



HAL
open science

Evaluation d'un nouveau dispositif de permanence des soins ambulatoires à Lunéville

Yacine Azizi

► **To cite this version:**

Yacine Azizi. Evaluation d'un nouveau dispositif de permanence des soins ambulatoires à Lunéville. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01732742

HAL Id: hal-01732742

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732742v1>

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-thesesexercice-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>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Yacine AZIZI

le 15 Octobre 2012

EVALUATION D'UN NOUVEAU DISPOSITIF DE PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES A LUNEVILLE.

Examineurs de la thèse :

M. Pierre-Edouard BOLLAERT	Professeur	Président
M. Pierre GILLET	Professeur	Juge
M. Cyril SCHWEITZER	Professeur	Juge
M. Jean-Frédéric PIERRE	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

F, CULTÉ DE MÉDECINE DE N, NCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENH, RDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUD, NE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine , NGIOI
Vice Doyen *Mission* « *sillon lorrain* » : Professeur , nnick B, RB, UD
Vice Doyen *Mission* « *Campus* » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission* « *Finances* » : Professeur Marc BR, UN
Vice Doyen *Mission* « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉ, NT

, sseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Paolo DI P, TRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGN, NI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLL, ERT
- Recherche :	Professeur Didier M, IN, RD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
, sseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONOR, IRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONOR, IRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre
DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard
DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PR, TICIENS HOSPIT, LIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

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^{ère} 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 Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

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 – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

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 – Professeur François ALLA

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

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 Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

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 - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

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 Thierry FOLLIGUET

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

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

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

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

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

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 Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

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

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

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 Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

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

Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteur Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Nicolas JAY

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

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

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

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

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

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

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

Docteur Stéphane ZUILY

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

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteur Laure JOLY

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

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

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

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE

Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL

Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET - 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)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume Uni)

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)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (USA)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de WUHAN (CHINE)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
Professeur de Réanimation médicale et de médecine d'urgence

Nous sommes honorés que vous ayez accepté
de présider notre jury, nous vous témoignons
de notre profonde reconnaissance pour votre
accueil et votre disponibilité.

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

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Pierre GILLET

Professeur de pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

Nous sommes honorés de l'intérêt que vous portez
à notre travail et de votre participation à notre jury.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Cyril SCHWEITZER
Professeur de pédiatrie.

Nous sommes honorés de l'intérêt que vous portez
à notre travail et de votre participation à notre jury.

A NOTRE JUGE,

Monsieur le Docteur Jean-Frédéric PIERRE
Médecin urgentiste.

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

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

A ma maman qui me manque tant, penser à toi chaque jour me donne la force d'avancer. Qu' ALLAH t'ouvre les portes de Son royaume.

A mon père qui a toujours été là pour moi, on le sera toujours pour toi si Dieu le veut.

A Sabrina que j'aime, qui me soutient tous les jours, je serai toujours là pour toi si Dieu le veut.

A Zakarya et Zinéline mes deux rayons de soleil

A Shéhérazade et Rachid qui sont toujours là quand on a besoin d'eux, je serai toujours là pour vous si Dieu le veut.

A Woissila pour ton aide précieuse, et pour tes qualités de super-nounou.

Je tiens à remercier :

Tous les professeurs dont j'ai eu la chance de croiser la route qui ont pris le temps de partager leurs savoirs et sont un exemple pour nous tous.

A mes amis et collègues du service des urgences de Lunéville particulièrement :

A Jeff qui m'a aidé et soutenu dans mon travail.

A Séb et Gaëlle pour avoir initié et participé activement à l'élaboration de ce travail.

A David pour la confiance qu'il m'accorde et ses talents de négociateur.

A Patricia par son dynamisme et son énergie, elle contribue chaque jour à nous faciliter la vie.

A l'ensemble de mes collègues pour avoir consciencieusement participé, aidé et soutenu dans ce travail.

Pour leur bonne humeur, leur entrain et leur professionnalisme qu'ils mettent chaque jour dans l'accomplissement de notre tâche.

A mes amis et collègues du service des soins continus de Lunéville, venir travailler à vos côtés est un réel plaisir.

A Olivier pour la confiance qu'il m'accorde.

A l'ensemble des personnes de l'hôpital de Lunéville qui contribuent à offrir le meilleur d'eux-mêmes au service de la population, en particulier au service de radiologie et de cardiologie qui ont pris l'habitude de me voir passer tous les jours ou presque.

A mes amis, camarades de route...

Soyez tous remercié.

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 n'emploierai pas 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'hôpital, 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 matières

1 INTRODUCTION.....	4
2 DEFINITIONS.....	5
3 HISTOIRE DE LA PERMANENCE DE SOINS.....	6
3.1 Milieu XIXème siècle : les débuts de la permanence des soins sous la pression populaire.....	6
3.2 Après la seconde guerre mondiale : organisation de la permanence des soins sous la pression judiciaire et ordinale.....	8
3.3 Deuxième moitié du XXème siècle : Développement de la permanence des soins sous la pression du progrès.....	10
3.4 Début des années 2000: Réorganisation de la permanence des soins sous la pression des médecins généralistes.....	16
3.5 De 2006 à 2010 : Modernisation de la PDSA sous la pression de la modernisation du système de santé.....	20
3.5.1 Le rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociale (IGAS) et de l'inspection générale de l'administration (IGA) sur l'évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire de mars 2006.....	20
3.5.2 Le rapport de la Cour des Comptes sur les « urgences médicales : constats et évolutions récentes » de février 2007 de Mr Seguin.....	20
3.5.3 Le rapport de mission de médiation et proposition d'adaptation de la permanence des soins du Dr Grall d'août 2007.	21
3.5.4 Le rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital par M Larcher en avril 2008.	21
3.5.5 Le rapport: «propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins » par le Pr Coriat en mai 2008 :	22
3.5.6 Rapport d'information sur la permanence des soins du Dr Boënnec d'octobre 2008 :	22
3.5.7 Loi HPST du 21 Juillet 2009 :.....	24
4 ASPECT JURIDIQUE ET ORGANISATIONNEL DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES	26
4.1 Responsabilité du médecin de garde et du médecin régulateur.....	26
4.1.1 Introduction.....	26
4.1.2 Mission de service public.....	27
4.1.3 A propos de l'omission de porter secours.....	28
4.1.4 A propos de la responsabilité de ses actes pendant les gardes.....	29
4.1.4.1 Droit pénal.....	29
4.1.4.2 Droit ordinal.....	33
4.1.4.3 Droit civil.....	34
4.1.4.4 Droit administratif.....	36
4.1.5 A propos de la continuité des soins	38
4.1.6 A propos de la permanence des soins.....	39
4.2 Organisation de la permanence des soins ambulatoires.....	41
4.2.1 Quand a-t-elle lieu ?.....	41
4.2.2 Qui participe à la PDSA ?.....	41
4.2.3 Qui organise la PDSA ?.....	42

4.2.4	Sectorisation de PDSA.....	42
4.2.5	Comment sont fait les tableaux de garde ?.....	43
4.2.6	Régulation téléphonique de la PDSA.....	44
4.2.6.1	Interconnexion.....	44
4.2.6.2	Traçabilité des appels.....	44
4.2.6.3	Déroulement d'un appel.....	44
4.2.6.4	Souplesse du système.....	45
4.2.7	Cahier des charges de la PDSA.....	45
4.2.8	Rémunération des médecins.....	46
4.2.9	Les bonnes pratiques confraternelles.....	47
4.3	Les acteurs de la permanence des soins ambulatoires.....	48
4.3.1	Agences Régionales de la Santé.....	48
4.3.1.1	Qu'est ce que l'ARS ?.....	48
4.3.1.2	Quels sont ses missions ?.....	48
4.3.2	CODAMUPS-TS.....	49
4.3.2.1	Principe	49
4.3.2.2	Organisation des CODAMUPS-TS.....	49
4.3.2.3	Composition des CODAMUPS-TS.....	50
4.3.2.3.1	Le sous-comité médical	52
4.3.2.3.2	Le sous-comité des transports sanitaires.....	52
4.3.3	Aide Médicale Urgente.....	53
4.3.3.1	Objet et composition de l' AMU.....	53
4.3.3.2	Les missions du SAMU.....	53
4.3.3.3	Le SMUR.....	54
4.3.4	SOS médecin.....	55
4.3.5	Médecins généralistes libéraux	58
4.3.6	Ordre des médecins.....	58
4.3.7	Régulation médicale libérale.....	60
4.3.7.1	Réglementation.....	60
4.3.7.2	Régulation médicale libérale.....	60
4.3.7.3	Les recommandations par la HAS de la réception d'un appel.....	61
4.3.7.4	En Lorraine.....	62
4.3.7.5	En Meurthe et Moselle.....	63
4.3.7.6	Régulation par SOS médecin.....	64
5	LE LUNEVILLOIS.....	65
5.1	Introduction.....	65
5.2	Offre de soins sur le secteur Lunévillois.....	66
5.3	Historique de la PDSA à Lunéville : entretien avec le Dr Bichat médecin généraliste à Lunéville :.....	67
5.4	La PDSA de Lunéville.....	68
5.4.1	Histoire de la création de la PDSA de Lunéville :.....	68
5.4.2	L'association de la PDSA de Lunéville :.....	69
REGROUPEMENT DES GENERALISTES LUNEVILLOIS POUR LA PERMANENCE DES SOINS (RGLPDS)		69
5.5	Sectorisation.....	71
5.6	Rémunération.....	73
6	ÉTUDES.....	75
6.1	Étude prospective évaluant l'activité de la PDSA.....	75

6.1.1 Objectif.....	75
6.1.2 Méthode.....	75
6.1.3 Résultats.....	76
6.2 Évaluation des possibilités d'extension de la PDSA les soirs de semaine : Étude prospective.....	85
6.2.1 Objectif	85
6.2.2 Méthode.....	85
6.2.3 Résultats.....	86
6.3 Évaluation de l'impact de la PDSA sur les urgences : Étude comparative rétrospective.....	99
6.3.1 L'hypothèse.....	99
6.3.2 Méthode.....	99
6.3.3 Résultats.....	101
7 DISCUSSION.....	105
7.1 Étude prospective sur l'évaluation de l'activité de la PDSA :	105
7.1.1 A propos de la moyenne de passage.....	105
7.1.2 A propos de l'âge.....	105
7.1.3 A propos des motifs de consultation.....	106
7.1.4 A propos de la connaissance de la PDSA.....	107
7.1.5 A propos d'un appel préalable vers une régulation.....	108
7.1.6 A propos des patients qui ont été transférés de la PDSA vers les urgences.....	109
7.1.7 A propos de la durée moyenne de prise en charge.....	111
7.2 Étude de l'impact de la PDSA sur l'activité des urgences.....	112
7.2.1 Nombre de passages.....	112
7.2.2 Délais d'attente.....	113
7.2.3 Durée total de prise en charge.....	113
7.2.4 Comment expliquer l'allongement moyen du délai d'attente et de la durée totale de prise en charge ?.....	114
7.2.5 Influence des interventions SMUR sur les délais d'attente et la durée totale de prise en charge.....	114
7.3 Étude de la possibilité d'extension de la PDSA aux soirs de la semaine.....	115
7.3.1 A propos de la fréquentation.....	115
7.3.2 A propos des caractéristiques des patients.....	115
7.3.3 A propos des motifs de consultation et des diagnostics.....	115
7.3.4 A propos de la durée totale de prise en charge.....	116
7.3.5 A propos de la régulation préalable à la venue aux urgences.....	116
7.3.6 A propos de mode de transport pour se rendre aux urgences.....	116
7.3.7 A propos des examens complémentaires.....	117
8 CONCLUSION	118
9 BIBLIOGRPAHIE.....	119
10 ANNEXES.....	124

1 INTRODUCTION

Début juillet 2010, Lunéville inaugurait sa nouvelle permanence des soins ambulatoires (PDSA) au sein même du service des urgences de l'hôpital de Lunéville. Elle fonctionne les samedis de 15h00 à 19h00 et les dimanches de 9h00 à 12h00 et de 15h00 à 19h00.

Ce projet, issu de la volonté des médecins généralistes libéraux Lunévillois de se réappropriier la permanence des soins ambulatoires, a finalement abouti avec l'arrivée du nouvel hôpital.

Après discussions, les médecins généralistes, les médecins urgentistes, la Direction de l'hôpital de Lunéville et l'Agence régionale de la santé (ARS) se sont accordés sur le fait que le meilleur endroit pour implanter la PDSA était au sein même des locaux des urgences de Lunéville.

Malgré les difficultés et les échecs rencontrés par le passé pour organiser la PDSA, le moment était enfin propice à l'aboutissement de ce projet, porté par une volonté politique, la motivation des acteurs locaux et des moyens financiers.

Le projet sur papier semblait séduisant, il devait permettre de regrouper en un lieu unique l'aide médicale d'urgence et la PDSA permettant ainsi ; de proposer à la population un meilleur service et une plus grande lisibilité dans l'offre de soins ; de rapprocher le monde médicale de la ville et de l'hôpital ; et enfin de désengorger les urgences les week-ends.

C'est dans ce cadre, après quelques mois de fonctionnement, nous avons souhaité évaluer l'activité de la PDSA, son impact sur le service des urgences et réfléchir aux éventuelles perceptions d'évolution.

Pour ceux, nous avons procédé à la réalisation de trois études :

-une étude prospective descriptive sur une période de 4 mois évaluant l'activité de la PDSA.

-une étude rétrospective comparative sur une période de 20 mois évaluant l'impact de la PDSA sur l'activité des urgences.

-une étude prospective d'une durée de 31 jours afin de déterminer si l'expérience peut ou non être étendue au soir de la semaine.

2 DEFINITIONS

La **permanence des soins** (PDS) peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant (1).

Cette notion est à distinguer de :

- **L'urgence** : On peut reprendre la définition du Pr Steg (2) qui définit l'urgence comme étant un
« phénomène qui touche à la santé, qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète le patient et son entourage »

Le dictionnaire Larousse quand à lui décrit l'urgence comme étant une
« situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement »

- **L'aide médicale urgente** (AMU) définie par l'article R. 6311-1 du Code de la santé publique (CSP) :
« Les services d'aide médicale urgente ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les services d'aide médicale urgente joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les services d'incendie et de secours »
- **La continuité des soins** : En médecine ambulatoire, la continuité des soins représente la possibilité d'accéder à un professionnel de santé à tout moment:
« Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence » (3)

La PDS, l'AMU et la continuité des soins sont des domaines complémentaires dont la frontière peut être difficile à établir, à fortiori dans des situations d'urgence ressenties par le patient ou son entourage.

3 HISTOIRE DE LA PERMANENCE DE SOINS

3.1 Milieu XIXème siècle : les débuts de la permanence des soins sous la pression populaire.

En 1868, les journaux politiques signalaient à leurs lecteurs de nombreux cas d'accidents survenus pendant la nuit et suivis de décès, sans que l'on puisse trouver un médecin. Ces situations parurent si déplorables à l'un de ces journaux que sa Direction n'hésita pas à se faire le porte-parole du public, en adressant une plainte au Sénat sous forme d'une pétition. Ses réclamations trouvèrent écho, si bien que le Sénat, dans sa session de janvier 1869, chargea le sénateur Nélaton de rédiger un rapport (4).

L'administration de l'Assistance Publique à travers son directeur Mr Husson prenait également la pleine mesure de la situation suite aux nombreux morts faute d'avoir pu trouver des secours médicaux pendant la nuit. Il impliqua son service par l'intermédiaire des médecins des bureaux de bienfaisance et leur secrétaire général le Dr Passant.

Ils proposèrent que le nom de tous les médecins attachés aux bureaux de bienfaisance, ainsi que leurs adresses soient déposées aux postes de police les plus voisins de leur domicile. La personne qui souhaitait bénéficier d'un avis médical durant la nuit devait impérativement être accompagnée par un policier servant à la fois à sécuriser le déplacement et l'intervention du médecin, mais également d'agent de recouvrement. L'agent remettait au médecin un bulletin constatant la visite. Les honoraires s'élevaient à 10 francs (équivalent euros francs constants : 23 euros environ) et étaient réglés par la trésorerie de la société des médecins de bienfaisance. Toutes ces mesures furent acceptées, et quasiment mises en place mais quand la guerre franco-prussienne (du 19 juillet 1870 au 29 juillet 1871) éclata, tout ces mesures furent abandonnées.

Le projet fut repris à l'initiative du Dr Passant en 1872, et soutenu par le sénateur Nélaton. Ce dernier était pourtant initialement favorable à ce qui se faisait déjà dans d'autres grandes villes d'Europe comme Berlin ou Saint-Pétersbourg, c'est à dire la mise en place de permanences avec des médecins dormant sur place, rétribués à raison de 20 francs par nuit (3). Il s'est finalement rangé à l'avis du Dr Passant car son projet était jugé plus simple et moins cher.

Le patient, qui souhaitait donc recourir à un avis médical, devait se rendre au poste de police de son quartier et choisir sur le tableau de garde le médecin qu'il souhaitait consulter. Un gardien de la paix était détaché du poste de police pour accompagner le requérant au domicile du médecin, et suivre ces derniers au domicile du malade, et une fois la visite effectuée, raccompagner le médecin à son domicile. Suivant la situation financière du malade, l'administration réclamait le remboursement des honoraires alloués ou les prenait définitivement à sa charge (5). Le service médical de nuit commençait à 22 heures pour se finir à 7 heures du 1er octobre jusqu'au 31 mars et de 23 heures à 6 heures du 1er avril au 30 septembre. Celui-ci fut inauguré le premier janvier 1876 (6)(tableau 1).

Années	1876	1877	1878	1879	1880
Visites	3616	3312	3751	5282	6341

Tableau 1 : activité des cinq premières années (7)

Le Dr Passant a lui-même tenu un registre des affections rencontrées. En voici quelques extraits pour le 2ème trimestre de l'année 1881 (8) :

visites	1421
accouchements et délivrances	117
affections et troubles gastro-intestinaux	108
angines ou laryngites	98
plaies ou contusions	85
affections cérébrales et paralysies	69
hémorragies	54
bronchites	58
Pleuro-pneumonie	58
affections hépatiques, néphrétiques, saturnines	58
affections du cœur	54
mort avant l'arrivée du médecin	44
croup	42

Tableau 2 : affections rencontrées 2ème trimestre 1881

Le service pharmaceutique de nuit, quant à lui, fut créé dix ans après : en 1886 (9).

3.2 Après la seconde guerre mondiale : organisation de la permanence des soins sous la pression judiciaire et ordinale.

Pendant la seconde guerre mondiale, une loi de circonstance du 25 octobre 1941 a obligé les gens à dénoncer les crimes ou projets de crimes qui portaient atteinte aux personnes et à secourir les personnes en danger. Elle fait suite au décès d'un officier allemand abattu dans le métro et laissé sans soins immédiats.

Cette loi du 25 octobre 1941, rédigée par le gouvernement de Vichy, crée le délit de non-assistance à personne en péril. A la fin de la guerre, une ordonnance du 25 juin 1945 abolit la loi précédente, comme toutes les lois de Vichy, tout en reprenant ses dispositions essentielles par l'intermédiaire de l'article 63 du code pénal (10).

L'article 63 de code pénal, dans son second alinéa, punit de trois mois à cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de 360 à 15 000 francs (43 à 1820 euros 2012), « *quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que sans risque pour lui ni pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant les secours* ». En vertu de cette article, le médecin se retrouve alors tenu, sous la menace de sanctions pénales, de porter secours à toute personne en péril en toute circonstance.

Cette obligation de porter secours a été invoquée pour la première fois en 1947 lorsqu'un médecin de Béthune n'a pu se rendre à temps à l'appel d'un patient, dont le bébé est décédé avant son arrivée. Il a été poursuivi pour délit de non-assistance à personne en danger. Le tribunal s'est alors prononcé pour l'application de l'article 63§2 aux médecins et ce jugement a fait jurisprudence. La Cour de Douai saisie en appel, a, par un arrêté du 21 janvier 1948, refusé d'appliquer au médecin l'article 63 du code pénal, cet article ne visant que l'assistance due à une personne mise en péril par une action criminelle ou délictuelle (11). L'article 63 est actuellement l'article 223-6 du code pénal.

En 1965, l'affaire Colin marque le corps médical en mettant en évidence les risques que fait peser sur la profession médicale cet article 63 du code pénal en sanctionnant la non-assistance à personne en danger.

«Parce que, sur un appel téléphonique, il n'avait pas secouru un jeune homme poignardé à la sortie du bal, un médecin de Meurthe et Moselle, a été condamné à 5000 francs d'amende».

Ce médecin généraliste, membre du service de garde de sa commune, n'était alors pas de garde la nuit où il fut appelé.

Cette affaire, largement médiatisée, a été un des points de départ d'une réflexion sur

l'organisation des urgences, avec un colloque organisé par la Confédération des Syndicats Médicaux Français (12). Le refus de porter secours n'engendre pas seulement la responsabilité pénale de l'article 63, mais aussi, une responsabilité disciplinaire.

Le code de déontologie publié le 28 juin 1947, deux ans à peine après la confirmation de l'instauration de l'Ordre des Médecins (institution de l'Ordre des Médecins par la loi du 25 septembre 1945, complété par l'ordonnance du 26 septembre 1948 qui en fixe les procédures) dans son article 5 précise que :

«quelque soit sa fonction ou sa spécialité, hors le seul cas de force majeure, tout médecin doit porter secours d'extrême urgence à un malade en danger, si d'autres soins médicaux ne peuvent lui être assurés».

Le médecin ne peut alors se prémunir contre l'inculpation de non-assistance à personne en danger qu'en répondant à tout appel, et en se rendant sur place pour apprécier personnellement le péril et la nécessité de porter secours.

La seule solution pratique consistera alors en l'organisation des services de garde et des services d'aide médicale en urgence, de manière à assurer une permanence médicale pour répondre à toute demande d'assistance.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) s'est très tôt penché sur la question de la permanence des soins médicaux et a abordé les problèmes d'organisation au cours de la séance du 2 juillet 1948 (13).

Lors de la séance du 8 décembre 1950, le conseil reprend alors la question de la légitimité de l'organisation de la permanence des soins médicaux et remet en cause la notion de volontariat qui est jusqu'alors de mise. Il prend alors la résolution d'instaurer l'obligation d'y participer, cela sera repris par la suite dans l'article 47 du code de déontologie (14).

L'article 47 du code de déontologie de 1955 (décret n°55-1591) stipule que tout médecin se doit d'être impliqué dans l'organisation de la prise en charge des urgences.

«Il est du devoir du médecin, compte tenu de son âge, de son état de santé et de son éventuelle spécialisation, de prêter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'organisation de la permanence des soins là où elle est nécessaire et possible.»

3.3 Deuxième moitié du XXème siècle : Développement de la permanence des soins sous la pression du progrès.

Les progrès effectués dans le domaine médical, autant du point de vue thérapeutique que diagnostic (antibiothérapie, vaccination, greffe, imagerie, endoscopie...) après 1950 n'ont aucune commune mesure avec ce que nous avons vécu jusque-là. Ceci est parfaitement illustré par cette citation du Pr Jean Bernard (hématologue, cancérologue) :

« un médecin de 1900 endormi par quelque sortilège, s'éveille en 1930 : les empires se sont écroulés, mais la médecine a peu changé. La révolution est telle que le médecin de 1930 endormi par un magicien et réveillé en 1960, n'est plus capable d'exercer la médecine » (15).

Ces années seront également marquées par :

- la mise en place de la sécurité sociale (4 octobre 1945) avec la convention signée entre la sécurité sociale et les médecins (12 mai 1960).
- les campagnes de prévention et d'éducation à la santé.
- la mutation du rôle de l'hôpital, qui était initialement réservé aux pauvres et aux indigents, avec l'ouverture à toutes les catégories de personnes (loi du 21 décembre 1941, décret d'application le 17 avril 1943).
- la réforme hospitalière de 1958 avec le rattachement de la formation médicale (création des Centres Hospitaliers Universitaires) ayant pour conséquence la création de praticiens temps pleins qui s'étendra aux hôpitaux généraux avec la loi du 31 décembre 1970 créant ainsi le service public hospitalier.
- le développement économique, qui avait pour corollaire la multiplication des voitures et des accidents de la route. En 1961, chaque jour, 25 personnes meurent sur les routes en France, soit 9000 décès par an, en forte croissance jusqu'à un pic en 1970 de 18000 décès par an (16). Les accidents de la route sont un nouveau recours important aux médecins généralistes qui sont le plus souvent appelés les premiers sur les lieux d'accidents. Il se dit au congrès régional du syndicat national des médecins français de Guerlédan en 1974 :

« Qui d'entre vous n'a pas connu, n'a subi, l'appel en catastrophe pour l'accident de la route ? ..., l'appel qui vous arrache à la veillée que la sérénité du soir vous consacrez à la famille : le téléphone qui multiplie les appels et tous en même temps chez tous les médecins du secteur, les coups de sonnette renouvelés ; tous les témoins de l'accident ont le même geste, vite, un médecin! » (17)

Tous ces événements et ces bouleversements vont contribuer à modifier l'organisation du paysage médical et les exigences de la population.

La consommation médicale va augmenter, entraînant un accroissement de l'activité des médecins généralistes et la nécessité d'augmenter les effectifs médicaux (18).

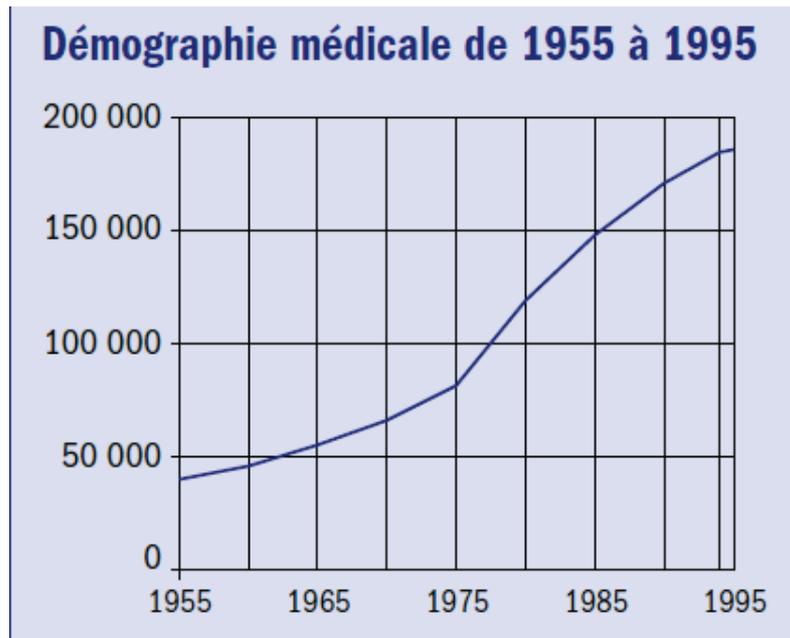


figure 1 : Démographie médicale de 1955 à 1995 (d'après le CNOM)

Cela a contribué au développement des spécialisations (arrêté du 6 octobre 1949 établit la liste des spécialités) et de leur installation en ville.

Parallèlement, pendant ces années de 1950 à 1970, on a commencé à se préoccuper de l'échelon préhospitalier.

Le Dr Arnaud, neurochirurgien à Marseille, s'est intéressé particulièrement au dégagement des traumatisés de la route nécessitant souvent une désincarcération, aux soins sur place et pendant le transport, en rappelant que :

« l'on ramasse trop souvent un blessé, qu'on transporte un mourant, que l'on hospitalise un mort ».

Sur ces principes, une antenne ambulancière hospitalière médicalisée destinée aux accidents de la route a été créée en 1957 à Salon-de-Provence sous la Direction du chirurgien le Dr Bourret. On envoyait un médecin directement sur les lieux de l'accident dans un véhicule spécialement équipé tout en organisant la coordination des différents intervenants : pompiers, police, hôpital.

Lors de l'épidémie de poliomyélite en 1956, le Pr Cara (Réanimateur à l'hôpital Necker à Paris) créa de toutes pièces un service mobile, équipé de respirateurs, permettant le transport inter-hospitalier des détresses neuro-respiratoires pouvant être distant de plus de 200 km.

En 1962, le Pr Larcan (Réanimateur à l'hôpital central à Nancy) prit l'initiative de former à Nancy des externes des hôpitaux pour aller à la rencontre des situations urgentes, des détresses cardio-circulatoires, respiratoires et toxicologiques. Il mit en place un tour de garde quotidien dans une caserne de Sapeurs-Pompiers, puis multiplia les postes en couvrant les secteurs du département de Meurthe et Moselle de telle sorte que tout blessé, tout intoxiqué, tout cardiaque puisse être secouru dans un rayon de moins de 18 kilomètres par une ambulance médicalisée. Secours dont les délais d'intervention devaient être les plus courts possibles après réception de l'appel. Il s'agissait là de l'implantation d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation mixte, associant Sapeurs-Pompiers et étudiants hospitaliers spécialement formés. Sa localisation était effectivement extra-hospitalière, disposant du numéro d'appel des Sapeurs-Pompiers le 18, du maillage des Sapeurs-Pompiers et de leurs secouristes qualifiés, avec possibilité de renforts, d'utilisation de moyens de désincarcération et de transmission performants.

Des initiatives comparables mais cependant différentes en ce qui concerne certains principes de base, furent prises par ses collègues réanimateurs : le Pr Serre à Montpellier, le Pr Lareng à Toulouse, les Pr Cara et Huguenard à Paris.

La nécessité d'une coordination départementale à partir d'un Centre Hospitalier important (Centre Hospitalo-Universitaire) se fit sentir et abouti à la notion capitale d'aide médicale urgente (AMU) et de Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) *« dont le sigle euphonique est aujourd'hui si familier qu'il s'est substantivé et s'applique à toutes les situations de détresses, non seulement physiques mais encore morales et sociales »* indiquait le Pr Larcan lors d'une intervention à l'Académie des Sciences morales et politiques en 2007 (19).

La réussite de ces premières expériences conduisit vers leur multiplication dans toute la France dès 1965. Le décret du 2 décembre 1965 complétant celui du 3 août 1959 donne l'obligation à 240 centres hospitaliers universitaires et régionaux de se doter de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence. Le décret du 31 décembre 1965, déclare que

« l'hôpital se doit de sortir de ses murs pour porter assistance à toute personne qui en a besoin ».

Cette même année parut un décret interministériel créant officiellement le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation attaché aux hôpitaux (SMUR).

Les SAMU naissent en 1968 afin de coordonner l'activité des SMUR. Les SAMU comportent un centre de régulation médicale des appels.

Dès 1974 des médecins généralistes libéraux participent à cette activité de régulation médicale en complément des praticiens hospitaliers concepteurs de ces structures.

Le 15, numéro gratuit d'appel national pour les urgences médicales est créé en 1978 à la suite d'une décision interministérielle. Ce numéro vient en complément d'autres numéros existants : le 17 pour la police et le 18 pour les pompiers. Ils seront interconnectés en 1994 (20).

Suite à la circulaire du 06 février 1979, les centres de réception et de régulation des appels (CRRRA) seront mis en place. L'assise réglementaire qui manquait est donnée aux SAMU par la loi du 6 janvier 1986 (décrets du 16 décembre 1987) sur l'Aide Médicale Urgente et les Transports Sanitaires (21).

En voici quelques extraits qui définissent leurs rôles :

- article 2 : *« Les S.A.M.U. ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les S.A.M.U. joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les services d'incendie et de secours »*
- article 3 : *« Pour l'application de l'article 2 ci-dessus, les S.A.M.U. exercent les missions suivantes :*
 - 1° Assurer une écoute médicale permanente ;*
 - 2° Déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;*
 - 3° S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et faire préparer son accueil ;*
 - 4° Organiser le cas échéant le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;*
 - 5° Veiller à l'admission du patient ».*
- article 16 : *« le fonctionnement du centre de réception et de régulation des appels médicaux doit être assuré sans discontinuité. Il assure une réponse rapide aux appels reçus. Pendant leur tours de garde, les médecins qui assurent la permanence des soins restent disponibles et tiennent le centre de réception et de régulation des appels médicaux informés du début et de la fin de chacune de leur intervention ».*

Face à l'augmentation de la consommation médicale, de nouvelles associations médicales se créent comme SOS médecin. Elle a été créée le 20 juin 1966 par le Dr Lascar médecin généraliste à Paris à la suite du décès d'un de ses patients qui, faute d'avoir pu joindre un médecin un samedi après-midi, 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 pas SOS dépannage ».

Jugeant que la santé de l'homme valait mieux qu'un simple tuyau de plomb, il créa SOS Médecins. (22) L'association s'est d'abord développée sur le créneau des urgences ou des semi-urgences de la nuit, puis l'activité s'est étendue aux demandes la journée.

Parallèlement à toutes ces initiatives les médecins généralistes doivent s'organiser différemment, d'autant plus que le code déontologique fait obligation aux médecins de participer aux tours de garde. L'article 41 du code de déontologie de 1979 précise que

« c'est un devoir pour tout médecin, sauf exemptions accordées par le conseil départemental compte tenu de l'âge, de l'état de santé, et éventuellement de la spécialisation, de participer aux services de garde de jour et de nuit ».

et que maintenant ils ne sont plus les seuls acteurs de l'urgence ou de la permanence des soins. Ils créent donc des tours de garde d'abord dans les grandes villes puis à la campagne. Les débuts seront difficiles, mais progressivement la permanence des soins se met en place.

La PDSA est alors organisée par les CODAMU (Comité Départemental d'Aide Médicale Urgente et des transports sanitaires) créés par la loi du 6 Janvier 1986 (relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires). Ils coordonnent les différents acteurs du système. Ils ont pour mission de veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente et à son ajustement aux besoins de la population. En s'assurant en conséquence de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires ; autour du respect du code de déontologie en s'appuyant sur les articles 77 et 78.

- L'article 77 reprend l'ancien article 41 cité précédemment.
- L'article 78 : *« Lorsqu'il participe à un service de garde, d'urgences ou d'astreinte, le médecin doit prendre toutes dispositions pour être joint au plus vite. Il est autorisé, pour faciliter sa mission, à apposer sur son véhicule une plaque amovible portant la mention « médecin-urgences », à l'exclusion de toute autre. Il doit la retirer dès que sa participation à l'urgence prend fin. Il doit tenir informé de son intervention le médecin habituel du patient, dans les conditions prévues à l'article 59. »*
- article 59 : *« Le médecin appelé d'urgence auprès d'un malade 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 en informant le malade. Il en conserve le double. »*

L'arrêté du 25 juillet 1996 relatif à l'information du consommateur sur l'organisation

des urgences médicales prévoit l'obligation dans les cabinets médicaux, de fournir aux patients une information sur l'organisation de la permanence des soins :

« Les médecins doivent afficher, dans leur salle d'attente, de manière visible et lisible, les conditions ci-dessous dans lesquelles est assurée la permanence des soins :

-Leur numéro de téléphone et les heures auxquelles ils peuvent être joints ;

-Le numéro de téléphone des structures de permanence de soins et d'urgence vers lesquelles ils choisissent d'orienter les consommateurs en leur absence ;

-La mention suivante : "En cas de doute ou dans les cas les plus graves, appelez le numéro téléphonique "15"

La mention "En cas d'urgence", suivie du numéro d'appel, doit figurer sur les ordonnances que le médecin remet à son patient ».

Initialement le CNOM n'autorisait pas les conseils départementaux à accorder le remplacement des médecins de garde par des médecins ou des étudiants non installés ; ou alors uniquement dans des cas très exceptionnels et pour une durée limitée. Les remplaçants devaient être désignés et acceptés par le conseil départemental.

La position du CNOM s'est par la suite assouplie, et le 28 avril 1974 :

« le conseil national a pris conscience que certains médecins sont tellement fatigués et surmenés à certaines périodes, que lorsqu'ils assument personnellement leurs gardes de week-end, ils seront le lundi matin dans un état incompatible avec la reprise normale d'une nouvelle semaine : en conséquence, le CN ne peut opposer un non catégorique à cette demande de remplacement pour les gardes » (23)

Pour satisfaire strictement aux obligations réglementaires, le tour de garde doit donc réunir les conditions suivantes :

- le médecin de garde doit être facilement accessible, joignable par la population (article 78 du code de déontologie),
- le tour de garde doit être publié (arrêté du 25 juillet 1996 sur l'information sur les urgences dans les cabinets),
- l'accessibilité doit être permanente, 24 heures sur 24 et 365 jours par an (continuité des soins),
- le tour de garde doit être organisé, équipé (obligation de moyen),
- il est enfin ouvert à tous les médecins du secteur pour que chacun puisse y participer (article 77 du code de déontologie).

3.4 Début des années 2000: Réorganisation de la permanence des soins sous la pression des médecins généralistes

En ville, les médecins généralistes ont tendance à se désengager aux profits des associations comme SOS médecin. Ils ont déjà une activité très chargée avec en moyenne 51 heures de travail par semaine, à mettre en parallèle aux 35 heures qui seront mises en place début des années 2000 (24).

A la campagne, la charge de travail est encore plus lourde, il y a moins de médecins, les secteurs sont vastes. Dans ces conditions, il est difficile de trouver un remplaçant pour les vacances ou de susciter de nouvelles vocations d'installation.

La rémunération lors de la PDSA pose problème, elle se fait à l'acte, mais ne tient pas compte de la disponibilité du médecin, l'astreinte n'est en soit pas rémunérée. On note également des actes non réglés à la suite d'intervention en urgence. Il est noté également une trop faible différence entre la consultation au cabinet et la visite, ce qui a pour conséquence d'entraîner une tendance marquée à demander au médecin de se déplacer plus que nécessaire.

Il se pose également le problème de l'insécurité, exacerbé par la féminisation de la population médicale.

L'épuisement général gagne l'ensemble des médecins généralistes, l'exercice est de plus en plus difficile, avec une remise en question de la place du généraliste et une dévalorisation progressive de la profession.

C'est dans ce contexte que le 15 novembre 2001 débute un mouvement de grève lancé par deux syndicats : l'union nationale des omnipraticiens français qui est une branche de la Confédération des Syndicats de Médecins Français et le Syndicat des Médecins Libéraux . Initialement, cette grève concernait les gardes de nuit, mais elle s'étendra peu à peu aux week-end et jours fériés.

Au début son objectif était une revalorisation des actes médicaux en particulier ceux concernant les gardes, mais rapidement s'étendra sur l'amélioration des conditions de travail notamment pendant la permanence des soins. Elle durera 7 mois.

Suite à ces événements, le ministre de la santé de l'époque, Mr Mattéi, a demandé la mise en place de deux groupes de travail: le premier concernait l'organisation de la

permanence de soins sous la responsabilité du sénateur honoraire Charles Descours et le deuxième, dirigé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, s'intéressant à l'organisation des urgences dans les établissements hospitaliers mis à rude épreuve durant les grèves.

Il fallait définir la nature de la permanence des soins et analyser les obligations déontologiques qui lui sont associées et trouver des solutions susceptibles d'être mise en œuvre pour garantir un égal accès aux soins. Il publiera un rapport (25) qui sera suivi de plusieurs textes réglementaires et d'avenants conventionnels posant la base de la nouvelle organisation de la permanence des soins.

Celle-ci repose sur 4 points principaux:

- **La PDSA n'est plus une obligation déontologique.**

Elle repose dorénavant sur le volontariat sans que cela remette en cause l'application de l'article 47 du code de déontologie médicale relatif à la continuité des soins.

« 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 ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».

Dès lors, le médecin qui n'est pas volontaire pour remplir la mission de permanence des soins doit, au titre du principe de continuité des soins qu'il doit à sa patientèle, s'assurer que ses patients seront bien pris en charge dans le cadre de la permanence des soins.

L'article 77 du code de déontologie concernant la permanence des soins :

*« 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 »*

sera modifié au profit :

« Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent »

On constate que la modification est subtile puisque l'on conserve l'idée du devoir

mais en passant d'un devoir moral contraint à un devoir moral volontaire.

Il sera rappelé par les membres du CNOM en commentaire de cet article que la permanence des soins est une organisation collective confraternelle et mutualisée de la réponse à des demandes non programmées de soins ; impliquant tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice : libéral, hospitalier ou salarié ou, encore, quelle que soit leur spécialité médicale dès lors qu'ils ont une pratique dans le domaine du soin.

Dans l'exercice libéral, hors établissement, les médecins satisfont à ce devoir sur la base du volontariat et de la confraternité dans le cadre d'une organisation qui a pour finalité l'intérêt de la population.

Rappelant également que la régulation médicale est une des modalités de la participation des médecins à la PDS (26).

- **La régulation médicale.**

La régulation médicale devient un élément essentiel du bon fonctionnement du dispositif. Le but est de filtrer les demandes de soins non programmées afin de réorienter les demandes non urgentes vers le médecin traitant dans le cadre d'une consultation programmée et ainsi ne répondre qu'aux demandes nécessaires, ne pouvant être reportées, et par la même occasion, diminuer les actes.

Le rapport Descours préconisait également qu'elle soit unique, prise en charge avec la participation des médecins libéraux. Initialement la mission parlementaire était favorable à l'utilisation du 15 mais le rapport précisait également qu'en cas de régulation libérale autonome avec un numéro d'appel spécifique, il fallait que les deux centres soient interconnectés.

- **La sectorisation.**

La sectorisation est organisée dans un cadre départemental. La taille du secteur doit permettre un exercice normal pour l'activité du médecin en tenant compte de critères tels que la distance, le volume des actes, la densité médicale et la population. Le maillage doit être le plus efficient possible.

- **La permanence des soins est une mission d'intérêt général.**

Le groupe du sénateur Descours a déposé un amendement qui fut adopté fin décembre 2002 (27). Cet amendement proposait de faire de la permanence des soins une mission d'intérêt général.

Cela permettait d'assurer le financement de la permanence des soins par l'assurance maladie.

Tous ces points seront formalisés par les décrets n° 2003-880 du 15 septembre 2003 et du 07 avril 2005 permettant ainsi de définir sur le plan législatif la PDSA et fixer ses modalités de fonctionnement, à travers les articles R.730 à R.735.

Le but est de permettre l'accès sans discontinuité aux soins médicaux.

L'organisation et la surveillance de la qualité de la PDSA est laissée au niveau départemental sous la responsabilité des préfets et des CODAMUPS (Comité Départemental de l'Aide Médical d'Urgence, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires).

Les CODAMUPS ont été créés par le décret n°2003-882 du 15 septembre 2003. Ils étaient une émanation des CODAMU (cf 3.3)

L'avenant n°4 à la convention nationale des médecins du 22 avril 2005 a revalorisé la tarification des actes spécifiques et a fixé le montant des forfaits d'astreinte versés aux médecins de garde (28).

Le législateur est allé encore plus loin en 2006 en faisant passer la PDSA d'une mission d'intérêt général à une mission de service public (29). Il souhaitait ainsi uniformiser le statut des praticiens et favoriser leur participation volontaire au système de garde. A cela ont découlé deux conséquences :

- D'une part, les dommages subis par les médecins au cours des gardes (accidents, agressions, ...) ou les dommages qu'ils pourraient eux-mêmes causer lors de celles-ci, seront pris en charge par l'État, et non par le médecin lui-même ou son assureur privé.
- D'autre part, tous les médecins, même ceux exerçant habituellement à titre libéral, bénéficieront des dispositions de l'article L.4124-2 du CSP. Ainsi, pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins, ils ne pourront être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance du Conseil de l'Ordre, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'État dans le département, ou le procureur de la République. Un patient ne pourra donc plus porter plainte directement auprès de l'Ordre à l'encontre d'un médecin libéral au sujet d'une garde.

Il s'agit d'affirmer:

- une égalité de statut de tous les acteurs dans cette fonction. Il est cohérent que tous les médecins qui interviennent, en tant que régulateurs ou en tant qu'effecteurs, relèvent d'un même statut.

- une équité du mode de responsabilité. La responsabilité du médecin effecteur ou régulateur de la PDSA doit ainsi pouvoir être recherchée de la même manière quel que soit son mode d'exercice, hospitalier, salarié ou libéral. De ce fait, l'assurance en responsabilité civile professionnelle des régulateurs libéraux ne sera plus du domaine de la convention, c'est un point qui empêchait les médecins des centres de santé et les médecins non conventionnés de participer à la régulation (30).

3.5 De 2006 à 2010 : Modernisation de la PDSA sous la pression de la modernisation du système de santé.

Malgré toutes les mesures prises, la mise en place de la PDSA rencontre de nombreuses difficultés mises en évidence par différents rapports ; sur fond de concertation dans le cadre d'un grand projet de réforme du système de santé.

3.5.1 Le rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociale (IGAS) et de l'inspection générale de l'administration (IGA) sur l'évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire de mars 2006.

Il met en évidence une organisation inachevée malgré un déploiement sur l'ensemble du territoire, une fiabilité et une efficience non assurée. Un dispositif de pilotage qui est trop complexe avec un financement éclaté.

3.5.2 Le rapport de la Cour des Comptes sur les « urgences médicales : constats et évolutions récentes » de février 2007 de Mr Seguin.

Il relate les principales faiblesses :

- absence d'un pilotage régional cohérent et opérationnel du système
- déficience des systèmes d'information,
- insuffisance de l'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital,
- hétérogénéité de l'organisation des services, des pratiques et disparités des

- coûts,
- manque de communication et d'éducation du grand public lui permettant une bonne orientation dans le système.

La Cour des comptes estime que l'amélioration de l'efficacité du dispositif dépendra surtout des mesures relatives à l'orientation des patients, à l'organisation des services et à la coordination de l'activité hospitalière avec celle de la médecine de ville plus que de nouveaux moyens financiers (31).

3.5.3 Le rapport de mission de médiation et proposition d'adaptation de la permanence des soins du Dr Grall d'août 2007.

Il mettait en avant le contexte d'évolution défavorable de la démographie médicale mais surtout une mauvaise répartition des médecins sur le territoire avec un double gradient : nord/sud, rural/urbain ; Des changements sociétaux que ce soit pour les médecins (féminisation, effet « RTT ») ou pour la population en général expliquant les nécessaires adaptations de l'exercice professionnel.

3.5.4 Le rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital par M Larcher en avril 2008.

Le 16 octobre 2007 à Bordeaux, le président de la République Mr Sarkozy a demandé à l'ensemble des professionnels de santé de réfléchir aux changements nécessaires pour que le système de santé réponde avec qualité et égalité aux besoins des concitoyens. Une des préconisations de ce rapport concerne l'amélioration de l'organisation des soins non programmés qui devra être confiée à la future agence régionale de santé avec une mission d'organisation globale : régulation, transport, permanence des soins, urgences ; amélioration de la régulation ; mutualiser la permanence entre les praticiens des différents établissements de santé ; organiser les consultations non programmées à l'hôpital.

3.5.5 Le rapport: «propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins » par le Pr Coriat en mai 2008 :

Madame BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé et de la Jeunesse et des Sports a décidé de créer un conseil national de l'urgence et de la permanence des soins qui sera une instance à la fois de réflexion et de proposition. Ce conseil prendra en compte les différents travaux et rapports réalisés dans le champ de la prise en charge de l'urgence et de la permanence des soins publics comme privés.

Elle souligne que dans la prise en charge de l'urgence et dans l'organisation de la permanence des soins, l'évolution des savoirs, les révolutions technologiques et les attentes des patients imposent d'adapter au quotidien nos pratiques pour répondre à l'imprévu et assurer la qualité des soins et la sécurité de tous.

Outre les propositions sur la composition du comité, le rapport fait également des propositions afin d'accompagner la réforme de l'hôpital en ce qui concerne l'organisation territoriale des urgences, des soins urgents non programmés et de la permanence des soins au sein des établissements de santé et améliorer la qualité des soins urgents et non programmés délivrés dans ces établissements.

Ils insistent sur la nécessité d'identifier et faire reconnaître les spécificités et les contraintes des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des urgences et dans la permanence des soins ; tout comme celle d'anticiper l'évolution des urgences et de la permanence des soins au sein des établissements de santé.

3.5.6 Rapport d'information sur la permanence des soins du Dr Boënnec d'octobre 2008 :

En préambule dans son rapport, le Dr Boënnec évoque une presse nationale et régionale se faisant l'écho des difficultés rencontrées par le dispositif de permanence des soins. Les journalistes retranscrivent le sentiment d'inquiétude diffus qui prévaut dans la population lorsque survient la nécessité de consulter un médecin hors des heures et des jours d'ouverture des cabinets libéraux. Ils rendent également compte de la relative désorganisation qui règne entre les différents opérateurs publics et privés, et des coûts générés par ces dysfonctionnements. A titre d'exemple, le Dr Boënnec relate les propos suivants qui étaient rapportés dans l'édition de Seine-et-Marne du journal *Le Parisien* du 11 août 2004 :

« Le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) de Seine et Marne a saisi le Tribunal administratif. En jeu, les sorties des pompiers sollicitées par l'hôpital de Melun qui gère le SAMU 77 n'étant pas, selon la nomenclature des pompiers, des urgences (...). Pour résumer (...) : oui à une crise cardiaque ou à un enfant en danger, non à une rage de dents ou à une fracture du poignet pour laquelle les patients peuvent se déplacer ou solliciter un médecin ou une ambulance privé (...) Le patron des pompiers de Seine et Marne le répète : je gère un établissement public autonome. Ce n'est pas vraiment d'obtenir l'argent qui motive ma démarche, il s'agit surtout de ramener la raison dans toute cette histoire. Rien qu'au mois de juillet nous avons dénombré 100 sorties liées à des carences d'ambulances privées et 250 "non justifiées". A force de faire sortir les pompiers pour emmener des panaris à l'hôpital, on génère des panaris à 1.500 euros alors que ça coûterait 200 euros chez le médecin... Et, à côté de cela, on risque de passer à côté d'une vraie urgence vitale... » (32)

Cet article met en évidence les lacunes du dispositif de PDS. En raison de la multiplicité d'acteurs non coordonnés et de l'impossibilité pour la population d'identifier le service adéquat, les urgences sont sollicitées pour des pathologies des plus banales, nécessitant parfois qu'un simple conseil.

La PDS en France fonctionnait mal. L'efficacité du système sanitaire ne faisait aucun doute mais son efficacité était davantage sujette à caution. Et pour reprendre les propos du Dr Boënnec «*pour performante qu'elle soit, notre système de santé, notre organisation nous coûte chaque année fort cher et, en ces temps de crise économique, la France n'a plus le loisir de s'autoriser des panaris à 1500€*» (32).

Le rapport met en avant des problèmes déjà soulevés par les précédents rapports :

- fortes disparités territoriales et temporelles de l'accès aux soins,
- un rapport coût/service à la population peu satisfaisant,
- une inadéquation de répartition des médecins avec un gradient nord/sud, ville/campagne, malgré un nombre de médecin conséquent,
- un nouveau rapport au temps de travail et à l'exercice médical,
- une médecine générale libérale de premier recours peu attirante,
- une évolution des besoins et des attentes de la population,
- un dispositif handicapé par un pilotage éclaté, par des modes de financements rigides et cloisonnés et par un manque de lisibilité pour l'utilisateur.

Tous ces rapports et ces réflexions faisant le constat des difficultés rencontrées par le système de santé en général et par la PDSA en particulier ont abouti à une modification en profondeur du système de santé. Cela aboutira vers une modernisation et réorganisation de la PDSA au travers de la loi HPST(La loi «Hôpital, patients, santé et territoires») 21 juillet 2009.

3.5.7 Loi HPST du 21 Juillet 2009 :

La loi affiche l'ambition de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Elle comprend quatre titres consacrés respectivement :

- l'hôpital,
- la répartition des médecins et à l'accès aux soins de villes,
- les mesures de santé publique et de prévention,
- la création des ARS chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention).

Concernant l'hôpital, le texte renforce le rôle du chef d'établissement et prévoit la création de "communautés hospitalières de territoire" pour permettre la mise en commun des moyens de plusieurs établissements autour d'un centre "de référence" dans une logique de gradation des soins allant des structures de proximité aux plateaux techniques les plus sophistiqués et une organisation de l'offre de soins en niveaux de recours, en fonction des besoins de santé de la population.

Concernant les missions de l'hôpital, l'élément essentiel est le changement de terminologie qui remplace la notion de service public hospitalier par la mission de service public. Quatorze missions de service public ont été définies dont la première citée est la permanence des soins.

La loi vise aussi à améliorer la répartition des médecins sur le territoire : elle prévoit notamment l'organisation d'une permanence des soins au niveau de chaque région pour faciliter l'accès à un médecin de garde.

L'organisation et la gestion de la permanence de soins ambulatoires sont décrites dans le titre II de la loi : accès de tous à des soins de qualité.

Les dispositions relatives à la PDSA sont modifiées : certains médecins participent dans le cadre de leur activité libérale en collaboration avec les établissements de santé, à la mission de service public de permanence de soins. Des réquisitions peuvent être mises en œuvre pour faire appliquer ces dispositions ; un numéro de téléphone unique et national est utilisé pour la permanence de soins

et l'aide médicale urgente. L'activité des médecins libéraux assurant la régulation des appels entre dans le champ couvert par le régime de la responsabilité administrative qui s'applique aux agents de cet établissement public.

4 ASPECT JURIDIQUE ET ORGANISATIONNEL DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

4.1 Responsabilité du médecin de garde et du médecin régulateur.

4.1.1 Introduction

En termes de droit, la responsabilité concerne deux fonctions bien distinctes :

- la première consiste à sanctionner des comportements que la société réproouve et a donc une fonction répressive, le but recherché étant la sanction : il s'agit de la responsabilité pénale. De plus, une sanction professionnelle peut être envisagée pour les médecins qui seraient en infraction avec le code de déontologie il s'agit de la responsabilité disciplinaire.
- la seconde fonction consiste à faire indemniser la victime d'un dommage causé par un tiers ; le seul but recherché ici est l'indemnisation de la victime en réparation d'un dommage ; il s'agit de la responsabilité civile ou administrative.

Les responsabilités punissables (pénale et disciplinaire) peuvent être invoquées contre tout médecin. Les responsabilités entraînant une indemnisation (civile ou administrative) seront invoquées selon l'exercice du médecin et le contrat qui le lie à celui-ci (public ou privé) : on ne peut à la fois saisir une juridiction administrative et une juridiction civile car le médecin, pour le même acte, ne peut avoir un exercice libéral et un statut de droit public (administratif ou hospitalier).

4.1.2 Mission de service public

Depuis 2006 la PDSA est devenue une mission de service public (article L6314-1 du CSP), les médecins participant à la permanence des soins bénéficient de la protection juridique de l'État quel que soit leur statut. Cette mesure bénéficie tout autant aux médecins effecteurs qu'aux médecins régulateurs. Pour ces derniers, cette mesure concerne autant ceux qui exercent au sein des centres 15 que dans les centres de régulation libérale. C'est ainsi que l'ensemble des médecins considérés bénéficie de la protection de l'État, d'une part, pour les dommages subis à l'occasion de leur mission (accident, agression...) et, d'autre part, pour les dommages causés dans le cadre d'une activité médicale de permanence des soins. Dans ce dernier cas, l'indemnisation des victimes ne relève pas du praticien mis en cause et de son assureur, mais de l'État qui sera appelé en garantie.

Enfin, du point de vue ordinal et compte tenu de la rédaction actuellement en vigueur de l'article L4124-2 du CSP, seul le ministre chargé de la santé, le représentant de l'État, dans le département et le procureur de la République pourront traduire le médecin de garde devant la juridiction ordinale pour d'éventuels manquements à la déontologie commis dans leur activité de permanence des soins.

Les débats parlementaires ont promu la mission de service public comme une des conditions permettant de garantir le maintien et le développement du volontariat des praticiens.

Mais cela est à nuancer au vu de l'arrêt pris le 10 novembre 2011 (n° 11PA01228), par la Cour Administrative d'Appel de Paris qui a déterminé le régime de responsabilité applicable en cas de faute commise par un médecin libéral à l'occasion d'une visite à domicile réalisée dans le cadre de la permanence des soins (33).

En effet, la PDS étant une mission de service public, on aurait pu s'attendre à ce que la responsabilité administrative de l'organisateur de la PDS soit engagée comme le prévoit le code de la santé publique : *« L'activité du médecin libéral assurant la régulation des appels au sein d'un service d'aide médicale urgente hébergé par un établissement public de santé est couverte par le régime de la responsabilité administrative qui s'applique aux agents de cet établissement public »*

Hors la Cour Administrative a toutefois tranché en faveur de la responsabilité personnelle du praticien, considérant non seulement *« que l'exercice propre des soins lors des consultations réalisées à domicile au cours des périodes de permanence par un médecin libéral, bien que ce dernier ait été sollicité, comme en l'espèce, par un centre de répartition des appels, relevait de la responsabilité personnelle du médecin sur ses actes et prestations telle qu'elle est définie à l'article R. 4127-69 du code de la santé publique »*, mais aussi *« que dans l'exercice de sa consultation le médecin ne pouvait être regardé comme un collaborateur du service public »* (34).

Cela remet en question l'idée de mission de service public.

4.1.3 A propos de l'omission de porter secours

Article 223-6 du code pénal à propos De l'entrave aux mesures d'assistance et de l'omission de porter secours.

« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines 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 »

Article 9 du code de déontologie (article R.4127-9 du CSP) à propos de l'assistance à personne en danger.

« 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 ».

Le délit d'omission de porter secours plus couramment appelé «non-assistance à personne en danger» est constitué dès lors qu'un professionnel s'abstient **volontairement** de porter secours à une **personne en danger** alors même qu'une telle intervention ne présentait **aucun risque**. Cela concerne tout particulièrement le corps médical, surtout celui du médecin dans son activité de régulation téléphonique.

Pour illustrer ce propos, on peut relater l'affaire suivante qui s'est déroulée en décembre 2001.

Un homme a été découvert par un témoin à son domicile en crise d'épilepsie, avec des traces de sang autour de lui. Le témoin a téléphoné au SAMU en demandant l'envoi de secours, sans préciser la présence de sang. Le SAMU a ensuite contacté, par l'intermédiaire de sa permanencière, le médecin généraliste de garde, qui était également le médecin traitant du patient. Celui-ci, en pleine consultation, a demandé si l'intervention pouvait attendre et la permanencière du SAMU lui a répondu par l'affirmative.

Le médecin généraliste s'est donc rendu au domicile du patient plus de 2 heures 20 après l'appel du témoin et a diagnostiqué une hémorragie digestive massive. Malheureusement le patient est décédé dans les minutes suivant l'arrivée du médecin.

Le Parquet a ouvert une information judiciaire contre le médecin traitant, la permanencière du SAMU et le médecin régulateur. Les deux premiers ont bénéficié d'un non-lieu, mais le médecin régulateur a été renvoyé devant le tribunal correctionnel qui l'a condamné le 3 février 2005 à une amende de 2 000 euros avec

sursis, estimant que le médecin n'avait pas posé suffisamment de questions au témoin permettant d'évaluer la gravité de la situation.

Le tribunal a en effet jugé « *qu'en s'abstenant de recueillir des informations suffisantes* », le médecin n'était pas « *en mesure d'apprécier le danger réellement encouru* » et « *n'a pas pu apporter l'assistance adaptée* »

Le médecin a fait appel de cette décision et dans son arrêt du 27 décembre 2005, la Cour d'appel a prononcé la relaxe du médecin, en constatant « *l'absence de toute faute imputable* » au médecin régulateur et en écartant le caractère volontaire du défaut d'assistance. « *Sa responsabilité pénale dans le délit de non-assistance à personne en danger (...) ne saurait être retenue* », ont estimé les juges.

Selon la Cour d'appel, le médecin urgentiste « *n'a pas eu et ne pouvait avoir, sur la base du signalement qu'il avait reçu, personnellement conscience de la gravité du péril auquel était exposée la victime* ». En effet, les juges de la Cour d'appel soulignent que le médecin régulateur, lors du premier appel, n'a pas été informé des signes d'hémorragie et n'a donc pas manqué à son devoir "d'information de la gravité du péril" lors de la réception de l'appel. La Chambre Criminelle de la Cour de Cassation a en outre estimé que le péril auquel il faut porter secours « *doit être imminent et constant et de nature à nécessiter une intervention immédiate* ». Ce qui n'était pas le cas au vu des informations qu'avaient en sa possession le régulateur. Hors dans ce cas de figure, n'ayant pas l'information du péril imminent, cela ne justifiait pas l'envoi de secours immédiat, donc l'infraction l'infraction prévue à l'article 223-6, alinéa 2 du Code pénal sanctionnant un délit intentionnel ne pouvait être retenu (35).

4.1.4 A propos de la responsabilité de ses actes pendant les gardes

4.1.4.1 Droit pénal

Article 121-3 du code pénal relatif à l'intention, l'imprudence et la négligence.

« Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre.

Toutefois, lorsque la loi le prévoit, il y a délit en cas de mise en danger délibérée de la personne d'autrui.

Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il

disposait.

Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer.

Il n'y a point de contravention en cas de force majeure »

Article 221-6 du code pénal relatif aux atteintes involontaires à la vie.

« Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende. »

Article 222-19 du code pénal relatif aux atteintes involontaires à l'intégrité de la personne

« Le fait de causer à autrui, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende.

En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende »

Le délit de « mise en danger » est constitué, en l'absence de tout préjudice, dès lors qu'un professionnel, de par son action, son inaction ou son organisation, expose directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessure grave par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements

Pour illustrer l'article 123-1 du code pénal on peut rapporter cette décision de justice de la cour de cassation de la chambre criminelle de Paris, en février 2007 (36). Il s'agissait d'un pourvoi dans les suites d'une condamnation à trois mois

d'emprisonnement avec sursis du Dr X. pour homicide involontaire.

Les faits se sont déroulés le 18 février 2002 à 2h49, Fabien 10 ans appelle les pompiers, au motif que son père ne va pas bien. Son appel est basculé vers le médecin régulateur du SAMU, qui au vu de l'entretien (notamment avec le père) évoque un état grippal. Le médecin régulateur communique les coordonnées du médecin de garde à l'enfant en lui demandant de le joindre, et mettra fin à l'appel. Fabien appellera à deux reprises le médecin d'astreinte mais aboutira à chaque fois sur une messagerie indiquant que le Dr X. était en visite. Il laissera tout de même le message suivant : « mon papa ne va pas. », sans laisser ses coordonnées.

L'enfant rappellera alors les secours à 4 heures 04, alors que son père Mr P. était encore en vie. Le médecin régulateur, alors informé de ce que le médecin de garde ne s'était pas déplacé, a fait intervenir les pompiers. Ces derniers constateront le décès à 4h19.

L'autopsie révélera que le patient est décédé d'un malaise d'origine cardiovasculaire.

Une plainte sera donc déposée par la sœur du défunt, au motif d'un délai anormalement long d'intervention des secours.

Les investigations mettront en évidence que le Dr X a reçu un message écrit (SMS) sur son téléphone portable l'informant, qu'un message lui avait été laissé sur sa messagerie vocale dans la minute qui a suivi l'appel de l'enfant au SAMU, accompagné d'un message sonore, que le médecin n'a donc pas entendu.

Le médecin de garde avait passé la nuit chez un ami, dans une zone de mauvaise réception. Elle reconnaîtra d'ailleurs devant le juge d'instruction, lors de son interrogatoire de première comparution, que son portable ne s'était pas déclenché car, « *il y a des moments où ça passe plus ou moins bien* ». De plus le téléphone fixe de son ami ne fonctionnait pas, la ligne était en ligne restreinte pour défaut de paiement de facture, donc aucun transfert d'appel ne pouvait y être effectué.

Elle a soutenu vainement qu'il ne pouvait lui être reproché de ne pas avoir interrogé sa messagerie pendant la nuit car elle n'aurait de toute façon pas pu apprendre qu'elle devait se rendre au domicile de Mr P. en raison de l'absence de message laissé par le SAMU et que le message laissé par l'enfant n'était pas exploitable. Argument non retenu par la Cour. Car Le Dr X. n'a pas pris toutes les précautions utiles pour pouvoir être jointe, commettant ainsi une faute caractérisée au sens de l'article 121-3 du code pénal.

On peut, en effet, supposer que si le Dr X. avait pris malgré tout connaissance du message, elle aurait alors du contacter le SAMU ou les pompiers pour s'assurer qu'il ne s'agissait pas d'une demande d'intervention. Le Dr X. assurait au moment des faits une garde sur un secteur géographiquement important, de surcroît pendant une période particulièrement sensible puisqu'elle avait été réquisitionnée par l'autorité

préfecturale en raison d'une grève nationale des médecins généralistes, ce qui multipliait donc les risques d'appel. Dans un tel contexte, elle ne pouvait ignorer qu'elle exposait autrui à un risque d'une particulière gravité, l'expert a considéré quant à lui que la faute de ce médecin de garde avait contribué au décès de Mr P. en retardant la mise en œuvre du bilan médical initial susceptible d'entraîner l'engagement des secours adaptés.

Au vu de l'article 78 du code de déontologie médicale (article R, 4127-78 du CSP) qui impose au médecin de prendre toute disposition pour être joint au plus vite, et au vu de l'article 121-3 du code pénal qu'il avait commis une violation délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité édictée par la loi où le règlement ; et au vu du même article qui sanctionne également l'auteur indirect d'un dommage qui a été causé par la faute caractérisée de celui-ci exposant autrui à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer. La condamnation du Dr X s'est vue confirmée.

La cour a motivé sa décision de la sorte :

« alors que la faute visée à l'article 121-3 du code pénal doit être une faute "caractérisée", ce qui suppose que les diligences du prévenu n'étaient pas normales ni adaptées aux risques prévisibles ; que la cour d'appel, qui a retenu que le fait, pour le docteur X. de n'avoir pas n'a pas pris toutes les précautions utiles pour pouvoir être jointe constituait une telle faute, sans rechercher si le médecin qui assure les gardes de nuit avec un téléphone portable, dans un secteur où il existe d'autres services d'urgence, n'effectue pas des diligences normales et adaptées à la situation, n'a pas donné de base légale à sa décision »

« alors que la faute caractérisée au sens de l'article 121-3 du code pénal, est celle qui expose autrui à un risque d'une particulière gravité qui ne pouvait être ignoré ; que le médecin qui assure depuis plusieurs mois les gardes de nuit à l'aide d'un téléphone portable, sans avoir relevé aucune défaillance, et dans un secteur desservi par une caserne de pompiers et dans lequel une permanence du SAMU est assurée, ne peut avoir aucune conscience d'exposer autrui à un risque d'une particulière gravité »

Un médecin généraliste, réquisitionné par le préfet pour assurer une garde de nuit, qui ne prend pas les dispositions nécessaires pour être joint, commet une faute caractérisée exposant autrui à un risque d'une particulière gravité qu'il ne peut ignorer.

Le médecin régulateur du SAMU et le médecin libéral de garde avaient tous deux été condamnés pénalement pour homicide involontaire par violation manifeste d'une obligation de sécurité ou de prudence (3 mois de prison avec sursis) en première instance (37).

4.1.4.2 Droit ordinal

Article 32 du code de déontologie (article R.4127-32 du CSP) relatif à la qualité de soins.

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

Article 33 du code de déontologie (article R.4127-33 du CSP) relatif au diagnostic.

« Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés ».

Article 69 du code de déontologie (article R.4127-69 du CSP) relatif au caractère personnel de l'exercice.

« L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes ».

On peut illustrer ces articles de loi par ces deux affaires :

La première concerne la condamnation d'un médecin pour mise en danger d'autrui. Il s'agit d'un médecin libéral de garde dépêché par le centre 15 auprès d'une patiente prise de vomissements et douleurs abdominales. La patiente avait subie, trois semaines auparavant, une intervention de chirurgie cardiaque avec pose d'une prothèse valvulaire aortique et mitrale. Le médecin de garde a retenu le diagnostic de gastro-entérite ne relevant pas d'une hospitalisation dans l'établissement où la malade avait été opérée ; qu'averti trois quarts d'heure plus tard de l'aggravation de l'état de cette patiente, il s'est borné à conseiller téléphoniquement une hospitalisation et à fournir les coordonnées d'un ambulancier en indiquant qu'il passerait le lendemain signer le bon de transport. La patiente a finalement été admise, à 6 heures 30 à l'hôpital où a été diagnostiquée une complication post-opératoire justifiant un drainage chirurgical en urgence. Le médecin a été condamné à 3 000 euros d'amende *« coupable de mise en danger d'autrui, l'arrêt énonce qu'en procédant à un examen médical sommaire de la malade, dont il connaissait les antécédents chirurgicaux, en omettant de consulter le médecin régulateur du SAMU, puis d'organiser le transfert de la patiente à l'hôpital, il a fait preuve d'insuffisance professionnelle, doublée de désinvolture, caractérisant la violation de l'obligation particulière de sécurité et de prudence définie aux articles 32 et 33 du code de déontologie médicale, devenus R. 4127-32 et R. 4127-33 du code de la santé ».*

publique, de sorte que la patient a été exposée à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente » (38)

La deuxième concerne un médecin de garde examinant vers minuit un patient de 40 ans Mr D pour des douleurs thoraciques avec vomissements, sans antécédent cardiovasculaire connu, sous traitement antidépresseur.

La douleur avait commencé en rentrant du travail, dans la soirée, une à deux heures auparavant. D'après le médecin, la douleur n'était pas de type coronarien : il s'agissait de brûlures précordiales gauches, sans irradiation, limitées en sus mamelonnaire, avec une douleur reproduite à la pression. Il a pratiqué néanmoins un test à la trinitrine, sans effet. L'abdomen était sensible, discrètement ballonné. Il a attribué cette douleur atypique à un fond anxio-dépressif, avec en sus les signes probables d'une virose digestive dans un contexte épidémique de gastro-entérite.

Il a indiqué à l'épouse qu'en cas de persistance de la douleur dans les deux ou trois heures, il faudrait le rappeler pour pratiquer un électrocardiogramme. De son côté, la famille dira que le médecin généraliste n'a pas tenu compte d'une irradiation de la douleur au bras gauche et dans la mâchoire, ni des facteurs de risques (tabagisme important, hypertension traitée, hypercholestérolémie connue non traitée). Ils prétendront également que le médecin généraliste est parti dix minutes après avoir fait le test à la trinitrine, sans consigne précise, sauf de consulter le médecin traitant le lendemain matin. Le patient a souffert toute la nuit malgré un somnifère et est décédé. L'enquête pénale a conclu à un non-lieu, mais le Conseil de l'Ordre a sanctionné le médecin d'une interdiction d'exercice de quinze jours.

En effet au vu des articles précédemment cités, il a été reproché au médecin de ne pas être allé au bout de sa démarche diagnostic, d'autant plus que le médecin disposait au moment des faits d'un appareil à électrocardiogramme dans son véhicule.

4.1.4.3 Droit civil

Depuis 1936, la responsabilité médicale est une responsabilité de type contractuelle. En effet, en 1936, la cour de cassation, dans son arrêt « Mercier » (39) a établi *« qu'entre le médecin et son client, se forme un véritable contrat, comportant pour le praticien l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, ce qui n'a jamais été allégué, du moins de lui donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données actuelles de la science ; que la violation, même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle ».*

Ainsi, entre le médecin et son patient s'établit un contrat de soin. C'est un contrat civil, oral (aucun formalisme n'est nécessaire pour que le contrat soit établi. Il suffit que le médecin ait accepté de proposer des soins, que le patient ait accepté de recevoir le traitement et le contrat s'établit). Le médecin s'engage donc à traiter personnellement le patient. Si ce n'est pas le cas, il doit avertir son patient. Chacun

des contractants a des obligations. Le patient a celles de payer les honoraires du médecin et de suivre ses prescriptions, celles du médecin ont été définies par l'arrêt « Mercier » sont l'obligation de soins conformes aux données acquises de la science, obligation de moyen et une obligation de sécurité. Ses autres obligations relèvent de devoirs d'humanisme (information, consentement, respect de la personne, secret, etc.)

En ce qui concerne l'information, selon l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique doit porter *« sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »*

Un arrêt de la Cour de cassation du 7 octobre 1998 retient que l'urgence, l'impossibilité ou le refus du patient sont trois cas qui dispensent le médecin de son devoir d'information. Le refus du patient d'être informé doit toujours être respecté sauf s'il est atteint d'une affection qui expose les tiers à un risque de transmission

Pour que la responsabilité du médecin soit engagée, il faut qu'il ait commis une faute, qu'un dommage en résulte et que le lien de causalité entre les deux soit prouvé (40).

Le délai de prescription pour les actions mettant en cause la responsabilité d'un professionnel de santé est de dix ans (à compter de la consolidation des dommages) (41).

Pour illustrer ce propos on peut reprendre l'affaire précédente de Mr D(cf chapitre 4-1-4-2).La famille a intenté une action civile.

Tout en reconnaissant que la douleur était atypique, l'expert judiciaire estime que du fait du test à la trinitrine négatif, le médecin aurait dû pratiquer un électrocardiogramme (il avait un appareil dans sa voiture). La consultation a été insuffisante et il peut s'agir d'une perte de chance pour le patient. En l'absence de vérification anatomique, on ne peut faire que des suppositions sur la cause du décès (suspicion d'une insuffisance coronaire avec un trouble du rythme brutal)

Tout en notant qu'il n'existe aucune preuve objective des informations sur les antécédents données au médecin lors de son examen, les magistrats estiment qu'*« au regard des résultats de son examen, il a envisagé un problème cardiaque et pratiqué un test à la trinitrine. Pourtant, il n'est pas allé jusqu'au terme des investigations aisément réalisables sur place pour écarter ou infirmer son diagnostic. Il reconnaît d'ailleurs avoir quitté le domicile en formulant des recommandations sur la nécessité de faire pratiquer un électrocardiogramme dans la nuit si la douleur persistait ou évoluait. Cette précaution, loin de l'exonérer de sa responsabilité, confirme qu'en quittant le domicile, il n'avait pas écarté la possibilité d'un problème cardiaque et qu'il aurait dû, dans ces conditions, immédiatement pratiquer les examens nécessaires afin de s'en assurer »*.

Ils retiendront, après discussion et avis versés aux débats, une perte de chance de 30% . La famille fut indemnisée à hauteur de 124 865 € (38).

4.1.4.4 Droit administratif

Comme en matière de responsabilité civile, la mise en œuvre de la responsabilité nécessite une faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux. Le patient doit apporter la preuve des trois éléments.

La prescription est de 10 ans comme dans le cas du droit civil (41).

Cependant, le juge administratif a reconnu, dans certains domaines, une présomption de faute. Ainsi, lorsqu'un dommage grave survient dans les suites d'un acte de soins courant, le patient n'a pas à prouver qu'il y a eu une faute, celle-ci est présumée.

L'hôpital est alors responsable sur le plan indemnitaire des fautes de ses agents, quelle que soit leur fonction, que la faute ait été réalisée lors d'actes de soins ou d'actes médicaux.

La seule exception est la faute détachable du service.

Elle a été définie par l'arrêt PELLETIER du tribunal des conflits du 30 juillet 1873 (42) comme celle qui n'est pas détachable des fonctions de l'agent. Il s'agit d'une faute impersonnelle commise par un agent dans l'exercice de ses fonctions, dont la nature se rattache aux missions spécifiques de l'agent, de sorte qu'elle est imputable à la fonction et non au fonctionnaire.

Confirmé par l'arrêt CHILLOU en 1958 « *les juridictions administratives sont seules compétentes pour statuer sur la responsabilité encourue par un médecin hospitalier, à raison d'une faute commise dans l'exercice de ses fonctions, sauf lorsque cette faute peut être considérée comme détachable du service* » (43)

L'intérêt de la distinction entre faute de service et la faute personnelle détachable réside alors dans l'indemnisation de la victime de la faute.

Quand un médecin participe au service public, l'action en responsabilité est exercée contre le service hospitalier et non contre le médecin sauf si il effectue une faute personnelle détachable du service.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires affirme que l'activité du médecin régulateur est couverte par la responsabilité administrative de l'établissement public de santé où il exerce sa mission. Par conséquent, le médecin régulateur libéral ou hospitalier qui exerce son activité dans les limites de sa fonction n'engage pas sa responsabilité civile personnelle. Mais en cas de dommage causé au cours de la régulation, c'est la responsabilité administrative de l'établissement de soin qui est engagée. C'est remis en cause en ce qui concerne le médecin effecteur au vu de l'affaire évoquée au chapitre 4-1-2.

Cependant, si le médecin dépasse le cadre de sa mission et commet une faute détachable définie comme un « *manquement volontaire et inexcusable à des obligations d'ordre professionnel et déontologique* » (44), il se place dans un autre cas de figure, et devient responsable personnellement d'un dommage causé par sa faute.

Dans le cadre du procès pénal, le médecin libéral de garde le Dr X (cf chapitre 4-1-4-1) a également été condamné à indemniser le préjudice moral des enfants du défunt (2 enfants majeurs et 2 enfants mineurs). Toutefois, compte tenu de l'insolvabilité du médecin, le fond de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) s'est substitué à lui et, à ce titre, a versé 65 000 d'indemnités aux enfants.

Précisons que cette affaire s'est déroulée en 2002 donc avant que la PDS ne devienne une mission de service publique avec pour corollaire une responsabilité civile pour le médecin de garde et ne dépendant donc pas du tribunal administratif, comme cela serait le cas en théorie. Bien qu'encore une fois le jugement est à nuancer au vu de l'arrêt pris le 10 novembre 2011, par la Cours Administrative d'Appel de Paris qui a déterminé le régime de responsabilité applicable en cas de faute commise par un médecin libéral à l'occasion d'une visite à domicile, réalisée dans le cadre de la permanence des soins (28) tranchant en la faveur de la responsabilité personnel du praticien (cf chapitre 4-1-2) remette en cause cette notion.

Donc la condamnation indemnitaire prononcée dans le cadre du procès pénal ne visait que le Dr X. médecin libéral de garde. Le FGTI, après avoir indemnisé les victimes, a exercé un recours devant le tribunal administratif contre le centre hospitalier siège du SAMU afin de récupérer une partie des sommes versées. Le tribunal administratif ne lui ayant donné satisfaction que partiellement, le FGTI a relevé appel du jugement de première instance devant la cour administrative d'appel de Nantes.

L'arrêt de la cour d'appel administrative de Nantes a vu confirmer la responsabilité civile du centre hospitalier, siège du SAMU, du fait des fautes commises par le médecin régulateur le 12 avril 2012.

La cour administrative d'appel de Nantes a rappelé les missions du SAMU, à savoir « *1° Assurer une écoute permanente ; 2° Déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels.* » Puis, au vu des symptômes décrits par la victime au médecin régulateur lors du premier appel, elle relève que la possibilité d'un malaise cardio-vasculaire aigu nécessitant une intervention urgente ne pouvait être exclue.

Ainsi, «*dans les circonstances de l'espèce, en présence d'une personne potentiellement en état de détresse médicale en seule compagnie d'un enfant de 10 ans et devant la difficulté avérée à joindre le médecin libéral de garde, le médecin*

régulateur ne pouvait se borner à demander au jeune Fabien de se mettre en relation lui-même avec le médecin de garde avant de mettre fin à la conversation téléphonique mais devait impérativement, [au regard notamment de ses missions], déclencher une intervention au domicile de Monsieur P. ou, à tout le moins, s'assurer que Fabien avait pu joindre le médecin de garde. »

Toutefois le comportement fautif du médecin libéral de garde exonère partiellement le centre hospitalier de sa responsabilité.

En définitive, le FGTI a donc pu récupérer 70% du montant de l'indemnisation versée aux enfants du défunt auprès du centre hospitalier siège du SAMU.

Lorsque plusieurs professionnels de santé concourent à une prise en charge commune, chacun reste responsable de ses propres actes dans le cadre de ses missions et de sa sphère de compétence. En aucun cas, le régulateur ne pouvait se décharger sur le médecin libéral de garde sans s'assurer personnellement que les moyens appropriés étaient déclenchés.

4.1.5 A propos de la continuité des soins

Article 47 du code de déontologie (article R.4127-47 du CSP) relatif à la continuité des soins

« 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 ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».

Article L6315-1 du CSP, relatif à la continuité des soins en médecine ambulatoire.

« La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence.

Le conseil départemental de l'ordre veille au respect de l'obligation de continuité des soins et en informe le directeur général de l'agence régionale de santé ».

L'échange de consentements entre le médecin et son patient constitue

juridiquement le contrat de soins. Il suppose une double liberté : pour le malade, le libre choix de son médecin, pour ce dernier la possibilité de se dégager de ce contrat.

Le patient peut à tout moment rompre cet échange de consentements sans préavis ni explications. Au contraire, le dégagement du médecin nécessite une triple condition préalable :

- il ne doit pas ou plus y avoir d'urgence ;
- il doit informer sans délai le patient de son refus ou de son impossibilité à continuer à le prendre en charge ;
- il doit prendre toutes dispositions pour que soit assurée la continuité des soins, avec notamment transmission de toutes les informations nécessaires à un autre médecin désigné par le patient.

Lorsque le médecin estime devoir rompre unilatéralement le contrat médical, il peut fournir au patient les raisons de sa rupture mais n'est pas obligé de le faire. Celles-ci lui étant strictement personnelles, et pouvant relever d'une clause de conscience, il n'a pas à les justifier.

À la liberté de choix du malade correspond cette liberté du médecin, bien que conditionnelle (45).

4.1.6 A propos de la permanence des soins

Article 77 (article R.4127-77 du CSP) relatif à la permanence des soins-obligations

« Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent »

cf chapitre III histoire Début des années 2000 : Réorganisation de la permanence des soins sous la pression des médecins généralistes

Article 78 (article R.4127-78 du code de la santé publique) relatif aux modalités de la permanence des soins.

« Lorsqu'il participe à un service de garde, d'urgences ou d'astreinte, le médecin doit prendre toutes dispositions pour être joint au plus vite.

Il est autorisé, pour faciliter sa mission, à apposer sur son véhicule une plaque amovible portant la mention "médecin-urgences", à l'exclusion de toute autre. Il doit la retirer dès que sa participation à l'urgence prend fin.

Il doit tenir informé de son intervention le médecin habituel du patient, dans les conditions prévues à l'article 59 ».

pour le premier alinéa cf l'affaire du Dr X (chapitre 4-1-4-1) , condamné pour ne pas

avoir pris toutes les précautions pour être joignable.

Article L6314-1 du CSP relatif à la permanence des soins.

« La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé.

Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'État dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa.

La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels.

Pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins, des modalités particulières de prescription sont fixées par voie réglementaire ».

Arrêté du 25 juillet 1996 relatif à l'information du consommateur sur l'organisation des urgences médicales

Article 1 *« Les médecins doivent afficher, dans leur salle d'attente, de manière visible et lisible, les conditions ci-dessous dans lesquelles est assurée la permanence des soins :*

Leur numéro de téléphone et les heures auxquelles ils peuvent être joints ;

Le numéro de téléphone des structures de permanence de soins et d'urgence vers lesquelles ils choisissent d'orienter les consommateurs en leur absence ;

La mention suivante : "En cas de doute ou dans les cas les plus graves, appelez le numéro téléphonique "15" »

Article 2 *« La mention "En cas d'urgence", suivie du numéro d'appel, doit figurer sur les ordonnances que le médecin remet à son patient. »*

En ce qui concerne le 4ème alinéa de l'article 1, il peut être fait mention des numéros d'association participant à la permanence des soins.

Sur la base de ces éléments le Conseil national de l'Ordre des médecins a adressé la recommandation suivante aux médecins :

-Les médecins doivent, autant que possible, avertir les patients de leurs absences programmées, par les moyens qu'ils jugent les plus appropriés ;

-Les médecins doivent pendant leurs absences programmées, indiquer aux patients le confrère auquel ils pourront s'adresser. Il s'agit, au-delà des termes de la loi, d'un devoir déontologique qui s'adresse à tous les médecins quels que soient leur spécialité ou leurs modes d'exercice. Cette information du patient impose qu'au préalable le médecin se soit rapproché de ses confrères et se soit entendu avec eux. Dans certains cas, le médecin n'indiquera pas le nom et les coordonnées d'un médecin identifié mais ceux d'une association de médecins ou encore ceux d'un service hospitalier, toujours avec l'accord des praticiens auxquels il renvoie ;

-En cas de difficultés pour le médecin à trouver un confrère ou une structure pour ses patients et ce quelle qu'en soit la cause, le médecin se rapprochera de son Conseil départemental afin de le lui signaler. Si le Conseil départemental ne parvient pas à régler le problème, en raison d'une pénurie médicale, il pourra alerter le Directeur général de l'ARS afin que soit mise en œuvre une mutualisation des moyens médicaux publics et privés.

4.2 Organisation de la permanence des soins ambulatoires

4.2.1 Quand a-t-elle lieu ?

La PDSA est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé : de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés (46).

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

- le samedi à partir de midi
- le lundi lorsqu'il précède un jour férié
- le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié

4.2.2 Qui participe à la PDSA ?

Les médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de PDS (46).

Elle peut également être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) atteste de la capacité de ces derniers à participer à la PDS et en informe l'ARS. Cette participation est formalisée par une convention entre le médecin et le directeur général de l'ARS, transmise au CDOM (46).

En fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existantes, la mission de PDSA peut aussi être assurée par les établissements de santé, dans les conditions fixées par l'ARS (42).

La participation des médecins se fait sur la base du volontariat. (art 77 et 78 du code de déontologie)cf chapitre III histoire Début des années 2000 : Réorganisation de la permanence des soins sous la pression des médecins généralistes

4.2.3 Qui organise la PDSA ?

La PDSA est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires veille (CODAMUPS-TS) (47).

4.2.4 Sectorisation de PDSA

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

La détermination du nombre et des limites des secteurs est arrêtée par le directeur général de l'ARS, après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins et avis du CODAMUPS-TS. En tant que de besoin, des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués par arrêté du directeur général de l'ARS, après avis des comités des départements concernés.

La carte des secteurs fait l'objet, suivant la même procédure, d'un réexamen annuel(46).

4.2.5 Comment sont fait les tableaux de garde ?

Dans chaque territoire de PDS, les médecins mentionnés qui sont volontaires pour participer à cette permanence et les associations de permanence des soins établissent le tableau de garde pour une durée minimale de trois mois.

Le tableau de garde précise le nom, la modalité et le lieu de dispensation des actes de chaque médecin. Il est transmis, au plus tard quarante-cinq jours avant sa mise en œuvre, au CDOM concerné. Le CDOM vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice et, le cas échéant, constate l'absence ou l'insuffisance de médecins volontaires.

Toute modification de ce tableau est communiquée au conseil départemental dans les plus brefs délais. Si le médecin intervient dans le cadre d'une association de PDS, celle-ci communique au CDOM et met à jour régulièrement la liste nominative des médecins susceptibles de participer à cette permanence au titre de l'association.

Dans un délai maximal d'un mois suivant la fin de la mise en œuvre du tableau de garde, l'association transmet au CDOM la liste nominative, par tranche horaire, des médecins qui ont effectivement assuré la PDS sur le territoire. Dix jours au moins avant sa mise en œuvre, le tableau est transmis par le CDOM au directeur général de l'ARS, au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police, aux SAMU, aux médecins et associations de PDS concernés ainsi qu'aux caisses d'assurance maladie. Toute modification du tableau de garde survenue après cette transmission fait l'objet d'une nouvelle communication dans les plus brefs délais (48).

Les médecins participent à la PDS et à l'activité de régulation sur la base du volontariat, mais en cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires constatée par le CDOM, ce dernier, en vue de compléter le tableau de garde, sollicite l'avis de l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins, des représentants des médecins des centres de santé au niveau départemental et des associations de PDS. Ils envoient à l'ARS une copie des courriers de sollicitation et la liste des médecins susceptibles de participer à la PDS.

Si, à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de garde reste incomplet, le CDOM adresse un rapport au directeur général de l'ARS. Ce rapport fait état des avis recueillis et dresse la liste des médecins susceptibles d'exercer la PDS, dont l'adresse et les coordonnées téléphoniques professionnelles sont précisées. Le directeur général de l'ARS communique ces éléments au préfet de département, afin que celui-ci puisse procéder, le cas échéant, aux réquisitions.

Il est à noter qu'il peut être accordé par le CDOM des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercice de certains médecins. La liste des médecins exemptés est transmise au préfet par le CDOM avec le tableau de permanence (48).

4.2.6 Régulation téléphonique de la PDSA

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le service d'aide médicale urgente ou par des centres d'appel des associations de permanence des soins qui doivent être interconnectés avec le service d'aide médicale urgente (49).

4.2.6.1 Interconnexion

Les modalités de l'interconnexion sont définies par une convention conclue entre l'établissement hospitalier où est situé le SAMU et l'association de PDS. La convention précise également les modalités de collaboration entre le service d'aide médicale urgente et l'association ainsi que les procédures d'évaluation de cette collaboration. La convention doit être approuvée par le préfet après avis du CODAMUPS-TS.

4.2.6.2 Traçabilité des appels

Il y a une nécessité de traçabilité des appels traités, définis par l'arrêté du 20 octobre 2011. Les centres de régulation médicale susceptibles de recevoir des appels de PDS doivent procéder à un enregistrement sonore des appels qu'ils traitent. Les enregistrements de ces appels sont conservés pendant une durée de cinq ans. Ce délai est suspendu par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale des professionnels de santé concernés.

4.2.6.3 Déroulement d'un appel

Chaque appel donne lieu à l'ouverture d'un dossier conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la Haute Autorité de Santé (HAS) relatives aux modalités de prises en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, et qui doit préciser notamment l'identité du patient, le motif, l'heure et le jour de l'appel, l'identité du médecin régulateur, le cas échéant l'identité de l'assistant de régulation médicale ainsi que la suite donnée à l'appel par le médecin régulateur. Ce dossier est un élément à part entière du dossier médical du patient. Lorsqu'un médecin de permanence est mobilisé, le dossier précise l'identité de celui-ci. Dans le cas où le médecin régulateur procède à une prescription téléphonique médicamenteuse, cette prescription est consignée dans le dossier dans les formes préconisées par les

recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la HAS (50).

4.2.6.4 Souplesse du système

La participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du service d'aide médicale urgente peut être organisée en dehors des périodes de PDS en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée (46).

4.2.7 Cahier des charges de la PDSA

Les principes d'organisation de la PDSA font l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'ARS dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

Le cahier des charges régional décrit :

- L'organisation générale de l'offre de soins assurant la prise en charge des demandes de soins non programmés et mentionne les lieux fixes de consultation.
- L'organisation de la régulation des appels.
- Les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département.

Le cahier des charges régional définit :

- Les indicateurs de suivi
- les conditions d'évaluation du fonctionnement de la permanence de soins.
- Il précise les modalités de recueil et de suivi des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins.
- Il détermine les modalités selon lesquelles la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et CODAMUPS-TS sont informés de ces incidents.

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

L'arrêté fixant le cahier des charges régional est pris après avis :

- Des CODAMUPS-TS
- De la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie
- De l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins.

Les conditions d'organisation sont alors soumises pour avis au CDOM et au préfet de département . Les avis prévus sont alors rendus dans le délai d'un mois à compter de la réception de la demande d'avis. Passé ce délai, l'avis est considéré comme rendu (51).

4.2.8 Rémunération des médecins

Pour le médecin régulateur la rémunération est forfaitaire.

Pour le médecin effecteur , elle comporte une part forfaitaire qui correspond à l'astreinte et une part correspondant aux actes qui peuvent bénéficier des « majorations spécifiques de nuit, milieu de nuit, dimanche et jours fériés » si la consultation ou la visite a été régulée préalablement.

C'est le directeur général de L'ARS qui détermine les rémunérations forfaitaires des médecins participant à la permanence des soins.

Les rémunérations forfaitaires sont différenciées selon la nature de la fonction assurée, notamment la régulation, les consultations en point fixe de garde, les visites à domicile. Le cahier des charges régional prévoit également une modulation de ces rémunérations forfaitaires en fonction des contraintes géographiques et des différentes sujétions attachées à l'exercice de la permanence. Ces rémunérations forfaitaires et, le cas échéant, les modalités de leur modulation sont précisées dans le cahier des charges régional de la permanence des soins.

La rémunération de l'astreinte du médecin inscrit sur le tableau de garde mentionné ne peut être inférieure à 150 euros pour une durée de référence de douze heures ; ce montant peut varier en fonction de la durée de la plage horaire et selon les sujétions particulières, notamment les visites

La rémunération pour la participation à la régulation médicale téléphonique ne peut être inférieure à 70 euros par heure de régulation (52).

4.2.9 Les bonnes pratiques confraternelles

Article 58 du code de déontologie (article R.4127-58 du CSP) relatif à la consultation en l'absence du médecin habituel.

« Le médecin consulté par un malade soigné par un de ses confrères doit respecter :

- l'intérêt du malade en traitant notamment toute situation d'urgence ;

- le libre choix du malade qui désire s'adresser à un autre médecin.

Le médecin consulté doit, avec l'accord du patient, informer le médecin traitant et lui faire part de ses constatations et décisions. En cas de refus du patient, il doit informer celui-ci des conséquences que peut entraîner son refus ».

Article 59 du code de déontologie (article R.4127-59 du CSP) relatif à la consultation sur appel urgent (garde).

« Le médecin appelé d'urgence auprès d'un malade 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 le double ».

Dans le cadre de la PDSA, le fait que le médecin traitant du patient qui a été examiné par le médecin de garde puisse être informé de la consultation, des conclusions et des prescriptions de son confrère permette d'assurer un meilleur suivi et une meilleure prise en charge. Tout comme il peut être utile au médecin de garde d'avoir accès aux informations médicales du patient. Souvent dans le cadre de la garde en situation de semi urgence , il est difficile d'avoir accès aux antécédents et aux traitements des patients. D'ailleurs à ce titre le CNOM conseille aux médecins de mettre en place les moyens permettant d'accéder aux informations médicales utiles à leurs confrères. A cet égard, le dossier médical personnel présentera une utilité certaine.

4.3 Les acteurs de la permanence des soins ambulatoires

4.3.1 Agences Régionales de la Santé

4.3.1.1 Qu'est ce que l'ARS ?

Les ARS sont des établissements publics de l'état à caractère administratif créés par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi HPST afin d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système. Elles sont le pilier de la réforme du système de santé

Elles unifient le service public de santé en regroupant tous les organismes chargés des politiques de santé en région et en département :

- ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation)
- GRSP (Groupement Régional de Santé Publique)
- URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie)
- MRS (Missions Régionales de Santé)
- DDASS (Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales)
- DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales)
- CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie)
- DRSM (Direction Régionale du Service Médical)

Il y a 26 ARS dont les actions sont coordonnées par un conseil national de pilotage des ARS. Elles sont placés sous la tutelle des ministres chargés de la santé, et sont administrée par un directeur général et est dotée d'un conseil de surveillance.

4.3.1.2 Quels sont ses missions ?

L'ARS est chargée de mettre en œuvre la politique de santé publique au niveau régional

Elle a à sa charge deux grandes missions :

- Le pilotage de la santé publique :

- organiser la veille et la sécurité sanitaires, l'observation de la santé,
 - définir, financer et évaluer les actions de prévention et de promotion de la santé,
 - contribuer à la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.
- la régulation de l'offre de santé, dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social :
 - réguler, orienter et organiser l'offre de services en santé.
 - évaluer et promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé.
 - autoriser la création des établissements et services de soins et médico-sociaux et contrôler leur fonctionnement.

4.3.2 CODAMUPS-TS

Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS)

4.3.2.1 Principe

Un CODAMUPS-TS est créé dans chaque département.

Il permet la concertation des acteurs concernant la distribution de l'aide médicale urgente, de l'organisation de la permanence des soins.

Il s'assure de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente, à la permanence des soins et aux transports sanitaires.

4.3.2.2 Organisation des CODAMUPS-TS

Les CODAMUPS-TS sont co-présidées par le préfet ou son représentant et le directeur de l'ARS ou son représentant.

Le comité est divisé en deux sous comités, un médical et un des transports sanitaires.

Il sont réunis au moins une fois par an par leur président respectif ou à la demande d'au moins la moitié de ses membres (55).

Le sous-comité médical examine les questions relevant de l'activité médicale de l'aide médicale urgente et veille au respect de la déontologie et du secret

professionnel (56).

Le sous-comité des transports sanitaires examine les questions relatives aux transports sanitaires.

Les membres du comité sont nommés par arrêté conjoint du directeur général de l'ARS et du préfet. Ces derniers peuvent se faire assister des personnes de leur choix.

Les représentants des collectivités territoriales sont nommés pour la durée de leur mandat électif, les autres membres du comité sont nommés pour une durée de 3 ans (57).

4.3.2.3 Composition des CODAMUPS-TS

Il est composé:

- De représentants des collectivités territoriales :
 - Un conseiller général désigné par le conseil général.
 - Deux maires désignés par l'association départementale des maires ou, à défaut, élus par le collège des maires du département, convoqué à cet effet par le préfet, à la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne, sans adjonction ni suppression de noms et sans modification de l'ordre de présentation. Le vote peut avoir lieu par correspondance.

- Des partenaires de l'aide médicale urgente :
 - Un médecin responsable de service d'aide médicale urgente et un médecin responsable de structure mobile d'urgence et de réanimation dans le département.
 - Un directeur d'établissement public de santé doté de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence.
 - Le président du conseil d'administration du service d'incendie et de secours ou son représentant.
 - Le directeur départemental du service d'incendie et de secours ou son représentant.
 - Le médecin-chef départemental du service d'incendie et de secours.
 - Un officier de sapeurs-pompiers chargé des opérations, désigné par le directeur départemental des services d'incendie et de secours.

- Des membres nommés sur proposition des organismes qu'ils représentent :

- Un médecin représentant le conseil départemental de l'ordre des médecins.
 - Quatre représentants de l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins.
 - Un représentant du conseil de la délégation départementale de la Croix-Rouge française.
 - Deux praticiens hospitaliers proposés chacun respectivement par les deux organisations les plus représentatives au plan national des médecins exerçant dans les structures des urgences hospitalières.
 - Un médecin proposé par l'organisation la plus représentative au niveau national des médecins exerçant dans les structures de médecine d'urgence des établissements privés de santé, lorsqu'elles existent dans le département.
 - Un représentant de chacune des associations de permanence des soins lorsqu'elles interviennent dans le dispositif de permanence des soins au plan départemental.
 - Un représentant de l'organisation la plus représentative de l'hospitalisation publique.
 - Un représentant de chacune des deux organisations d'hospitalisation privée les plus représentatives au plan départemental, dont un directeur d'établissement de santé privé assurant des transports sanitaires.
 - Un représentant de chacune des quatre organisations professionnelles nationales de transports sanitaires les plus représentatives au plan départemental.
 - Un représentant de l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental.
 - Un représentant du conseil régional de l'ordre des pharmaciens ou, dans les départements d'outre-mer, la délégation locale de l'ordre des pharmaciens.
 - Un représentant de l'union régionale des professionnels de santé représentant les pharmaciens d'officine.
 - Un représentant de l'organisation de pharmaciens d'officine la plus représentative au plan national.
 - Un représentant du conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes.
 - Un représentant de l'union régionale des professionnels de santé représentant les chirurgiens-dentistes ;
- Un représentant des associations d'usagers.

4.3.2.3.1 *Le sous-comité médical*

Il est composé de tous les médecins du CODAMUPS-TS et est co-présidé par le directeur général de l'ARS ou par son représentant et le préfet ou son représentant.

Il évalue chaque année l'organisation de la PDS et propose les modifications qu'il juge souhaitables dans le cadre du cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'ARS.

4.3.2.3.2 *Le sous-comité des transports sanitaires*

Il est constitué par les membres du comité départemental ci dessous :

- Le médecin responsable du SAMU.
- Le directeur départemental du service d'incendie et de secours.
- Le médecin-chef départemental du service d'incendie et de secours.
- L'officier de sapeurs-pompiers chargé des opérations, désigné par le directeur départemental des services d'incendie et de secours.
- Les quatre représentants des organisations professionnelles de transports sanitaires désignés à l'article R. 6313-1-1.
- Le directeur d'un établissement public de santé assurant des transports sanitaires.
- Le directeur d'établissement de santé privé assurant des transports sanitaires.
- Le représentant de l'association départementale des transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental.
- Trois membres désignés par leurs pairs au sein du comité départemental :
- Deux représentants des collectivités territoriales.
- Un médecin d'exercice libéral.

Dans le cas où il examine les problèmes de transports sanitaires non terrestres, le sous-comité s'adjoit le représentant des administrations concernées et les techniciens désignés par le directeur général de l'ARS et le préfet du département.

Le directeur général de l'ARS et le préfet peuvent se faire assister des personnes de leur choix (58).

Le sous-comité est chargé de donner un avis préalable à la délivrance, à la suspension ou au retrait par le directeur général de l'ARS de l'agrément nécessaire aux transports sanitaires institué par l'article L. 6312-2. Cet avis est donné après rapport du médecin désigné par le directeur général de l'ARS et au vu du dossier et

des observations de l'intéressé. Il est rendu dans les trois mois qui suivent sa saisine par le directeur général de l'ARS. Passé ce délai, cet avis est réputé donné. Il peut être saisi par un de ses présidents de tout problème relatif aux transports sanitaires (59).

En cas d'urgence, le directeur général de l'ARS peut procéder à titre provisoire à la délivrance ou au retrait d'agrément.

Avant de se prononcer définitivement, il saisit sans délai le sous-comité pour avis. Dans ce cas, le délai mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 6313-6 est ramené à un mois. Passé ce délai, l'avis est réputé rendu (60).

4.3.3 Aide Médicale Urgente

4.3.3.1 *Objet et composition de l'AMU*

L'AMU a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur états (61).

Elle est composée du SAMU et du SMUR .

4.3.3.2 *Les missions du SAMU*

Dans le cadre de l'AMU le SAMU a pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence.

Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les Services d'Incendie et de Secours (SIS).

Les SAMU comportent un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) (62).

La régulation médicale du SAMU a pour objectif d'apporter une réponse médicale adaptée à tout appel venant d'une personne en détresse, et pour atteindre cet objectif ils :

- assurent une écoute médicale permanente ;

- déterminent et déclenchent la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- s'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient ;
- organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- veillent à l'admission du patient.

Lorsque l'appel, considéré comme un secours à personne, parvient au centre de traitement des alertes du SIS, il bénéficie de la régulation médicale du SAMU grâce à une interconnexion entre les deux centres de réception. Cette interconnexion permet, dans le respect du secret médical, les transferts réciproques d'appels et, si possible, la conférence téléphonique avec les centres de réception d'appels téléphoniques des SIS dotés du numéro d'appel 18, ainsi que ceux des services de police et de gendarmerie.

Dans ce cadre, outre ses moyens propres et ceux des SIS, le SAMU peut faire intervenir pour l'accomplissement de ses missions les moyens privés que sont :

- les transporteurs sanitaires privés ;
- les médecins et paramédicaux libéraux.

La participation de ces moyens privés, sous la responsabilité du SAMU, est déterminée par convention.

Dans le cas où la régulation médicale est dans l'impossibilité absolue de trouver un médecin dans le cadre de la PDS le patient peut être transféré par un transporteur sanitaire privé vers la structure des urgences d'un établissement de santé proche du domicile.

4.3.3.3 Le SMUR

Le SMUR assure, en permanence, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert, de façon urgente, une prise en charge médicale et de réanimation et, le cas échéant, après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.

Ils sont présents dans les principaux hôpitaux des départements. Ils sont à la disposition des SAMU 24h/24, pour la prise en charge d'un patient dont l'état requiert, de façon urgente, une prise en charge médicale et de réanimation.

Il est en général composé d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence, d'un infirmier et d'un conducteur ambulancier.

Il est doté d'un matériel de réanimation complet.

4.3.4 SOS médecin

SOS Médecins est un réseau d'associations (22) réparties sur l'ensemble du territoire et représenté par un échelon fédéral : SOS Médecins France.

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

- 4 millions d'appels traités
- 2,5 millions d'interventions à domicile ou de consultations
- Un millier de médecins urgentistes
- 70 associations réparties sur le territoire (métropole et outre-mer)
- 70 % de la couverture libérale de permanence de soins en milieu urbain et péri-urbain Une disponibilité des équipes 24 heures sur 24
- 60 % des actes réalisés la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés (63)

SOS MÉDECINS FRANCE traite la majorité des appels parvenant au SAMU nécessitant un avis médical rapide en zone urbaine et péri-urbaine, et développe dans chaque région des partenariats avec les principaux acteurs sanitaires et sociaux ; Les médecins de SOS sont conventionnés. Ils sont personnellement responsables de leurs actes et organisent leur temps de travail en fonction d'un tableau de garde établi avec leurs confrères.

SOS médecin a établi une charte d'appartenance et d'organisation rigoureuse (22).

Il y a un Centre de réception d'appels médicaux 365 jours sur 365, 24h/24 avec un numéro d'appel unique le 36 24.

Les appels sont réceptionnés par des permanenciers formés à la prise d'appels urgents, encadrés par un médecin qui est présent au standard ou immédiatement

joignable et transmettent les appels en fonction de la gravité de ceux-ci. A tout moment, elles peuvent faire appel au médecin afin qu'il effectue la visite, ou qu'il donne un conseil téléphonique.

L'évolution des structures s'oriente vers des centres d'appels médicaux groupés sur des sites ciblés permettant un regroupement de moyens sur des plates-formes performantes (téléphonie couplée à l'informatique, sécurisation des systèmes d'alimentation et de données, ou de cartographie, enregistrement des appels).

Il est demandé aux médecins SOS d'avoir une solide pratique de la médecine d'urgence et une bonne connaissance de la médecine générale. Une grande majorité sont titulaire de la capacité de médecine d'urgence ou du diplôme d'étude spécialisée d'urgence ou ont eu une formation en médecine d'urgence dans un SAMU.

En plus de l'équipement habituel de tout médecin (stéthoscope, tensiomètre, otoscope...), les médecins doivent avoir un équipement adapté à leur pratique :

- De kits de suture unique ;
- D'un électrocardiogramme ;
- D'un nécessaire à ventilation manuel ;
- De matériel de nébulisation, d'oxygène médical
- Des tests diagnostiques chimiques.

Les médecins de SOS Médecins France n'ont pas de cabinet de consultation, ils n'effectuent que des visites. Quand ils sont de garde, ils sont totalement disponible pour effectuer leurs interventions dans les meilleurs délais. Il sont joignables à tout moment.

Leurs véhicules sont équipés d'une signalétique permettant d'être repéré facilement et rapidement lors de son arrivée dans certains lotissements ou cités.

Lorsque la visite d'un médecin de SOS a lieu à la demande du Centre 15 ou du médecin traitant, un compte-rendu d'intervention est effectué.

SOS médecin Nancy puis Meurthe et Moselle a été créée le 15 juillet 1999, c'est une association régit selon la loi du 1er juillet 1901.

Comme la majorité des associations SOS médecins, elle fonctionne dans le cadre d'une société civil de moyen permettant la mise en commun des moyens d'exercice. Actuellement SOS médecins Meurthe et Moselle a 19 médecins et 20 remplaçants réguliers.

Les secteurs géographiques d'intervention de SOS médecins Meurthe et Moselle sont :

-un secteur qui est couvert 24h/24 : les communes de la communauté urbaine du grand Nancy avec les villages annexes, et la communauté des communes des Pays du Sel et Vermois (Saint Nicolas de Port, Dombasle sur Meurthe).

-un deuxième secteur qui est couvert pour la période de PDS uniquement, il comprend :

- le secteur de Blainville-Sur-L'eau
- le secteur de Lunéville
- le secteur de Neuves-Maisons
- le secteur de Pompey-Champigneulles-Liverdun.
- le secteur de Thiaucourt
- le secteur de Toul

-un troisième secteur qui est couvert de minuit à 8h00.

- Baccarat
- Pont à Mousson
- Briey-Mancieulles-Jarny-Longwy-Villerupt.

Les appels des patients sont reçus par un standard qui est situé dans l' Essonne : Médi'Call center, qui fait partie des centres d'appels des associations de PDS, il participe à ce titre à la régulation des appels en dehors des périodes d'ouverture des cabinets médicaux et fonctionne 24h/24 7j/7. Il offre une interconnexion avec le SAMU54.

Lors de la réception d'un appel, l'appelant est mis en relation avec une permanencière qui établit la fiche d'identité, et recueille le motif d'appel , les antécédents voire le traitement ; si l'urgence semble vitale l'appel est directement transmis au SAMU, si l'urgence semble importante mais mise en jeu du pronostic vital la visite sera prioritaire.

La permanencière, comme décrit dans la charte de SOS, peut en cas de nécessité joindre par téléphone un médecin à tout moment pour affiner le niveau d'urgence. Si la visite est médicalement justifiée mais non urgente, un délai approximatif en fonction de l'activité médicale du jour est communiqué à l'appelant.

L'appel est ensuite transmis au médecin, qui reçoit les informations sur son téléphone ou son ordinateur de poche et acquitte de la réception de la visite. Une fois sur place, il indique au standard toujours par l'intermédiaire de son téléphone ou ordinateur de poche qu'il se trouve sur place.

Tout ceci permet d'enregistrer les heures d'appel, de transmission de la fiche au médecin, de l'arrivée sur les lieux et du temps passé sur place, ce qui est nécessaire du point de vue médico-légal.

Une fois la visite effectuée, il remplit un compte rendu informatisé qui sera archivé.

L'association développe une politique de collaboration avec les acteurs locaux :

-convention signée avec le SAMU54 le 4 octobre 2006

-convention avec l'HADAN (hospitalisation à domicile de l'agglomération nancéenne) le 15 juillet 2007 , SOS médecins intervient à la demande de l'HADAN en période de

PDS ou assurent la continuité des soins lorsque le médecin traitant est absent.

-convention avec les EHPAD des secteurs de Pompey/ Lay Saint Christophe et Neuves Maisons et avec la clinique Saint Jean à Nancy.

-convention avec la police.

Il s'agit d'un acteur incontournable de la PDSA.

4.3.5 Médecins généralistes libéraux

La participation à la PDSA peut se faire dans le cadre de la régulation médicale libérale, la participation aux astreintes ou par l'intermédiaire d'association de PDS tel que SOS médecins ...

Nous traiteront ici uniquement des médecins généralistes installés.

Nous rappelleront que la PDSA s'effectue sur la base du volontariat.

En Lorraine sur les 2141 médecins généralistes installés en cabinet de ville, 1302 participent aux gardes soit 60,8% (64)

En Meurthe et Moselle nous avons le taux le plus faible de participation de la Lorraine avec 41,2% (300 généralistes sur les 728 installés)

En moyenne, sur la période du week-end et jours fériés, un médecin lorrain assure environ 5,5 gardes par an, mais avec de grandes disparités.

4.3.6 Ordre des médecins

L'Ordre est un organisme autonome, dont les conseillers sont élus par les médecins, autofinancé par les cotisations et par conséquent ne subit aucune tutelle, aucun contrôle (hormis celui du Conseil d'État en matière disciplinaire ou administrative) garantissant ainsi son indépendance. Il défend les intérêts des malades et les intérêts moraux de la profession. Il est, aussi, l'interlocuteur privilégié des malades.

La mission de l'Ordre des médecins est expressément définie par l'article L. 4121-2 du CSP (65) :

Il veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels et des règles édictées par le code de déontologie.

Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale.

Par son rôle moral

L'Ordre a la charge de concevoir et rédiger le code de déontologie médicale, de

l'adapter aux nécessités de la profession en constante évolution technique, économique et sociale, de le faire évoluer dans l'intérêt des malades.
Le code de déontologie proposé par l'Ordre est soumis au Conseil d'État qui est édicté sous forme de décret en Conseil d'État.

Par son rôle administratif

Il doit établir et tenir à jour un tableau auquel ne peuvent être inscrits que les docteurs en médecine remplissant les conditions légales de moralité et de compétences requises, qui est un prérequis pour effectuer tout acte médicale. (articles L. 4111-1 et L. 4121-1 du code de la santé publique)

Par son rôle juridictionnel

L'Ordre a une fonction de surveillance des conditions d'exercice de la profession

Le législateur a voulu que les médecins puissent être jugés et éventuellement sanctionnés par leurs pairs connaissant bien les problèmes soulevés par les malades ou par l'exercice de la profession,
Le rôle juridictionnel s'exerce par l'intermédiaire des Chambres disciplinaire de première instance, présidées par un magistrat, et en appel par la Chambre disciplinaire nationale d'appel, présidée par un Conseiller d'Etat, membre de l'Ordre. Ce pouvoir résulte des dispositions du code de la santé publique ; il est contrôlé en ce qui concerne la légalité de ses décisions par le Conseil d'Etat, instance de cassation

Par son rôle consultatif

Il est en particulier appelé à donner son avis sur les projets de règlements, décrets ou de lois qui lui sont soumis par les Pouvoirs Publics

A ces différents titres le conseil de l'ordre intervient à plusieurs niveau dans la PDSA.

Il participe à l'élaboration du cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.

Il établit avec les médecins généralistes le tableau de garde, et transmet ce dernier à l'ARS, aux centres de régulations 15 et de PDS ainsi qu'aux différentes associations de PDS.

4.3.7 Régulation médicale libérale

4.3.7.1 Réglementation

La PDS est une obligation collective conformément à l'article 77 du code de déontologie médicale fondée sur le volontariat individuel des médecins.

Article 6315-3 du CSP relatif à la permanence des soins.

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

Toutefois, l'accès au médecin de permanence peut également être assuré par des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le service d'aide médicale urgente(...)

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

La régulation médicale est un acte médicale pratiqué au téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) par un médecin régulateur.

Elle assure une écoute et une réponse permanente dans un centre d'appels dédié aux urgences médicales et/ou aux demandes de soins non programmées. La régulation médicale a pour but de déterminer et de déclencher dans les meilleurs délais la réponse médicale adaptée à chaque situation. L'acte de régulation médicale s'inscrit dans un contrat de soins avec l'appelant et/ou le patient. La demande peut provenir du patient lui-même ou d'un tiers se trouvant aux côtés du patient ou parfois à distance. L'acte de régulation médicale repose, chaque fois que cela est possible, sur un entretien singulier entre le médecin et le patient lui-même. À défaut, il s'appuie sur un entretien entre le médecin et une personne aux côtés du patient (66).

La régulation médicale s'appuie désormais sur les recommandations de la HAS.

4.3.7.2 Régulation médicale libérale

Une réponse médicale départementale adaptée aux demandes relevant de la médecine ambulatoire est disponible aux horaires de permanence des soins :

La régulation médicale des appels relevant de la médecine ambulatoire doit être

opérationnelle sur les périodes de permanence des soins (de 20h à 8h tous les jours, de 8h à 20h les dimanches et jours fériés et, en fonction de l'activité constatée, le samedi après-midi et les « jours de pont »).

Néanmoins, après évaluation de l'activité de régulation, la prise en charge des appels de régulation libérale par la régulation hospitalière est effective sur certaines tranches horaires, notamment en nuit profonde compte tenu de la faiblesse de l'activité constatée. Le SAMU – Centre 15 assure alors cette mission.

Par ailleurs, en dehors des heures de PDSA, l'appel est basculé automatiquement vers le Centre 15 du département.

Les centres d'appels des associations départementales disposent de plateformes d'appels interconnectées avec le centre du SAMU (art. L.6314-1 du CSP), et assurent une régulation médicale des appels (art. L.6314-1).

Cette interconnexion permet la bascule d'appels de la régulation libérale de médecine générale vers le SAMU Centre 15 (aide médicale urgente) et vice-versa.

La fonction de régulateur est, pendant la période où elle est assurée, exclusive de toute autre fonction.

La prise en charge initiale est effectuée par l'assistant de régulation médicale (ARM) selon des protocoles internes définis avec le médecin chef du SAMU.

L'ARM un professionnel ayant une formation spécifique à la gestion des appels d'urgence

4.3.7.3 Les recommandations par la HAS de la réception d'un appel

« Lors de la réception initiale d'un appel, l'ARM procède de façon méthodique :

· il note ou valide systématiquement le maximum de coordonnées : téléphone de l'appelant, coordonnées précises du lieu d'intervention (ville, route, rue, pavillon, immeuble, étage, code, etc.), coordonnées du médecin traitant, etc. ;

· il prend connaissance du motif de l'appel, des attentes et des circonstances, écoute avec

attention l'appelant, pose des questions ouvertes en utilisant un vocabulaire adapté à

l'appelant ;

· il note les caractéristiques du patient : âge, sexe, poids (en particulier chez l'enfant)

;

· dans certains cas particuliers, il qualifie le niveau d'urgence ;

· dans les situations d'urgence engageant le pronostic vital, l'ARM a la possibilité de

mettre en œuvre, sur protocole, une action réflexe avec engagement immédiat de moyens lourds, sans validation préalable par le médecin régulateur qui en sera immédiatement tenu informé »

Le patient est alors mis en contact avec le médecin régulateur qui décide de la réponse adaptée à la demande de soins, qui peut être :

- le renvoi de l'appel vers le régulateur de l'aide médicale urgente,
- l'orientation du patient vers toute structure dispensant des soins non programmés (point fixe de garde de type maison médicale de garde (MMG), cabinet médical, service des urgences),
- le déclenchement de l'intervention du médecin de permanence (médecin de garde mobile : visite),
- un conseil médical, y compris thérapeutique,
- une réorientation vers une consultation programmée,
- une prescription médicamenteuse par téléphone ou formalisée par une ordonnance.

Les appels traités, ainsi que les réponses apportées par le médecin régulateur, y compris la prescription téléphonique, sont soumis à une obligation de traçabilité.

Le médecin régulateur peut dispenser des conseils médicaux pouvant aboutir à une prescription médicamenteuse par téléphone, d'une durée limitée et non renouvelable. Cette prescription doit être conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la HAS.

Lorsqu'elle donne lieu à l'établissement d'une ordonnance écrite, celle-ci doit être adressée par le régulateur à une pharmacie.

Elle est soumise, comme les appels traités par la régulation, à une obligation de traçabilité qui sera précisée par arrêté ministériel.

La régulation médicale s'effectue dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à la régulation médicale des appels éditées par la HAS.

4.3.7.4 En Lorraine

La régulation médicale est organisée par des associations de médecins régulateurs

libéraux sur tout le territoire lorrain : MEDIGARDE 54, ASSUM 55, MEDIGARDE 57 et ASSUM 88 qui se sont coordonnées au sein de l'association régionale MEDIGARDE lorraine.

MEDIGARDE lorraine a pour objectif d'offrir à la population une logique de hiérarchisation du système de soins par une réponse adaptée, durant l'absence de leur médecin traitant (nuit, weekend et jours fériés).

Le numéro unique de la régulation généraliste libérale en Lorraine est le **0 820 33 20 20**.

4.3.7.5 En Meurthe et Moselle

- En Meurthe et Moselle la régulation des appels aux médecins de garde est assurée par l'Association MEDIGARDE 54 qui dresse notamment le tableau de garde des régulateurs libéraux.
Elle est installée dans les locaux du SAMU 54 au CHU de Nancy.
L'équipe des ARM est commune pour la régulation libérale et la régulation SAMU.

La régulation médicale des appels de PDSA est organisée :

- Les nuits de semaine de 20 heures à 24 heures par MEDIGARDE 54
- Toutes les nuits de 0 heures à 8 heures par le centre 15 du CHU de Nancy
Les samedis de 12h à 24h par MEDIGARDE 54
- Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 24 heures par MEDIGARDE 54
- Les nuits de semaine de 20h à 24h, la régulation est assurée par un médecin régulateur libéral.
- Les samedis de 12h à 24h, la régulation est assurée par 2 médecins régulateurs libéraux.
- Les dimanches et jours fériés de 8h à 24 h la régulation est assurée par 2 médecins régulateurs

Pour les pics épidémiques hivernaux une part de l'enveloppe régionale de la PDSA pourra servir à renforcer le nombre de régulateurs sur décision expresse du Directeur Général de l'ARS. Cette action d'ajustement des effectifs médicaux sera envisagée en priorité pour les régulateurs.

En 2010 la régulation médicale de Meurthe et Moselle s'occupait de 26 secteurs , et plus de 20 médecins régulateurs libéraux y avaient participé.

24 272 décisions MEDIGARDE 54 ont été rendues

9 916 médecins généralistes ont été sollicités (visites et consultations)

149 demande SMUR

1 734 demandes d'Association départementale des transports sanitaires Urgents

12 473 conseils médicaux. (60)

4.3.7.6 Régulation par SOS médecin

Interconnexion du centre d'appels SOS Médecins 54 et du SAMU 54 : Conformément à la convention de partenariat SAMU de France – SOS Médecins (convention cadre nationale), une convention de coopération locale entre l'association SOS Médecins 54 et le SAMU 54 a été signée pour formaliser l'organisation de l'interconnexion de leurs centres des appels avec le CRRA dans le cadre de la PDSA.

Selon les conventions signées, cette interconnexion téléphonique permet de basculer immédiatement les appels du centre d'appels de SOS Médecins vers le SAMU et inversement en fonction de la nature de l'appel.

5 LE LUNEVILLOIS

5.1 Introduction

La Meurthe et Moselle est un département d'une superficie de 5 246 km² avec 4 arrondissements:

- Briey,
- Nancy
- Lunéville
- Toul pour une population totale

de 731 019 habitants, soit 139 habitant au km².

La région de Lunéville est située à une trentaine de kilomètres au sud-est de Nancy.

L'arrondissement de Lunéville a une superficie de 1 451 km² soit un peu plus de 27% de la superficie du département. Il compte 9 cantons, 164 communes pour un total de 79 519 habitants, soit un peu plus de 10% de la population départementale.

Les cantons de l'arrondissement de Lunéville:

Tableau n°3 Les cantons de l'arrondissement de Lunéville

Canton	Population	Superficie (km ²)	Densité (hab/km ²)
Arracourt	1373	112	12
Baccarat	10636	185	57
Badonviller	3233	121	27
Bayon	13130	188	70
Blâmont	5545	236	23
Cirey-sur-Vezouze	3357	98	34
Gerbéviller	6549	181	36
Lunéville-Nord	13188	134	98
Lunéville-Sud	22508	176	128

La population de Lunéville même est de 20 507 habitants, soit la 3ème ville de Meurthe et Moselle.

Cette région a connu une longue période de prospérité économique grâce à la faïencerie, au textile et à l'industrie du cristal. Mais depuis les années 80, la situation du Lunévillois s'est dégradée sur le plan économique et social. Pertes d'emplois industriels diffuses mais régulières, les faïenceries et les industries du textile ont quasiment disparu. Le secteur présente le taux de chômage le plus élevé du département.(67)

La situation n'est pas homogène sur le territoire. L'est du Lunévillois très rural, voit sa population diminuer et vieillir. Alors que l'ouest, plus urbain, bénéficie d'un phénomène de péri-urbanisation autour de la ville de Lunéville, ainsi que du dynamisme de Nancy.

5.2 Offre de soins sur le secteur Lunévillois

Selon l'INSEE en 2006, la densité médicale en Meurthe-et-Moselle (120 généralistes libéraux pour 100 000 habitants) est la plus élevée de la région.

On compte en Meurthe et Moselle 1308 médecins généralistes dont 864 libéraux. Parmi ceux-ci 22% ont 55 ans ou plus.

La densité médicale est plus forte dans les zones urbaines de Nancy, Lunéville,.... Mais à l'inverse, elle se révèle faible (60 à 75 généralistes libéraux pour 100 000 habitants) dans certains secteurs ruraux, notamment dans celui de Blâmont où l'on compte seulement un généraliste pour 1 600 à 1 700 habitants, contre 1 pour 900 en moyenne dans le département. Enfin, le canton d'Arracourt est le seul à ne compter aucun médecin généraliste mais il est aussi le moins peuplé.

La densité médicale sur le secteur du Lunévillois est de 94,8/100 000 habitants
On compte également 71 médecins généralistes libéraux sur le secteur du lunévillois, soit 8,2% sur le département.

Tableau n°4 Nombre des médecins généralistes par bassin de vie

Bassin de vie	population	Médecin généraliste 2007	Médecin généraliste projection 2015
Lunéville	45891	49	37
Baccarat	12879	12	8
Blainville-Sur-L'eau	7659	5	4
Bayon	6592	5	3

Source ADELI et CO au 31/12/2006

5.3 Historique de la PDSA à Lunéville : entretien avec le Dr Bichat médecin généraliste à Lunéville :

Le Dr Bichat est un médecin généraliste qui a fait l'ensemble de sa carrière sur le secteur de Lunéville. Installé depuis fin des années 70 en centre ville de Lunéville, il a pu, au fil des années, vivre l'évolution de la PDSA.

A ses débuts, la PDSA était une obligation. Les gardes s'effectuaient uniquement sur les environs de Lunéville même, donc, un secteur plus restreint qu'actuellement.

Il nous relate une anecdote sur l'organisation des tableaux de garde, c'était le dernier médecin installé sur le secteur qui était chargé d'établir le tableau de gardes.

En fait, il y avait deux tableaux de gardes, un pour la semaine et un pour le week-end.

Les planning de garde étaient remplies par ordre chronologique des jours ou des week-ends et par ordre alphabétique des médecins.

La permanence se déroulait de 20h00 à 8h00 la semaine, et du samedi midi au lundi 8h00 les week-ends.

Une des caractéristiques importantes lors des débuts du Dr Bichat, est que l'essentiel de l'activité était composée de visites.,Le Dr Bichat ne faisait que très peu de consultation en cabinet pendant les PDSA. Il nous relate des week-ends de gardes extrêmement chargés pendant les périodes d'épidémies hivernales. Au point de se demander si il ne fallait pas deux médecins de garde.

A cette époque, il n'y avait pas de régulation médicale, le nom du médecin de garde ainsi que ses coordonnées étaient diffusés dans le journal. Il n'était pas encore équipé de téléphone mobile. Les patients appelaient à son cabinet. Quand il partait en visite, c'est son épouse qui se chargeait de prendre les rendez-vous suivant. En cas de visite urgente, elle appelait son mari chez les patients qu'il était entrain de visiter.

C'est à la fin des années 90 que le mobile va révolutionner la pratique médicale des médecins généralistes libéraux en particulier dans le cadre de leur activité de permanence des soins.

Après 2001 et les grèves des médecins généralistes, l'organisation de la PDSA sera bouleversée.

Nous avons demandé au Dr Bichat de nous faire part des répercussions les plus marquantes selon lui

Il évoquera de prime abord :

- la disparition des gardes en nuit profonde.
- les nouveaux horaires de garde : de 20h à minuit la semaine. A l'époque, les patients devaient passer par la régulation médicale avant d'avoir accès au médecin de garde, et en nuit profonde, ils étaient dirigés vers l'hôpital de Lunéville.
- le passage au volontariat, étant l'occasion pour lui d'évoquer le

changement de mentalité chez ses confrères. Il reste sur l'idée, que c'est du devoir du médecin généraliste d'assurer la permanence des soins.

- la féminisation de la profession, relatant, lors de réunions, les réticences de ses confrères à se rendre, notamment la nuit, dans des quartiers réputés dangereux

A la question trouvez-vous que les patients sont plus exigeants aujourd'hui que par le passé ? Il répondra que cela ne lui semble pas si évident. Il nous relate alors une nouvelle anecdote, où il se faisait réveiller au milieu de la nuit par un patient simplement parce qu'il n'arrivait pas à dormir. Ce qui nous a fait sourire, quand je lui relatais moi même la même expérience aux urgences à 3h00 du matin.

Suite à la revalorisation des tarifs de nuit, obtenus sous la pression des syndicats, il avait remarqué qu'il était moins dérangé pour des motifs inutiles.

Enfin il évoque un nombre non négligeable de consultations non rémunérées. C'est un peu moins le cas depuis la mise en place de la couverture mutuelle universelle. Avant pour bénéficier d'une prise en charge pour les plus démunis, le patient devait aller chercher un bon de soins gratuits, délivré par le bureau de bienfaisance. Ce bon était remis au médecin afin que ce dernier puisse être rémunéré. En situation de garde, les patients n'avaient évidemment pas la possibilité de se procurer ce bon, et ainsi nombreuses des consultations n'étaient jamais payées.

Sur le fonctionnement actuel de la PDSA, il estime que c'est une très bonne solution pour les week-ends. Cela laisse la liberté au patient de se rendre chez le médecin de garde, sans avoir l'obligation de passer par une régulation téléphonique. Il met en avant le confort de pouvoir adresser facilement et rapidement le patient chez l'urgentiste. Il pense également que par la même occasion c'est un bon moyen de décharger les urgences des consultations non urgente. Et il apprécie la possibilité de pouvoir échanger avec les médecins urgentistes sur certains cas rencontrés.

5.4 La PDSA de Lunéville

5.4.1 Histoire de la création de la PDSA de Lunéville :

Comme nous avons vu dans le chapitre 3 histoire de la permanence des soins de ce travail, le début des années 2000 a été marqué par la grève des médecins généralistes. Ils n'assuraient plus les gardes les soirs et les week-ends. Les patients se sont alors tournés vers les services d'urgences et les centres d'appel du SAMU. Lunéville n'a bien évidemment pas échappé à cette situation.

Courant de l'année 2003, le chef du service des urgences, le Dr Adam se faisait

l'écho, à travers un courrier adressé au directeur de l'hôpital, des difficultés rencontrées les dimanches et les jours fériés par les médecins urgentistes.

Des discussions se sont ouvertes entre les médecins généralistes et l'hôpital. Ils s'étaient mis d'accord sur une organisation de la PDS avec notamment l'idée de mettre en place une maison médicale de garde à proximité de l'hôpital. Mais ils se sont heurtés à un problème financier à deux niveaux : le financement de la maison médicale et le financement des astreintes des médecins généralistes de garde.

En mars 2009, les médecins généralistes expriment leur désirs de participer à la PDSA sur le secteur de Lunéville. Ils souhaitent qu'elle se tienne sur un lieu unique. Se pose alors le problème de la localisation et il persiste celui de son financement. Ils veulent que la permanence se tienne dans l'hôpital, mais ce dernier ne dispose pas de locaux disponibles.

La situation évoluera en 2010, avec l'arrivée des ARS et la volonté ministérielle de développer les expérimentations dans le domaine de la PDSA. Finalement, la solution de la localisation de la permanence des soins sera trouvée avec l'arrivée du nouvel hôpital en juillet 2010.

Les urgentistes avaient imaginé au sein des urgences un bureau médical à usage polyvalent avec une salle d'attente dédiée. Il devait permettre la réalisation des consultations psychiatriques pour les patients des urgences, les consultations médico-judiciaires. Cet espace devait également être réservé aux entretiens entre les familles et l'assistante sociale ou le médecin urgentiste.

Ce bureau sera donc proposé aux médecins généralistes lors de la permanence des soins les week-ends.

Ils ont été enthousiastes à l'idée de pouvoir travailler à côté du service des urgences.

C'est ainsi que début juillet 2010, les premières consultations ont pu être réalisées dans le cadre de la PDSA.

5.4.2 L'association de la PDSA de Lunéville :

REGROUPEMENT DES GENERALISTES LUNEVILLOIS POUR LA PERMANENCE DES SOINS (RGLPDS)

C'est une association de loi 1901 créée le 19 juin 2010 qui a pour objet de promouvoir et d'organiser le maintien d'une PDS par les médecins généralistes dans le Lunévillois pour les besoins et attentes de la population dans le strict respect du code de déontologie médical.

La PDSA s'est installée au sein de l'hôpital de Lunéville, à l'image de ce qui s'est fait à Toul, suite à une convention tripartite signée entre l'association , le directeur de l'hôpital et l'ARS.

Elle est actuellement présidé par le Dr Masse (médecin généraliste installé à Lunéville).

L'hôpital de Lunéville a mis à disposition de l'association un bureau médical équipé d'une table d'examen et d'une salle d'attente dédiée, le tout situé dans le service des urgences mais bien séparé de l'espace soins des urgences. L'entrée est commune entre les deux services mais chacune dispose de sa propre salle d'attente.

De ce fait, pour accéder à la PDSA les week-ends, l'entrée dans l'établissement s'effectue par l'entrée principale du services des urgences. Une signalétique permettant d'informer et d'orienter les patients désireux de consulter le médecin de garde a été mise en place.

Cette signalétique à une double vocation :

- orienter le patient directement vers la salle d'attente du médecin de garde, permettant ainsi d'éviter un passage inutile vers la secrétaire d'accueil des urgences ;
- informer de l'existence de la permanence des soins.

En effet, encore beaucoup de patients ignorent l'existence de la PDSA et ont encore naturellement tendance à se diriger vers le service des urgences pour des soins médicaux non programmés, non urgents, en dehors des horaires d'ouvertures habituels des cabinets médicaux.

Au cours d'un entretien, le Dr Masse nous a relaté qu'avant la mise en place de la régulation médicale, les gardes des week-ends étaient très chargées. Elles pouvaient atteindre 70 à 90 consultations. Après la mise en place de la régulation médicale, les médecins ne voyaient quasiment plus de patients les week-ends. Le Dr Masse indiquait 3 à 4 consultations par jour de garde.

Finalement, la mise en place de cette PDSA est un bon compromis puisqu'actuellement, c'est une trentaine de consultations par week-end qui sont réalisées, avec 80% d'actes non régulés, beaucoup de pédiatrie. Il nous rapporte également sa satisfaction globale ainsi que celles de ses confrères participant aux gardes.

Ils bénéficient de la nouvelle organisation avec la régulation médicale, ils ne sont plus tenus de faire de visites. Ils apprécient également l'environnement sécurisé que procure l'hôpital tant pour eux que pour les patients.

Ils ont également le confort d'orienter plus facilement et plus rapidement les patients qui nécessitent une prise en charge urgente ou l'utilisation d'un plateau technique (radiographie, suture, prise de sang, ECG...).

La PDSA reçoit un bon écho de la part de la population. D'une part, la permanence est un endroit qui commence à être bien identifié par la population qui peut désormais avoir accès à un même médecin tous les week-ends, et d'autre part les

patients cela permet d'éviter de passer par la salle d'attente des urgences..

A l'origine, se sont 14 médecins généralistes qui se sont portés volontaires pour participer à cette permanence des soins sur les 24 médecins généralistes du secteur de Lunéville. Depuis la création de la PDSA, il n'y a pas eu de désistement. Au contraire, le dr MASSE indique que l'effectif s'est accru de 3 nouveaux médecins dont un hors-secteur en provenance de Rosières-aux-Salines.

5.5 Sectorisation

Les limites des territoires de la PDSA sont fixées en fonction des données géographiques, démographiques et de l'offre de soins. Elles sont arrêtées par le Directeur de l'ARS, après consultation des CDOM, du Préfet et avis des CODAMUPS-TS. Un réexamen annuel peut être envisagé.

Le sud-est de la Meurthe et Moselle comporte plusieurs secteurs comme défini par l'ARS dans le cadre de la PDSA.

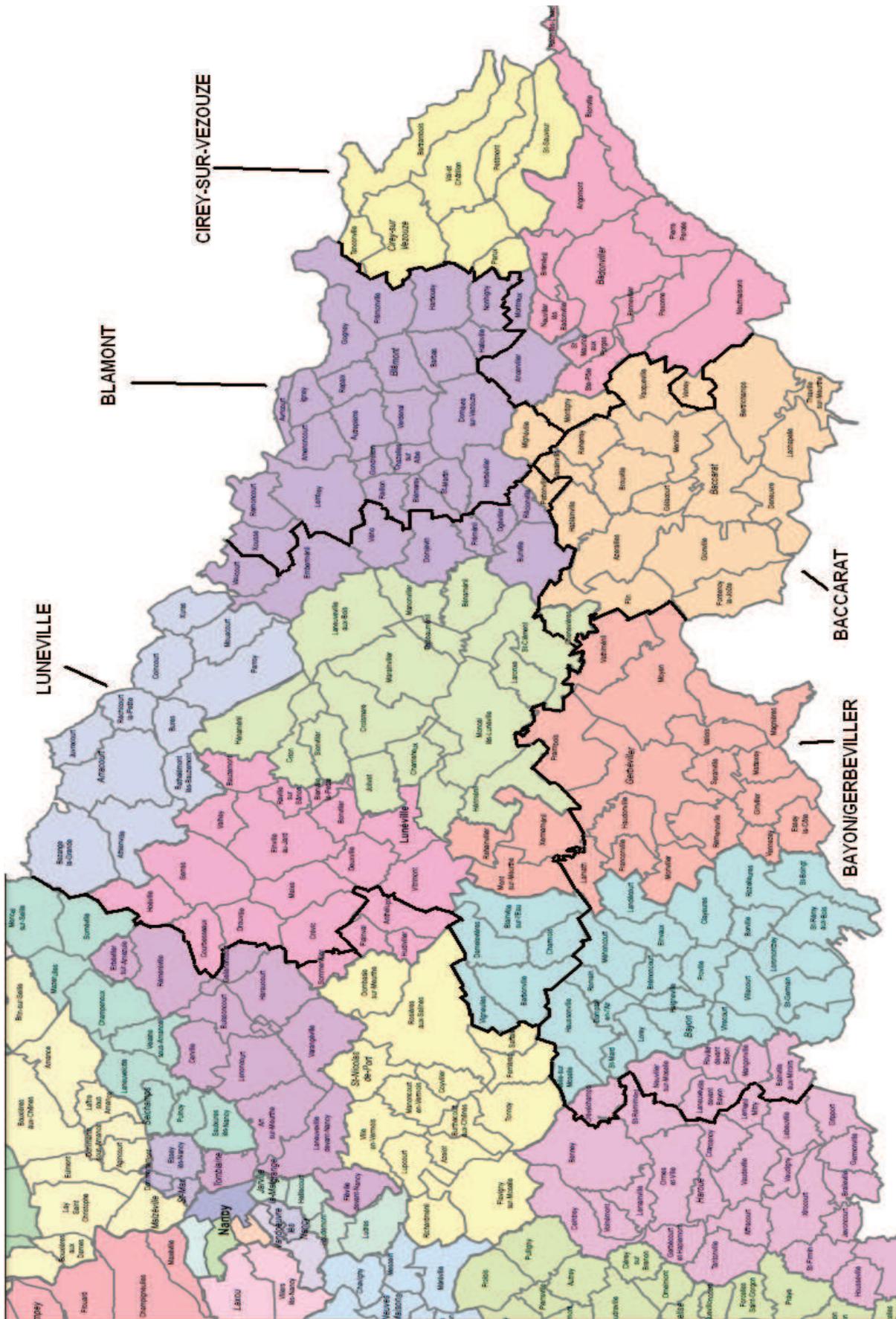
Il comporte les secteurs :

- Baccarat
- Blâmont
- Cirey-Sur-Vezouze/Badonviller
- Bayon/Gerbéviller
- Lunéville/Einviller.

Chacun de ces secteurs a un médecin de garde en première partie de nuit : 20h00 à minuit et les week-ends (c'est à dire à partir du samedi midi jusqu'au dimanche).

En ce qui concerne le secteur de Lunéville les week-ends et les jours fériés : il y a le médecin de garde à la PDSA et un médecin assurant les visites à domicile qui peut être un médecin volontaire qui s'est inscrit sur le tableau de garde ou un médecin de SOS-médecin.

En ce qui concerne la deuxième partie de la nuit de minuit à 8h00 , le secteur de Lunéville est fusionné avec celui de Blâmont et de Baccarat avec intervention de SOS médecin. Et il y a un médecin pour le secteur de Cirey-Sur-Vezouze/Badonviller et un autre pour le secteur de Bayon/Gerbéviller.



5.6 Rémunération

La rémunération de la PDSA se décompose en deux parties : une partie concerne l'astreinte sous forme de forfait pour le médecin régulateur et pour le médecin effecteur, et une deuxième partie qui concerne les actes et la majoration des actes. Elle est codifiée par l'article R,6315-6 du code de santé publique et par l'arrêté ministériel du 20 avril 2011.

Les rémunérations forfaitaires de l'astreinte et de la régulation s'inscrivent dans le cadre de l'enveloppe régionale et sont modulables en fonction des périodes de garde (avant ou après minuit), des caractéristiques des territoires de la PDSA (densité de la population, densité de la population médicale volontaire...).

En ce qui concerne la régulation, la rémunération ne peut être inférieure à 70 euros par heure, pour l'astreinte du médecin de garde inscrit sur le tableau de garde la base minimale est de 150 euros pour une période de 12 heures et de 50 euros pour une période de 4 heures.

En Meurthe et Moselle la rémunération de la régulation a été portée à 75 euros de l'heure, et pour la période du 24 décembre au soir et du 25 décembre, du 31 décembre et du 1er janvier en journée et soir à 100 euros de l'heure.

Les actes effectués par les médecins d'astreinte inscrits au tableau de gardes font l'objet d'une tarification définie par la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 26 juillet 2011 dans son annexe XII qui concerne les majorations d'actes spécifiques applicables aux actes régulés de PDS.

Les majorations d'actes spécifiques applicables aux actes réalisés par les médecins libéraux dans le cadre du dispositif régulé de permanence des soins ambulatoires prévues à l'article 4.1 de la présente convention sont les suivantes :

Tableau n°5 tarifs des majorations d'actes spécifiques à la PDSA

	Visite domicile	à Consultation
Majoration spécifique de nuit 20h00 à minuit et de 6h00 à 8h00	46	42,5
Majoration spécifique de milieu de nuit de minuit à 6h00	59,5	51,5
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés	30	26,5
Majoration spécifique de samedi, lundi veille de jour férié et vendredi lendemain de jour férié	30	26,5

(En euro)

Ces majorations spécifiques sont également applicables par le médecin non inscrit au tableau de gardes, qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.

Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés ni avec les majorations de déplacements (à l'exception des indemnités horokilométriques (IK) de l'article 13 (C) des conditions générales de la nomenclature générale des actes professionnels), définies dans l'annexe tarifaire de la convention.

Elles ne sont pas cumulables avec les rémunérations forfaitaires de régulation, définies réglementairement, dans la même plage horaire.

Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par les médecins libéraux donnent lieu à l'application et à la prise en charge par l'assurance maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

En 2012 le montant régional de l'indemnisation des médecins régulateurs libéraux s'élevaient à 1 238 470 euros et l'indemnisation des médecins inscrits au tableau de garde à 7 019 100 euros.

6 ÉTUDES

6.1 *Étude prospective évaluant l'activité de la PDSA*

6.1.1 Objectif

Nous avons évalué l'activité de la PDSA, mise en place au sein de la structure des urgences de l'hôpital de Lunéville, en procédant à une étude prospective descriptive sur une période de 4 mois allant du 19 mars 2011 au 14 juillet 2011.

L'objectif de l'étude était de recenser les patients qui ont eu recours aux médecins de la PDSA durant cette période.

6.1.2 Méthode

Les patients qui se présentaient à l'hôpital dans le but de consulter un médecin, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux :

- les samedis entre : 15h00 et 19h00
- les dimanches entre : 9h00 et 12h00
- les dimanches entre : 15h00 et 19h00

étaient accueillis par la secrétaire des urgences.

Un certain nombre de patient, ayant connaissance de l'existence de la PDSA, souhaitaient spontanément y consulter.

Pour les autres, la secrétaire les informait de l'existence de la PDSA. Il leur était laissé libre choix de consulter soit le médecin urgentiste, soit le médecin de garde.

Pour les patients qui consultaient le médecin de la PDSA, la secrétaire remplissait un formulaire afin de recueillir un certain nombre d'informations :

- l'heure d'arrivée,
- de recenser si le patient effectue une demande spontanée pour voir le médecin de garde,
- un service de régulation médicale a-t-il été contacté au préalable ?,
- l'existence de la PDSA est-elle connue ?,

- a-t-il déjà eu recours à la PDSA ?,
- le motif de la consultation.

Le médecin généraliste de garde au terme de sa consultation, quant à lui, notait le diagnostic retenu ainsi que l'heure de départ.

L'étude comporte 18 week-ends et 4 jours fériés.

6.1.3 Résultats

Nous avons pu recenser 622 patients ayant eu recours aux médecins de la PDSA.

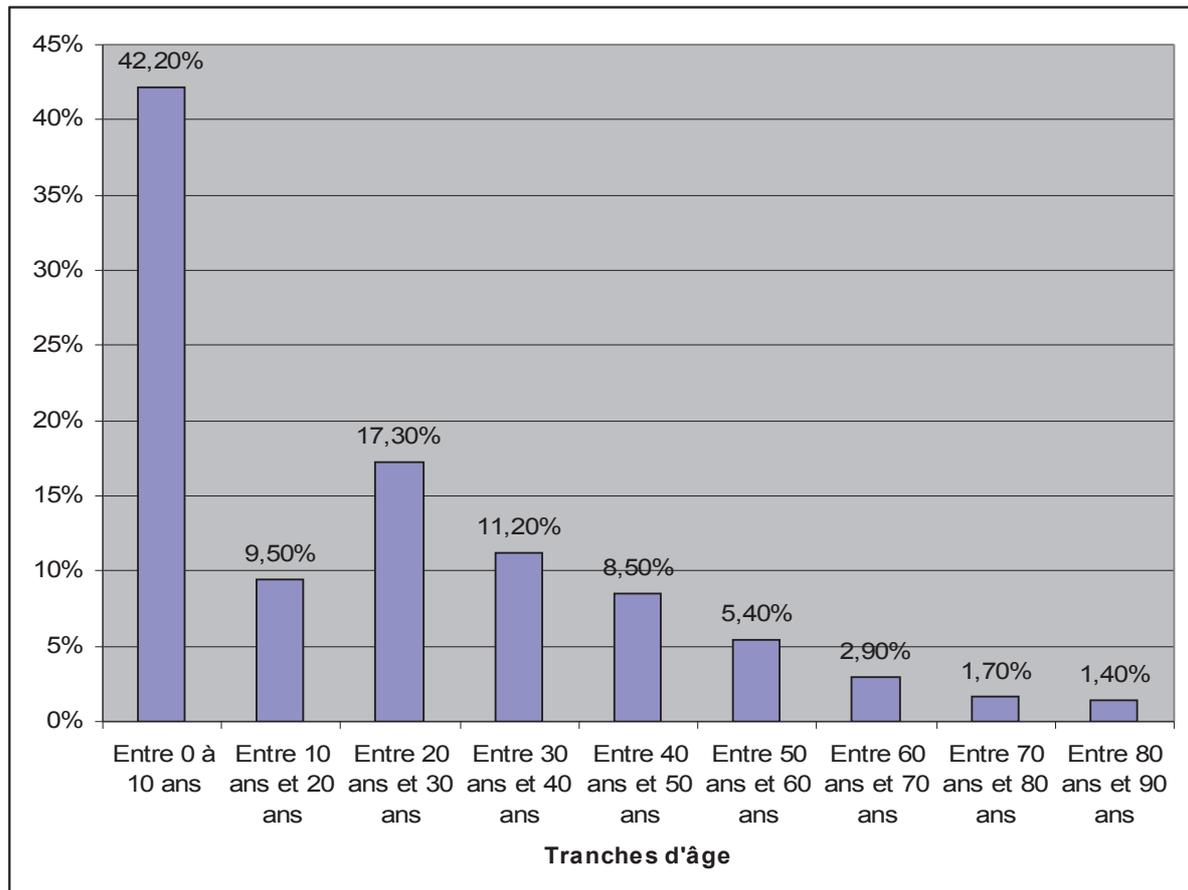
La moyenne du nombre de passages par jour :

- les samedis était d'un peu moins de 10.
- les dimanches était d'un peu plus de 20.
- les jours fériés était d'un peu plus de 23.

On retrouvait un peu plus de femmes (53%) que d'hommes mais de façon non significative($p=0,15$)

A propos de l'âge

Répartition des patients par tranches d'âge.



La moyenne d'âge était de 22 ans (Écart type = 20,7).

Le patient le plus jeune n'avait qu'une dizaine de jours, le plus âgé avait 85 ans.

Dans l'ensemble une population relativement jeune est vue au sein de la PDSA. Plus des 2/3 des patients ont moins de 30 ans, et environ 50 % ont moins de 18 ans.

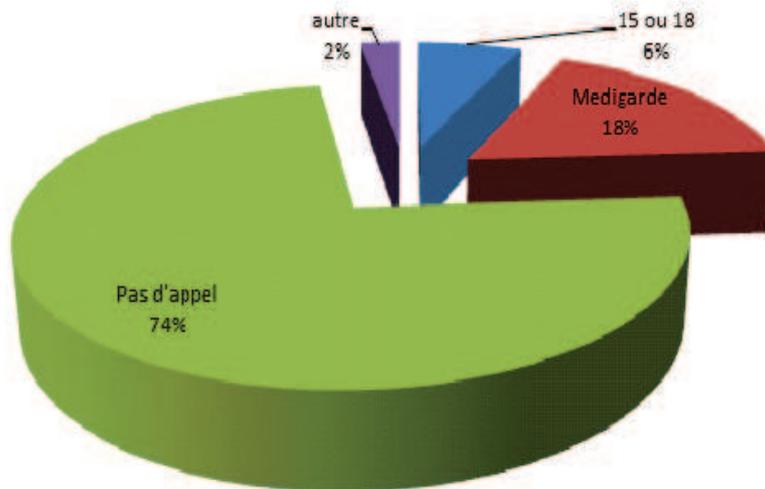
Demandes spontanées de consultation de la PDSA

Est-ce que les patients ont demandé spontanément à consulter le médecin de garde ?

Les 2/3 (N= 387 soit 66,2%) des patients ont demandé spontanément à consulter le médecin généraliste.

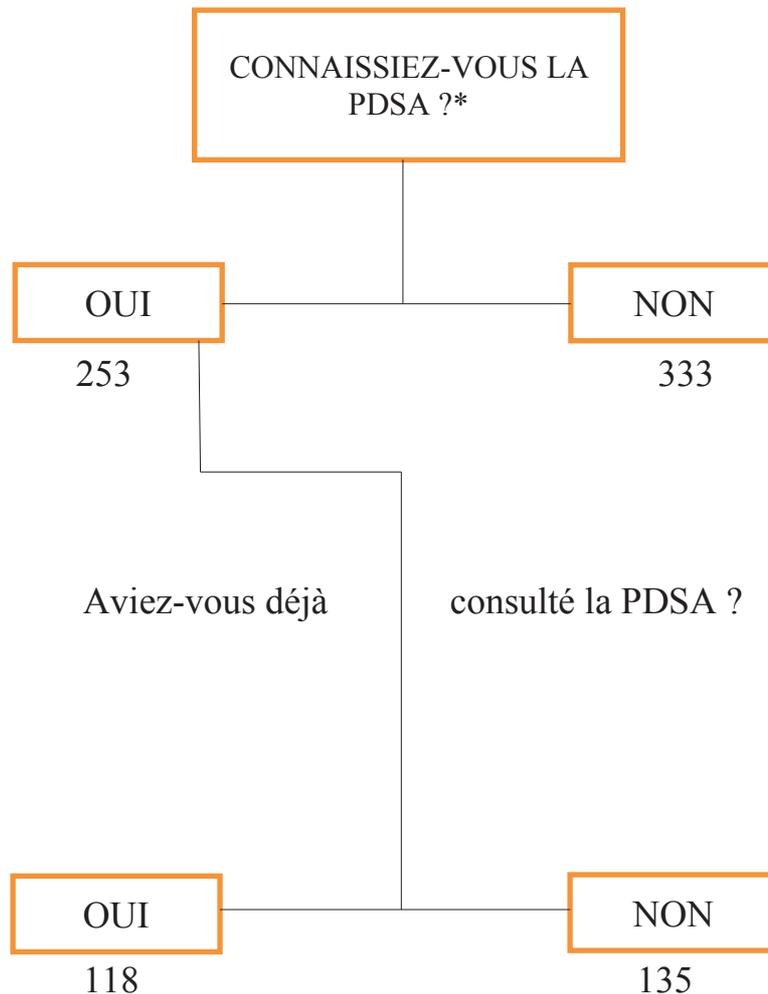
Est-ce que les patients ont appelé un professionnel avant de consulter aux urgences ?

Répartitions des appels avant de consulter aux urgences (91.3% de réponses)



Environ les $\frac{3}{4}$ des patients se sont présentés spontanément au CHL. Seulement $\frac{1}{4}$ des patients avait contacté le 15, le 18 ou MEDIGARDE avant de se présenter. Une petite proportion des patients ont joint un professionnel ne participant pas à un système de régulation, tel que leur médecin, ou un pharmacien ...

Recensement des patients connaissant l'existence de la PDSA, et évaluation du nombre des patients ayant déjà consulté.



(*94.2% réponses exploitables)

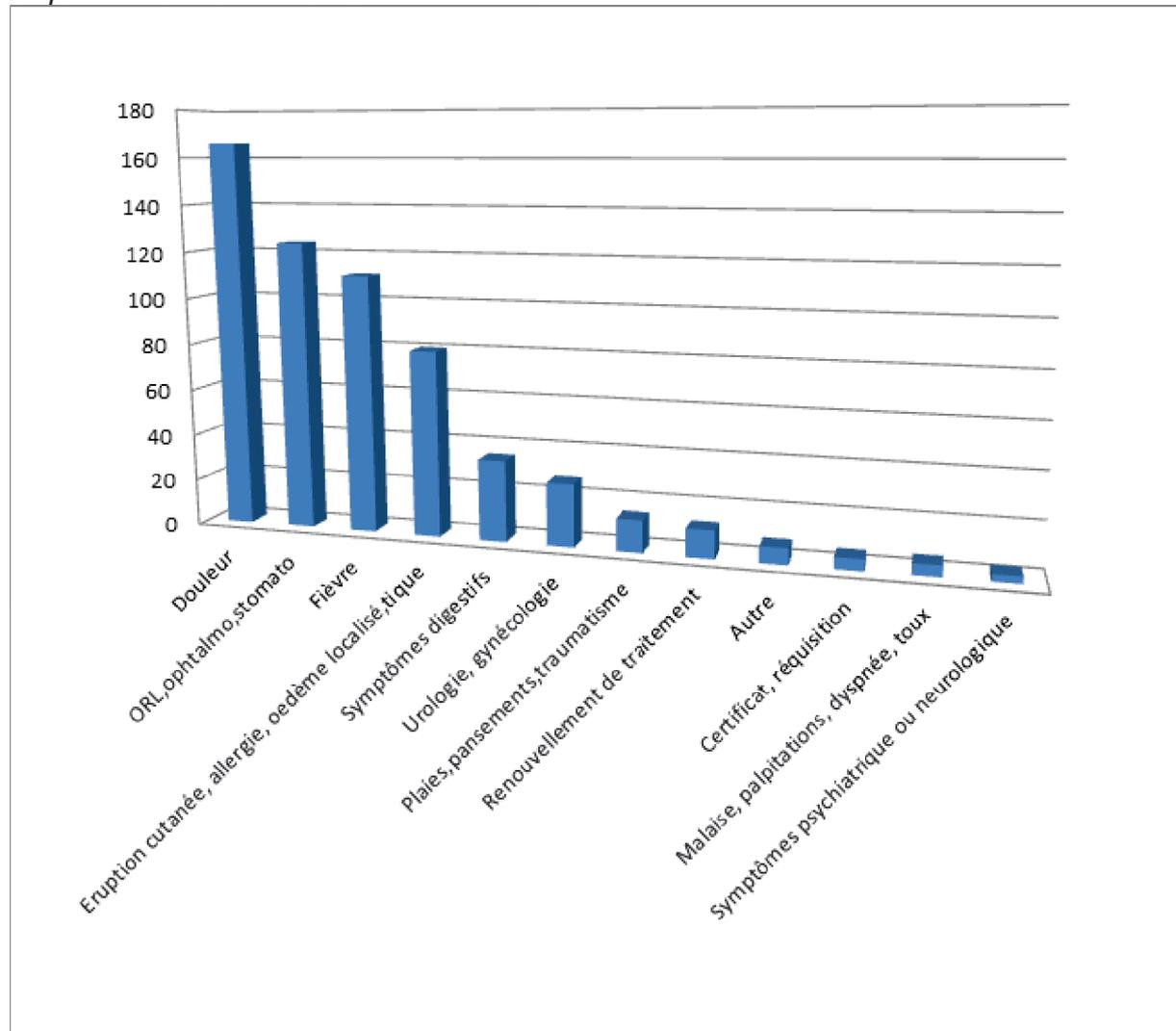
253 (43,2%) patients connaissaient déjà la PDSA, avant le jour de la consultation et parmi ceux-ci un peu moins de la moitié avaient déjà eu recours au médecin de garde de la permanence.

Un peu moins de la moitié des patients qui prétendaient connaître la PDSA y avaient déjà consulté.

40.6%(N=157) des personnes qui ont demandé le médecin de garde ont répondu non à la question, « connaissiez-vous la PDSA ? »

Motifs de consultations

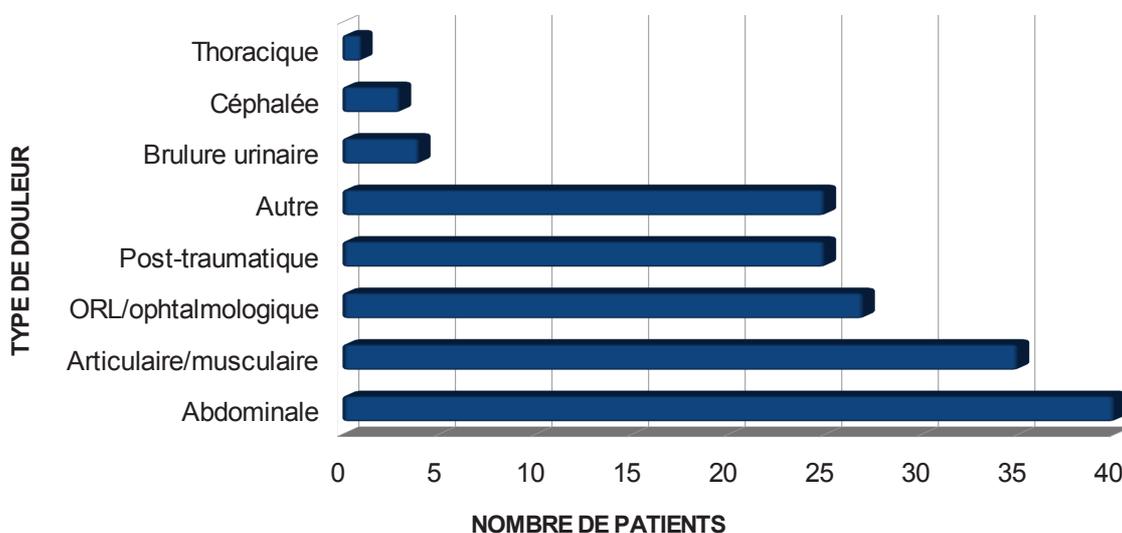
Répartition des motifs de consultations



Les motifs de consultation sont très variés mais environ 20% des patients ont consulté pour une affection ORL ou ophtalmologique. Environ $\frac{1}{4}$ d'entre eux avaient pour motif une douleur (autre que ORL ou ophtalmologique).

Un peu moins de 20 % consultaient pour de la fièvre.

Répartition des différents type de douleur.



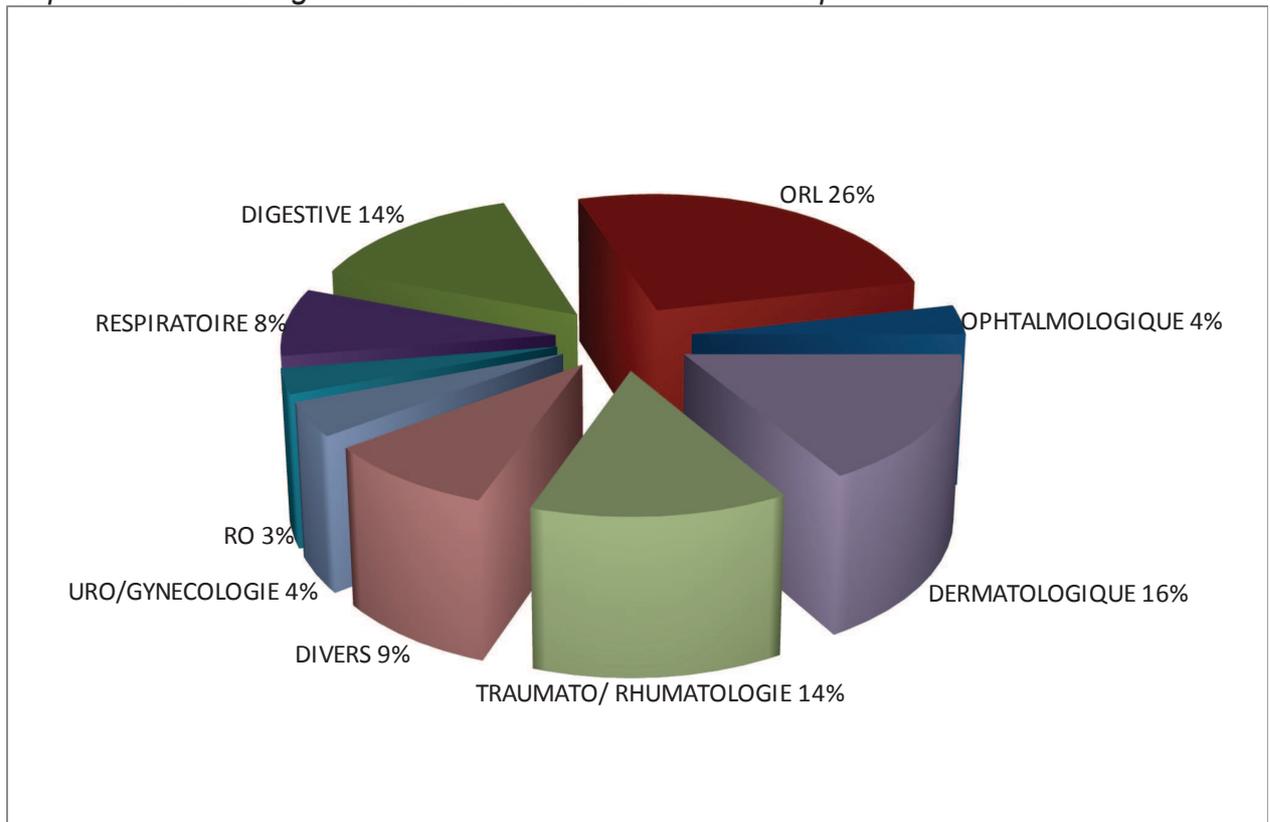
Parmi les douleurs, ceux de localisation abdominales sont les plus représentées avec $\frac{1}{4}$ des motifs. Les douleurs articulaires, musculaires ou post-traumatiques représentent 37,5%. Les douleurs thoraciques sont anecdotiques.

Tableau des diagnostics rencontrés

Affection ORL	156	Affection ophtalmologique	22	Affection digestive	85
Rhino-pharyngite	49	Conjonctivite	13	Gastro-entérite	44
Angine phlegmon	46	Brûlure cornéenne	1	Douleur abdominale colopathie	17
Otite otalgie	31	Corps étranger	1	Vomissement	10
Douleur dentaire	11	Hémorragie conjonctivale	1	Constipation	4
Laryngite	4	Kératite	1	Diarrhée	3
Sinusite	3	Œdème de la paupière	1	Candidose digestive, muguet	2
Vertiges	3	Orgelet	1	Douleur anale	1
Abcès bouche	2	Traumatisme cornéen	1	Fécalome	1
Acouphène	1	Affection respiratoire	50	Intoxication alimentaire	1
Avulsion dentaire	1	Bronchite/bronchiolite	34	Nausées	1
Épistaxis	1	Toux	5	Syndrome appendiculaire	1
Glossodynie	1	Trachéite	4	Renouvellement ordonnance	19
Infection de la face	1	Grippe	3	Certificat coup et blessure	8
Œdème oreille	1	Asthme	2	Renouvellement ordonnance	7
Parotidite	1	Pneumopathie	2	Réquisition	4

Divers	56	Affection dermatologique	97	Affection gynécologique et urologique	26
Fièvre	27	Piqûre insecte, tique	19	Cystite	14
Céphalées, migraines	5	Urticairer, allergie, prurigo	29	Urétrite	3
Dépression anxiété	4	Varicelle, zona	11	Lymphangite, douleur sein	3
Phlébite	2	Scarlatine	4	Vulvite	1
Trouble psychiatrique psychotique	2	Brulure	3	Irritation méat urinaire	1
Sevrage héroïne	2	Eczéma	4	Pyélonéphrite	1
Adénopathie	1	Dermatose, virose	6	Paraphimosis	1
Diabète de novo	1	Érysipèle, infection cutanée	10	Colique néphrétique	1
Douleur non précisée	1	Mycose	4	Douleur menstruelle	1
Hémorragie	1	Syndrome pied main bouche	2	Traumatologie rhumatologie	83
Ingestion dentifrice	1	Éruption non spécifique	1	Rachialgie, sciatalgie, cruralgie	26
Insolation	1	Gale	1	Contusion , traumatisme autre	22
Mal de gorge	1	Herpes cutané	1	Plaie, morsure	12
Malaise vagal	1	Purpura	1	Contusion, traumatisme, entorse d'un membre	10
Mucoviscidose	1	Veinite	1	Douleur sans notion de traumatisme	8
Névralgie fémorale	1			Arthrite, tendinite	4
Paralysie faciale	1			Fracture de la clavicule	1
Parti sans attendre	1				
Rien à signaler	1				
Stupéfiant	1				

Répartitions des diagnostics en fonction des différentes spécialités médicales



Durée de prise en charge

567 valeurs exploitables soit 92.6%

La durée moyenne était de 42 minutes

Avec un écart type 102 minutes

Médiane à 24 minutes

Patients adressés par le médecin de la PDSA aux urgences

Tableau des patients adressés par le médecin de garde vers les urgences

Sexe	Âge	Motif de consultation	Temps de passage PDSA	Temps de passage URGENCES	Examens complémentaires actes techniques	diagnostic	orientation
M	0,5	Fièvre	00:15	00:51	Non	fièvre	H
F	5	Douleur	00:20	01:46	Non	Paralysie faciale périphérique	D
M	9	Traumatisme crânien	00:22	00:20	Suture	Plaie cuir chevelu	D
F	11	Traumatisme	00:01	04:00	Radiographie	Fracture clavicule	D
F	13,5	Douleur abdominale	00:05	04:44	Bilan biologique	Pas d'étiologie	D
F	22	Douleur abdominale	01:35	02:33	Bilan biologique et échographie	Suspicion colique néphrétique	D
F	23	Douleur abdominale	00:15	04:47	Bilan biologique	Pas d'étiologie	D
F	25	Douleur d'un membre	00:15	02:28	Non	Phlegmon main	D
F	28	A refusé de donner le motif	00:10	02:07	Consultation UPM	Troubles anxieux	D
F	35	Douleur abdominale	00:20	03:03	Bilan biologique	Pas d'étiologie	D
F	47	Morsure tique	00:10	01:08	Pansement	Infection cutanée	D
F	48	Douleur d'un membre	00:28	01:04	Echodoppler membres inférieurs	Pas de phlébite	D
F	53	Douleur d'un membre	00:20	02:35	Radiographie	Fracture poignet	H

H=Hospitalisation D=Domicile M=Masculin F=Féminin

On a comptabilisé 13 patients qui ont été adressés par le médecin de garde vers les urgences.(soit environ 2%)

Parmi ces 13 patients :

- deux ont été hospitalisés.
- 3 patients non pas eu d'examens complémentaires.
- 1 a bénéficié d'une consultation auprès de l'équipe de l'UPM.
- 1 patient a eu une intervention chirurgicale programmée pour le lendemain.

85% des patients transférés étaient de femmes.

Parmi les actes techniques, deux concernés des pansements simples, antiseptiques.

La moyenne de la durée totale de prise en charge chez le médecin de garde était de 21 minutes.

6.2 Évaluation des possibilités d'extension de la PDSA les soirs de semaine : Étude prospective

6.2.1 Objectif

Évaluer le nombre de patients pouvant bénéficier d'une consultation auprès d'un médecin généraliste de garde se présentant aux urgences entre 20h00 et 23h00 les soirs de semaine.

Nous tentons de déterminer la possibilité d'étendre la permanence des soins ambulatoires les soirs de la semaine entre 20h00 et 23h00.

Nous estimons qu'il serait envisageable de proposer un médecin généraliste de garde à partir de 9 consultations par soir. En dessous de ce nombre, la présence d'un médecin généraliste tous les soirs de 20h00 à 23h00 ne nous paraît pas opportune.

6.2.2 Méthode

L'étude s'est déroulée sur la période du 18/03/2011 et 29/04/2011, soit 31 jours effectifs.

Critères d'inclusion des patients :

-Les patients qui se sont présentés aux urgences de Lunéville avant 20h00 et n'ayant pas encore été pris en charge par le médecin urgentiste ou l'équipe paramédicale à 20h00 (c'est-à-dire les personnes non encore installées dans une salle d'examen).

-Les patients qui se sont présentés aux urgences entre 20h00 et 23h00.

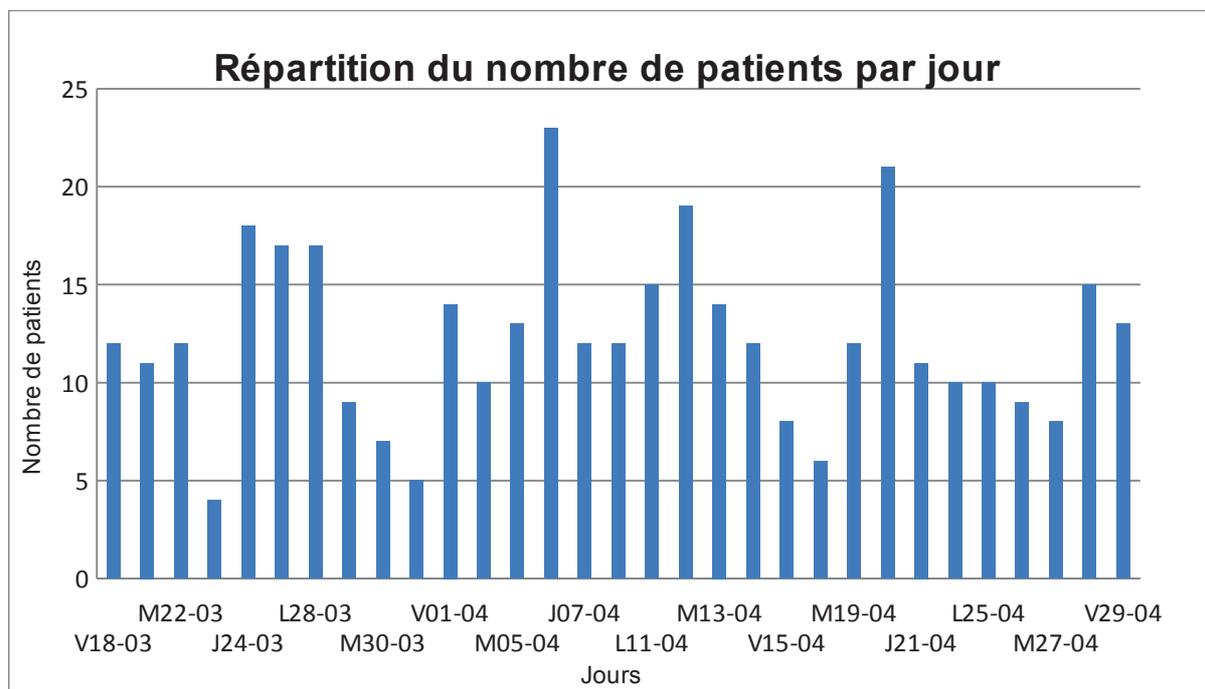
6.2.3 Résultats

Nous avons pu dénombrer au total 379 patients.

Une moyenne d'un peu plus de 12 patients par jour.

Un maximum de 24 passages et un minimum de 4 sur une soirée.

La médiane se situe à 12 patients.



Répartition par genre

50,7% des patients étaient des hommes, 49.3% des femmes.

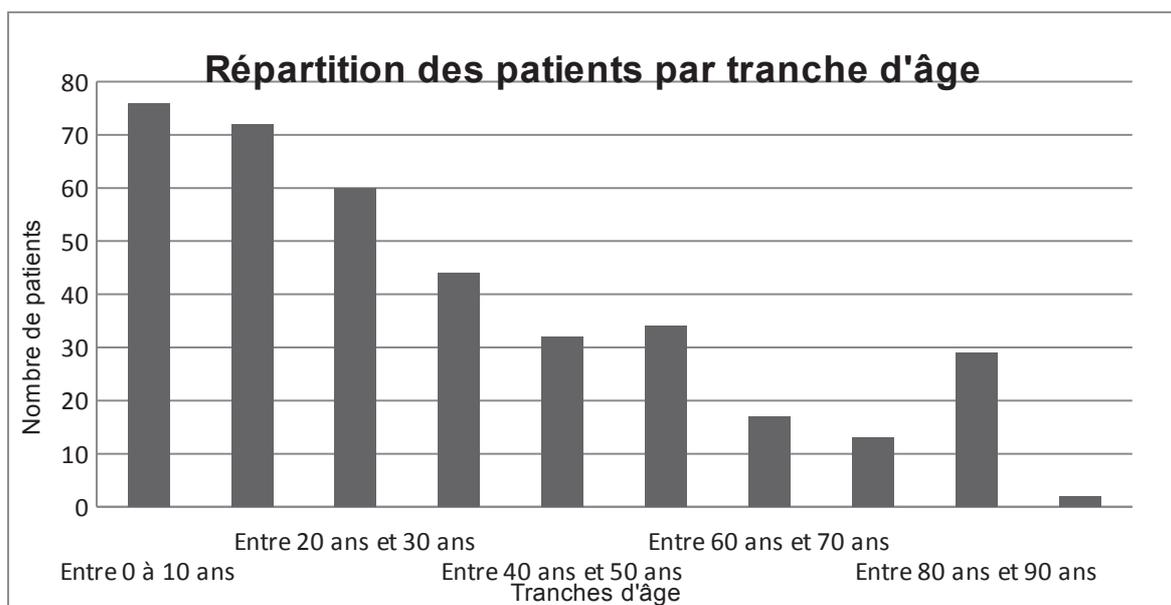
Répartition par âge

La moyenne d'âge était d'un peu moins de 33 ans

Les extrêmes allaient de 94 ans à 39 jours

La médiane se situant à 27 ans,

L'écart-type étant de 25 ans.

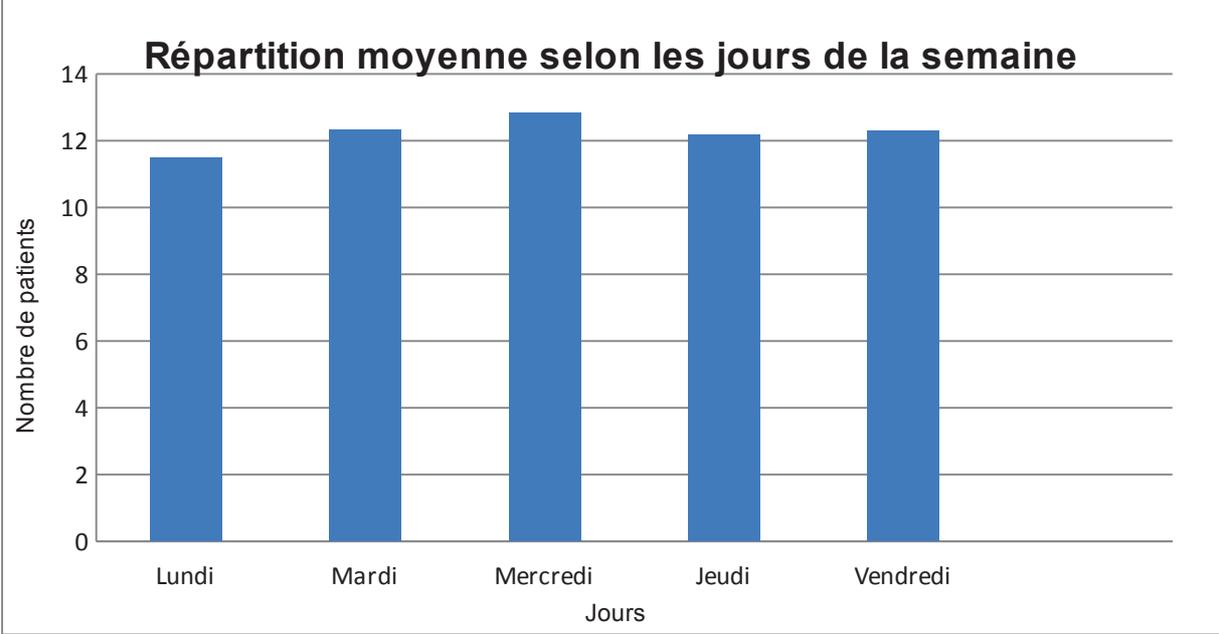


On constate que la population vue aux urgences les soirs est relativement jeune.

49% des patients ont moins de 20 ans et 54.9 % moins de 30 ans.

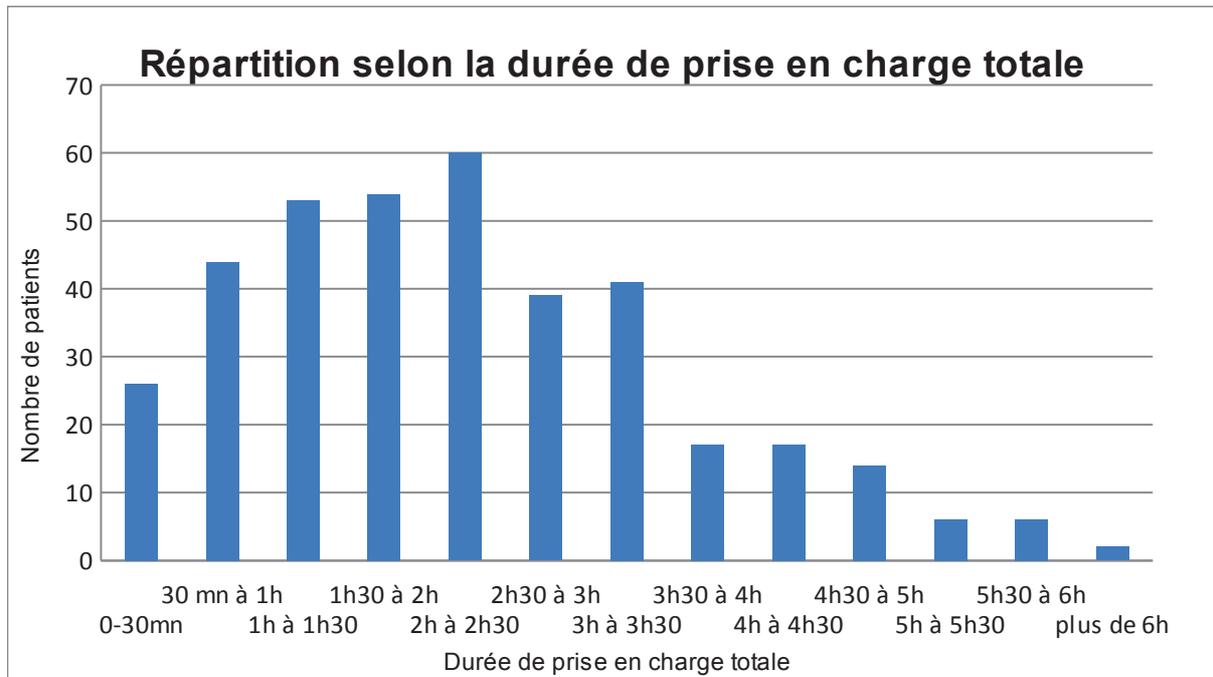
Seulement 11.6% des patients ont plus de 70 ans.

Répartition selon les jours de la semaine



La répartition sur l'ensemble des jours de la semaine est très homogène. Aucune sur ou sous activité n'a été révélée en fonction du jour de la semaine.

Répartition selon la durée de prise en charge totale



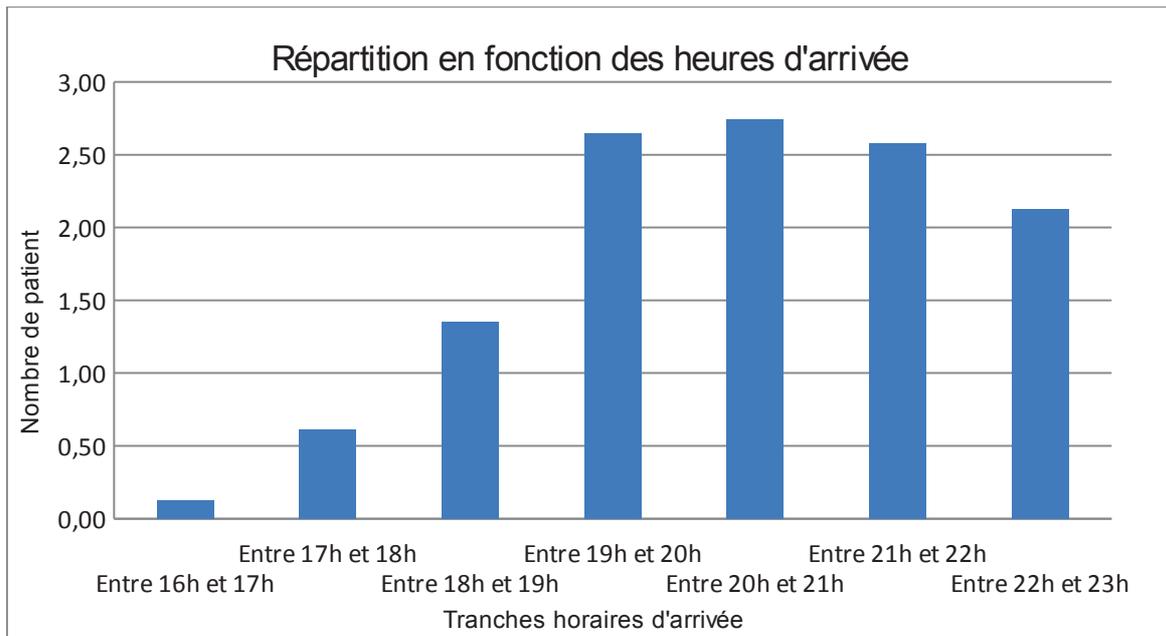
La durée moyenne de prise en charge des patients étaient de 2 heures 17

La médiane était de 2h10mn.

L'écart-type était de 1h42mn

La durée minimum de prise en charge était de 4 minutes et la plus longue était de 6 heures 21 minutes.

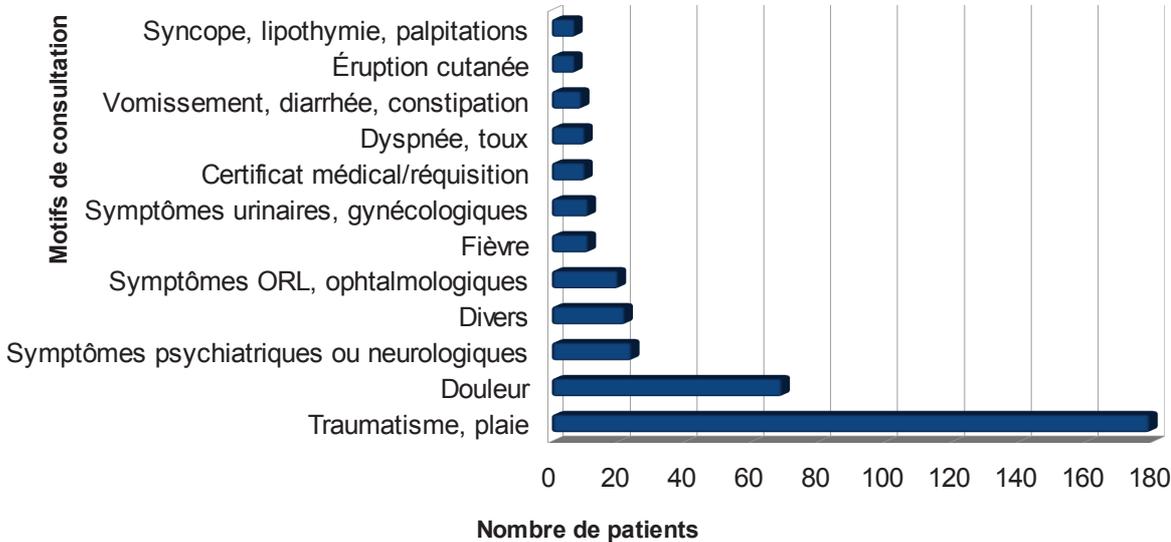
Répartition selon les heures d'arrivée



On constate que le nombre de passage les soirs est dans l'ensemble homogène, entre 2 et 3 entrées par heure.

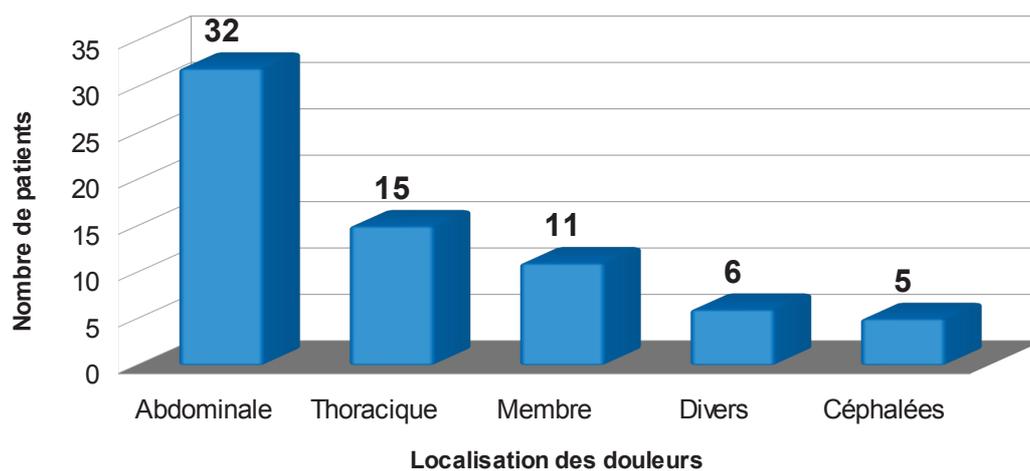
Motifs de consultation

Répartition selon les motifs de consultations



Un peu moins de 50% des motifs de consultation concernent un traumatisme ou une plaie.

Répartition des localisations des douleurs



Un peu moins de 50% des douleurs sont des douleurs abdominales, cela représente un peu plus de 8% de l'ensemble des motifs de consultation.

Diagnostics

Pathologie traumatique et rhumatologique	193
Traumatisme, contusions, hématome	58
Plaies, morsures	54
Fracture	32
Entorse membre	22
Douleur musculo-squelettique, tendinite	13
douleur du rachis	7
Soins post-chirurgicaux, douleur sous plâtre	4

divers	52
Parti sans attendre	18
Divers	15
Certificat coup et blessure, réquisition	9
Erreur de médication, surdose AVK	5
Douleur non précisée	2
Fièvre	2
Manquant	1

Affection psychiatrique et neurologique	29
Intoxication médicamenteuse, alcoolique	9
Anxiété, dépression	7
Céphalée, migraine	4
Pathologie psychiatrique autre	3
AVC AIT	3
Convulsion, épilepsie	3

Pathologie digestive	32
Gastro-entérite aiguë, vomissements, diarrhée	13
Douleur abdominale	10
Syndrome appendiculaire	7
Constipation, colopathie	2

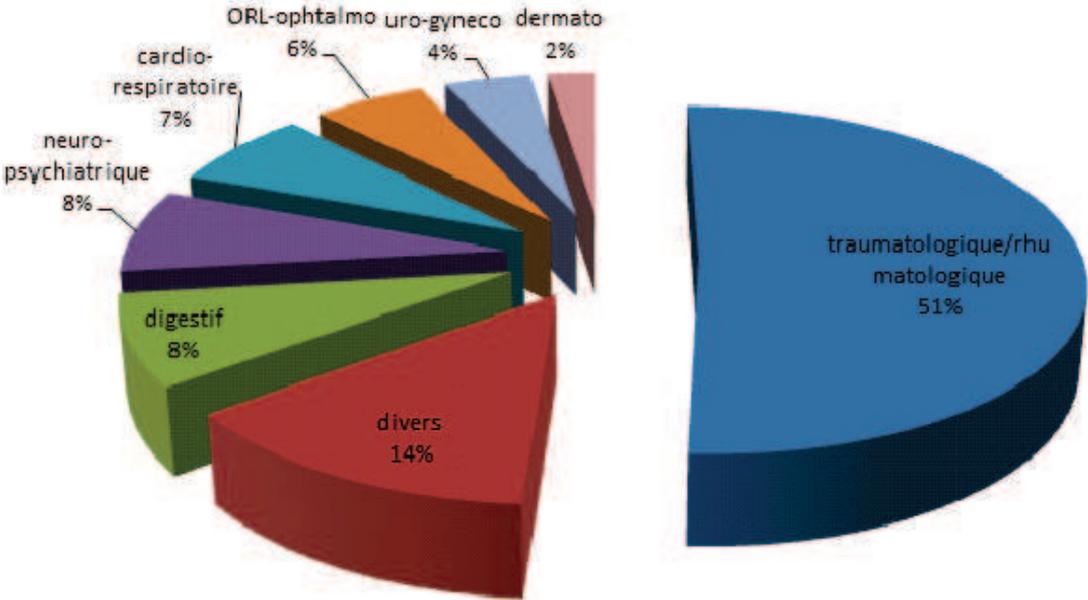
Affection cardio-vasculaire et respiratoire	27
Douleur thoracique	9
Bronchite, bronchiolite, pneumopathie, grippe, asthme	7
Malaise vagal	5
OAP insuffisance cardiaque	3
Tachycardie, troubles du rythme cardiaque	2
Toux	1

Affection ORL ophtalmologique	21
infection ORL	10
Autre affection œil	6
Conjonctivite, orgelet	3
Épistaxis	2

Affection dermatologique	9
Allergie, urticaire, eczéma	4
Piqûre de guêpe, insecte, tique	2
Infection cutanée	1
Virose	1
Brûlure	1

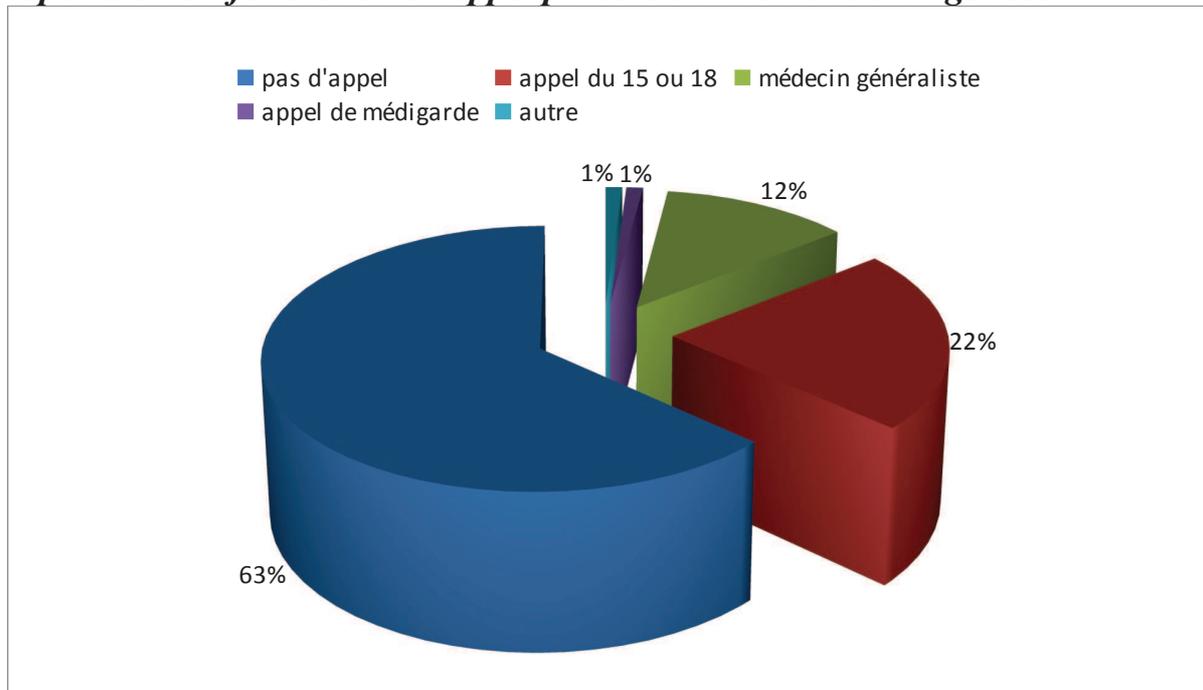
Affection gynécologique et urologique	16
Douleur menstruelle	7
Colique néphrétique	5
Cystite, urétrite, pyélonéphrite	4

Répartitions des diagnostics



Appel d'un professionnel avant de se rendre aux urgences

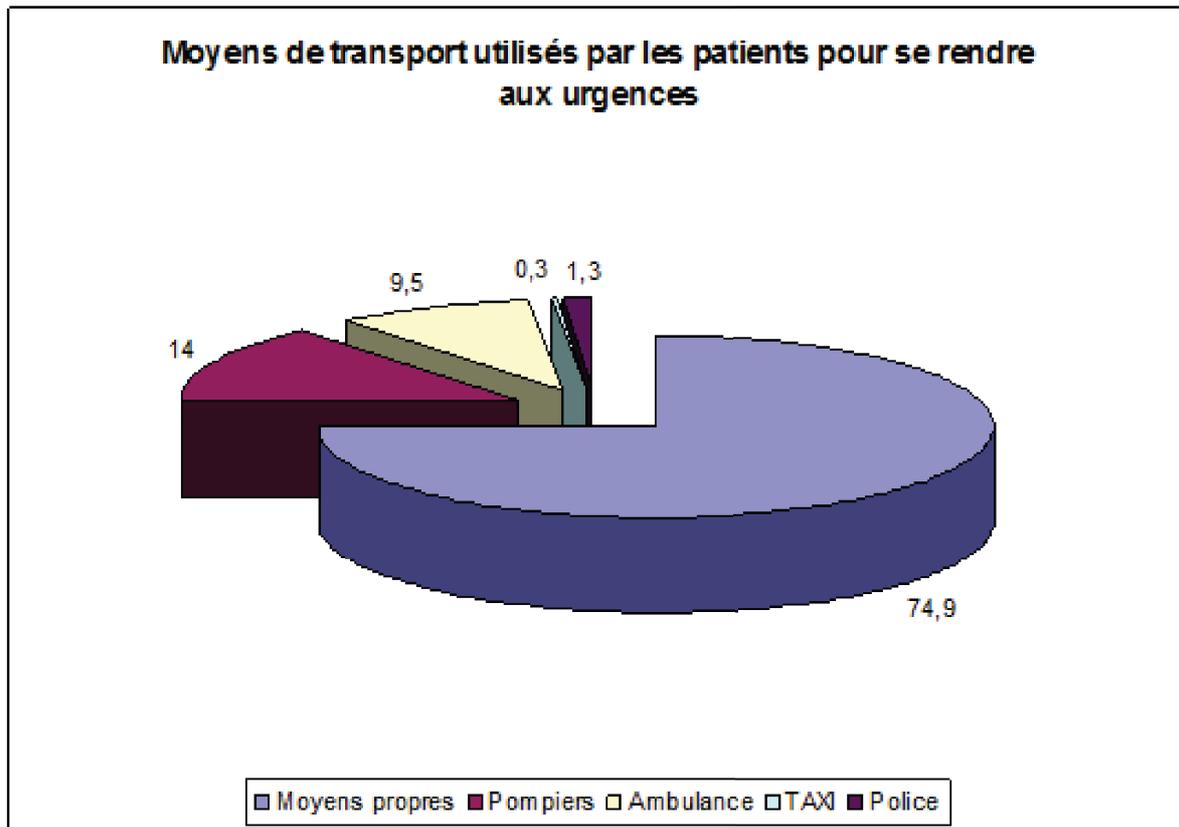
Répartition en fonctions de l'appel précédent la venue aux urgences



Près des deux tiers des patients qui se sont présentés aux urgences l'ont fait spontanément sans avoir préalablement contacté un médecin ou les pompiers.

Moyen de transport utilisé par les patients pour se rendre aux urgences

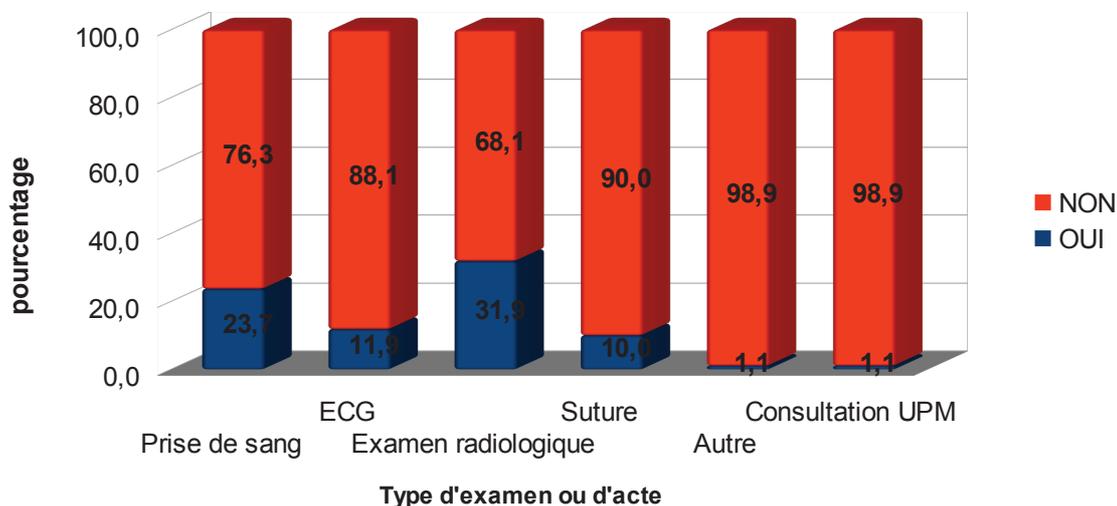
Répartitions selon le mode de transport utilisé pour se rendre aux urgences



Les $\frac{3}{4}$ des patients se sont présentés par leur propre moyen.
L'autre quart venant essentiellement en ambulance ou avec les pompiers.
Environ 1% concerne des réquisitions : des patients accompagnés par les forces de l'ordre.

Examens complémentaires

Examens complémentaires ou actes techniques réalisés



Un seul examen ou acte technique	175
Examen Radiologique	88
Prise de sang	38
Suture	34
ECG	10
Consultation UPM	3
Autre	2
Deux examens et/ou actes techniques	41
Prise de sang et ECG	19
Prise de sang et examen radiologique	16
Prise de sang et autre	2
Examen radiologique et suture	2
Examen radiologique et ECG	1
Prise de sang et consultation UPM	1
Trois examens et ou actes techniques	15
Prise de sang, ECG et examen radiologique	13
Prise de sang, ECG et suture	1
ECG, suture, et examen radiologique	1

Parmi les 379 patients, 231 (60,9%) ont eu au moins un examen complémentaire ou acte technique.

Par examen complémentaire on entend : prise de sang, électrocardiogramme(ECG), examen radiologique.

Par acte technique, on entend suture, autre acte nécessitant du matériel en général non disponible pour un médecin de garde généraliste ou consultation avec l'équipe de l'Unité de Psychologie Médicale de Lunéville (UPM).

Il y a eu 148 patients qui sont sorties sans examen complémentaire ou acte technique.

175 patients ont eu un examen, 38 ont eu deux examens et 15 trois examens.

4 ont nécessité une consultation avec l'équipe de l'UPM .

Parmi la catégorie autre

1 chez qui on a dû retirer une bague avec un coupe-bague, nécessitant donc du matériel adapté.

1 a nécessité l'administration d'un aérosol.

1 a nécessité la pose d'une sonde urinaire.

1 a nécessité une intubation oro-trachéale.

Pour répondre à la question principale qui était de savoir s'il était envisageable de mettre en place un médecin généraliste de garde les soirs dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires, nous devons déterminer :

-le nombre de patients arrivés entre 20h00 et 23h00,

-le nombre de patients arrivés avant et non encore pris en charge avant 20h00,

sortis sans examen complémentaire et venus par leurs propres moyens.

Ils étaient au nombre de 125 patients, soit 33 % des patients inclus dans l'étude.

Soit une moyenne de 4 par soir.

6.3 *Évaluation de l'impact de la PDSA sur les urgences : Étude comparative rétrospective.*

Nous avons évalué l'impact de la permanence des soins ambulatoire sur l'activité des urgences de Lunéville.

6.3.1 L'hypothèse

L'hypothèse de départ : la présence de la PDSA devrait permettre une baisse de l'activité des urgences, avec pour conséquence une diminution du délai d'attente et de la durée totale de prise en charge.

6.3.2 Méthode

Pour cela nous avons effectué une étude comparative rétrospective.

Cette étude s'est déroulée sur deux périodes de dix mois.

La première période de septembre 2009 à juin 2010 et la deuxième période de septembre 2010 à juin 2011.

Le but étant de comparer les délais et les durées totales de prise en charge, des patients s'étant présentés aux urgences de Lunéville durant les heures de la PDSA. C'est à dire entre 15h00 et 19h00 les samedis et entre 9h00 et 19h00 les dimanches.

Par délai de prise en charge, nous entendons le temps écoulé entre l'arrivée du patient dans l'hôpital (enregistrement de l'entrée administrative du patient) et son installation dans une salle d'examen.

Par durée totale de prise en charge, nous entendons le temps écoulé entre l'arrivée du patient dans l'hôpital (enregistrement de l'entrée administrative du patient) et sa sortie définitive du service des urgences.

L'entrée administrative réalisée informatiquement était effectuée dès l'arrivée du patient aux urgences, nous permettant ainsi de déterminer l'heure d'arrivée.

Le patient était ensuite dirigé soit :

- vers la salle d'attente principale,
- vers la salle d'attente brancard,
- directement installé dans une salle d'examen.

L'heure de prise en charge des patients a été déterminée par l'heure d'installation dans une salle d'examen.

L'heure de sortie du service du patient correspondait à l'heure de clôture informatique du dossier patient. En effet, le protocole du service veut que la clôture des dossiers ne soit effectuée que lors de la sortie effective du patient. Nous avons pu ainsi déterminer le délai d'attente et la durée totale de prise en charge pour chacun des patients.

Le service des urgences fonctionne avec deux médecins, deux infirmiers et deux aides-soignants présents 24h/24.

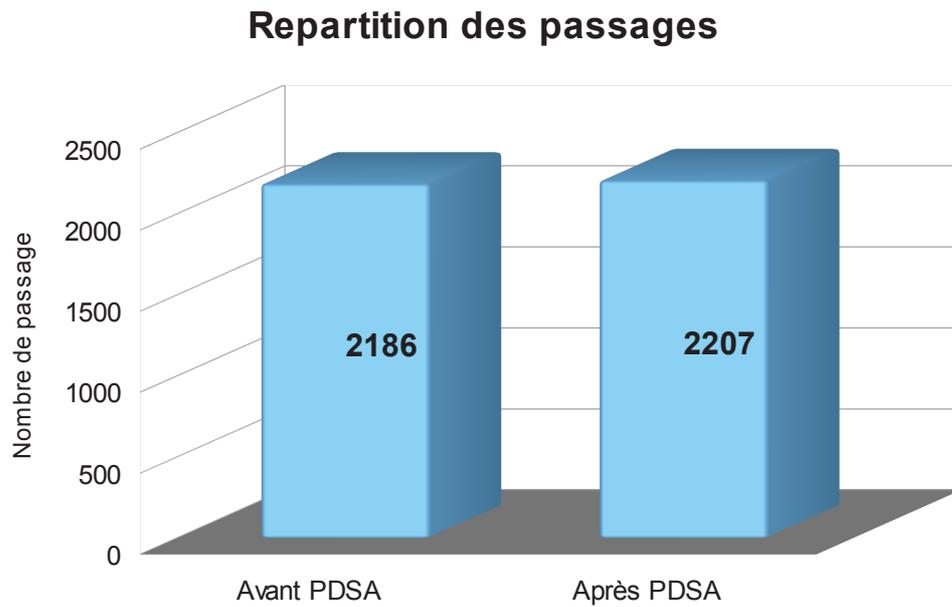
En cas de déclenchement d'une intervention de l'équipe SMUR de Lunéville par le centre 15, un des médecins accompagné par un infirmier et un aide-soignant (qui fait office aussi de chauffeur du véhicule SMUR), quittent le service. Cela ampute donc de 50% l'équipe soignante, donc la capacité de prise en charge et par conséquent, cela allonge les délais et les durées des prises en charge des patients des urgences.

Nous avons donc également comparé le nombre et la durée des sorties SMUR sur les deux périodes décrites précédemment afin de contrôler ce biais éventuel.

Les périodes ont été choisies sur les mêmes mois afin d'éviter un biais de saison.

6.3.3 Résultats

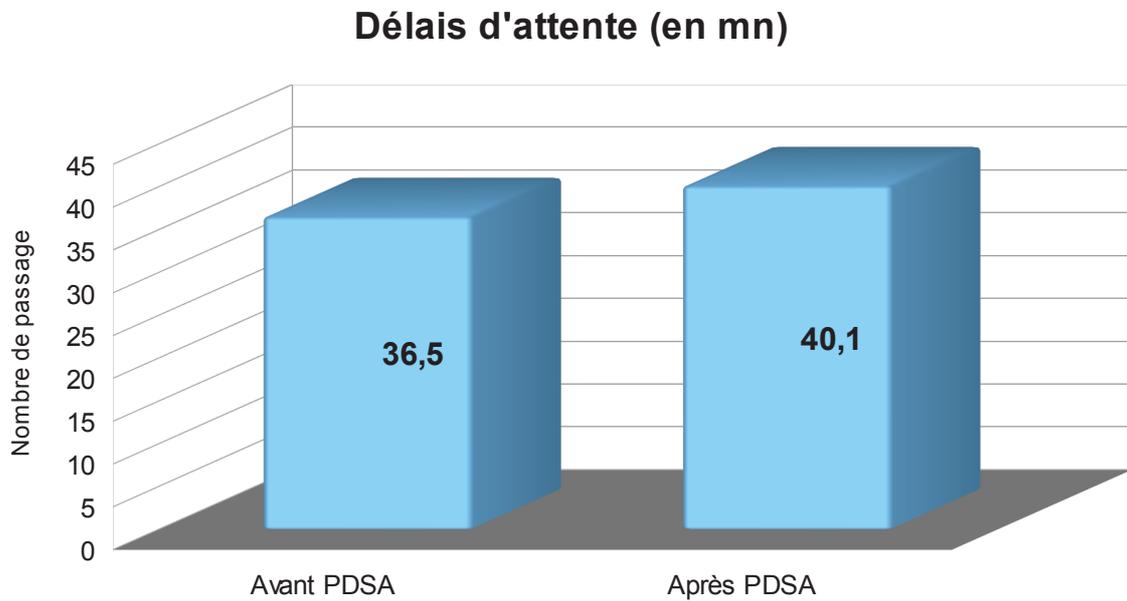
Durant l'étude, nous avons comptabilisé deux périodes de 43 week-ends chacune, avec un total de 4393 patients.



Sur la période de septembre 2009 à juin 2010, nous avons dénombré 2186 passages soit une moyenne de 50 passages par week-end

Sur la deuxième période, de septembre 2010 à juin 2011, nous avons comptabilisé pour le même nombre de week-end, un nombre de passage supérieur à celui de la période précédente avec 2207 passages, sans avoir retenu aucune différence significative

Évaluation des délais d'attente



Avant la mise en place de la PDSA, le délai d'attente était en moyenne de 36.5 minutes.

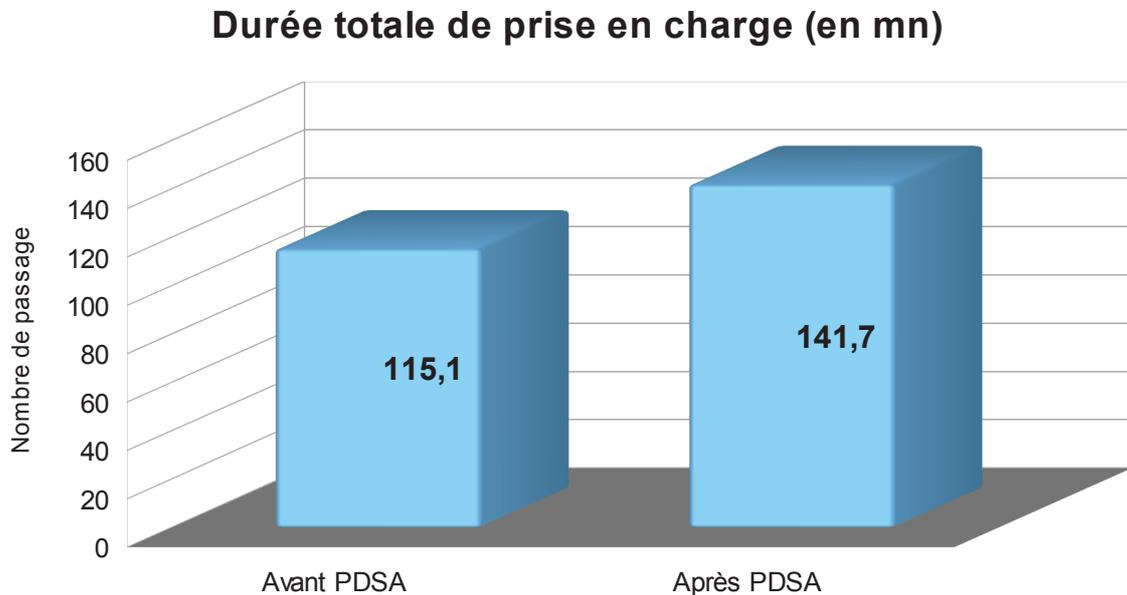
Après la mise en place de la PDSA, le délai d'attente était un peu plus long avec 40.1 minutes ($p=0.006$)

On constate, suite à la mise en place de la PDSA, un allongement significatif des délais moyens d'attentes.

La prise en charge la plus courte a été une installation dès l'arrivée du patient.

Le délai de prise en charge le plus long a été de 282 minutes (près de 4h45) avant la mise en place de la PDSA, alors qu'il était de 301 minutes (soit 5h00)

Évaluation des durées totales de prise en charge



Avant la création de la PDSA, la durée totale de prise en charge était en moyenne de 115,1 minutes

Après la création de la PDSA, la durée totale de prise en charge était en moyenne de 141,7 minutes. ($p < 0.0001$)

On constate, suite à la création de la PDSA, un allongement significatif de la durée totale de prise en charge (Plus de 20%).

La durée maximum était avant la PDSA de 595 minutes, soit près de 10h00.

La durée maximum après la PDSA de 779 minutes, soit près de 13h00.

Les durées minimales de prise en charge étaient identiques dans les deux groupes, de l'ordre de la minute.

Évaluation des délais et des durées totales de prise en charge en fonction des sorties SMUR

"Comparaison des caractéristiques de prise en charge des patients quand il y a eu intervention du SAMU dans la journée en fonction de la période"

	Avant mise en place de la permanence des soins N=83 (54,6%)			Après mise en place de la permanence des soins N=69 (45,4%)			p**
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
Délai d'attente avant prise en charge (en minutes)	83	22,4	37,3	69	26,8	33,4	0,4561
Durée totale de prise en charge (en minutes)	83	110,6	99,2	69	137,2	102,6	0,1072

* écarttype

** Test issu d'un test de Student

Données LM. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 01AUG2012

Le nombre et la durée moyenne des sorties SMUR n'ont pas été significativement différentes entre les deux groupes.

7 DISCUSSION

7.1 Étude prospective sur l'évaluation de l'activité de la PDSA :

7.1.1 A propos de la moyenne de passage.

Le recours de la population à la PDSA de Lunéville nous montre que celle-ci rencontre déjà un vif succès.

Les moyennes de passages assurent une activité conforme à la pratique de la médecine générale rencontrée habituellement en cabinet traditionnel.

En médecine de ville, hors permanence des soins, le temps moyen d'une consultation est de 16 minutes (68).

Les samedis avec 10 consultations, on a un temps moyen possible pour une consultation de 24 minutes, les dimanches 21 minutes et les jours fériés 18 minutes.

On se rend compte qu'après seulement quelques mois de fonctionnement, l'activité de la PDSA est bien dimensionnée, ni pas assez, ni trop d'activité.

7.1.2 A propos de l'âge.

La population vue en consultation durant cette étude est relativement jeune. La moyenne d'âge est de 22 ans. Plus des 2/3 avaient moins de 30 ans. 50% des patients vus étaient des mineurs.

Parmi les mineurs, 80 % avaient moins de 10 ans.

Cette forte proportion d'enfant peut s'expliquer par la nature des motifs de consultation.

Il s'agit principalement de motifs douloureux, de symptômes ORL ou de fièvre entrant dans le cadre d'une origine infectieuse. En effet, parmi les diagnostics retenus 1 patient sur 5 a consulté pour une angine, une otite ou une rhinopharyngite. Il s'agit de pathologies très fréquemment rencontrées chez les jeunes enfants.

7.1.3 A propos des motifs de consultation.

Comme on pouvait s'y attendre, la majorité des motifs de consultation et des diagnostics posés sont en rapport avec une pathologie aiguë, le plus souvent d'origine infectieuse.

On a pu recenser parmi les diagnostics, 50% de pathologies d'origine infectieuse (sans tenir compte des 27 patients qui ont été étiquetés « fièvre » sans qu'un diagnostic n'ait pu être précisé).

Ces infections étaient variées : conjonctivites, gastro-entérites, bronchites, bronchiolites, cystites, varicelles pour ne citer que celles-ci.

Il est intéressant de noter que malgré une localisation de la PDSA très proche du service des urgences et la forte tendance du personnel d'accueil des urgences à orienter les patients victimes de plaies ou de traumatismes vers l'urgentiste, les médecins généralistes n'ont pas été complètement sevrés de ces pathologies. Ils ont vu environ 8% de pathologie traumatique : plaie, morsure, contusion, entorse d'une partie d'un membre. On note même un patient réorienté vers les urgences pour suspicion de fracture de la clavicule, diagnostic qui sera confirmé par l'examen radiologique. Cette orientation des traumatismes vers le généraliste peut être le fait du personnel d'accueil après avis du médecin urgentiste selon le protocole du service en vigueur à Lunéville.

Exemple : un patient qui se présente pour un traumatisme de la cheville sans œdème, ni trouble de la marche, peut tout à fait être orienté vers le médecin généraliste, qui pourra, le cas échéant, réorienter ce patient vers les urgences s'il estime la réalisation d'une radiographie nécessaire. Cela peut aussi être du fait des patients eux-mêmes qui estiment avoir besoin d'un avis médical, ne pensant cependant pas qu'un examen complémentaire pourrait être nécessaire. Dans ce cas leurs préférences va vers le médecin généraliste, parce qu'ils estiment que pour le même service médical, ils attendront moins.

On a également mis en évidence un transfert de consultation qui était habituellement réalisé par les urgentistes pendant les horaires de fermeture habituel des cabinets médicaux des médecins généralistes. Il s'agit de la réalisation des certificats médicaux de coups et blessures, ou des réquisitions par les forces de l'ordre.

Les certificats médicaux de coups et blessures ne sont pas des actes qui doivent être réalisés impérativement en urgence. Mais régulièrement, pour ne pas dire quotidiennement, les patients viennent spontanément aux urgences ou lorsque les victimes d'agression sont allées au commissariat de police pour déposer une plainte, celui-ci les dirige vers les urgences.

En ce qui concerne les réquisitions, les procédures judiciaires imposent une consultation médicale dans les plus brefs délais, souvent associée à la réalisation d'un bilan sanguin, ce dernier pouvant être effectué par le médecin généraliste réquisitionné, le matériel de prélèvement étant fourni par les forces de l'ordre.

Les motifs de recours aux médecins généralistes de garde sont très variés, tout comme les pathologies rencontrées, mais il s'agit principalement des pathologies infectieuses aiguës.

7.1.4 A propos de la connaissance de la PDSA.

A l'arrivée du patient, la secrétaire d'accueil devait recenser si le patient demandait spontanément à voir le médecin de garde de la PDSA. L'information était identifiée dans la fiche de recueil : « demande de consultation spontanée auprès du médecin de garde » :

deux cases à cocher Oui ou Non.

La secrétaire devait également demander au patient : « connaissez-vous l'existence de la permanence des soins » : deux cases à cocher Oui-Non.

Nous avons obtenus 94% de fiches évaluables.

Les données manquantes sont expliquées par l'orientation spontanée du patient vers le médecin généraliste sans passer par la secrétaire d'accueil des urgences. En effet, il n'est pas nécessaire de se présenter à l'accueil des urgences lorsque l'on veut voir le médecin généraliste de garde. Dans le cadre de notre travail, nous avons affiché des notes d'information demandant aux patients souhaitant consulter le médecin de garde de se présenter préalablement à la secrétaire de l'accueil des urgences.

Parmi les réponses au premier item, nous avons obtenu 387 Oui soit 66% des patients.

Parmi les réponses au deuxième item, nous avons obtenu 253 Oui soit 43% des patients

Donc nous obtenons plus de patients qui demandent à consulter le médecin de garde que de réponses de personnes prétendant connaître la permanence des soins.

Le résultat au premier regard semble discordant.

On peut expliquer cette discordance par plusieurs points :

Les fiches devaient être, à l'origine, remplies par le personnel des urgences, mais très rapidement, et souvent pour une question de rapidité ou de surcharge de travail, certaines fiches ont été confiées aux patients. Parfois, lorsque la secrétaire était en pause, le relais était assuré par un infirmier ou un aide-soignant, pas toujours bien au fait de la procédure de cette étude. Or le questionnaire n'était pas conçu à l'origine pour être confié aux patients.

Un patient se présente aux urgences pour un motif ne nécessitant pas une prise en charge par les urgences. Il ne demande pas spontanément à voir le médecin généraliste de garde. Il peut se voir proposer de voir ce dernier. S'il accepte, on lui confie la feuille de renseignement (ce que l'on aurait pas du faire). Il peut cocher oui à l'item « demande de consultation spontanée auprès du médecin de garde » parce que justement, il vient d'être dirigé vers le médecin de garde, et qu'il peut interpréter la fiche comme un formulaire de demande de consultation auprès du médecin de garde. Mais ensuite à la question « connaissez vous l'existence de la permanence des soins », il pourra très bien répondre non, s'il n'en connaissait pas l'existence.

Le deuxième item peut être source de confusion en lui-même.

Je prends pour exemple, un patient qui contacte le 15 ou MEDIGARDE54, le médecin régulateur l'oriente vers le médecin de garde. Il se présente donc au sein de l'hôpital de Lunéville, auprès de la secrétaire des urgences. Il demande spontanément à voir le médecin de garde, la case Oui est donc cochée pour l'item « demande de consultation spontanée auprès du médecin de garde ». La secrétaire lui demande si il connaît la **permanence des soins** ?:

-il peut y avoir confusion entre médecin de garde et permanence des soins le lien n'est pas évident pour un profane, et répondre non, alors qu'il vient d'être dirigé par le médecin régulateur vers la PDSA.

-Il peut aussi répondre non, dans l'idée pas avant aujourd'hui.

Des réserves peuvent donc être émises quant à la valeur à donner à ces réponses.

Parmi les patients qui ont répondu Oui à la question « connaissiez-vous la permanence des soins » (253 patients), un peu moins de la moitié (118 patients) avait déjà consulté la PDSA.

Tout en gardant à l'esprit les réserves formulées, il ressort de cette étude que près d'un patient sur cinq avait déjà bénéficié du service. Bien que l'étude n'évalue pas le niveau de satisfaction des patients vis-à-vis de la PDSA, ce résultat laisse supposer qu'une partie des patients sont satisfaits puisqu'ils reviennent consulter.

7.1.5 A propos d'un appel préalable vers une régulation.

Le questionnaire évaluait également si le patient avait contacté une régulation préalablement à sa venue aux urgences. Un item avait été prévu en ce sens pour le 15 et pour MEDIGARDE54, un item pour l'absence d'appel d'une régulation préalable et un item autre.

Les $\frac{3}{4}$ des patients se sont présentés spontanément au Centre Hospitalier de Lunéville (CHL).

Bien que la régulation soit le pivot central de la PDSA mise en place par la réforme, on se rend compte, qu'au final, une grande partie des consultants n'y ont pas recours.

C'était un des points de satisfaction du système Lunévillois pour Monsieur le Dr Bichat pour qui laisser la liberté aux patients d'accéder à la PDSA sans forcément passer par une régulation est une bonne chose. Ce qui est également le sentiment de Mr le Dr Masse, Président de l'association de la PDSA, qui relatait, lors d'un entretien, qu'à l'époque du tout régulation, l'activité des médecins de garde était faible. Il évoquait 3 ou 4 consultations par jour de garde.

Dans notre étude, on peut essayer d'extrapoler les chiffres : avec en moyenne 20 consultations le dimanche et 10 consultations le samedi, et $\frac{1}{4}$ des patients orientés par la régulation médicale, on est en moyenne à 5 consultations les dimanches et 2 ou 3 les samedis.

Le fait de laisser libre choix aux patients d'accéder directement à la PDSA assurent une activité justifiant pleinement la présence d'un médecin de garde.

7.1.6 A propos des patients qui ont été transférés de la PDSA vers les urgences.

Le nombre de patient orienté vers les urgences est faible (2%).

L'orientation des patients vers le médecin de garde est bonne, puisque 98% des patients n'ont pas nécessité le jour de la consultation la réalisation d'examen complémentaires ou d'actes techniques qui auraient nécessité un transfert vers le service des urgences.

Un peu plus des $\frac{3}{4}$ des patients transférés avaient fait la demande spontanée de voir le médecin de garde.

Sur les 13 patients transférés :

°Deux ont été hospitalisés :

-un nourrisson de 6 mois dans le cadre d'une fièvre sans étiologie évidente. L'hospitalisation sera en faveur d'une angine sans trancher catégoriquement. Son passage aux urgences se fera sans examen complémentaire,

-une femme de 53 ans chez qui la radiographie révélera une fracture du poignet. Elle sera opérée le lendemain.

°Deux patients ont nécessité un bilan radiographique : les deux avaient demandé à consulter le médecin de garde. Les deux radiographies révéleront d'ailleurs une fracture.

-la femme de 53 ans décrite précédemment. D'ailleurs, lors de son interrogatoire aux urgences, elle précisera ne pas avoir été victime d'un traumatisme,

-une fille de 11 ans, avec une fracture de la clavicule, qui s'était fait mal en faisant la roue. Le traumatisme n'avait pas paru important aux yeux de la maman. Elle ne pensait pas que cela nécessitait un bilan radiographique.

°Un seul patient nécessitera une suture, c'était un enfant qui avait fait une chute de sa hauteur sur l'arrière de son crâne. Sa mère n'avait pas vu la plaie. Elle sera révélée par le médecin généraliste. Elle sera prise en charge avec de la colle biologique.

°4 jeunes femmes ou adolescentes seront vues pour des douleurs abdominales. Toutes auront au moins une prise de sang et une aura une échographie. Tous les bilans seront considérés comme normaux tout comme l'échographie. Il n'y aura pas de diagnostic de posé à leurs sorties.

La prise en charge des douleurs abdominales n'est pas évidente, les étiologies sont très nombreuses. La réalisation d'examen complémentaire est dans de nombreuses situations nécessaires. Reste la question de l'urgence de ce bilan, la proximité du service des urgences avec la PDSA peut faciliter cette réalisation, mais on se rend compte que sur les 40 douleurs abdominales recensées durant l'étude seul 10% ont été adressées aux urgences.

°Une patiente sera adressée pour une suspicion de phlébite, là encore la proximité du plateau technique offert par l'hôpital est pratique. Il n'y a que quelques mètres à parcourir pour être à proximité de l'appareil d'échographie. On est toujours embêté quand on suspecte une phlébite en cabinet de ville. Faut-il adresser le patient en ambulance ? Il y a toujours la crainte d'une migration du caillot si on laisse repartir le patient même si on effectue la première injection d'anticoagulant dans le cabinet.

°Deux patients nécessiteront un simple pansement antiseptique :

-un dans le cadre d'une infection locale dans les suites d'une morsure de tique,

-un souffrant d'un phlegmon nécessitant une prise en charge chirurgicale. Il ne sera pas hospitalisé. Il sera convoqué le lendemain pour une intervention chirurgicale en chirurgie de la main à Nancy. Le plateau chirurgicale de Lunéville ne permettant pas la réalisation de cette intervention.

°Une patiente nécessitera une consultation auprès de l'équipe de l'UPM. Il s'agit d'une patiente très bien connue par le service des urgences ou par les médecins participant régulièrement aux gardes. Au moment de son passage aux urgences, il s'agissait de son 67eme passage enregistré informatiquement (informatisation mise en place fin de l'année 2002). La problématique principale de ce profile de patient aux plaintes multiples et aux demandes très fréquentes, c'est de faire la part des choses entre une nouvelle demande abusive et le risque comme tout à chacun d'avoir un problème somatique sérieux.

°Une petite fille de 5 ans avec une paralysie faciale périphérique, a été adressée pour un avis spécialisé. Après avis téléphonique l'enfant sera autorisé à quitter le service avec consultation auprès d'un ORL à prendre dans les cinq jours. Même si c'est une pathologie le plus fréquemment bénigne, du fait de sa faible incidence (incidence 2 cas pour 1 000 000 habitants), associé au jeune âge de l'enfant, de l'angoisse que cela peut susciter chez les parents, un avis spécialisé dans ce genre de situation est très souvent de mise.

(61)

La moyenne d'âge est jeune : 24 ans de l'ordre de ce qui a été rencontré dans l'étude.

La durée moyenne de prise en charge totale de ces patients a été deux fois plus rapide que celle de l'ensemble de l'étude. Cela peut s'expliquer par le fait que pour certains patients le médecin a rapidement jugé qu'il fallait une radiographie (les deux fractures) ou un acte technique (suture), et l'orientation vers les urgences s'est faite sans attendre. Que lors d'un transfert aux urgences, le temps des prescriptions est économisés, et en générale le médecin vient directement trouver le médecin pour lui expliquer de vive voix la raison de l'orientation du patient vers les urgences, donc le médecin gagne aussi le temps de la rédaction du courrier.

Les patients adressés par la suite aux urgences ont eu des temps de prise en charge

total de 2h25 en moyenne (la moyenne de prise en charge aux urgences au premier trimestre 2011 était de 2h32). Nous n'avons bien sûr pas tenu compte du temps de prise en charge par le médecin généraliste.

7.1.7 A propos de la durée moyenne de prise en charge.

Les durées de prise en charge totale étaient courtes : environ 42 minutes en moyenne, par patient.

C'était un peu moins que la moyenne de prise en charge des patients du même type (c'est-à-dire pour des patients n'ayant eu ni examen complémentaire, ni acte thérapeutique, que l'on classe selon la classification clinique des malades des urgences en CCMU1 : état clinique jugé stable, abstention d'acte complémentaire diagnostic ou thérapeutique) vus aux urgences lors de la même période l'année précédente puisque cette moyenne se situait à 1h05.

7.2 Étude de l'impact de la PDSA sur l'activité des urgences

7.2.1 Nombre de passages

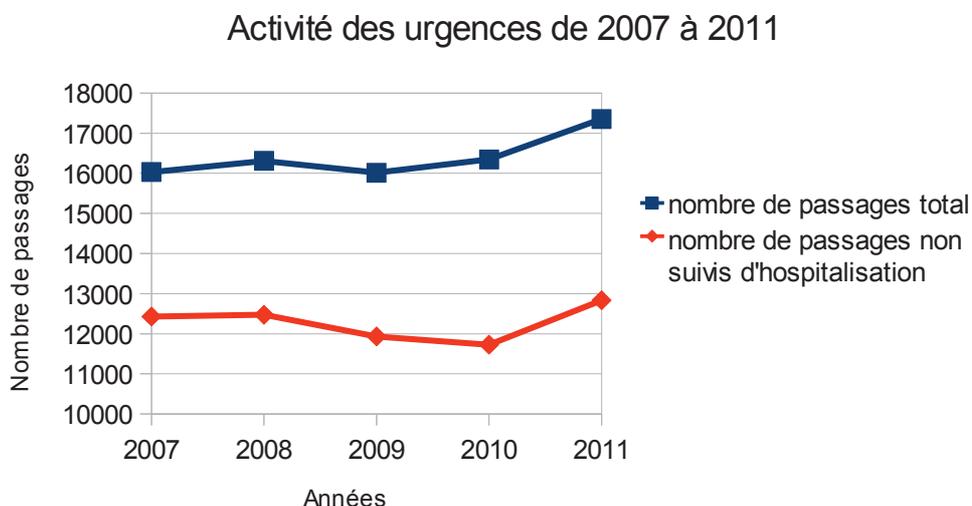
Le nombre de passages sur les deux périodes est identique (à 27 patients près).

Nous nous attendions à avoir moins de passages aux urgences les week-ends aux heures de consultation de la PDSA, ce qui n'a pas été le cas.

Avant la mise en place de la PDSA, un certain nombre de patients se présentaient spontanément aux urgences, pour des motifs non urgents. Ces patients étaient, bien sûr, pris en charge comme chaque patient qui se présente aux urgences. Mais ces patients ne faisaient l'objet que d'une consultation sans autre prise en charge particulière (CCMU1).

Ces patients étaient orientés vers le médecin de garde, donc mécaniquement, on s'attendait à une baisse du nombre de passages aux urgences.

Or on note une quasi stagnation du nombre de passages sur les deux périodes. On peut expliquer cette tendance par l'effet « nouvel hôpital ».



Le nouvel hôpital a été inauguré en juillet 2010.

C'est à cette même date que la permanence des soins a débuté.

Dans le projet de l'hôpital, il était prévu de laisser à disposition de la PDSA une salle d'examen et une salle d'attente dédiée devant également servir à la mise en place d'une permanence de consultation médico-judiciaire.

De septembre 2009 à juin 2010, le service des urgences a enregistré 14 837 passages pour la même période. Un an après, ce nombre s'élevait à 16 289 passages, soit une augmentation de 9,8%.

Il est probable que la PDSA a permis d'amortir l'impact qu'aurait dû avoir le nouvel hôpital sur l'activité des urgences les week-ends.

7.2.2 Délais d'attente

La comparaison des délais d'attente a mis en évidence une augmentation significative de ces derniers depuis la mise en place de la PDSA.

En moyenne 36,5 minutes avant la PDSA et 40,1 minutes depuis la PDSA ($p=0,006$), soit une augmentation de 12%. Mais ces délais restent dans des proportions raisonnables.

Les délais les plus longs sont de l'ordre de 4h45 avant, à 5h00 pendant la PDSA. Ces longs délais interviennent toujours dans des situations exceptionnelles ; lorsque l'équipe médicale et paramédicale est réduite suite à une longue sortie SMUR ; et une situation en parallèle urgente chronophage à gérer par l'équipe restée en place aux urgences.

Fort heureusement, ces situations sont exceptionnelles.

Les délais les plus courts sont les mêmes dans les deux cas de figure, c'est-à-dire nul.

Cela s'explique par l'organisation du service qui n'a pas changé en ce qui concerne les urgences « vraies ». Elles sont logiquement prises en charge sans délai.

7.2.3 Durée total de prise en charge

Les durées totales de prise en charge ont augmenté de façon importante.

Nous sommes passés de 1h55 en moyenne avant la création de la PDSA, à 2h21mn en moyenne après la PDSA, soit une augmentation de 23% ($p<0,0001$) sachant que le temps moyen de passage sur les urgences de Lunéville au premier semestre 2011 était de 2h32, avec une moyenne régionale se situant à 3h18 (comité régional ORULOR).

Malgré un rallongement de la durée totale de prise en charge, on reste dans des temps satisfaisants pour un service d'urgence.

La durée la plus longue avant la PDSA était de 10h00, après la mise en place de la PDSA, elle était de 13h00. Cet important délai s'explique par les difficultés rencontrées pour trouver un lit d'aval.

Les durées minimales de prise en charge étaient, quant à elles, identiques dans les deux groupes ; de l'ordre de la minute. Il y a toujours des situations où un conseil rapide suffit sans autre sanction et ce, malgré la PDSA. Exemples : - un patient qui se présente pour une hémorragie conjonctivale bénigne : un simple coup d'œil pour le diagnostic et quelques mots pour rassurer le patient suffisent, - un avis sur une plaie ne nécessitant pas de sutures.

7.2.4 Comment expliquer l'allongement moyen du délai d'attente et de la durée totale de prise en charge ?

Les patients qui se présentaient pour des motifs laissant supposer qu'il n'y aurait pas nécessité de réaliser des examens complémentaires ou des actes techniques, c'est-à-dire uniquement une consultation, étaient vus par les urgentistes. Mais, depuis l'installation de la PDSA, ces patients se dirigent spontanément vers le médecin de garde ou sont réorientés vers ce dernier par le personnel des urgences.

Ces patients ne sont donc plus comptabilisés dans la moyenne de passage des urgences, donc dans le temps total de prise en charge. Or ces patients contribuaient à faire baisser cette moyenne. En effet, comme ils ne nécessitent pas de soins particuliers, ni de bilan, le plus souvent, à la fin de la consultation, ils repartent. Leur temps de prise en charge est court. Les délais d'attente avant la prise en charge par les urgences sont également affectés par ces patients CCMU1. Le service des urgences de Lunéville a l'habitude de mettre en place, en fonction des situations, des filières courtes. Par exemple l'équipe essaie de faire passer en priorité les nourrissons ou les jeunes enfants afin de réduire au maximum leurs temps d'attente. Le service essaie également de faire passer en priorité les réquisitions amenées par les forces de l'ordre afin de les libérer le plus rapidement possible.

Exemple : un nourrisson amené par ses parents pour une diarrhée, qui sortira après la consultation avec les conseils médicaux adaptés, ceci contribue donc à faire baisser la durée moyenne des délais d'attentes avant prise en charge. Comme ces patients sont orientés vers la PDSA le week-end, on comprend que cela contribue à faire augmenter la moyenne des délais d'attentes aux urgences.

7.2.5 Influence des interventions SMUR sur les délais d'attente et la durée totale de prise en charge

Il a été démontré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne les sorties SMUR, tant en terme de nombre que de durée totale d'intervention. Elles n'ont donc pas influencé les résultats bien que, comme nous l'avons vu, cela peut augmenter de façon très importante les délais d'attentes et les durées de prise en charge sur une journée.

7.3 Étude de la possibilité d'extension de la PDSA aux soirs de la semaine

Les recommandations des horaires d'ouverture des PDSA les soirs de semaine sont de 20h00 à minuit en ce qui concerne la première partie de nuit. A Lunéville, nous avons estimé qu'après 23h00, le recours médical est beaucoup plus rare. C'est ce pourquoi, dans le cadre de cette étude, nous avons proposé de restreindre nos horaires de 20h00 à 23h00.

Après minuit, sur le secteur de Lunéville, SOS médecin prend le relai de la PDSA.

7.3.1 A propos de la fréquentation.

Nous avons constaté une moyenne de 12 passages par jour, soit 4 passages par heure.

On a rencontré deux pics à plus de 20 passages, avec un maximum de 24 patients, soit potentiellement 8 passages par heure. On a également comptabilisé deux soirées à 5 ou moins de 5 passages.

La répartition selon les jours de la semaine montre que l'activité moyenne est stable, quel que soit le jour. On aurait pu supposer que certains jours soient plus propices à une suractivité les soirs, comme le vendredi (effets secondaires des soirées de fin de semaine et de veille de week-end) ou les mercredis (découverte chez les enfants des séquelles suite à un après-midi sportif ou récréatif).

Le flot des patients est relativement régulier : entre 2 à 3 entrées par heure de 19h00 à 23h00.

7.3.2 A propos des caractéristiques des patients.

La moyenne d'âge des patients est de 33 ans, donc relativement jeune. On a constaté que 55 % des patients avait moins de 30 ans et 40% moins de 20 ans.

Il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

C'est un peu à l'image de ce qu'on a rencontré lors de l'étude précédente. Les patients qui viennent consulter en dehors des horaires habituels d'ouverture des cabinets sont jeunes.

7.3.3 A propos des motifs de consultation et des diagnostics.

Les motifs de consultation sont ceux que l'on rencontre habituellement aux urgences avec une part importante de traumatismes (environ 40 % des motifs) ou des douleurs (pouvant être secondaires à un traumatisme, mais le patient n'avait le choix qu'à un item pour préciser le motif de consultation).

Les diagnostics montrent que presque 50% des pathologies rencontrées sont de

l'ordre de la traumatologie, et pour une part non négligeable d'entre eux nécessitent des examens complémentaires.

Les pathologies infectieuses aiguës ne représentent, quant à elles, qu'environ 10%. Ceci est à opposer au 50 % rencontrés lors de l'étude sur la PDSA les week-ends.

7.3.4 A propos de la durée totale de prise en charge.

La moyenne de prise en charge totale est de 02h17 mn.

Nous sommes autour de la moyenne de passage aux urgences de Lunéville, puisqu'au 1^{er} trimestre 2011, elle était de 2h32 mn..

7.3.5 A propos de la régulation préalable à la venue aux urgences.

Nous avons également évalué l'orientation des patients vers les urgences. Près des 2/3 se sont présentés spontanément. C'est un peu moins que les 75% obtenu lors de l'étude prospective des week-ends. On explique cette différence par la proportion des patients adressée par les médecins généralistes (12%).

On constate à nouveau que la très grande majorité des patients se présente spontanément aux urgences.

Un autre élément frappant, c'est le peu de personnes régulées par MEDIGARDE54. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients qui font appel à MEDIGARDE54 appellent pour des pathologies non urgentes et peuvent très bien ne nécessiter que de simples conseils téléphoniques. Logiquement les appels sur le 15 ou le 18 tiennent plus de l'urgence.

7.3.6 A propos de mode de transport pour se rendre aux urgences.

Les 3/4 des patients se sont présentés par leur propre moyen, l'autre 1/4 étant essentiellement amené par les pompiers ou les ambulances privées.

Dans la première partie de nuit, les patients qui sont amenés par les ambulances ou par les pompiers sont normalement des patients qui nécessitent un avis médical avec risque probable d'hospitalisation ou examens complémentaires nécessaires.

Ce qui est différent de la seconde partie de nuit où certains secteurs sont dépourvus de médecin de garde et donc les patients peuvent être dirigés en ambulance pour des soins qui auraient pu être effectués par un médecin de garde.

L'étude ne le précise pas, mais il aurait été intéressant d'évaluer le nombre de patient venu en ambulance ou avec les pompiers, sortis sans examen complémentaire ou acte technique.

On aurait pu également évaluer chez ces patients qui ont regagné leur domicile, le moyen de transport utilisé.

7.3.7 A propos des examens complémentaires.

62,8% des patients ont eu au moins un examen complémentaire ou un acte technique de soins suivants : prise de sang, ECG, suture ou examen radiologique. On peut imaginer que sur un point fixe de garde comme la PDSA ; la mise en place de matériel permettant la réalisation d'actes techniques tels que les sutures de petites plaies simples ou l'utilisation de colle biologique.

On constate en comparant avec les pathologies prises en charge lors de l'étude prospective les week-ends que la part des plaies ou morsures n'était que de 2%. Les médecins généralistes dans les villes ne pratiquent quasiment plus les sutures. Dans cette étude, la part des plaies et des morsures dans les diagnostics vus aux urgences était de 14%.

Parmi les 156 patients qui ont bénéficié d'un de ces examens ou soins, on note tout de même, 4 patients qui ont nécessité une consultation auprès de l'équipe de l'unité médico-psychologique (UPM). Il y a une convention qui lie l'hôpital de Lunéville et le centre psychothérapique de Nancy. Le service des urgences est, par le fait, centre d'accueil des urgences psychiatriques.

Un patient qui a eu comme acte technique la réalisation d'un aérosol de bronchodilatateur.

Un patient chez qui nous avons été contraint de mettre en place une sonde urinaire à demeure, dans le cadre d'une rétention aiguë d'urine.

Et enfin, un patient chez qui nous avons dû retirer une bague à l'aide d'un coupe bague.

Force est de constater que la prise en charge par un médecin de garde de ces 7 patients aurait été difficile.

Donc, nous comptabilisons 148 patients au total qui n'ont nécessité d'autres soins qu'un avis médical.

Parmi ces 148 patients, nous avons comptabilisé le nombre qui s'est présenté par leurs propres moyens. Ils étaient 125 patients.

Donc, on a évalué à 125 le nombre de patients arrivés entre 20h00 et 23h00 et arrivés avant 20h00 mais non encore pris en charge par les urgences, venus par leurs propres moyens et sortis sans examens complémentaires ou acte techniques. Cela correspond au 1/3 de la population de l'étude.

Ce nombre correspond donc aux patients qui auraient potentiellement pu être pris en charge par un médecin de garde dans le cadre de la PDSA au sein des locaux de l'hôpital.

Cela fait une moyenne de 4 par soir, 125 patients par heure.

Au vu de ce résultat, il ne nous paraît pas opportun de proposer l'extension de la PDSA les soirs de week-end.

Mais la réflexion reste ouverte pour des situations particulières, exemple : lors d'épidémies.

8 CONCLUSION

A Lunéville, la PDSA a très rapidement rencontré un vif succès. Son fonctionnement est déjà optimal tant d'un point de vu de la charge de travail que du point de la qualité du service rendu à la population. Durant l'étude, la moyenne de temps possible pour une consultation au vue de l'activité est de 21 minutes.

Les pathologies vues par les médecins de garde sont tout à fait adaptées à ce qu'on attend d'eux, c'est à dire de la pathologie aiguë. L'étude a montré qu'ils voyaient essentiellement des pathologies aiguë d'origine infectieuse.

On a pu recueillir de la part de médecins généralistes participants à la PDSA leur grande satisfaction des conditions de travail, le fait de s'être rapproché de l'hôpital permet des échanges avec leurs confrères urgentistes. Ils apprécient également l'environnement sécurisé et confortable que leur apporte dans leur pratique de médecin de garde la proximité du service des urgences.

Ce système apporte aussi une plus grande visibilité à la population dans le sens où l'hôpital regroupe l'ensemble de l'offre de soins pendant les heures de la PDSA. Très rapidement, les gens ont adhéré à ce dispositif et semblent l'apprécier puisque 20 % des patients qui avaient consulté le médecin généraliste pendant l'étude prospective qui évaluait l'activité de la PDSA l'avaient déjà consulté au moins une fois. Les durées totales de prise en charge sont très inférieures à ce qu'ils pouvaient rencontrer avant la mise en place de la PDSA.

Les médecins urgentistes, quant à eux, sont également satisfaits de se voir offrir cette possibilité supplémentaire de pouvoir échanger avec leurs confrères généralistes. L'étude rétrospective comparative montre un allongement du délai total de prise en charge expliqué par le fait que le service des urgences avait été déchargé des patients ne justifiant pas une consultation aux urgences. Ils peuvent ainsi se concentrer sur leur cœur d'activité que sont les urgences, les pathologies lourdes et la prise en charge de patients nécessitants des actes techniques ou des examens complémentaires sans délai.

Cependant, l'étude prospective qui évaluait la possibilité d'étendre la permanence des soins les soirs de semaine a montré que pour l'instant, l'extension de la PDSA n'est pas opportune, L'activité potentielle les soirs de semaine ne justifie pas la mobilisation d'un médecin de garde.

Il ressort de ce travail que l'expérience de la PDSA au sein d'un service d'urgence est une réussite à pérenniser et à développer.

9 BIBLIOGRAPHIE

(1) DESCOURS C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, remis à Monsieur J.F. MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le 22 janvier 2003, p 5.

(2) STEG A. La médicalisation des urgences ; Rapport de la Commission Nationale de Restructuration des Urgences ; 1993 ; 180 p.

(3) Article L. 6315-1 du CSP relatif à la continuité des soins en médecine ambulatoire. Modifié par LOI n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 10.

(4) Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Octobre 1875, n°43, pp. 687-688.

(5) Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Janvier 1876, n°17 p 16.

(6) Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Janvier 1881, n°3, p 48.

(7) PASSANT. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Juillet 1881, n°29 p 470.

(8) PASSANT. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Juin 1886, n°25 p 420.

(9) Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Juillet 1881, n°29 p 470.

(10) MEILLET H. Droit professionnel, le médecin commet-il une faute en refusant de se rendre à l'appel d'un malade ? . Concours médical, mars 1948, pp. 9611-615.

(11) MIGNON J. Les médecins praticiens devant l'urgence. Concours médical, 1965, vol 87, n°26, pp. 4487-4490.

(12) LOUVEL K. Du service médical d'hier à la permanence des soins aujourd'hui. Th. Doct. : médecine : Rennes : 2008 p 26.

(13) LACROIX. Rapport de la séance du 2 juillet 1948, Bulletin de l'Ordre des Médecins 1948. Juillet 1948, n°3, édition Masson, pp. 269-271.

(14) De la permanence des soins médicaux. Bulletin de l'Ordre des Médecins 1950-1951, décembre 1950, n°1, p43-44.

(15) LEQUELLEC S. Histoire des urgences à Paris de 1770 à nos jours. Th. Doct. : médecine : Paris : année : p 84.

- (16) MARCEL A. les blessés de la route. 1961, pp. VII-VIII.
- (17) L'omnipraticien rural face à l'accident de la voie publique, congrès régional de Guerlédan, syndicat national des médecins français, 15 septembre 1974, témoignage Dr FRESNEAU de Bourg des Comptes, p.49
- (18) SCHWEYER F-X. Histoire et démographie médicale. Septembre 2000, Actualité et dossier en santé publique, n°32, pp. 16-19.
- (19) LARCAN A. L'aide médicale urgente évolution et perspective. Académie des sciences morales et politiques. Séance du lundi 2 juillet 2007.
- (20).Samu-de-France [en ligne]. <http://www.samu-de-france.fr/fr/vie_samu/presentation> (article consulté le 03-07-2012)
- (21) Santé, DGS/103/AS3 du Ministère de la Santé. circulaire relative à l'AMU, coopération entre le service public hospitalier et la médecine privée, la mise en place des Centres 15. Paris : BO, 6 février 1979.
- (22) JOURDANET S. 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. 208 p. Th. Doct. : médecine : Nancy : 2006.
- (23) Bulletin de l'ordre des médecins. L'omnipraticien face aux problèmes des gardes et des urgences. Juin 1974, p 36.
- (24) NIEL X;VILAIN A. Le temps de travail des médecins:l'impact des évolutions sociodémographiques. DREES, mai 2001, n° 114, 8 p.
- (25) DESCOURS C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, remis à Monsieur J.F. MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le 22 janvier 2003
- (26) Site internet du conseil de l'ordre des médecins. Article 77 permanence des soins obligations[en ligne].<<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-77-permanence-de-soins-obligations-301>> publié le 05 aout 2010. (article consulté le 08-07-2012).
- (27) Article L6325-1 du code de la santé publique relatif à la permanence des soins. Créé par la loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 - art. 40 JORF 24 décembre 2002.
- (28) L'avenant n°4 à la convention nationale des médecins du 22 avril 2005, approuvé par arrêté du 26 mai 2005, JO du 1er juin 2005, organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

(29) Article L6314-1 du code de la santé publique relatif à la permanence des soins. Modifié par Loi 2006-1640 2006-12-21 art. 104 I, VI JORF 22 décembre 2006.

(30) Site internet du conseil de l'ordre des médecins. Avis public du CNOM sur la permanence des soins [en ligne]. <<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/avis-public-du-cnom-sur-la-permanence-des-soins-600>> publié le 18 décembre 2006. (consulté le 10-07-2012).

(31) Rapport annuel de la cour des comptes 2006. Février 2007, pp 338-339.

(32) Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 octobre 2008. RAPPORT D'INFORMATION FAIT AU NOM DE DÉLÉGATION A L'AMÉNAGEMENT ET AU DÉVELOPPEMENT DURABLE DU TERRITOIRE sur la permanence des soins PAR M. Philippe BOËNNEC, Député.

(33) FLAVIN P. Panorama de jurisprudence. Droit et jurisprudence, mars-avril 2012, n° 545, p 64.

(34) AZINCOURT JD, DEVELAY MD. Responsabilité pénale chronique de jurisprudence. Médecine & Droit, 2006; n°81, pp 159-173.

(35) Cour de cassation, chambre criminelle, en son audience publique tenue au Palais de Justice à PARIS, le 13 février 2007. En pourvoi contre l'arrêt de la cour d'appel de Bourges (chambre correctionnelle) en date du 26 janvier 2006.

(36) Bulletin criminel. 2007, n° 43, p 257.

(37) Cour de cassation, chambre criminelle, 18 mars 2008, n° 07-83067 (Exclusion des obligations déontologiques des art. R. 4127-32 et R. 4127-33 du CSP de la définition du délit de mise en danger d'autrui).

(38) LETOUZEY C ; GOMBAULT N. Aller jusqu'au terme des explorations. Responsabilité, avril 2012, vol. 12, supplément au n°45, pp 4-5.

(39) Arrêt Mercier, cour de cassation, chambre civile, 20 mai 1936.

(40) ROUGE-MAILLART C. site de la société française de médecine légale [en ligne]. La responsabilité médicale. <http://www.smlc.asso.fr/fileadmin/user_upload/Enseignements/responsabilite.pdftours> . (Article consulté le 02-08-2012).

(41) Article L1142-28 du code de la santé publique. Modifié par LOI n°2008-561 du 17 juin 2008 - art. 20

(42) Tribunal des conflits. Pelletier. 30 juillet 1873, 1er suppl, Rec. Lebon, p 117.

(43) Arrêt Chillou Saint Albert. Conseil d'Etat, Rec. P 465.

(44) Bulletin d'information de la cour de cassation. Séparation des pouvoirs. 1er octobre 2005, n°626.

(45) Site internet du conseil de l'ordre des médecins. Article 47 continuité des soins[en ligne]. <<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-47-continue-des-soins-271>> publié le 14 août 2009. (article consulté le 15-07-2012).

(46) Article R6315-1 du code de la santé publique. Modifié Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

(47) Article R6313-1 du code de la santé publique. Modifié par Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 - art. 1

(48) Article R6315-4 du code de la santé publique. Modifié Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

(49) Article R6315-3 du code de la santé publique. Modifié Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

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

(51) Article R6315-6 du code de la santé publique. Modifié par Décret n°2012-271 du 27 février 2012 - art. 2.

(52) Arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire. JORF n°0100 du 29 avril 2011, texte n° 17, page 7484.

(53) Article R6313-1 du code de la santé publique. Modifié par Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 - art. 1.

(54) Article R6313-1-1 du code de la santé publique. Modifié par Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 - art. 1.

(55) Article R6313-3 du code de la santé publique. Modifié par Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 - art. 1.

(56) Article R6313-4 du code de la santé publique. Modifié par Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 - art. 1.

(57) Article R6313-2 du code de la santé publique. Modifié par Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 - art. 1.

(58) Article R6313-5 du code de la santé publique. Modifié par Décret n°2010-

810 du 13 juillet 2010 - art. 1.

(59) Article R6313-6 du code de la santé publique. Modifié par Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 - art. 1.

(60) Article R6313-7 du code de la santé publique. Modifié par Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 - art. 1.

(61) Article L6311-1 du code de la santé publique. Modifié par Ordonnance 2003-850 2003-09-04 art. 11 I, II JORF 6 septembre 2003. Modifié par Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 - art. 11 JORF 6 septembre 2003.

(62) Article L6311-2 du code de la santé publique. Modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 1

(63) Site internet de SOS médecins [en ligne].organisation. publié le Mercredi, 02 Décembre 2009 08:42.(consulté le 18-07/2012).

(64) Agence de régulation de la santé. Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. Février 2012, p 15.

(65) Site internet de l'ordre des médecins [en ligne]. Nos missions. <<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/nos-missions-867>>, publié le 17 septembre 2009 (consulté le 02-08-2012).

(66) Haute autorité de la santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale mars 2011, p

(67) INSEE. Ecoscopie de la meurthe et moselle, edition 2008, p 102.

(68) Le Fur. P. Le temps de travail des médecins généralistes. Questions d'économie de la santé, n°144 juillet 2009, p 2.

10 ANNEXES

Centre Hospitalier



Lunéville

**Document à compléter par le personnel de l'accueil des urgences
pour les patients consultant les samedi ou dimanche auprès du
Médecin de garde**

Date : ___ / ___ / 2011

Samedi Dimanche

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : H F

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Code postal du lieu de résidence habituel : _____

Heure d'arrivée : ___ h ___

Demande de consultation spontanée auprès du médecin de garde :

Oui Non

Mode d'arrivée :

Appel SAMU (15) Appel Médi-garde (0820332020) Pas d'appel
 Autre – Précisez :

Connaissez vous l'existence de la permanence de soins ?

Oui Non

Si oui, aviez-vous déjà consulté ?

Oui Non

Motif de consultation :

fièvre Renouvellement. Traitement Pansement, retrait fils Prolongation AT
 Douleur Eruption cutanée Problème ORL Certificat Médical
 Autre – Précisez :

Centre Hospitalier



L u n é v i l l e

Patients arrivants de 20h à 23h
Patients présents à 20h et non vus par l'urgentiste

Date : ___ / ___ / 2011

Jour de la semaine : _____

Nom : _____ Prénom: _____

Sexe : H F

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Code postal du lieu de résidence habituel : _____

Heure d'arrivée : ___ h ___

Motif de consultation :

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hyperthermie | <input type="checkbox"/> Renouvel. Traitement | <input type="checkbox"/> Pansement, ablat° fils | <input type="checkbox"/> Prolongat° AT |
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Eruption cutanée | <input type="checkbox"/> Synd. ORL | <input type="checkbox"/> Certificat Médical |
| <input type="checkbox"/> traumatisme-plaie | <input type="checkbox"/> Autre précisez : | | |

Mode d'arrivée :

- | | | | |
|---|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Appel SAMU
(15) | <input type="checkbox"/> Appel Médi-garde
(0820332020) | <input type="checkbox"/> Pas d'appel | <input type="checkbox"/> adressé par MT |
|---|---|--------------------------------------|---|

S'il y avait un médecin généraliste de garde au CHL, l'auriez-vous consulté?

- Oui Non

si non pourquoi ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vous ne le connaissiez pas | <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas de couverture sociale |
| <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas d'argent | <input type="checkbox"/> Vous êtes habitué à consulter aux urgences |
| <input type="checkbox"/> Autre – Précisez : | |

A remplir par le médecin urgentiste

Heure de sortie : ___ h ___ examen complémentaire ou suture Oui Non

Diagnostic retenu :

Orientation à la sortie :

- Domicile Hospitalisation

ABREVIATIONS

AMU : Aide médicale urgente

ARS : Agence Régionale de la Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CODAMUPS-TS : Comité départemental d' aide médicale urgente et de la permanence des soins et des transports sanitaires

CSP : Code de la Santé Publique

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FGTI : Fond de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions

HAS : Haute Autorité de Santé

PDS : Permanence des soins

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SIS : Service d'Incendie et de secours

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

VU

NANCY, le **21 septembre 2012**

Le Président de Thèse

Professeur P.E. BOLLAERT

NANCY, le **24 septembre 2012**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/5003

NANCY, le **1^{er} octobre 2012**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur P. MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Début juillet 2010, Lunéville inaugurerait sa nouvelle permanence des soins ambulatoires (PDSA) au sein même du service des urgences de l'hôpital de Lunéville fonctionnant uniquement les week-ends en journée.

Nous avons évalué l'activité de la PDSA, son impact sur le service des urgences et les possibilités d'étendre son activité aux soirs de semaine de 20h00 à 23h00.

Pour cela nous avons procédé à la réalisation de trois études :

-Une étude prospective descriptive sur une période de 4 mois évaluant l'activité de la PDSA. Avec une moyenne de 20 consultations par jour les dimanches, 10 les samedis, et 2% de patients réorientés par le médecin généraliste vers les urgences, la PDSA fonctionne de façon optimum.

-Une étude rétrospective comparative sur une période de 20 mois évaluant l'impact de la PDSA sur l'activité des urgences. Nous avons pu mettre en évidence un maintien de l'activité aux urgences les week-ends s'expliquant par l'effet « nouvel hôpital », et un allongement des délais d'attente et des durées totales de prise en charge dus à l'orientation vers la PDSA des patients à prise en charge courte.

-Une étude prospective d'une durée de 31 jours afin de déterminer si l'expérience peut ou non être étendue aux soirs de la semaine. Nous avons pu déterminer à 4 le nombre de patients potentiels par soir pour le médecin de garde. Le nombre nous paraît insuffisant pour justifier l'extension de la PDSA.

TITRE EN ANGLAIS

Évaluation of the new ambulatory care office located in the emergency service of Lunéville's hospital.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2012

MOTS CLEFS : Permanence des soins - service d'urgence -

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
