémodynamique et de défaillance neurologique :

- cyanose, sueurs, polypnée >25/mn, SpO₂<90%, bradypnée, pause respiratoire.
- tachycardie, oligurie, vasoconstriction périphérique, hypotension, bradycardie, choc, arrêt cardiaque.
- agitation, confusion, coma.

Si le patient présente un ou plusieurs de ces critères, il est immédiatement placé sous oxygène au masque à 9l/mn, en général, et la nébulisation de bêta 2 mimétiques est rapidement débutée. Le médecin contacte alors le SAMU pour

demander une aide médicale par le SMUR. En attendant leur arrivée, la surveillance du patient est ininterrompue, la ventilation au ballon peut être nécessaire s'il existe des signes de somnolence ou d'épuisement respiratoire, et le débit d'oxygène est adapté à la réponse clinique et aux variations de SpO₂.

En l'absence de ces critères de gravité, la nébulisation se fait aussi dans la majorité des cas au moyen de la bouteille d'oxygène du médecin en visite à domicile, sauf parfois, lorsqu'il existe un nébuliseur chez le patient. Le débit nécessaire à une nébulisation efficace est au minimum de 6l/mn. La surveillance clinique durant l'administration de l'aérosol de terbutaline et d'ipratropium est assortie d'une mesure constante de la SpO₂, de la fréquence cardiaque et de la fréquence respiratoire.

Après 15 mn de nébulisation, avec ou sans oxygénothérapie, la réévaluation clinique du patient amènera à décider de son hospitalisation ou de son maintien à domicile. Même si le malade répond favorablement à l'inhalation des bronchodilatateurs, le médecin SOS aura à estimer l'évolutivité de l'asthme de son patient. Il prendra en compte :

- son âge ;
- son état général ;
- l'origine et le stade de son asthme ;
- ses antécédents respiratoires et cardiaques ;
- ses éventuelles hospitalisations en rapport avec son asthme ;
- le mode de survenue de sa crise ;
- toute autre pathologie associée ;
- son entourage.

Dans l'hypothèse où l'état du patient est jugé compatible avec son maintien à domicile, il sera ré adressé à son médecin traitant, parfois à son pneumologue, pour une réévaluation de son traitement de fond. Un bilan comportant une

radiographie thoracique pourra être prescrit si l'origine de la crise est potentiellement infectieuse.

Avant son départ, le médecin donnera à son patient les conseils utiles à la prévention d'une récurrence et lui proposera de rappeler s'il le juge nécessaire.

En conclusion, les médecins de SOS Nancy prennent fréquemment en charge les patients présentant une dyspnée à leur domicile. Ils disposent de l'expérience et des moyens diagnostics nécessaires pour préciser le stade de la dyspnée, et débiter la recherche de son étiologie. Ils adaptent leur réponse thérapeutique initiale à la gravité de l'état du malade, en délivrant de l'oxygène et des bronchodilatateurs inhalés, voire en pratiquant la ventilation manuelle, si cela est nécessaire. Ils décideront d'emblée d'une hospitalisation en urgence avec le recours au SMUR, ou d'une hospitalisation après traitement initial, en fonction du contexte et de la réponse clinique, au moyen d'une ambulance non médicalisée, mais disposant d'oxygène à bord. Enfin, ils pourront choisir de maintenir le patient à son domicile, en prenant toutes les précautions utiles à sa sécurité. Ils prévoiront la poursuite de ses soins après leur départ, en les adressant à leurs confrères, avec ou sans examen complémentaire.

2.5. Pratiques en gériatrie

La France compte aujourd'hui un million de personnes âgées de 85 ans ou plus, dont plus de 6000 centenaires.⁵² L'évolution actuelle de la démographie médicale ne suit pas la rapide augmentation de cette population de vieux patients qui sont pourtant pourvoyeurs de nombreux actes médicaux du fait de leur santé souvent altérée et de la fréquence des polypathologies.

2.5.1. Une demande fréquente de visite à domicile

L'isolement des personnes âgées et leur surveillance insuffisante les met en danger, comme on a pu le constater lors de la canicule de l'été 2003. Quand une personne âgée est malade, qu'elle soit atteinte d'une affection aiguë ou chronique, elle a bien souvent besoin de soins à domicile. Or, il est devenu de plus en plus difficile pour un médecin traitant de quitter de manière inopinée sa consultation pour rendre visite à son patient âgé. D'une part parce que l'organisation du cabinet s'en trouve déstabilisée, d'autre part parce que la pratique gériatrique est « chronophage ».⁵² Il est ainsi fréquent que les médecins traitants conseillent à leur patient de contacter SOS Médecins ou appellent eux-mêmes le centre d'appels.

Nos aînés sont, plus que tout autres, demandeurs de visites à domicile, une « spécificité française » encore envisageable en zone rurale et dans les petites villes, mais en voie de disparition dans les grandes villes⁵¹ comme Nancy. On voit ici les effets de la crise démographique médicale puisque les médecins ne sont plus assez nombreux pour assurer, partout, à la fois les consultations en cabinet, les visites programmées et les visites inopinées en dehors même de la permanence de soins.

2.5.2. Des urgences variées

SOS Médecins ne pratique pas le renouvellement d'ordonnance pour les pathologies chroniques telles que l'HTA, le diabète, l'insuffisance respiratoire chronique, ou toute autre pathologie qui doit être régulièrement réévaluée par le médecin habituel, le plus souvent sur rendez-vous. Cette règle est strictement respectée, sauf lorsque le médecin traitant du patient est en vacances. La demande de renouvellement de traitement fait partie des motifs d'appel filtrés par le standard.

En revanche, les patients âgés demandent à l'équipe de SOS Médecins de les voir à leur domicile lors d'affections aiguës ou de brutales aggravations de leur pathologie chronique, qui se présentent parfois comme de véritables urgences médicales ou chirurgicales ou en sont réellement.

Nous aborderons brièvement les grandes urgences gériatriques rencontrées lors de l'exercice quotidien en visite à domicile, en envisageant de manière succincte la démarche diagnostique appliquée en pratique, tenant compte du contexte et des moyens techniques disponibles chez le patient.

Il existe trois grands types d'urgences gériatriques avec des prises en charge spécifiques : les urgences identiques à celles de l'adulte jeune mais de présentation clinique différente, les urgences spécifiques à la gériatrie et enfin les défaillances des systèmes d'aide à domicile.

a. Les urgences retrouvées aussi chez l'adulte jeune

Les mêmes pathologies que chez l'adulte jeune mais avec une présentation sémiologique différente sont de diagnostic plus difficile et peuvent induire un retard à la prise en charge chez la personne âgée⁵³. Certains symptômes non spécifiques (agitation, troubles digestifs) peuvent être les signes cliniques de pathologies graves. D'autres symptômes, tels que la fièvre ou la douleur, peuvent être absents de tableaux infectieux ou chirurgicaux. Par ailleurs, un certain nombre de pathologies non graves chez l'adulte jeune peuvent chez le sujet âgé entraîner des conséquences graves et doivent donc être prise en charge de façon urgente. Parmi ces urgences, certaines peuvent être considérées comme classiques et fréquentes.

a.1 Les urgences glycémiques

Il s'agit par exemple d'une décompensation chez les sujets diabétiques âgés, tant sur le mode de l'hypoglycémie que de l'hyperglycémie.

L'hypoglycémie doit être évoquée de principe devant tout trouble du comportement ou de la vigilance, tout trouble neurologique d'allure déficitaire ou comitiale ou toute déstabilisation d'une insuffisance coronaire. Les signes adrénergiques d'alarme que sont la sueur, la pâleur ou bien encore la tachycardie étant inconstants chez le sujet âgé, et la liste des traitements en cours n'étant pas toujours établie très précisément lors des visites, les médecins de SOS ont recours de manière assez systématique à la mesure de la glycémie capillaire.

a.2. La déshydratation

La déshydratation est un autre diagnostic à évoquer fréquemment chez les personnes âgées, que ce soit devant une altération de l'état général, une anorexie, un malaise, par hypotension artérielle, ou une modification du comportement. De plus, certaines situations sont particulièrement à risque, comme par exemple les troubles digestifs, les affections fébriles, les traitements diurétiques, les régimes sans sel, la restriction hydrique, le confinement au lit, ou aussi lors des épisodes de grande chaleur. Ça a été le cas notamment lors de la canicule de l'été 2003 où SOS Médecins Nancy est intervenu de manière plus fréquente encore pour les personnes âgées, un des motifs d'appel principaux étant alors les malaises.

a.3 Les infections bactériennes

Un autre diagnostic à évoquer le plus précocement possible du fait de la fragilité particulière des personnes âgées est celui d'infection bactérienne. La fièvre y est inconstante. L'hypothèse d'une infection aiguë doit être systématiquement évoquée devant :

- un trouble du comportement quel qu'il soit : agitation, désorientation, adynamie ;
- une chute avec ou sans malaise : la chute précède volontiers l'apparition de la fièvre de quelques heures ;
- un tableau de décompensation : poussée d'insuffisance cardiaque, passage en arythmie, décompensation respiratoire, confusion mentale.

Les deux origines les plus fréquentes des infections chez les personnes âgées sont respiratoires et urinaires, suivies des infections cutanées et abdominales. En pratique, la mesure estimée de la Spo2 par oxymètre de pouls est à peu près

systématique et la bandelette urinaire, présente dans toutes les trousse, est fréquemment utilisée.

Par ailleurs, la biologie en urgence est de réalisation courante devant une suspicion d'infection bactérienne. On pourra demander, par exemple, un bilan simple, comportant les valeurs de la numération formule sanguine, de la PCR ainsi que des enzymes hépatiques, ASAT et ALAT aux vues de différencier une origine virale d'une origine bactérienne à une infection suspectée.

a.4. La dyspnée aiguë

La dyspnée aiguë est également une urgence fréquente chez la personne âgée, dont l'évaluation doit tenir compte de la diminution, voire de l'absence d'activité physique habituelle. Après une évaluation clinique soigneuse, le bilan paraclinique est incontournable, qu'il soit réalisé en ambulatoire ou à l'hôpital. Les causes de dyspnée sont multiples (infection broncho-pulmonaire, insuffisance cardiaque aiguë ou majoration d'une insuffisance cardiaque ancienne, embolie pulmonaire, anémie etc.). Il faut par ailleurs signaler que la dyspnée est le signe le plus souvent rencontré en cas d'infarctus du myocarde chez le sujet âgé, les autres signes cliniques évocateurs en sont des douleurs thoraciques atypiques, les malaises, les troubles digestifs ou une décompensation cardiaque. En pratique, la prise en charge de la dyspnée a été décrite plus haut. Notons enfin que la dyspnée et les vomissements isolés amènent la réalisation fréquente d'un électrocardiogramme chez les personnes âgées, à comparer si possible avec un tracé de référence lorsque les patients en conservent un à leur domicile. Tout électrocardiogramme réalisé par SOS Médecins est confié au patient, qu'il soit hospitalisé, ou qu'il reste à domicile, à l'issue de la visite.

a.5. Les urgences chirurgicales :

Elles constituent un problème diagnostique difficile chez les malades âgés. En effet, la douleur est souvent peu intense ou absente et il faut être vigilant au faciès douloureux chez un patient ne s'exprimant pas verbalement.

Concernant les urgences abdominales, l'absence de contracture abdominale n'élimine pas une péritonite. De plus, l'arrêt du transit est difficile à mettre en évidence chez le patient constipé chronique. La réalisation d'un toucher rectal doit être systématique. L'inspection et la palpation abdominale doivent rechercher les cicatrices et explorer les orifices herniaires ou d'éventration. Un bilan biologique sera fréquemment prescrit en ambulatoire si l'état du patient le permet, comportant : numération formule sanguine, ionogramme sanguin, dosage de la protéine C réactive, bilan hépatique et lipasémie. Il est fréquent d'avoir recours aux services des laboratoires de ville, qui mettent à disposition des patients des préleveurs se rendant rapidement chez eux, 24 heures sur 24. Si un bilan d'imagerie est nécessaire, les patients âgés seront généralement adressés en ambulance au Service d'Accueil des Urgences car il leur est difficile de se déplacer, d'autant plus qu'ils sont malades.

Pour les urgences orthopédiques, le recours au SAU est également fréquent, permettant à la fois le diagnostic et la prise en charge adaptée. La vigilance est de mise, car si le diagnostic est aisé en cas d'impotence fonctionnelle après une chute, la chute a pu être oubliée. Il peut aussi s'agir d'une fracture pathologique, et enfin l'impotence peut être isolée sans douleur.

Concernant les urgences neurochirurgicales, le diagnostic d'hématome sous-dural doit être évoqué devant des tableaux pouvant être atypiques : somnolence, troubles de la marche récents, symptomatologie déficitaire simulant un accident vasculaire cérébral. Toute modification clinique secondaire à une chute doit faire

évoquer ce diagnostic et impose la réalisation d'un scanner cérébral en urgence à l'hôpital.

Enfin, les urgences neuro-vasculaires sont elles aussi fréquentes. En cas de déficit neurologique à répétition, évoquant un accident ischémique transitoire, ou en cas de déficit neurologique d'aggravation progressive, l'hospitalisation en urgence s'impose. Il existe dans ce domaine un protocole de travail entre SOS Médecins, le SAMU et les responsables de l'unité neuro-vasculaire de l'Hôpital Neurologique de Nancy. Une bonne coordination de SOS Médecins avec ces deux unités hospitalières a pour but de réduire au maximum les délais de prise en charge des malades, optimisant ainsi leurs chances de récupération neurologique ad integrum par la thrombolyse in situ.

b. Les urgences gériatriques spécifiques

Le deuxième type d'urgences concerne plus spécifiquement les sujets âgés, d'une part par leur fréquence élevée dans une population âgée, et d'autre part par leurs conséquences fonctionnelles spécifiques. Qu'il s'agisse des chutes, des troubles du comportement ou d'une perte d'autonomie, ces pathologies sont souvent banalisées et mises à tort sur le compte de l'âge, alors qu'elles nécessitent une prise en charge adaptée pour éviter au maximum les complications.

b. 1. Les troubles du comportement

L'agitation est un motif fréquent d'appel de SOS Médecins, que ce soit par les particuliers, par les maisons de retraites ou par le SAMU. Cette agitation isolée ou dans le cadre d'un syndrome confusionnel peut être le seul signe révélateur de

nombreuses pathologies organiques : pathologies infectieuses, douleurs aiguës, syndrome rétionnel, trouble métabolique, cause iatrogène, trouble aigu de la communication anxiogène (aphasie, cécité, surdité), intoxication aiguë (médicaments, monoxyde de carbone, alcoolisation), facteurs psychologiques. L'examen clinique doit donc être le plus complet possible malgré toutes les difficultés rencontrées et le temps nécessaire dans ce genre de situations. Les médecins de SOS étant équipés d'un capteur de CO, la mesure du taux de monoxyde de carbone est systématique. Selon les cas, la prise en charge sera comportementale uniquement, ou également pharmacologique. Le maintien à domicile n'est pas toujours possible. S'il est envisagé, la sédation médicamenteuse doit en tenir compte. Les benzodiazépines doivent être évitées en raison du risque de confusion induite. Les carbamates (méprobamate) peuvent être proposées à visée anxiolytique. Les neuroleptiques atypiques (risperdone et olanzapine) permettent une sédation avec un moindre risque d'effets secondaires extrapyramidaux, une surveillance tensionnelle restant nécessaire.

Plus rarement, le recours à SOS Médecins peut être motivé par l'apparition brutale d'une **inhibition psychomotrice**. Celle-ci doit faire évoquer un syndrome dépressif grave ou un syndrome de glissement nécessitant une prise en charge urgente, voire un syndrome confusionnel atypique.

Si l'hospitalisation est nécessaire en cas de risque suicidaire, la plupart du temps, le patient sera réorienté vers son médecin traitant qui sera le meilleur garant d'un suivi régulier.

b. 2. Les chutes

Elles sont responsables de 20 à 30 % des hospitalisations en urgence des personnes de plus de 70 ans. La prise en charge en urgence comporte la recherche

des causes de la chute, l'évaluation de ses conséquences et l'évaluation du risque de récurrence. Il faut dans tous les cas tenter de déterminer s'il s'agit d'une chute mécanique ou ayant fait suite à un malaise.

Ainsi, la recherche de la cause comporte fréquemment, outre la réalisation d'un examen clinique soigneux, la réalisation à domicile, d'un ECG à la recherche d'un trouble du rythme responsable du malaise ayant entraîné la chute.

L'évaluation des conséquences de la chute n'est souvent possible qu'au SAU lorsque une fracture est suspectée car la réalisation d'un bilan d'imagerie est nécessaire.

Enfin, concernant l'évaluation du risque de récurrence, l'activité de SOS Médecins s'y prête tout particulièrement, dans la mesure où nous nous rendons au domicile du patient. Ainsi, il est possible de constater que parfois, l'environnement du sujet âgé avec des conditions matérielles inadaptées peut être source de chute. (tapis au sol, absence de barres d'appui dans la salle de bain, etc.). Les médecins de SOS, comme tout autre médecin généraliste, peuvent avoir recours dans ce contexte à l'aide du Réseau Gérard Cuny, qui réalisera au domicile du patient une évaluation gériatrique complète et pourra aider à l'adaptation du logement de la personne âgée.

c. La survenue d'une défaillance du système d'aide à domicile d'un sujet âgé

L'aidant principal d'une personne âgée peut lui-même rencontrer des problèmes sociaux ou médicaux, l'empêchant de prodiguer les soins et la surveillance habituels. Une prise en charge urgente du sujet âgé est alors

indispensable. Celle-ci ne relève en général pas des compétences de SOS Médecins mais de celles du médecin traitant, qui connaît l'entourage de son patient, ou bien encore du réseau Cuny qui connaît parfaitement l'offre en matière d'aide à domicile et qui y bénéficie d'accès prioritaires.

Pour conclure, l'attitude des médecins de SOS Nancy face aux pathologies des personnes âgées est d'offrir un accès rapide à des soins et d'éliminer une urgence, de favoriser le plus souvent possible le maintien à domicile lorsque cela n'est pas dangereux. Les critères d'hospitalisation sont généralement de trois ordres :

- doute diagnostic avec nécessité de recours à un plateau technique ;
- prise en charge thérapeutique nécessitant une structure hospitalière (voie intraveineuse, par exemple)
- surveillance non réalisable à domicile.

2.6. Pratiques en psychiatrie

Entre 2003 et 2004, on note une augmentation des motifs psychiatriques de demandes de visites à domicile de SOS Médecins Nancy.

Le nombre d'urgences psychiatriques ne cesse d'augmenter dans la plupart des pays industrialisés. Selon une étude bruxelloise⁵⁴ de 1997 il est estimé que 10 à 15% des demandes d'intervention des services sociaux à domicile correspondent à des troubles psychiatriques à caractère urgent.

Au domicile du patient, le médecin est alors confronté à des situations où la souffrance psychique (dépression, anxiété, idées suicidaires) ou les troubles du comportement sont au premier plan de la plainte du malade ou de son entourage.

Les tableaux cliniques sont variables et le plus souvent empreints d'une forte charge émotionnelle. Le médecin sait que la majorité des urgences psychiatriques prendront plus de temps que d'autres urgences à domicile, car il est chaque fois nécessaire d'éliminer une cause organique aux troubles, d'évaluer la gravité des symptômes, et de leur évolutivité potentielle à court et moyen termes, et de poser un diagnostic. Le contexte de la demande de soins comme une crise interpersonnelle, par exemple, réclame toujours l'attention du médecin⁵⁵. Le partage des expériences entre confrères de l'équipe trouve ici autant de valeur que les formations médicales continues.

Le recours à l'hospitalisation n'est pas rare dans le contexte de l'urgence psychiatrique, parfois même contre la volonté du patient dont l'état de santé ne lui permet pas de juger de la gravité de ses symptômes, qu'il s'agisse d'une anxiété majeure ou d'une dépression majeure ou encore d'une agitation avec crise clastique. C'est l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) qui sera développée dans la partie de ce travail traitant des certificats et des réquisitions.

Nous envisagerons brièvement les grandes situations rencontrées au cours des syndromes dépressifs, des troubles anxieux et des agitations. Nous aborderons également la démarche diagnostique et de prise en charge à domicile.

2.6.1. Les syndromes dépressifs

Devant une symptomatologie de dépression, l'objectif premier est d'éliminer les signes de qui imposeraient, s'ils existent, l'hospitalisation. On évaluera la sévérité de la dépression qui pourra être d'intensité légère ou sévère, on recherchera une idéation suicidaire ou bien encore des symptômes psychotiques. L'évaluation du risque suicidaire guide la conduite à tenir du médecin SOS comme celle de tout

intervenant, et nécessite souvent un interrogatoire long et minutieux, et prend en compte l'entourage du patient, ses antécédents et son suivi psychiatrique actuel.

Il est donc important de collecter un maximum d'informations au cours de cette visite au domicile du patient pour faire le point sur sa situation exacte. On évaluera ainsi ses possibilités, après ce passage chez lui, d'être accompagné, y compris par son médecin traitant. Parfois, le médecin de SOS sera amené à joindre l'entourage par téléphone, ou bien encore le médecin traitant, le centre médico-psychologique qui le suit, voire le psychiatre.

Lorsque le maintien à domicile semble trop risqué, le patient est dirigé vers le service de psychiatrie du secteur géographique dont il dépend, à savoir le Centre Psychothérapique de Nancy, ou le service de psychiatrie de Saint-Nicolas-de-Port pour les communes de Saint-Nicolas, Laneuveville-devant-Nancy et Jarville. Cependant, tout patient devant faire l'objet d'une surveillance, voire d'exploration complémentaire à la recherche d'une pathologie organique associée sera dirigée vers l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques de l'hôpital Central. C'est ainsi que sont adressés à l'UAUP les patients en état d'alcoolisation aiguë ou ayant tenté une autolyse par intoxication médicamenteuse volontaire.

En Europe l'incidence estimée du taux de suicide varie suivant les pays, elle est d'environ 5 à 23 pour 100 000 habitants et par an⁵⁴. Le nombre de tentatives de suicides est de 10 à 25 fois supérieur. La grande majorité des tentatives de suicide (80%) surviennent dans des contextes de crise interpersonnelle, et la plupart (90%) sont associées à un trouble psychiatrique, principalement les troubles dépressifs ou anxieux.

2.6.2. Les troubles anxieux

L'anxiété se retrouve dans une multitude de situations cliniques. Elle peut être le motif principal et explicite d'appel, ou être au premier plan de la symptomatologie malgré une plainte somatique. A son arrivée au domicile du patient, le médecin tente d'évaluer au mieux la cause de ce trouble afin de choisir la conduite à tenir. Notamment, il faudra éliminer une affection systémique à l'origine de cette anxiété, comme par exemple un troubles du rythme cardiaque, une hyperthyroïdie, une hypoglycémie, un asthme, etc. Ces pathologies feront l'objet d'une prise en charge spécifique.

Il n'existe pas de seuil d'anxiété à partir duquel il est recommandé de transférer le patient en milieu hospitalier. Toutefois, il existe quelques pathologies pour lesquelles l'hospitalisation est systématique :

- certains syndromes de stress post-traumatique, avec parfois une hyperactivité neurovégétative ;
- une dépendance aux benzodiazépines, avec une insomnie, ou un tableau confusionnel, voire des crises comitiales ;
- une anxiété associée à une dépression sévère.

Il est parfois nécessaire de délivrer au décours de cet entretien un anxiolytique par voie orale ou injectable. En revanche, les médecins de SOS Nancy ne prescrivent pas de benzodiazépine. Ces traitements doivent faire l'objet d'un suivi régulier qui ne rentre pas dans le cadre de leur activité. En outre, la demande, avouée ou non, de benzodiazépines est parfois le seul motif d'appel de la part de patients ayant pour habitude le nomadisme médical et chez qui il existe une surconsommation médicamenteuse.

2.6.3. Les patients agités ou violents

Lorsqu'un médecin est appelé pour un motif tel que l'agressivité ou l'agitation, il s'agit le plus souvent de demandes émanant de l'entourage proche ou institutionnel des patients, voire des services de police ou de gendarmerie. Si les signes sont évidents au point d'alerter les personnes présentes et de leur faire appeler un secours, l'hospitalisation à la demande d'un tiers est fréquemment nécessaire. Mais il faut rester vigilants sur l'origine des troubles et en particulier s'assurer qu'il ne s'agit pas simplement d'une crise interpersonnelle. C'est parfois un conflit familial qui motive une demande d'HDT de la part de l'entourage. Dans ces visites, un contact téléphonique avec le médecin traitant est particulièrement précieux puisqu'il sait renseigner le médecin SOS sur la situation psychologique et familiale de ses patients.

2.7. Les réquisitions judiciaires et les demandes de certificat

Nous décrivons ici les pratiques rencontrées au cours de l'exercice des médecins de SOS Nancy, pour qui la rédaction de certificats médico- légaux est plus fréquente que pour les médecins exerçant en cabinet. Ils rencontrent des situations auxquelles les formations du cursus de médecine générale, à l'université et lors des stages hospitaliers ne les préparent pas.

En revanche, nous n'aborderons pas les certificats d'aptitude sportive, ni les certificats pour les souscriptions d'assurance, ou tout autre certificats non médico- légal, car SOS Médecins n'en établit aucun. Ce n'est pas un motif de visite à domicile, et toute demande de ce type serait automatiquement rejetée par le standard.

2.7.1 Les certificats médico-légaux

Les textes législatifs, qu'il s'agisse de lois, de décrets, d'arrêtés, d'ordonnances, de circulaires, abondent en contraintes d'examen médicaux, qui conduisent à la rédaction de certificat ou d'attestation, dont certains sont descriptifs, et d'autres sont seulement la trace d'un acte obligatoire dans une procédure.⁵⁶

La procédure pénale est d'ordre judiciaire et le but qu'elle poursuit est quelque fois éloigné de celui du médecin. Dans sa pratique quotidienne, le médecin élabore une réflexion afin d'établir un diagnostic et de proposer un traitement adapté, de prescrire un bilan si nécessaire. La procédure pénale demande des avis médicaux pour prouver des faits (certificats descriptifs de lésions et ITT) ou respecter des étapes prévues par un texte de loi (droit du gardé à vue de recevoir la visite d'un médecin). De manière générale, un patient demande à être examiné par un médecin qu'il a choisi dans un colloque singulier, contractuel, où le patient donne des informations et se laisse examiner en toute confiance et sous la protection du secret professionnel. C'est ce qui se passe à chaque fois qu'une personne se rend au cabinet de son médecin traitant ou reçoit la visite d'un médecin à domicile.

En matière pénale, il s'agit d'un auteur présumé de faits délictueux ou d'une victime, qui n'a pas choisi le médecin, et dont les intérêts ne sont pas forcément compatibles avec le but de l'examen. Par ailleurs, une partie de cet examen n'est pas soumise au secret médical.

Tous les examens médicaux dans ce cadre sont définis par une réquisition judiciaire (articles L4163-7 du Code de santé Publique et R642-1 du Code Pénal).

a. Certificats au cours de la garde à vue

A Nancy, la réquisition des médecins de l'équipe de SOS par les officiers de Police Judiciaires (OPJ) est fréquente. Toute personne gardée à vue dans les locaux de la gendarmerie nationale, de l'hôtel de police, ou d'un commissariat de quartier a le droit de demander une consultation médicale dans l'heure qui suit sa privation de liberté.

- Les certificats descriptifs :

Les OPJ réquisitionnent un médecin lorsque l'interpellation du gardé à vue a fait l'objet d'un affrontement physique traumatique, ou lorsque les faits reprochés sont des violences. On demande alors au médecin d'établir un certificat descriptif des lésions du gardé à vue, en précisant si celles-ci sont compatibles avec les faits décrits par les parties mises en cause, et de fixer l'éventuelle ITT (Incapacité Temporaire Totale) qui en découle.

Le certificat descriptif est aussi établi pour les victimes de violence, venus déposer une plainte, ou pour les fonctionnaires de Police en exercice.

- Le certificat de non contre-indication à la garde à vue :

Il est systématique pour les mineurs de moins de quinze ans. Elle peut également être demandée par les OPJ en cas de doute sur l'état de santé d'une personne, ou lorsque le gardé à vue déclare suivre un traitement chronique ou exprime une plainte somatique ou psychique. Il s'agit de vérifier que la garde à vue est compatible avec l'état de santé physique et psychique de la personne et de prévoir si des précautions sont à prendre comme par exemple celle de donner un

traitement médicamenteux. L'examen médical peut également être demandé afin de rechercher des signes de toxicomanie.

. La mission du médecin requis est d'attester de la compatibilité des conditions de santé de la personne avec le maintien en détention pour une période de 24 heures⁵⁷. Il est tenu compte de l'examen clinique et des antécédents supposés. Le médecin n'a que son examen pour décider. La confiance du médecin envers la personne gardée à vue doit toujours être remise en cause car l'intérêt du gardé à vue peut être de sortir à tout prix. Le travail consistera bien sûr à éliminer une urgence et toute situation nécessitant une surveillance médicale, à s'assurer que les traitements chroniques indispensables (insuline, bronchodilatateurs, antihypertenseurs, anticoagulants, antiarythmiques, antiépileptique etc.) pourront être fournis au patient lors de sa garde à vue. La mission est également de vérifier l'intégrité physique du gardé à vue, ce qui oblige à un examen complet, dans l'éventualité d'une violence ultérieure durant la détention. Le document établi par le médecin se trouvera dans le dossier judiciaire du patient.

Lorsque le médecin contre-indique la garde à vue et le maintien en geôle, le patient est adressé au Service d'Accueil des Urgences sous surveillance policière si l'hospitalisation est nécessaire, ou bénéficie d'une levée de garde à vue par décision du Procureur de la République ou de son Substitut.

- Les plaintes médicales en garde à vue :

Les principaux motifs de demandes spontanées d'examen médical par le gardé à vue sont la douleur, l'anxiété, l'insomnie, la traumatologie, et le syndrome de manque aux opiacés. Certains avouent au médecin ne souffrir d'aucun trouble

particulier mais profitent du droit à la visite médicale pour bénéficier d'une distraction.

Les troubles de la vigilance consécutifs à une intoxication éthylique aiguë ou à d'autres psychotropes sont souvent rencontrés lors de l'examen d'un patient gardé à vue. Ils font l'objet d'une évaluation minutieuse immédiate, assortis de conseils aux fonctionnaires de Police. Le médecin peut alors demander qu'une prochaine visite médicale ait lieu dans les heures qui suivent. Dans la pratique de SOS, ce pourra être un confrère qui assurera cette prochaine évaluation médicale.

Parfois, la réquisition se fait dans le cadre d'une Infraction à la Législation sur les Stupéfiants (article 706-26 du Code de Santé Publique et article 60 bis du Code des Douanes et Changes). Il sera demandé au médecin de rechercher les signes éventuels de toxicomanie (consommation avouée, signe d'intoxication aiguë, stigmates cutanés d'injection intra veineuse, signe d'inflammation de la muqueuse nasale etc.).

- Le cas particulier de l'état de manque aux opiacés en geôle :

La population des toxicomanes aux opiacés est largement représenté à l'hôtel de Police, et régulièrement se pose le problème de soulager ces patients à l'état général altéré, consommant souvent benzodiazépine, héroïne, cocaïne, méthadone, buprénorphine, neuroleptiques, en un cocktail anarchique et non identifiable.

Deux situations peuvent alors se présenter :

- Soit le patient gardé à vue a mis à disposition de la Police son traitement habituel de substitution aux opiacés, et il suffit au médecin de prescrire les posologies et les heures de prise pour que ce traitement lui soit délivré par le geôlier. Il faut tout de même auparavant que le médecin se soit assuré de

l'absence de consommation de benzodiazépine dans les 12 heures précédentes.

- Soit le patient dit suivre un traitement de substitution aux opiacés, qui n'était pas en sa possession lors de son arrivée à l'Hôtel de Police ou à la Gendarmerie. Les médecins ont alors recours aux antalgiques et aux benzodiazépines per os, et plus rarement aux neuroleptiques injectables. En effet, il n'est pas délivré dans ce cas de buprénorphine, dont la prise est contre-indiquée par la consommation dans les 12 dernières heures de benzodiazépine, ce qui n'est pas rare dans de tels contextes.

Nous trouvons ici l'occasion de rappeler que la délivrance des traitements de substitution aux opiacés n'entre pas dans le cadre de l'urgence mais relève du suivi par les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) ou les établissements de soins, les psychiatres, les responsables de réseaux ou les médecins généralistes. L'ANAES, dans une conférence de consensus en juin 2004 a rappelé le danger des associations de la buprénorphine avec les benzodiazépines, en particulier à forte dose, et avec les autres dépresseurs du système nerveux central, pouvant provoquer le décès par surdosage⁵⁸. La même conférence précise que les prescriptions dites de « dépannage » ou d'urgence sont à éviter. Des prescriptions de ce type, par les médecins de SOS Nancy engendreraient très rapidement un déséquilibre du suivi, déjà souvent précaire, et la tentation d'un recours consumériste, abusif, voire toxicomane à des produits faisant l'objet de ventes sauvages.

b. La levée de corps médico-légale

Lorsqu'un médecin de SOS Nancy est appelé à la suite d'un décès, il intervient sur appel de la famille, de tiers, des sapeurs-pompiers ou de la Police.

Après éventuel contact avec le médecin traitant, pour obtenir des précisions sur les antécédents de la victime, un certificat de décès est délivré à la famille lorsque la cause de la mort est manifestement naturelle.

Lorsque la mort semble faire suite à un événement violent, qu'il s'agisse d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide, la Police ou la Gendarmerie se rend le plus souvent sur les lieux. C'est aussi vrai lorsqu'une personne est découverte morte, seule à son domicile ou en tout autre lieu. Avant tout transport du corps du défunt, un certificat de décès doit être rédigé par un médecin. Il est fait appel à un médecin, légiste ou non, afin de tenter d'apprécier les circonstances du décès, comme le stipule l'article 74 du Code de Procédure Pénale. En fonction de ses premières constatations sur le cadavre, mais également en fonction du contexte, le médecin délivre un certificat de décès, avec ou sans obstacle médico-légal à l'inhumation.

La levée de corps consiste à relever les éventuelles particularités anatomiques du cadavre comme des malformations ou des cicatrices, et à rechercher les éléments externes constitutifs d'un décès, que ce soit des traces de violence, d'un syndrome asphyxique, d'une hémorragie buccale ou de traces de vomissements, dans un but d'identification et d'établissement des causes de la mort⁵⁹ Parce qu'elle peut tirer sa cause de l'acte volontaire ou de l'imprudence répréhensible d'autrui, toute mort interpelle l'autorité judiciaire. La levée de corps médico-légale est une étape indispensable des investigations criminelles. Une levée de corps de mauvaise qualité peut être la source d'une erreur judiciaire ou d'une affaire criminelle qui ne sera jamais élucidée. Le médecin légiste de garde peut être joint par téléphone par un médecin SOS au cours de la levée de corps. L'échange d'informations peut parfois éviter de poser un obstacle médico-légal et de transporter le corps à l'Institut Médico-légal.

La levée de corps médico-légale n'est pas rare au cours de l'exercice des médecins de SOS Nancy. Elle a d'ailleurs fait l'objet, en 2005 d'une séance de formation post universitaire avec le Dr M. Segondy, médecin légiste et urgentiste au CHU de Nancy.

2.7.2 Les hospitalisations sous contraintes

Ce mode d'hospitalisation nécessite impérativement plusieurs certificats médicaux, dont le premier, au moins, représente l'exemple du certificat d'urgence et de crise. Néanmoins, tout ou presque est codifié, ce qui permet d'effectuer cette mission dans un cadre bien établi. La loi prévoit deux mesures possibles, que sont l'hospitalisation à la demande d'un tiers, avec éventuellement une procédure d'urgence, et l'hospitalisation d'office. Le médecin doit être attentif au cadre légal dans lequel il se trouve, et au contenu du certificat. Il doit se faire sa propre appréciation sur l'indication d'une telle mesure, en s'attachant à constater lui-même les troubles du patient. Il doit recueillir le témoignage de l'entourage sans le laisser l'influencer, notamment dans le cas des crises interpersonnelles.

a. L'hospitalisation à la demande d'un tiers

L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) est définie par les articles L3212-1 et L3212-3 du Code de Santé Publique. Une hospitalisation peut être demandée par un tiers, la famille ou l'entourage du patient lorsqu'il lui apparaît que son état de santé présente un danger pour lui-même ou pour autrui, et qu'il ne consent à accepter des soins du fait de son état mental. On retrouve le plus souvent, chez un tel patient, des troubles psychotiques à l'origine, par exemple, d'une bouffée délirante, d'un accès maniaque, d'une crise de délire paranoïaque ou

d'hallucinations anxiogènes. Les agitations, les violences, voire les crises clastiques ne sont pas rares dans de telles situations. Mais il peut s'agir aussi, par exemple, de troubles névrotiques comme une dépression majeure avec tentative d'autolyse, nécessitant un entourage médical impératif, ou d'une aboulie avec négligence de soi chez un éthylique chronique.

Le tiers demandant fait appel à un médecin, souvent de l'équipe de SOS Nancy, à son domicile ou au domicile du patient. Il rédige de façon manuscrite une demande d'hospitalisation comportant son identité, son adresse, sa profession, le degré de parenté ou la nature des relations avec la personne à hospitaliser, en précisant l'application de l'article L3212-1 du Code de santé Publique. Il y joint une photocopie de sa pièce d'identité et de celle du patient.

Lorsque le médecin, après avoir recueilli le témoignage du tiers, puis interrogé et examiné, si possible, le patient, juge que l'HDT est nécessaire, il rédige le premier certificat nécessaire à sa mise en œuvre. Il devra y décrire les troubles qu'il constate, et y mentionner que « ces troubles empêchent le consentement de la personne et nécessitent des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, habilité au titre de l'article L3212-1 du Code de Santé Publique »

Le deuxième certificat, concordant, devra être établi par le psychiatre hospitalier. Les deux confrères rédacteurs des certificats ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclus, ni entre eux, ni des directeurs d'établissements habilités à recevoir le patient en HDT, ni de la personne demandant l'HDT ou de la personne hospitalisée. La mesure d'HDT peut durer 15 jours à compter de la date de rédaction de tels certificats. Elle peut être renouvelée par la suite, à moins de rédiger de nouveaux documents. Elle peut être levée à tout moment par le tiers demandeur ou par le psychiatre hospitalier.

Le transfert du patient vers l'établissement d'accueil se fait souvent contre sa volonté. Le médecin peut alors faire appel à l'aide des sapeurs-pompiers, voire aux services de la police ou de la gendarmerie. Il a rarement recours à une sédation médicamenteuse, par neuroleptiques injectables, des patients agités.

Enfin, il arrive que l'HDT soit décidée dans l'établissement psychiatrique, par exemple au Centre Psychothérapique de Nancy, situé sur la commune de Laxou. Un médecin SOS peut alors être appelé pour y établir le deuxième certificat, le premier étant rédigé par le psychiatre hospitalier.

b. L'hospitalisation d'office

Beaucoup plus rare, le certificat d'hospitalisation d'office (HO) peut être rédigé par un praticien de SOS Médecins Nancy, à la suite de l'expertise psychiatrique d'un patient.

Le certificat d'HO est établi en un exemplaire par le médecin, n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Le praticien y atteste, après interrogatoire et examen, que « les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la santé des personnes ou portent atteinte, de façon grave à la sûreté des personnes selon l'article L3212-1 du Code de Santé Publique. Le certificat doit être circonstancié et transmis au Préfet. Le certificat d'HO accompagne l'arrêté d'hospitalisation pris par le préfet ou le représentant de l'état dans le cadre de la procédure d'urgence s'appuyant sur l'article L3212-3 du Code de Santé Publique.

L'HO concerne, le plus souvent, une personne en garde à vue, que le médecin voit aux geôles. Il peut s'agir aussi d'un patient à son domicile, chez qui se rend le médecin SOS accompagné des services de Police ou de gendarmerie, après

que le maire de sa commune a rendu un arrêté d'HO. Ce type de mesure peut être rendue nécessaire, par exemple, par la survenue de troubles du voisinage majeurs engendrés par les troubles psychiatriques du patient.

3. LES PARTENAIRES PRIVILEGES DE SOS MEDECINS NANCY

3.1 Les médecins généralistes

Les patients confrontés à un trouble d'ordre médical s'adressent en premier lieu à leur médecin généraliste. Les médecins généralistes sont les premiers maillons du parcours de soins tel qu'il est défini depuis la loi du 13 août 2004. Ils sont les médecins de premier recours pour la majorité des pathologies. Ils suivent leurs patients et centralisent leur dossier médical.

Leurs horaires de consultations et de visites durant la semaine sont larges et contraignants, débutant tôt le matin et finissant après 19 heures dans la grande majorité des cas, en zone rurale comme en ville. Ils doivent de plus assurer un tour de garde pour permettre à leurs patients un accès permanent aux soins. Dans les agglomérations où se sont développées des associations de permanence de soins, de type SOS Médecins, la plupart des médecins généralistes exerçant en cabinet sont satisfaits de cette collaboration. Ils sont nombreux à apprécier la diminution et parfois l'absence de garde de nuit et de week-end. Ils savent par expérience que les activités de consultation au cabinet et de visites à domicile divergent. Ils sont conscients de l'intérêt grandissant d'une complémentarité entre eux et les professionnels de la permanence de soins. Certains médecins généralistes ont l'habitude d'adresser à leurs confrères de SOS médecins Nancy leurs patients qui sont susceptibles de présenter une urgence alors qu'ils ne peuvent se rendre à leur chevet. Le recours à SOS Médecins est également suggéré aux patients par un certain nombre de médecins généralistes ou pédiatres, en dehors des horaires d'ouverture de leur cabinet, ou lorsqu'ils sont débordés.

3.2 Le SAMU et la régulation médicale libérale

La régulation médicale libérale de Médigarde comme le SAMU font chaque nuit et chaque week-end appel aux services de SOS Médecins pour une évaluation, dans des délais brefs, au lit du patient, conclue par un rapport au régulateur et la prise d'une décision conjointe.

Le SAMU et SOS Médecins Nancy envisagent de signer une Convention de partenariat. Même si cette convention n'est pas encore signée, des protocoles de collaboration des deux structures sont déjà mis en pratique.

Les visites à domicile demandées par le SAMU peuvent être prioritaires, elles sont alors insérées en début de liste au standard de SOS Médecins Nancy et seront effectuées par un médecin qu'on détourne de sa destination en cours, ou par le premier médecin disponible.

Les visites peuvent au contraire être intégrées à la file active habituelle, sans obligation chiffrée de délai.

SOS Médecins Nancy s'engage dans la mesure du possible à mettre à disposition du SAMU une partie de ses effectifs médicaux pour la prise en charge de deux appels simultanés en période de PDS, et d'un seul à la fois hors PDS.

Pour les douleurs thoraciques typiques faisant suspecter, dès l'appel téléphonique, un syndrome coronarien aigu, le renvoi au SAMU est systématique. C'est avec le médecin régulateur du Centre 15 qu'il est décidé

- d'envoyer un médecin SOS qui transmettra son bilan à la régulation pour décider de la conduite à tenir, du choix ou non d'hospitalisation et si oui, du mode de transport, médicalisé ou non.

- d'engager directement un SMUR, parfois précédé d'un médecin SOS s'il peut être sur les lieux avant la VRM, lorsque les patients habitent à plus de 15 mn du CHU de Nancy.

Concernant les accidents neurologiques aigus, fortement suspects d'AIT ou d'AVC, le bilan précoce transmis au Centre 15 permet de faire bénéficier aux patients répondant à certains critères cliniques et anamnestiques, de la filière des urgences neuro-vasculaires. Le but étant de le faire transporter moins de 3 heures après le début du déficit focal dans l'unité vasculaire de neurochirurgie, afin de tenter la thrombolyse in situ de l'artère cérébrale obstruée.

3.3. Le SAU

La grande majorité des patients hospitalisés par SOS Médecins Nancy sont adressés au Service d'Accueil des Urgences du CHU à l'Hôpital Central de Nancy.

Les médecins de SOS et du Service d'Accueil des Urgences (SAU) travaillent régulièrement ensemble, prenant en charge de manière complémentaire un nombre élevé de patients en commun. Le courrier rédigé par le médecin qui adresse un patient au SAU est toujours complété d'un appel téléphonique. Enfin, il n'est pas rare que des échanges de nouvelles des patients par téléphone aient lieu entre les médecins SOS et les praticiens des Urgences. Leur collaboration est quotidienne.

Un autre lien existe entre les deux groupes de médecins, par les formations récemment organisées, notamment autour des thèmes de la réanimation cardio-respiratoire, de la levée de corps ou encore du syndrome coronarien aigu, et dispensées par des praticiens hospitaliers du SAU et du SAMU 54.

3.4. L'HADAN

Le maintien à domicile des patients n'est pas toujours simple, car la pathologie qu'ils présentent réclame, par exemple, des soins infirmiers pour la délivrance de traitements par voie intraveineuse continue. Parfois, leur perte d'autonomie les prive transitoirement de leurs facultés à faire eux-mêmes leur toilette. De plus, il n'est pas rare que des soins palliatifs soient envisagés dans des contextes de maladies incurables, invalidantes et altérant profondément la qualité de vie des patients.

Dans toutes ces situations, les patients sont le plus souvent pris en charge à l'hôpital. Or, le transfert des patients vers l'hôpital représente souvent, pour eux, une expérience douloureuse. Cela est fréquemment vérifiable chez les personnes âgées, en particulier lorsqu'elles présentent des troubles cognitifs installés, pour qui le changement d'environnement est vécu comme un bouleversement capable d'engendrer ou d'aggraver brutalement un trouble de l'humeur ou une désorientation.

Ainsi, le maintien à domicile des patients a pour but de diminuer leur morbidité et d'améliorer leur qualité de vie.

Il existe à Nancy des alternatives à l'hospitalisation, en particulier depuis la création en 2005 de l'HADAN : Hospitalisation à Domicile de l'Agglomération Nancéienne.

Lorsqu'un patient est hospitalisé, son état de santé peut être compatible avec un retour à domicile, si des soins dits « lourds » peuvent lui être apportés chez lui. Le médecin hospitalier ou le médecin traitant peuvent alors lui proposer une hospitalisation à domicile grâce à l'HADAN qui organise chez lui les moyens matériels nécessaires à son état de santé, et coordonne le personnel paramédical dont il aura besoin. L'accord avec le médecin traitant est impératif.

De même, lorsqu'un médecin traitant pose le diagnostic d'une affection aiguë nécessitant l'hospitalisation de son patient, il peut lui proposer de faire appel à l'HADAN. Cette association mettra alors en place les soins médicaux et paramédicaux nécessaires à son maintien à domicile. Ce peut être le cas d'une pyélonéphrite chez une femme âgée à l'autonomie réduite, par exemple, ou encore d'une déshydratation au cours d'une gastroentérite aiguë sans autre signe de gravité.

L'HADAN fonctionne grâce à un médecin coordinateur, et à tous les intervenants, avec le concours essentiel du médecin traitant qui est le référent à domicile. La mise en œuvre de ce dispositif humain et technique se fait dans le respect de la volonté du patient et de son entourage.

Ainsi, le patient bénéficiera de soins médicaux, infirmiers, de kinésithérapie, de nursing par les aides-soignants le cas échéant. Le matériel tel que lit médicalisé, potence pour perfusion intraveineuse, pousse seringue électrique, sera aussi fourni pendant toute la durée de l'hospitalisation à domicile.

SOS Médecins participe au maintien à domicile de ces patients atteints de pathologies lourdes, parfois très invalidantes, en intervenant auprès d'eux chaque fois que nécessaire, en particulier en période de permanence de soins et chaque fois que le médecin traitant ne peut se déplacer de manière inopinée.

Pour cette raison, l'HADAN et SOS Médecins Nancy ont signé en 2005 un accord de partenariat, pour tous les habitants vivant dans le secteur habituel d'intervention. Des formations à l'utilisation du matériel, comme les pompes à morphine par exemple, sont prévues, afin que la technique ne soit pas un obstacle à la réalisation des soins en visite à domicile.

Un dossier est laissé au domicile du patient, permettant à tous les intervenants de le compléter et de profiter des informations médicales et paramédicales, pour optimiser sa prise en charge et son bien-être. A tout moment, le médecin de l'équipe SOS peut contacter l'HADAN pour obtenir des renseignements médicaux ou techniques supplémentaires.

L'HADAN permet, en partenariat avec SOS Médecins Nancy, d'assurer à domicile, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution clinique, des soins médicaux continus et coordonnés. La place de SOS Médecins est ici à la fois dans la permanence et la continuité des soins.

3.5 Le Réseau Gérard Cuny

Le réseau Gérard Cuny est une association destinée à améliorer la prise en charge des personnes âgées en situation de fragilité ou de dépendance sur le territoire de la Communauté Urbaine du Grand Nancy : en proposant une réponse rapide, sur simple appel, dans les situations où le maintien à domicile risque d'être compromis. Il se place comme un partenaire efficace de SOS Médecins et de l'ensemble des médecins de la CUGN.

3.5.1. Son rôle

Il a pour objectif de d'être au service de la personne âgée, de son entourage, avec le soutien de son médecin traitant et des professionnels sociaux et paramédicaux.

Le réseau Cuny assure la coordination entre les professionnels du domicile, l'hôpital et les établissements d'hébergement.

Il élabore, en outre, un plan d'intervention en concertation avec l'ensemble des professionnels et assure son suivi.

Il favorise le maintien à domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales.

3.5.2. La population concernée

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- être âgé de plus de 60 ans ;
- habiter la Communauté Urbaine du Grand Nancy ;
- présenter une difficulté pour une activité de la vie quotidienne ;
- ou avoir au moins 3 critères de fragilité ;
- vivre à domicile.

Les critères de fragilité peuvent tenir soit aux conditions sanitaires et sociales de la personne âgée, soit à un état médical particulier.

Concernant les contextes sanitaire et social, les critères de fragilité retenus sont :

- un support social inadéquat comme l'isolement, la pauvreté, un logement inadapté ;
- la sédentarité, le confinement, une instabilité à la marche ;
- une hygiène insuffisante de par une incontinence, la négligence de son corps ou de son environnement.

Les critères de fragilité liés au contexte médical sont les suivants :

- une déficience auditive ou visuelle mal compensée ;

- un trouble du comportement comme une démotivation, un déclin des fonctions cognitives, des épisodes de confusion ou de dépression ;
- une baisse des réserves nutritionnelles ;
- une polypathologie, soit plus de 2 pathologies invalidantes, ou une polymédication c'est-à-dire plus de 4 médicaments sur l'ordonnance à renouveler ;
- des hospitalisations itératives non programmées ;
- des chutes avec incapacité à se relever seul.

3.5.3. Le mode d'entrée dans le réseau

L'admission dans le réseau est libre et volontaire.

Le repérage des critères de fragilité permet l'initialisation du bilan gériatrique pour un maintien à domicile le plus prolongé possible.

L'acte de signalement peut être effectué par tout individu connu de la personne âgée, à son domicile, ou en sortie d'hospitalisation. Il concerne donc la personne âgée elle-même, sa famille, le médecin traitant ou tout autre professionnel.

3.5.4. Le fonctionnement

L'équipe comporte deux médecins coordinateurs et une infirmière coordinatrice.

L'accueil est assuré du lundi au vendredi de 8h à 17h30. C'est là une faiblesse du système, pour SOS Médecins, qui effectue environ deux tiers de son activité en période de permanence de soins.

4. L'ACTION EN SANTE PUBLIQUE

4.1. Des statistiques disponibles au niveau national

L'expérience tirée des interventions des associations SOS Médecins est un capital de connaissances épidémiologiques et sociales mis à la disposition des pouvoirs publics afin de renforcer les dispositifs de veille sanitaire et d'assistance à la population.

SOS Médecins peut, de par le grand nombre de visites effectuées au niveau national, et grâce à la traçabilité complète des appels et à son exploitation statistique, fournir des données épidémiologiques en quasi simultanéité avec l'activité médicale en cours.

A la demande de l'Institut de Veille Sanitaire (INVS), SOS Médecins transmet à titre gratuit et en continu des informations et des analyses, provenant de l'ensemble du territoire, qui permettront à l'Institut d'avoir des données supplémentaires pour mieux remplir sa mission.

4.2. Des études nationales spécifiques

Diverses études de santé publique ont également déjà été réalisées. Nous pouvons ainsi citer l'étude SOS Monoxyde de carbone⁶⁰ réalisée pendant l'hiver 1994 par 257 médecins de SOS Médecins dans une trentaine de villes françaises. Elle a rendu systématique l'usage du détecteur de CO. Après 367 171 visites, des traces de CO ont été détectées dans l'air ambiant de 144 foyers, dans lesquels vivaient environ 700 personnes, démontrant ainsi que l'inhalation de monoxyde de carbone était fréquente en visite à domicile. Au cours de cette étude,

150 enfants d'une école maternelle ainsi que 2 immeubles ont été évacués en raison d'un risque majeur d'intoxication aiguë au CO.

L'étude Prisme 97, sur l'évolution des tentatives de suicide, a été conduite en hiver 1997-1998. Plus de 500 médecins SOS dans plus de 30 villes ont réalisé 420 observations médicales auprès de suicidants, renseignant sur les antécédents psychiatriques, les modalités de tentative d'autolyse, et les modalités de prise en charge des patients. L'étude a été complétée par l'observation prospective, entre le 27 mai et le 31 juillet 1998, du nombre total de tentative de suicide.

En 1998, SOS Médecins a coopéré avec l'unité 444 de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) du Pr. Valleron.⁶¹ 553 médecins, 19 associations SOS, 62 SAU ont analysé 500 000 consultations (dont 100 000 par SOS Médecins), dans les villes hôtes de la coupe de France de football et hors des sites. Cette étude a eu pour but l'évaluation des risques sanitaires lors de manifestations de grande ampleur, débouchant sur des recommandations pratiques pour la population et les collectivités locales.

4.3. SOS Médecins Nancy a participé en 2005 à une étude sur la grippe

SOS Médecins Nancy a participé durant l'hiver 2005-2006 à une étude prospective sur la grippe, coordonnée par le Dr Patrick Brasseur de SOS Médecins France, conduite simultanément dans 7 grandes villes françaises.

Elle avait pour but d'analyser l'impact des tests de diagnostic rapide en période pré-épidémique dans la prise en charge de la grippe en médecine de ville d'urgence. Ces tests rapides de surveillance (TRS) détectaient la présence du virus de la grippe sur un écouvillonnage nasal, s'il s'agissait d'un virus de type A ou de type B.

Depuis la création du GROG, en 1984, SOS Médecins France participe au réseau sentinelle. Dans chaque ville où SOS Médecins est présent, il existe des pré-alertes à la grippe, rendues possibles par les relevés hebdomadaires d'activité. En effet, il est possible de croiser la fréquence des appels pour les trois motifs que sont la fièvre, les céphalées et les courbatures. Les associations SOS Médecins obtiennent ainsi les relevés d'incidence du syndrome grippal dans un bassin de population. Leur brusque variation permet en général de diagnostiquer l'apparition de la grippe environ deux à trois semaines avant le dépassement du seuil épidémique.

Le but de cette étude était de savoir si l'utilisation des TRS pouvait valider ces pré-alertes à l'épidémie de grippe. Par ailleurs, cela permettait d'évaluer l'apport complémentaire de cette surveillance clinique et virologique dans la surveillance nationale de la grippe, et l'impact des TRS sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients.

L'analyse a été menée ville par ville, en comparaison avec les données GROG disponibles pour chacune de ces villes. Les résultats de l'étude s'appuieront sur les comparaisons des dates de variations d'incidence des appels pour syndromes grippaux avec l'évolution du nombre de TRS positifs chez les patients inclus dans l'étude.

Chapitre 3

Les patients adressés par
SOS Médecins Nancy au
Service d'Accueil des Urgences :
étude portant sur 244 patients.

I INTERET DE L'ETUDE

L'association SOS Médecins Nancy est régulièrement amenée à prendre en charge des urgences médicales et chirurgicales, le plus souvent en période de PDS, nécessitant fréquemment le recours aux moyens hospitaliers pour le bilan complémentaire et les soins.

1. LE MAINTIEN A DOMICILE NE PEUT ETRE LA REGLE

Même si SOS Médecins Nancy tente de limiter les hospitalisations, les médecins de l'équipe sont confrontés dans bien des cas, comme tout médecin généraliste, à des urgences dont la prise en charge ne peut être qu'hospitalière.

Les moyens diagnostiques dont ils se sont dotés sont étendus, nous l'avons vu, par l'utilisation de l'ECG, de l'oxymètre de pouls et du détecteur de CO, entre autres. Certains diagnostics peuvent être rapidement posés, comme celui de syndrome coronarien aigu avec traduction électrique à l'ECG, ou celui d'intoxication aiguë au monoxyde de carbone. Les moyens thérapeutiques spécifiques, comme l'utilisation fréquente des antalgiques injectables, par exemple, ou l'oxygénothérapie au masque ou encore la nébulisation de bronchodilatateurs, permettent de soulager les malades à leur chevet et de choisir assez fréquemment une poursuite des soins à domicile.

Néanmoins, certains patients présentent, à l'évidence, des pathologies imposant un bilan complémentaire, des soins, et une surveillance que seul l'hôpital peut apporter. Nous pensons, par exemple, aux douleurs abdominales faisant

suspecter une cause chirurgicale, ou encore à une détresse respiratoire. Le médecin qui a assuré la prise en charge initiale à domicile joue ainsi un rôle spécifique..

2. LA DECISION D'ADRESSER UN PATIENT AU SAU

Un des rôles fondamentaux de la médecine pré-hospitalière est de savoir reconnaître au mieux les critères d'hospitalisation des patients. C'est une des difficultés importantes que l'on rencontre au cours de l'exercice de la médecine de terrain, lors de chaque garde. Le médecin devra toujours tenir compte du principe de précaution, répondant ainsi au bon sens, à l'éthique médicale et à une des obligations déontologiques de la profession (article 32 du Code de Déontologie Médicale). Mais il devra aussi éviter aux patients, quand cela est possible, les examens complémentaires, et les différents stress inhérents à une hospitalisation. Enfin, le médecin prendra en compte le coût financier pour la collectivité d'une consultation au SAU.

Lorsque le médecin s'interroge sur la nécessité d'adresser un patient au SAU, il doit répondre à une question complexe dont la réponse dépend de nombreux critères variables, d'un patient à l'autre.

Pour certaines situations, la question trouve immédiatement sa réponse lorsqu'un pronostic vital est engagé à court ou moyen terme.

Dans d'autres cas, le médecin doit prendre en compte les souhaits, les pressions ou les réticences du malade, les résultats de son examen clinique, de l'anamnèse, mais aussi ses antécédents, le traitement en cours, les fragilités particulières liées à l'âge extrême, aux handicaps. Il tient compte également du lieu de vie et de l'entourage du patient.

Il se fait donc une impression clinique globale et cherche à évaluer l'évolution des signes dans les prochaines heures, de par les diagnostics qu'il suspecte.

Il a aussi pour tâche de juger de l'aptitude du patient à prendre les mesures nécessaires à son traitement à domicile, à reconnaître une aggravation de ses symptômes (ou de l'aptitude des parents à un tel exercice pour leur enfant), et enfin à savoir alerter si besoin. On pense ici aux risques de déshydratation devant une diarrhée aiguë, ou à l'évolution défavorable d'une pathologie respiratoire devenant dyspnéisante, par exemple, ou encore à l'apparition d'un syndrome méningé chez un patient présentant initialement un vague syndrome grippal.

3. LE ROLE SPECIFIQUE DE SOS MEDECINS AVANT UNE HOSPITALISATION

Avant d'adresser un patient au Service d'Accueil des Urgences, les médecins SOS remplissent une mission de prise en charge pré-hospitalière, jouant un rôle spécifique dont nous proposons ici une illustration, sans entrer volontairement dans les détails de la symptomatologie ou du contexte.

Prenons l'exemple d'un patient dyspnéique qui contacte, à 23 heures, la régulation médicale libérale ou le SAMU Centre 15.

A l'issue de l'entretien téléphonique, le médecin régulateur peut conclure à l'absence totale de gravité et rassurer ce patient en lui conseillant d'aller consulter son médecin généraliste dans les jours suivants.

Le médecin régulateur peut décider, au contraire, à l'issue de son interrogatoire, que ce patient dyspnéique doit être examiné rapidement par un médecin. S'il considère que le patient ne peut se déplacer par ses propres moyens, il aura à choisir entre une intervention SMUR immédiate, un transport vers l'hôpital en ambulance non

médicalisée, ou une visite à domicile par un confrère généraliste. L'adaptation des moyens médicaux engagés aux besoins du patient est un exercice difficile, que nous avons évoqué dans le chapitre de ce travail portant sur la régulation médicale.

Il n'est pas rare que le médecin régulateur demande à un médecin de SOS de se rendre au domicile du patient. Prenons l'exemple, fréquent dans la pratique quotidienne de SOS Médecins, où le diagnostic d'oedème aigu du poumon est posé lors de la visite d'un médecin de l'équipe.

Dans cette situation, le maintien à domicile de ce patient est visiblement impossible, car trop dangereux. Le relais de la prise en charge en milieu hospitalier est inévitable et salutaire.

En choisissant de faire intervenir précocement SOS Médecins Nancy, on fait bénéficier au patient :

- d'un diagnostic positif clinique électrocardiographique, permettant d'éliminer un trouble du rythme ou de la conduction, ou encore un syndrome coronarien aigu, qui justifient alors une intervention SMUR.
- d'une prise en charge médicamenteuse par l'administration d'oxygène au masque et d'une éventuelle nébulisation de bronchodilatateurs, l'injection intraveineuse de diurétiques, l'absorption de dérivés nitrés sous forme de spray avec contrôle tensionnel.
- d'une aide psychologique et empathique dans le contexte anxiogène de la dyspnée aiguë, la présence d'un médecin sur place étant rassurante pour le patient et pour son entourage.

De tels bénéfices ne peuvent être apportés par un transport non médicalisé jusqu'au SAU avant tout examen médical.

Par ailleurs, le déplacement d'une équipe SMUR chez ce patient aurait permis une très bonne prise en charge initiale, mais aurait engagé des moyens humains et techniques supérieurs aux besoins réels si le patient ne nécessite ni gestes de réanimation, notamment une assistance respiratoire, ni initiation du traitement curatif d'un SCA. Rappelons qu'une équipe SMUR comporte un médecin thésé, un interne des hôpitaux, une infirmière et un chauffeur. Hormis le coût financier plus élevé (275 euros par demi-heure dès l'arrivée sur les lieux) d'une telle intervention par rapport à celle d'un médecin seul, le CHU de Nancy ne dispose que de 3 VRM (véhicules de réanimation médicale) le jour, et de 2 VRM la nuit, ce qui incite les équipes du SAMU 54 à ne pas les engager trop hâtivement, pour ne pas en manquer lors d'une urgence vitale.

II LES BUTS DE L'ETUDE

Notre étude décrit une partie de la population vue en visite, présentant les pathologies les plus graves et nécessitant un bilan en urgence. Elle porte sur deux mois d'activité de SOS Médecins Nancy. Elle s'intéresse aux patients ayant présenté des troubles aigus imposant parfois la réalisation de gestes diagnostiques ou thérapeutiques immédiats, et empêchant leur maintien à domicile. Nous avons choisi pour cela, la population des patients adressés au Service d'Accueil des Urgences (SAU) de l'Hôpital Central, service dit « de porte » du CHU de Nancy, qui accueille le plus grand nombre de patients en urgence parmi l'ensemble des patients hospitalisés par SOS Médecins Nancy.

Nous avons tenté de décrire les caractéristiques de la population des patients adressés au SAU, et au sein de ce groupe, celle des patients hospitalisés après bilan, en essayant de dégager certaines particularités par rapport à l'ensemble de patients vus en visite par SOS Médecins Nancy sur la période étudiée.

Nous avons ainsi cherché à étudier le type d'urgences rencontrées au cours de l'activité de SOS Médecins Nancy. Nous trouvons ainsi un moyen de poursuivre le bilan d'activité de l'association en s'intéressant au devenir des patients nécessitant à travers l'hôpital une poursuite de la prise en charge après le passage du médecin SOS.

III METHODOLOGIE DE NOTRE ETUDE

1. TYPE D'ETUDE ET SOURCE DES DONNEES

Cette étude est une analyse descriptive rétrospective. Elle tire ses données du dossier informatique du logiciel CASTOR au SAU de chaque patient que SOS Médecins Nancy lui a adressés en janvier et février 2005.

2. DEFINITION DE L'ECHANTILLON DE LA POPULATION DES PATIENTS ADRESSES AU SAU

Nous souhaitons décrire la totalité des patients adressés au SAU par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005. Or il n'a pas été possible de recueillir la liste exhaustive de ces patients, comme nous allons le préciser ici. Ce sont donc les limites pratiques de notre étude.

2.1. Le premier de niveau de sélection des patients

SOS Médecins Nancy est propriétaire de toutes les informations enregistrées au cours des gardes de chaque membre de l'association. Ces données sont gérées grâce à plusieurs outils statistiques informatisés développés par MediCall Concept, qui gère le standard de SOS Médecins Nancy. Le logiciel Médifiche, notamment, fait partie de ces logiciels, il permet de définir la liste, par nom, de tous les patients hospitalisés.

Ce premier niveau de sélection des patients trouve une limite. En effet, la liste des patients hospitalisés n'est pas exhaustive, car la saisie sur Pocket PC du devenir des patients par les médecins de l'équipe SOS n'est pas systématique. Le taux de remplissage de cet item dans le compte-rendu de visite n'étant que de 43 % sur l'année 2005, nous ne parlerons pas de taux annuel d'hospitalisation, qui serait ininterprétable.

L'effectif de cette première liste est de 419 patients adressés au SAU en 2 mois

2.2. Le deuxième niveau de sélection des patients

Nous avons éliminé de cette première liste tous les patients âgés de moins de 15 ans, qui sont adressés au Pôle Spécialisé d'Urgences pédiatriques (POSU à l'hôpital d'enfants) et tous les patients dirigés vers d'autres établissements hospitaliers. Il s'agit du Centre psychothérapique de Nancy, en particulier pour les HDT, de la Maternité Régionale, de la Polyclinique de Gentilly, de la Clinique Majorelle, de la clinique Ambroise Paré, du service SOS Mains de Gentilly, du service de microchirurgie de l'appareil locomoteur de l'hôpital Jeanne d'Arc à Toul, de la Clinique de Traumatologie de Nancy, et enfin du service de psychiatrie de l'hôpital de Saint-Nicolas-de-Port.

2.3. Le troisième niveau de sélection et l'effectif de l'étude

Après ce second tri, tous les patients n'ont pas été retrouvés dans les dossiers du SAU. Nous trouvons plusieurs explications à ces absences :

- les erreurs de saisie du nom lors de la réception de l'appel du patient par le standard de SOS Médecins ;
- l'impossibilité de prendre contact avec certains médecins ayant remplacé des membres associés de SOS Médecins au cours de la période étudiée, ne nous permettant pas, dans certains cas de rectifier des erreurs orthographiques du nom des patients ;
- les erreurs de saisie de l'item « devenir » lors du remplissage du compte-rendu de visite par les médecins de SOS Nancy, désignant comme hospitalisés des patients qui ne le l'ont pas été ;
- les changements d'orientation des patients au cours de leur trajet en ambulance, décidés par la régulation médicale du SAMU, permettant une entrée directe des patients dans le service le mieux adapté à leur pathologie ou dans le service qui éventuellement les suivait déjà ;
- les changements d'avis des patients devant se rendre par leurs propres moyens au SAU et qui finalement refusent d'y aller. En revanche, les médecins SOS Nancy restent sur place, jusqu'à l'arrivée des ambulanciers dans les autres situations, où il n'y a pas d'erreur possible sur la réalité de l'hospitalisation.

Au total, nous obtenons un échantillon, de 244 patients adultes adressés au Service d'Accueil des Urgences par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005. Les limites des premier et troisième niveaux de sélection qui viennent d'être décrits n'induisent pas de biais de recrutement, puisque les adultes non retrouvés se

répartissent au hasard sur la période étudiée, entre les différents médecins de l'équipe, et sans doute toutes pathologies confondues.

IV RESULTATS DE L'ETUDE

1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON DE PATIENTS ADRESSES AU SAU

1.1. La répartition hommes/femmes

Parmi les 244 patients retrouvés, on compte 144 femmes et 100 hommes, ce qui représente 59% de femmes et 41 % d'hommes, comme le montre la figure 1.

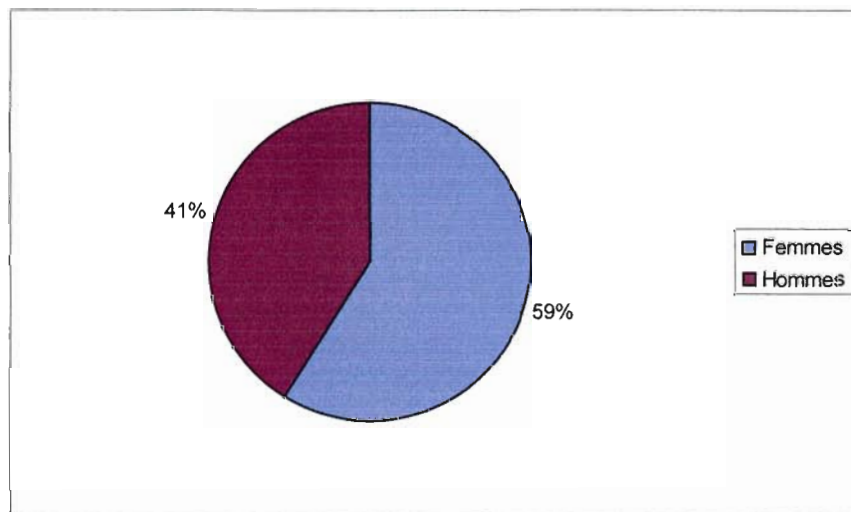


Figure 1 : Répartition hommes/femmes des patients adressés par SOS Médecins Nancy au SAU en janvier et février 2005. Source : Médi'Call Concept.

La proportion de femmes et d'hommes adressés au SAU est sensiblement la même que la proportion retrouvée dans la population globale des patients vus par SOS Médecins Nancy durant l'année 2005.

1.2. L'âge des patients

Cette étude ne porte que sur les patients de plus de 15 ans, les patients plus jeunes étant adressés au Pôle Spécialisé des Urgences pédiatriques, ce qui a fait l'objet d'un autre travail de thèse.³⁸

Les classes d'âges se répartissent comme suit :

- les adultes jeunes de 15 à 39 ans ;
- les adultes d'âge moyen de 40 à 64 ans ;
- les personnes âgées, dites du « troisième âge », de 65 à 74 ans ;
- les personnes âgées, dites du « troisième âge », de 75 à 84 ans ;
- les patients « du quatrième âge », de 85 ans et plus.

Pour les adultes de 15 à 64 ans, des classes de 25 ans nous ont paru intéressantes car qu'il existe à l'intérieur de ces classes une relative homogénéité de la prévalence et de l'incidence des pathologies rencontrées au cours de l'étude.

La moitié des patients adressés est âgée de moins de 65 ans. Parmi les patients de plus de 65 ans, ce sont les malades âgés de 75 à 84 ans qui sont les plus représentés (25%). La part des patients de 85 ans et plus représente près d'1 patient sur 6 (14%), comme le montre la figure 2.

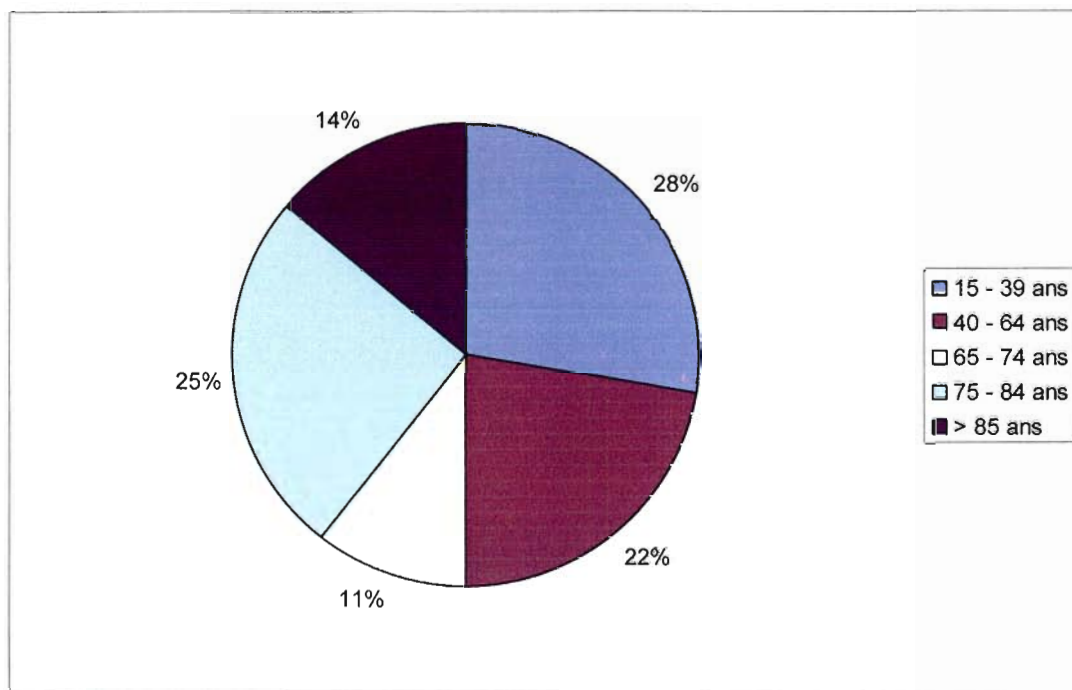


Figure 2 : Répartition par classes d'âge des patients adressés au SAU par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005.
Source : Médi'Call Concept – CASTOR CHU de Nancy.

2. ETUDE DES PATHOLOGIES DE NOTRE ECHANTILLON

2.1 Les pathologies diagnostiquées au SAU

2.1.1 Méthodologie

Nous avons analysé, pour chaque patient, les conclusions tirées au SAU à l'issue de son bilan et des soins prodigués. Ces conclusions retrouvées dans les dossiers informatisés du SAU pouvaient être de différents types : il pouvait s'agir de diagnostics positifs ou de diagnostics suspectés, ou encore d'un syndrome, voire d'un symptôme.

Nous avons constitué deux groupes parmi ces différentes formes de conclusions : les pathologies médicales d'une part, et les pathologies chirurgicales d'autre part. Parmi chacun de ces groupes, nous avons rassemblé les signes ou diagnostics en grandes rubriques, reprenant les principales spécialités médicales et chirurgicales.

Pour certains patients, plusieurs diagnostics ont été posés. Dans ce cas de figure, les diagnostics secondaires pouvaient être en rapport avec le diagnostic principal, comme, par exemple, une insuffisance cardiaque aiguë secondaire à une pneumopathie franche lobaire aiguë. Ils pouvaient aussi être indépendants les uns des autres, comme l'association d'une sigmoïdite et d'une pyélohydronéphrose. De manière générale, si les différents signes ou diagnostics étaient récents et faisaient l'objet d'une prise en charge en urgence, nous avons décidé de tous les comptabiliser. L'effectif des diagnostics est donc supérieur à celui des patients. En revanche, les diagnostics étiologiques de pathologies chroniques n'ont pas été pris en compte dans notre étude. C'est, par exemple, le cas d'un éthylysme chronique responsable d'une hypertension portale, elle-même à l'origine d'une hématomèse. Seule l'hématomèse a été prise en compte chez ce patient, pour contribuer à l'analyse des diagnostics posés en urgence au SAU.

Enfin, les diagnostics de gravité ne sont que très rarement mentionnés dans les dossiers du SAU, et n'ont pas été comptabilisés. Ainsi, aucun score tel que le score de RANSON dans une pancréatite, par exemple, n'a influencé le classement des pathologies.

La description des pathologies retrouvées au domicile des patients, puis au SAU, regroupées par rubriques, ne met pas non plus en évidence le degré de gravité individuelle. Nous pouvons cependant noter que l'immense majorité des patients adressés au SAU par les médecins de SOS Nancy pour prise en charge d'une bronchite ou d'une pneumopathie présentaient initialement une dyspnée de stade

III à IV dans le classement de la NYHA, nécessitant une oxygénothérapie dès le début de la prise en charge. Cette notion est tirée de notre propre expérience et de l'expérience partagée avec nos confrères de l'équipe de SOS Médecins Nancy, sans pouvoir l'appuyer sur des données chiffrées.

2.1.2. Les pathologies ou syndromes médicaux et leurs effectifs

Pneumologie

33 femmes - 31 hommes

- 23 pneumopathies
- 18 bronchites aiguës
- 9 exacerbations de BPCO
- 5 embolies pulmonaires
- 4 crises d'asthmes
- 3 autres dyspnées
- 1 hémoptysie
- 1 toux

TOTAL

64

Pathologies cardio vasculaires

26 femmes - 16 hommes

- 18 insuffisances cardiaques aiguës
- 10 arythmies
- 6 ischémies myocardiques
- 2 phlébites
- 2 poussées HTA
- 1 bilan de malaise
- 1 dissection aortique
- 1 endocardite
- 1 Hypotension artérielle

TOTAL

42

Neurologie

17 femmes - 17 hommes

- 10 AVC et AIT
- 9 crises d'épilepsie
- 2 confusions et désorientations
- 2 céphalées
- 1 démence
- 1 vertige
- 1 myasthénie
- 1 syndrome extra-pyramidal
- 1 paresthésie
- 1 polynévrite alcoolique

TOTAL 34

Hépatogastro-entérologie

13 femmes - 11 hommes

- 10 saignements digestifs haut et bas
- 5 gastro-entérites virales
- 2 douleurs abdominales
- 2 pancréatites
- 2 sigmoïdites
- 1 reflux gastro-oesophagien

TOTAL 24

Psychiatrie

14 femmes - 6 hommes

- 4 agitations et/ ou violences
- 4 intoxications médicamenteuses volontaires
- 4 dépressions
- 3 anxiétés aiguës
- 2 délires aigus
- 2 hallucinations
- 1 conflit conjugal

TOTAL 20

Maladies infectieuses

8 femmes - 3 hommes

- 4 infections urinaires
- 2 angines
- 2 syndromes grippaux
- 1 cellulite
- 1 choc septique
- 1 diarrhée infectieuse

TOTAL

11

Toxicologie

4 femmes - 3 hommes

- 6 pathologies liées à l'alcool
- 1 surdosage morphinique

TOTAL

7

Néphrologie

2 femmes - 4 hommes

- 3 insuffisances rénales
- 1 pyélohydronéphrose
- 2 déshydratations

TOTAL

6

Rhumatologie

2 femmes - 3 hommes

- 1 douleur thoracique pariétale
- 3 douleurs rachidiennes
- 1 crises de polyarthrite rhumatoïde

TOTAL

5

Gynécologie

5 femmes

TOTAL

- 1
- 1 tumeur pelvienne
- 1 torsion des annexes
- 2 infection puerpérale
- 5 sans diagnostic

Endocrinologie

2 femmes - 2 hommes

TOTAL

- 3 diabètes
 inauguraux ou déséquilibrés
- 1 tumeur de la selle turcique
- 4

Dermatologie

1 femme - 1 homme

TOTAL

- 1 urticaire
- 1 inflammation cutanée
- 2 urticaire

Autres

4 femmes - 5 hommes

- 9 autres diagnostics ou syndromes
 comprenant :
 douleurs, chutes sans cause ni
 conséquence grave,
 précordialgies non étiquetée,
 malaises, myosite.

TOTAL DES DIAGNOSTICS ET SYNDROMES MEDICAUX

233

Sources : Médi'Call Concept –
CASTOR CHU de Nancy.

2.1.3. Les pathologies ou syndromes chirurgicaux et leurs effectifs

Chirurgie abdominale et viscérale

11 femmes - 10 hommes

- 4 appendicites
- 3 occlusions
- 3 pathologies des voies biliaires
- 5 sans diagnostic
- 2 péritonites
- 1 hernie
- 1 adénome surrénalien
- 1 infarctus mésentérique
- 1 abcès sacro coccygien

TOTAL

21

Traumatologie

11 femmes - 5 hommes

- 5 fractures
- 4 contusions
- 3 plaies
- 3 entorses
- 1 autre

TOTAL

16

Urologie

2 femmes - 3 hommes

- 3 rétentions aiguës d'urines
- 1 compression urétérale
- 1 colique néphrétique

TOTAL

5

ORL et chirurgie maxillo-faciale

5 femmes

2 vertiges
1 phlegmon amygdalien
1 parotidite
1 hémorragie gingivale
5

TOTAL

Ophtalmologie

3 femmes

1 avis
1 kératite
1 glaucome

TOTAL

3

Neurochirurgie

2 femmes - 1 homme

2 paralysies focales
1 tumeur cérébrale
3

TOTAL

**TOTAL DES
DIAGNOSTICS
ET SYNDROMES
CHIRURGICAUX**

53

2.2. Répartition des patients par spécialités médicales

Les trois spécialités les plus représentées sont la pneumologie (26%), les pathologies cardio-vasculaires (18%) et la neurologie (15%). La psychiatrie (9%), tout comme l'hépatogastro-entérologie (10%) représentent chacune près d'un patient sur 10, comme le montre la figure 3.

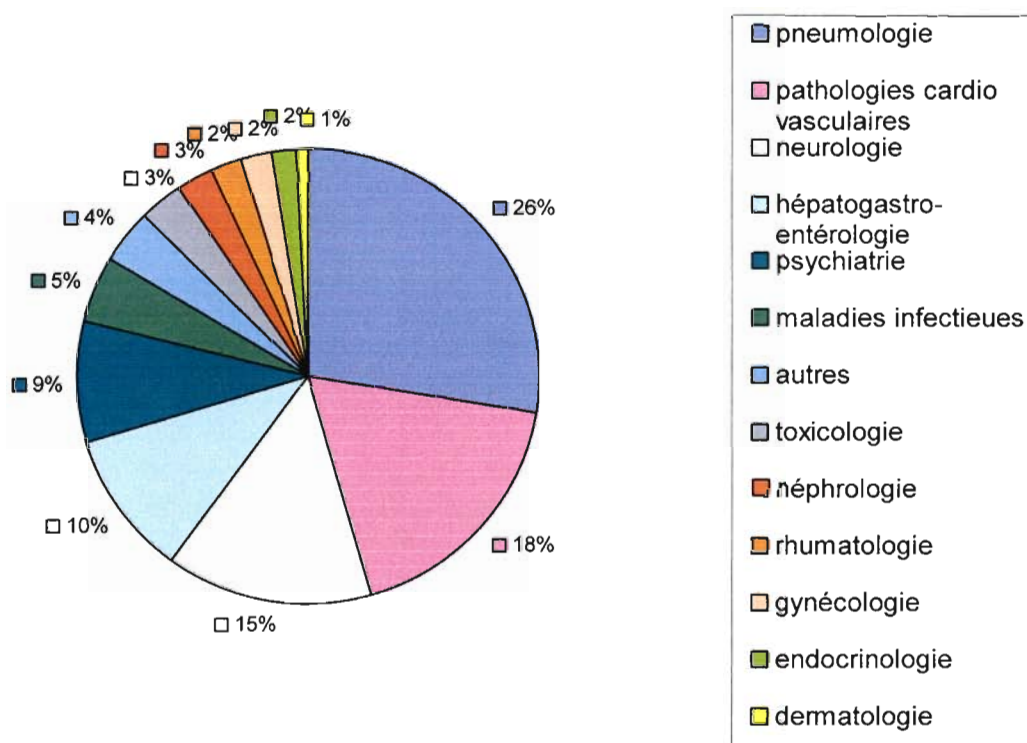


Figure 3. Répartition par spécialités médicales des patients adressés au SAU par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005.

Sources : Médi'Call Concept – CASTOR CHU de Nancy.

2.3. Répartition des patients par spécialités chirurgicales

Cette répartition nous montre que chirurgie abdominale et traumatologie sont prédominantes, parmi les motifs de recours au SAU, représentant à elles seules plus de trois quarts des patients adressés pour cause chirurgicale, comme l'illustre la figure 4.

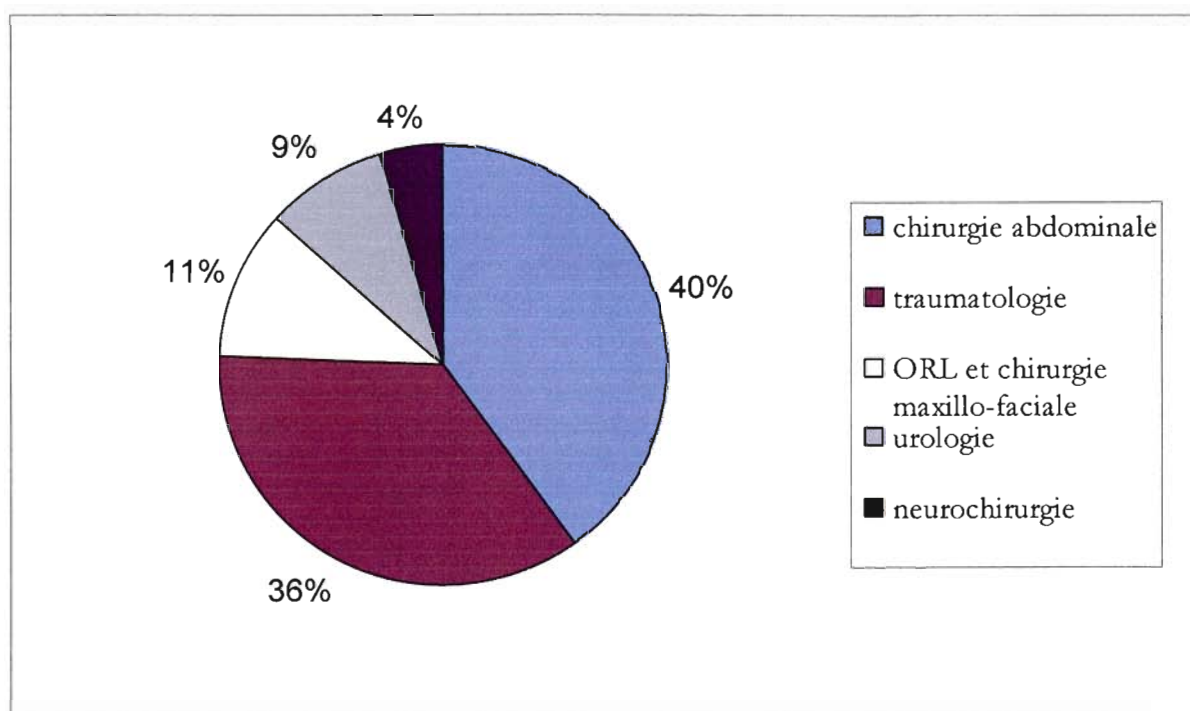


Figure 4 : Répartition par spécialités chirurgicales des patients adressés au SAU par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005
Sources : Médi'Call Concept – CASTOR CHU de Nancy.

3. ETUDE DU DEVENIR DES PATIENTS APRES BILAN AU SAU EN FONCTION DES PATHOLOGIES PRESENTEES

3.1 Pathologies médicales

3.1.1. Devenir des patients

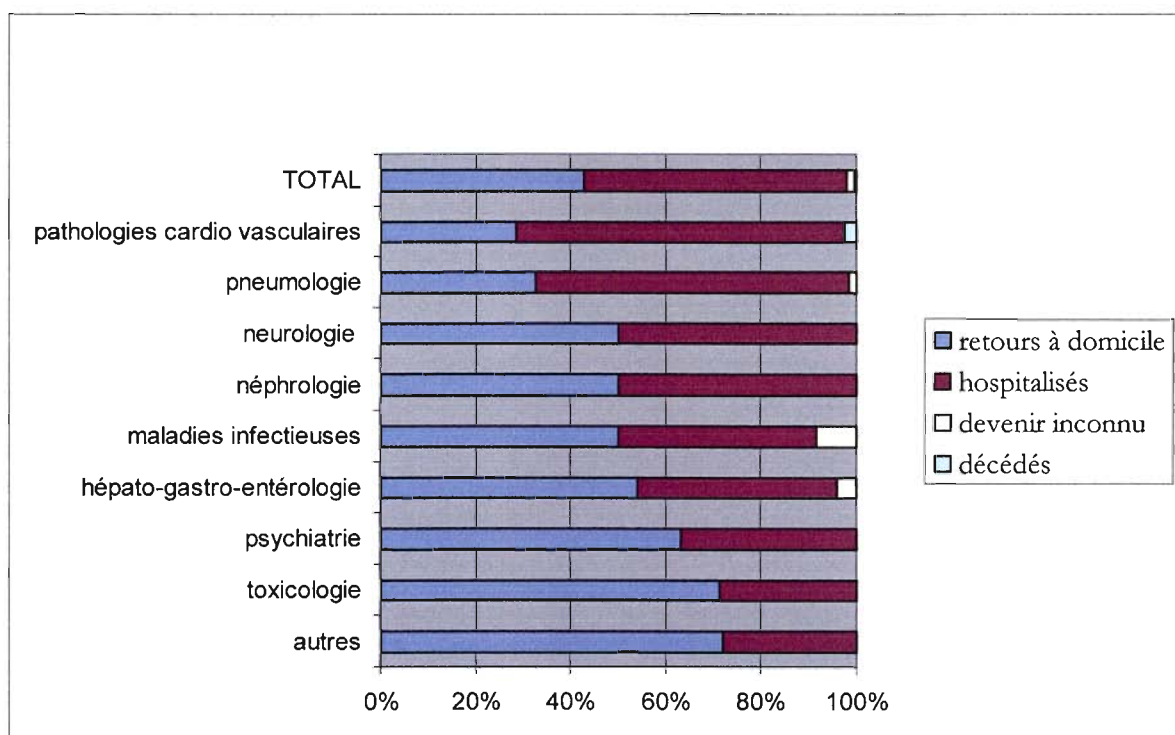


Figure 5 : Devenir des patients adressés au SAU par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005 : répartition par spécialités médicales
Sources : Médi'Call Concept - CASTOR CHU de Nancy

Le taux de retour à domicile varie de 28,57 % pour les patients présentant des troubles cardio-vasculaires aigus à 71,43% pour les patients souffrant de troubles en rapport avec l'intoxication alcoolique ou morphinique. Le taux

de retour à domicile est faible (32,81%) chez les malades adressés pour une pathologie touchant l'appareil respiratoire.

La répartition du devenir en fonction des pathologies médicales présentées est exposée sous forme de tableau, page suivante.

Un seul décès est survenu au SAU dans notre étude. Deux patients ont été perdus de vue.

Devenir des patients adressés au SAU par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005

REPARTITION PAR SPECIALITES MEDICALES

	patients adressés	retours à domicile	hospitalisés	devenir inconnu	décédés	taux de retour à domicile
autres	25	18	7	0	0	72,00%
toxicologie	7	5	2	0	0	71,43%
psychiatrie	20	12	7	0	0	60,00%
hépato-gastro-entérologie	24	13	10	1	0	52,00%
maladies infectieuses	11	6	5	1	0	50,00%
néphrologie	6	3	3	0	0	50,00%
neurologie	34	17	17	0	0	50,00%
pneumologie	64	21	42	1	0	32,81%
pathologies cardio vasculaires	42	12	29	0	1	28,57%
TOTAL	208	89	115	3	1	45,92%

Sources : Medical Concept-CASTOR SAU CHU de Nancy.

3.1.2 Diagnostics posés chez les patients hospitalisés

Les cinq spécialités les plus représentées pour les malades hospitalisés sont la pneumologie, les pathologies cardio-vasculaires, la neurologie, l'hépatogastro-entérologie et la psychiatrie. Cette répartition est donc la même que pour l'ensemble des patients adressés au SAU durant la période étudiée. On note une proportion très importante des deux premières spécialités citées, atteignant à elles seules 57% des patients hospitalisés après bilan au SAU.

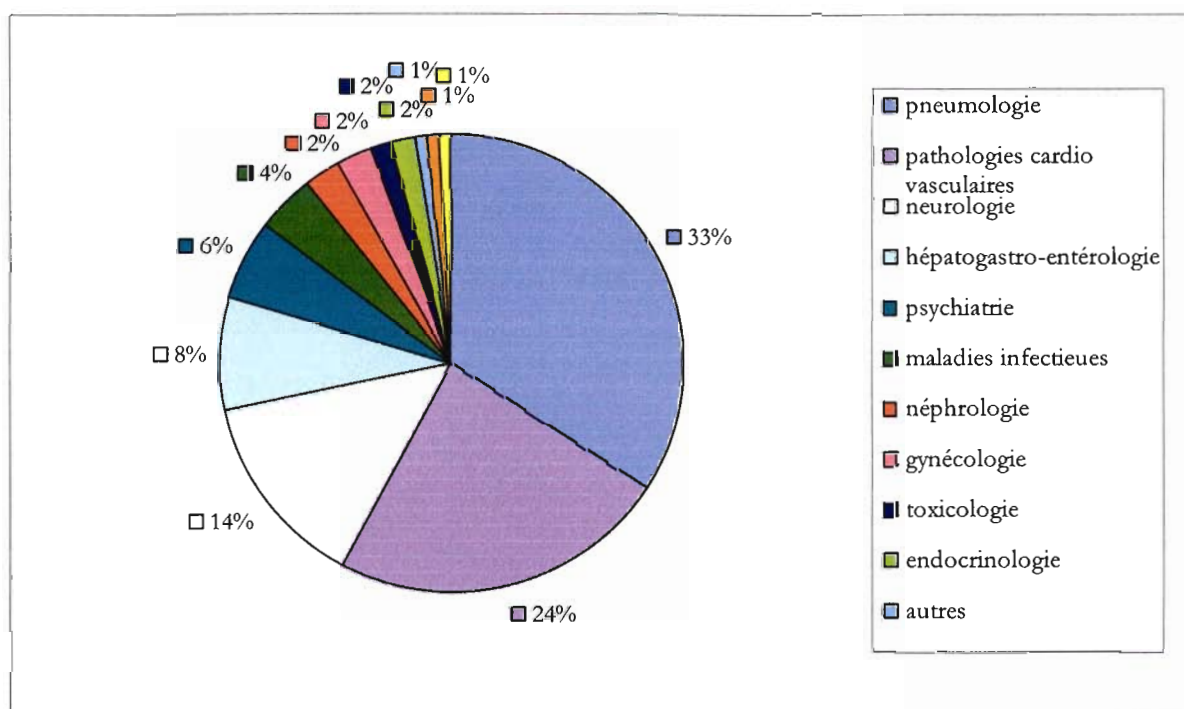


Fig. 5 bis. Patients hospitalisés après bilan au SAU parmi les patients adressés par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005. Répartition des diagnostics par spécialités médicales. Sources : Medica Concept - CASTOR CHU de Nancy

3.2 Pathologies chirurgicales

3.2.1. Devenir des patients

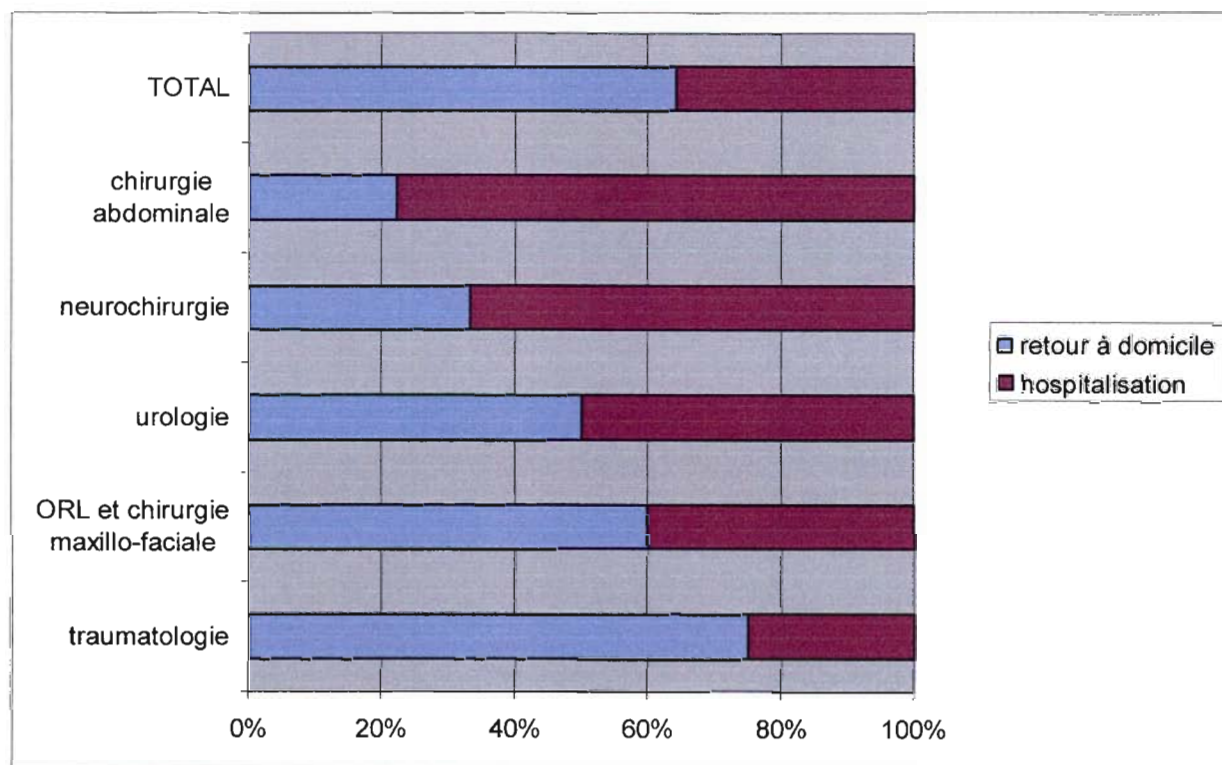


Figure 6 : Devenir des patients adressés au SAU par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005 : répartition par spécialités chirurgicales
Sources : Médicall Concept- CASTOR CHU de Nancy

Le taux de retour à domicile varie de 22,22% pour les patients présentant une suspicion de pathologie abdominale chirurgicale, à 75% pour les patients devant bénéficier au SAU d'un bilan de traumatologie. Les effectifs sont faibles (< 6 patients) en ORL, urologie et neurochirurgie. Cette répartition est présentée dans le tableau de la page suivante.

Devenir des patients adressés au SAU par SOS Médecins Nancy
en janvier et février 2005 :

REPARTITION PAR SPECIALITES CHIRURGICALES

	patients adressés	retour à domicile	hospitalisation	devenir inconnu	décédés	taux de retour à domicile
traumatologie	16	12	4	0	0	75,00%
ORL et chirurgie maxillo-faciale	5	3	2	0	0	60,00%
urologie	4	2	2	0	0	50,00%
neurochirurgie	3	1	2	0	0	33,33%
chirurgie abdominale	18	4	14	0	0	22,22%
TOTAL	28	18	10	0	0	47,83%

Sources : Medical Concept-CASTOR SAU CHU de Nancy.

3.2.2. Diagnostics posés pour les patients hospitalisés

Parmi les patients adressés par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005, les patients hospitalisés pour cause chirurgicale présentent très majoritairement une pathologie abdominale (59%).

Pour près d'1 patient sur 5 (17%), la prise en charge hospitalière est rendue nécessaire par une atteinte traumatique.

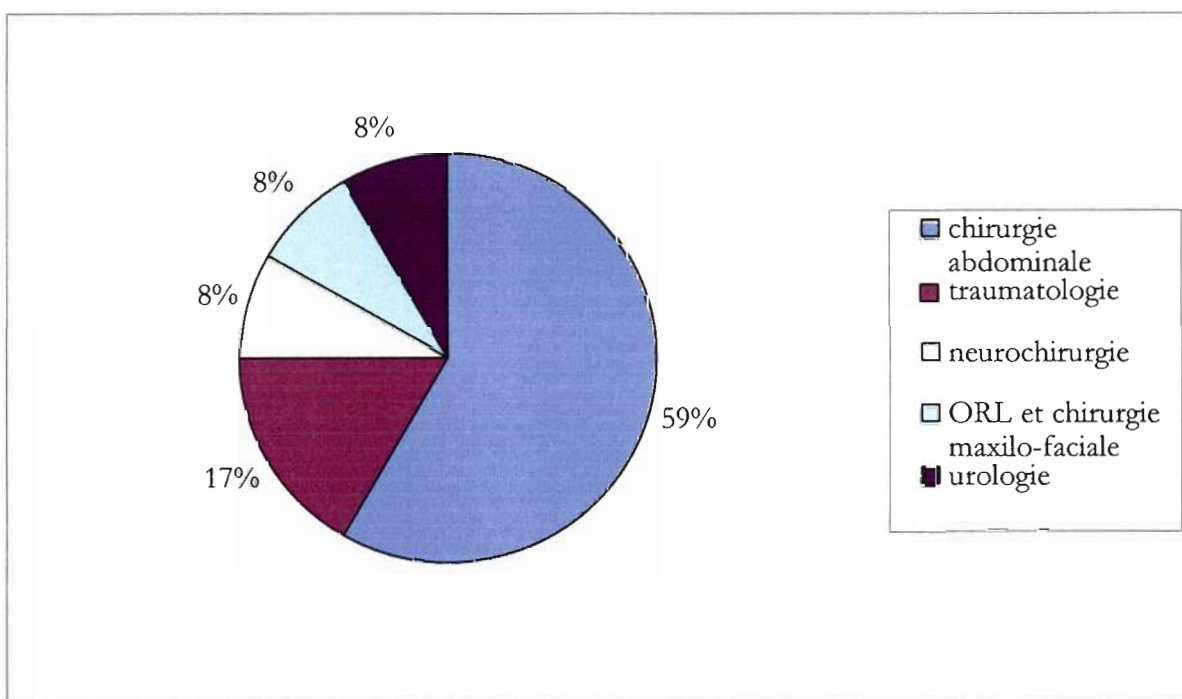


Figure 7. Patients hospitalisés après bilan au SAU parmi les patients adressés par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005 : répartition des diagnostics par spécialités chirurgicales. Sources : Médi'Call Concept - CASTOR CHU de Nancy.

4. ETUDE DU DEVENIR DES PATIENTS ET DES PATHOLOGIES PRESENTEES EN FONCTION DE L'AGE

4.1. Devenir des patients vus en visite

La répartition des patients, de plus de 15 ans, vus en visite sur la période étudiée ne suit pas celle des patients adressés au SAU par SOS Médecins.

En effet, les patients de moins de 65 ans représentent 72% de l'ensemble des patients adultes vus en visite, alors qu'ils ne sont que 50% des patients adressés. De même, les patients âgés de 65 à 74 ans représentent 25% des malades adressés alors qu'ils ne sont que 12% parmi l'ensemble des patients adultes vus en visite. Seulement 8 % de tous les patients adultes vus par SOS Médecins Nancy sont âgés de 85 ans et plus, alors qu'ils représentent 14% des patients adressés au SAU pour bilan et pris en charge.

Les figures 8 et 9 permettent de comparer les répartitions des patients par classes d'âge.

Ainsi, la proportion des patients adressés au SAU parmi les patients vus en visite à domicile sur la période étudiée varie selon la classe d'âge, comme l'illustre la figure 10.

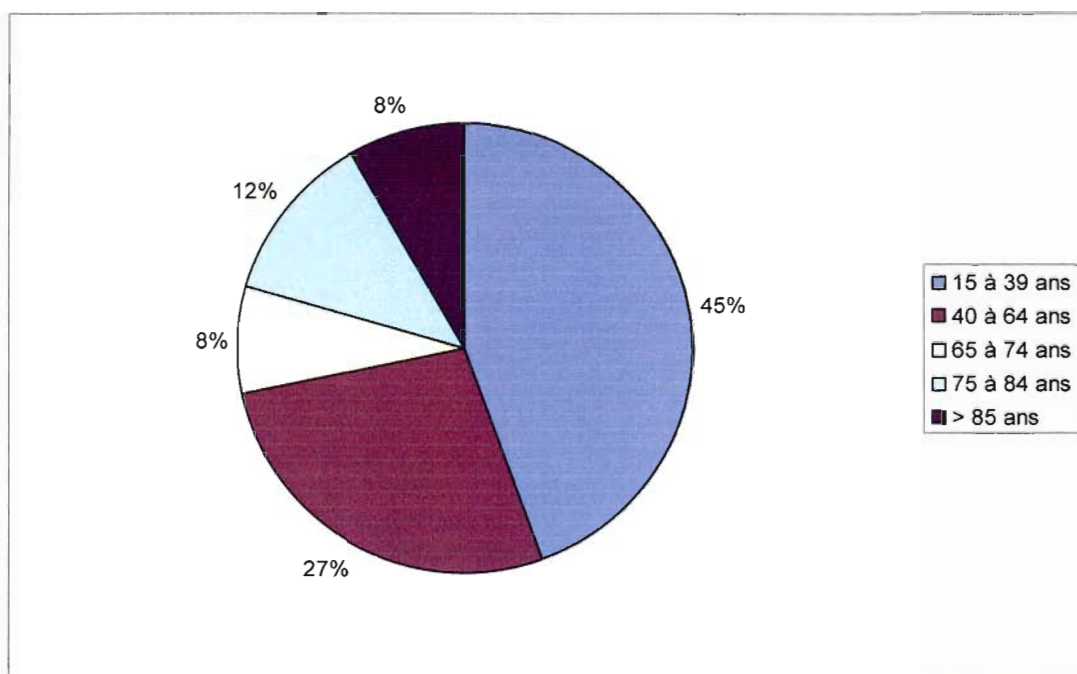


Figure 8 : Répartition par classes d'âge de l'ensemble des patients de plus de 15 ans vus en visites par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005. Source : Médi'Call Concept.

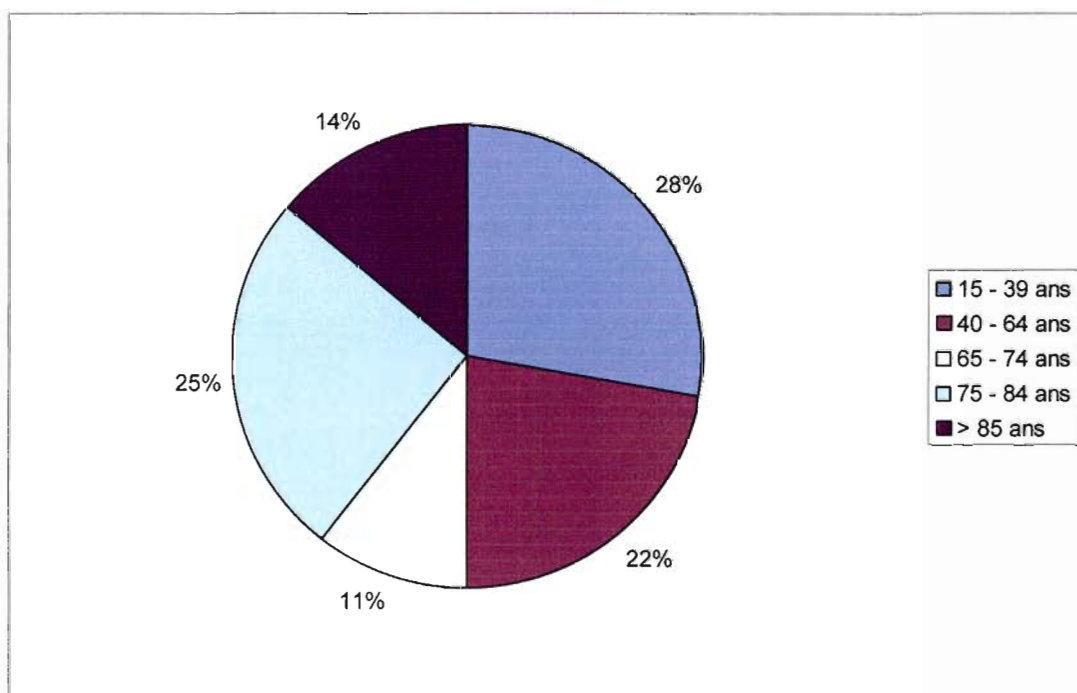


Figure 9 : Répartition par classes d'âge des patients adressés au SAU par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005.
Source : MédiCall Concept – CASTOR CHU de Nancy.

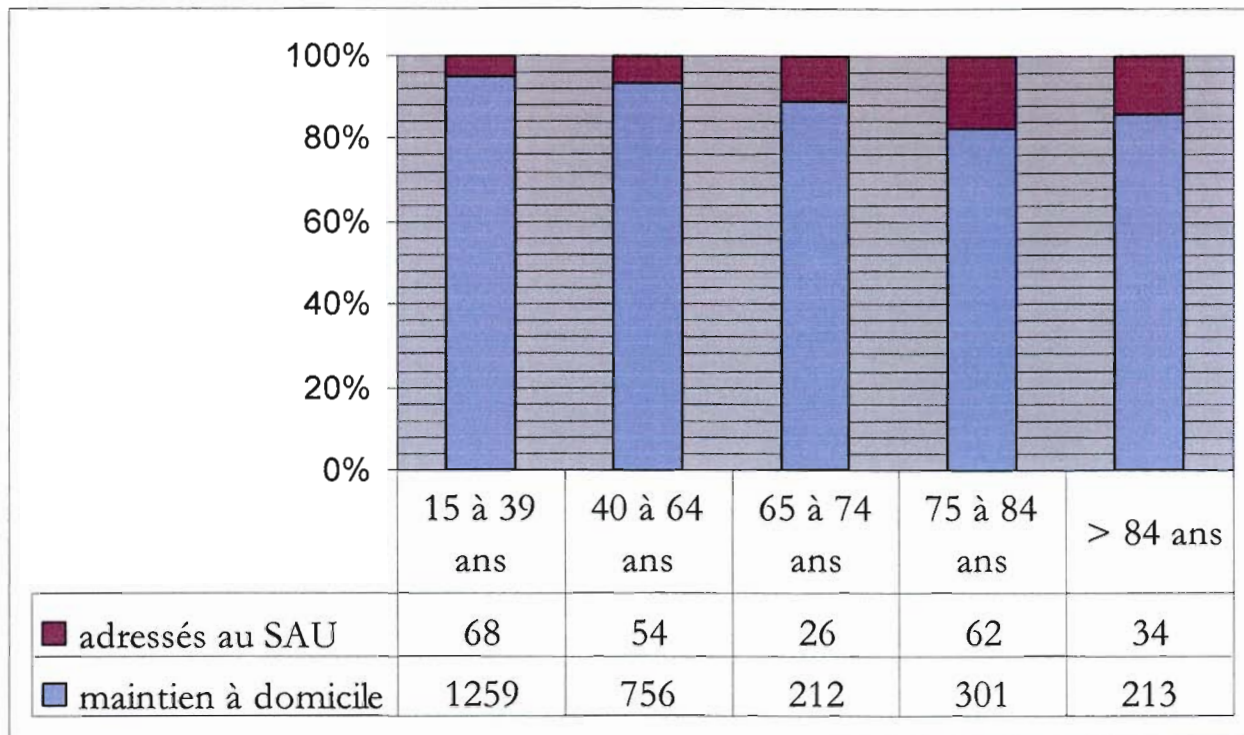


Figure 10. Patients vus en visite à domicile par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005 : répartition du devenir par classes d'âge.

Source : Médi'Call Concept.

La proportion des patients adressés au SAU augmente avec l'âge de 15 à 84 ans. La proportion des patients adressés au SAU âgés de 85 ans et plus est supérieure à celle des patients de 65 à 74 ans, mais moindre que les patients de 75 à 84 ans.

4.2. Devenir des patients adressés au SAU

Si l'on observe la répartition par classes d'âge des patients hospitalisés après bilan au SAU, on retrouve une proportion élevée de malades âgés, puisque 59% des patients ont plus de 65 ans. Les patients âgés de 15 à 39 ans ne représentent qu'1 malade hospitalisé sur 5, après bilan au SAU. Cette répartition est illustrée à la figure 11. Ainsi, la proportion des patients hospitalisés après bilan au SAU, sur la période étudiée, varie selon la classe d'âge, comme l'illustre la figure 12.

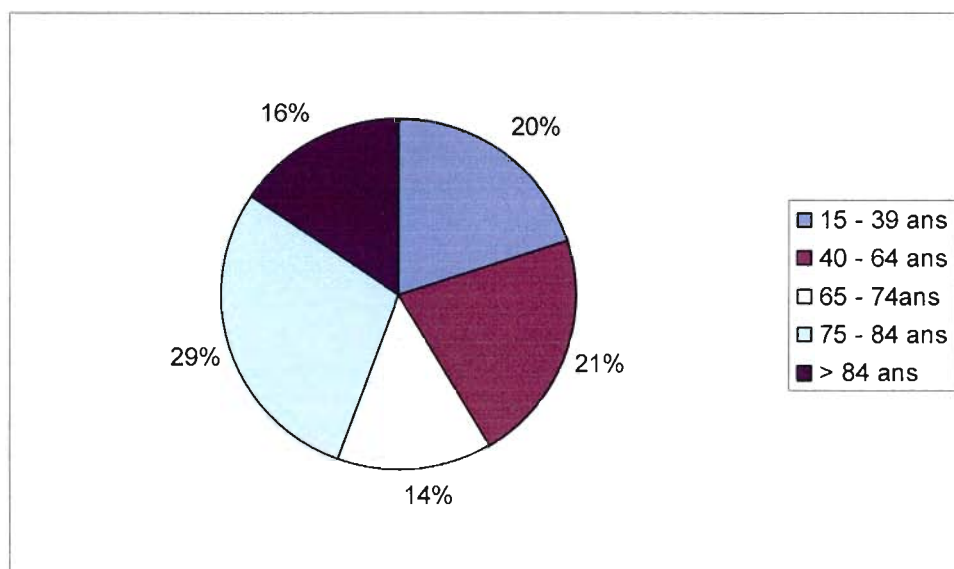


Figure 11 : Répartition par classes d'âge des patients hospitalisés après bilan au SAU, toutes pathologies confondues, parmi les patients adressés par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005. Sources : MédiCall Concept – CASTOR CHU de Nancy.

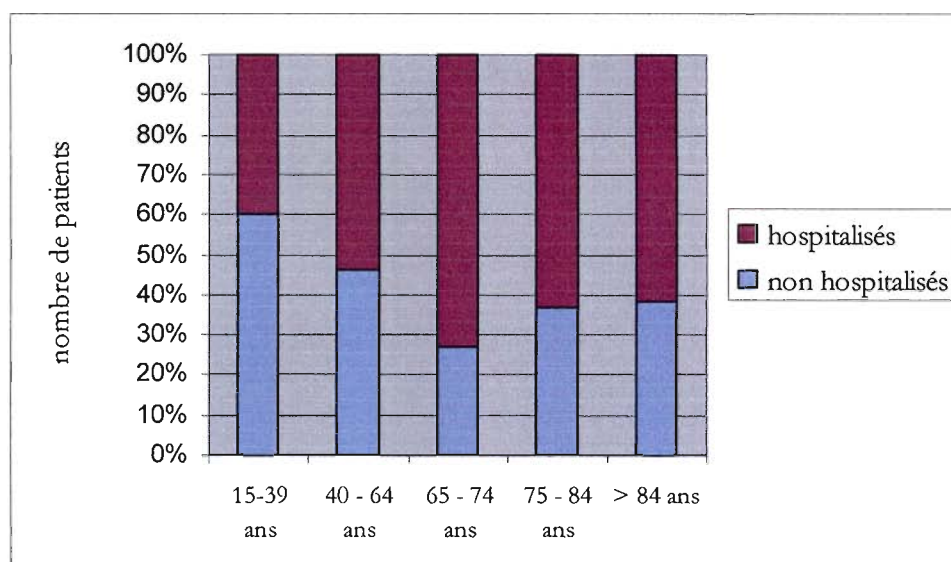


Figure 12 : Devenir des patients adressés au SAU par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005 : répartition par classes d'âge. Sources: MédiCall Concept – CASTOR CHU de Nancy.

La proportion des patients hospitalisés augmente avec l'âge de 15 à 74 ans. A partir de 75 ans, le taux d'hospitalisation se situe entre celui des patients âgés de 40 à 64 ans et celui des patients âgés de 65 à 74 ans.

4.3. Les pathologies présentées par classe d'âge

4.3.1 Pathologies médicales

Parmi les patients présentant des pathologies d'ordre gynécologique, psychiatrique, infectieux et toxicologique, on retrouve au moins 40% de malades de 15 à 39 ans.

C'est parmi les malades présentant des troubles pulmonaires, cardio-vasculaires, hépato-gastroentérologiques et néphrologiques que la classe des patients de plus de 85 ans est la plus représentée, avec au moins 25 % de l'ensemble des patients adressés pour de telles pathologies.

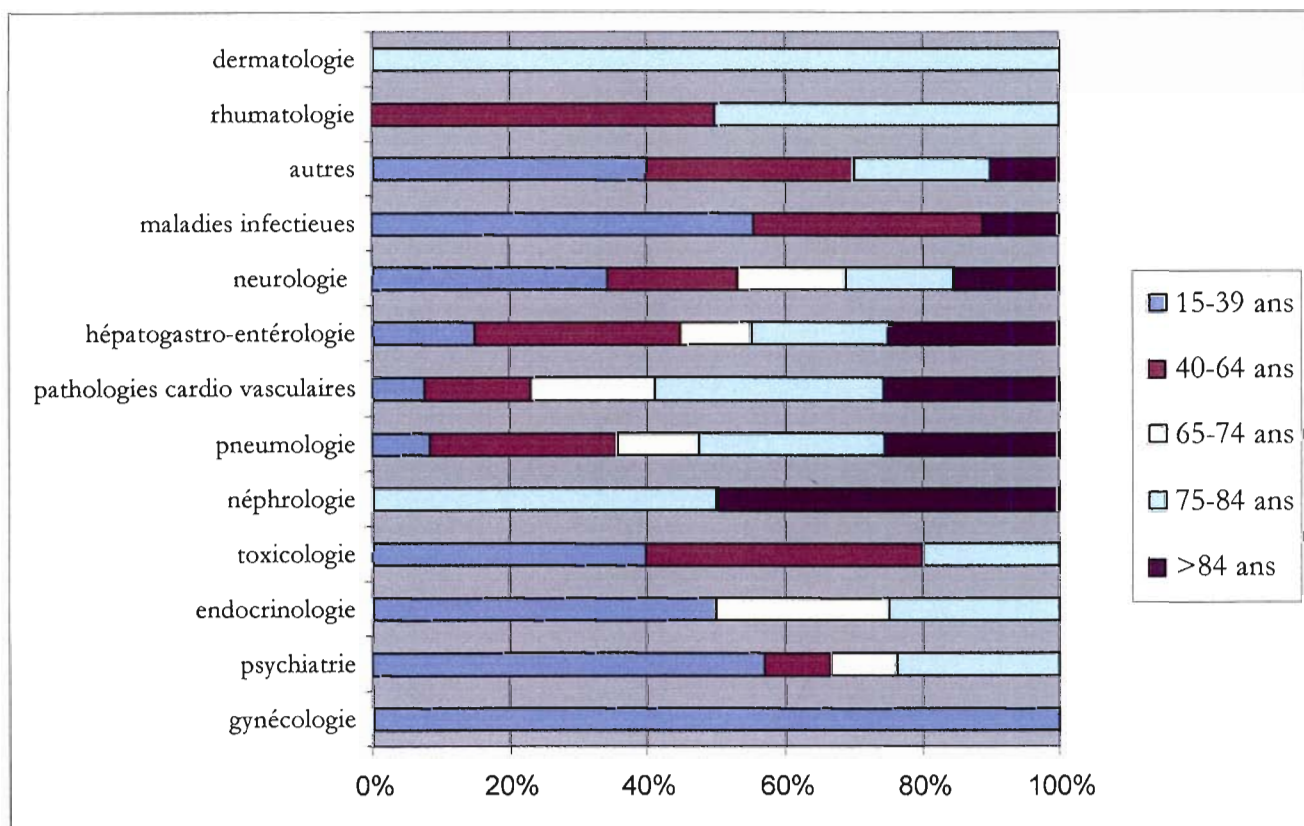


Figure 13. Répartition des patients par classe d'âge selon les spécialités médicales parmi les patients adressés au SAU par SOS Médecins en janvier et février 2005.

Sources : MédiCallConcept – CASTOR CHU de Nancy

4.3.2. Pathologies chirurgicales

Parmi les patients adressés au SAU pour pathologie abdominale chirurgicale, 50% des malades sont âgés de 15 à 39 ans, ils sont 38% de cette même classe d'âge à présenter des lésions traumatiques.

On retrouve 34% de patients de plus de 85 ans parmi les malades adressés pour cause urologique, et 5% de cette même classe d'âge pour pathologie abdominale chirurgicale, comme le montre la figure 14.

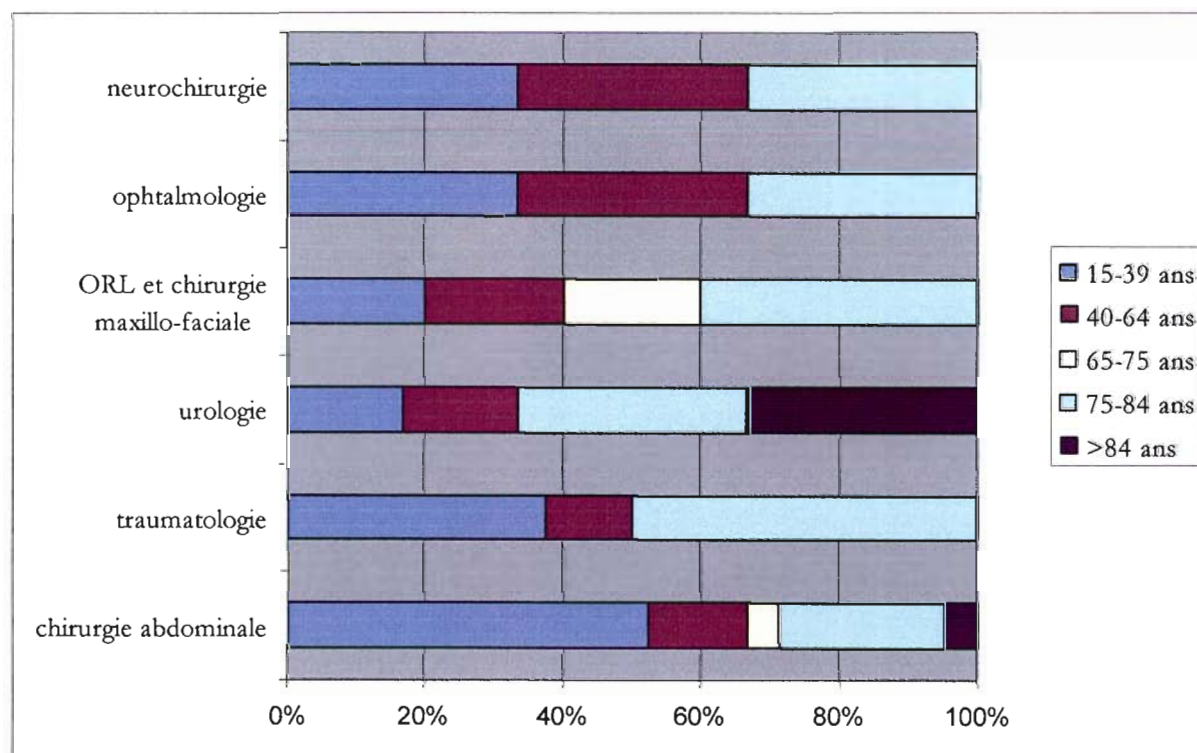


Figure 14 : Répartition des patients par classes d'âge selon les pathologies chirurgicales parmi les patients adressés au SAU par SOS Médecins en janvier et février 2005.

Sources : MédiCallConcept – CASTOR CHU de Nancy

5. ETUDE DU DEVENIR DES PATIENTS EN FONCTION DU SEXE

5.1. Le taux d'hospitalisation en fonction du sexe

Le taux d'hospitalisation après bilan au SAU, toutes pathologies confondues, est de 55,3 %. Il varie selon le sexe, puisqu'il est de 52,8% chez les femmes et de 59% chez les hommes. Cette différence est illustrée à la figure 15.

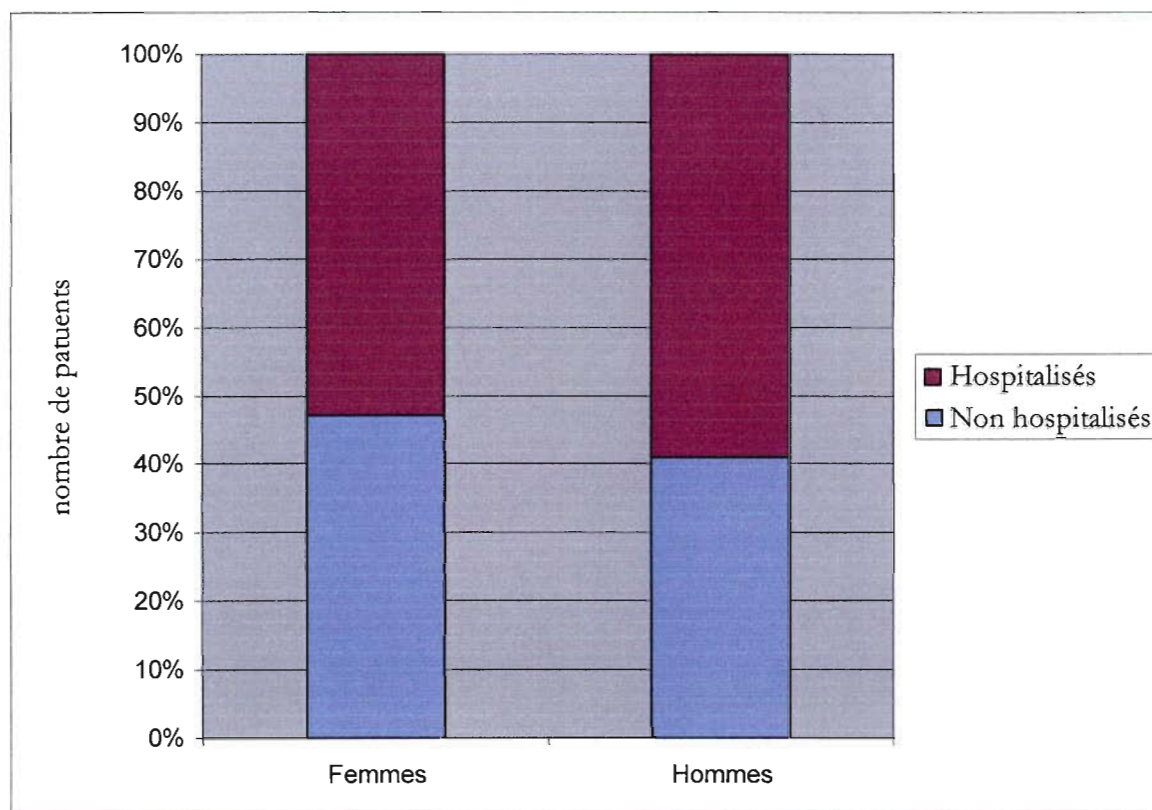


Figure 15 : Répartition hommes/femmes du devenir des patients après bilan au SAU parmi les patients adressés par SOS Médecins en janvier et février 2005.

Sources : MédiCall Concept – CASTOR CHU de Nancy.

5.2. Etude des pathologies présentées en fonction du sexe

5.2.1. Patients adressés pour pathologie médicale

Les effectifs de chaque rubrique sont restreints, variant de 0 à 33 patients.

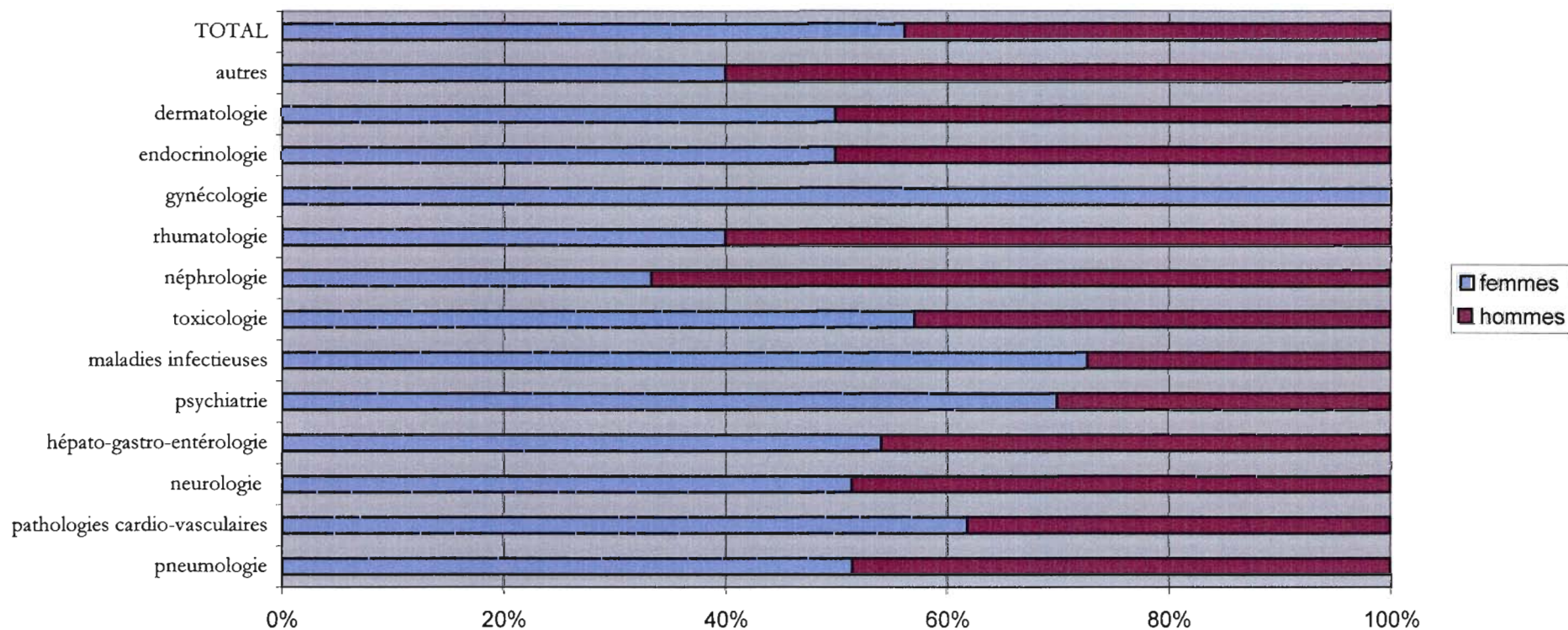
Le graphique de la page suivante montre qu'hormis la gynécologie, bien évidemment, les femmes sont plus représentées dans notre étude parmi les patients présentant un trouble d'ordre infectieux (73% des patients), psychiatrique (70 % des patients) et cardio vasculaires (62 % des patients).

Les hommes sont plus représentés lorsque le motif d'envoi au SAU est d'ordre rhumatologique et néphrologique, mais les effectifs sont très restreints (<7 patients)

Patients adressés au SAU par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005 :

Répartition hommes / femmes par spécialités médicales

Sources : Médicall Concept - CASTOR CHU de nancy



	pneumo logie	patholo gies cardio- vasculai	neurolo gie	hépatogastro- entérologie	psychiat rie	maladies infectieu ses	toxicolo gie	néphrol ogie	rhumato logie	gynécol ogie	endocri nologie	dermato logie	autres	TOTAL
hommes	31	16	16	11	6	3	3	4	3	0	2	1	6	102
femmes	33	26	17	13	14	8	4	2	2	5	2	1	4	131

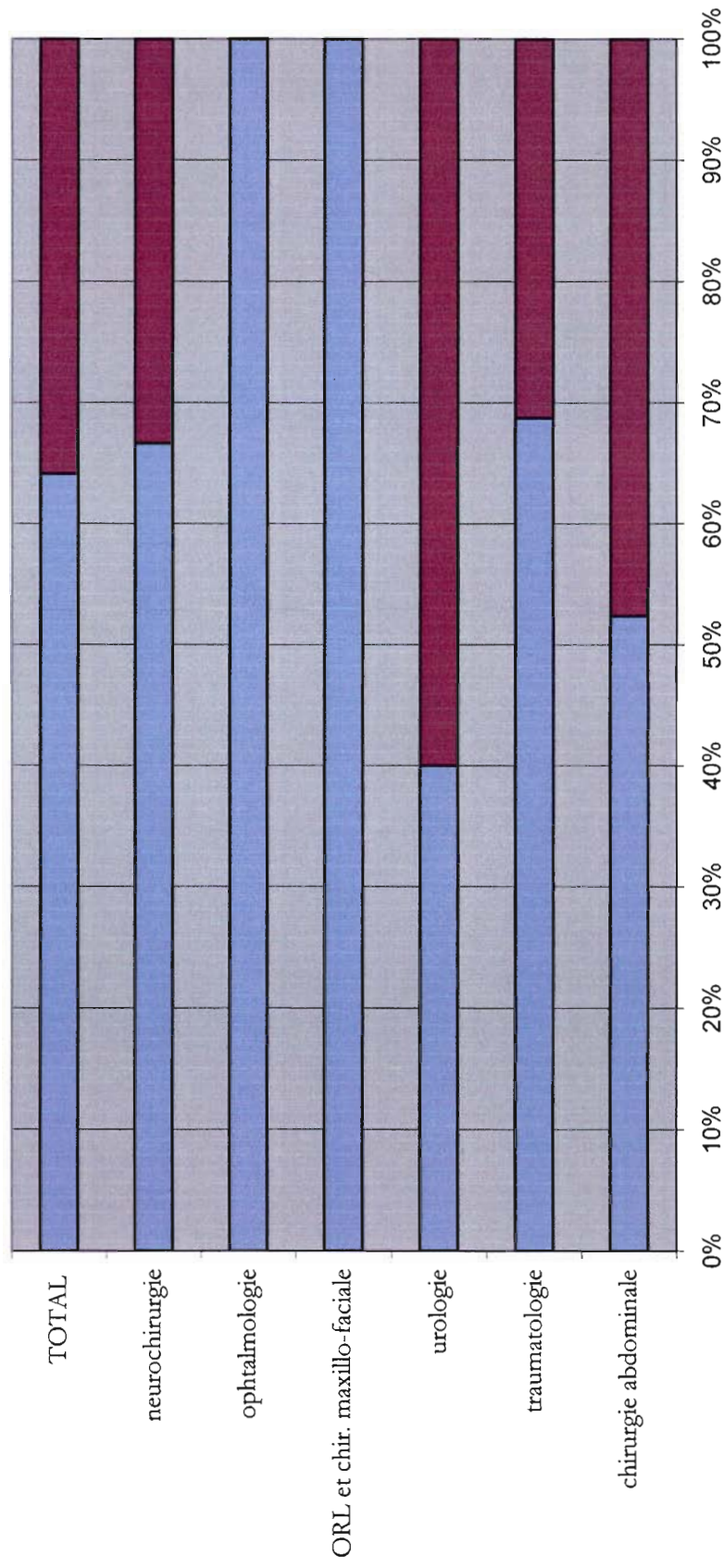
5.2.2. Patients adressés pour motif chirurgical

Le graphique de la page suivante présente des effectifs restreints, variant de 0 à 11 patients, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, et particulièrement pour les patients adressés au SAU pour des motifs urologiques, ophtalmologiques, ORL, et neurochirurgicaux.

Les patients sont préférentiellement des femmes (69%) lorsqu'il s'agit d'un recours au SAU pour lésion traumatique. La répartition des hommes (48%) et des femmes (52%) est presque identique concernant la chirurgie abdominale.

Patients adressés au SAU par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005 :
Répartition hommes / femmes par spécialités chirurgicales

Sources : Médicall Concept - CASTOR CHU de Nancy



	chirurgie abdominale	traumatologie	urologie	ORL et chir. maxillo-faciale	ophtalmologie	neurochirurgie	TOTAL
hommes	10	5	3	0	0	1	19
femmes	11	11	2	5	3	2	34

6. DISCUSSION

6.1. A propos des pathologies

6.1.1. Les pathologies médicales

Les pathologies médicales les plus fréquemment rencontrées chez les malades adressés au SAU relèvent de la pneumologie (26%), des pathologies cardio-vasculaires (18%), de la neurologie (15 %), et de l'hépto-gastro-entérologie (10%) (Fig 3).

Ces spécialités touchent à des organes vitaux (poumons, cœur, cerveau), pour lesquels il existe de nombreuses urgences, parfois vitales, amenant les patients à demander rapidement un avis médical, et le médecin à éliminer un trouble grave. Il n'est donc pas surprenant que ces spécialités soient prédominantes parmi les patients adressés au SAU.

On note également la part non négligeable que représente la psychiatrie (9% des patients adressés au SAU), même en dehors des Hospitalisations à la Demande d'un Tiers et les Hospitalisations d'Office, pour lesquels les patients sont souvent directement adressés au CPN (180 patients en 2005) et donc non représentés ici.

Les troubles cardio-vasculaires sont principalement représentées par les insuffisances cardiaques aiguës (18 patients), les arythmies (10 patients) et les syndromes coronariens aigus (6 patients).

Parmi les pathologies pulmonaires, on retrouve essentiellement les pneumopathies (23 patients), les bronchites aiguës (18 patients) et les exacerbations de BPCO (9 patients). Signalons que durant les mois de janvier et février 2005,

nous avons pu constater une fréquence élevée, non chiffrée, des pneumopathies de la personne âgée, en particulier à germes atypiques, retrouvées en ville et à l'hôpital. Seulement 4 patients ont été adressés au SAU pour crise d'asthme, les autres patients présentant de telles crises ayant pu être maintenus à domicile, sans que nous puissions en préciser le nombre sur la période étudiée.

Les troubles neurologiques sont essentiellement représentés par les AVC et les AIT (10 patients), les crises d'épilepsie (9 patients) et les syndromes méningés (5 patients).

Concernant l'hépto-gastro-entérologie, ce sont principalement les saignements digestifs (10 patients) qui motivent le recours au SAU.

Les patients dirigés vers le SAU pour troubles psychiatriques le sont généralement pour agitation (4 patients), intoxication médicamenteuse volontaire (4 patients), ou dépression sévère (4 patients).

Les taux de retour à domicile près bilan au SAU sont très hétérogènes, le plus élevé étant associé à la rubrique « autres pathologies » (72%). **Les plus faibles taux de retour à domicile après bilan concernent les patients présentant une pathologie cardiaque (32,8%) et respiratoire (28,6%),** suggérant une gravité globale assez élevée pour ces deux groupes de pathologies, tous âges confondus.

6.1.2. Les pathologies chirurgicales

Par rapport aux patients adressés pour motif médical, le nombre de patients adressés pour motif chirurgical est faible. On compte en effet 53 diagnostics et syndromes chirurgicaux définis après bilan au SAU contre 233 diagnostics et syndromes médicaux. Les deux principaux motifs chirurgicaux pour lesquels les patients sont adressés au SAU par SOS Médecins Nancy sont la chirurgie abdominale (40%) et la traumatologie (36%) (Fig. 4)

La chirurgie abdominale est représentée par les appendicites (4 patients), les occlusions intestinales (3 patients) et les pathologies des voies biliaires (3 patients).

La traumatologie comporte les fractures des membres (5 patients), les contusions simples (4 patients), les entorses (3 patients) et les plaies (3 patients).

Là encore, les taux de retour à domicile sont très hétérogènes, d'interprétation délicate étant donnés les effectifs très restreints dont nous disposons dans chaque rubrique.

Le taux de retour à domicile est élevé pour les traumatismes (75%), et notablement moindre pour les patients présentant une pathologie abdominale (22,2%).

La chirurgie abdominale représente près de 60 % des patients hospitalisés en chirurgie (Fig. 7) car les patients seront souvent placés sous surveillance et bénéficieront d'examens complémentaires. Ces patients présentent en pratique des signes cliniques décelés au domicile, comme une défense abdominale ou une douleur non soulagée par les traitements entrepris à leur chevet. Il n'est donc pas étonnant qu'ils soient majoritairement hospitalisés après bilan au SAU.

En revanche, la part de la traumatologie diminue de 36% des patients adressés à seulement 17 % des patients hospitalisés. Ceci peut s'expliquer simplement par le fait que les patients avaient été adressés pour éliminer le plus souvent une fracture ou parfois une luxation, même en l'absence de forte suspicion clinique, mais devant des circonstances imposant la prudence de la part du médecin SOS. On pense aux accidents de la voie publique des patients souvent jeunes, et aux chutes des patients plus âgés, présentant souvent une impotence fonctionnelle. Il peut bien sûr aussi s'agir d'accidents domestiques.

Après le bilan d'imagerie, en l'absence de lésion grave, ils peuvent rejoindre leur domicile. Les patients auront souvent bénéficié d'un geste orthopédique d'immobilisation ou d'une suture. Le taux relativement faible d'hospitalisation ne signifie donc pas que l'envoi des patients au SAU pour cause traumatique était injustifié.

Les faibles effectifs de patients en ORL, chirurgie maxillo-faciale, neurochirurgie, ophtalmologie et urologie ne nous permettent pas d'apporter de conclusion sur cet échantillon particulier. Notons toutefois qu'un seul patient souffrant de coliques néphrétiques a été adressé au SAU sur la période étudiée, alors qu'il s'agit d'une pathologie fréquemment rencontrée en visite à domicile. Sur la même période, environ une trentaine de patients ayant présenté une telle crise ont pu être maintenu à domicile après sédation.

6.2. A propos de l'âge de patients

La répartition par classes d'âge des patients adressés au SAU (Fig. 9) ne suit pas celle de l'ensemble des patients adultes vus en visite par SOS Médecins Nancy (Fig.8) au cours des deux mois de notre étude. Plus les patients sont âgés, plus ils

sont adressés au SAU après prise en charge à domicile (Fig 10), sauf au-delà de 85 ans.

On constate en effet que dans la classe des patients âgés de 15 à 39 ans, peu de patients sont adressés au SAU, puisque cette classe d'âge représente 45 % du total des malades, et seulement 28% des patients adressés. Le recours au SAU est un peu plus élevé pour les patients âgés de 40 à 64 ans. Ils représentent 27 % de l'effectif total vu en visite, alors que seulement 22% des patients adressés appartiennent à cette classe d'âge. Parmi les patients âgés de 15 à 64 ans, très peu nécessitent un bilan complémentaire au SAU.

Les malades âgés de plus de 65 ans sont les plus touchés par les troubles pulmonaires, cardiaques, et neurologiques et hépato-gastro-entérologiques, qui sont les groupes de pathologies médicales majoritairement retrouvées chez l'ensemble des patients adressés et hospitalisés (Fig 3 et Fig 5bis). Les pathologies sévères et invalidantes comme les insuffisances cardiaques, les néoplasies, les AVC, etc. sont majoritairement retrouvées chez les patients âgés de la population générale. Il n'est donc pas étonnant de constater que **plus les patients sont âgés, plus ils sont adressés au SAU.**

Concernant l'augmentation du taux d'envoi au SAU avec l'âge, ceci peut aussi s'expliquer par la fréquence plus importante, au troisième, et a fortiori au quatrième âge :

- d'une fragilité générale, rendant plus sévère la pathologie initiale et augmentant les risque d'aggravation rapide de l'état de santé.
- d'une perte d'autonomie, limitant les possibilités de soins à domicile.
- d'un interrogatoire difficile en raison d'une altération plus fréquente des fonctions cognitives et sensorielles.

Cependant, après 85 ans, les patients sont plus souvent maintenus à domicile que les malades âgés de 75 à 84 ans. Peut-être cela tient-il au fait qu'ils sont plus nombreux à être en institution, et souvent dans des maisons de retraites médicalisées, ce qui leur assure une surveillance et des soins dont ne bénéficient pas les personnes âgées vivant seules.

La proportion des patients hospitalisés après bilan au SAU, sur la période étudiée, est d'autant plus importante que les patients sont âgés. Alors que 50 % des patients adressés au SAU par SOS Médecins Nancy sont âgés de plus de 65 ans, ils représentent 59 % de l'ensemble des personnes hospitalisées. Le taux d'hospitalisation révèle un pic parmi les patients âgés de 65 à 74 ans, soit un taux plus élevé que pour les patients de 85 ans et plus. Notre étude ne permet pas d'expliquer ce plus fort taux de retour à domicile à partir de 85 ans. Peut-être, là encore, cela tient-il au fait qu'ils vivent parfois en institution.

Les patients jeunes, âgés de 15 à 39 ans sont principalement adressés pour troubles gynécologiques, psychiatriques, infectieux et toxicologiques, lorsqu'il s'agit d'une pathologie médicale. En effet, les malades de cette classe d'âge présentent 100 % des pathologies gynécologiques, 53% des troubles psychiatriques, 52% des maladies infectieuses, et 40 % des intoxications aiguës alcooliques ou morphiniques.

Les taux de retour à domicile sont élevés pour l'ensemble des patients présentant de telles pathologies dans notre étude, variant de 71,4% pour la toxicologie à 60 % pour la psychiatrie et 50 % pour les maladies infectieuses. On explique ainsi un plus fort taux de retour à domicile chez les patients âgés de 15 à 39 ans que pour l'ensemble des patients adressés au SAU par SOS Médecins Nancy.

6.3. A propos du sexe des patients

Notre échantillon de 244 patients adultes adressés au SAU comporte environ 3 femmes (59 %) pour 2 hommes (41%) (Fig.1). Le sexe des patients n'a donc pas d'influence sur leur devenir après évaluation de leur état de santé à domicile par SOS Médecins Nancy, car on retrouve une répartition hommes (40,1%) / femmes (59,9%) très proche au sein de la population globale des patients vus en visite à domicile sur la période étudiée.

En revanche, après bilan au SAU, le taux d'hospitalisation est supérieur pour les hommes (59%) à celui des femmes (52,8%), sans qu'il soit possible d'affirmer si cette différence est significative ou non du fait de la taille limitée de notre échantillon (Fig 15).

7. CONCLUSION

Les patients de notre étude ont été adressés au Service d' Accueil des urgences. Pourtant, il est difficile d'évaluer par un tel travail la gravité des pathologies rencontrées. De même, il n'est pas possible de montrer par des données chiffrées que SOS Médecins participe à une moindre consultation des patients au Service d'Accueil de Urgences du CHU de Nancy. D'abord parce que SOS Médecins Nancy ne voit en visite qu'une très faible partie des patients susceptibles de bénéficier chaque jour d'un bilan au SAU. Ensuite, parce qu'une autre étude serait nécessaire, celle des patients ayant bénéficié de gestes diagnostiques et thérapeutiques à domicile, leur évitant ainsi une hospitalisation.

Nous montrons que les patients adressés au SAU n'ont pas les mêmes caractéristiques que l'ensemble de la population vue en visite à domicile par SOS Médecins Nancy. Cela se confirme en terme de répartition des pathologies et d'âge.

Cette étude ne peut mettre en lumière le travail de réflexion amenant à décider d'une hospitalisation. Nous retournons finalement à la notion d'urgence, ressentie cette fois-ci par un médecin de garde pour le patient dont il s'occupe, étayée par ses connaissances et ses constatations objectives. En se rendant responsable des chances qu'il donne au patient d'améliorer son état de santé, le médecin de garde doit être prudent et faire bénéficier au patient du meilleur bilan et de la meilleure prise en charge possible, après évaluation des bénéfices et des risques d'une hospitalisation et d'un maintien à domicile.

L'impression clinique développée sur le terrain doit continuer à guider les choix des médecins SOS comme de tout clinicien, d'autant que les critères pris en compte pour choisir entre un bilan ambulatoire et hospitalier peuvent tenir à l'environnement matériel du patient, à son isolement, à des difficultés sociales, autant de facteurs qui s'ajoutent aux critères médicaux. L'analyse sémiologique et

son évolution au cours du temps pour un même patient ayant exprimé une plainte urgente, montrerait sans doute une variation chronologique de sa symptomatologie. Arrivé au SAU, l'état d'un patient a pu s'améliorer ou se dégrader. Un bilan complémentaire normal ne peut faire conclure à un excès de prudence en matière de recours au SAU.

De manière générale, nous notons que les troubles médicaux et chirurgicaux pour lesquels les patients sont adressés au SAU concernent des affections aiguës. Notre étude suggère que de nombreux patients vus par SOS Médecins le sont dans le cadre de l'urgence, puisque pour les principaux motifs médicaux comme la pneumologie et la cardiologie, par exemple, les taux globaux de retour à domicile après bilan initial sont faibles, respectivement de 28,6% et 32,8%. Le taux global d'hospitalisation du SAU, des patients tout venant est d'environ 20 %. Après bilan, le taux d'hospitalisation est de 55,3 % dans notre étude. Il n'est cependant comparable à aucun autre, de par la singularité de son de recrutement.

CONCLUSION

SOS Médecins Nancy est le premier effecteur de visites à domicile de la Communauté Urbaine du Grand Nancy, dans le bassin Nord et dans la Communauté de Communes de Saint-Nicolas-de-Port. Cette association joue un rôle de Permanence de Soins, à l'heure où les médecins généralistes sont satisfaits de ne prendre que peu de gardes de secteur. L'association trouve une place prépondérante dans l'organisation de la Permanence de Soins depuis sa nouvelle réglementation et l'apparition de la régulation médicale libérale en décembre 2003 grâce à l'association Médigarde 54.

L'association SOS Médecins Nancy joue un rôle de continuité des soins durant la semaine, soulageant certains médecins généralistes lorsqu'ils ne peuvent se déplacer au chevet de leurs patients.

Par ailleurs, son organisation rigoureuse lui permet de s'adapter continuellement au volume de demandes des patients, tout en respectant toujours des délais brefs d'intervention pour les urgences en périodes de PDS comme de continuité de soins.

Un de ses rôles majeurs est de contribuer à la prise en charge des urgences médicales, grâce à une expérience de chaque médecin de l'équipe et aux moyens techniques de diagnostic et de thérapeutique ambulatoires.

Au fil du temps, des partenariats en réseaux ont été développés, en particulier avec le SAMU 54. Son centre d'appel est interconnecté avec le standard de SOS Médecins Nancy, et ses praticiens hospitaliers dispensent ponctuellement des séances de formation post-universitaire. Une convention entre les deux structures est sur le point d'être signée.

Notre étude portant sur 244 patients adressés au SAU durant deux mois consécutifs d'activité établit un portrait des patients vus en urgence, dans la variété de leurs pathologies et dans la diversité de leur devenir après bilan initial. Pour compléter la description de l'activité d'urgence de SOS Médecins Nancy, d'autres études sont nécessaires, recensant en particulier les gestes diagnostiques et thérapeutiques effectués à domicile.

L'avenir de la structure est de développer encore plus avant le partenariat avec le SAMU 54 et le SAU.

Par ailleurs, des projets de protocoles sont en cours de réalisation. Basés sur des revues internationales de la littérature, ils auront pour objet de définir des critères précis d'hospitalisation pour les pathologies les plus fréquemment rencontrées en urgence, spécialité par spécialité. Il ne s'agit pas de totalement uniformiser les pratiques de chaque médecin. D'une part, l'expérience et le sens clinique de chacun resteront irremplaçables pour une bonne pratique de la médecine de terrain. De plus, les critères finaux d'hospitalisation prennent largement en compte la réalité sociale et environnementale des détreesses rencontrées. En revanche, le but est d'appuyer sur des références validées et renouvelées les choix d'hospitalisation et de maintien à domicile, questions quotidiennes en pratique.

Les formations médicales continues doivent bien entendu se poursuivre, toujours adaptées à chaque séance aux spécificités d'une telle activité.

Enfin, SOS Médecins Nancy pourrait offrir une place aux résidents pour leur stage pratique de Médecine Générale, leur faisant découvrir une activité riche et originale, allant au devant des malades.

BIBLIOGRAPHIE



1. Descours C.

Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins remis à Jean-françois Mattéi le 22 janvier 2003 [en ligne]

Disponible sur : www.sante.gouv.fr

2. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

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 Santé Publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

3. Ministère de la Santé Publique et d l'Assurance Maladie

Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de Déontologie Médicale. Titre et Devoirs généraux des médecins.

4. Lucas J.

Exercice médical face à la permanence des soins. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2005. [en ligne]

Disponible sur www.conseil-national.medecin.fr

5. INSEE évolution de la consommation médicale totale [en ligne]

Source : Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, DREES, comptes de la santé ; 2005.

6. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Circulaire DHOS/01 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences [en ligne]

(texte non paru au Journal officiel)

Disponible sur : www.sante.gouv.fr

7. Agence Régionale d'Hospitalisation de Rhône-Alpes

Propositions sur la session régionale des urgences et de la conférence des SMUR [en ligne]

Février 1999

Disponible sur www.satelnat.fr/arha/urgences.htm

8. Démographie médicale. Etude n°32 ; 2005 : 23-29[en ligne]

Disponible sur www.conseil-national.medecin.fr

9. Faltot C.

Le médecin généraliste face à la permanence de soins et aux urgences en 2001. Le vécu de 142 omnipraticiens en Meurthe-et-Moselle. -187p

Th. : Méd. : Nancy I : 2002

10. Bastian F.

Note à l'attention de Charles Descours, Président du Comité interministériel sur la Permanence des Soins. Annexe du groupe de travail opérationnel sur la Permanence des Soins. 2003 [en ligne]

Disponible sur www.sante.gouv.fr

11. Code la Santé Publique. Article L6315-1

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003. Journal Officiel du 6 septembre 2003.

12. Code de la Sécurité Sociale (Partie Législative). Art. L162-5, 16° relatif aux modes de rémunération autre que le paiement à l'acte de la participation des médecins au dispositif de permanence des soins. Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 33, art. 40 II. Journal Officiel du 24 décembre 2002 et loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 8 I, art. 55 II Journal Officiel du 17 août 2004.

13. Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

Publiée au Journal officiel "Lois et Décrets" du 7 janvier 1986.

14. Circulaire interministérielle du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.

Publiée au Journal officiel "Lois et Décrets" du 06 octobre 1992 p13856.

15. Bertrand C, O' Byrne P, Tartières S, Jehel L.

Régulation médicale.

Encycl Méd Chir ; Elsevier SAS, Paris, Traité de Médecine AKOS, 24-400-D-15, 2000

16. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Décret n°87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.

Journal Officiel « Lois et Décrets » du 01/12/1987 page 13997

17. Archambault V.
Mise en place d'un centre de régulation des appels de médecine Générale en
Meurthe-et-Moselle.-161p
Th. : Méd. : Nancy I : 2005
18. Barret L, Escard E.
Aspects médico-légaux de la régulation médicale dans les SAMU. [en ligne]
Disponible sur www.sante.ujf-grenoble.fr
19. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées
Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n°95-
1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale
Journal Officiel n°214 du 16 septembre 2003 page 15864 texte n°15
20. Code de Santé publique, partie législative. Livre VII, titre II intitulé
« permanence de soins » comprenant les articles R.730 à R735.[en ligne]
Disponible sur www.conseil-national.medecin.fr
21. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.
Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la
permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette
permanence et modifiant le Code de Santé publique
22. Ordre National des Médecins
Bulletin du 25 avril 2005
23. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées
Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et l'organisation des
unités participant au Service d'Aide Médicale Urgente appelées SAMU
Journal Officiel « Lois et Décrets » du 17/12/1987 page 14693
24. Code de la Santé publique. Nouvelle partie Législative. Article L6313-1
Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 50 I, II Journal Officiel du 5 mars 2002
Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 11 I, II, III, IV Journal Officiel
du 6 septembre 2003
25. Lucas J, Jornet F.
Responsabilité des médecins de garde ou d'astreinte, analyse juridique et
déontologique.
Rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2001

26. Code Pénal. Partie Législative. Article 223-6.
Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 3 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)
27. Statuts de l'association Médigarde 54.
Séminaire de formation des médecins régulateurs ; 2004
28. DDASS de Meurthe-et-Moselle
Premiers éléments pour un cahier des charges départemental fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire en Meurthe-et-Moselle. 2004
29. Unvois R, Antoine JJ, Pelegri JF, Jloivald JL, Gluziki A.
Courrier aux médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle portant sur la permanence des soins en Meurthe-et-Moselle. Médigarde 54 ; 2003.
30. Delgrande P, Président de la CPAM de Nancy interrogé par Braconnot F.
Dépenses de santé : le coup de gueule. Journal L'Est Républicain ; 2006.
31. Lascar M.
J'ai créé SOS Médecins. Impact Médecin ;1994
32. SOS Médecins France
www.sosmedecins-france.fr
33. Girier P, Figon S.
Trousse d'urgence en médecine générale
Encycl Méd Chir ; Elsevier SAS, Paris, Traité de Médecine AKOS, 7-1058, 2005.
34. Lavaud J, Ktari F.
Enfants : trousse d'urgence.
Encycl Méd Chir ; Elsevier SAS, Paris, Traité de Médecine AKOS, 8-1030, 2004.
35. HobeikaE.
Place de SOS Médecins dans la Permanence de Soins et principes qui fondent sa participation. SOS Médecins France. 2003.
36. Direction de la Sécurité Sociale
Accord de bon usage des soins en région lorraine. BO des Affaires Sociales
37. Amarger F.

Etude des motifs de recours à SOS Médecins Nord-Seine-et-Marne : un aspect de la permanence des soins.

Th. : Méd. : Paris XII, Créteil, 2003

38. Merlin P.

Activité pédiatrique de SOS Médecins (évolution comparative avec le pôle spécialisé d'urgences pédiatriques).

Th. : Méd. : Nancy : 2005

39. Dommergue JP.

Carnet de santé : informativité et confidentialité. Archives de Pédiatrie ; 2004 :11,42-45.

40. Bourdillion F.

Le dossier du patient.

Encycl Méd Chir ; Elsevier SAS, Paris, Traité de Médecine AKOS, 7-1021, 2005.

41. Chassort A.

Influence de l'application de l'informatique à la gestion des données médicales : vers une liberté surveillée ?

Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2001.[en ligne]

Disponible sur www.conseil-national.medecin.fr

42. Faroudja JM, Carton M, Bernard-Catinat M, Lucas J, Rault JF.

Questions sur l'informatisation des dossiers médicaux, le partage et l'hébergement des données. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Rapport de la Commission nationale permanente ; 2005.[en ligne]

Disponible sur www.conseil-national.medecin.fr

43. Code de Déontologie médicale

Conseil National de l'Ordre des Médecins. [en ligne]

Disponible sur www.conseil-national.medecin.fr

44. Ricard-Hibon A, Belpomme V, Ben Hellal A, Chollet C, Marty J.

Analgsie en urgence chez l'adulte

Encycl Méd Chir ; Elsevier SAS, Paris, 24-000-P-10, 2004.

45. B. Brochet B.

Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et chronique.

La Revue du Praticien;2005:2181-2188

46. Meyrier A.

Maladies rénales de l'adulte. Paris : Marketing,1993 :347-362.

47. Jungers P.
Lithiase urinaire. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 5-0585,1998,7p
48. Chartier E.
Urologie 2^{ème} ed. Paris : ESTEM/MED-LINE,1996 :185-208.
49. Larcan A, Laprévote-Heully, Delorme N.
Urgences médicales ; Masson, 1997 ; 41-44.
50. Chabot F.
L'asthme aigu grave. Dans : Fédération médico-chirurgicale de pneumologie, Faculté de Médecine et CHU de Nancy. Cours de pneumologie. Nancy : Logoscript, 1995 : 223-228.
51. Daouad K, Pison C.
Dyspnée aiguë et chronique. La Revue du Praticien 2006 ;56 :430-432.
52. Chabrol A.
Le médecin face au grand âge
Le bulletin de l'Ordre des Médecins, 2006 ; 8-12
53. Sost G, Jouanny P.
Urgences gériatriques
Encycl Méd Chir ; Elsevier SAS, Paris, Traité de Médecine AKOS, 3-1060, 2005.
54. De Clercq M.
Urgences psychiatriques et intervention de crise.
De Boeck Université, Bruxelles, 2005.
55. Sanchez-Valero C, Planas P, Pascual-Sanchez T.
Urgences psychiatriques à domicile.
Encycl Méd Chir ; Elsevier SAS, Paris, Traité de Médecine AKOS, 7-0226, 2005.
56. Epain D.
Certificats médicaux et urgence – certificat de coups et blessures
Encycl Méd Chir ; Elsevier SAS, Paris, Urgences, 24-400-A-10, 2005.
57. Barret L, Gerard S.
Les mesures de garde à vue et leur réglementation. 2005[en ligne]
Disponible sur :

www-sante.ujfgrenobl/SANTE/medilega/pages/cas%20pratq/garvub.html

58. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Conférence de consensus des 23 juin et 24 juin 2004
Disponible sur www.anaes.fr

59. Miras A, Fanton L, Tilhet-Coartet S, Malicier D.
La levée de corps médico-légale
Editions ESKA/Editions Lacassagne 1998.

60. Demoor C.
SOS Médecins Cherbourg : sa place dans la prise en charge des urgences extra-hospitalières et la permanence des soins.
Th. : Méd. : Caen : 1999

61. Vinciguerra F.
Prise en charge des urgences médicales dans la communauté urbaine de Bordeaux : rôle et intervention de SOS Médecins Bordeaux dans l'organisation de la permanence de soins en 1989. Th. : Méd. : Bordeaux : 1989.



ANNEXES

ANNEXE 1 : Zone d'intervention de SOS Médecins Nancy :

Agincourt
Anthelupt
Art-sur-Meurthe
Azélot
Bouxières-aux-dames
Buissoncourt
Burthecourt-aux-Chênes
Cerville
Champigneules
Courbessaux
Coyviller
Crévic
Dombasles
Dommartemont
Drouville
Essey-lès-Nancy
Eulmont
Ferrières
Flainval
Flavigny
Fléville
Gellenoncourt
Haraucourt
Heillecourt
Houdemont
Hudiviller
Jarville
Laneuvelotte

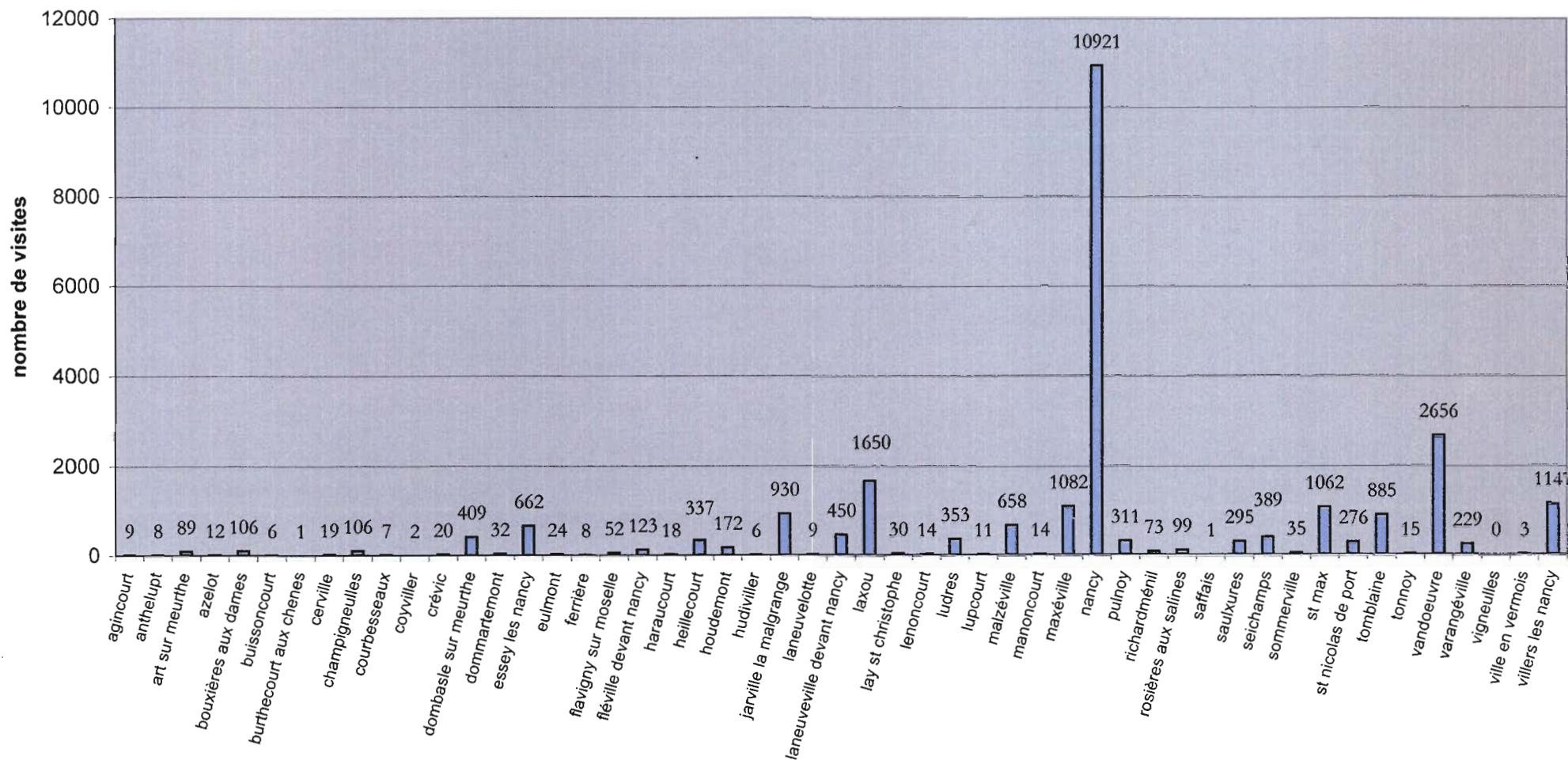


Laneuveville
Laxou
Lay-Saint-Christophe
Ludres
Lupcourt
Malzéville
Manoncourt
Maxéville
Nancy
Pulnoy
Richardménil
Rosières-aux-Salines
Saffais
Saint-Nicolas-dePort
Saint-Max
Saulxures
Sommerviller
Tomblaine
Tonnoy
Vandoeuvre
Varangéville
Vigneulles
Villers-lès-Nancy
Ville-enVermois.

SOS Médecins NANCY

Nombre de visites selon les communes du 1 JANVIER 2005 au 31 DECEMBRE 2005

CUGN et Communauté de Communes de Saint-Nicolas de Port



ANNEXE 2

Article 77 du Code de Déontologie Médicale selon le décret 95-1000 du 6 septembre 1995 :

« 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. Le Conseil Départemental de l'ordre peut néanmoins accorder des exemptions, compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé, et éventuellement de ses conditions d'exercice ».

L'article 77 du décret du 6 septembre 1995 susvisé est remplacé depuis le décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 par les dispositions suivantes :

« Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».

Annexe 3

Article 77 du Code de Déontologie Médicale selon le décret 95-1000 du 6 septembre 1995 :

« 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. Le Conseil Départemental de l'ordre peut néanmoins accorder des exemptions, compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé, et éventuellement de ses conditions d'exercice ».

L'article 77 du décret du 6 septembre 1995 susvisé est remplacé depuis le décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 par les dispositions suivantes :

« Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».



VU

NANCY, le **23 mars 2006**

Le Président de Thèse

Professeur P.E. BOLLAERT

NANCY, le **23 mars 2006**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **27 mars 2006**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY I

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

A Nancy, SOS Médecins a vu son activité croître depuis sa création en 1999, dans un contexte de réorganisation de la Permanence de Soins (PDS), incluant dorénavant la régulation médicale libérale aux nouveaux dispositifs, et basant la garde de secteur sur le volontariat.

L'activité de SOS Médecins Nancy étant principalement tournée vers la PDS, comme le met en évidence le bilan d'activité de 2005 présenté ici, ce travail est l'occasion de faire le point sur les grands principes de la nouvelle organisation de la PDS, au plan national et à Nancy, en insistant sur la nature du travail de régulation médicale, mais aussi sur son cadre juridique à travers les Codes de Déontologie Médicale, de Santé Publique et Pénal.

Par ailleurs, l'activité des médecins SOS présente certaines particularités dont la visite à domicile exclusive. Ses avantages, mais aussi les obstacles qu'elle impose, sont exposés. Les pratiques face à la douleur, devant une dyspnée et lors des urgences gériatriques et psychiatriques sont décrites dans leurs spécificités et la rédaction des certificats médico-légaux et des hospitalisations sous contrainte est détaillée car fréquente.

Enfin, ce travail s'achève par une étude portant sur 244 patients adressés au Service d'Accueil des Urgences (SAU) par SOS Médecins Nancy en janvier et février 2005 et qui suggère que le recrutement de ces patients diffère de celui des médecins généralistes. Le taux de retour à domicile après bilan au SAU varie de 22,2% à 75% suivant les spécialités. A l'avenir il est prévu d'utiliser des fiches d'aide à la décision d'hospitalisation, en cours d'élaboration par l'association nancéienne.

TITRE EN ANGLAIS

SOS MEDECINS NANCY : PLACE IN OUT OF HOURS EMERGENCY CARE SYSTEM, RESULTS FOR 2005, AND SURVEY FOCUSSING ON 244 PATIENTS REFERRED TO EMERGENCY DEPARTMENT.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2006

MOTS CLEFS : SOS Médecins
 permanence de soins
 régulation médicale
 urgences
 Service d'Accueil des Urgences

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR

Faculté de médecine de Nancy
9, avenue de la forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LÈS NANCY CEDEX
