



HAL
open science

Le triage des appels téléphoniques de SOS Médecins Meurthe et Moselle par le centre d'appel Médi' Call Center

Jean-Marc Humbert

► **To cite this version:**

Jean-Marc Humbert. Le triage des appels téléphoniques de SOS Médecins Meurthe et Moselle par le centre d'appel Médi' Call Center. Sciences du Vivant [q-bio]. 2007. hal-01733190

HAL Id: hal-01733190

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733190>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

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

par

Jean-Marc HUMBERT

Le 24 septembre 2007

**Le triage des appels téléphoniques de SOS Médecins Meurthe et Moselle par le
centre d'appel Médi'Call Center**

Examineurs de la thèse :

M. Pierre-Edouard BOLLAERT	Professeur		Président
M. Abdelouahab BELLOU	Professeur	}	
M. François ALLA	Professeur	}	Juges
M. Philippe PARANQUE	Docteur	}	
M. Mohamed SIABDALLAH	Docteur	}	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

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

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

M. le Professeur François ALLA

du 2^{ème} Cycle :

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

du 3^{ème} Cycle :

M. le Professeur Marc BRAUN

de la Vie Facultaire :

M. le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

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

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT

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

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

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

Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

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

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

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

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

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

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

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

Jean-Pierre DELAGOUTTE – Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD

Professeur Guy PETIET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{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 Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

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

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

Professeur Alain LOZNIOWSKI

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

Professeur Bernard FORTIER

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

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

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétiq ue)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

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

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

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

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

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

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur 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)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

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 Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

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

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

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

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

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

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

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

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

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ayav AHMET

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –
Professeur Cyril SCHWEITZER

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

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

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

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

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

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

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

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

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

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

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

Docteur Bruno CHENUJEL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

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

Docteur Pierre GILLOIS

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

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

Docteur François SCHOONEMAN

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

Docteur Lina BEZDETNYA épouse BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétiq

ue)
Docteur Christophe PHILIPPE

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

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

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

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

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

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

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS

Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

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

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE

Professeur Paul VERT - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT

Mme le Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Alain BERTRAND - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Danièle SOMMELET

Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

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

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A notre Maître et président de thèse

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT,
Professeur de réanimation médicale.

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

A notre Maître et juge

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

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 François ALLA
Professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention.

Nous sommes honorés que vous ayez accepté de participer à notre jury et vous témoignons de notre sincère reconnaissance.

A notre juge

Monsieur le Docteur Philippe PARANQUE
Gérant de Médi'Call Center

Nous vous témoignons de toute notre reconnaissance pour nous avoir ouvert en grand les portes du centre d'appels Médi'Call Center et nous avoir fait l'honneur de participer à notre jury.

A notre juge et directeur

Monsieur le Docteur Mohamed SIABDALLAH
Président de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle

Pour la confiance dont il nous a honoré en nous proposant ce sujet, pour sa disponibilité
et ses conseils dans la réalisation de ce travail comme dans l'exercice quotidien.
Nous l'assurons de notre fidèle amitié.

A Monsieur le Docteur Vincent Lamouille,

Pour sa disponibilité et ses conseils dans la réalisation de
ce travail comme dans l'exercice quotidien, lui aussi !
Nous l'assurons de notre fidèle amitié.

A Messieurs les Docteurs Aurélien CARRE, Nicolas GILLOT et Sylvain JOURDANET,

Pour les conseils prodigués lors de la réalisation de ce travail. Qu'ils voient un hommage
dans les phrases qu'ils sauront reconnaître et soient assurés de notre fidèle amitié.

A toute l'équipe de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle,

Pour son accueil et les liens d'amitié qui se sont tissés.

A mon fils Pierre-Eliott,
Chaque jour tu me remplis de fierté !

A mes parents,
Pour leur soutien sans faille dans les moments difficiles,
pour tout le reste aussi (éducation comprise !)

A ma sœur Anne et à Olivier.

A mes grands-parents, oncles et tantes, cousins, proches et moins proches.

A tous mes amis, des Vosges, de Thionville, de Nancy et d'ailleurs.
Si l'on reconnaît quelqu'un à ses copains... je suis heureux que cela soit vous !

A Betty,

Quel bonheur de s'être trouvés !

SERMENT

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

1 LA PERMANENCE DES SOINS 26

1.1 Définition 26

1.2 Organisation de la Permanence Des Soins en France 28

1.2.1	Avant 2003	28
1.2.1.1	Organisation juridique	28
1.2.1.2	Organisation en pratique, les CODAMU	29
1.2.2	Les événements de novembre 2001	30
1.2.2.1	La grève des gardes des généralistes	30
1.2.2.2	Aux origines de la crise	31
1.2.2.2.1	L'augmentation de la demande de soins médicaux	31
1.2.2.2.2	La diminution de l'offre de soins	32
1.2.2.2.3	Le mal-être de la profession	32
1.2.2.2.4	Un système de gardes en équilibre instable	33
1.2.3	Depuis 2003 : le nouveau dispositif de Permanence Des Soins	34
1.2.3.1	La reconnaissance du caractère de mission d'intérêts général	35
1.2.3.2	Les trois piliers de la PDS : sectorisation, volontariat, régulation	35
1.2.3.2.1	La sectorisation	35
1.2.3.2.2	Le volontariat	36
1.2.3.2.3	La régulation de l'accès au médecin de garde	36
1.2.3.3	Les textes officiels régissant la PDS	37
1.2.3.3.1	Le Code de Déontologie médicale	37
1.2.3.3.1.1	L'article 77 : le volontariat pour la participation aux gardes	37
1.2.3.3.1.2	Les autres articles concernant particulièrement la PDS	38
1.2.3.3.2	Le Code de Santé Publique	39
1.2.3.3.2.1	La définition législative de la Permanence Des Soins : article R.730	40
1.2.3.3.2.2	La sectorisation : article R.730	40
1.2.3.3.2.3	Le volontariat : articles R.731 et R.733	41
1.2.3.3.2.4	La régulation : articles R.732 et R.734	41
1.2.3.3.2.5	Le cahier des charges départemental : article R.735	42
1.2.3.3.2.6	Le CODAMUPS : article L.6313-1	42
1.2.3.3.2.6.1	Les rôles du CODAMUPS	43
1.2.3.3.2.6.2	La composition du CODAMUPS	43
1.2.3.3.3	Le Code Pénal	45
1.2.3.3.3.1	Le fondement légal de l'omission de porter secours	47
1.2.3.3.3.2	L'appréciation du péril par le médecin de garde	47
1.2.3.3.3.3	L'attitude du médecin de garde face au péril pressenti ou identifié	48
1.2.3.3.3.4	L'absence de risque pour le médecin de garde	48
1.2.3.4	Les évolutions de l'organisation de la PDS depuis décembre 2006	49

1.2.3.4.1	Le rapport d'évaluation du nouveau dispositif de PDS en médecine ambulatoire présenté en mars 2006	49
1.2.3.4.2	Le décret du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence	51
1.2.3.4.3	La circulaire du 10 octobre 2006 relative à l'organisation de la PDS	52
1.2.3.4.4	La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007	52
1.2.3.4.4.1	<i>La reconnaissance du caractère de mission de service public de la PDS</i>	52
1.2.3.4.4.2	<i>L'extension de la mission de PDS aux médecins non-conventionnés</i>	53
1.2.3.4.5	Le décret du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.	53

1.3 Organisation de la PDS dans la région nancéenne 57

1.3.1	Avant décembre 2003	57
1.3.2	Depuis décembre 2003	57
1.3.2.1	L'offre médicale locale	58
1.3.2.1.1	Les établissements de santé	58
1.3.2.1.2	Les médecins généralistes installés en cabinet	58
1.3.2.1.3	Le cabinet de garde des « Bains Douches »	58
1.3.2.1.4	L'association SOS Médecins Nancy	58
1.3.2.2	La sectorisation en Meurthe-et-Moselle	59
1.3.2.3	La régulation médicale libérale en Meurthe-et-Moselle	60
1.3.2.3.1	L'association Médigarde 54	60
1.3.2.3.2	Le Centre de Réception et de Régulation des Appels de l'association SOS Médecins Nancy : Médi'Call Center	61

2 SOS MEDECINS NANCY 62

2.1 Historique 62

2.2 SOS Médecins Nancy: une association fédérée à SOS Médecins France 63

2.2.1	Présentation de la fédération SOS Médecins France	63
2.2.2	Le cahier des charges de SOS Médecins France	63
2.2.3	Une place reconnue dans la prise en charge des urgences et la Permanence Des Soins	65
2.2.3.1	Historiquement	65
2.2.3.2	Une reconnaissance dans les textes récents en tant qu'association de PDS	66
2.2.4	Une participation à des actions nationales de Santé Publique	67
2.2.4.1	Partenariat avec l'Institut de Veille Sanitaire	67
2.2.4.2	Participation au réseau sentinelle des Groupes Régionaux de l'Observation de la Grippe	68
2.2.4.3	Participation aux Cellules Départementales Grippe Aviaire Renforcées	69
2.2.4.4	Partenariat avec l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale	69

2.3 Description de l'association SOS Médecins Nancy 70

2.3.1	Effectifs	71
2.3.2	Locaux	72
2.3.3	Respect du cahier des charges de SOS Médecins	72
2.3.4	Secteur géographique d'intervention de SOS Médecins Nancy	74
2.3.5	Convention avec le SAMU 54	75
2.3.6	Activité médicale de SOS Médecins Nancy : le bilan statistique de l'année 2006	78
2.3.6.1	Nombre annuel d'appels reçus et de visites effectuées pour la CUGN et la Communauté de communes de Saint-Nicolas-de-Port au cours des 3 dernières années, et motifs d'annulation de visite	78
2.3.6.2	Variations mensuelles du nombre de visites au cours de l'année 2006	82

2.3.6.3	Répartition horaire des appels reçus	84
2.3.6.3.1	Répartition nyctémérale des appels, semaine et week-end confondus	84
2.3.6.3.2	Répartition des visites tenant compte de la période de PDS	86
2.3.6.4	La provenance des appels	87
2.3.6.5	Les motifs d'appel pour la CUGN et la Communauté de communes de Saint-Nicolas-de-Port, du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2006	89
2.3.6.6	Les motifs des appels transmis par le SAMU pour la CUGN et la Communauté de communes de Saint-Nicolas-de-Port, du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2006	92
2.3.6.7	Les délais d'intervention	93
2.3.6.8	Répartition des visites selon l'âge des patients	95
2.3.6.9	Les appels pour douleur thoracique	96

3 LE CENTRE DE RECEPTION ET DE REGULATION DES APPELS MEDI'CALL CENTER 98

3.1 Historique et principes de développement 98

3.2 Une place reconnue dans l'organisation de la permanence des soins 103

3.3 Son rôle dans la veille sanitaire 103

3.4 Description du standard Médi'Call Center 104

3.4.1	Son statut juridique	104
3.4.2	Ses locaux	104
3.4.3	Son équipement informatique et de communication	105
3.4.4	Son personnel et sa formation	106
3.4.4.1.1	Les administrateurs	106
3.4.4.1.2	Les standardistes	106
3.4.4.1.2.1	Les standardistes se répartissent en plusieurs catégories ayant chacune un rôle bien défini :	107
3.4.4.1.2.2	La formation initiale et continue des standardistes, les évolutions de carrière :	109
3.4.4.1.2.3	Les standardistes ne sont pas des Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale	112
3.4.4.1.3	Il n'y a pas d'informaticiens dans l'équipe du standard.	114
3.4.4.1.4	Il n'y a pas de médecin sur le site de Médi'Call Center	114

3.5 Le modèle Médi'Call Center - SOS Médecins dans la prise en charge de l'urgence 115

3.5.1	Présentation de différents modèles de soins d'urgence pré-hospitaliers utilisant un système de triage	115
3.5.1.1	Les Etats-Unis	116
3.5.1.2	Le Royaume-Uni	118
3.5.1.3	L'Allemagne	119
3.5.1.4	Quelques autres pays	120
3.5.1.5	La France	120
3.5.1.5.1	Quelques repères historiques	120
3.5.1.5.2	L'organisation actuelle de l'aide médicale urgente pré-hospitalière française et la régulation médicale	122

3.5.1.5.3	Quelques perspectives d'évolution des centres	15	123
3.5.2	Les principes de fonctionnement développés par MCC		125
3.5.2.1	Connaître la localisation des médecins effecteurs et leur disponibilité		126
3.5.2.2	Fonctionner en étroite collaboration avec le centre	15	126
3.5.2.3	Fonctionner avec des procédures sous protocoles adaptés et régulièrement validés		127
3.5.2.3.1	Les protocoles médicaux de MCC intégrés au logiciel MCC Mission		128
3.5.2.3.2	Le protocole de SOS Médecins Nancy		130

3.6 Les étapes du traitement d'un appel reçu par MCC

134

3.6.1	La prise de poste par l'opérateur		134
3.6.2	La prise d'appel et l'assistance à la saisie.		134
3.6.3	La « protocolisation » informatisée		136
3.6.4	La visualisation cartographique de l'appel		137
3.6.5	La « régulation » de l'appel		138
3.6.6	La transmission de l'appel au médecin, les changement de statut du médecin et l'historisation de la mission, la r		140
3.6.7	Le compte-rendu de visite et la mise en disponibilité du médecin		140
3.6.8	Le suivi de l'activité sur Internet et les statistiques		142

4 UN EXEMPLE DU FONCTIONNEMENT DE SOS MEDECINS NANCY - MEDI'CALL CENTER : L'APPEL POUR DOULEUR THORACIQUE

143

4.1 Le Syndrome Coronarien Aigu est toujours au cœur de l'actualité

144

4.1.1	Epidémiologie		144
4.1.2	La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004		145
4.1.3	« Halte à l'infarctus ! »		146
4.1.4	Les premiers résultats du registre FAST-EMI		146
4.1.5	La conférence de consensus de 2006 sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie		148

4.2 L'infarctus du myocarde et la conférence de consensus du 23 novembre 2006

149

4.2.1	Physiopathologie et étiologies		150
4.2.2	Diagnostic		153
4.2.2.1	Terrain		153
4.2.2.2	Signes cliniques		154
4.2.2.3	Signes électrocardiographiques		155
4.2.2.4	Pas d'examen biologiques pour diagnostiquer un SCA ST+		156
4.2.2.5	Complications à la phase aiguë		156
4.2.2.6	Diagnostics différentiels		157
4.2.3	Stratégies de prise en charge		158
4.2.3.1	Diagnostic positif		158
4.2.3.1.1	critères cliniques de l'IDM aigu		158
4.2.3.1.2	Critères décisionnels électrocardiographiques en faveur de l'IDM aigu		158
4.2.3.1.3	Critères décisionnels biologiques en faveur de l'IDM aigu		159

4.2.3.2	Stratégies de reperfusion du SCA ST+ : les recommandations de la conférence de consensus du 23 novembre 2006	159
4.2.3.2.1	Les délais à prendre en compte	160
4.2.3.2.2	Le choix de la stratégie de reperfusion selon la conférence de consensus	161
4.2.3.2.3	Les filières de prise en charge d'une douleur thoracique évoquant un infarctus aigu	165
4.2.3.2.3.1	Concernant la gestion des appels suspects	165
4.2.3.2.3.2	Concernant les effecteurs	167

4.3 La prise en charge de l'appel pour douleur thoracique par SOS Médecins Nancy et Médi'Call Center

168

4.3.1	Les grands principes	168
4.3.2	Le déroulement des événements	169
4.3.2.1	L'origine de l'appel pour douleur thoracique	169
4.3.2.2	La protocolisation et la régulation de l'appel par MCC	170
4.3.2.3	L'intervention du médecin SOS	171
4.3.2.4	Le devenir du patient	172
4.3.3	Réflexions sur l'intégration aux filières de prises en charge définies par la conférence de consensus du 23 novembre 2006	173

5 DISCUSSION

176

5.1 Au sujet de la PDS

176

5.2 Au sujet du rôle de SOS Médecins Nancy

178

5.3 Au sujet du système SOS Médecins Nancy- Médi'Call Center

179

CONCLUSION

Abréviations

AMU : Aide Médicale Urgente

Cire : Cellules interrégionales d'épidémiologie

CODAMU : Comité Départemental d'Aide Médical Urgente et des transports sanitaires

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

CRRA : Centres de Réception et de Régulation des Appels

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GPS : Global Positioning System (traduisible par « système de positionnement mondial »)

GROG : Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe

HADAN : Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéienne

IDM : Infarctus Du Myocarde

IGA : Inspection Générale de l'Administration

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MCC : Médi'Call Center

MeaH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

PARM : Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale

PDS : Permanence Des Soins

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Services d'Accueil des Urgences

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

SCM : Société Civile de Moyens

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

ST+ : présence d'un sus-décalage du segment ST sur l'électrocardiogramme

ST- : absence de sus-décalage du segment ST sur l'électrocardiogramme

INTRODUCTION

L'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle a vu le jour en 1999. La Permanence Des Soins n'occupait pas encore le centre des débats, mais le mécontentement grondait depuis longtemps dans les cabinets des médecins généralistes chargés de son organisation, jusqu'à atteindre son paroxysme avec la grève des gardes de 2001. Ces médecins qui avaient choisi un mode d'exercice classique et assuraient les gardes par déontologie ne supportaient plus le poids de ces dernières, de plus en plus pénibles, mal organisées, et ignorées des pouvoirs publics. Cette situation de crise inédite plongea le pays dans l'effroi, population et reste du corps médical confondus. La sécurité de pouvoir trouver un médecin libéral à toute heure du jour et de la nuit était compromise, les services des urgences et les SAMU semblaient sur le point de craquer à leur tour. L'Etat se décida enfin à s'engager dans le grand chantier de la réorganisation de la Permanence Des Soins, et tout ne rentra pas dans l'ordre pour autant, ce chantier n'étant à ce jour pas encore achevé...

Les associations SOS Médecins sont nées en 1966 à Paris, où le système des gardes médicales ne garantissait pas la réponse aux demandes de soins inopinées en dehors des horaires d'ouverture des cabinets. Elles se sont progressivement développées sur l'ensemble du territoire, avec une forte croissance dans les années 85-90 sous l'impulsion de jeunes généralistes sortis de la faculté en ayant goûté à l'excitation de la médecine d'urgence dans les services naissants des SAMU-SMUR. Ces médecins ont été naturellement attirés par cette forme d'exercice libéral permettant d'être confronté fréquemment à l'urgence. L'accueil souvent sceptique des médecins de ville a peu à peu laissé place au soulagement de ne plus avoir à s'occuper d'une activité à laquelle peu d'entre eux étaient attachés. Ces associations se sont rapidement intégrées aux offres de soins locales et sont devenues des institutions dans leur domaine, notamment grâce aux moyens diagnostics et thérapeutiques mis en œuvre. Elles ont aussi pour la plupart su évoluer avec leur temps, réalisant les adaptations nécessaires à maintenir la qualité de leur pratique, et dont les plus marquantes sont sans conteste celles de leurs standards téléphoniques. N'exerçant pas en cabinet, leurs médecins sont dépendants de leurs centres d'appels, trait d'union obligatoire avec leurs patients. Confrontés à des exigences croissantes tant en terme de capacité d'écoute qu'en qualité de services, les plus clairvoyants ont su mettre à profit le développement de l'informatique et des nouvelles communications.

Les réformes de 2003, après avoir quelque peu négligé les associations SOS Médecins, ont progressivement reconnu leur place dans la nouvelle organisation de la Permanence Des Soins, où elles continuent d'apporter leurs services à la population.

Le fonctionnement des associations SOS Médecins et l'étendue de leurs aptitudes restent des sujets peu connus du grand public, des politiques et des autres médecins. A une période où les difficultés rencontrées par la nouvelle Permanence Des Soins ne sont pas encore surmontées, et où la mise en place des filières centrées sur le SAMU pose la question de la place des autres centres d'appels, il nous est apparu intéressant de mettre à profit notre travail de thèse pour tenter de donner une image plus juste de ce mode d'exercice, que nous avons par ailleurs choisi. La fédération SOS Médecins France rassemble de nombreuses associations, et une certaine disparité des conceptions et des pratiques peut y être rencontrée. Notre propos ne saurait refléter que le point de vue de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle et des associations qui pourront s'y reconnaître.

Dans la première partie de ce travail, nous parlerons de la permanence des soins et de ses récentes évolutions qui sont indissociables de l'organisation de la médecine d'urgence en France. Dans le deuxième chapitre, nous présenterons l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle et ses orientations actuelles dans les domaines de continuité et permanence des soins. Le troisième chapitre sera consacré à Médi'Call Center, le centre de réception et de régulation des appels auquel SOS Médecins Meurthe-et-Moselle a choisi de confier le traitement de ses appels. Son dynamisme et ses méthodes de travail en font un collaborateur de qualité pour les associations d'urgentistes libéraux, et une structure s'intégrant bien aux filières de soins. Pour illustrer notre propos, nous aborderons dans le quatrième chapitre le traitement de l'appel pour douleur thoracique par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle et Médi'Call Center et sa connexion avec la filière de prise en charge spécifique de l'infarctus du myocarde en amont des services de cardiologie.

1 LA PERMANENCE DES SOINS

1.1 Définition

Il peut sembler aisé de définir la Permanence Des Soins (PDS) aujourd'hui... les recherches convergent vers le rapport du sénateur Charles Descours (1), véritable socle de son organisation depuis sa parution le 22 janvier 2003 : « la PDS peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé (médecins hospitaliers et libéraux) afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmées exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux (de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que le dimanche et les jours fériés) et en l'absence d'un médecin traitant. »

Il est dit aussi que « la PDS n'est pas la continuité des soins, définie comme l'obligation déontologique de chaque médecin envers sa patientèle, et régie par l'article 47 du Code de déontologie médicale. Elle oblige chaque praticien à orienter ses patients vers des structures adaptées si lui-même ne peut les prendre en charge ».

Le rapport précise aussi que « l'organisation de la PDS et celle de la prise en charge des urgences sont complémentaires, et leurs champs d'action se chevauchent fréquemment. Ces deux organisations doivent donc être coordonnées, aussi la PDS se conçoit-elle comme un système en réseau. »

L'essentiel des propositions du rapport est repris par le décret du 15 septembre 2003 qui fait apparaître pour la première fois la notion de PDS dans le Code de santé publique.

C'est un point marquant : dans notre pays, qui s'est doté depuis 1902 (2) d'une politique de santé publique afin de protéger l'état de santé de l'ensemble de sa population, la loi n'avait pas encore défini la PDS et par-là même son organisation (nous exposerons la situation juridique de la PDS avant et après 2003 dans la partie suivante).

Le deuxième point marquant est que, si la définition retenue par le Code de santé publique semble complète, elle n'est que descriptive et n'aborde pas la nature même de la PDS. Nous illustrerons notre propos d'une observation de la sémantique des textes.

Alors que le Code de déontologie médicale constitue le principal texte organisant la PDS avant 2003, le rapport Descours ne le fait pas figurer dans sa définition. Il définit d'une part la continuité des soins comme une « obligation déontologique imposée par (le) code de déontologie » et d'autre part la PDS « comme une organisation... ». Le rapport occulte l'obligation déontologique et met en avant que « la PDS est une mission d'intérêt général ». Tout ceci place son organisation sous la responsabilité exclusive de l'Etat, et non plus des médecins. L'accès aux soins est considéré du devoir des médecins pendant leurs horaires de travail, et du devoir de l'Etat le reste du temps.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 (3) s'inspire du rapport Descours, et s'il est considéré qu'elle reconnaît la PDS comme « mission d'intérêt général » (expression consacrée), la formulation employée est inhabituelle : les médecins participent, « dans un but d'intérêt général » à la PDS. Ces mots sont ensuite remplacés par « à la mission de service public » par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (4). Le législateur joue sur les mots car de leur choix dépend le degré d'implication de l'Etat, mais ne s'agit-il pas de pure rhétorique tant ces notions sont proches ?

Il n'existe pas de définition précise de l'intérêt général dans le droit public, et sa conception, notamment dans sa distinction avec les intérêts particuliers, varie selon les pays (5). En France, l'intérêt général ne résulte pas de la somme des intérêts particuliers. Il dépasse chaque individu, et est en quelque sorte l'émanation de la volonté de la collectivité des citoyens, appelée « volonté générale ». Or, « la loi est l'expression de la volonté générale » (6). En droit public, l'intérêt général est l'objet même de l'action de l'Etat et il revient au législateur de le définir. Concernant le service public, la conception juridique française actuelle s'appuie sur la doctrine élaborée par le juriste Duguit en 1928 (7) : relève du service public « toute activité dont l'accomplissement doit être assuré, réglé et contrôlé par les gouvernants, parce que l'accomplissement de cette activité est indispensable à la réalisation et au développement de l'interdépendance sociale, et qu'elle est de telle nature qu'elle ne peut être réalisée complètement que par l'intervention de la force gouvernante ». De plus, pour qu'un service collectif puisse être rangé parmi les services publics, il faut qu'il réponde à un besoin d'intérêt général : « à l'origine de tout service public se trouve un besoin reconnu par la collectivité, que l'initiative privée ne parvient pas à satisfaire. Ce besoin peut être lié à la garantie de libertés fondamentales ou encore à l'existence de solidarités reconnues » (8).

La reconnaissance de la PDS comme mission du service public est bien tardive, car il semble qu'elle en ait eu de tout temps les caractéristiques.

1.2 Organisation de la Permanence Des Soins en France

Avec la parution du rapport Descours, 2003 est l'année charnière dans l'organisation de la PDS (9). Nous traiterons donc ce sujet en 3 parties :

- la situation de la PDS avant 2003, qui s'appuie sur la loi sur l'Aide Médicale Urgente de 1986 (10)
- les évolutions de la médecine générale libérale qui ont conduit à la grève des gardes de 2001-2002,
- la nouvelle organisation de la PDS depuis 2003.

1.2.1 Avant 2003

1.2.1.1 Organisation juridique

La PDS est organisée par le Code de déontologie médicale. Elle repose sur une obligation déontologique : l'article 77 dispose que « 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 ».

La « garde » assure à tout moment la réponse aux demandes de patients en situation d'urgence réelle ou ressentie sur un territoire donné, mais ne vise pas la satisfaction de toutes les demandes. Le déplacement du médecin au domicile du patient s'est installé dans la pratique, sans que cette modalité d'intervention ne constitue une obligation déontologique, ni toujours une nécessité médicale.

Le conseil départemental de l'ordre des médecins joue ici un rôle d'animation et de coordination du dispositif. Il lui appartient d'examiner les demandes d'exemptions temporaires ou pérennes du service de garde.

Le Code de déontologie n'apporte pas un cadre réglementaire précis à la PDS : son organisation se fait en fonction de l'offre médicale libérale existante à l'échelon local, sans lien formalisé avec les services médicaux publics.

1.2.1.2 Organisation en pratique, les CODAMU

La PDS est organisée au niveau départemental par une structure de concertation associant différents acteurs du système : le Comité Départemental d'Aide Médical Urgente et des transports sanitaires (CODAMU).

Les CODAMU ont été créés par la loi sur l'Aide Médicale d'Urgence (AMU) du 6 janvier 1986 (10) et ses décrets d'applications qui ont aussi mis en place les SAMU, les SMUR et les Centres de Réception et de Régulation des Appels. L'AMU a pour objet d'assurer aux patients les soins d'urgence appropriés à leur état, quelle que soit l'heure et en quelque endroit qu'ils se trouvent. PDS et AMU sont intimement liées.

Le CODAMU veille à la qualité de la distribution de l'AMU et à son ajustement aux besoins de la population. Il s'assure en conséquence de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'AMU et aux transports sanitaires. Sa composition, définie par le décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 (11), reflète cette pluridisciplinarité.

Il est présidé par le commissaire de la République du département (ou son représentant), et ses membres se répartissent en plusieurs catégories :

- 4 membres de droit (ou leurs représentants) :

Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, le médecin inspecteur de la santé, Le directeur départemental du service d'incendie et de secours, le médecin-chef départemental du service d'incendie et de secours,

- 4 représentants des collectivités territoriales :

deux maires et deux conseillers généraux,

- des membres désignés par les organismes qu'ils représentent :

un médecin représentant le conseil départemental de l'ordre des médecins, un médecin conseil du régime général d'assurance maladie, trois représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie, un représentant de la Croix Rouge Française,

- des membres nommés par le commissaire de la République, issus des organisations les plus représentatives dans leurs domaines :

un médecin du SAMU, un médecin du SMUR, un directeur de centre hospitalier doté d'un SAMU, un représentant syndical des hôpitaux publics, le commandant d'un corps de sapeurs-pompiers, 2 médecins libéraux « classiques », 2 médecins libéraux d'associations participant à l'aide médicale urgente, 2 représentants de l'hospitalisation privée, 5 représentants des syndicats de transports sanitaires,

En pratique, les CODAMU gèrent des situations très disparates d'un département à l'autre, en raison d'éléments spécifiques comme la densité de population, les caractéristiques géographiques, la démographie médicale et le degré d'implication des médecins. Des initiatives locales originales ont par exemple déjà permis le développement de maisons médicales et de centres de réception et de régulation des appels. Ailleurs, un médecin pourra assumer individuellement la PDS de son secteur.

1.2.2 Les évènements de novembre 2001

1.2.2.1 La grève des gardes des généralistes

Lancé initialement le 15 novembre 2001 par deux syndicats d'omnipraticiens, le mouvement national de grève des gardes de nuit est rapidement suivi par la majorité des médecins généralistes. Il s'étend aux journées des week-ends et jours fériés ainsi qu'aux traditionnels « ponts », et comporte même quelques « journées sans toubibs ».

Les médecins généralistes demandent une revalorisation de leurs honoraires, au cabinet, en visite, et surtout lors des gardes qui leur demandent une grande disponibilité en dehors de leurs horaires d'ouverture. Ils posent la question des limites de l'article 77 du code de déontologie médicale comme base d'organisation de la PDS. Ils demandent que leur participation à la PDS ne soit plus une obligation déontologique mais une action volontaire, et qu'elle soit reconnue comme mission d'intérêt public. Ils soulèvent la question d'une évolution du cadre juridique, indispensable pour éviter les carences éventuelles liées au volontariat.

Durant cette période, les patients se tournent vers les seuls interlocuteurs restant disponibles, les centres 15. Leurs standards se retrouvent saturés, l'augmentation du volume d'appels atteignant des proportions de 20 à 200% selon les jours et les régions (12). Les urgences vitales sont noyées au milieu de demandes de soins allant de la plus sérieuse à la plus farfelue. Les SAMU, dont la mission est la prise en charge des situations d'urgence (13), ne sont ni fondés ni en mesure d'y répondre par des moyens lourds (SMUR) ou par un transport systématique à l'hôpital. Les services d'accueil des urgences déjà saturés habituellement doivent affronter l'augmentation de leur fréquentation sans plus de moyens, renouvelant chaque matin la prouesse d'avoir tenu un jour de plus. Privée de ses acteurs libéraux, la PDS est en grand péril.

La revalorisation des actes et l'engagement de réflexions sur l'organisation du système apaise le conflit et met fin à la grève en juin 2002. Celle-ci aura duré 7 mois.

1.2.2.2 Aux origines de la crise

Plusieurs facteurs ont conduit le déséquilibre entre une offre de soins limitée et des besoins croissants jusqu'à son point de rupture, dans un contexte de mal-être de la profession de médecin généraliste.

1.2.2.2.1 L'augmentation de la demande de soins médicaux

Elle est constante ces 10 dernières années, comme le montre l'évolution de la consommation médicale totale. Les soins ambulatoires prodigués par les médecins libéraux ont ainsi représenté 18,5 milliards d'euros en 2004, contre 13 milliards d'euros en 1995 (14).

Le nombre de passage dans les services d'urgences hospitalières a doublé entre 1990 et 2004, hors plus de 70 % de ces patients ne sont pas hospitalisés (15) car ils ne présentent pas d'urgence vitale ou grave et relèvent plutôt de la médecine de ville. Ceci peut être mis en parallèle avec le fait que 75% des patients se présentant aux urgences y viennent sans contact médical préalable (16). Cette situation crée par ailleurs des insatisfactions tant pour le personnel hospitalier du fait des difficultés à gérer le flux des patients que pour les usagers, du fait des temps d'attente jugés parfois excessifs.

Le nombre d'appels vers les centres SAMU a quant à lui triplé en 10 ans.

1.2.2.2.2 La diminution de l'offre de soins

La disponibilité des médecins généralistes libéraux diminue, en particulier pour les gardes de nuit et de week-end, pour plusieurs raisons.

Le vieillissement de la profession témoigne d'un recrutement très insuffisant de jeunes médecins : l'effectif des médecins en activité de moins de 40 ans est inférieur à celui des plus de 50 ans (17), pour qui la participation aux gardes devient plus pénible.

La féminisation croissante de la profession entraîne une approche différente du métier de médecin : les femmes cherchent à concilier vie professionnelle et désir d'enfant (17) et se tournent plus volontiers vers un poste salarié, offrant des horaires réguliers et sans gardes. Certaines craignent aussi d'être agressées la nuit.

Mais, hommes et femmes confondus, ce sont les médecins généralistes dans leur ensemble qui revendiquent une meilleure qualité de vie, ce qui passe par la réduction de leur temps de travail. Ils aspirent à une vie privée et familiale, à l'heure où la population salariée commence à bénéficier de la semaine de travail de 35 heures, et où les confrères hospitaliers réussissent à négocier leur semaine de travail à 48 heures avec un repos de sécurité après les gardes.

1.2.2.2.3 Le mal-être de la profession

Le mal-être traversé par les médecins généralistes libéraux à cette période favorise la crise. Ils perçoivent une pression de plus en plus forte de la part des pouvoirs publics et des caisses d'assurance maladie. Leur exercice se modifie avec l'apparition de nouvelles obligations inscrites dans les conventions passées avec les caisses d'assurance maladie. Certaines sont bien acceptées car reconnues comme des avancées dans la prise en charge des patients, qu'il s'agisse d'actualiser les connaissances médicales ou de favoriser le remboursement rapide des frais médicaux engagés par les patients. Le développement de l'informatisation nécessaire aux remboursements médiés par carte vitale leur demande de nouvelles compétences et leur ajoute de nouvelles contraintes, tout en les obligeant à des investissements conséquents en temps et en argent, en échange d'une aide financière très mince.

D'autres obligations sont vécues comme des dispositifs contraignants de surveillance d'activité par les caisses d'assurance maladie. Des Relevés Individuels d'Activité et de Prescription sont par exemple remis trimestriellement à chaque praticien libéral, et détaillent le nombre de traitements et génériques prescrits, et d'arrêts de travail délivrés, avec les variations annuelles.

Certaines mesures soulèvent enfin une franche opposition, comme les sanctions collectives instaurées pour les pratiques sortant des procédures validées (mesure d'ailleurs rapidement abandonnée) ou encore la proposition en 1999 de Mme M. Aubry de déléguer le contrôle de la médecine de ville à l'assurance maladie.

La médecine libérale répond de plus en plus à des préoccupations comptables qui l'éloignent souvent des vocations des praticiens. La croissance insidieuse de l'aspect gestionnaire du métier participe à la désacralisation de la profession aux yeux de la population.

Dans leur exercice, les médecins généralistes se sentent les premiers maillons des réseaux de soins. Ils supportent des contraintes lourdes en terme de responsabilité, de disponibilité, mais aussi de pénibilité et de sécurité, et considèrent que la rémunération des gardes n'est pas à la hauteur du service rendu. Ils déplorent que leur participation à ce qu'ils considèrent comme une mission d'utilité publique (18) ne soit pas officiellement reconnue, alors que le secteur public lui-même fait appel à leurs services en leur déléguant une part importante des appels arrivants aux Centres 15.

1.2.2.2.4 Un système de gardes en équilibre instable

En l'absence de cadre réglementaire précis et de liens formels avec les services médicaux publics, l'offre de soins en PDS était à cette époque très disparate d'une région à l'autre. L'accès permanent et rapide aux soins n'était pas garanti pour les patients isolés, ou simplement situés dans une zone à faible démographie médicale, ou encore dans une région dépourvue de coordination entre les médecins.

L'état des lieux des secteurs de garde en France réalisée par le syndicat MG Urgences recensait, en 2001, 3098 secteurs de garde (19), dont :

- 50,77 % fonctionnaient la nuit et le week-end ;
- 30,54 % n'étaient opérationnels que le week-end ;
- 13,85 % étaient disponibles 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, grâce à une

- association de permanence de soins ;
- 150 secteurs sans aucun système de garde en place.

1.2.3 Depuis 2003 : le nouveau dispositif de Permanence Des Soins

Le 12 juillet 2002, le ministre de la santé, de la famille et des personnes âgées M. Mattei confie la charge d'une réflexion sur la permanence des soins à un groupe de travail opérationnel présidé par le sénateur Descours (1).

Cette réflexion associe les différents professionnels impliqués dans la PDS, dont les médecins libéraux, les caisses d'assurance maladie, les usagers, et dans un second temps les associations de permanence des soins par l'intermédiaire de SOS Médecins France.

Le groupe de travail s'attache d'une part à définir la nature de la mission de PDS et les obligations déontologiques qui lui sont associées, et d'autre part à définir les solutions susceptibles d'être mises en œuvre pour garantir un égal accès aux soins.

Il cherche à promouvoir les solutions les plus adaptées aux besoins réels de la population en s'appuyant sur les dispositifs existants. Il considère comme essentiel de tenir compte de la diversité des acteurs et des modes d'organisation qui répondent souvent à des contraintes particulières ou à un contexte spécifique, et pose en préambule que les solutions ne sont pas uniques mais plurielles. Il insiste sur la nécessaire collaboration entre les médecins libéraux et les structures hospitalières, notamment les services d'urgences et les SMUR, et associe les médecins de ville à la régulation des appels de permanence des soins. Il étudie aussi les modes de valorisation de l'activité pour les médecins libéraux participants, notamment leur rémunération.

Les propositions issues de cette concertation sont largement reprises dans les nouvelles dispositions réglementaires du Code de Santé Publique et du Code de Déontologie Médicale. Elles s'articulent autour de 3 principes qui sont les piliers de la nouvelle permanence des soins : la sectorisation, la participation à la garde et le volontariat, et la régulation.

1.2.3.1 La reconnaissance du caractère de mission d'intérêt général

La loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 (3) reconnaît le caractère de mission d'intérêt général de la PDS. Elle lui donne une base juridique et lui consacre une modalité financière spécifique. Les forfaits d'astreinte (20) des caisses primaires d'assurance maladie rémunèrent les médecins effecteurs libéraux qui garantissent à la population un accès aux soins durant les nuits et les week-ends.

1.2.3.2 Les trois piliers de la PDS : sectorisation, volontariat, régulation

Les grands principes de la nouvelle organisation de la PDS sont définis par le Décret du 15 septembre 2003 modifiant le Code de la santé publique (21), décret que nous détaillerons dans le chapitre 1.2.3.3 intitulé « Les textes officiels régissant la PDS ».

1.2.3.2.1 La sectorisation

La PDS reste organisée dans le cadre départemental. Les secteurs de garde divisant le département sont redéfinis en fonction de données géographiques et démographiques, en veillant à l'adéquation entre l'offre de soins existante et les besoins de la population. Dans ce but, la délimitation des secteurs peut aussi varier au cours de l'année et de la nuit.

La sectorisation fait l'objet d'une large concertation avec l'ensemble des acteurs : le conseil de l'ordre, les syndicats représentatifs de médecins, les associations professionnelles de médecine d'urgence, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, les caisses d'assurance maladie et les collectivités territoriales, hôpitaux, cliniques, ambulanciers, pompiers, pharmaciens, paramédicaux et représentants des usagers. Tous ces intervenants se regroupent au sein des CODAMUPS (dont nous parlerons en détail au chapitre 1.2.3.3.2.6.)

1.2.3.2.2 Le volontariat

Les médecins ont dès lors la possibilité de ne pas participer aux gardes sans solliciter d'exemption au conseil de l'Ordre.

Les limites du volontariat apparaissent dans la nouvelle formulation de l'article 77 du code de déontologie : la participation à la PDS est un devoir « dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ». Ce qui signifie que les médecins sont libres de ne pas participer tant que les textes ne les y obligent pas, et constitue un garde fou théorique contre la désertion des tableaux de garde.

Dans chaque secteur un tableau départemental nominatif des médecins de garde est établi par les médecins volontaires. Ces médecins peuvent être des médecins généralistes installés en cabinets traditionnels et acceptant de participer à la permanence, ou des médecins regroupés en associations de PDS.

La création de maisons médicales travaillant en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux complète le dispositif. Ces cabinets de garde dispensent des consultations le soir et le week-end, sans toutefois fonctionner 24 heures sur 24, en interrompant généralement leur activité en milieu de nuit. N'étant accessibles qu'aux patients pouvant se déplacer, ils ne constituent qu'une part de la réponse aux besoins de la PDS.

Certains médecins continuent à proposer plus classiquement des consultations à leur cabinet et des visites quand ils le jugent nécessaire. D'autres médecins encore décident de ne plus faire de garde de nuit et de week-end, lorsque le tableau de garde de leur département est complété par leurs confrères.

1.2.3.2.3 La régulation de l'accès au médecin de garde

La nouvelle organisation de la permanence des soins a pour objectif de répondre de manière sûre et efficace aux demandes de soins non programmées présentant un certain caractère d'urgence. Le rôle de la régulation est de les filtrer parmi les actes ne nécessitant pas l'intervention d'un médecin en période de PDS et pouvant être reportés aux horaires d'ouverture des cabinets.

Une régulation médicale libérale est mise en place en coordination avec les Centres 15, soit par participation directe au centre 15, soit par interconnexion avec celui-ci dans le cas de structures autonomes.

1.2.3.3 Les textes officiels régissant la PDS

1.2.3.3.1 Le Code de Déontologie médicale

Plusieurs de ses articles ont des implications directes dans l'organisation de la PDS.

1.2.3.3.1.1 L'article 77 : le volontariat pour la participation aux gardes

Avant les évolutions de 2003, l'article 77 du code de déontologie médicale était la seule base juridique de l'organisation de la PDS. Il définissait la participation à la permanence de soins comme une obligation déontologique pour les médecins généralistes (22). Les cas d'exemption temporaire ou pérenne du service de garde étaient examinés par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

L'article 77 a été modifié par le décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 (23), sa nouvelle formulation résulte d'un compromis entre deux positions diamétralement opposées lors de l'ouverture des réflexions sur la réorganisation de la PDS : le volontariat total réclamé par certains syndicats de médecins, et l'obligation totale d'assurer les gardes souhaitée par l'Ordre des Médecins. « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ». La participation aux gardes n'est plus strictement obligatoire pour un médecin tant qu'elle peut être assurée par d'autres médecins volontaires. Cependant, en cas de carence, son statut de devoir permet en dernier recours de procéder à des réquisitions.

Le principe du volontariat ne remet pas en cause l'application de l'article 47 du code de déontologie médicale sur la continuité des soins (cet article stipule que le médecin qui refuse d'assurer la continuité des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, doit en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins). Appliqué dans le cadre de la PDS, le principe de continuité des

soins du à la patientèle oblige le médecin qui n'est pas de garde à s'assurer que ses patients seront bien pris en charge (1). Les médecins ne peuvent prétendre remplir leurs obligations à cet égard par un renvoi systématique des appels sur le centre 15, mais doivent s'organiser pour que, nuit et jour, une permanence soit assurée pour les soins et les urgences. La nouvelle réglementation leur assure un moyen de répondre à leur obligation de continuité des soins, tandis que le volontariat leur permet de gagner une certaine liberté d'organisation.

Les patients sont en théorie assurés de pouvoir bénéficier de soins, quels que soient le lieu et l'heure de leur demande, même si leur médecin habituel n'est pas de garde.

1.2.3.3.1.2 Les autres articles concernant particulièrement la PDS

Ces articles plus anciens n'ont pas été modifiés en 2003. Ils sont antérieurs à la notion de PDS nouvellement définie mais ont des implications directes dans son domaine.

L'article 47 : 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. »

L'article 9 : l'assistance aux patients en péril

« 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 ».

Dans le cadre de la PDS où le médecin se trouve généralement informé par téléphone, toute la difficulté est d'apprécier la gravité de l'état du malade, afin de déterminer si l'intervention est urgente ou si un certain délai est acceptable.

Or urgence réelle et urgence ressentie ne sont pas toujours corrélées. Ainsi des situations très anxiogènes comme certains malaises bénins peuvent être vécues comme de véritables dangers par le patient et son entourage, avec des réactions de panique au téléphone, tandis que des événements de gravité majeure peuvent être ignorés ou minimisés. La recherche d'éléments de gravité doit donc être systématique et exhaustive au moment du

recueil des données. La responsabilité pénale du médecin peut être engagée pour « non-assistance à personne en péril » si le caractère d'urgence a été mésestimé (nous développerons ce point précis dans le chapitre 1.2.3.3.3 consacré au Code pénal).

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

L'article 32 : l'engagement envers les patients

« 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. »

Dans le contexte de la PDS, le médecin pourra avoir recours au renfort du SMUR, de l'hôpital, des spécialistes de ville. Les horaires de la PDS ont leur propre réseau de soins dont le médecin de garde est souvent le premier maillon.

1.2.3.3.2 Le Code de Santé Publique

Il est modifié par le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 (21) afin d'y ajouter les nouvelles modalités d'organisation de la PDS, issues principalement des propositions du groupe de travail opérationnel présidé par le sénateur Descours (1). Ce décret insère au livre VII du code de la santé publique un titre II intitulé : «Permanence des soins » et comprenant les articles R.730 à 735.

Il donne sa définition législative à la PDS et définit les modalités de son fonctionnement (principes de sectorisation, de volontariat et de régulation, rénovation du CODAMU en CODAMUPS, élaboration du cahier des charges départemental).

Ces nouveaux articles sont par la suite modifiés par le décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 pour suivre les évolutions de la PDS.

1.2.3.3.2.1 La définition législative de la Permanence Des Soins : article R.730

La PDS peut se définir comme une organisation permettant de répondre aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient 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.

Elle est assurée par les médecins de garde et d'astreinte de ces cabinets libéraux et de ces centres de santé, ainsi que par des médecins appartenant à des associations de PDS (24). Elle remplit une mission d'intérêt général reconnue par la loi (3) en garantissant un accès aux soins médicaux à l'ensemble de la population, sans interruption dans le temps.

1.2.3.3.2.2 La sectorisation : article R.730

La PDS est organisée au niveau départemental. Chaque département est divisé en plusieurs secteurs en fonction de données géographiques, démographiques ainsi que de l'offre de soins existante. La taille d'un secteur doit permettre un exercice médical normal en tenant compte de critères tels que le volume d'actes, les distances à parcourir et le délai de réponse à l'appel (25).

Le nombre et les limites des secteurs sont arrêtés par le préfet du département et, à Paris, par le préfet de police, après consultation du conseil départemental de l'Ordre des médecins et avis du CODAMUPS (26). Si besoin, des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués. La sectorisation est ensuite transmise à l'ensemble des acteurs de la PDS.

Les limites peuvent varier selon les périodes de l'année et pour toute ou partie de la PDS pour s'adapter aux besoins de la population (24). Par exemple, des secteurs peuvent fusionner en deuxième partie de nuit, lorsque la demande de soins est statistiquement plus faible et qu'un nombre moins important de médecins est nécessaire.

La carte des secteurs fait l'objet d'un réexamen annuel systématique, et la tendance est à la réduction de leur nombre afin de diminuer le rythme des permanences des médecins et de leur garantir un plus grand confort de vie tout en préservant l'accessibilité des populations aux soins (27).

1.2.3.3.2.3 Le volontariat : articles R.731 et R.733

Le volontariat est la nouvelle base de la participation à la PDS.

Les médecins volontaires établissent pour chaque secteur un tableau nominatif des gardes, pour une durée minimale de 3 mois.

Ce tableau est vérifié par le conseil départemental de l'Ordre des médecins qui conserve son rôle d'animation et de coordination du dispositif. En cas d'insuffisance de médecins volontaires, le conseil prend avis auprès des organisations représentatives des médecins libéraux et des médecins des centres de santé pour compléter le tableau. Si, à l'issue de cette consultation, le tableau reste incomplet, le préfet procède aux réquisitions nécessaires.

Le tableau complété est transmis aux différents intervenants de la PDS, notamment au SAMU, aux caisses d'assurance maladie, aux organisations représentatives des médecins.

1.2.3.3.2.4 La régulation : articles R.732 et R.734

Un filtre des appels est mis en place, dans l'objectif de contenir le coût financier supporté par la collectivité en limitant le nombre de visites à domicile, et de ne pas accroître la charge de travail avec des motifs d'appel injustifiés.

L'accès au médecin de permanence fait donc l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU. Des médecins libéraux volontaires peuvent participer à la régulation.

Lorsque la régulation n'est pas organisée par le SAMU, elle doit être interconnectée avec lui (24). C'est le cas des Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) des associations de PDS, dont le rôle de filtrage des appels et la capacité à limiter le recours abusif à la visite à domicile sont ici reconnus. La présence de médecins en leur sein n'est pas rendue obligatoire par les différents décrets. De plus, la participation de ces associations à la PDS n'implique pas que les demandes qui leur sont directement adressées soient régulées dans le cadre de la PDS. De même, un médecin peut recevoir directement des appels de ses patients aux heures de PDS et leur apporter le cas échéant les soins nécessaires (27).

Les modalités de l'interconnexion sont définies par une convention conclue entre l'établissement hospitalier hébergeant le SAMU et l'association de PDS. Cette convention est signée par des praticiens et a pour objets l'exercice de la médecine et les rapports entre médecins, elle doit être communiquée pour avis au conseil départemental de l'Ordre(28), conformément à l'article L 4113-6 du code de la santé publique. La convention est ensuite soumise au CODAMUPS, avant de recevoir l'approbation préfectorale.

1.2.3.3.2.5 Le cahier des charges départemental : article R.735

Il est basé sur un cahier des charges type fixé le ministre chargé de la santé et adapté pour chaque département. Il est arrêté par le préfet après avis du CODAMUPS.

Il détermine les conditions particulières d'organisation de la PDS et de la régulation, dans le but d'assurer l'adéquation entre l'offre de soins disponible pour la PDS et les besoins de la population au sein de chaque secteur géographique. Il s'appuie sur l'état des lieux de l'offre et l'évaluation des besoins, il tient compte des données géographiques telles que les infrastructures routières et les particularités liées à l'environnement et à la sécurité du secteur (25). Il fixe les modalités de détermination des secteurs géographiques. Il précise les éventuelles collaborations nécessaires entre médecins de garde et structures hospitalières ainsi que les modalités de participation des médecins spécialistes. Il prévoit aussi les indicateurs d'évaluation du dispositif de la PDS.

1.2.3.3.2.6 Le CODAMUPS : article L.6313-1

Il résulte de l'évolution du CODAMU qui avait été créé par la loi relative à l'Aide Médicale Urgente du 6 janvier 1986 (10), et qui est modifié par le décret du 15 septembre 2003 (21).

La transformation du CODAMU en CODAMUPS reflète bien le chemin parcouru : la PDS est reconnue comme une entité à part entière, clairement définie et organisée. Tous ses acteurs sont maintenant représentés, comme nous le verrons dans l'évolution de sa composition.

1.2.3.3.2.6.1 Les rôles du CODAMUPS

Le CODAMUPS est la pierre angulaire de l'organisation de la PDS dans chaque département. Le Code de Santé Publique définit ainsi sa mission : « il doit veiller (26) à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population. Il s'assure de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente, au dispositif de la permanence des soins et aux transports sanitaires ».

Il évalue les besoins de soins de la population pour les horaires particuliers de la PDS, donne son avis sur la détermination des secteurs départementaux et sur le cahier des charges organisant la PDS.

Il regroupe des représentants de tous les acteurs impliqués dans la PDS (les différentes catégories professionnelles, les caisses d'assurance maladie et les usagers), perpétuant l'esprit de travail en réseau des CODAMU et retrouvé dans la composition du groupe de travail opérationnel présidé par le sénateur Descours (1).

1.2.3.3.2.6.2 La composition du CODAMUPS

Le décret du 15 septembre 2003 (21) fait évoluer la composition du CODAMU telle qu'elle avait été fixée par le décret du 30 novembre 1987 (11).

Le CODAMUPS est présidé par le commissaire de la République du département (ou son représentant), et ses membres se répartissent en plusieurs catégories :

- des membres de droit (ou leurs représentants) au nombre de 5 :

- déjà présents au CODAMU : le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales , le médecin inspecteur de la santé, le directeur départemental du service d'incendie et de secours, le médecin-chef départemental du service d'incendie et de secours,
- nouveau venu : le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation

- des représentants des collectivités territoriales :

deux maires et deux conseillers généraux,

- des membres désignés par les organismes qu'ils représentent :

- déjà présents au CODAMU : un médecin représentant le conseil départemental de l'ordre des médecins, un médecin conseil du régime général d'assurance maladie, trois représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie, un représentant de la Croix-Rouge française,
- nouveaux venus : un représentant de l'union régionale des caisses d'assurance maladie, un représentant de l'URML,

- des membres nommés par le préfet issus des organisations les plus représentatives dans leurs domaines:

- déjà présents au CODAMU à effectifs identiques: un médecin du SAMU, un médecin du SMUR, un directeur de centre hospitalier doté d'un SAMU, un représentant syndical des hôpitaux publics, le commandant d'un corps de sapeurs-pompier, deux représentants de l'hospitalisation privée, cinq représentants des syndicats de transporteurs sanitaires,
- déjà présents au CODAMU mais à effectifs différents : un médecin libéral désigné par les instances locales des organisations syndicales représentatives au niveau national (au lieu de 2 médecins au CODAMU), un médecin de chacune des « associations de permanence de soins » locales (au lieu de 2 médecins d'« organisations ou associations de médecins (...) qui participent à l'organisation de l'aide médicale urgente »),
- nouveaux venus : deux médecins de l'accueil des urgences hospitalières, un représentant des associations de patients ou « usagers ».

Comme dans les CODAMU, certains de ses membres sont regroupés en sous-comités : le sous-comité médical et le sous-comité des transports sanitaires.

- le sous-comité médical :

Il est formé par tous les médecins présents au CODAMUPS et est présidé par le médecin inspecteur de la santé.

Il se réunit au moins deux fois par an.

Comme dans les anciens CODAMU, il examine les questions relevant de l'activité médicale de l'AMU et veille au respect de la déontologie et du secret professionnel (11). De plus, depuis le décret du 15 septembre 2003 (21), il évalue chaque année l'organisation de la PDS et propose d'éventuelles modifications. Pour cela, il recueille les informations émanant du terrain. Il peut modifier les moyens humains mis en œuvre aux trois pôles de la PDS (régulation, sectorisation, réponse médicale volontaire). Il émet enfin un avis sur le cahier des charges départemental de la PDS.

- le sous-comité des transports sanitaires :

Il comprend des représentants des professionnels de transports sanitaires, des représentants des pouvoirs publics et des médecins (21).

Il organise, dans le cadre de la PDS, le transport des malades à l'échelle du département, notamment en donnant son avis sur les agréments de transport sanitaire.

1.2.3.3.3 Le Code Pénal

Le Code Pénal regroupe les textes définissant les crimes, délits et infractions, ainsi que les peines qui leur sont applicables.

La responsabilité pénale du médecin peut être engagée du fait de délits de droit commun (infractions figurant au code pénal et pouvant être commises par tout citoyen : atteintes volontaires et involontaires à la vie ou à l'intégrité physique, non-assistance à personne en péril, etc.) et de délits professionnels qui ne peuvent être faits que par des médecins (violation du secret médical, faux certificats, infractions au code de la sécurité sociale, etc.). Nous traiterons ici des particularités de la responsabilité pénale médicale dans l'exercice de la Permanence Des Soins.

Avant tout, le médecin de garde se doit d'être... joignable. Les manquements peuvent relever de la mise en danger délibérée d'autrui (article 223-1 du code pénal) ou de la responsabilité pénale par faute d'imprudence (articles 121-3, 221-6 et 221-19 du code pénal). Les contentieux sur ce point sont les plus rares, et leur appréciation par les juges ne soulève pas de problème particulier.

Le contentieux de la garde dans le domaine pénal (29) s'articule essentiellement autour du délit de non-assistance à personne en péril, régi par l'article 223-6, alinéa 2 du

Code Pénal (30) : « Sera puni des mêmes peines (cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende) 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 ». Le code pénal rejoint ici l'article 9 du code de déontologie médicale sur « l'assistance aux patients en péril ».

Le médecin, comme tout citoyen, mais peut-être plus que tout autre de par sa vocation, a l'obligation de porter secours. Le fait d'exercer une profession médicale paraît être considéré comme un facteur d'aggravation des peines encourues car le médecin ne peut ignorer les conséquences de ses actes ou omissions. Les manquements à cette obligation sont rares. Le nombre de contentieux mettant en cause le comportement des médecins de garde est infime par rapport à l'importance de leur activité, mais il ne faut pas méconnaître l'existence d'un accroissement significatif des récriminations, voire des plaintes dont ils font l'objet (31). Confrontés aux exigences de plus en plus fortes des patients, qu'elles soient justifiées ou non, les médecins de garde peuvent éprouver des difficultés à exercer sereinement leur office. La connaissance de la loi pénale et de sa jurisprudence doit être prise en compte dans l'organisation pratique du travail du médecin de garde.

La principale difficulté reste l'appréciation du péril dans le domaine particulier de la PDS : la proportion d'urgences vraies est plus importante que dans l'exercice habituel de la médecine libérale, et le médecin est généralement informé du péril par téléphone. Le juge pénal, tout comme le juge disciplinaire, se refusent cependant à donner à chaque appel un caractère de réquisition auquel le médecin devrait se plier au détriment d'autres appels nécessitant réellement son intervention immédiate. Les termes mêmes de la Cour de Cassation sont : « le médecin appelé doit agir sous le contrôle de sa conscience et dans le respect des règles professionnelles ». Ces règles rejoignent celles posées par le code de déontologie médicale.

De manière synthétique, pour que l'application de l'article 223-6 du code pénal puisse justifier une sanction pénale contre un médecin, les conditions suivantes doivent être réunies :

- la personne doit réellement être en péril,
- le médecin doit avoir eu conscience du péril,
- le médecin doit s'être abstenu volontairement d'intervenir ou avoir traité l'appel avec négligence,

- le médecin doit être dans l'incapacité d'invoquer un motif d'abstention majeur, parmi lesquels, celui d'être occupé par un autre malade dans un état grave, d'être lui-même sérieusement malade, ou de se mettre lui-même en péril de part son intervention.

1.2.3.3.1 Le fondement légal de l'omission de porter secours

Le manquement à ce devoir d'humanité est un délit pénal défini par l'article 223-6 alinéa 2 du code pénal : « Sera puni des mêmes peines (5 ans d'emprisonnement et 75.000 euros d'amende) quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui et pour les tiers, il pouvait lui porter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

L'abstention de porter secours est punissable lorsqu'elle est volontaire. Il n'y a dès lors délit que si son auteur a eu conscience du péril (32). Lorsque le médecin est auprès du patient et qu'il n'accomplit pas les soins nécessaires par suite d'une erreur d'appréciation, il ne peut pas, faute d'élément intentionnel, être déclaré coupable de non-assistance à personne en danger.

1.2.3.3.2 L'appréciation du péril par le médecin de garde

L'omission de porter secours suppose que la personne à secourir soit en péril. Cette appréciation qui porte sur la gravité du péril et son caractère imminent est particulièrement délicate lorsque le médecin est contacté par téléphone, ce qui est la situation la plus fréquente pendant la garde (31).

Si la loi n'a pas défini l'état de péril, les juges le voient comme un état dangereux ou une situation critique (en réalité ou en apparence) qui fait craindre de graves conséquences.

La position de la Cour de Cassation depuis 1949 est qu'il appartient au médecin d'apprécier l'utilité ou l'urgence de son intervention, sous le contrôle de sa conscience et des règles de sa profession. Le délit est constitué dès lors que le médecin ne pouvait se méprendre sur la gravité du péril (32). Les juges tiennent compte du sérieux avec lequel l'interrogatoire téléphonique est mené. Ils sanctionnent de façon sévère tout désintéret manifesté pour l'appel reçu et, au contraire, prennent en considération l'attitude du médecin

qui rappellera ou invitera le patient à le rappeler pour connaître l'évolution de la situation.

Le médecin n'est pas tenu de se déplacer pour constater le péril si les renseignements obtenus par téléphone lui paraissent suffisants pour prendre les décisions adéquates. Plusieurs types de réponses à l'appel sont possibles : intervention immédiate ou différée du médecin de garde, prescription médicamenteuse par téléphone, invitation du patient à se déplacer à un cabinet de garde, à consulter le médecin traitant le lendemain.

Bien entendu, en cas de doute sur l'état réel du patient, le médecin de garde devra se déplacer.

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

Contrairement à une idée reçue, la non-assistance à personne en danger n'est pas constituée du seul fait de l'absence de déplacement du médecin sollicité (31).

L'obligation de porter assistance peut prendre plusieurs formes : action personnelle, recours à un tiers, ou cumul des deux. Ce choix n'est pas discrétionnaire et le médecin a le devoir de mettre en œuvre les moyens les plus adaptés à son patient. Ainsi la décision de recourir d'emblée au transport du patient vers un établissement hospitalier peut s'imposer au médecin alors que son action personnelle n'aurait fait que retarder une prise en charge efficace, ce qui pourrait d'ailleurs lui être reproché.

Le recours à un tiers, qui n'est pas à exclure si le médecin de garde doit faire face à plusieurs urgences au même moment, doit faire l'objet d'une attention particulière. En effet, le médecin devra personnellement faire appel à ce tiers. Il n'a pas à laisser au patient le soin de le faire en se déchargeant ainsi de son obligation d'assistance. Enfin, il devra s'assurer de l'intervention effective de ce tiers.

Les juges se montrent sévères face aux mesures dilatoires telles que la prescription médicamenteuse par téléphone alors que le médecin ne pouvait se méprendre sur la gravité du péril encouru.

1.2.3.3.4 L'absence de risque pour le médecin de garde

La non-assistance à personne en danger telle que sanctionnée par le code pénal suppose l'absence de risque pour le sauveteur.

Les tribunaux vont donc prendre la mesure du danger couru par la victime et du risque invoqué par le médecin pour déterminer s'il se trouve bien en situation d'exonération de l'obligation d'assistance. Il ne faut pas oublier que la réponse au péril peut consister en l'appel de renforts, et que si le médecin ne porte pas lui-même assistance, il doit s'assurer de l'effectivité des secours.

1.2.3.4 Les évolutions de la PDS depuis décembre 2006

Après trois années écoulées depuis la mise en place de la nouvelle PDS (21), 2006 marque le début des grandes adaptations du dispositif. Celles-ci s'appuient sur l'analyse de son fonctionnement dans les différents secteurs et tentent de remédier aux difficultés rencontrées.

Certaines mesures sont marquantes, principalement l'ouverture de la PDS au secteur hospitalier public en cas de carence du secteur libéral, et sa reconnaissance comme mission du service public.

1.2.3.4.1 Le rapport d'évaluation du nouveau dispositif de PDS en médecine ambulatoire présenté par l'IGAS et l'IGA en mars 2006

Le 29 septembre 2005, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale de l'Administration (IGA) se voient chargées par le gouvernement d'évaluer le nouveau dispositif de la PDS mis en place en 2003 (21). Elles réalisent l'audit des acteurs nationaux et se rendent dans 6 régions et 10 départements pour leurs investigations. Leurs conclusions font l'objet d'un rapport commun intitulé « Evaluation du nouveau dispositif de PDS en médecine ambulatoire » présenté en mars 2006 (33).

Les constats des services d'inspection sont les suivants :

- L'organisation de la PDS est inachevée, malgré les avancées apportées par le décret du 7 avril 2005.

- Sa fiabilité n'est pas assurée, avec des difficultés très variables d'un secteur à l'autre. De nombreux cahiers des charges départementaux ne comportent pas de règles minimales de bonne pratique en matière de régulation et d'exercice de l'astreinte. La PDS s'organise alors empiriquement, avec de fréquentes insuffisances de couverture de la population.

La régulation souffre de son engorgement et d'une insuffisante coordination entre ville et hôpital lorsqu'elle est autonome, compromettant la sécurité indispensable à la prise en charge des soins non programmés.

L'engagement des médecins libéraux varie lui aussi selon les secteurs, en raison du principe de volontariat. Le système souffre du manque d'inscriptions sur les tableaux de garde, de défections des médecins inscrits ou de décisions collectives de couverture partielle de l'astreinte avec une tendance généralisée au désengagement en 2^e partie de nuit. Souvent, les autres plages horaires de la PDS ne sont que partiellement couvertes.

- L'effectivité du service rendu à l'utilisateur de soins est parfois source d'interrogations, dans les secteurs où de très faibles nombres d'actes sont réalisés malgré le paiement d'astreintes revalorisées.

- La PDS apparaît comme un dispositif dont le pilotage est trop complexe et le financement éclaté. Les services d'inspection soulignent la dualité des rôles de l'Etat et de l'Assurance maladie, qui ont des interprétations parfois différentes des textes officiels. L'échelon local représenté par le préfet et la DDASS ne dispose pas du pouvoir réel de mobilisation des ressources ni de la souplesse réglementaire qui permettrait parfois d'établir des accords locaux viables (par exemple pour étendre les horaires de la régulation).

Il existe une confusion des rôles et des intérêts entre les différentes instances mobilisées (URCAM, comité régional de gestion du Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, ARH, et URML). La poursuite d'objectifs spécifiques occulte parfois une approche globale de la question débattue. A l'échelon régional, un effort de coordination entre l'Etat et l'Assurance Maladie a été réalisé en créant la Mission Régionale de Santé (MRS) (34). Elle est constituée entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et l'Union Régionale des

Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) afin qu'ils exercent conjointement leurs actions de santé publique dans la PDS en émettant des propositions d'organisation.

Par ailleurs, l'absence de pérennité de certains financements interdit une visibilité à long terme du système.

1.2.3.4.2 Le décret du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence

Il vise à uniformiser l'offre de soins des services hospitaliers publics et privés accueillant des urgences. Il détermine les critères minimaux indispensables à l'exercice de cette activité dans de bonnes conditions (35).

Il prépare surtout la généralisation des réseaux de soins appelés à devenir une des clés de la PDS et de la prise en charge des urgences. Ils seront définis pour des territoires géographiques donnés et constitués autour de conventions liant leurs différents acteurs, avec des règles de fonctionnement précises.

Le décret distingue deux types de réseaux. Le premier est qualifié de « réseau de prise en charge des urgences ». Il lie les services d'accueil des urgences (SAU) avec d'autres établissements publics et privés afin d'assurer l'accès des patients à des compétences, à des techniques et à des capacités d'hospitalisation partagés entre plusieurs sites. Il apporte aussi la nécessaire coordination des actions et des moyens entre les SAU et les médecins libéraux participant à la PDS, les médecins intervenant à la demande du SAMU, les officines de pharmacie, les établissements sociaux et médico-sociaux, en particulier les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Le deuxième type de réseaux concerne les « prises en charge spécifiques » (des enfants, des patients relevant de la gériatrie, des patients nécessitant des soins psychiatriques) et les réseaux d'accès direct à un plateau technique spécialisé. Ces réseaux répondent aux besoins de soins médicaux ou chirurgicaux spécialisés à très brefs délais. Ils sont centrés sur les SAMU qui assurent la coordination des différents acteurs et le suivi du patient. Concernant la prise en charge de l'IDM, ils relient notamment le 15, les USIC et les plateaux de cathétérisme afin de gagner du temps dans l'accès aux traitements de revascularisation.

Rappelons que ces réseaux sont en cours de développement et n'existent pas encore dans tous les secteurs.

1.2.3.4.3 La circulaire du 10 octobre 2006 relative à l'organisation de la PDS

Elle s'appuie sur les conclusions du rapport d'évaluation de la PDS de mars 2006 pour améliorer l'organisation de la PDS.

Concernant la sectorisation, elle rappelle la nécessaire adaptation entre les besoins de la population et l'offre de soins. Elle invite à poursuivre la réduction du nombre des secteurs, à opérer des fusions de secteurs en deuxième partie de nuit où l'activité est la plus basse, à développer une adaptation aux variations saisonnières de l'activité.

Cette circulaire marque surtout une rupture avec les principes actuels d'organisation de la PDS en France, en proposant de la faire assurer par les hôpitaux pour la période 0h – 8h. dans les secteurs où l'organisation libérale fait défaut.

Elle recentre l'autorité de l'organisation de la PDS sur le préfet de région et fait de la Mission Régionale de Santé l'organisme de référence pour les propositions d'évolution.

Elle reconnaît la régulation libérale organisée dans les SAMU comme faisant partie d'une mission du service public, et conforte la qualité de collaborateurs occasionnels du service public des médecins libéraux qui y participent. Ainsi, c'est la responsabilité de l'administration qui est engagée pour les dommages qu'ils pourraient subir ou causer, et non plus leur assurance responsabilité civile professionnelle.

1.2.3.4.4 La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

Elle apporte deux modifications majeures à l'organisation de la PDS : la reconnaissance de son caractère de mission d'intérêt public, et son ouverture aux médecins non-conventionnés.

1.2.3.4.4.1 La reconnaissance du caractère de mission de service public de la PDS

La PDS était reconnue comme une « mission d'intérêt général » depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 (3), ce qui permettait le financement des forfaits d'astreinte par les caisses primaires d'assurance maladie afin de revaloriser cette activité contraignante.

La reconnaissance de « mission de service publique » lui est substituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (4) qui modifie l'article L. 6314-1 du code de la santé publique. Elle est considérée comme une des conditions permettant de garantir le maintien et le développement du volontariat des praticiens.

Cette modification permet aux médecins qui participent à la PDS de bénéficier de la protection juridique de l'Etat quel que soit leur statut (libéral, effecteur ou régulateur). Elle couvre les dommages subis (accident, agression...) comme les dommages causés dans le cadre d'une activité médicale de PDS. Dans ce dernier cas, l'indemnisation des victimes ne relève pas du praticien mis en cause et de son assureur, mais de l'Etat.

Enfin, du point de vue ordinal, seul le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département et le Procureur de la République peuvent traduire le médecin de garde devant la juridiction ordinale, pour d'éventuels manquements à la déontologie commis dans son activité de PDS.

1.2.3.4.4.2 L'extension de la mission de PDS aux médecins non-conventionnés

L'article L6314-1 du code de la santé publique est modifié pour permettre à tous les praticiens inscrits sous la rubrique « remplaçant professionnel » et aux praticiens retraités qui le souhaitent, de participer à la permanence des soins comme effecteurs ou régulateurs. Les actes qu'ils effectueront seront pris en charge dans les mêmes conditions que s'ils avaient été conventionnés.

1.2.3.4.5 Le décret du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

Il intègre aux CODAMUPS des représentants des pharmaciens et des médecins urgentistes des établissements privés.

Il permet enfin aux médecins libéraux de participer à la régulation du SAMU en dehors des périodes de PDS

Il modifie les limites théoriques de la période de PDS pour les adapter aux besoins effectifs de la population, en étendant la PDS aux samedis après-midi et aux « jours de pont » qui sont chômés pour de nombreux médecins généralistes.

1.2.3.4.6 Le rapport Grall de juillet 2007: mission de médiation et propositions d'adaptation de la PDS

Devant les difficultés persistantes rencontrées dans l'organisation de la PDS, le ministre de la santé et des solidarités M. Philippe Bas confie au Dr Jean-Yves Grall, conseiller général des établissements de santé, une mission de médiation dans les départements les plus problématiques afin de tenter d'améliorer leur situation et de formuler des propositions d'adaptation du dispositif (36).

La médiation s'est révélée peu opérante car structurellement impossible. La plupart des adaptations locales souhaitées ne trouvaient en effet pas leur place dans les schémas de financement des caisses d'assurance maladie, entraînant des situations de blocage voire de désengagement des médecins volontaires les plus motivés. La phase de médiation a cependant permis une évaluation directe et réaliste de la PDS.

Le rapport dresse un état des lieux alarmant et sans concession de la PDS : un dispositif coûteux, instable, fragile et aléatoire, ne garantissant pas à l'ensemble de la population l'accès à un médecin de garde.

Le pilotage incohérent déjà constaté par le rapport IGAS/IGA de 2006 est de nouveau dénoncé. Le système est mis en danger par la dualité entre les préfets, responsables du dispositif sans avoir prise sur son financement, et l'assurance maladie, qui répartit les ressources avec le souci d'une application uniforme des accords conventionnels nationaux. Il s'ajoute un désengagement progressif des médecins libéraux, dont la participation basée sur le volontariat n'est pas encouragée ni promue. L'implication des conseils départementaux de l'Ordre des Médecins est inégale bien qu'elle soit potentiellement déterminante.

La pérennité à court ou moyen terme du système actuel de la PDS paraît compromise.

La tendance générale constatée est à la baisse du nombre de médecins libéraux volontaires. Dans certains secteurs, la régulation libérale, un des piliers de la PDS, n'est plus

assurée sur toutes les plages horaires, parfois au point d'être menacée de disparition. Le report d'activité vient automatiquement peser sur les médecins hospitaliers des centres 15, au risque de provoquer chez eux aussi une certaine lassitude. Les SMUR compensent eux aussi le déficit de médecins volontaires. Certaines Maisons Médicales aussi ont du mal à boucler leur tableau de permanence.

Ce phénomène intervient dans le report de la PDS après minuit qui pèse sur l'hôpital. Le rapport dénonce ici le raisonnement biaisé consistant à affirmer que l'absence d'activité recueillie par les caisses d'assurance maladie ne justifie pas le maintien d'un accès aux visites et qu'il faut simplement organiser des transports par ambulance vers les structures d'urgence pour les quelques cas recensés. Un faible nombre d'actes ne signifie pas une absence de besoins de la population, celle-ci se tourne simplement vers d'autres interlocuteurs, comme les structures d'accueil des urgences qui enregistrent une accentuation des venues la nuit entre 0h et 8h. Dans les maisons de retraite ou EHPAD, pour des patients âgés à domicile, dans d'autres cas spécifiques, pour des actes administratifs l'accès à un médecin est indispensable, d'autant plus que le maintien à domicile se développe. Le rapport regroupe ici PDS et garde administrative (constats de décès, hospitalisation sous contrainte, garde à vue) dans une même mission de service à la population (c'est un point sur lequel nous reviendrons au chapitre « discussion »).

Les perspectives à court terme sont alarmantes en regard de l'évolution défavorable de la démographie médicale et de la mauvaise répartition des médecins sur le territoire avec un double gradient nord/sud et rural/urbain. En ville, la PDS est généralement assurée par des associations de PDS, situation satisfaisant à la fois les médecins généralistes et la population. Les campagnes sont elles en état de crise, avec un accès au médecin de garde aléatoire, alors même que les nombreux médecins proches de la retraite et vraisemblablement sans succession travaillent encore, tenant le dispositif à bout de bras malgré un certain « ras-le-bol ».

Le rapport émet des préconisations pour un dispositif pérenne, efficient, fiable et lisible. Il propose un changement de paradigme plutôt qu'un « replâtrage » du système actuel dont il anticipe l'échec à court ou moyen terme.

Il s'appuie sur 5 principes directeurs:

- remettre les besoins du patient au premier plan tout en éduquant la population,
- bâtir un dispositif économe en temps médical compte tenu de la démographie médicale défavorable,

- Laisser l'initiative et des marges d'adaptation au niveau régional et départemental pour tenir compte des spécificités territoriales,
- Considérer l'efficacité et ajuster le coût pour la collectivité
- Préparer l'avenir

Il propose sept axes stratégiques pour créer la nouvelle PDS :

- regrouper la réponse à la demande de soins non programmée sous l'appellation unique d'Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP) pour la recentrer sur le patient, en supprimant notamment le cloisonnement entre AMU et PDS et en transformant les CODAMUPS en CODAMPP
- Mettre en place un dispositif institutionnel ayant un pilotage unique et un financement cohérents, comportant entre autre un paiement forfaitaire plutôt qu'un paiement à l'acte dans le cadre de la mission du service public, en sortant du dispositif conventionnel,
- Décliner une organisation homogène, lisible et décloisonnée, assurant la synergie des acteurs aux rôles bien définis et utilisant au mieux le temps médical,
- Favoriser le volontariat et la pérennité du dispositif par un véritable contrat de volontariat, engageant à la fois l'Etat et le médecin,
- Adapter la formation initiale des différents intervenants : formation médicale initiale, formation et reconnaissance des PARM,
- Informer et responsabiliser la population sur la bonne utilisation du système. Celui-ci, en étant fiable et pérenne, pourra être lisible grâce à un plan de communication,
- Evaluer périodiquement l'efficacité du dispositif dans le cadre des CODAMPP

En s'appuyant sur les difficultés rencontrées par la PDS actuellement, alors que la démographie médicale n'est pas encore la plus défavorable, le rapport Grall met en garde contre une évolution alarmante de la situation. Il préconise une refonte globale du système, concernant tout autant les institutions que les acteurs de santé et les usagers. Ce chantier paraît titanesque, mais à la hauteur de l'enjeu : conserver l'accès de la population aux soins non programmés.

1.3 Organisation de la PDS dans la région nancéenne

1.3.1 Avant décembre 2003

Dans les années 1970, les personnes ayant besoin de contacter un médecin pendant les nuits de semaine (17) (de 19h à 7h) appellent le standard des sapeurs pompiers de Nancy, qui leur transmet les coordonnées de l'un des 4 médecins de garde. Le week-end, les appels sont réceptionnés par un standardiste ou un étudiant en médecine installé dans les locaux du Conseil de l'Ordre qui répartit l'activité médicale entre les différents médecins volontaires.

En 1978, le Service de Continuité des Soins (SCS) est créé par le Conseil de l'Ordre, les structures hospitalières et le Syndicat Départemental des Médecins pour rassembler les acteurs de la PDS.

A partir de 1986 et la loi sur l'Aide Médicale Urgente (10), les patients peuvent appeler un Permanencier Auxiliaire de Régulation (PARM) du SAMU, qui joint alors un des médecins généralistes de garde équipé d'un radiotéléphone.

Depuis, le nombre d'adhérents au SCS a peu à peu diminué, tout comme le nombre de volontaires pour participer aux gardes de nuit et de week-end. En 2001, parmi les 270 généralistes de la CUGN, 209 médecins cotisent au SCS, et 52 d'entre eux y effectuent des gardes (19). Ceci s'explique entre autre par le vieillissement de la population des professionnels de santé de cette région.

1.3.2 Depuis décembre 2003

La PDS sur la région nancéenne fait partie de l'organisation de la PDS en Meurthe-et-Moselle, l'échelon décisionnel départemental ayant été conservé avec la réorganisation des CODAMU en CODAMUPS

Elle suit les nouvelles dispositions nationales, aussi avons-nous choisi de l'exposer selon les 3 axes volontariat, sectorisation et régulation en nous basant sur le cahier des charges départemental.

1.3.2.1 L'offre médicale locale

1.3.2.1.1 Les établissements de santé

Plusieurs services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) existent à Nancy : à l'Hôpital Central, à la Polyclinique de Gentilly, à la Maternité Régionale Auguste Pinard et à l'Hôpital d'Enfants de Vandoeuvre-Lès-Nancy.

1.3.2.1.2 Les médecins généralistes installés en cabinet

Une trentaine de médecins généralistes installés en cabinet dans la CUGN s'inscrivent chaque mois sur le tableau des gardes du secteur de Nancy. Ils sont un ou deux à participer par nuit à l'activité de visite à domicile de PDS, en dehors du cabinet des Bains Douche.

1.3.2.1.3 Le cabinet de garde des « Bains Douches »

Il est situé rue Saint-Nicolas à Nancy, dans les anciens « Bains Douches » de ce quartier. Il dispense exclusivement des consultations sur place qui sont assurées par des généralistes volontaires par ailleurs installés en cabinet. Ses horaires d'ouverture sont :

- en semaine, de 20 heures à minuit,
- le samedi, de 14 heures à minuit
- le dimanche, de 8 heures à minuit.

Les patients peuvent s'y présenter directement, qu'ils soient ou non préalablement passés par la régulation médicale. Son fonctionnement est en partie financé par la CPAM et la mairie de Nancy.

1.3.2.1.4 L'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle

Elle fait partie des associations de PDS reconnues par les décrets du 15 septembre 2003 (21) et du 7 avril 2005 (24) relatifs aux modalités d'organisation de la PDS.

Elle compte actuellement 12 médecins installés, 5 médecins remplaçants temps plein et 10 remplaçants à temps partiel.

Ses appels sont traités par le centre d'appels Médi'Call Center (MCC) qui est interconnecté avec le centre 15 de Nancy (le troisième chapitre de ce travail sera consacré à MCC).

Ses médecins réalisent exclusivement des visites à domicile, dans une démarche de complémentarité avec les consultations des cabinets de médecine générale. Ils participent à la continuité des soins en journée de semaine, bien souvent à la demande des médecins généralistes, mais concentrent leur activité sur la PDS : nuits, week-ends et jours fériés. Ils occupent ainsi le créneau de l'activité de garde laissé vacant par les généralistes.

1.3.2.2 La sectorisation en Meurthe-et-Moselle

Avant 2003, la Meurthe-et-Moselle est divisée en secteurs de gardes très hétérogènes de par leurs étendues géographiques, leurs densités de population et leurs densités médicales. L'adéquation entre ces différents paramètres n'est pas optimale.

Depuis 2003 (21), la sectorisation est entièrement repensée pour réajuster aux mieux l'offre de soins avec les besoins de la population en PDS. Comme nous l'avons vu dans le chapitre consacré à la grève des généralistes, le nombre de médecins disponibles est en baisse, beaucoup ont voulu l'instauration du volontariat pour pouvoir se libérer d'une activité trop contraignante ou qui ne les intéresse pas. En parallèle, la mise en place d'une régulation de l'accès au médecin de garde diminue le nombre des visites à effectuer. L'évolution se fait donc vers une fusion des secteurs. Si elle permet de concentrer les interventions, cette fusion a cependant des limites, notamment l'allongement des trajets qui augmente les délais d'intervention et diminue la disponibilité du médecin en temps de soins effectif.

Avec le décret du 7 avril 2005 (24) se poursuit la dynamique de fusion des secteurs. Nancy et sa communauté urbaine comportent maintenant un seul secteur de garde pour un nombre défini de médecins de garde, variable selon les saisons et les éventuelles épidémies.

1.3.2.3 La régulation médicale libérale en Meurthe-et-Moselle

Elle fait partie des nouvelles directives du Code de la Santé Publique, modifié par les décrets du 15 septembre 2003 (21) et du 7 avril 2005 (24). L'article R732 du code stipule que l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable organisée par le SAMU ou par le centre d'appel d'une association de PDS s'il est interconnecté avec le SAMU.

Plusieurs structures participent à la régulation libérale sur la région nancéenne : l'association Médigarde 54 et le standard de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle : Médi'Call Center.

1.3.2.3.1 L'association Médigarde 54

Elle a été créée en octobre 2003 selon la loi du 1^{er} juillet 1901 (37, 38) pour gérer et organiser la régulation médicale libérale en Meurthe-et-Moselle.

Elle vise, selon l'article 2 de ses statuts, à regrouper les associations et les groupements de secteurs ayant pour objet la PDS et la continuité des soins médicaux en Meurthe-et-Moselle. Elle rassemble les médecins libéraux participant à la régulation médicale libérale, et compte parmi ses adhérents divers syndicats de médecins généralistes libéraux, l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins, le Service de Continuité des Soins.

La réception des appels passe par un numéro unique et se fait dans un site unique : les locaux du CRRA du SAMU 54. Les médecins libéraux régulent les appels depuis la même salle que les médecins du SAMU. Afin de définir les règles de fonctionnement de ce système, Médigarde 54 et le CHU de Nancy se sont liés par une convention signée le 15 décembre 2003 (39).

Les médecins régulateurs libéraux sont formés par l'URML et le SAMU. Ils conservent leur statut libéral mais sont rémunérés grâce à des fonds publics.

L'activité de Médigarde 54 couvre partiellement la période de la PDS : en semaine de 20 heures à minuit, le samedi de 12 heures à minuit, le dimanche et les jours fériés de 8 heures à minuit. En dehors de ces horaires, cette régulation médicale de la PDS est relayée par le Centre 15.

1.3.2.3.2 Le Centre de Réception et de Régulation des Appels de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle : Médi'Call Center

Il est interconnecté avec le SAMU et satisfait aux conditions fixées par décrets du 15 septembre 2003 (21) et du 7 avril 2005 (24) pour participer à la régulation libérale de l'accès au médecin pendant la PDS.

Depuis 2005, les Caisses d'Assurance Maladie reconnaissent le rôle de filtre à l'accès au médecin joué par les centres d'appels de SOS Médecins, et rémunèrent les visites effectuées la nuit, les dimanches et jours fériés (mais pas le samedi après-midi) avec la majoration de « visite régulée ».

MCC ne réalise pas une régulation médicale telle que celle du 15 et de Médigarde, mais une régulation paramédicale « protocolisée » selon des schémas médicaux. Nous développerons ce point crucial de cette organisation dans le 3^e chapitre qui est consacré à MCC.

2 SOS MEDECINS MEURTHE-ET-MOSELLE

2.1 Historique

Le 20 juin 1966 marque la création de SOS Médecins par le Docteur Lascar, médecin généraliste à Paris. Son initiative est née d'un fait tragique (40) : le décès par crise cardiaque d'un patient qui avait vainement tenter de joindre un médecin un samedi après-midi. Le Dr Lascar relate que, en butte à une fuite d'eau dans sa baignoire le week-end précédent, il avait été paradoxalement dépanné dans le quart d'heure par « SOS Dépannage ». Ainsi lui vint l'idée de créer SOS Médecins, guidé par la conviction que la santé valait plus qu'un simple tuyau de plomb. A une époque où le SAMU n'existait pas, le concept était révolutionnaire.

Depuis, de nombreuses associations SOS Médecins se sont développées en France pour atteindre le nombre de 70 à ce jour. Elles ont aussi servi de modèles à d'autres pays qui disposent d'associations de permanence des soins similaires.

SOS Médecins Meurthe-et-Moselle a été créée en juillet 1999 sous le nom de SOS Médecins Nancy. Depuis, l'association ne cesse de progresser, tant sur le plan du territoire géographique couvert que du nombre de médecins. Avec la prise en charge en PDS des secteurs de Toul, Blainville sur l'Eau et Thiaucourt en 2007, elle a choisi l'appellation plus appropriée de « Meurthe-et-Moselle ». Elle intègre régulièrement de nouveaux médecins : constituée de 3 associés au départ, elle compte actuellement 12 médecins associés et fait appel aux services de 15 remplaçants (5 à temps plein, 10 à temps partiel).

Comme la majorité des associations SOS Médecins, elle fonctionne dans le cadre d'une société civile de moyens (SCM) permettant la mise en commun des moyens d'exercice.

2.2 SOS Médecins Meurthe-et-Moselle: une association fédérée à SOS Médecins France

2.2.1 Présentation de la fédération SOS Médecins France

SOS Médecins France est le premier réseau d'urgence libéral et de PDS en France. Il regroupe 70 associations réparties sur le territoire métropolitain et d'outre-mer, soit un total de un millier de médecins généralistes.

SOS Médecins couvre les deux tiers de la population française et lui permet d'assurer 80 % de la PDS en milieu urbain et périurbain. Dans tous les secteurs concernés, SOS Médecins traite la majorité des appels parvenant au SAMU et ne relevant pas d'une intervention par le SMUR, mais nécessitant un avis médical rapide. Ces appels ne représentent par ailleurs qu'une part limitée de ceux reçus par SOS Médecins, qui dépassent le nombre de 4 millions par an et aboutissent à 2,5 millions d'interventions à domicile.

2.2.2 Le cahier des charges de SOS Médecins France

Pour faire partie de la fédération SOS Médecins, chaque association locale doit remplir certaines conditions d'organisation et d'équipement édictées dans un cahier des charges.

Ces conditions traduisent une conception particulière de la médecine d'urgence libérale et de la PDS, afin qu'un service médical continu de qualité soit accessible à domicile à tous et à tout instant.

Le respect du cahier des charges assure l'unité nécessaire au sein de la fédération, lui permettant d'être représentative du réseau auprès des élus, des pouvoirs publics, du monde médical, des médias et du grand public. Ainsi les médecins de terrain ayant choisi cet exercice particulier peuvent-ils jouer un rôle actif dans l'élaboration des politiques de santé pour les domaines les concernant. Cette cohésion rend aussi possible le développement de partenariats sanitaires et sociaux au plan national.

Les principes de fonctionnement contenus dans le cahier des charges sont :

- un centre de réception et de régulation des appels fonctionnant 24h/24, permettant de répondre aux besoins de soins urgents de la population quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit. Il s'agit du fondement de l'existence de SOS Médecins, tel que l'a créée le Dr Lascar. La politique de fonctionnement de ces standards n'est quant à elle pas définie par le cahier des charges. SOS Médecins Nancy a choisi de travailler avec Médi'Call Center, qui présente des gages de qualité, comme nous l'exposerons au 3^e chapitre de ce travail.

- une disponibilité totale des médecins pour assurer une réponse dans les meilleurs délais. L'activité SOS est la réponse 24heures/24 aux besoins de soins à domicile, il n'y a pas de cabinet de consultation. Cette disponibilité se traduit aussi par une adaptation anticipée et si besoin en temps réel de l'organisation des associations aux besoins de la population. Un exemple en est la mobilisation spontanée des médecins lors de la canicule d'août 2003 (41), majorant leurs effectifs pour pouvoir apporter la réponse nécessaire aux besoins de la population sans refuser d'appels pour surcharge de travail. Un autre exemple est l'augmentation importante du nombre de gardes assurées en période d'épidémie, principalement en hiver. Le confort des praticiens passe effectivement après les impératifs de santé publique.

- des médecins expérimentés, rompus à l'urgence: le recrutement se fait sur l'expérience dans le domaine de l'urgence, la connaissance de la médecine générale, et la motivation à pratiquer une médecine souvent difficile de par la variété et la fréquente complexité des situations à gérer, et de par l'engagement physique nécessaire.

- des moyens diagnostiques et thérapeutiques étendus, adaptés aux pathologies les plus souvent rencontrées. Ainsi, en plus de l'équipement habituel de tout médecin (stéthoscope, tensiomètre, otoscope, médicaments injectables d'urgence...), les médecins SOS emportent dans leur véhicule une trousse de petite chirurgie, un électrocardiogramme, un nécessaire à ventilation manuel, un nébulisateur et une réserve d'oxygène, des tests diagnostiques chimiques.

- une intervention rapide. L'équipement en moyens modernes de télécommunication permet de joindre très rapidement un médecin et si besoin de le détourner de sa destination en cas de visite très urgente. La signalétique des voitures, blanches et débanalisées, permet de repérer facilement l'arrivée du médecin et favorise les gestes de cordialité des autres automobilistes.
- un bilan d'intervention systématique : au centre 15 pour les appels délégués, au médecin traitant.

2.2.3 Une place reconnue dans la prise en charge des urgences et la Permanence Des Soins

2.2.3.1 Historiquement

La création de SOS Médecins visait à combler une lacune du système de soins français: la possibilité de pouvoir être pris en charge par un médecin quel que soit le jour de la semaine ou l'heure du jour et de la nuit, rapidement et efficacement. SOS Médecins s'inscrit donc en complémentarité des structures existantes, libérales et hospitalières.

Dès l'origine, bien avant sa formalisation dans les textes récents, la collaboration avec les partenaires publics et privés s'est inscrite dans une démarche pragmatique qui permet au médecin de garde d'apporter une réponse adaptée aux situations médicales rencontrées (42).

Une collaboration particulière s'est naturellement développée avec les SAMU. Un projet de convention entre le SAMU et les « associations de médecins ayant pour objet la réponse à l'urgence » apparaît dès le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des SAMU (13). SOS Médecins, en tant qu'interlocuteur reconnu pour son efficacité et sa disponibilité, traite actuellement la majorité des appels parvenant au SAMU nécessitant un avis médical rapide en zone urbaine et périurbaine. L'intervention d'un médecin expérimenté et bien équipé en moyens diagnostiques et thérapeutiques permet en effet de soigner le maximum de patients à domicile, et par-là même de réduire le coût supporté par la collectivité : réduction du nombre d'intervention SMUR, et du nombre de transports et d'hospitalisations.

Lors des réflexions menées sur la réorganisation de la PDS en 2002-2003, le groupe de travail présidé par le sénateur Descours a à plusieurs reprises consulté la fédération SOS Médecins France, dont certaines associations affichent plusieurs dizaines d'années d'expérience en PDS.

2.2.3.2 Une reconnaissance dans les textes récents en tant qu'association de PDS

Le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 ajoute l'article R.731 au Code de la Santé Publique, reconnaissant aux associations de PDS la possibilité de participer au dispositif de PDS, sous réserve de communication préalable au conseil départemental de l'ordre des médecins de la liste nominative des médecins y participant (21).

Leurs centres d'appels ne sont pas directement cités, mais le décret autorise une régulation en dehors du cadre du SAMU si elle lui est interconnectée (article R.732 du Code SP). Ce décret permet enfin aux associations de PDS d'être représentées au sein des CODAMUPS à raison d'un médecin par association.

Le décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 modifie l'article R.730 du code de la santé publique. Au texte initial de 2003 : « La PDS (...) est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé(...) par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres » sont ajoutés les mots « *ainsi que* par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins » (24), reconnaissant ainsi l'existence du travail que ces médecins effectuent pour certains depuis 1966.

De même, l'article R.732 du Code SP concernant la régulation est modifié, reconnaissant le rôle des centres d'appel des associations de PDS et précisant que les modalités de l'interconnexion avec le SAMU doivent être définies par une convention.

La convention nationale signée avec le SAMU de France le 17 septembre 2005 (43) en présence de Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, formalise les relations entre SOS Médecins et le SAMU. Cette convention sert de cadre aux conventions qui seront signées localement entre les établissements hospitaliers hébergeant un SAMU et les associations SOS Médecins.

Si la convention apparaît dans les textes organisant la PDS, sa portée la dépasse pour définir les modalités de partenariat SAMU-SOS dans leur globalité. Elle est une évolution positive de l'organisation du système de soins, permettant d'améliorer le service rendu au patient en rapprochant deux structures aux missions complémentaires, par delà le clivage secteur public - secteur privé.

2.2.4 Une participation à des actions nationales de Santé Publique

2.2.4.1 Partenariat avec l'Institut de Veille Sanitaire

L'Institut de veille sanitaire (InVS), établissement public de l'Etat placé sous la tutelle du Ministère de la Santé et des Solidarités, a pour mission de surveiller l'état de santé de l'ensemble de la population. En cas de menace pour la santé publique, elle alerte les pouvoirs publics et leur adresse des recommandations permettant l'élaboration des politiques de santé publique et leur évaluation.

Pour assurer le recueil et l'analyse des données épidémiologiques, l'InVS mobilise, anime et coordonne un réseau de santé publique qui comprend des professionnels de santé, des instituts de recherche, des établissements de soins publics ou privés, des caisses d'assurance maladie, des associations de malades et d'usagers. Elle dispose d'antennes régionales, les Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire), localisées au sein des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales. Les Cire sont là pour coordonner la veille sanitaire régionale et apporter une réponse rapide au signal d'alerte sanitaire (analyse et expertise du signal, investigation, alerte, proposition de gestion de l'alerte), principalement dans le domaine des maladies infectieuses et des risques liés à l'environnement.

Les associations SOS Médecins sont des interlocuteurs privilégiés de l'InVS, aux côtés du SAMU et des sapeurs pompiers. L'étendue de la population couverte et l'organisation en réseau facilitent le repérage des signes d'alertes et permettent le recueil d'un volume de données conséquent. On peut citer en exemple la participation à la surveillance de la canicule de 2003 sur un plan national (44).

C'est dans ce cadre que l'InVS et la Fédération SOS Médecins France se sont associées par un accord de partenariat signé le 20 décembre 2005 (45). Le point clé est la mise à disposition par SOS Médecins de ses données informatiques, chaque appel faisant l'objet d'un enregistrement au sein d'un registre informatisé. Les informations recueillies peuvent constituer des indicateurs pour le déclenchement d'une alerte, par exemple l'augmentation du nombre d'appels pour une pathologie spécifique comme la grippe, ou l'augmentation de la notification d'un même diagnostic au niveau d'un département. Cette collaboration renforce la surveillance des événements de santé en France dans le cadre des systèmes d'alerte, les données reçues compléteront les informations en provenance des hôpitaux.

Plusieurs associations SOS Médecins participent de plus au « Programme national de Surveillance des effets sur la Santé de la pollution de l'Air dans 9 villes françaises » (46) (PSAS 9), mis en place en 1997 pour évaluer les effets de la pollution atmosphérique sur la santé, dans le but de fixer des orientations régionales visant à prévenir ou réduire les effets de la pollution atmosphérique. Le PSAS-9 est un outil de surveillance épidémiologique consistant à relier les variations temporelles à court terme (d'un jour à l'autre) d'un indicateur de l'état de santé d'une population (mortalité, admissions hospitalières) à celles d'un indicateur d'exposition de cette population à la pollution atmosphérique (polluants mesurés) afin d'identifier une relation exposition / risque. Le programme Erpurs (évaluation des risques de la pollution urbaine sur la santé) de l'observatoire régional de la Santé d'Île-de-France, créé en 1990 et travaillant en partenariat avec SOS Médecins Paris, a été intégré au programme PSAS9.

2.2.4.2 Participation au réseau sentinelle des Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe

La grippe doit être surveillée car c'est maladie virale communautaire épidémique et imprévisible. Elle est à l'origine d'une morbidité importante pouvant désorganiser le système de soins par l'augmentation très importante du nombre de patients et de la consommation médicamenteuse. La grippe est grave pour les personnes à risque non vaccinées, avec un taux de mortalité non négligeable. Elle a un coup social important, en particulier en raison du nombre d'arrêts de travail. Son retentissement peut être limité par la connaissance précoce

de l'arrivée de l'épidémie et des souches incriminées.

Les GROG sont créés en 1984 (47) pour être un réseau d'alerte et de surveillance des épidémies de grippe, reposant sur les professionnels en « première ligne » : médecins généralistes et du travail, pédiatres, pharmaciens. SOS Médecins France participe au réseau sentinelle depuis sa création en 1984. Chaque association donne son relevé d'activité hebdomadaire décomptant le nombre de patients atteints, avec un taux de participation de 100% des associations (48).

Certaines associations SOS réalisent de plus les Tests Rapides de Surveillance (TRS) dans le cadre de la surveillance « GROG TRS » : ils permettent la confirmation du diagnostic de grippe par technique immunologique.

2.2.4.3 Participation aux Cellules Départementales Grippe Aviaire Renforcées

L'organisation des soins en cas de pandémie de grippe aviaire relève pour l'essentiel de la médecine de ville, en coordination avec les établissements de santé. Les visites à domicile sont privilégiées, de même que le maintien des malades à domicile, ce qui suppose la possibilité d'un suivi adapté. Le déplacement des patients, tant au cabinet qu'à l'hôpital, est à limiter et à encadrer pour éviter les contacts avec des personnes non grippées et la propagation du virus.

Les médecins SOS se retrouveraient en première ligne de part leur activité habituelle de visites exclusivement, mais aussi leur interconnexion et collaboration avec les SAMU, et leur organisation optimisant la répartition des patients et les déplacements des médecins. Ils participent aux différentes réunions de travail organisées par le Ministère de la Santé sur l'ensemble du territoire pour mettre en place le dispositif de lutte.

2.2.4.4 Partenariat avec l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale est un établissement public à caractère scientifique et technologique créé en 1964, et placé sous la double tutelle du ministère de la santé et du ministère de la recherche.

Il est le seul organisme public de recherche français entièrement dédié à la santé humaine. Ses chercheurs ont pour vocation l'étude de toutes les maladies des plus fréquentes aux plus rares, et il fait le lien entre les travaux en recherche fondamentale, en recherche clinique, thérapeutique et diagnostique, et en recherche en santé publique (49).

Le partenariat entre l'INSERM et SOS Médecins a commencé au moment de la coupe du monde de football 1998, dans le cadre du programme de recherche « sentinelles 98 », qui avait pour objectif l'étude des maladies d'importation et leur surveillance lors d'afflux massifs et ponctuels de population comme les grands rassemblements sportifs internationaux. Vingt associations SOS Médecins avaient réalisé un suivi des variations de son activité sur plusieurs sites témoins définis par l'INSERM (50).

Depuis, la collaboration existe toujours, SOS Médecins surveillant pour l'INSERM une dizaine de maladies.

2.2.5 Une collaboration renforcée avec des institutions de soins locales

2.2.5.1 Convention avec le service d'Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéienne

Cette convention entre l'HADAN et SOS Médecins Meurthe-et-Moselle a pris effet le 15 juillet 2007. Les médecins SOS interviennent au domicile des patients en période de PDS et assurent aussi la continuité des soins lorsque le médecin traitant est absent, à la demande de l'HADAN. Pour garantir son intégration dans la démarche de soins, chaque visite fait l'objet d'un bilan médical auprès du référent de l'HADAN, du remplissage du dossier médical et de la transmission d'un compte-rendu via Internet.

2.2.5.2 Convention avec les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes du secteur de Pompey / Lay-Saint-Christophe

Elle assure aux établissements concernés l'intervention d'un médecin SOS 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, depuis le 30/07/2007. Les visites effectuées s'intègrent ici aussi dans la démarche de soins de chaque patient : les dossiers médicaux sont mis à disposition et complétés par un compte-rendu.

La liste de ces EHPAD figure en annexe de notre travail.

2.2.5.3 Convention avec le SAMU 54

Elle fixe les modalités de collaboration entre le SAMU et SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, notamment pour la mise en œuvre de l'interconnexion et de l'activité de visites médicales dans le cadre de la PDS selon les nouvelles disposition du Code de la santé publique.

Nous la présenterons en détail un peu plus loin, au chapitre 2.3.5.

2.3 Description de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle

2.3.1 Effectifs

La structure est constituée en société civile de moyens. Elle compte actuellement 12 médecins associés et 15 médecins remplaçants.

Le nombre de médecins travaillant au cours de la journée et de la nuit est défini pour correspondre au mieux aux besoins de la population, selon le principe de disponibilité du cahier des charges de la fédération SOS Médecins France. Les variations du nombre de médecins suivent les variations horaires du nombre d'appels, qui sont aussi fonction de la saison. Si nécessaire, chaque médecin adapte ses horaires de garde à la charge de travail, commençant sa garde plus tôt ou la prolongeant pour renforcer les effectifs. Un ou plusieurs médecins d'astreinte peuvent aussi être mobilisés, et des médecins non prévus au planning mais simplement disponibles peuvent être appelés en renfort, illustrant bien l'esprit d'équipe habitant l'association. Les augmentations imprévues des besoins, qu'elles soient ponctuelles dans la journée ou étendues sur plusieurs semaines comme dans les épidémies ou les canicules, peuvent ainsi être absorbées sans désorganiser la structure. Cependant, lorsqu'un médecin effectue une garde de nuit, il dispose d'un repos compensateur durant la journée du lendemain pour des raisons de sécurité (nécessité d'une vigilance médicale mais aussi automobile).

2.3.2 Locaux

L'association a inauguré de nouveaux locaux en septembre 2006, adaptés à ses effectifs qui n'ont cessé d'augmenter depuis sa création, parallèlement à son activité. Ils consistent en un secrétariat ouvert au public pour le traitement des questions administratives, une salle de réunion, une salle de détente, une chambre de garde, une réserve de matériel. Il n'y a pas de salle de consultation médicale, l'activité de SOS Médecins étant la visite exclusivement. Les locaux sont situés au 14, avenue Jeanne d'Arc à Vandoeuvre (54500).

2.3.3 Respect du cahier des charges de SOS Médecins

Etant affiliée à la Fédération SOS Médecins France, l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle en respecte le cahier des charges :

- une disponibilité totale des médecins : les plannings sont organisés en fonction des besoins de la population des secteurs couverts, ils sont adaptés à l'horaire du jour, au jour de la semaine et à la saison. Les variations imprévisibles sont absorbées par les médecins d'astreinte, et si nécessaire par la mobilisation de tous les médecins disponibles. Le planning et le nombre de postes peuvent être modifiés pour une adaptation en temps réel.

- des médecins expérimentés, rompus à l'urgence : tous les médecins associés ont été formés à l'urgence lors de leur cursus universitaire, leur motivation les a conduit à poursuivre sur cette voie dans le secteur libéral. Certains préparent la Capacité de Médecine d'Urgence de la Faculté de Médecine de Nancy où ils côtoient leurs collègues du SAMU en formation, ils enrichissent par leurs acquis les autres membres de l'association lors des fréquentes réunions formelles et informelles. Les remplaçants sont choisis après plusieurs entretiens, les critères portent à la fois sur les connaissances et l'expérience en médecine d'urgence et médecine générale, et sur le contact humain et la motivation à pratiquer un exercice exigeant physiquement et mentalement.

Dans le cadre de la formation médicale continue, l'ensemble des médecins associés et remplaçants bénéficie de séances d'enseignement assurées par des intervenants de premier plan, médecins du SAMU et spécialistes. Les sujets abordés ces deux dernières années ont ainsi été l'interprétation de l'ECG, le syndrome coronarien aigu, la réanimation cardio-respiratoire, les céphalées et la prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux, l'urgence allergologique, les urgences ORL, la maladie thromboembolique veineuse, la maltraitance à enfants, la pneumologie infantile, la levée de corps, les actualités en biologie médicale, les urgences en hépato-gastro-entérologie, et les urgences orthopédiques et le suivi post-opératoire.

- des moyens diagnostiques et thérapeutiques étendus : en plus de l'équipement habituel de tout médecin (stéthoscope, tensiomètre, otoscope, médicaments injectables d'urgence...), les médecins de l'association emportent :

- un électrocardiographe,
- une bouteille d'oxygène, de masques avec et sans réservoir à nébulisation, de médicaments nébulisables, de canules de Guédel,
- un oxymètre de pouls,
- un nécessaire à ventilation manuelle,
- un lecteur de glycémie capillaire,
- des bandelettes urinaires,
- un détecteur de monoxyde de carbone,
- des médicaments per os et injectables, des seringues, aiguilles, canules rectales, (nous présenterons en annexe la trousse d'urgence type de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle)
- un récipient sécurisé de récupération des déchets contaminants,
- un matériel de petite chirurgie permettant la réalisation de sutures et de pansements, des mèches intra nasales, un thermomètre électronique, des pansements, Stéristrips*, compresses stériles et solutions antiseptiques.

- un centre de réception et de régulation des appels fonctionnant 24h/24 : l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle a choisi de travailler avec le centre Médi'Call Center installé dans l'Essonne, qui fait l'objet du quatrième chapitre de ce travail.

- une intervention rapide : les médecins roulent en voitures blanches débanalisées permettant de se signaler aux autres automobilistes (ce ne sont cependant pas des véhicules prioritaires) et au patient à l'arrivée. Ils utilisent les derniers équipements de télécommunication leur permettant d'être constamment joignables (ils peuvent ainsi être détournés de leur destination initiale en cas de besoin).

- un bilan d'intervention systématique : le bilan est transmis au centre 15 par téléphone pour les visites déléguées, le 15 dispose aussi d'un accès informatique direct au compte-rendu de visite du logiciel MCC Mission du standard Médi'Call. Pour tous les appels, un compte rendu peut être directement envoyé au médecin traitant via Internet grâce au logiciel MCC Mission. Les transmissions se font aussi par un courrier remis au patient à l'intention du médecin traitant, et par le carnet de santé pour les enfants et les adultes en disposant.

2.3.4 Secteur géographique d'intervention de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle

Il peut être divisé en 2 : un premier territoire couvert 24h/24, constitué :

- des 19 communes de la CUGN et villages annexes
- des communes de la Communauté de communes de Saint-Nicolas-de-Port
- du secteur de Champigneulle / Bouxières / Lay-Saint-Christophe
- des communes de Chavigny et Neuves-Maisons, Frouard, Champenoux et Brin-sur-Seille

Un deuxième territoire est couvert pour la période de PDS uniquement, il comprend :

- le secteur de Neuves-Maisons
- le secteur de Blainville-sur-l'eau / Damelevières
- le secteur de Toul
- le secteur de Thiaucourt

En période de PDS, SOS Médecins Meurthe-et-Moselle met ainsi ses services à disposition de plus de 408000 personnes, soit plus de 57% de la population du département, réparties sur un territoire de 1600 km², soit 31% de la superficie du département. L'association a progressivement étendu sa couverture aux secteurs ruraux et rayonne ainsi autour de sa « base » nancéienne.

Nous donnons en annexe la liste détaillée des communes pour chaque secteur, ainsi que leurs superficie et nombre d'habitants.

2.3.5 Convention avec le SAMU 54

Conformément aux nouvelles dispositions du Code de la santé publique (24) et à la convention cadre de partenariat SAMU de France - SOS Médecins France du 29 septembre 2005, le Centre Hospitalier Universitaire de Nancy (siège du SAMU 54) et l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle se sont liés par convention. Cette convention a été signée le 4 octobre 2006 par M. Péricard, directeur général du CHU de Nancy, M. le Dr Nace, chef de service du SAMU 54, et M. le DR SiAbdallah, président de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle.

Elle fixe les modalités de collaboration entre ces 2 structures, notamment pour la mise en œuvre de l'interconnexion et de l'activité de visites médicales dans le cadre de la PDS. Les différents points abordés sont :

- la régulation des appels de PDS et les modalités de transfert d'appels

Le centre d'appels SAMU 54 est susceptible de déclencher la visite d'un médecin SOS après régulation médicale d'un appel reçu.

Dans les situations où le délai d'intervention n'est pas un facteur décisionnel, le centre 15 peut transmettre l'appel au centre d'appels SOS ou demander aux personnes concernées de le contacter elles-mêmes.

Dans les situations où le délai est un facteur décisionnel, la demande est exprimée auprès du standard SOS sous la forme : « avez-vous un médecin disponible pour tel motif, à tel endroit, en tant de temps ? » Le standard donne une réponse binaire oui /non.

L'ensemble des coordonnées géographiques de l'appel est transmis.

Le centre 15 s'engage à informer SOS médecins sans délai de tout changement de situation pouvant modifier les modalités d'intervention d'une visite demandée.

Le centre d'appels SOS s'engage à prévenir immédiatement le 15 si le délai préconisé pour une visite ne peut être respecté.

Toute visite transférée fait l'objet d'un bilan médical donné par le médecin effecteur SOS au médecin régulateur du 15. Un site Internet dédié et sécurisé est par ailleurs mis à disposition du 15 par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle pour permettre le suivi en temps réel des interventions transmises (en cours et des dernières 24 heures) et la consultation des comptes-rendus. Le même retour d'information est possible du 15 vers SOS Médecins.

Le centre d'appels de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle peut, après traitement d'un appel, transférer celui-ci au centre 15 s'il répond aux critères suivants :

- appel urgent protocolisé : douleur thoracique avec suspicion de syndrome coronarien, accident vasculaire cérébral aigu, arrêt cardio-respiratoire, hospitalisation sous contrainte,
- appel nécessitant une intervention médicale urgente pour laquelle aucun médecin SOS n'est disponible,

- visite pouvant mettre en péril la sécurité du médecin (patient agressif, menaçant,...)
 - appel hors secteur (la liste des communes couvertes est annexée)
 - appel direct d'un centre de téléalarme
- les horaires couverts par la convention : ceux de la PDS (toutes les nuits de 20h00 à 8h00, les dimanches et jours fériés de 8h00 à 20h00)
 - les secteurs couverts par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle dans le cadre de la convention
 - l'interconnexion entre le centre 15 et le standard de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle : Médi'Call Center
 - Elle se fait par des lignes téléphoniques maintenues en permanence et gérées par chaque partie, avec des numéros spécifiques réservés et confidentiels. L'identification réciproque des structures est ainsi réalisée dès l'appel.
 - Elle est doublée d'une interconnexion informatique pour la transmission des données administratives par l'intermédiaire d'un site Internet réservé.
 - les modalités de transmission d'appels reçus par le centre 15 à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle :
 - les situations particulières :
 - le lieu d'intervention : les médecins SOS interviennent dans des lieux privés recevant du public à condition que l'examen puisse être réalisé dans un local adapté et qu'un tiers puisse assurer le retour du patient à son domicile si nécessaire.
 - la sécurisation de l'intervention : s'il existe une notion d'agressivité ou de contexte hostile, le 15 en informe le centre d'appels SOS et met en œuvre les moyens nécessaires à la sécurisation (Police, Pompiers, ...)
 - la formation continue : dans l'objectif d'assurer la cohésion des 2 structures et d'améliorer la cohérence de prise en charge des patients, des séances de formation commune doivent être organisées, ainsi que des échanges professionnels (staffs, colloques thématiques) au minimum tous les 6 mois.

- l'évaluation : elle est réalisée au moins 2 fois par an par une commission mixte constituée des représentants des 2 parties.

- la durée : 1 an avec tacite reconduction

- la dénonciation, les litiges : le conseil départemental de l'Ordre des Médecins sera saisi en première instance en cas de litige et dirigera la médiation entre les 2 parties.

2.3.6 Activité médicale de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle : le bilan statistique de l'année 2006

Nous allons présenter des données chiffrées afin d'appréhender l'activité de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle dans son étendue et sa diversité.

2.3.6.1 Nombre annuel d'appels reçus et de visites effectuées pour la CUGN et la Communauté de communes de Saint-Nicolas-de-Port au cours des 3 dernières années, et motifs d'annulation de visite

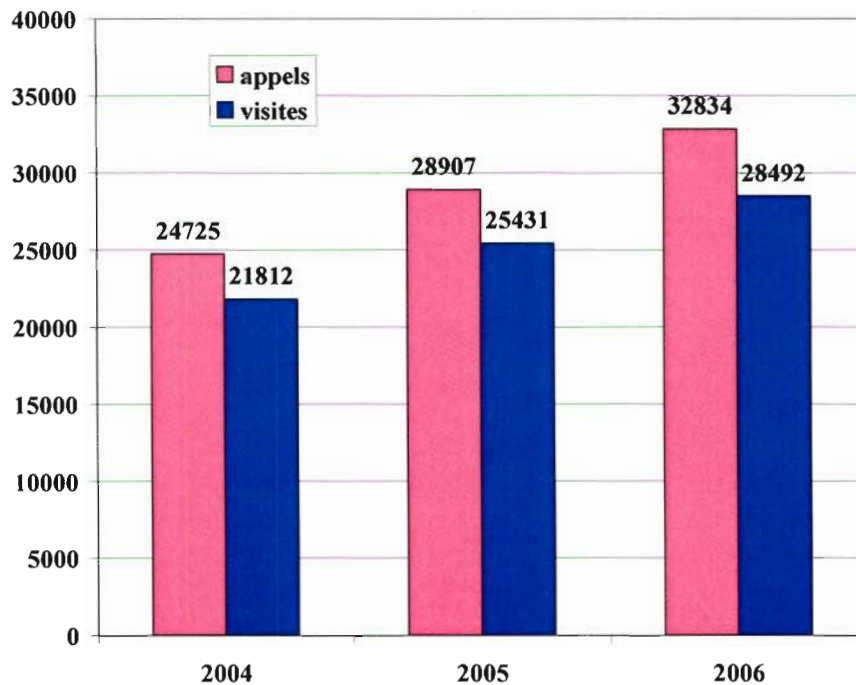


Figure 1 : nombre annuel d'appels reçus et de visites effectuées pour la CUGN et la Communauté de communes de St-Nicolas-de-Port de 2004 à 2006

Une augmentation régulière de l'activité de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle est constatée au cours des 3 dernières années, elle se situe dans la continuité de la tendance existant depuis la création de l'association.

Plusieurs explications peuvent être avancées :

- la structure est jeune, et se fait connaître petit à petit de la population où préexiste une demande de soins,
- depuis la grève des généralistes, le désengagement des médecins de ville dans la PDS se poursuit, et le transfert d'activité se fait sur SOS Médecins. Ceci est d'autant plus marquant en 2006, où l'extension du territoire couvert en PDS aux secteurs de Toul et de Blainville sur l'Eau correspond à une demande des médecins de ces secteurs.
- les médecins de ville limitent le nombre de leur visites et en transfèrent une partie à SOS Médecins en période de continuité des soins
- la signature de la convention avec le SAMU favorise le transfert d'appels à SOS Médecins.

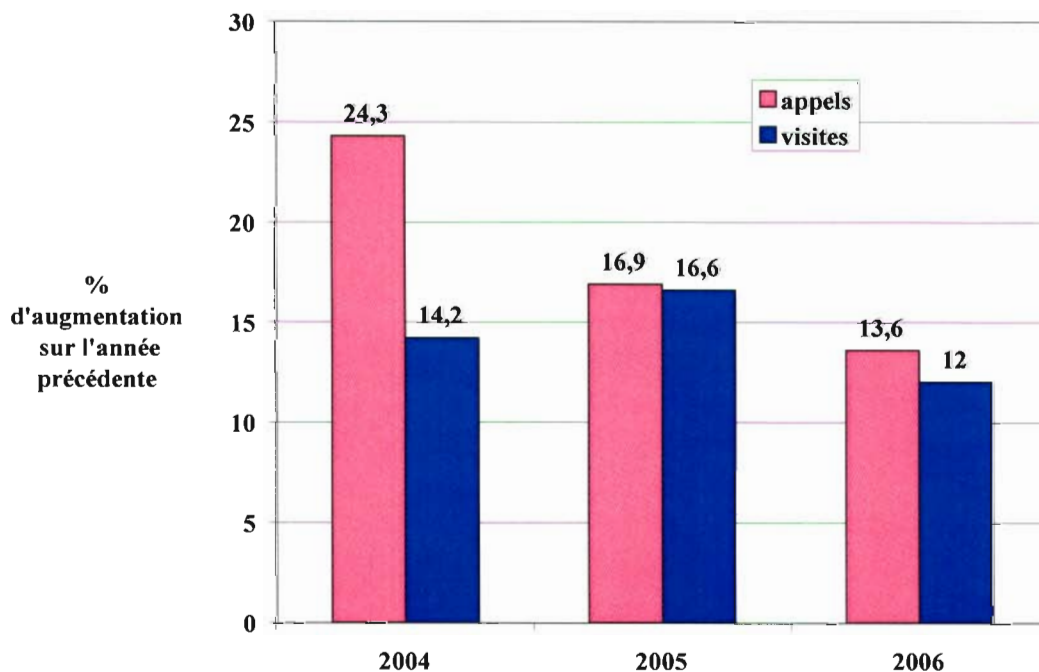


Figure 2 : pourcentages d'augmentation des appels reçus et des visites effectuées pour la CUGN et la Communauté de communes de St-Nicolas-de-Port, d'une année sur l'autre de 2004 à 2006

L'augmentation du nombre d'appels n'entraîne pas une augmentation systématique du nombre de visites effectuées. Durant l'année 2006, 4342 appels reçus par le standard de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle n'ont pas été suivis d'une visite à domicile, soit 13,2 % du total des appels de l'année. Divers motifs d'annulation de visite existent, qui peuvent découler d'une décision du patient lui-même ou de l'association de permanence de soins, par l'intermédiaire du centre d'appel.

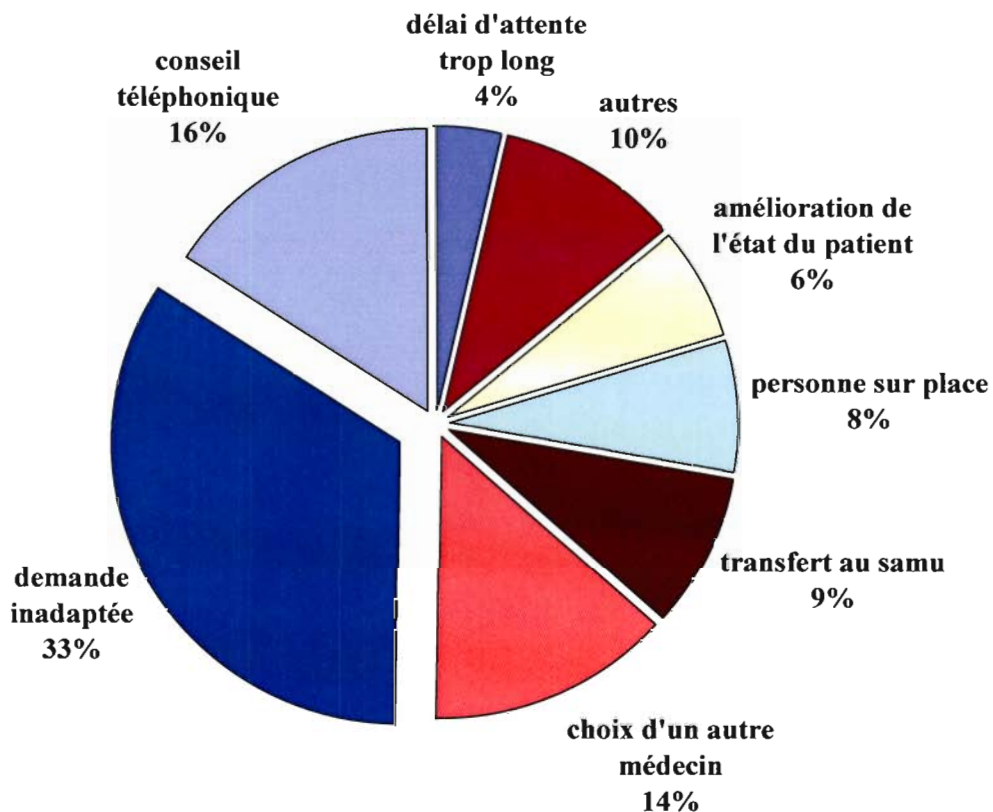


Figure 3 : principaux motifs d'annulation des visites en 2006 : en pourcentage des 2735 visites annulées

Les principaux motifs d'annulation sont en rapport avec :

- une demande inadaptée : elle ne correspond pas à la mission de SOS Médecins et est filtrée par les protocoles du standard MCC (demande de formulaire administratif, arrêt de travail, rendez-vous de consultation, acte infirmier, renouvellement d'ordonnance, prescription de psychotropes, conseil téléphonique ne faisant pas suite à une visite SOS, renseignements divers, intervention hors secteur ou sur la voie publique, etc.)

- un conseil téléphonique n'aboutissant pas à une nouvelle visite : un patient vu par un médecin de l'association rappelle pour un motif en rapport avec sa prise en charge
- un délai d'attente trop long : malgré l'estimation donnée au moment de l'appel ou le rappel du patient en cas de dépassement du délai donné (survient dans le cas des appels non prioritaires uniquement)
- autres : patient mettant fin à l'appel en cours, annulation sans motif donné, levée de garde à vue anticipée, refus de voir le médecin appelé par un tiers, etc.
- une amélioration de l'état : le patient rappelle pour annuler
- personne sur place à l'arrivée du médecin (après vérification de l'adresse et tentatives de rappel du patient)
- un transfert au SAMU : des appels présentant les critères prédéfinis,
- le choix d'un autre médecin : le patient se rend de lui-même chez son médecin traitant, à l'hôpital, ou a appelé simultanément un autre médecin, etc.

2.3.6.2 Variations mensuelles du nombre de visites au cours de l'année 2006

Le nombre d'appels et de visites varie tout au long de l'année, comme l'illustre la figure suivante :

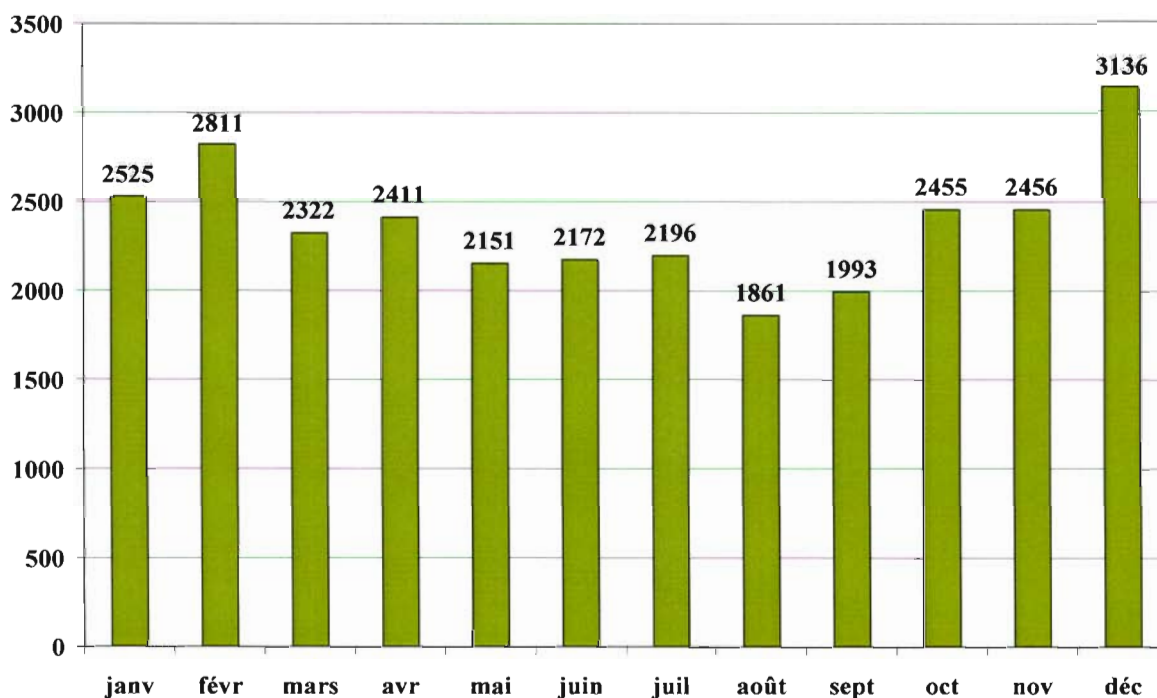


Figure 4 : distribution mensuelle des visites pour la CUGN et la Communauté de communes de St-Nicolas-de-Port du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006

Les fluctuations de l'activité sont superposables d'une année sur l'autre. Elle croit régulièrement de la fin de l'été jusqu'à la fin de l'hiver, avec en 2006 un maxima en février (2811 visites), pour décroître ensuite jusqu'au milieu du printemps, où elle montre une relative stabilité jusqu'à la fin de l'été. L'activité la plus faible en 2006 est rencontrée en août (1861 visites).

Si le mois où survient le pic d'activité n'est pas prévisible, il se situe toujours en hiver, saison où l'activité moyenne est la plus élevée. L'intérêt de cette étude se retrouve dans la réalisation des plannings : elle permet l'adaptation prévisionnelle du nombre de médecins en poste, qui sera doublée d'une adaptation secondaire en temps réel.

Cette variation est très probablement liée à l'incidence saisonnière des pathologies infectieuses (ORL, pulmonaires et gastro-entériques) même si l'infectiologie ne représente qu'une partie des motifs d'appels, comme nous le verrons plus loin.

2.3.6.3 Répartition horaire des appels reçus

2.3.6.3.1 Répartition nyctémérale des appels, semaine et week-end confondus

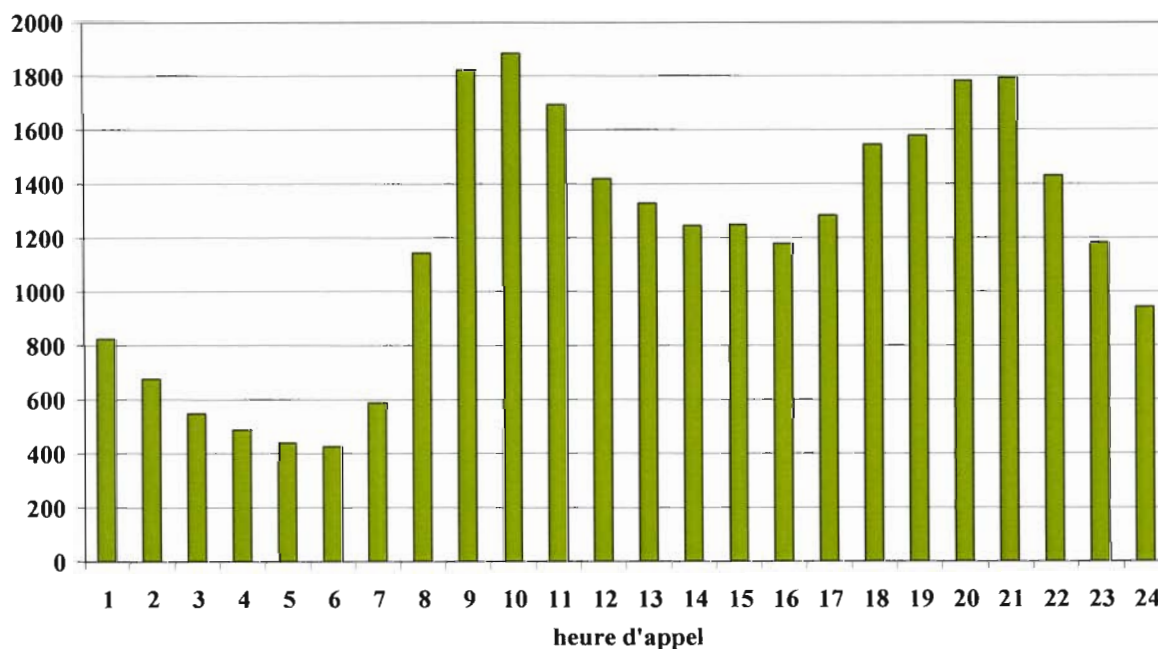


Figure 5 : répartition horaire des appels, toutes provenances confondues, semaine et week-end confondus, pour la CUGN et la Communauté de communes de St-Nicolas-de-Port du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006

Le volume d'appels croît rapidement à partir de 6h, aux heures de lever habituelles, pour atteindre son maximum en fin de matinée.

Il diminue ensuite jusqu'en milieu d'après-midi tout en restant à un niveau élevé en plateau, puis reprend en fin d'après-midi pour rejoindre le 2^e pic journalier en début de soirée vers 20h-21h. Il décroît ensuite lentement pour atteindre ses minima autour de 5h-6h.

Le nombre de médecins en poste est adapté à ces variations.

Le nombre d'appels transmis par le SAMU suit une distribution horaire proche, comme le montre la figure suivante.

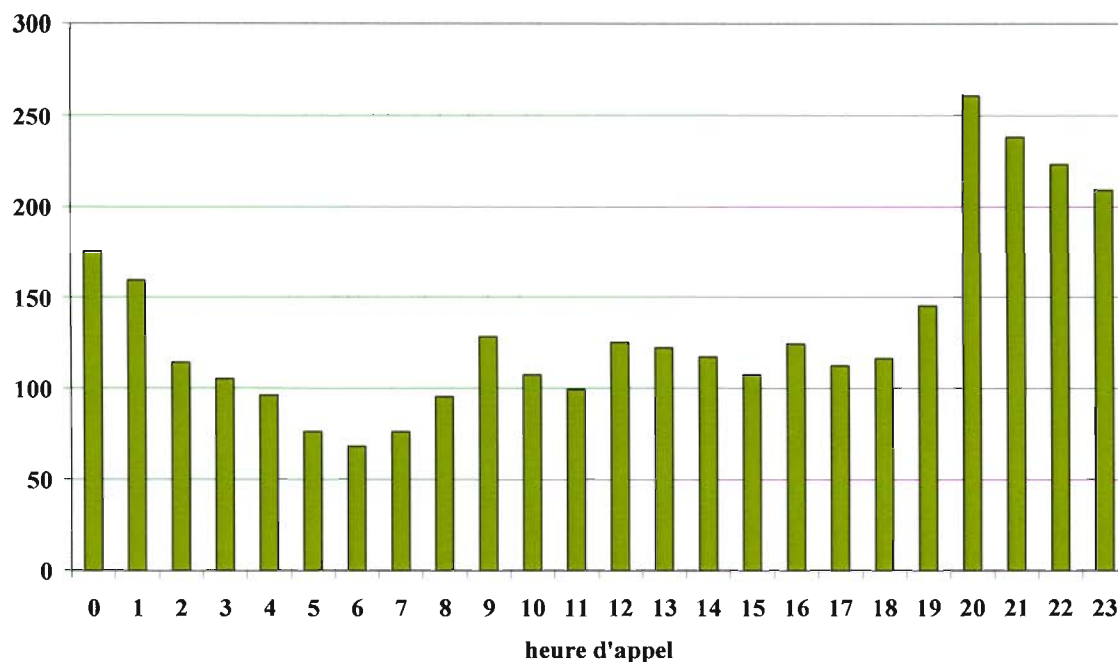


Figure 6: répartition horaire des appels transmis par le SAMU, semaine et week-end confondus, pour la CUGN et la Communauté de communes de St-Nicolas-de-Port du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006.

Le volume d'appels croit à partir de 6h pour atteindre en fin de matinée un plateau globalement stable tout au long de la journée. En journée de semaine, ces appels correspondent à la continuité des soins. L'activité augmente fortement en début de soirée, en semaine au moment de la fermeture des cabinets médicaux et de l'entrée en PDS, pour diminuer progressivement jusqu'au petit matin.

2.3.6.3.2 Répartition des visites tenant compte de la période de PDS

L'activité médicale de SOS Médecins recouvre deux périodes distinctes : la Continuité des soins (« journée de semaine») où l'intervention est généralement motivée par une indisponibilité du médecin traitant ou une demande du SAMU, et la Permanence Des Soins où seuls les médecins de garde travaillent.

La période de continuité des soins comprend les journées de semaine et le samedi, de 8h à 20h (le samedi après-midi devrait bientôt être inclus dans la PDS selon les dispositions du décret du 22 décembre 2006 (51)). Elle est représentée par les « visites de jour en semaine » sur la figure n° 7.

La période de PDS correspond à toutes les autres plages horaires. Elle peut elle-même être divisée en plusieurs périodes :

- le week-end : le dimanche de 8h à 20h officiellement, auquel nous ajoutons le samedi de 12h à 20h car les conditions d'activité y sont celles de la PDS, la plupart des cabinets médicaux étant fermés,
- les nuits, qui sont divisées en deux périodes de tarification selon les termes des conventions avec les caisses d'assurance maladie : « début – fin de nuit » (20h-0h et 6h-8h) et « milieu de nuit » (0h-6h).

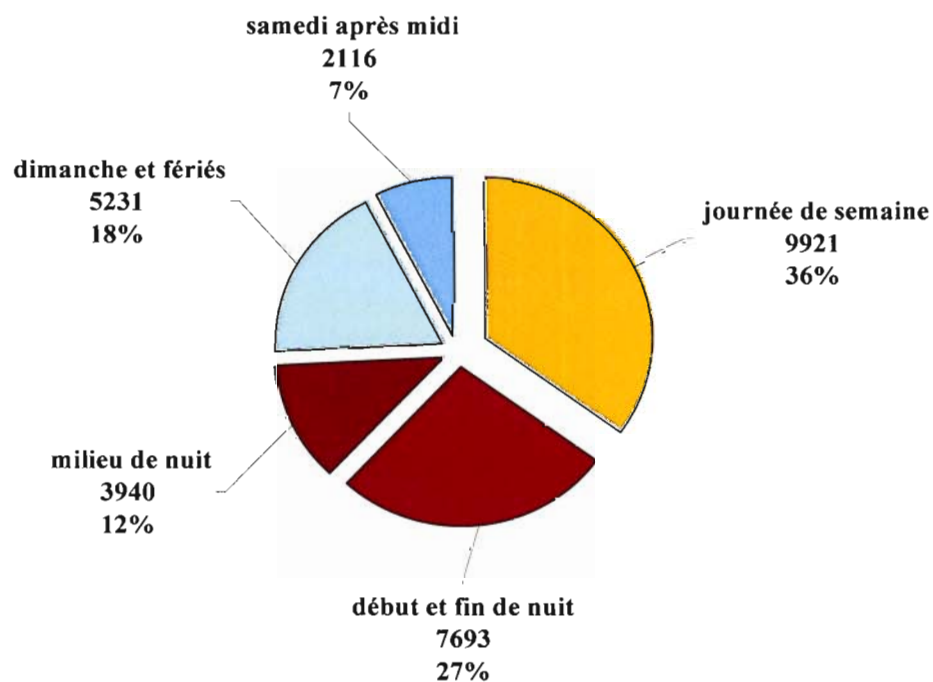


Figure 7 : répartition du nombre des visites selon la période pour la CUGN et la Communauté de communes de St-Nicolas-de-Port du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006

L'étude de la répartition des visites en fonction de la période montre que l'activité de jour en semaine (36% du total des visites) n'est pas disproportionnée par rapport à l'étendue des plages horaires concernées : cette période correspond en durée à 38% d'une semaine complète. La période de PDS additionnée au samedi après-midi (soit 61 % du temps de la semaine complète) rassemble 64% de l'activité totale. Ces proportions se conservent par ailleurs d'une année sur l'autre.

2.3.6.4 La provenance des appels

Elle est intéressante à étudier car elle reflète la diversité des pratiques et la multiplicité des interlocuteurs de l'association.

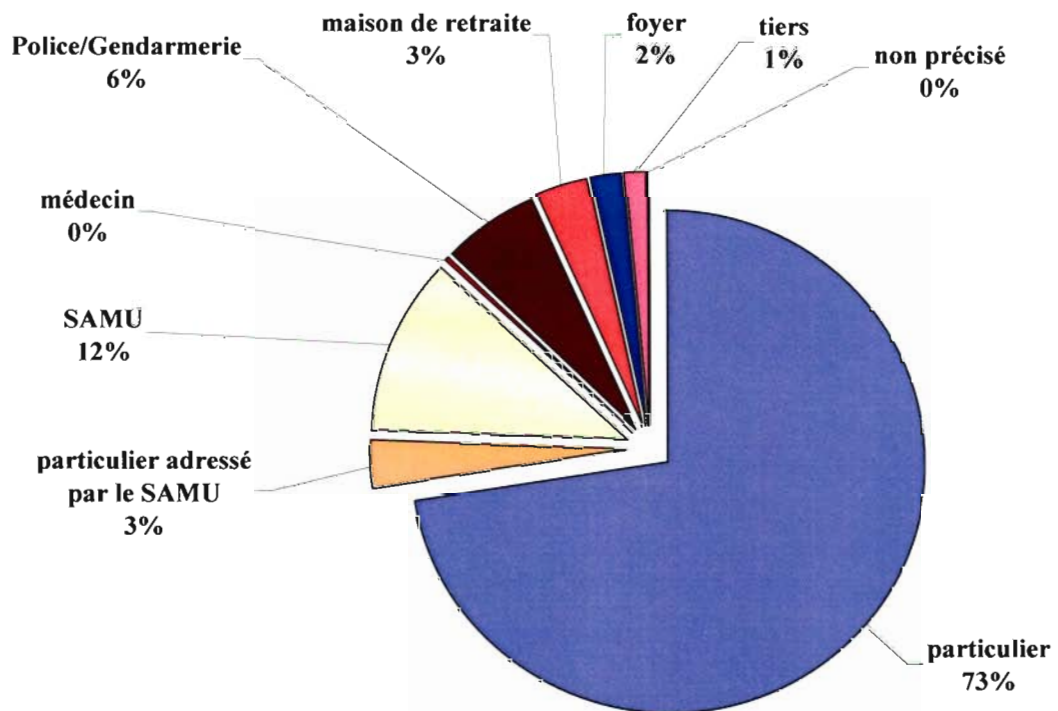


Figure 8 : répartition des appels selon leur provenance pour la CUGN et la Communauté de communes de St-Nicolas-de-Port du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006

- 73% des appels proviennent directement des particuliers (depuis le domicile, le lieu de travail, de loisirs,...)
- 2% des appels proviennent d'un tiers agissant dans l'intérêt du patient,
- 3% des appels correspondent aux patients qui se sont adressés directement au centre 15, et à qui le numéro d'appel du standard de SOS Médecins a été donné pour qu'ils le contactent eux-mêmes.
- les appels transférés directement après régulation par le SAMU ou Médigarde représentent 12% de l'ensemble des appels.
- les appels directs de foyers et maisons de retraites représentent 3% du total des appels,
- les interventions à la demande de la police et de la Gendarmerie représentent 6% des appels
- les médecins de ville font aussi souvent appel à SOS Médecins dans le cadre de la continuité des soins, lorsqu'ils ne peuvent assurer une visite. Ils transmettent le plus souvent le numéro du standard de l'association au particulier ou à la structure d'hébergement, et ces appels se retrouvent comptabilisés dans d'autres catégories. La catégorie « appels directs d'un médecin » intervient quand le médecin appelle lui-même pour son patient et ne représente que 0.4% des appels.

2.3.6.5 Les motifs d'appel pour la CUGN et la Communauté de communes de Saint-Nicolas-de-Port, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006

Les motifs d'appels correspondent aux formulations employées par les patients pour décrire leurs symptômes. Nous présenterons dans un premier temps les motifs les plus fréquents. Ceux-ci sont extrêmement variés et diffèrent parfois du diagnostic posé au terme de la visite, nous les classeront dans un deuxième temps en « spécialité » ou appareil (selon des critères arbitraires par nécessité de simplification, les malaises étant par exemple classés avec les troubles supposés d'origine cardiaque et non neurologique) afin de mieux appréhender l'activité rencontrée. Un même motif peut de plus correspondre à plusieurs diagnostics différents, principalement la fièvre que nous laisserons à part.

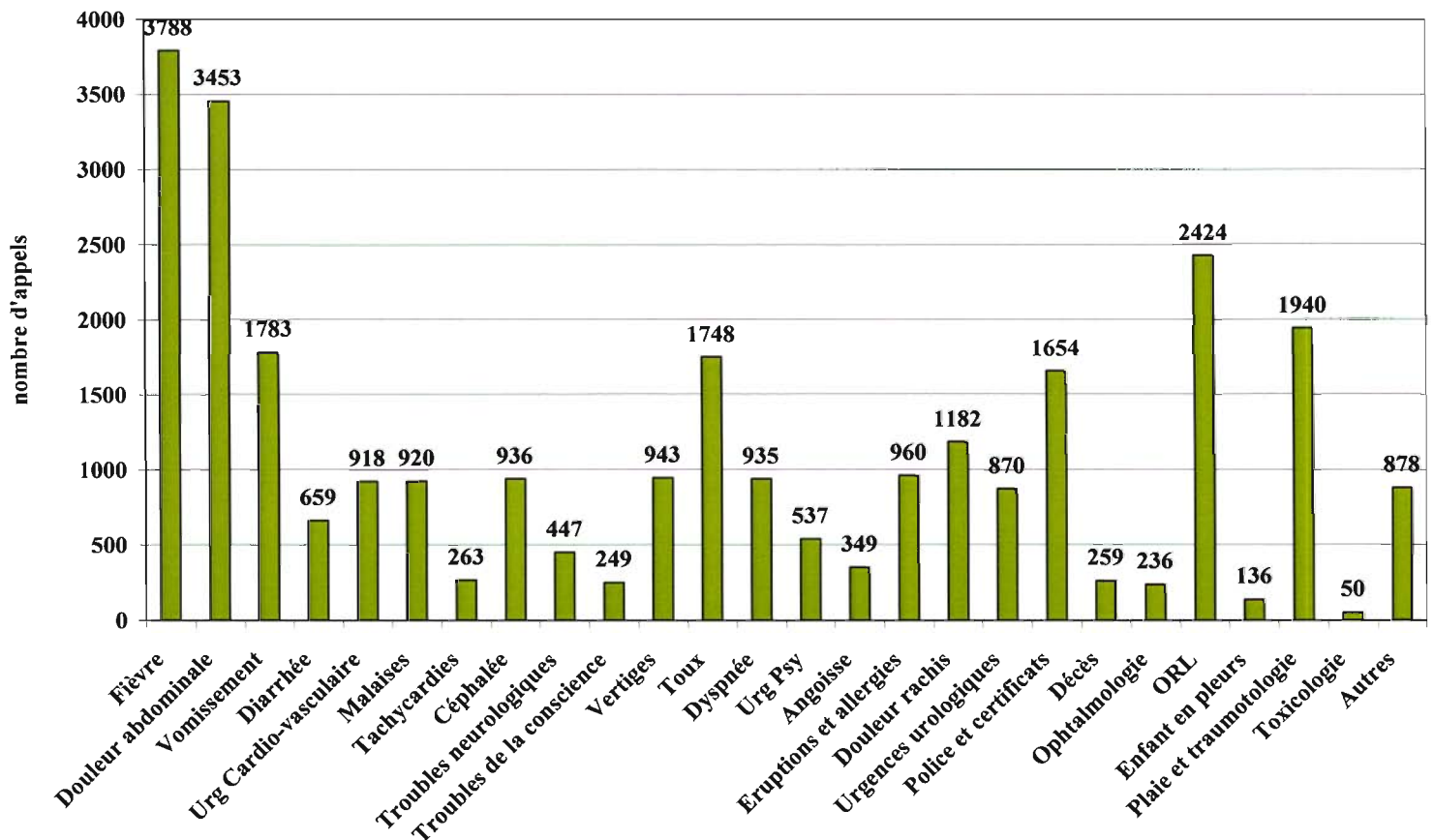


Figure 9 : nombre des différents motifs d'appel provenance pour la CUGN et la Communauté de communes de St-Nicolas-de-Port du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006

Les trois premiers motifs d'appels sur la période étudiée, tous âges confondus, sont la fièvre (3788 appels), les douleurs abdominales (3453 appels) et les atteintes ORL (2424 appels).

Viennent ensuite les plaies, traumatismes et demandes de sutures (1940 appels), les vomissements (1783 appels), puis la toux (1749 appels).

Sous le motif « urgences cardio-vasculaires » sont regroupées les douleurs thoraciques, les œdèmes des membres inférieurs, les suspicions de phlébite, d'ischémies aiguës. Elles correspondent à 918 appels en 2006. Les palpitations et les sensations d'irrégularité du pouls sont regroupées sous l'appellation « tachycardies » : 263 appels.

Les troubles psychiatriques potentiellement urgents comprennent les intoxications médicamenteuses volontaires, les demandes d'hospitalisations d'office, les demandes d'hospitalisation à la demande d'un tiers et les appels pour trouble dépressif.

La rubrique « autres » regroupe les atteintes dermatologiques autres que les éruptions, les plaintes multiples ou difficilement identifiables par téléphone, les douleurs généralisées, les piqûres d'insecte, les troubles du sommeil, les douleurs dentaires, etc.

Le regroupement par « spécialités » permet une autre approche de l'activité, plus en rapport avec l'appareil concerné par la plainte du patient.

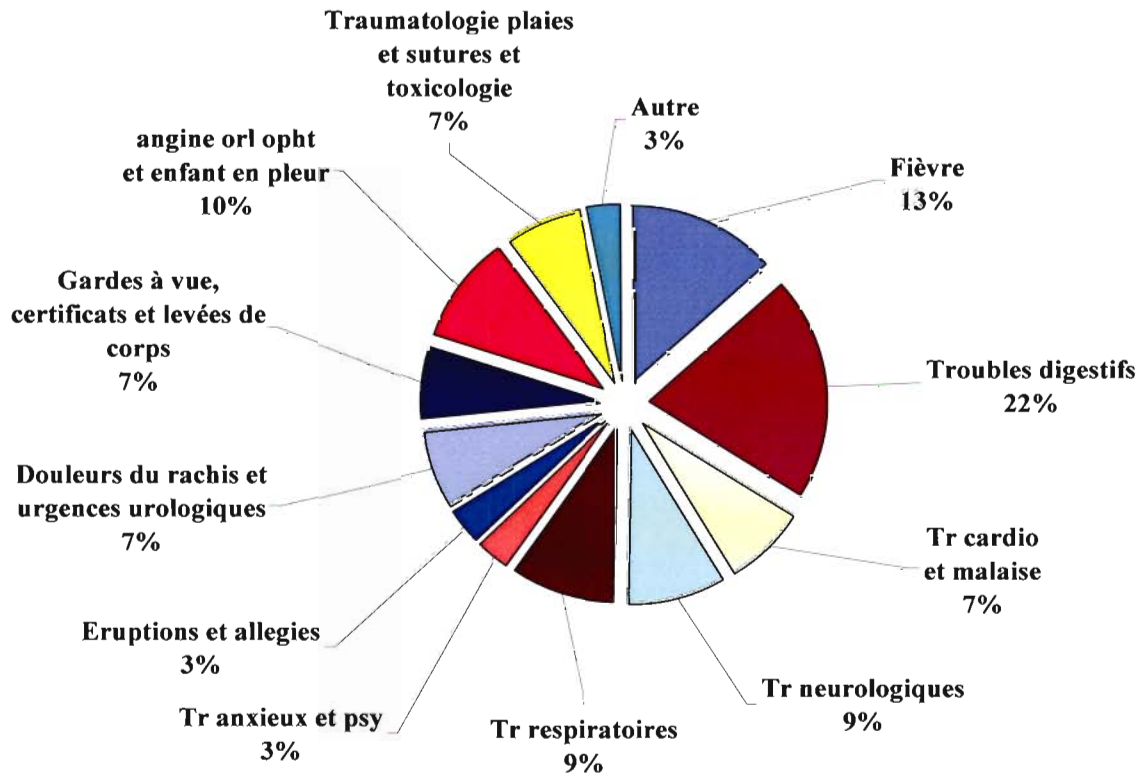


Figure 10 : proportion des différentes grandes « spécialités » de motifs d'appel pour la CUGN et la Communauté de communes de St-Nicolas-de-Port du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006

Les troubles digestifs sont les motifs d'appel les plus fréquents : 22%.

La fièvre vient ensuite : 13%.

Les troubles d'origine cardiologique supposée et les malaises représentent 7% des motifs d'appel. En leur additionnant les troubles neurologiques et respiratoires, on peut estimer à 25% la proportion des motifs d'appels pouvant préférentiellement révéler une urgence vitale.

Les appels de la police et de la gendarmerie représentent au final une part importante de l'activité avec 7% du total, dont une partie aux horaires de la PDS. Ces appels posent la question de la participation à la garde administrative de médecins dévolus à la mission de service public qu'est la PDS, car il s'agit principalement de certificats de compatibilité avec le maintien en garde à vue en geôle et de levées de corps, et pas d'actes de soins.

2.3.6.6 Les motifs des appels transmis par le SAMU pour la CUGN et la Communauté de communes de Saint-Nicolas-de-Port, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006

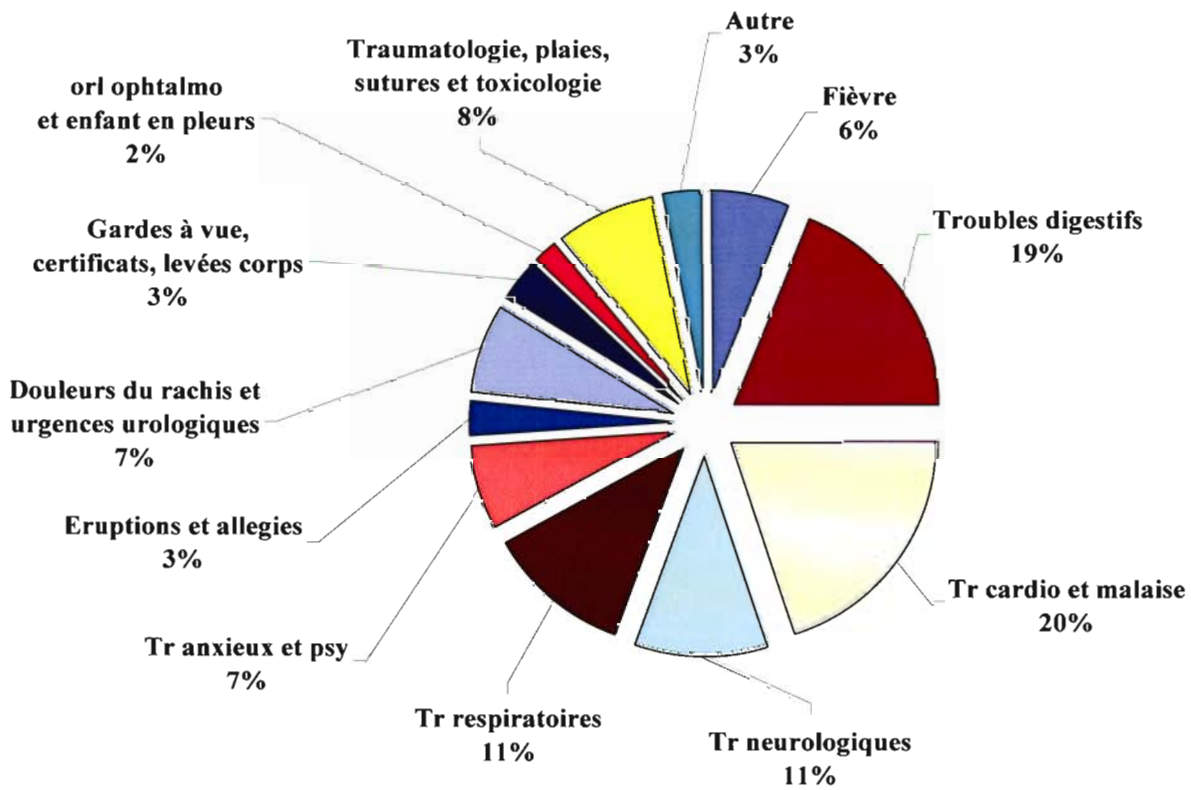


Figure 11 : appels transmis par le SAMU à SOS Médecins Nancy : proportion des différentes grandes « spécialités » de motifs d'appel pour la CUGN et la Communauté de communes de St-Nicolas-de-Port du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006

Nous pouvons constater que les motifs des appels transmis par le SAMU sont tout aussi variés que ceux rencontrés dans l'activité globale de SOS Médecins, et pas uniquement constitués de motifs cardiologiques, neurologiques et respiratoires. Ces derniers sont plus nombreux en proportion, mais on peut noter que les médecins régulateurs ont sollicité un avis médical rapide pour des motifs plus bénins en apparence.

2.3.6.7 Les délais d'intervention

Ils correspondent au temps écoulé entre la réception de l'appel et l'arrivée du médecin SOS au chevet du patient. Nous présentons les délais globaux, sans distinction entre les périodes de PDS ou de continuité des soins, ni entre les appels prioritaires et les autres. Les délais sont habituellement plus courts la nuit en raison d'une activité plus basse et de meilleures conditions de circulation. Les appels pour lesquels le délai est le plus long sont ceux à qui il n'a pas été attribué de critères de priorité lors du traitement de l'appel selon les protocoles du standard MCC.

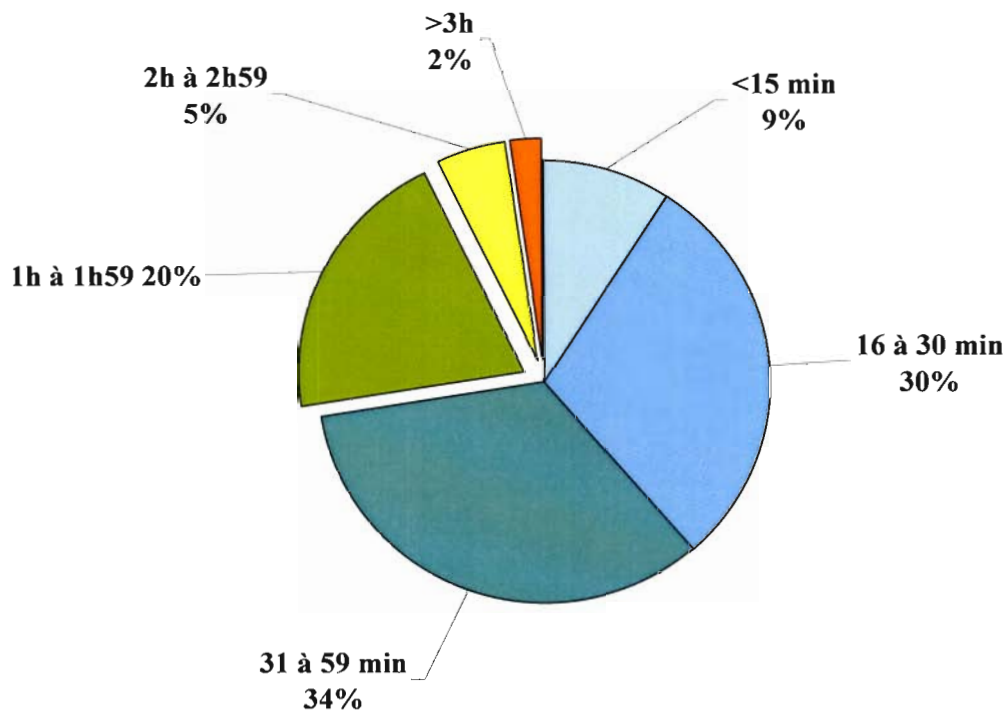


Figure 12 : délais globaux d'intervention pour la CUGN et la Communauté de communes de St-Nicolas-de-Port du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006

73% des appels aboutissent à une visite dans l'heure.

Seuls 7% des patients sont vus au-delà des 2 heures qui suivent leur appel.

Avec l'extension de la zone de couverture de l'association aux secteurs plus éloignés de Toul et Blainville sur l'Eau au 1^{er} janvier 2007 et de Thiaucourt au 6 août 2007, le délai moyen global d'intervention risque d'être augmenté en 2007. Il sera probablement nécessaire de tenir compte d'un délai moyen par secteur.

A titre indicatif, sur la période du 01/01/07 au 31/07/07, les délais d'intervention pour les secteurs éloignés sont :

- Secteur de Toul, sur 312 appels : 59,6% sont visités dans l'heure, 98,1% dans les deux heures, 1,9% sont vus après 2 heures.
- Secteur de Blainville, sur 162 appels : 65,4% dans l'heure, 97,5% dans les deux heures, 2,4% après 2 heures.

Nous présentons ci-dessous les délais d'intervention pour les appels délégués par le SAMU. Deux types d'appels coexistent ici : ceux classés prioritaires par le 15, et une minorité pour lesquels le régulateur ne demande pas de traitement particulier et qu'il place ainsi dans la « file d'attente » en cours. Ces derniers appels entrent quand même dans la politique de traitement prioritaire de l'association, aussi est-il rare qu'ils attendent longtemps, et ils ne sont pas séparés des autres sur le plan des statistiques.

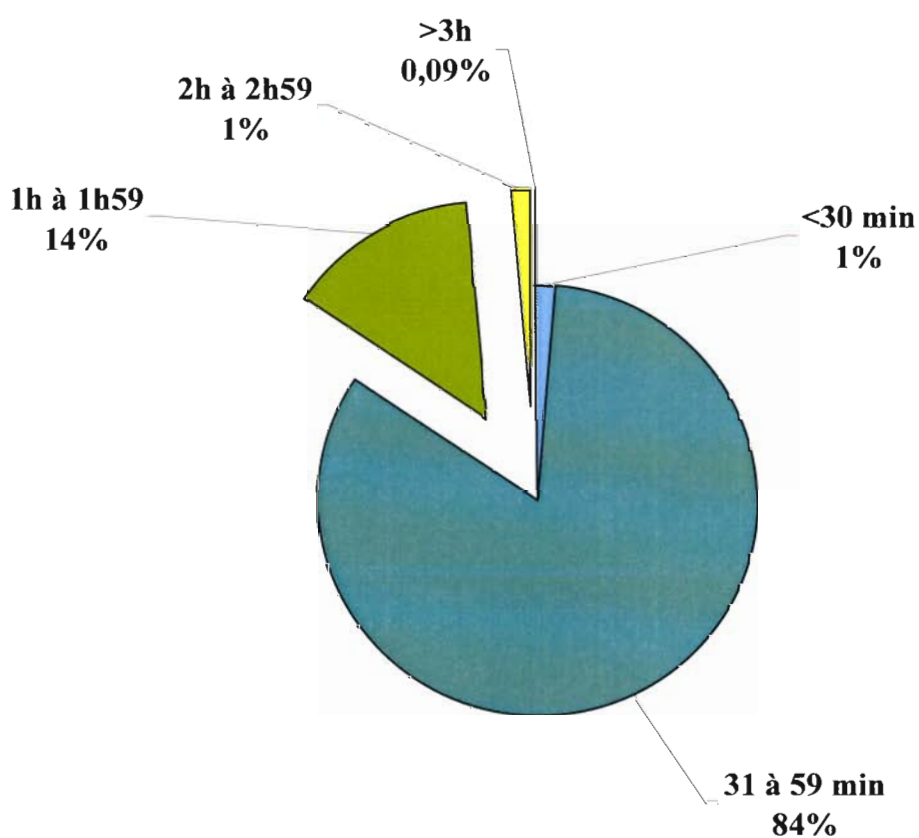


Figure 13 : délais globaux d'intervention pour les appels SAMU, pour la CUGN et la Communauté de communes de St-Nicolas-de-Port du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006

2.3.6.8 Répartition des visites selon l'âge des patients

La pédiatrie (enfants de moins de 15 ans) représente 24% des appels. Les nourrissons et enfants de moins de 5 ans représentent à eux seuls 14% des appels. Cette proportion élevée reflète la prudence et l'inquiétude légitimes des parents.

Les adultes de 15 à 65 ans représentent la majeure partie de la population vue par SOS Médecins : 50%. Les plus de 65 ans représentent 18% de l'activité globale.

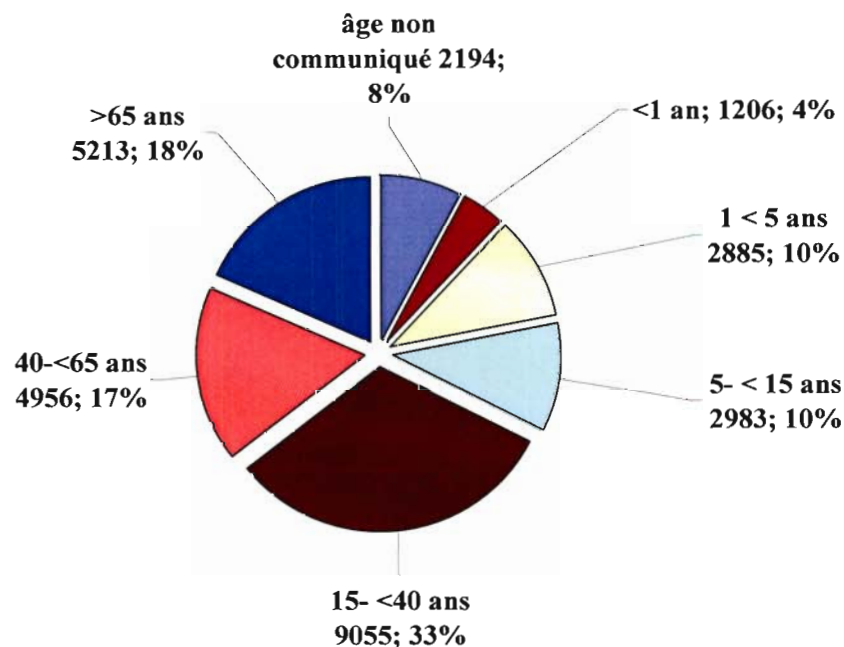


Figure 14 : répartition des patients par tranche d'âge, en valeurs absolues et relatives pour la CUGN et la Communauté de communes de St-Nicolas-de-Port du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006

2.3.6.9 Les appels pour douleur thoracique

Les statistiques dont nous disposons sont basées sur les motifs d'appel tels qu'exprimés par les patients, et pas sur les diagnostics posés par le médecin au terme de la visite. L'item « douleur thoracique » regroupe donc les classiques urgences mais aussi toutes les autres pathologies à expression thoracique, telles que zonas, névralgies intercostales, lésions traumatiques, manifestations d'anxiété, etc. De plus, en regroupant des pathologies variées, cet item renvoie à des stratégies de prises en charge différentes (définies par le traitement protocolisé de l'appel) allant du transfert direct au 15 à la mise en file d'attente. Il ne s'agit donc pas d'un bon indicateur de l'activité. Pour ces mêmes raisons, le délai moyen d'intervention pour ce motif ne serait pas informatif.

Par ailleurs, pour les patients hospitalisés, le diagnostic posé au domicile comporte une marge d'incertitude que n'a pas le diagnostic hospitalier, car il ne peut s'appuyer que sur l'anamnèse, la clinique et l'électrocardiogramme comme seul examen complémentaire. Ainsi, un patient présentant une clinique atypique et un ECG non contributif pourra être adressé pour bilan de « douleur thoracique » ou avec une étiologie probabiliste et archivé comme tel.

3 LE CENTRE DE RECEPTION ET DE REGULATION DES APPELS MEDI'CALL CENTER

3.1 Historique et principes de développement

Le centre Médi'Call Center (MCC) est géré par le Dr Paraque, médecin de l'association SOS Médecins Essonne qui l'a fondé en 1998 à Grigny.

Il est intéressant de parler du parcours professionnel du Dr Paraque car il permet de comprendre son cheminement jusqu'à la création du standard MCC, durant cette période marquée par de grandes évolutions dans l'organisation de la médecine d'urgence, des années 80 à nos jours.

Dans les années 1980-85, il fait partie de la première génération à effectuer des stages dans des services de réanimation, d'accueil des urgences et des SAMU, dont l'existence n'a pas encore été reconnue par la loi du 6 janvier 1986 (10) et qui fonctionnent bien souvent avec les moyens du bord. La discipline est en plein essor et donne aux étudiants le goût de l'aventure. Il fait son stage de fin d'études au SAMU 94 (Créteil) dirigé par le Pr Huguenard, et poursuit son expérience avec le SAMU 41 à Blois où il participe à la mise en place du premier hélicoptère sanitaire sur le département. Avec le SAMU 94, il fait partie de la délégation médicale au chantier de catastrophe du tremblement de terre de Mexico de 1985.

A cette époque, il travaille aussi quelques mois comme médecin régulateur au centre d'appels d'Inter Mutuelle Assistance, où il découvre une organisation en avance sur son temps, disposant de moyens informatiques et de communication performants, d'une base de données sur les hôpitaux de proximité du monde entier, et de protocoles permettant de prendre en charge et de suivre des personnes en difficulté où qu'elles se trouvent. Il s'inspirera de ce modèle lorsque, médecin SOS, il repensera l'organisation des standards.

Il occupe ensuite les fonctions cumulées de permanencier -médecin régulateur - médecin SMUR -chauffeur de VRM au SAMU de Blois, alors équipé d'une unique ligne téléphonique et de cartes papier. Avec le chef de service M. le Dr Hennequin, il travaille à la mise en place d'un hélicoptère sanitaire partagé avec l'office du tourisme qui fait survoler les châteaux de la Loire (avec la possibilité de déposer les passagers dans un champs et de démonter la banquette arrière pour charger malade et médecins si une intervention est déclenchée...)

La réforme des études médicales avec l'abolition des CES d'anesthésie-réanimation vient fermer la porte des carrières du SAMU aux médecins généralistes n'ayant pas passé l'internat. Toute une génération de jeunes médecins passionnés par l'urgence se retrouve dans la situation de démarrer une activité libérale en ville. L'idée de développer des structures libérales spécialisées dans l'urgence de ville trouve écho auprès du Dr Mynard de SOS Médecins Paris : il croit en l'avenir d'une fédération et apporte soutien et conseils. Ainsi débute la première vague de création de SOS Médecins avec Tours, Yvelines, 95, Lille, Essonne, Strasbourg, Rennes..., dont une des caractéristiques est d'être essentiellement constituée de médecins issus des services d'urgence hospitaliers.

Avec 3 amis, le Dr Paraque crée SOS Médecins Essonne en 1986. Suivront dix années de procédures ordinales pour faire accepter leur activité.

Sortant de structures de soins dynamiques en pleine mutation, ces jeunes médecins se retrouvent confrontés à des conditions d'organisation matérielle n'ayant pratiquement pas évolué depuis les premières associations SOS Médecins. Elles comportent toutes leur propre standard téléphonique, et l'informatisation est anecdotique. Elles souffrent d'un coût de fonctionnement élevé, limitant les investissements et les potentiels de développement. Leur morcellement en petites structures indépendantes n'en fait pas des interlocuteurs capables de faire entendre leurs besoins spécifiques aux fournisseurs informatiques dont les offres s'adressent à des clients plus conséquents. L'organisation du travail y est très problématique en raison du caractère fluctuant des besoins (rythme saisonnier avec rapport d'activité de 1 à 3 entre les pics et les périodes creuses) auquel le droit du travail ne permet pas de répondre par des variations de l'effectif salarié. Il est ainsi nécessaire d'employer un nombre minimal de personnes de permanence, même en cas de faible activité, et il est impossible d'augmenter transitoirement ce nombre (le passage aux 35 heures de travail hebdomadaires en l'an 2000 a par la suite majoré ces difficultés, la configuration minimale d'un standard travaillant 24h/24

étant actuellement de 6 salariés, indépendamment de l'importance de son activité, et sans tenir compte des arrêts maladie, congé enfant malade, congé maternité).

La réponse à ces problèmes d'organisation, de coût et de développement serait la « mutualisation » des moyens, en particulier du personnel, avec la centralisation des appels de plusieurs associations sur un unique standard. Hélas, la technologie de communication disponible y fait obstacle : il s'agit de la radio-transmission dont la portée limitée interdit le transfert des appels à grande distance. SOS Essonne débute donc aussi avec son standard local, mais a la chance de voir SOS Melun se créer à une dizaine de kilomètres de proximité dès la fin 1987 : un accord est d'emblée passé pour que leurs appels respectifs soient gérés sur le site de l'Essonne.

En 1995, le Dr Paranque est élu président de la fédération SOS Médecins. Il réalise un tour de France de quasiment toutes les associations pour dresser un état des lieux portant notamment sur les différents modes de fonctionnements et les attentes des médecins. Cela renforce sa conviction que l'avenir passe par la mutualisation des standards.

En 1997, SOS Médecins Essonne agréé un projet d'externalisation de son centre d'appels appelé Médi'Call Center. Celui-ci voit le jour en 1998.

En 1999, devant l'incapacité de son fournisseur informatique à répondre à ses besoins d'évolutions, MCC se lance dans le développement de ses propres solutions informatiques. La dynamique de regroupement qui se poursuit depuis illustre la pertinence du projet initial. MCC centralise actuellement la régulation de 10 secteurs SOS médecins en France (52) (Essonne, Quimper, Saint-Nazaire, Dunkerque, Reims, Meurthe-et-Moselle, Besançon, Agen, Marne la Vallée, Mulhouse), ainsi que de SOS Médecins Genève et de MU77 (association de PDS sur Melun). MCC équipe de ses outils informatiques 22 associations SOS Médecins (Oise, Bordeaux, Toulouse, Clermont-Ferrand, Lille, Rennes, Tours, Orléans, Lorient, Bourges, Vannes, Bayonne). Ses outils traitent ainsi plus de 650.000 dossiers d'interventions par an.

Contemporainement à MCC sont apparus d'autres multi-standards, les plus remarquables étant Cherbourg et Chambéry. Certaines associations font aussi des tentatives de sous-traitance à des télé-secrétariats, mais leurs services se limitent à de la prise de coordonnées avec transmission immédiate, sans aucun traitement des appels, et se révèlent inadaptés à la pratique.

Cette évolution est indissociable de celle des technologies d'informatique et de communications. En supprimant les contraintes de proximité imposées par la radio, l'apparition de médias de portée illimitée (GSM, pager, puis ordinateurs de poche reliés à Internet) étend la couverture théorique du standard aux territoires francophones.

Le transfert de l'activité des standards locaux vers un « multi-standard » à distance est aussi conditionné à l'utilisation d'outils cartographiques performants. Ils sont indispensables pour permettre à des personnes n'ayant aucune connaissance physique d'un secteur de travailler sans perte d'efficacité par rapport à un standard local (l'expérience montre par ailleurs que même les standardistes travaillant pour leur secteur de résidence n'ont pas de connaissances géographiques assez fiables pour se passer de carte).

Les outils cartographiques disponibles sur le marché ne sont à l'époque destinés qu'à de grosses entreprises, les fournisseurs ne s'intéressant alors pas aux petites demandes et au grand public. MCC crée donc simultanément ses propres outils de cartographie et de gestion des appels, grâce aux moyens financiers issus du regroupement des associations SOS Médecins. Ainsi, ces structures libérales parfois petites peuvent-elles acquérir des technologies de pointe spécifiquement développées pour leurs besoins, pour un coût inférieur au fonctionnement d'une structure locale.

L'utilisation des dernières avancées technologiques permet d'une part l'amélioration des performances (comme le gain de temps, l'ergonomie) et le développement de nouveaux services répondant aux besoins (tels que cartographie embarquée, compte-rendu de visite standardisé, courrier électronique au médecin traitant).

Progrès formidable, les ordinateurs de poche communicant par Internet mettent de nouveaux outils à la disposition des médecins utilisateurs. La cartographie, en plus de ses fonctions centralisées de localisation des médecins, offre des aides à la navigation embarquée, avec transmission directe des coordonnées géographiques de l'appel au GPS du médecin. Les échanges d'informations entre médecins et standard sont facilités et voient leur coût baisser en passant de canaux téléphoniques standards à des connexions Internet.

Surtout, il est enfin possible de mettre en place un dossier médical spécifiquement adapté à la pratique des associations SOS Médecins, qui peut être ici comparée avec une situation hospitalière: un même patient aura de forte chance d'être pris en charge par plusieurs médecins différents. Son dossier doit être accessible à tous les intervenants, donc être centralisé et classé sous son nom, plutôt que fragmenté entre les médecins.

Initialement, les moyens communicants utilisés ne permettaient pas la remontée vers les standards d'une quantité d'information suffisante à la constitution d'un dossier formalisé et centralisé. Les médecins tenaient donc individuellement des fiches récapitulatives de leurs visites. Rappelons que l'obligation de tenir une « fiche d'observation » pour chaque patient est inscrite dans le Code de Déontologie Médicale (48), et que celle-ci est considérée comme un gage de qualité de l'exercice professionnel. Les échanges d'information nécessaires à la prise en charge de patients particuliers devaient forcément faire l'objet d'une organisation locale particulière (courriers ou réunions par exemple). L'adoption des ordinateurs de poche communicant par Internet rendant possible le retour d'informations volumineuses du médecin vers le standard, un compte-rendu de visite détaillé est mise en place au sein du logiciel MCC-Mission. Celui-ci comporte les éléments clés du diagnostic et de la prise en charge de chaque patient, ainsi que des données administratives, et est stocké sur les serveurs du standard. Chaque appel d'un même patient fait ressortir son dossier archivé : les fiches de tous les médecins l'ayant visité sont à disposition du nouvel intervenant. Une approche plus globale du patient est ainsi possible, et des actes médicaux isolés peuvent s'inscrire dans une dynamique de prise en charge cohérente. Les médecins gardent quant à eux une trace précise de leur activité, de valeur médico-légale puisqu'un dossier ne peut plus être modifié deux heures après son enregistrement.

La possibilité de transmettre une synthèse du compte-rendu au médecin traitant sous la forme d'un courrier électronique, en parallèle au courrier papier remis au patient, assure au mieux la continuité des soins.

La centralisation de données standardisées permet aussi leur utilisation à des fins statistiques, qu'elle se destine à la gestion des associations ou à des études sanitaires officielles.

Les créations de Médi'Call Center spécifiquement développée pour le domaine de l'urgence médicale, du secours à personnes et de la permanence des soins ont rapidement suscité l'intérêt d'autres associations voulant équiper leurs propres standards. Pour répondre à cette demande tout en respectant la vocation non commerciale de MCC (qui est une SCM), une société distincte, Medi'Call Concept, a été créée. Elle assure le développement et la diffusion commerciale des solutions informatiques dédiées au domaine de l'urgence médicale et impliquant la gestion d'effecteurs mobiles, ainsi que la maintenance des structures qu'elle équipe. Elle joue aussi un rôle d'intermédiaire permettant de négocier les tarifs avec les fournisseurs de matériel informatique et les opérateurs téléphoniques et Internet.

Le portail Internet de MCC est accessible à l'adresse www.medicalconcept.net

3.2 Une place reconnue dans l'organisation de la permanence des soins

Le centre Médi'Call Center fait partie des Centres d'Appel des Associations de Permanence de Soins. Leur place dans la régulation des appels de PDS a été reconnue successivement par le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 (ajoutant au Code de santé publique l'article R.732 sur la régulation), le décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 (modifiant cet article) et la convention nationale signée avec le SAMU de France le 29 septembre 2005 (précisant les modalités de l'interconnexion avec le 15).

Il fonctionne 24h/24, 7J/7, il couvre donc la période de PDS, et est interconnecté avec les SAMU des différents secteurs concernés, conformément aux textes en vigueur.

3.3 Son rôle dans la veille sanitaire

Nous avons vu plus haut que l'Institut Nationale de Veille Sanitaire et la Fédération SOS Médecins France s'étaient associées par un accord de partenariat depuis le 20 décembre 2005 (45), justifié par l'étendue de la population couverte et l'organisation en réseau permettant le repérage des signes d'alertes et le recueil d'un volume de données conséquent. Le point clé de cet accord est la mise à disposition par SOS Médecins de ses données informatiques. MCC fournit donc un accès Internet spécifique et sécurisé aux Cellules interrégionales d'épidémiologie de l'InVS leur permettant de collecter directement les informations, de suivre au jour le jour l'évolution de l'activité sur des indices tels que « Gastro », « Syndrome Grippal », « Altération état général - personnes âgées », etc. Des seuils d'alarmes peuvent être paramétrés par les intéressés avec envoi d'un courriel d'alerte en cas d'évolution remarquable.

MCC participe ainsi aux différents plans de surveillance nationaux, comme les plans canicule.

Différents outils sont mis à disposition des GROG permettant le suivi en temps réel d'indicateurs concernant la grippe et une éventuelle grippe aviaire.

3.4 Description du standard Médi'Call Center

3.4.1 Son statut juridique

Médi'Call Center est une Société Civile de Moyens. Son objet exclusif est de faciliter pour chacun de ses membres l'exercice de son activité professionnelle, par la mise en commun des moyens utiles à l'exercice de sa profession. Elle permet de limiter leurs frais professionnels tout en obtenant un financement plus aisé et plus conséquent de ces moyens.

Il s'agit d'une société civile et non commerciale : les moyens mis en commun sont réservés aux seuls membres de la SCM. La SCM n'exerce pas elle-même la profession, elle n'a pas de clientèle et ne perçoit aucune recette au titre d'honoraires. Les dépenses sociales ne sont couvertes que par les remboursements effectués par chaque membre associé sous forme de contributions aux frais communs (54).

Les médecins utilisateurs sont les associés de MCC, ils mettent ici en commun les moyens de gestions de leurs appels téléphoniques tout en conservant leur patientèle propre et leur indépendance dans l'exercice de leur activité. Ils adhèrent cependant aux mêmes principes de traitement des appels qui sont des règles de fonctionnement de MCC: attribution d'un seul appel à la fois à chaque médecin, selon les critères de priorité définis par les protocoles du standard, pas de choix de l'appel par le médecin, pas de reprise de l'appel attribué.

3.4.2 Ses locaux

Le Centre Médi'Call a été fondé par un des médecins de SOS Médecins Essonne, il s'est naturellement implanté dans le secteur de cette association, à Grigny.

Ses locaux sont hébergés dans un bâtiment de bureaux, au milieu d'une zone d'activité industrielle et commerciale.

Ils sont constitués de plusieurs pièces à vocations bien précises :

- La « salle des machines » : cœur informatique du système, d'accès sécurisé par contrôle d'accès biométrique et limité aux administrateurs, elle renferme les accès Internet, les lignes téléphoniques et les serveurs qui stockent toutes les données médicales.

- la salle de réception des appels : vaste salle sans cloisons, calme, lumineuse, agrémentée de quelques plantes vertes, elle accueille les différents postes de réception et traitement des appels. Les postes sont disposés en plusieurs bouquets centrés sur des poteaux amenant les connexions électriques et informatiques. De grandes surfaces restent libres et peuvent accueillir de nouveaux postes en cas d'augmentation du flux des appels.
- les différents bureaux et salles de réunion, aux cloisons vitrées, sont disposés en périphérie.

3.4.3 Son équipement informatique et de communication

Le standard est relié à Internet par 3 accès via des opérateurs différents, par sécurité.

Il dispose de 84 canaux téléphoniques pouvant être occupés simultanément. Certains canaux sont spécifiquement réservés aux différents SAMU, et restent ainsi toujours disponibles.

Les données transmises entre le standard et les ordinateurs de poche des médecins transitent par Internet sous forme cryptée, respectant l'obligation de protection des documents médicaux inscrite dans le code de la santé publique (55).

Le stockage des données informatiques est centralisé sur les serveurs de la « salle des machines », toutes les données étant par sécurité systématiquement dupliquées sur un serveur de secours. L'accès à ces serveurs est sécurisé et limité aux seuls administrateurs.

Les postes de réception et traitement des appels ont tous la même configuration et les mêmes fonctionnalités afin d'être interchangeables entre les différents opérateurs. Ils comportent deux écrans, un est spécifiquement dédié à la localisation cartographique.

3.4.4 Son personnel et sa formation

3.4.4.1.1 Les administrateurs

Le gérant de la SCM est le Dr Philippe Paranke, qui est aussi son fondateur.

Il n'a pas de rôle médical de soins ou de diagnostic dans le fonctionnement de la société. Sa qualité de médecin de l'association SOS Médecins Essonne est une profession « parallèle » qui lui permet de faire évoluer le standard et ses outils directement en fonction des réalités du terrain.

La société comporte deux responsables du personnel et de sa formation : Me Nathalie Loiseau, épouse du Dr Paranke et cofondatrice du standard (« c'est un projet mené en couple ! » comme le dit le Dr Paranke), et M. Sébastien Georges. Au moins un des responsables est toujours présent en journée (et joignable le reste du temps) pour encadrer l'équipe de standardistes. Ils veillent au respect des règles de travail et à la cohésion du groupe, et entretiennent sa vigilance et sa motivation afin d'éviter l'installation d'une routine et d'automatismes dangereux. Tous deux occupent de plus fréquemment les différents postes des standardistes.

3.4.4.1.2 Les standardistes-permanencières

Nous emploierons le genre féminin pour parler des permanencières devant la nette prédominance de femmes occupant ces postes et suivant les habitudes de langage qui en découlent.

Elles ont un rôle de réception et traitement des appels globalement comparable à celui des Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale des SAMU, mais avec une division du travail en différents postes aux tâches et aux responsabilités croissantes et bien définies, accessibles en fonction de l'expérience et des capacités individuelles. Des permanencières de « niveaux » différents travaillent donc simultanément sur le plateau.

3.4.4.1.2.1 Les permanencières se répartissent en plusieurs catégories ayant chacune un rôle bien défini :

-les « prises d'appels » :

Elles réceptionnent les appels patients entrants, tous secteurs confondus.

Toutes les informations qu'elles collectent sont prédéfinies par des listes sur menus déroulants : identification de l'appelant, état civil du patient, coordonnées détaillées avec aide à la saisie du nom de la commune pour éviter les erreurs de compréhension ou d'orthographe et vérifier son appartenance à un secteur couvert (si l'appel est hors secteur, il est transmis au centre 15 de sa région).

Le motif d'appel principal est saisi tel qu'il est exprimé par le patient, sans interprétation, avec assistance à la saisie (affichage des mots clés commençant par les premières lettres tapées). Chaque motif appelle automatiquement une liste de questions à poser systématiquement au patient, avec réponses binaires oui /non, avec intégration automatique des réponses à la fiche-patient. Ces questions permettent la recherche des signes associés et des facteurs de gravité. En fonction du motif, un degré d'urgence par défaut est automatiquement attribué, avec affichage de l'appel sur un fond coloré spécifique, et les appels pouvant correspondre à une urgence sont directement transférés à une régulatrice pour poursuite de leur traitement.

Un motif d'appel secondaire correspondant à la deuxième doléance du patient est aussi saisi, sur le même mode, avec la même recherche de critères de gravité.

Enfin, une case commentaire libre est disponible pour tout autre renseignement, afin de ne pas être restreint par les questions pré-établies.

Certains appels sont directement transmis par la permanencière « prise d'appels » à la « régulatrice » responsable du secteur : ceux classés suspects de gravité en raison des motifs ou signes associés, ceux atypiques, imprécis et ne rentrant pas dans les cases prédéfinies, ceux avec difficultés de compréhension, mauvaise élocution ou propos peu cohérents de la personne appelante.

L'expérience acquise par le standard montre que les informations motifs principal et secondaire, sexe, âge, degré d'urgence et commentaire libre renseignent pertinemment le médecin sur la nature de l'appel.

-les « régulatrices » :

Ce terme issu de la pratique ne vise pas à les comparer aux médecins régulateurs des centres 15. Les régulatrices sont assistées par des protocoles et procédures informatiques mis en place et validés par des médecins. Elles peuvent de plus entrer en contact à tout moment avec un médecin sur le terrain pour obtenir un avis médical.

Elles sont ainsi nommées pour les différencier des permanencières « prises d'appels » car ce sont elles qui régulent le flux d'appels.

Elles sont affectées à un ou plusieurs secteurs bien définis au moment de la prise de poste, en fonction de leurs qualifications spécifiques à ces secteurs : connaissance des médecins, des protocoles locaux et de la cartographie. Chaque régulatrice est ensuite la seule personne à réguler les appels de ses secteurs, pour éviter les interférences qui seraient engendrées par le travail de plusieurs personnes au même poste. De même, la régulatrice est la seule personne pouvant sortir un appel de la liste d'attente de son secteur, en cas d'annulation par le patient par exemple. En cas de surcharge sur un secteur, l'interconnexion des postes permet à d'autres régulatrices de venir en renfort, sous le contrôle de la régulatrice référente.

Les régulatrices vérifient le contenu des fiches-patient et attribuent les appels aux médecins effecteurs. Elles peuvent, en fonction des protocoles et de la nature de l'appel, mettre l'appel en attente, l'attribuer ou le pré-attribuer à un médecin effecteur, le faire contrôler par un médecin effecteur ou le transmettre au centre 15.

Ce sont elles qui prennent directement les appels en provenance du SAMU sur la ligne dédiée d'interconnexion téléphonique, pour assurer une réponse immédiate aux demandes d'intervention par le médecin régulateur du SAMU.

Elles assurent aussi la prise d'appels en tâche secondaire.

-les « super régulatrices » :

Elles ont une connaissance de tous les secteurs et de tous les protocoles des associations locales. Elles sont fréquemment en poste en fin de nuit, au moment où l'activité est la plus basse et où la présence d'une seule régulatrice suffit.

S'il arrive que, par le jeu des plannings, plusieurs personnes ayant les mêmes qualifications travaillent ensemble, elles se répartissent clairement les différents postes à assurer allant de la prise d'appel à la « super régulation ».

3.4.4.1.2.2 La formation initiale et continue des standardistes, les évolutions de carrière :

-Le recrutement :

Le contenu de la formation des permanenciers du privé ou du public ne fait l'objet d'aucune définition officielle. Il n'y a pas de diplôme ni formation préalable exigée, les standardistes suivent une formation interne à MCC adaptée aux spécificités du travail.

Les qualités recherchées sont la qualité d'écoute des gens, le bon sens, et un sentiment de confiance de l'ensemble de l'équipe. Les candidates ne doivent avoir aucune formation s'approchant du domaine médical telle que secourisme, infirmière, ancienne étudiante en médecine, en raison d'un danger permanent qu'elles représentent : celui de donner un avis médical ou de juger d'une situation par elles-mêmes, en dehors des protocoles.

Le respect des protocoles est une des clés du bon fonctionnement du système, d'où l'importance du bon sens : soit l'appel entre parfaitement « dans les cases », et la procédure habituelle est suivie, soit l'appel est atypique et doit être transmis à plus compétent. Le doute doit être ressenti comme une alarme par les opératrices. Les opératrices savent que leur responsabilité ne sera pas engagée en cas de problème aussi longtemps qu'elles respecteront les protocoles.

-Les jours test en appréciation du groupe :

Si sa candidature est retenue, la postulante passe en « appréciation du groupe ». Elle est chapeauté par un membre ancien de l'équipe, qui lui présente le standard et le logiciel, et l'initie à la prise d'appel « à quatre mains ».

Durant plusieurs jours, la candidate est observée par toute l'équipe, qui juge de ses qualités et de son comportement. Si elle ne remporte pas l'adhésion générale, elle n'est pas retenue pour préserver la cohésion et la confiance dans le groupe.

-Le premier poste occupé est celui de « prise d'appels » :

L'embauche se fait d'emblée en Contrat à Durée Indéterminée : la politique de l'entreprise est d'offrir de la stabilité car elle recherche effectivement des personnes stables.

Les premiers jours se font en binôme, sous supervision constante d'une « super régulatrice », qui écoute la prise d'appel, s'assure qu'elle est bien réalisée et intervient éventuellement pour aider la débutante.

Suite à ces premières semaines de doublure, une formation individuelle est dispensée

par Me Nathalie Loiseau, responsable de l'équipe. Tous les motifs devant déclencher une procédure d'alerte à la régulation sont déclinés, expliqués, mimés parfois avec la réalisation de mises en situation de type jeu de rôles. Cette formation est illustrée par des exemples issus de la réalité, à travers des appels enregistrés. Les situations trompeuses et l'attitude à adopter en toutes circonstances sont discutées. Il ne s'agit pas d'une formation médicale, son objectif n'est pas d'inculquer un raisonnement médical mais au contraire de bannir tout réflexe d'interprétation tentant d'aboutir à un diagnostic, d'apprendre à rester vigilant et objectif à chaque appel, de respecter les protocoles, de transmettre l'appel à plus compétent en cas de doute ou situation particulière.

La bonne connaissance de ces éléments est régulièrement évaluée auprès des permanencières.

-L'évolution de carrière se fait ensuite vers le poste de « régulatrice » :

Les standardistes ont la possibilité de faire évoluer leur carrière dans l'entreprise en fonction de leurs capacités et de leur expérience, en occupant des postes à responsabilité croissante.

Les débuts de régulatrice se font sur un petit secteur, avec de nouveau une période d'apprentissage et d'observation en binôme sous tutelle d'une régulatrice expérimentée. La connaissance des médecins de l'association locale, de l'application des protocoles et de la cartographie, la capacité au relationnel et à la gestion des appels en provenance du SAMU permettent l'obtention d'une qualification pour ce secteur.

Le champ des compétences peut s'étendre progressivement à de nouveaux secteurs. Les régulatrices plus expérimentées peuvent ainsi s'occuper de plusieurs secteurs simultanément.

-les « super régulatrices » sont les standardistes les plus expérimentées, elles ont acquis après plusieurs années les qualifications pour tous les secteurs, connaissent les protocoles de toutes les associations SOS et ont les ressources personnelles pour faire face à toutes les situations. L'une d'elle est toujours présente sur le plateau pour superviser le travail de l'équipe des permanencières.

Une indispensable formation continue est assurée par des réunions planifiées pluriannuelles et de réunions de débriefing en cas de besoins.

Elle permet de maintenir le niveau de performance de l'équipe rappelant les méthodes

et règles de travail, en expliquant l'évolution des protocoles et en fournissant un retour sur le travail effectué. Elle comporte l'analyse en groupe des situations ayant pu poser problème et la discussion des réponses adaptées, avec des temps de parole pour chaque membre de l'équipe.

Le repérage des situations de difficulté est favorisé par une des règles de travail qui est l'« écoute mutuelle permanente ». La configuration des lieux (locaux ouverts, proximité des différents postes) et la consigne de travailler dans le calme rendent facilement repérables les appels sortant de l'ordinaire. La standardiste rencontrant une difficulté peut ainsi se faire rapidement assister ou passer la main. Les médecins effecteurs font aussi remonter l'information s'ils ne sont pas satisfaits de la façon dont l'appel a été traité. Les enregistrements des appels problématiques sont ensuite analysés entre les permanencières et les responsables du standard. Comme dans les associations SOS Médecins, la crédibilité de la structure et la qualité de ses prestations sont directement liées à l'attitude et au travail de chacun. Tous les membres du personnel se savent individuellement et collectivement responsables du bon fonctionnement.

Plusieurs choix organisationnels développés par MCC au fil de son expérience peuvent être mis en parallèle avec les résultats d'études menées sur les centres d'appels.

La formation continue occupe une place importante. Plusieurs études ont montré que les performances des opérateurs augmentaient après une ou plusieurs séances de formation portant sur l'actualisation des protocoles et procédures et sur des revues de cas (56,57,58) et que le taux de « sur triage » (c'est à dire de niveau de réponse supérieur alors qu'un niveau inférieur aurait suffi) baissait.

La compliance au protocole a été longtemps sous estimée dans les évaluations de l'efficacité des protocoles et des centres de triage, qui délaissaient le facteur humain que sont les opérateurs. Elle est maintenant reconnue comme un facteur prépondérant (59). Une étude a été menée aux Etats Unis dans un centre de triage téléphonique utilisant un protocole systématique traitant de tous les aspects du processus de régulation. Il s'agissait de vérifier si donner aux opérateurs un retour d'information sur les résultats du triage augmentait leur compliance au protocole (60). La compliance globale (lorsque l'appel est traité en suivant exactement le protocole) ainsi que celle à 6 étapes clés du protocole ont été estimées pendant une période initiale sans retour d'information, puis pendant une période avec. Les résultats mettent en évidence une augmentation de la compliance globale de 76 à 96% après retour, et une amélioration similaire dans 5 des 6 zones clés (seule la zone de sélection de la plainte

majeure ne montre pas d'amélioration, or la compliance était déjà élevée avant intervention). Il a aussi été constaté qu'en l'absence de retour des résultats, la diminution de la compliance s'accompagnait d'une augmentation du niveau de réponse donné par les opérateurs à l'appel, ce qui correspond à l'engagement de moyens supérieurs à ceux choisis par le protocole lorsqu'il est correctement suivi. Cette étude préconise la création d'une équipe chargée de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité du triage pour chaque centre d'appels, avec comme règles la tenue de réunions régulières, l'établissement de critères de performance attendue, la revue d'une sélection d'appels et le retour des performances aux opérateurs, tout en valorisant la dynamique de groupe.

3.4.4.1.2.3 Les permanencières de MCC ne sont pas des Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale

Bien que les apparences les rapprochent : un travail de réception des appels téléphoniques dans un standard de tri médical assis devant un ordinateur, les similitudes s'arrêtent là. Ces deux professions ne sont pas interchangeables : chacune n'existe que dans le cadre de la structure qui l'emploie et pour laquelle elle a été « créée ». Les rôles qui leur sont attribués diffèrent, tout comme les outils utilisés et la nature de leurs employeurs. Leurs formations sont réalisées en interne, il n'existe actuellement pas d'école ni de diplôme officiels. Dans le cadre de MCC, ceci s'explique par la politique de fonctionnement : les standardistes reçoivent une formation spécifique et exclusive pour éviter tout réflexe inadapté. Pour les Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (P.A.R.M.), employés du secteur public, la situation résulte de la relative jeunesse de la profession apparue avec la création des SAMU en 1987 (13), et qui après les tâtonnements initiaux semble avoir maintenant atteint une maturité propice à la mise en place d'un cadre institutionnel.

Nous allons brièvement présenter les PARM.

-Le rôle des PARM

Ils assurent la réception et l'orientation des appels parvenant au standard des SAMU, sous la responsabilité des médecins régulateurs de ces services, ainsi que l'enregistrement des appels reçus (61).

Ils ont pour rôle d'accueillir les appels et donc d'assurer la liaison entre les patients et les équipes médicales, de créer le dossier patient pour chaque appel reçu, de localiser le patient géographiquement, de hiérarchiser les appels selon le degré d'urgence afin de présenter au médecin régulateur les affaires pour un traitement optimal, d'orienter l'appel vers les personnes compétentes (médecin régulateur hospitalier, médecin libéral et éventuellement centre anti-poisons), de veiller à l'application des décisions du médecin régulateur et à la continuité des soins (62,63).

Ils gèrent aussi la maintenance des matériels (entretien et bon fonctionnement des outils de téléphonie, informatique, radiocommunications), ils veillent à l'actualisation de toute la documentation nécessaire au fonctionnement du CRRA (logiciels, cartographie, protocoles, listes des médecins et pharmacie de garde, etc.)

Ils peuvent aussi participer à des plans d'urgence tels que plan blanc, plan rouge, en mettant en œuvre des moyens de télécommunication en situation d'exception et en assurant les fonctions de PARM dans un poste médical avancé sur le terrain.

-Leur recrutement et leur formation

Le recrutement des PARM se fait par un concours interne strictement réservé aux fonctionnaires et agents des établissements hospitaliers, et par titularisation d'agents volontaires comptant au moins 5 ans de service public, après avis d'une commission jugeant de leurs compétences (61).

Les critères de recrutement des PARM ne sont pas l'objet d'une définition officielle nationale, pas plus que les programmes de leur formation. Seule la circulaire n°93 du 27 octobre 1995 prévoit que dans un souci d'optimisation des réseaux de télécommunications dédiés à l'aide médicale urgente, les P.A.R.M. doivent être titulaires du certificat d'exploitant hospitalier en télécommunications (C.E.H.T, certificat organisé par les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence, ou C.E.S.U). La situation a peu évolué depuis la création des SAMU, alors que ce métier a vu sa pratique se modifier avec l'accroissement du nombre d'appels et l'élargissement des motifs (allant de la détresse vitale aux problèmes sociaux, voir des problèmes non médicaux) et les avancées technologiques. La nécessaire reconnaissance des spécificités de cet exercice (responsabilités, communication avec le patient, maîtrise des outils de télécommunication et informatique) est une question d'actualité qui a émergé avec les réflexions sur la réorganisation de la Permanence Des Soins. Une des premières étapes a été la définition d'un programme de formation d'adaptation à l'emploi des

PARM par la circulaire du 18 janvier 2005 (64), qui s'adresse à tous les agents recrutés pour ce poste, quelle que soit leur formation initiale. Elle prévoit aussi à moyen terme un recrutement au niveau baccalauréat.

Des expériences nées initiatives locales se développent par ailleurs depuis quelques années, telles celles du lycée Rabelais de Paris (65) et du lycée Valentine Labbé de Lille (66), qui ont créé leurs propres filières spécifiques. Le contenu de leur enseignement est inspiré par la pratique. Il vise à donner aux permanenciers un savoir-être (comportement individuel face au patient, abord psychologique) en plus d'un savoir-faire (axé sur la communication avec le patient, les motifs d'appels et la médecine d'urgence, et l'utilisation des outils de télécommunication et de l'informatique). L'expérience du standard Médi'Call, qui a formé son personnel autour de ces deux principes savoir-être et savoir-faire, suscite d'ailleurs l'intérêt de ces écoles et des projets de partenariat et d'accueil de stagiaires sont en cours d'élaboration.

3.4.4.1.3 il n'y a pas d'informaticiens dans l'équipe du standard.

Le standard Médi'Call Center est une SCM assurant la réception et le traitement d'appels médicaux. Il n'emploie pas d'informaticiens. Ceux-ci appartiennent à Médi'Call Concept, société d'informatique distincte de Médi'Call Center, créée secondairement par M. Paranque pour favoriser le développement et la commercialisation des logiciels utilisés par le standard sans qu'il ne devienne lui-même une structure commerciale.

Le siège de Médi'Call Concept étant sur le même palier que le standard, il est évident que ses services sont immédiatement disponibles en cas de dysfonctionnement informatique ou de demande d'évolution des logiciels utilisés.

3.4.4.1.4 il n'y a pas de médecin sur le site de Medi'Call Center

Les médecins utilisant MCC sont joignables en permanence, et les appels sont traités selon des protocoles médicalisés, comme nous allons l'exposer dans la partie suivante portant sur les principes de fonctionnement.

3.5 Le modèle Médi'Call Center - SOS Médecins dans la prise en charge de l'urgence

Le modèle MCC-SOS Médecins est une initiative privée intégrée au système des soins d'urgence public français, dont il est indissociable dans son mode de fonctionnement. Il ne saurait bien sûr pas être comparé dans sa nature aux politiques de santé publique des différents pays que nous allons présenter. Il n'en est pas moins original dans sa conception.

En tant qu'étudiant, nous avons grandi dans le modèle français de prise en charge des urgences et sa régulation. Aussi, dans le souci d'apporter un certain recul à notre réflexion, commencerons-nous par présenter quelques-unes des principales stratégies d'organisation des soins d'urgence et du « triage » des appels dans le monde. Nous utiliserons le terme « triage » car il est celui retenu dans la littérature pour nommer la procédure utilisée par les médecins ou le personnel d'urgence afin de gérer au mieux des moyens médicaux limités face à un nombre de requêtes important et parfois inapproprié.

Nous exposerons ensuite les principes de fonctionnement développés par MCC.

3.5.1 Présentation de différents modèles de soins d'urgence pré-hospitaliers utilisant un système de triage

Les systèmes de soins d'urgence existant de part le monde diffèrent en de nombreux points alors qu'ils poursuivent tous le même objectif : répondre à la nécessité universelle d'apporter les soins d'urgence aux personnes dont la santé se trouve menacée de manière souvent brutale et inopinée. Chaque système est particulier car issu d'un contexte historique, d'expériences médicales originales, de choix politiques et administratifs, de contraintes économiques et géographiques propres à chaque pays (67, 68). Les besoins médicaux pris en considération sont directement liés au degré de « développement » du pays (69). Ainsi, les objectifs des services médicaux d'urgence et des systèmes de soins en général ne sont pas les mêmes dans les pays industrialisés que dans les pays en voie de développement qui, faute de moyens, doivent souvent se contenter de solutions que nous jugerions inacceptables. Le coût relatif de la santé reste cependant élevé pour tous les pays,

qui partagent les mêmes préoccupations : contrôle des dépenses, adaptation optimale des moyens aux besoins, dans un contexte d'augmentation généralisée de la demande de soins. Quelles que soient les politiques de santé publique, le triage reste l'outil indispensable permettant de hiérarchiser les appels sur des critères médicaux et de gérer des moyens d'intervention limités.

Il est curieux de remarquer que si la majorité des systèmes modernes ont simultanément vu le jour autour des années soixante et ont évolués indépendamment les uns des autres, ils traversent actuellement une phase de réflexion sur leur organisation et s'observent à la recherche de solutions. Si, dans chaque pays, les systèmes font l'objet d'études sur leurs qualités et performances, peu de démarches existent encore pour les comparer entre eux.

Deux grandes stratégies de prise en charge de l'urgence peuvent être dégagées. La première, « scoop and run », est le modèle anglo-américain avec, en théorie, l'envoi de moyens paramédicaux pour chaque appel d'urgence. Elle est basée sur la théorie de la « golden hour » développée chez les polytraumatisés, pour laquelle les chances de survie de la victime sont maximales si elle arrive au bloc opératoire dans la première heure. La deuxième stratégie, « stay and play », est le modèle franco-germanique avec une régulation médicale ou paramédicale, dans lequel un patient doit être stabilisé sur place avant de pouvoir être transporté vers le lieu de sa prise en charge (70).

3.5.1.1 Les Etats-Unis

Aux Etats-Unis, la définition donnée aux services d'urgence médicaux pré-hospitaliers est celle d'un système destiné à transporter les patients malades ou blessés vers un hôpital, soulignant la prépondérance donnée au transport sur le traitement sur site. Son origine semble éclairer cette conception : elle remonte à 1862, pendant la guerre de sécession, quand des centaines de soldats simplement blessés périssent sur les champs de bataille, faute de pouvoir être évacués. Dans les 1960's émergent cependant deux modèles d'organisation différents : le premier consiste en des ambulances « paramédicalisées » (Advanced Life Support, ou ALS) formées à réaliser des gestes médicaux d'urgence et autorisées à administrer quelques médicaments. Le deuxième, appelé « heartmobile » (par analogie amusante avec la « batmobile » d'un super héros populaire bien équipé pour sauver

des personnes en détresse) est constitué de médecins et infirmières, et exclusivement destiné à la prise en charge des syndromes coronariens. 1970 marque un tournant dans cette organisation lorsque la loi permet aux infirmiers ayant suivi une formation de réaliser des actes médicaux d'urgence, généralisant les ALS (71).

Aujourd'hui coexistent de nombreux types de services d'urgence ayant évolué dans des directions parfois différentes, principalement en raison du désengagement des administrations fédérales en 1981, avec transfert du financement et du pouvoir décisionnel sur les différents états. Des caractéristiques communes peuvent cependant être dégagées (70) : il existe un seul numéro d'appel, le 911, centralisant toutes les urgences : médicales, pompiers, police. Ce sont des opérateurs paramédicaux qui traitent les appels, spécialement formés à la gestion des appels médicaux et à l'utilisation de protocoles médicaux. Il existe plusieurs programmes de formation reconnus, mais seule une minorité d'états délivre un diplôme officiel. L'interrogatoire téléphonique du patient débute par une série de questions standardisées concernant le motif principal d'appel, l'âge, la conscience et la respiration. Des protocoles médicaux spécifiques à chaque motif entrent alors en jeu : ils dirigent la suite de l'interrogatoire et déterminent le niveau de priorité sur des critères prédéfinis, puis indiquent à l'opérateur la réponse à engager (72). Une fois les problèmes non médicaux écartés, cette réponse peut consister en l'envoi d'une ambulance simple (BLS : Basic life support) qui assurera le transport après réalisation d'une évaluation protocolisée, ou d'une ambulance composée d'« ambulanciers » hautement qualifiés et sans médecins (ALS : advanced life support ; notons qu'ici le terme ambulancier ne désigne pas les conducteurs mais les infirmiers spécialisés). Le triage limite l'intervention des ALS aux cas les plus graves. Les ambulanciers (emergency medical technician paramedics) prennent en charge les patients, effectuent un tri sur place à l'aide de protocoles et décident du transport ou non. Ils pratiquent des gestes médicaux, comme l'intubation oro-trachéale, la mise en place d'une perfusion, l'administration de certains médicaments, mais sans possibilité d'initiative si le cas sort des protocoles prévus. Des expériences pilotes sont en cours permettant aux ambulanciers d'initier un traitement thrombolytique pour les infarctus à la phase aiguë, après télétransmission de l'ECG et avis médical téléphonique. Les médecins se sont progressivement désengagés de l'intervention sur site, parallèlement au développement des qualifications des ambulanciers et des protocoles médicaux à leur intention. L'objectif global du système est plus la prise en charge et l'évacuation rapide des patients vers un service d'urgence que la pose d'un diagnostic précis avant le transport (73).

Le principal problème rencontré par le système de soins d'urgence aux Etats-Unis est son coût de fonctionnement, en raison du transport quasi systématique des patients à l'hôpital.

3.5.1.2 Le Royaume-Uni

L'organisation de l'aide médicale urgente pré-hospitalière est proche de celle observée aux Etats-Unis (74).

Les soins d'urgence médicaux sont délivrés quasi exclusivement par un organisme public, le National Health Service (NHS).

Deux numéros (le numéro unique national « 999 » et le numéro européen « 112 ») permettent la mise en relation avec les centres d'appels, qui ne sont pas médicalisés. Les opérateurs utilisent un protocole informatisé national, qui attribue à l'appel un des 3 degrés de priorité existants : risque vital immédiat (degré A), gravité sans risque vital immédiat (degré B), et autre (degré C). La réponse comporte toujours l'envoi d'une ambulance pour transporter le patient vers un hôpital, et à chaque degré correspond un objectif en terme de délai d'intervention, fixé par le gouvernement et utilisé comme indicateur de performance du système. 95% des appels classés A doivent être secourus en 8 minutes, 95% de ceux classés B ou C en 14 minutes en ville et 19 minutes en milieu rural.

Pour atteindre les objectifs de délais, le responsable du centre de triage, qui n'est lui-même pas médecin, peut mobiliser des ressources supplémentaires. Ainsi, un véhicule d'intervention rapide (voiture ou moto) équipé en matériel de réanimation et conduit par un ambulancier peut précéder l'ambulance de transport, et des correspondants locaux médicaux ou paramédicaux peuvent être dépêchés. Quelques équipes hospitalières mobiles existent, mais elles sont rarement sollicitées en raison d'une expérience souvent limitée de la médecine pré-hospitalière et d'un délai de mobilisation non négligeable. Douze services de transports médicaux aéroportés sont aussi disponibles au Royaume-Uni, seul celui de Londres embarque un médecin. Enfin, les compagnies d'ambulances placent fréquemment des véhicules en attente à des endroits stratégiques déterminés par des logiciels informatiques, en fonction de la probabilité de survenue d'urgences dans un secteur géographique.

Les services d'accueil hospitaliers sont prévenus de l'arrivée des patients, permettant la mobilisation des équipes médicales spécifiques. L'électrocardiogramme des patients

souffrant d'un syndrome coronarien aigu peut souvent être télétransmis, et leur entrée se fait directement en service de cathétérisme

L'équipage des ambulances se compose d'un personnel paramédical formé à la conduite automobile, à la réalisation de bilans médicaux d'urgence et aux premiers secours selon des protocoles nationaux (dont l'utilisation de certaines drogues, du défibrillateur semi-automatique et de l'oxygénothérapie). La formation initiale est essentiellement assurée par les grandes compagnies d'ambulances dépendantes du National Health Service, mais la coopération avec les universités tend à se généraliser, avec à la clé l'obtention d'un diplôme reconnu. La première année d'exercice se fait en tandem avec un ambulancier expérimenté, et des stages de spécialisation sont accessibles en plus de la formation continue organisée par cycles de 3 ans.

3.5.1.3 L'Allemagne

L'origine de la médecine pré-hospitalière allemande remonte à la fin du XIXe siècle, à Berlin. Elle s'appuie d'emblée sur la coopération entre les médecins sur le terrain et l'hôpital (75). En 1938, le chirurgien Martin Kirschner prononce cette phrase devenue une devise: « le blessé ne devrait pas venir au médecin, le médecin devrait aller au blessé ». Les ambulances médicalisées sont toujours restées la pièce maîtresse du système, même après la Seconde Guerre Mondiale et la division du pays entre l'Est et l'Ouest.

A l'heure actuelle, la législation sur l'aide médicale urgente varie quelque peu entre les 16 états fédéraux, elle fixe généralement les délais d'intervention entre 10 et 15 minutes. Le nombre d'ambulances disponibles et leur positionnement géographique doivent permettre de répondre à ces objectifs.

Les centres de réception des appels ne sont pas exclusivement dédiés à l'urgence médicale puisque 80% d'entre eux gèrent aussi les transports médicaux non-urgents et les pompiers. Ils emploient un personnel infirmier spécialement formé aux soins d'urgence et au triage téléphonique, qui utilise des critères standardisés pour décider de l'envoi d'une ambulance simple ou médicalisée et peut prodiguer des instructions téléphoniques. Cette forme de triage est dite « paramédicale ».

En 1989, la formation du personnel paramédical « ambulancier » est passée à 2800 heures sur 2 ans et s'est enrichie de l'utilisation de certaines drogues et de la réalisation de gestes comme l'intubation trachéale et la défibrillation semi-automatique. Si la loi n'autorise

toujours que les médecins à pratiquer ces gestes, il est communément admis qu'ils soient effectués par des ambulanciers ayant des « compétences en médecine d'urgence » si cela accélère la prise en charge. Les compétences retenues comme exclusivement médicales sont entre autres la thrombolyse, l'administration d'analgésiques forts et d'antiarythmiques, le drainage thoracique.

Les évolutions récentes ne remettent pas en question la prédominance du soin pré-hospitalier sur la fonction de transport. Elles s'engagent sur le chemin d'une démedicalisation au moins partielle, dans un contexte de réduction des dépenses de santé qui s'accompagne de la fermeture d'hôpitaux et de la diminution du nombre d'ambulances médicalisées.

3.5.1.4 Quelques autres pays

Pour les pays nordiques (Danemark, Islande, Finlande, Norvège et Suède), il n'existe pas de régulation médicale. Le triage est effectué soit par la police soit par des opérateurs voire du personnel paramédical. L'organisation est variable : certains pays disposent d'un système national public, d'autres simplement d'unités locales (76). Pour la Crète, un système innovant a été développé. En effet, les centres de tri des appels, totalement informatisés, sont rattachés au réseau régional d'information en santé. L'objectif affiché est d'optimiser le triage et la gestion des ressources. Le tri est effectué par les opérateurs sous la direction d'un médecin, ce à l'aide de protocoles médicaux standardisés. Par la suite, sur les lieux de l'intervention, les ambulanciers peuvent transmettre les signes vitaux et les ECG au médecin du centre (56).

3.5.1.5 La France

3.5.1.5.1 Quelques repères historiques

Le premier système de soins médicaux pré-hospitaliers apparaît au XIXe siècle avec les « ambulances volantes » créées par Dominique Larrey (77), « chirurgien combattant de l'avant » et véritable précurseur du SAMU. Dès sa première campagne à l'armée du Rhin en 1792, il comprend la nécessité d'une prise en charge immédiate, notamment pour éviter

l'apparition de la gangrène humide sur les lésions des membres. Il réalise les amputations le plus tôt possible, à même le champ de bataille, avant l'évacuation du blessé vers l'arrière. On lui prête la phrase suivante au cours de la campagne de Russie : « vous, colonel, qui êtes mon ami, je désarticulerai votre hanche en 17 secondes... »

Dans les années 50, de grandes épidémies de poliomyélite à forme respiratoire touchent la France. En réponse, le Pr Cara crée le premier service mobile de réanimation à l'hôpital Necker en 1956. Il s'agit d'ambulances médicalisées équipées de respirateurs modernes, chargées du transfert inter-hospitalier des patients en insuffisance respiratoire grave.

A la même période, le visage de l'urgence change avec l'explosion du marché de l'automobile et son impressionnant cortège d'accidents. La première unité mobile médicalisée pour le secours aux accidentés de la route est créée en 1957 à Salon de Provence par le Dr Bourret. Un médecin est directement envoyé sur les lieux dans un véhicule spécialement équipé, et la coordination est assurée entre les différents partenaires de secours : pompiers, police et hôpital.

Plusieurs médecins s'attaquent aussi à la surprenante disproportion entre les moyens mis en œuvre lors de l'arrivée du patient à l'hôpital et ceux très sommaires utilisés lors des longues minutes de la phase pré-hospitalière. En 1962, le Pr. Larcan crée "SOS Nancy ", le premier SMUR urbain, suite à un grave accident de chemin de fer. En 1967, Les Pr. Serre et Du Caillard créent à Montpellier un service utilisant des hélicoptères et des ambulances dotés de moyens de transmission téléphonique dont beaucoup de services vont s'inspirer ; ils sont à l'origine du sigle S.M.U.R. En 1968, le premier SAMU est créé par le Pr Lareng au CHR de Toulouse. Les initiatives se multiplient et les premières salles de régulation apparaissent pour les coordonner. L'accueil d'une partie de l'administration et du corps médical hospitalier est souvent sceptique et réservé, et un soutien inattendu vient du Ministère des Transports dans sa recherche d'une meilleure sécurité routière.

Sur le plan législatif, le décret du 2 décembre 1965 impose à certains centres hospitaliers de se doter de moyens mobiles de secours (actuels SMUR), et l'arrêté du 14 décembre 1972 crée les SAMU. Le « 15 », numéro d'appel unique, est mis en place en 1976. Il faut cependant attendre 1986 et la loi sur l'aide médicale urgente et les transports sanitaires (10) pour que les missions du SAMU et des SMUR soient clairement définies, et que soient officiellement créés les centres de réception et de régulation des appels appelés par la suite « centres 15 ».

3.5.1.5.2 L'organisation actuelle de l'aide médicale urgente pré-hospitalière française et la régulation médicale

Les éléments clés sont la médicalisation à tous les niveaux et la centralisation par les Services d'Aide Médicale Urgente. Il existe un SAMU par département (un pour 500000 habitants en moyenne), soit une centaine au total, et environ 350 SMUR répartis sur l'ensemble du territoire.

Les missions des SAMU sont de répondre aux situations d'urgence par des moyens exclusivement médicaux, elles sont définies par le décret du 16 décembre 1987 (13):

- assurer une écoute médicale permanente,
- déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels,
- s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, en respectant son libre choix, et faire préparer son accueil,
- organiser le transport en milieu hospitalier par les moyens les plus adaptés,
- veiller à l'admission du patient
- participer aux tâches d'éducation sanitaire, de prévention et de recherche, d'enseignement dans le domaine médical de l'urgence, de couverture médicale des grands rassemblements

Le centre de tri peut être contacté par le numéro unique national « 15 » ou par le numéro européen « 112 ». L'appel est reçu par un permanencier qui ouvre un dossier, localise la demande, évalue la gravité par un interrogatoire bref et précis. Puis, l'appel est transféré au médecin régulateur qui détermine le niveau de réponse approprié parmi cinq : le conseil médical téléphonique, l'envoi d'un médecin libéral (type SOS médecins), l'envoi d'une ambulance privée, l'envoi de secours paramédicaux (infirmiers sapeurs-pompiers habilités à pratiquer certains gestes d'urgences) ou, enfin, l'envoi de secours médicaux (médecin et infirmier : SMUR). Le médecin régulateur peut aussi donner des instructions téléphoniques pour guider une réanimation cardio-pulmonaire ou une manœuvre de Heimlich. Dans certains cas précis, les permanenciers peuvent être amenés à déclencher immédiatement des moyens avant la régulation médicale (défenestration, pendaison, mort subite) (78, 79).

La particularité principale reste que la procédure de triage appelée « régulation » est effectuée par un médecin (70) et prend ici le statut d'acte médical. Ce choix repose sur la

conviction intime que seul un médecin est capable d'apporter la réponse la plus adaptée face à un problème médical. Il s'instaure un colloque téléphonique singulier basé sur une relation de confiance, où le praticien engage sa responsabilité et utilise ses connaissances médicales et son expérience pour cerner au mieux la situation du patient et garantir le bon usage de ressources médicales limitées et coûteuses. Les avantages de ce système avancés dans la littérature sont la réalisation d'une véritable consultation médicale téléphonique avec une garantie de sécurité pour le patient, le respect du secret médical, la rapidité de réaction, l'adéquation entre les moyens engagés et l'état du patient, l'utilisation ciblée des moyens les plus rares et plus chers, la coordination des prises en charge entre interlocuteurs médicaux assurant un parcours de soins optimal (78,80,79). Les critiques faites au système sont en rapport avec le coût élevé de rémunération d'un médecin, les problèmes de dialogue et les demandes inappropriées rencontrés lors de certains appels, la faible compliance aux contraintes et obligations du système de la part de certains appelants comme de certains intervenants en l'absence d'un cadre protocolaire strict, le manque d'évaluations du système.

3.5.1.5.3 Quelques perspectives d'évolution des centres 15

Comme leurs homologues étrangers, les centres 15 sont confrontés depuis plusieurs années à une croissance continue des appels, diluant les urgences vraies au milieu de motifs variés et parfois inappropriés, augmentant la charge de travail et complexifiant la gestion des moyens médicaux limités.

De nombreuses réflexions et initiatives sont menées pour atteindre des objectifs souvent perçus comme antagonistes d'amélioration de la qualité et de maîtrise des dépenses. Cette dynamique se retrouve dans la participation de plusieurs SAMU aux chantiers de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH). La MeaH est une des 3 missions du plan « hôpital 2007 », elle a été créée par la loi de financement de la sécurité sociale de 2003 (80) pour aider les établissements de santé volontaires, publics et privés, à améliorer leur organisation. Ses méthodes s'appuient essentiellement sur l'observation comparative des organisations, le partage des expériences et l'accompagnement du changement.

Les attentes communes aux 8 centres 15 participant volontairement à la phase 1 du chantier de la MeaH sur « l'organisation des centres 15 au sein des SAMU des hôpitaux » sont (81):

- le développement d'outil de pilotage du travail du centre,
- l'amélioration de la qualité, à travers les procédures de prise en charge, les fiches d'aide à la régulation et les protocoles dont les places restent à définir,
- l'évaluation des pratiques professionnelles avec le suivi et l'analyse de l'activité, la définition d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs,
- l'amélioration de la planification du travail, de la répartition des tâches entre PARM et régulateurs, l'adaptation des effectifs aux variations d'activité,
- l'amélioration des conditions et outils de travail : ergonomie de la salle, moyens informatiques et de communication,
- une réflexion sur les missions actuelles des centres 15 avec distinction entre AMU et PDS,
- les rôles des différents acteurs de la PDS et de l'AMU et leur impact sur l'organisation des centres 15, dont les régulateurs libéraux et les médecins de garde,
- le développement des filières de soins.

Deux grands axes de réflexions ressortent : l'amélioration de l'outil de régulation lui-même, et la place du SAMU, créé pour répondre aux situations d'urgence médicale et devant maintenant prendre en charge une partie de la PDS.

3.5.2 Les principes de fonctionnement développés par Médi'Call Center

MCC est un centre de réception et de régulation des appels créé sur une initiative privée, destiné aux associations d'urgentistes libéraux. Ce système ne se pose pas en concurrence avec les autres acteurs du système de soins français (particulièrement les médecins exerçant en cabinet, SAMU et services d'accueil des urgences) mais en complément. Il apporte une réponse aux besoins en continuité des soins, permanence des soins et situations d'urgence ne nécessitant pas l'intervention d'un SMUR.

La comparaison inévitable entre centres 15 et MCC ne doit donc pas être faite en terme de vocation, mais peut être faite en terme d'organisation.

Le postulat initial sur lequel s'appuie le fonctionnement de MCC est que la gestion des appels ne nécessite pas de régulation par un médecin si les 4 conditions suivantes sont réunies :

- connaître la localisation des médecins effecteurs et leur disponibilité,
- fonctionner en étroite collaboration avec un pool de professionnel de la régulation médicale (le Centre 15),
- fonctionner avec des procédures sous protocoles médicaux adaptés et régulièrement validés,
- disposer d'outils permettant une traçabilité complète du traitement des appels.

Les médecins font partie intégrante du système global développé. S'ils sont sur le terrain et n'interviennent pas au standard dans la gestion initiale des appels, il est nécessaire qu'ils soient joignables en permanence pour donner leur avis en cas de besoin. Ils peuvent aussi intervenir d'eux-mêmes à réception de l'appel s'ils le jugent nécessaire. Leur intervention se situe aussi au niveau de la mise au point et du suivi des protocoles.

Le recul apporté par les années de pratique confirme le bien-fondé de ce mode de fonctionnement : le standard ne déplore actuellement aucun contentieux, et de nouvelles associations y adhèrent régulièrement, grossissant le volume des appels traités. Sa philosophie et son mode de fonctionnement suscitent l'intérêt et il est régulièrement visité par des médecins urgentistes et des responsables de la politique de santé nationale.

3.5.2.1 Connaître la localisation des médecins effecteurs et leur disponibilité

Les médecins en poste dans chaque association SOS sont joignables en permanence par l'intermédiaire de leur ordinateur de poche et de leur téléphone portable. Ceci s'avère indispensable pour plusieurs raisons :

- en cas de d'appel prioritaire, la régulatrice peut les détourner de leur objectif initial s'ils sont en trajet, ou connaître leur délai de disponibilité s'ils sont chez un patient,
- la régulatrice peut obtenir un avis médical pour les appels leur paraissant atypiques ou se plaçant en limite des protocoles. Le dispositif fonctionnant dans les deux sens, les médecins peuvent rappeler le standard pour obtenir des précisions sur un appel reçu ou demander son transfert au centre 15.
- pour des raisons de sécurité, si une visite dépasse la durée de 30 minutes, la régulatrice rappelle le médecin pour s'assurer qu'il n'est pas en difficulté (agression par exemple), elle peut prévenir les forces de l'ordre en cas de besoin ou si le médecin ne répond pas. Elle fera de même si un trajet routier paraît anormalement long (accident ?)

Pour fonctionner, ce dispositif nécessite de connaître en permanence la localisation géographique des médecins, d'où le développement par MCC de ses propres solutions de cartographie.

3.5.2.2 Fonctionner en étroite collaboration avec le centre 15

SMUR et médecins urgentistes libéraux ne se destinent pas à la prise en charge des mêmes urgences mais ont des rôles complémentaires nécessitant d'être coordonnés. Les patients s'adressant à l'un ou à l'autre doivent aussi pouvoir être aiguillés sans perte de temps vers la structure correspondant le mieux à leur situation présumée.

L'interconnexion avec les centres 15 de chaque région où une association SOS utilisant MCC est implantée existe depuis la création de MCC en 1998. Elle se fait par une ligne directe réservée pour chacun des SAMU.

Lors des réflexions sur la réorganisation de la PDS menées par le groupe de travail du sénateur Descours (1) en 2002, l'interconnexion entre les standards des associations de PDS et le SAMU a été retenue comme une nécessité. Elle est depuis inscrite dans la loi par les décrets du 15 septembre 2003 (21) (ajoutant au Code de santé publique l'article R.732 sur la régulation) et du 7 avril 2005 (24) (modifiant cet article).

Les modalités de coopération entre les SAMU et les associations SOS Médecins sont maintenant officiellement fixées par une convention nationale de partenariat (43), qui sert de cadre à l'établissement des conventions locales. Elle a été signée le 29 septembre 2005 par le Dr Marc Giroud, président du SAMU de France et le Dr Patrick Guérin, président de SOS Médecins France, en présence du ministre de la santé et des solidarités Xavier Bertrand.

Elle porte sur les points suivants :

- une interconnexion systématique des SAMU et des associations SOS Médecins par la mise en place d'un système téléphonique rapide et prioritaire. Elle permet, en fonction de leur nature, de basculer les appels d'une structure à l'autre et ainsi d'exploiter au mieux la complémentarité de leurs missions respectives. A terme, une interconnexion informatique doit compléter la ligne téléphonique pour permettre la transmission des données complète des appels.
- les modalités de gestion des appels et de retour d'information lorsqu'un appel est transmis d'une structure à l'autre,
- des formations communes des médecins du SAMU et de SOS Médecins et des réunions régulières entre équipes locales.
- une évaluation périodique de la convention au niveau national et au niveau local
- des mesures en cas de dénonciation ou litige
- la durée de la convention : un an, avec tacite reconduction.

Nous avons précédemment exposé la convention locale liant le SAMU 54 et SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, au chapitre n°2.3.5.

3.5.2.3 Fonctionner avec des procédures sous protocoles adaptés et régulièrement validés

La régulation des appels à MCC n'est pas « médicalisée ». Le terme retenu par ses concepteurs pour la définir est « protocolisée », un protocole étant un outil standardisé permettant de définir des directives à suivre dans des situations variées.

Les appels sont traités selon des schémas conçus par des médecins. Pour s'adapter aux besoins du terrain et aux avancées de la science et améliorer leurs résultats, ses schémas évoluent constamment sous l'impulsion de tous les intervenants (standardistes, administrateurs, médecins). Tous les médecins utilisateurs, qu'ils aient participé ou non à l'élaboration initiale des protocoles, assurent à la fois un rôle d'observation du bon fonctionnement du standard et un rôle de développement par les améliorations qu'ils peuvent suggérer, qu'elles concernent les protocoles, les logiciels ou l'équipement informatique. Ils sont les propriétaires d'un outil devant répondre à leurs besoins de qualité et d'efficacité pour la prise en charge de leurs patients.

Deux types de protocoles interviennent successivement dans le traitement des appels :

- les protocoles médicaux de MCC intégrés au logiciel MCC Mission : ils permettent l'analyse des motifs d'appels et la détermination d'un degré d'urgence,
- les protocoles de chaque association SOS : ils interviennent ensuite, et correspondent à des choix de travail locaux , prédéfinis pour chaque type d'appel analysé par MCC.

3.5.2.3.1 Les protocoles médicaux de MCC intégrés au logiciel MCC Mission

Leur création a été confiée à des groupes de réflexion de médecins SOS, qui les ont conçus comme des programmes informatiques destinés à être mis en œuvre par du personnel non médical. Ils sont en évolution permanente sous l'impulsion des médecins utilisateurs, des standardistes et administrateurs, et des avancées de la science. Ils ont dans leur globalité (logique de fonctionnement, items retenus, formulations,...) été modelés par les réalités de la pratique de terrain.

Leur but n'est pas de réaliser un diagnostic étiologique mais d'identifier les motifs d'appel et d'évaluer leur degré de gravité potentielle selon les schémas médicaux préétablis, et d'afficher la conduite à tenir au terme de cette « protocolisation ».

Pour chaque appel, les standardistes saisissent 2 motifs principaux, selon les termes utilisés par l'appelant (par exemple : « gêne respiratoire », « perte de connaissance », « douleur thoracique », etc.) afin d'éviter toute interprétation, et ainsi prévenir les pertes ou distorsions d'information.

Pour chaque motif, le logiciel applique le degré d'urgence par défaut qui lui a été attribué, qui pourra être éventuellement modifié en fonction des éléments retrouvés dans la suite de la « protocolisation » (par exemple, au motif « malaise » est associé le degré d'urgence maximal).

Les 5 degrés d'urgence utilisés par MCC- SOS Médecins sont :

- 1 : appel abusif à SOS Médecins : demande de vaccination, de certificats médicaux d'aptitudes, ...
- 2 : appel justifiant une prise en charge médicale sans urgence dans les 24h : diarrhée chez un sujet sain sans critères de gravité, toux et maux de gorge sans critères de gravité,...
- 3 : appel justifiant d'être vu par un médecin dans un délai court (en heures) : fièvre élevée, douleur abdominale, douleur intense,...

Ces appels sont le fondement du travail de SOS Médecins.

- 4 : appel justifiant d'être immédiatement transmis à un médecin: douleur thoracique, certaines malaises,...
- 5 : urgence dépassée : patient décédé au moment de l'appel ou dans la demi-heure suivant la prise en charge médicale.

Pour chaque motif apparaît une liste de questions fermées à poser au patient, correspondant au questionnaire typique d'orientation devant un symptôme, à la recherche de signes associés, de signes négatifs, de signes de gravité. Plusieurs questions peuvent correspondre à un même symptôme par des formulations différentes. Les réponses peuvent changer le degré de gravité, ou requalifier l'appel en un autre motif. En l'absence de réponse à une question, c'est l'éventualité la plus grave qui est retenue. Tous les éléments recueillis sont automatiquement intégrés à la fiche patient envoyée au médecin.

Les standardistes bénéficient aussi d'une case « commentaire libre » afin de pouvoir ajouter des éléments ne figurant pas dans les listes préétablies.

Signalons qu'il existe aussi un champ de priorité secondaire, non médicale (par exemple, pour une personne âgée, la présence à domicile d'un membre de la famille jusqu'à une certaine heure pourra être prise en compte).

Une fois l'appel « protocolisé », les standardistes vérifient s'il n'entre pas dans un cas de figure particulier défini par le protocole de travail de l'association SOS à qui il est destiné. Par exemple, une association peut décider de ne pas réaliser de sutures à domicile. Nous détaillerons le protocole de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle dans la partie suivante.

A la fin de sa visite, le médecin intègre à son compte-rendu le degré de gravité effectivement constaté, ce qui constitue un moyen de vérifier si l'appel a été bien traité : les discordances importantes ressortent automatiquement et sont examinées.

Le recul apporté par les années d'expérience montre que le médecin est pertinemment renseigné par les informations fournies par 2 motifs d'appels et leurs questions attachées, le degré d'urgence, le sexe et l'âge du patient, le commentaire libre. Un 3^e motif d'appel a été un temps mis en place, puis retiré car il n'apportait pas d'amélioration.

3.5.2.3.2 Le protocole de travail de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle

Il ne s'agit pas de schémas d'analyse des appels, ceux-ci sont exclusivement contenus dans les protocoles informatisés du standard MCC. Il correspond aux règles de travail avec MCC propres à l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle.

Certaines règles conditionnent l'acceptation de l'appel par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, les standardistes de MCC doivent donc en tenir compte d'emblée:

- un appel hors secteur d'intervention doit être réorienté directement sur le centre 15
- un mineur seul à domicile ne peut être vu en visite, réorienter l'appel sur le centre 15 ou demander la présence d'un adulte
- visite dans les campements de caravanes : pas de prise directe des appels, réorienter sur le centre 15,
- pas de quartier où les visites ne seraient pas effectuées
- pas d'appels direct des centres de téléalarme, mais appels acceptés des familles, des référents ou du centre 15
- pas d'intervention dans les hôpitaux, sauf au Centre Psychothérapique de Laxou pour des demandes de rédaction de certificat d'hospitalisation sous contrainte

- pas de visite sur les lieux ou voies publics, transférer au centre 15
- visite dans un magasin, une entreprise, une école... : acceptée si conditions environnementales acceptables pour examiner le patient, sinon transférer au Centre 15
- pas de suture du visage chez l'enfant, réorienter sur le centre 15
- demande d'intervention de la part d'une compagnie d'assistance : appel accepté si le dossier patient est complet
- appel pour agitation et agressivité : demander aux tiers d'appeler d'abord la Police, puis de rappeler pour l'envoi du médecin
- appel pour prescription de médicaments de substitution aux opiacés : refusé (mais prise en charge des patients toxicomanes ou sevrés appelant pour tout autre motif)
- appel pour renouvellement d'ordonnance : refusé, sauf si médecin traitant en vacances et non remplacé
- appel pour conseil téléphonique : accepté pour les patients visités par un médecin SOS dans les 24 heures, en transférant le conseil téléphonique à ce médecin. Dans les autres cas : proposer la visite d'un médecin ou réorienter vers le centre 15
- pour les nouveaux secteurs de Toul, Blainville-sur-l'eau, Thiaucourt : prise en charge des appels uniquement pour la période de PDS (de 20h à 8h en semaine, le samedi de 12h à 8h, les dimanches et jours fériés de 8h à 8h), plusieurs appels peuvent être pris à la fois mais un seul médecin sera dépêché sur cette zone
- appel passé depuis une cabine téléphonique : accepté

Certaines règles ne conditionnent pas l'acceptation de l'appel mais donnent des consignes à appliquer d'emblée :

- visite dans les foyers : demander qu'une personne attende le médecin à l'entrée pour le guider
- visite dans les maisons de retraite : demander qu'une personne se tienne disponible à l'arrivée du médecin et que le dossier patient soit préparé
- demande de Certificat de Coups et Blessure : prévenir que le certificat n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale
- appel émanant de la Police ou de la Gendarmerie : demander le nom de l'Officier de Police Judiciaire et du service concernés
- en cas de seconde visite pour un patient : envoyer le même médecin s'il travaille, sauf si degré de priorité élevé

- appel pour interprétation de résultats biologiques ou autres : adresser l'appel au médecin prescripteur s'il travaille, ou l'appeler s'il ne travaille pas. Si examens demandés par un médecin extérieur à SOS Médecins : réorienter l'appel vers le centre 15
- appel d'une pharmacie pour des précisions sur des prescriptions émanant de médecins SOS : transférer l'appel au médecin prescripteur s'il travaille, sinon à un des médecins en poste
- en cas de dépassement prévisible du délai annoncé au patient, le rappeler ¼ d'heure avant son expiration
- passé 2h30 d'attente, tout appel devient prioritaire
- pour les délais d'intervention sur les villes en périphérie de Nancy, tenir compte du temps de trajet selon le lieux de départ, les horaires et les éventuelles conditions de circulation renseignées par les médecins

Certaines règles de travail concernent le cas particulier des appels transférés par le SAMU , elles permettent à l'association de travailler dans le cadre de la convention signée avec le SAMU 54:

- vérifier que les coordonnées transmises sont complètes selon les critères de MCC, demander le nom du médecin régulateur, appeler systématiquement le patient pour lui préciser que son appel au 15 va entraîner l'intervention d'un médecin SOS
- est défini uniquement comme « appel prioritaire » un appel nécessitant une prise en charge immédiate : si un médecin est disponible (libre ou détournable du trajet de sa visite) ou dès qu'un médecin se libère. Une estimation du délai d'intervention est donnée par MCC et validée par le centre 15.
- appeler immédiatement le centre 15 en cas d'impossibilité à effectuer une visite dans les délais préalablement définis
- en week-end et la nuit : possibilité de prendre plusieurs appels prioritaires SAMU à la fois en fonction du nombre de médecins SOS sur le terrain, avec mise à disposition de 50% de l'effectif au maximum.
- du lundi au vendredi, de 8h à 20h : prise d'un seul appel prioritaire SAMU à la fois (dans cette tranche horaire travaillent 2 à 3 médecins SOS)

Enfin, d'autres règles correspondent au fonctionnement interne de SOS

Médecins Meurthe-et-Moselle:

- en cas de question ou problème, MCC doit contacter les administrateurs de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle
- les remplaçants ne peuvent se mettre en pause sans l'accord d'un associé
- les horaires de travail sont décidés par l'association SOS
- les horaires de début et de fin de garde ne sont pas stricts mais adaptables à l'activité
- en cas de visite tombant juste avant la fin des créneaux de nuit, la transmettre aux médecins en poste sans attendre la relève
- en cas de forte activité, le standard peut être mis en saturation à 4 appels en attente par médecin, en dehors des horaires de la PDS uniquement. Ceci consiste à ne pas prendre plus d'appels en attente, afin de pouvoir d'une part effectuer les visites dans des délais corrects, et d'autre part limiter l'activité en période de continuité des soins.
- hors appel prioritaire, les appels excentrés sont pris en charge par glissement des médecins dans le cadre de leur sectorisation. Il n'y a pas de médecin pré-affecté ou faisant exclusivement ces appels
- le point de départ des médecins est leur domicile pour leur première visite, puis le lieu de leur visite précédente. En cas de faible activité, ils sont considérés comme positionnés au local de Vandoeuvre.
- il n'y a pas de médecin pré-affecté à un secteur donné

3.5.2.4 Disposer d'outils permettant une traçabilité complète du traitement des appels

La traçabilité du traitement des appels est assurée par l'enregistrement de tous les appels entrants et sortants de MCC (avec les patients, le SAMU, les médecins effecteurs, etc.), l'utilisation d'identifiants pour tous les membres de MCC et les médecins et l'horodatage des actions informatisées (au sein de MCC ou transmises par les ordinateurs de poche des médecins effecteurs).

La traçabilité, rendue possible par l'archivage des données, permet l'analyse critique et l'évolution des procédures, et est aussi primordiale sur un plan médico-légal.

3.6 Les étapes du traitement d'un appel reçu par MCC

Nous allons décrire les étapes successives du traitement d'un appel reçu par Médi'Call Center, depuis sa réception jusqu'à l'archivage du compte-rendu de visite par le médecin effecteur.

La description détaillée du protocole de traitement de l'appel pour douleur thoracique fera l'objet du 4^e chapitre.

3.6.1 La prise de poste par l'opérateur

Les postes informatiques ont tous la même ergonomie et sont interchangeables. Chaque intervenant se voit attribué un code identifiant et un mot de passe qui lui donnent accès aux différentes fonctionnalités en rapport avec son statut. Les rôles de chacun peuvent ainsi être clairement définis et la traçabilité des actions assurée.

3.6.2 La prise d'appel et l'assistance à la saisie.

Toutes les communications téléphoniques de MCC sont enregistrées, avec les patients comme avec les médecins.

Le décroché est effectué par une standardiste « prise d'appels ». Il n'y a pas d'affectation des prises d'appels selon les différents secteurs car l'appel entrant n'est pas pré-identifiable quant à son origine. Les numéros ayant déjà appelé MCC font cependant automatiquement ressortir les fiches-patient archivées pour vérification, et les numéros correspondant à des appels en cours de traitement sont instantanément reconnus.

La standardiste « prise d'appels » recueille chronologiquement les informations suivantes :

- Validation du numéro de téléphone permettant le rappel du patient, ou « contre appel », information capitale si pour une raison quelconque la communication venait à être coupée. Le numéro est immédiatement sauvegardé dans un fichier

temporaire spécial, précaution qui permet de recontacter les patients qui étaient en ligne en cas de survenue d'un incident informatique.

Dès sa saisie, le numéro de téléphone du patient appelle à l'écran les dossiers des interventions antérieures chez ce patient.

- Motif principal de l'appel : pour appréhender immédiatement le contexte dans lequel se situe la demande : de la détresse avec mise en alerte immédiate de la régulatrice, à l'appel sans urgence pouvant si besoin être mis en attente pour finir de traiter un autre appel plus urgent. Le motif est saisi tel qu'il est exprimé par le patient : « douleur, mal à respirer, malaise, vomissements,... » sans aucune interprétation de la part de la standardiste.

Une aide à la saisie apparaît ici aussi, sous la forme d'une liste des motifs débutants par les premières lettres tapées.

- Motif secondaire d'appel : deuxième doléance du patient, selon le même schéma.

A chaque motif est associé un degré d'urgence potentielle maximale. Ce degré est susceptible d'être modifié par le logiciel en fonction des éléments recueillis par la suite.

La saisie d'un motif classé au 4^e degré d'urgence par le logiciel informe automatiquement la standardiste « prise d'appel » qu'elle doit transférer l'appel à une standardiste « régulatrice », qui poursuivra son traitement.

- La saisie d'un motif affiche à l'écran une liste de questions fermées prédéfinies à poser systématiquement, et faisant partie des protocoles médicaux du logiciel. Ces questions recherchent d'éventuels signes d'alarme permettent d'affiner le degré de gravité de l'appel. La standardiste coche la réponse binaire oui /non à chacune d'elles, évitant ainsi tout risque d'oubli synonyme d'interrogatoire incomplet.
- Une case « commentaire libre » existe pour toute information qui ne figurerait pas dans une des listes.
- Un champ de priorité secondaire peut être éventuellement rempli, qui permet, pour les appels non urgents de même niveau de priorité médicale, d'en favoriser un pour un motif non médical.

- Identification de l'appelant (patient, SAMU, famille, voisin...)
- Origine de la connaissance du n° du standard de SOS Médecins (n° donné par médecin traitant, journal, famille...)
- Etat civil du patient (nom, prénom, sexe, âge)
- Adresse détaillée (avec le type de bâtiment : maison, immeuble, magasin..., le n° d'interphone et de porte, l'étage, consignes d'accès particulières...)

La standardiste dispose d'une aide à la saisie du nom de chaque commune, afin d'éviter les erreurs de compréhension ou d'orthographe : la liste des localités correspondant aux premières lettres tapées apparaît sur menu déroulant. Une fonction indique aussi si la commune est hors secteur, l'appel sera alors transféré au centre 15 par la standardiste.

Le logiciel de cartographie travaillant en tâche de fond fournit les coordonnées géographiques de l'appel (en latitude et longitude) dès l'adresse saisie, et positionne le patient sur la carte du secteur qu'il affiche à l'écran. Ces coordonnées feront partie des informations transmises au médecin et seront directement chargées dans son GPS s'il l'active.

- Un « post-it » peut être attaché au dossier patient : il s'agit du recueil des informations importantes concernant le patient (diabétique seul au domicile, stents coronariens, violent si alcoolisé,...) qui sont directement disponibles sans avoir à les rechercher dans les comptes-rendus des visites précédentes. Il apparaît sous la forme d'une icône clignotante sur la fiche patient, et chaque médecin peut y ajouter de nouvelles données (figurent alors la date et l'identification du rédacteur).

3.6.3 La « protocolisation » informatisée

La protocolisation est l'analyse de l'appel par le logiciel « MCC Mission » selon les protocoles médicaux. Elle s'effectue automatiquement dès qu'une information est saisie. A chaque réponse est attaché un degré d'urgence de prise en charge, le degré le plus élevé étant au final attribué à l'appel. La conduite à tenir correspondant à la situation reconnue est affichée à la standardiste qui l'exécute alors, du placement en file d'attente au transfert au centre 15.

Quand l'appel est placé en attente, le délai moyen d'intervention du moment (calculé pour un appel non urgent) est donné au patient et noté dans sa fiche. Si ce délai estimé est par la suite dépassé, une alarme visuelle se déclenche sur l'écran, permettant à la standardiste de prévenir le patient.

3.6.4 La visualisation cartographique de l'appel

Chaque poste de travail est équipé de 2 moniteurs : le 1^{er} pour toutes les étapes de la protocolisation de l'appel, le 2^e réservé à l'affichage de la carte détaillée de chaque secteur.

Des pictogrammes permettent de visualiser en temps réel les différents éléments du terrain :

- La localisation des médecins est représentée par une petite voiture. Sa couleur est verte si le médecin est disponible, noire s'il est en pause technique, bleu ciel s'il est en trajet, et bleu foncé s'il est sur les lieux d'une visite (alors en surimpression sur le pictogramme du patient).

Le pointage du pictogramme affiche l'appel pris en charge par le médecin, ainsi que ses éventuels appels pré-affectés chronologiquement.

- Les patients sont représentés en fonction de leur statut par : un enfant, un adulte, une personne âgée, un gardé à vue. Leur couleur est blanche par défaut, rose si le délai donné est dépassé, rouge si la visite est définie comme une urgence.

Le logiciel les positionne et peut transmettre leurs coordonnées cartographiques au GPS du médecin.

Le pointage du pictogramme patient par la standardiste lui affiche les caractéristiques de l'appel, dont l'heure de réception.

Ce dispositif constitue une assistance particulièrement efficace à l'affectation des visites, tenant compte en temps réel des critères d'urgence, d'ordre chronologique, de disponibilité et de localisation des médecins. Toutes ces informations évolutives qu'il serait impossible de retenir de manière fiable sont visualisées simultanément. La gestion de plusieurs secteurs par une même « régulatrice » est ainsi possible. Les délais d'intervention peuvent être estimés au plus juste, et les trajets des médecins sont optimisés, permettant selon des estimations de réduire de 10% le temps passé sur la route.

3.6.5 La « régulation » de l'appel

Point important, il ne s'agit pas de l'analyse de l'appel, celle-ci vient d'être effectuée lors de la « protocolisation » informatisée. La « régulation », au sens donné à ce terme par MCC, est la gestion du flux des fiches-patients résultantes de la protocolisation, et l'application des consignes prédéfinies pour chaque situation identifiée. Il peut ainsi être demandé à la régulatrice de transférer l'appel au centre 15, de l'attribuer immédiatement à un médecin SOS (si besoin en le détournant de la visite en cours), de l'attribuer dans l'heure, ou de le placer dans la file d'attente.

La régulatrice traite chaque appel selon les contraintes de priorité attribuées, en optimisant la répartition entre les médecins. Il lui faut tenir compte du protocole de travail particulier à chaque association, limiter les trajets pour gagner du temps en sectorisant au mieux les médecins, faire preuve de vigilance pour anticiper les problèmes et savoir appliquer les mesures prévues s'ils surviennent.

Elle visualise en permanence :

- La situation en temps réel du ou des secteurs qu'elle gère, avec pour chacun :
- La liste des appels en cours : une ligne par patient avec son nom, l'heure d'appel, le degré d'urgence, le degré de priorité non médical, le motif principal, l'âge, la commune, le délai écoulé depuis la prise d'appel.

La couleur de la ligne informe si l'appel est en attente ou pré-affecté, si un médecin s'y rend ou s'il est sur place.

En cliquant sur l'appel, la régulatrice peut ouvrir la fiche-patient complète

- La liste des médecins travaillant et leur statut : disponible, pause technique, en réception d'appel, en trajet après acquittement de l'appel, sur place avec les

coordonnées de l'intervention. Le temps écoulé depuis le changement de statut est aussi affiché, permettant par exemple d'appeler si une visite envoyée n'a pas été acquittée (problème de connexion ?), si le temps de trajet apparaît trop long (accident ?), si la visite est anormalement longue (agression? avec procédure d'alerte des forces de l'ordre)

- Sur un deuxième écran : la cartographie sur laquelle est présenté de façon graphique et géocodée l'ensemble des informations textuelles de l'écran principal.

Elle attribue l'appel à un médecin selon tous ses critères. Elle peut aussi lui pré-affecter jusqu'à 3 appels, qui s'enchaîneront automatiquement sans temps de latence à moins qu'elle ne les interrompe.

L'appel est transféré sous forme sécurisée par cryptage 64bit, ainsi que toutes les informations transitant entre MCC et les médecins.

La régulatrice est par ailleurs la seule personne pouvant retirer un appel de la file d'attente d'un secteur qu'elle gère, en cas d'annulation par le patient.

3.6.6 La transmission de l'appel au médecin, les changements de statut du médecin et l'historisation de la mission, la messagerie électronique

Tout comme l'appel téléphonique est enregistré, le déroulement de l'ensemble des étapes suivantes est archivé avec ses différents horaires, afin d'assurer la traçabilité de la mission. Ces données constituent l' « historisation » de la mission.

Le médecin reçoit l'appel : son ordinateur de poche sonne et une case «voir fiche pour acquittement » apparaît. En appuyant sur l'écran tactile, il affiche la fiche patient ainsi qu'une case «acquittement» qu'il clique pour confirmer la réception de l'appel. L'information « appel acquitté » remonte alors au standard, les pictogrammes patient et médecin prennent une couleur spécifique. Le médecin est considéré comme en trajet, il peut être appelé par le standard pour être détourné sur une visite prioritaire si besoin.

Par son ordinateur, le médecin a accès à l'ensemble des comptes-rendus des visites précédentes du patients archivés sur les serveurs de MCC. Il lui suffit d'en afficher la liste et de sélectionner ceux qui l'intéressent.

Lorsque le médecin arrive sur les lieux, il clique une case « sur place », l'information remonte de nouveau au standard et les pictogrammes changent de couleur. Le médecin a par ailleurs la possibilité de faire le relevé des coordonnées géographiques de l'appel, par l'intermédiaire de son GPS et d'un logiciel spécialement développé. Il lui est ainsi possible de renseigner de nouveaux lotissements, hameaux, résidences... qui ne figureraient pas sur la cartographie. Les informations sont stockées dans les bases de données de MCC et utilisables dès l'appel suivant.

Une messagerie électronique permet aux différents médecins d'une association SOS et au standard MCC de communiquer entre eux de manière rapide, économique, et si besoin discrète. Elle passe par l'affichage de la liste des médecins, agrémentée de cases colorées renseignant sur le statut de chacun d'eux (vert : disponible, bleu ciel : en trajet, bleu foncé : sur place, noir : en pause, transparent : ne travaille pas).

3.6.7 Le compte-rendu de visite et la mise en disponibilité du médecin

A la fin de sa visite, le médecin remplit un compte rendu qui sera archivé par MCC dans le dossier informatique du patient. Ce compte-rendu ne peut plus être modifié 2 heures après sa rédaction, ce qui lui confère une valeur médico-légale.

Il regroupe des informations correspondant au dossier médical du patient, et d'autres utiles aux études statistiques de l'activité médicale elle-même.

Ses différents items sont :

- La «spécialité médicale» dans laquelle le diagnostic trouve sa place, à choisir dans un menu déroulant (cardiologie, pneumologie, traumatologie,...)
- Le diagnostic posé, dans le menu déroulant de la catégorie (angor, trouble du rythme,...)

- Le degré d'urgence constaté, selon la cotation de 1 à 5 utilisée par MCC (leur signification a été exposée au paragraphe 3.5.2.3.1) , et qui sera comparé au degré estimé initialement
- Les gestes effectués : ECG, perfusion, sonde urinaire, oxygénothérapie, nébulisation, massage cardiaque, ventilation, bandelette urinaire, suture fil, suture adhésive, pansement, test grossesse urinaire, injection IM /IV
- Les constantes : TA, pouls, SaO2, glycémie, température, peak flow
- Le devenir du patient : laissé sur les lieux, hospitalisé, examens complémentaires aux urgences, soins à domicile, adressé à un spécialiste de ville, décédé, et, si le patient est hospitalisé, le moyen de transport : taxi, propres moyens, ambulance, VSAV, SMUR, autre
- Les classes de médicaments prescrites : antibiotiques, antalgiques, anti-inflammatoire, ...
- La situation motivant l'appel à SOS Médecins : période de PDS, pas de médecin traitant, médecin traitant absent, indisponible, non appelé, appel direct du médecin traitant, réseau de soins
- Le montant des honoraires, entré directement en codification des actes de la Sécurité Sociale, le mode de paiement (espèces, chèque, CMU, différé)
- Un éventuel commentaire libre sans restriction de taille
- Un « post-it » patient peut être rédigé (il s'agit d'une rubrique regroupant les informations les plus importantes concernant le patient, qui seront directement accessibles lors de tout nouvel appel, sans avoir besoin d'aller les rechercher dans les différents comptes-rendus antérieurs). L'identité du rédacteur et la date apparaissent aussi.
- Une photographie prise par l'ordinateur de poche peut aussi être archivée.

Dans le cas des appels confiés par le SAMU, le compte-rendu est accessible par le médecin régulateur par l'intermédiaire d'un site Internet sécurisé réservé.

Un courrier électronique sécurisé peut aussi être envoyé en instantané au médecin traitant, il comporte la synthèse des éléments médicaux du compte-rendu. La difficulté à obtenir un fichier exhaustif des mails des médecins de ville a amené à ajouter une fonction d'adressage instantané par Fax.

Sa visite terminée, le médecin clique la case « fin », il est visualisé comme disponible au standard, le compte-rendu est archivé sur les serveurs du standard et un nouvel appel peut lui être attribué.

3.6.8 Le suivi de l'activité sur Internet et les statistiques

Sur le site du standard MCC, chaque médecin dispose d'un accès réservé aux comptes-rendus de ses visites, ainsi qu'au relevé de sa comptabilité.

Des données statistiques sont par ailleurs accessibles pour chaque association SOS et permettent une appréciation permanente de l'activité :

- le relevé de l'activité globale de l'association pour chacun des 12 derniers mois ou uniquement pour le mois en cours, avec distinction des périodes de semaine, samedis et dimanches.
- Le relevé du nombre d'appels par catégorie de motif d'appel (pédiatrie, gériatrie, cardiologie, neurologie,...) sur les mêmes périodes.
- Le relevé de l'activité globale ou catégorisée de toutes les associations SOS travaillant avec MCC, pour les mêmes périodes

D'autres études statistiques peuvent être réalisées à partir des informations archivées dans les comptes-rendus, aussi bien à la demande des structures locales que d'instances nationales comme l'Institut de Veille Sanitaire.

4 UN EXEMPLE DU FONCTIONNEMENT DE SOS MEDECINS MEURTHE ET MOSELLE - MEDI'CALL CENTER : L'APPEL POUR DOULEUR THORACIQUE

Nous avons choisi de présenter le traitement de l'appel pour douleur thoracique car ce sujet suscite indéniablement beaucoup de questions lorsque le fonctionnement d'un centre de triage est abordé.

Ce motif est une situation courante pouvant déboucher tant sur une pathologie bénigne que sur une urgence vitale, dont le syndrome coronarien aigu ne devant pas subir de retard diagnostic. Le triage doit être performant en sensibilité pour ne pas méconnaître un appel suspect, mais aussi en spécificité pour surclasser le moins d'appels possible, ce qui perturberait la gestion des moyens médicaux.

Le système MCC – SOS Meurthe et Moselle offre plusieurs niveaux de sécurité :

- L'appel est traité de façon systématisée par MCC, à l'aide de protocoles médicalisés suivis à la lettre par les permanencières, permettant de reconnaître les situations à risque de SCA et de transférer l'appel au centre 15 pour son entrée éventuelle dans la filière de soins,
- Le motif « « douleur thoracique » reste prioritaire sur les autres même s'il ne présente pas les critères de suspicion de SCA (au terme de la protocolisation), et est donc rapidement pris en charge par les médecins SOS de Nancy. Un médecin

est si possible détourné de sa visite en cours, ou l'appel est attribué dès disponibilité d'un médecin.

- Si aucun médecin SOS n'est rapidement disponible pour intervenir sur une douleur thoracique non suspecte de SCA (au terme de la protocolisation), l'appel est transféré au centre 15,
- Si la protocolisation ne classe pas l'appel comme suspect de SCA, la standardiste peut quand même décider de le faire réguler par le centre 15 ou de prendre avis auprès d'un médecin SOS. Il s'agit de sa seule initiative personnelle possible, qui est au bénéfice du doute lorsqu'une situation lui apparaît « bizarre »,
- Si un médecin SOS reçoit un appel qu'il juge « bizarre », il peut, tout en s'y rendant, demander à ce qu'il soit réguler par le 15.

Dans un premier temps, nous rappellerons les principales caractéristiques des SCA et exposerons les stratégies de prises en charges prévues par la récente conférence de consensus. Nous présenterons ensuite la gestion de l'appel pour douleur thoracique par MCC-SOS Médecins Meurthe et Moselle.

4.1 Le Syndrome Coronarien Aigu est toujours au cœur de l'actualité

4.1.1 Epidémiologie

Les maladies cardio-vasculaires sont un problème de santé publique majeur dans tous les pays industrialisés où elles représentent la première cause de mortalité.

En France, l'infarctus du myocarde touche environ 120 000 personnes chaque année, dont 10 % décèdent lors de la crise. L'IDM est responsable de 47000 décès par an, soit 10% de la mortalité annuelle totale de l'adulte. A cette mortalité, il faut ajouter une morbidité importante et le retentissement socio-économique qu'elle représente. L'incidence de l'IDM varie selon le sexe et l'âge : il intéresse la population masculine dans 2/3 des cas. Chez la femme, l'âge moyen de survenue est de 73 ans, et chez l'homme de 63 ans (82).

Les progrès réalisés dans la prise en charge, tant dans l'urgence que dans le post infarctus, ont permis une diminution des décès de 27% chez les hommes et de 21% chez les femmes entre 1985 et 1995 d'après l'étude MONICA-France (83). Cependant, si les chances de survie ont progressé, le nombre global d'infarctus ne baisse pas.

4.1.2 La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004

La politique de santé publique est le principal instrument dont se dote la Nation afin d'organiser son effort pour protéger, promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de la population ou de groupes ayant des traits communs, en s'attachant à corriger les inégalités. L'élaboration de la politique de santé publique nécessite une approche de la santé basée sur deux niveaux complémentaires et articulés : celui des personnes et celui de la population :

- Le niveau de la personne renvoie aux comportements individuels, à l'action médicale et aux soins. A ce niveau, les professionnels de santé ont l'obligation de mettre en œuvre les moyens permettant de faire le diagnostic de la maladie, de délivrer et d'adapter les traitements appropriés aux objectifs, et de suivre l'évolution du malade,
- Le niveau de la population est basé sur l'analyse des problèmes de santé et des éléments qui les déterminent. Il est nécessaire de spécifier clairement les résultats attendus, de mettre en œuvre les stratégies d'action qui sont les plus susceptibles d'être efficaces compte tenu des moyens disponibles, et de suivre les résultats obtenus.

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 (84) définit pour un ensemble de problème de santé (pathologies et/ou déterminants) des objectifs quantifiés susceptibles d'être atteints à une échéance fixée, ici pour la période 2004-2008. La loi définit aussi les indicateurs permettant de mesurer et de suivre les résultats obtenus.

Les objectifs spécifiques aux cardiopathies ischémiques sont une réduction de leur mortalité associée de 13 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes. Dans le cadre d'une prévention globale du risque cardiovasculaire, les objectifs sont de réduire de 5 % la

cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) et de réduire de 2 à 3 mm Hg la moyenne de la pression artérielle systolique de la population adulte française. S'y associent aussi des objectifs de réduction du tabagisme actif et passif, de lutte contre l'obésité et l'inactivité physique, d'amélioration de l'alimentation.

4.1.3 « Halte à l'infarctus ! »

...est le nom choisi par les cardiologues français pour leur campagne d'information « La semaine du cœur » de 2006 (85).

Les membres de la Fédération Française de Cardiologie, de la Société Française de Cardiologie et du Collège National des Cardiologues Français ont mené fin septembre 2006 des actions de sensibilisation à l'attention du public et des professionnels de santé. Les principaux sujets traités étaient la prévention de l'IDM, la reconnaissance des symptômes annonciateurs, la filière de soins centrée sur le 15, le traitement et la prévention secondaire.

4.1.4 Les premiers résultats du registre FAST-EMI

Parmi les nombreux registres tenus en France pour suivre l'évolution de l'IDM et de sa prise en charge, nous allons nous intéresser au registre FAST-EMI (French registry on acute ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction) réalisé au cours du dernier trimestre 2005. Il regroupe des patients hospitalisés dans les 48 h suivant le début d'un IDM, avec ou sans sus-décalage ST, avec un suivi de 1 mois (2 mois pour les diabétiques). Deux cent vingt trois cliniques et hôpitaux y ont participé, soit 60 % des institutions françaises prenant en charge les patients au stade aigu de l'infarctus. Plus de 3000 patients ont été inclus, et les promoteurs de l'étude estiment qu'ils correspondent à 70-75 % des patients ayant fait un infarctus durant cette période car la plupart des gros centre de prise en charge ont participé. Les résultats que nous communiquons correspondent à la phase hospitalière et au suivi à 6 mois de l'étude (86), l'analyse du suivi des patients à 1 an est en cours à l'heure où nous écrivons ces lignes.

L'analyse des données montre un progrès significatif dans la réalisation des traitements de reperfusion des IDM ST+ par rapport aux enquêtes USIC 1995 et USIC 2000

(comparables car populations de caractéristiques identiques) : en 1995, 50 % de patients étaient reperfusés, 51% en 2000 et 60% en 2005. Ceci reste cependant insuffisant : 40% des patients n'ont pas accès à la reperfusion, principalement en raison du délai entre les premiers symptômes et l'appel au médecin.

Concernant les techniques, on observe une montée importante de l'angioplastie primaire réalisée chez 13 % des patients en 95, 23 % en 2000, et 32 % en 2005 pour devenir le principal mode de revascularisation. La thrombolyse est restée à un niveau stable : 28 % des patients en 2000 et 27% en 2005. La grande différence vient de l'augmentation de la thrombolyse pré-hospitalière : elle représente deux tiers des thrombolyse en 2005 au lieu d'un tiers en 2000. La thrombolyse pré-hospitalière est par ailleurs dans cette étude la technique de revascularisation associée au meilleur taux de survie à 6 mois avec 95%, en comparaison à la thrombolyse hospitalière et à l'angioplastie qui ont des taux à 93%.

Pour les patients thrombolysés uniquement, la mortalité hospitalière passe de 5,8 % en 95 à 5,5% en 2000 et 2,6 % en 2005. Ce gain de survie est associé à l'augmentation de la thrombolyse pré-hospitalière entre 2000 et 2005, alors qu'il n'y avait pratiquement pas de changement entre 1995 et 2000.

Dans le groupe angioplastie primaire, la mortalité hospitalière diminue très régulièrement : de 6,9 % en 1995 à 4,9 % en 2000 puis à 2,9 % en 2005.

La mortalité globale hospitalière constatée (au cinquième jour d'hospitalisation) est en importante diminution : 8,3 % en 1995, 6,6 % en 2000 et 4,3 % en 2005, ainsi que de la mortalité globale à 6 mois : 17% en 1995, 13% en 2000 et 11% en 2005. Ceci correspond à une diminution de 35% de la mortalité à moyen terme depuis 10 ans.

Les délais de prise en charge se sont améliorés : plus de 40% des patients sont hospitalisés dans les 3 heures après le début des symptômes en 2005, contre moins d'un tiers en 2000.

Concernant les circuits de prise en charge pré-hospitaliers, seulement un tiers des patients ayant une douleur thoracique et faisant un IDM appelle en premier le SAMU, et un autre tiers appelle le médecin généraliste. Or l'étude montre que du numéro composé initialement dépend le pourcentage de patients reperfusés et le type de reperfusion. Ainsi, après un appel du SAMU, 75 % des patients ont un traitement de reperfusion, 47% quand le médecin traitant est le premier appelé, 41% quand c'est le cardiologue.

Le lieu d'arrivée à l'hôpital des patients avec un IDM ST+ est dans 53% des cas le service d'accueil des urgences. Or le délai intra-hospitalier moyen jusqu'à la coronarographie est de 35 minutes si le patient passe par le SAMU, contre 2 heures s'il passe par les urgences.

De plus, le nombre de patients bénéficiant d'une reperfusion baisse de 15% entre les patients pris en charge directement par le SAMU et ceux passant par les urgences.

Ces résultats peuvent être rapprochés de ceux des registres ESTIM, qui tiraient déjà la sonnette d'alarme en 2003 après des évaluations menées sur une période de 2 ans. Dans le registre ESTIM Midi-Pyrénées, la première prise en charge des SCA était effectuée par le SMUR dans 52 % des cas, par les services des urgences dans 29 % des cas et les services de cardiologie dans 19 % des cas (87). Les interventions du SMUR étaient consécutives à l'appel direct du patient au 15 dans 45 % des cas, et à l'appel d'un médecin libéral (généraliste, cardiologue, etc.) dans 38 % des cas. Dans le registre ESTIM Limousin, les « oubliés de la reperfusion (88) » dans les 24 premières heures représentaient plus d'un tiers (35 %) des SCA ST+, en raison de l'hétérogénéité des prises en charge. La nécessité de renforcer la filière de soins apparaissait déjà.

De nombreux progrès restent donc à faire au niveau des filières de prise en charge et de l'information du public, qui permettraient d'espérer de grands bénéfices en terme de pronostic des patients, indépendamment de l'évolution des techniques de soins.

4.1.5 La conférence de consensus de 2006 sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie

La prise en charge de l'IDM en France souffre de la disparité des pratiques et des moyens. Elle s'appuie sur de nombreuses recommandations internationales, en l'absence d'un consensus national bien défini.

Dans ce contexte, une conférence de consensus réunissant les SAMU de France, la Société Francophone de Médecine d'Urgence et la Société Française de Cardiologie s'est tenue le 23 novembre 2006 avec le partenariat de la Haute Autorité de Santé (89). La fédération SOS Médecins France faisait partie de ses copromoteurs. Ses recommandations visent à homogénéiser la prise en charge des SCA ST+ avant l'arrivée en cardiologie interventionnelle, afin d'améliorer les délais et le taux de reperfusion précoce.

Sur le plan de l'organisation générale des soins d'urgence, les préoccupations sont les mêmes que pour la PDS : optimiser les ressources médicales et renforcer les réseaux de

soins. Les champs de la PDS et de l'AMU se chevauchent, et toute initiative ou expérimentation bénéfique pour l'une est fréquemment transposable à l'autre.

Dans la suite de notre travail, nous citerons les recommandations de la conférence de consensus pour présenter la prise en charge médicale du SCA, mais nous ne les discuterons pas, notre point étant centré sur la réception de l'appel du patient et les réseaux de prise en charge. Nous indiquerons entre parenthèse les grades des recommandations, qui sont ainsi définis :

- Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve (par exemple essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur, méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées) ;
- Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte) ;
- Une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve (par exemple études cas-témoins, séries de ca);
- En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel.

4.2 L'infarctus du myocarde et la conférence de consensus du 23 novembre 2006

4.2.1 Terminologie employée

Le Syndrome Coronarien Aigu (SCA) regroupe sous un même nom les atteintes ischémiques coronariennes que la précédente dénomination appelait :

- infarctus du myocarde constitué,
- infarctus sous endocardique, dit « sans onde Q »
- angor instable, ou « syndrome de menace »

Deux types de SCA sont distingués (90) :

- les SCA avec sus-décalage persistant du segment ST ou bloc de branche gauche (SCA ST+): ces anomalies électrocardiographiques traduisent une occlusion complète d'une coronaire nécessitant une recanalisation complète et rapide
- les SCA sans décalage persistant du segment ST (SCA ST-): ils regroupent l'angor instable et l'IDM sans onde Q

4.2.2 Etiologies, physiopathologie et intérêts d'une reperfusion précoce

Le déclenchement de l'IDM est le plus souvent lié à la rupture d'une plaque d'athérome coronaire : la barrière endothéliale normalement thromborésistante expose les constituants thrombogènes sous-endothéliaux aux plaquettes circulantes. S'en suivent des mécanismes d'adhésion puis d'agrégation plaquettaire aboutissant à la formation d'un thrombus plaquettaire intrac coronaire occlusif (91).

L'athérome coronaire est la cause la plus fréquente de l'IDM. Sa formation est sous la dépendance des facteurs de risque cardio-vasculaire : le tabagisme, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'hypertension artérielle, l'hérédité cardiovasculaire familiale, le stress, la sédentarité, la surcharge pondérale. La prévention de l'IDM passe par la lutte contre ces facteurs de risques, avec des objectifs qui sont d'ailleurs chiffrés par la loi sur la politique de santé publique de 2004 (84). Il existe aussi des facteurs non modifiables comme l'âge ou le sexe. Dans de rares cas, la thrombose coronaire survient sur une artère saine non

athéromateuse. Les étiologies sont multiples : spasme, embolie coronaire, cause congénitale, atteinte inflammatoire ou traumatique des coronaires, polyglobulie, thrombocytémie, dyslipidémie familiale, lésions post-radiothérapie.

Les déterminants de la taille de l'infarctus sont :

- L'étendue du territoire myocardique vascularisé exclusivement par l'artère concernée. Plus ce territoire est grand, plus le volume nécrosé en cas d'ischémie est important.
- La durée de l'occlusion artérielle. Une étude réalisée chez l'animal met en évidence que la taille de l'IDM (92) y est corrélée. Pour ce modèle, deux valeurs seuil ressortent : en dessous de 20 minutes d'ischémie, il n'y a pas de nécrose des cellules myocardiques, et au-delà de 140 minutes, la totalité des cellules des zones à risque est détruite.

Ceci conforte l'importance de la précocité de la reperfusion en terme de sauvetage myocardique.

L'onde de progression de la nécrose, ou « wavefront phenomenon »

L'extension de l'infarctus n'est pas homogène au sein du myocarde et progresse de l'endocarde vers l'épicarde (92) pour plusieurs raisons :

- Les cellules musculaires constituant le sous-endocarde diffèrent de celles du sous-épicarde et sont plus sensibles à l'ischémie (92).
- Le réseau de suppléance artérielle est moins développé dans le sous-endocarde tandis que le travail musculaire et donc l'extraction d'oxygène y sont plus élevés (93).
- Les contraintes mécaniques sont nettement supérieures au sein du sous-endocarde.

Il en résulte la précocité de l'atteinte des cardiocytes sous-endocardiques, qui subissent une nécrose dans les 10 à 15 minutes suivant la constitution du thrombus. La nécrose s'étend ensuite à travers la paroi myocardique jusqu'à l'épicarde.

Cette onde de progression est d'autant plus préjudiciable que l'endocarde, touché en premier, est la région prépondérante de la fonction contractile : le tiers interne de l'épaisseur totale du myocarde participe en effet à plus de 50% de la fonction contractile totale. L'extension de l'infarctus au sous-épicarde aggravera la dysfonction ventriculaire, mais dans une proportion moindre.

La sidération et l'hibernation myocardiques.

Ce sont deux états d'hypocontractilité transitoire et potentiellement réversible secondaire à une ischémie (94). Dans leurs formes pures, le myocarde sidéré et le myocarde hibernant sont dépourvus de toute nécrose cellulaire. In vivo, ces situations sont cependant rares, il s'agit généralement de formes mixtes où une certaine proportion de nécrose cellulaire est retrouvée.

Dans la sidération, l'ischémie responsable est sévère mais de durée suffisamment brève pour ne pas entraîner de nécrose. La dysfonction ventriculaire gauche persiste après revascularisation d'autant plus longtemps que l'ischémie a été sévère, le retour à une fonction contractile normale est progressif, sur plusieurs heures voire plusieurs jours. Si la sidération laisse présager d'une amélioration fonctionnelle, elle n'en reste pas moins délétère à la phase aiguë de l'infarctus en participant aux dysfonctions ventriculaires.

Le phénomène d'hibernation se retrouve dans les coronaropathies chroniques où l'ischémie est chronique et modérée. Le myocarde s'adapte aux insuffisances d'apports énergétiques en réduisant sa consommation : il retrouve un nouvel équilibre où sa fonction contractile est altérée. En cas de reperfusion des territoires hibernants, l'adaptation se fait en sens inverse avec une lente récupération de la fonction contractile.

Le pré-conditionnement

C'est un concept expérimental né en 1985 dans le laboratoire nord-américain dirigé par R.B. Jennings. Les chercheurs ont réalisé chez l'animal des occlusions coronariennes brèves et répétées (trop courtes pour provoquer une nécrose myocytaire), puis une occlusion prolongée (de durée suffisante pour provoquer un infarctus myocardique). Pour une durée d'ischémie identique, ils ont constaté une réduction très importante de la taille finale de l'infarctus (de 50 % à 75 %) par rapport au myocarde non préparé. Les phases d'ischémie brève induisent une protection endogène qui s'exprime lors de l'ischémie prolongée consécutive. Tout se passe comme si le myocarde, « prévenu » par les premières agressions, mettait en jeu des mécanismes de défense le rendant capable de mieux tolérer une nouvelle agression à venir : il s'agit là d'un phénomène d'adaptation au stress (95).

Si l'ischémie est prolongée, le patient au myocarde pré-conditionné n'évitera pas la nécrose, mais elle surviendra à volume égal plus tardivement que pour un myocarde standard.

Conclusion : les bénéfices d'une reperfusion précoce

La reperfusion stoppe la progression de l'ischémie : elle limite l'extension de l'infarctus et sauve les myocytes en état de sidération. Si elle intervient avant que l'infarctus ne soit transmural, elle permet de préserver une partie d'autant plus importante des capacités contractiles qu'elle est précoce. Cette précocité est synonyme de gain de mortalité et de morbidité.

4.2.3 Diagnostic de l'IDM à la phase aiguë

Il est plus ou moins aisé, de nombreuses formes atypiques peuvent entraîner une errance diagnostique, responsable de choix thérapeutiques non adaptés. Les difficultés diagnostiques sont plus fréquentes chez les femmes, les personnes âgées et les diabétiques, ces personnes sont donc en proportion les plus « mal soignées ».

Il repose classiquement sur des signes cliniques et électrocardiographiques, parfois complétés de paramètres biologiques.

4.2.3.1 Terrain

La recherche des antécédents et des facteurs de risque cardio-vasculaire oriente le diagnostic :

- antécédents personnels d'angor ou d'infarctus,
- sexe masculin,
- âge,
- antécédents familiaux de maladie coronarienne,
- hypertension artérielle,
- tabagisme,
- diabète,
- hypercholestérolémie,
- obésité,
- sédentarité, stress

L'IDM concerne aussi les femmes jeunes. En présence d'un ou plusieurs facteurs de risque, la protection naturelle dont elles bénéficient jusqu'à la ménopause diminue(96). Les fumeuses sous contraception orale ont dix fois plus de risque de décéder d'un infarctus que les non-fumeuses.

Les sujets jeunes constituent avec les femmes, les diabétiques, les personnes avec antécédent d'insuffisance cardiaque et les personnes âgées de plus de 75 ans, des sous-groupes de population qui ne bénéficient qu'insuffisamment d'une prise en charge précoce, en raison de fréquentes difficultés diagnostiques. Le tabagisme joue un rôle prépondérant, il est présent chez 80% des victimes de moins de 45 ans.

4.2.3.2 Signes cliniques

La douleur thoracique domine le tableau. Elle est typiquement de début brutal et spontané, durant la nuit ou au réveil au « petit matin ».

Elle est caractérisée par (91) :

- son siège: médian, rétrosternal ou précordial, irradiant largement vers les épaules, les bras, les poignets, les mâchoires et l'épigastre;
- son type: constrictif, sensation de « thorax pris dans un étau »
- son intensité: importante, angoissante, souvent beaucoup plus intense que la douleur angineuse simple;
- sa durée: prolongée, pouvant atteindre plusieurs heures;
- sa résistance à la trinitrine ;
- certains signes cliniques sont fréquemment associés à la douleur : sueurs profuses, dyspnée, troubles digestifs à type de nausées, éructations et vomissements.

L'examen clinique peut mettre en évidence :

- rien : dans la forme non compliquée, l'examen clinique est fréquemment normal en dehors d'une tachycardie régulière (sauf si le patient est sous bêtabloquant) et d'un fréquent assourdissement des bruits du cœur;
- une chute de la pression artérielle essentiellement systolique, pouvant être précédée par une poussée hypertensive
- des signes de défaillance ventriculaire gauche : râles crépitants, galop gauche;

- des signes de choc hémodynamique: marbrures cutanées, hypotension artérielle (PAS < 80 mm Hg), froideur des extrémités, agitation;
- des complications mécaniques comme un souffle d'insuffisance mitrale ou de communication interventriculaire;
- des signes cardiaques droits en cas de suspicion d'extension d'un IDM inférieur au ventricule droit.
- des contre-indications au traitement médical en particulier les thrombolytiques.
- Des signes cliniques en faveur d'un diagnostic différent (péricardite, dissection avec ou sans IDM associé, embolie pulmonaire, pathologie pleurale, pathologie extra thoracique)

4.2.3.3 Signes électrocardiographiques

L'électrocardiogramme 18 dériviations est un examen indispensable pour confirmer le diagnostic d'IDM évolutif. On décrit classiquement 3 types de signes ECG signant une souffrance ischémique du myocarde : ischémie, lésion, nécrose. Ces signes électriques directs sont situés face à la nécrose et ont une valeur localisatrice, il leur correspond des signes électriques indirects dits " en miroir " spatialement opposés à la nécrose(91).

L'évolution des signes électriques dans le territoire d'une nécrose suit une séquence dépendant de la durée de l'ischémie (délais donnés à titre indicatif, ils peuvent être très variables) :

- une grande onde T ample, pointue, positive et symétrique d'ischémie sous-endocardique. C'est le signe le plus précoce (apparaît en quelques minutes) mais il est fugace (moins d'une heure) et est donc rarement objectivé.
- un sus-décalage du segment ST englobant l'onde T de type lésion sous-épicaire : c'est la classique onde de Pardee qui apparaît rapidement et dure plusieurs heures.
- une onde Q de nécrose transmurale large (> 0.04 sec) et profonde (> 1/3 de l'onde R). Elle apparaît entre la 4^e et la 6^e heure et persiste classiquement comme une cicatrice de la nécrose.

- le segment ST revient à la ligne isoélectrique, puis apparaît une onde T négative, symétrique et pointue d'ischémie sous-épocardique, à partir de la 24^e heure Elle peut disparaître ou persister au long cours.

La présence d'un bloc de branche gauche (BBG) d'apparition récente associée à une douleur thoracique typique et prolongée fait suspecter un IDM et pose l'indication du traitement de reperfusion (d'où l'importance de disposer d'un ECG de référence).

Un BBG d'ancienneté inconnue rend le diagnostic d'IDM aigu difficile en raison des anomalies du segment ST et de l'onde T qui l'accompagnent. Une ischémie aiguë doit être suspectée, elle est d'autant plus probable en cas de perte de la discordance normale entre le complexe QRS et le segment ST. Pour identifier un IDM évolutif en présence d'un BBG complet, 3 critères électro-cardiographiques ont été définis par Sgarbossa *et al* à partir de l'étude Gusto-I (97). Ils établissent un score de 0 à 5 qui permet le diagnostic d'IDM évolutif avec une spécificité de 96% et une sensibilité de 36% dans l'étude (*1^{er} critère*: sus-décalage du segment ST de 0,1 mV ou plus dans la même direction –concordance- que la déflexion principale du QRS ; *2^e* : sous-décalage de ST de 0,1 mV ou plus dans les dérivations V1, V2 ou V3 ; *3^e* : sus-décalage de ST de 0,5 mV ou plus dans la direction opposée -discordance- à la déflexion principale du QRS).

Selon Shlipak *et al.* qui ont testé la valeur diagnostique de l'algorithme de Sgarbossa (98), le test n'est positif que chez 10 % des patients à l'admission. En revanche, sa spécificité voisine de 100 % permet de traiter rapidement ces 10% d'IDM évolutifs reconnus. Son calcul est donc recommandé par la conférence de consensus sur l'infarctus du myocarde (*recommandation de grade C*).

La constatation d'un sous-décalage isolé du segment ST dans les dérivations précordiales V1, V2 ou V3 doit faire rechercher un IDM postérieur isolé. Pour cette raison, l'enregistrement systématique des dérivations postérieures V7, V8 et V9 pour dépister un sus-décalage de ST d'au moins 0,1 mV est recommandé (*grade B*).

4.2.3.4 Pas d'examens biologiques pour diagnostiquer un SCA ST+

Le dosage des troponines I et T n'est pas nécessaire au diagnostic du SCA ST+ et à la décision de reperfusion, il ne ferait que la retarder.

4.2.3.5 Complications à la phase aiguë

Les complications sont toujours possibles même dans les formes initialement peu sévères. Elles conditionnent le pronostic de l'IDM à court terme notamment avec le risque de mort subite sur trouble du rythme, et leur diagnostic doit être précoce. C'est pourquoi tout IDM doit être hospitalisé en unités de soins intensifs cardiologiques pour une surveillance clinique, enzymatique et électrocardiographique.

Elles sont très diverses, citons (91) :

- les troubles du rythme ventriculaire : extrasystoles ventriculaires, tachycardie ventriculaire, fibrillation ventriculaire, rythme idioventriculaire accéléré ;
- les troubles du rythme supraventriculaire : fibrillation auriculaire, bradycardie sinusale, extrasystoles auriculaires, tachysystolie, flutter auriculaire ;
- troubles de conduction : bloc sino-auriculaire, bloc auriculo-ventriculaire haut situé (IDM inférieur) et bas situé (IDM antérieur ; de mauvais pronostic), blocs de branche ;
- complications hémodynamiques : insuffisance cardiaque, choc cardiogénique, syndrome vagal ;
- complications mécaniques : communication interventriculaire par rupture septale, insuffisance mitrale par rupture partielle ou totale d'un pilier, collapsus brutal par rupture de la paroi libre du ventricule gauche ;
- menace d'extension ou de récurrence précoce de la nécrose ;

4.2.3.6 Diagnostics différentiels

La douleur peut provenir aussi :

- d'une autre étiologie cardiovasculaire correspondant souvent aussi à une urgence vitale : rupture d'anévrisme, dissection aortique, embolie pulmonaire, tamponnade cardiaque, péricardite, trouble du rythme provoquant une symptomatologie fonctionnelle ;
- du système respiratoire : pneumopathie infectieuse, pathologie pleurale ;
- de la paroi thoracique : problème articulaire, névralgie intercostale
- d'une pathologie digestive à manifestation thoracique : reflux gastro-oesophagien, spasme œsophagien, ulcère, pancréatite ;
- du système nerveux : désordres psychologiques, crise d'angoisse ;
- sine materia : aucune cause retrouvée malgré divers examens complémentaires

4.2.4 Stratégies de prise en charge

Le traitement actuel de l'IDM aigu repose sur une reperfusion précoce et efficace de l'artère coronaire responsable de la nécrose myocardique. La relation entre la précocité de la reperfusion et le bénéfice pronostique a été établie, et cela quel que soit le moyen thérapeutique (thrombolyse ou angioplastie).

4.2.4.1 Diagnostic positif

La première étape de la stratégie de reperfusion coronaire est la reconnaissance du SCA sur des critères cliniques, électrocardiographiques et éventuellement biologiques.

4.2.4.1.1 critères cliniques de l'IDM aigu

Les différentes expressions cliniques de l'IDM ainsi que ses facteurs de risque ont été décrits plus haut.

Nous préciserons un point clinique indispensable à la prise de la décision thérapeutique : l'ancienneté de la douleur. Pour les SCA ST+, la reperfusion doit être entreprise dans les 12 heures suivant l'apparition des symptômes (*recommandation de grade A*). Passé ce délai, la littérature ne met pas en évidence de bénéfice à ce traitement.

4.2.4.1.2 Critères décisionnels électrocardiographiques en faveur de l'IDM aigu

Les signes électrocardiographiques de l'IDM ont fait l'objet d'une présentation détaillée plus haut, nous présenterons ici ceux retenus dans l'indication de reperfusion.

L'électrocardiogramme doit être réalisé le plus rapidement possible, au mieux dans les 10 minutes après le premier contact médical (*recommandation de grade C*).

Si une hypothèse ischémique ne peut être éliminée chez un patient restant symptomatique, l'ECG est renouvelé toutes les 10 minutes, et le tracé électrocardioscopique poursuivi jusqu'à l'orientation finale (*grade C*).

Chez un patient suspect de SCA, l'indication de reperfusion précoce est posée devant la constatation :

- d'un sus-décalage persistant du segment ST dans au moins deux dérivations contiguës d'un territoire coronaire, et ayant une amplitude d'au moins 0,1 mV dans les dérivation frontales (D1, D2, D3, aVL et aVF), précordiales gauches (V4 à V6) ou postérieures (V7, V8, V9) et d'au moins 0,2 mV dans les dérivations précordiales droites (V1 à V3) (*recommandation de grade A*).
- d'un bloc de branche gauche (BBG) récent ou présumé récent (*grade A*).

4.2.4.1.3 Critères décisionnels biologiques en faveur de l'IDM aigu

Le dosage des troponines (I et T) ne doit pas intervenir dans la décision de reperfusion dans le SCA ST+.

Ce dosage est proposé dans la stratification du risque des patients présentant un SCA sans sus-décalage du segment ST. Il devient ici un critère décisionnel thérapeutique, son élévation identifiant une situation à haut risque justifiant une stratégie agressive de reperfusion coronaire mécanique (*recommandation de grade A*).

En cas de valeur négative des troponines, un second dosage est réalisé dans un délai de 4 à 6 heures (respect de la cinétique de la libération) pour vérifier l'absence de nécrose myocardique.

4.2.4.2 Stratégies de reperfusion du SCA ST+ : les recommandations de la conférence de consensus du 23 novembre 2006

Deux objectifs principaux sont poursuivis :

- réduire le délai entre le début de la symptomatologie et la reperfusion,
- augmenter le pourcentage de patients accédant à la désobstruction pour diminuer la morbi-mortalité de l'IDM

4.2.4.2.1 Les délais à prendre en compte

La réduction du délai entre le début de la symptomatologie et la reperfusion est au centre des préoccupations. Cependant, un maximum de patients doit pouvoir bénéficier d'une reperfusion, ainsi elle est indiquée dans les 12 premières heures pour tout patient présentant un SCA ST+ (*grade A*).

Les délais proposés par la conférence de consensus tiennent compte des spécificités de l'organisation des soins d'urgence en France, avec notamment l'existence de prises en charges médicales pré-hospitalières. En ce sens, ces délais peuvent différer de ceux rencontrés dans les différentes études internationales où le premier ECG est fait en milieu hospitalier. Ainsi, le délai anglo-américain « *door to balloon* » entre l'arrivée à l'établissement de santé et l'expansion du ballonnet dans une coronaire est transposé en délai « *premier contact médical - expansion du ballonnet* » dans notre système de soins. Le premier contact médical est défini par la conférence comme l'arrivée auprès du patient du médecin permettant la réalisation d'un ECG et donc la confirmation du diagnostic de SCA ST+. Point important, il ne correspond pas au contact téléphonique du patient avec un médecin ou un centre de réception d'appels. Les recommandations de l'European Society of Cardiology et de l'American Heart Association proposent un seuil de 90 minutes, qui a été conservé par le jury de la conférence.

Le champ de recommandations de la conférence est en amont des services de cardiologie, aussi le délai *premier contact médical-expansion du ballonnet* a-t-il été scindé en deux:

- le délai porte à porte cardio : celui nous intéressant ici, du premier contact médical à l'arrivée en cardiologie. La conférence le fixe à 45 minutes, par différence entre le 2e délai (lui déjà estimé à 45 minutes) et le délai total (90 minutes).
- le délai porte cardio-ballon : de l'arrivée dans le service de cardiologie interventionnelle à l'expansion du ballonnet. Plusieurs études et registres français l'estiment inférieur ou égal à 45 minutes, valeur retenue par la conférence. Sa réduction est elle aussi un objectif reconnu.

Nous nous interrogeons sur l'utilisation potentielle du délai *porte à porte cardio* brut comme indicateur de performance de la filière de prise en charge du SCA ST+. Il nous paraît lié en partie à des facteurs environnementaux indépendants de la qualité de la prise en charge médicale. La filière spécifique étant centrée sur le 15, le premier contact médical avec ECG se situe idéalement au domicile du patient et pas à l'hôpital. Une composante importante du délai *porte à porte cardio* nous paraît être le temps de transport du patient vers le service de cardiologie. Il s'agit ici d'un trajet extra hospitalier sous l'influence de l'éloignement géographique et des conditions de circulation, même pour un véhicule prioritaire. D'autres situations peuvent aussi allonger ce délai sans qu'elles ne reflètent de défaillance du dispositif. Par exemple, dans le cas d'un appel régulé par le 15 et n'ayant pas entraîné l'intervention d'un SMUR (accompagné d'une ambulance) mais celle d'un médecin équipé d'un ECG, le délai se trouve rallongé du temps d'arrivée secondaire de l'ambulance au domicile. Le premier contact médical avec ECG est-il implicitement le contact avec le SMUR? Les registres qui permettront son évaluation tiendront peut-être compte de ces situations particulières au moment de l'interprétation des données.

4.2.4.2.2 Le choix de la stratégie de reperfusion selon la conférence de consensus

Le choix d'une stratégie par rapport à l'autre repose sur l'évaluation respective du rapport bénéfices/risques dans une situation clinique donnée. Nous n'aborderons pas le choix du fibrinolytique ni des traitements adjuvants.

L'angioplastie primaire est la technique la plus sûre et la plus efficace, puisqu'elle permet de rouvrir l'artère occluse dans près de 90 % des cas contre seulement 60 % pour la fibrinolyse. Son risque hémorragique est inférieur à celui de la fibrinolyse, notamment en ce qui concerne les hémorragies graves, principalement cérébrales.

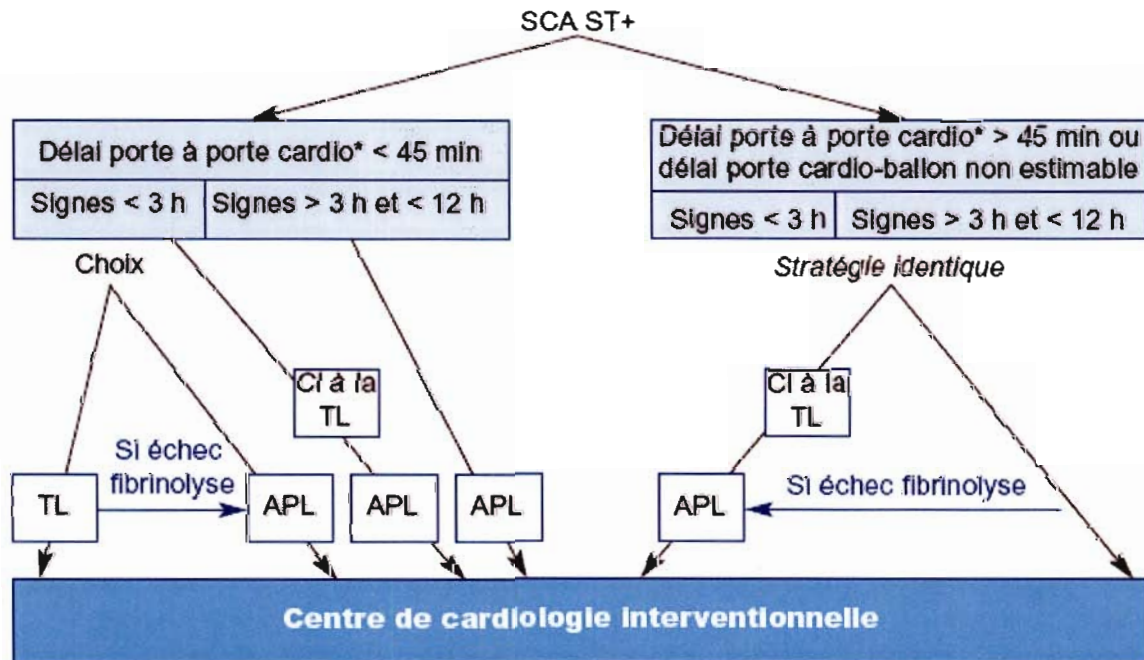
La fibrinolyse a l'avantage de sa simplicité de mise en œuvre. Elle est réalisable en tous lieux du territoire, à l'intérieur comme à l'extérieur d'un établissement de soins, sous réserve d'un environnement de réanimation (ce qui sous-entend sa réalisation par un SMUR). Ces caractéristiques en font un élément clef de l'égalité des chances face à l'IDM aigu : tous les patients peuvent avoir accès à une technique de reperfusion (ils ne sont cependant pas en situation d'égalité en terme de choix). Il est donc impératif que l'ensemble des structures d'urgences (SMUR et accueil des urgences) dispose des moyens de pratiquer une fibrinolyse (*recommandation unanime du jury*). L'efficacité de la fibrinolyse est optimale au cours des 3 premières heures qui suivent le début des symptômes. Le risque hémorragique intracérébral est cependant toujours présent, même dans le strict respect des contre indications. Il est compris entre 0,5 et 1 % et augmente avec l'âge.

Sur le plan des délais de mise en œuvre, le choix de la stratégie repose sur l'argumentaire suivant :

- Dans les 3 premières heures après le début des symptômes, il est montré (*grade B*) que l'angioplastie primaire et la fibrinolyse font jeu égal en termes de réduction de mortalité à 30 jours, à condition que cette stratégie puisse être mise en œuvre avec un délai *premier contact médical - expansion du ballonnet* inférieur à 90 minutes. L'angioplastie primaire expose cependant à un moindre risque d'hémorragie cérébrale que la fibrinolyse.

- Au-delà de la 3e heure, c'est l'angioplastie primaire qu'il faut privilégier car son bénéfice devient plus important que celui de la fibrinolyse. Il faut cependant garder à l'esprit que la rapidité de mise en œuvre d'une technique de reperfusion continue à influencer le pronostic. L'angioplastie primaire doit donc être effectuée dans le délai maximal de 90 minutes, sinon la fibrinolyse est à réaliser en l'absence de contre-indication.
- Au-delà de la 12e heure, il est admis que la reperfusion urgente ne diminue ni la mortalité ni la morbidité des SCA ST+. Cependant, certaines situations peuvent amener à considérer une reperfusion tardive : choc cardiogénique ou persistance d'une douleur thoracique. L'angioplastie est alors à privilégier.

Compte tenu de ces éléments, la conférence de consensus recommande la stratégie initiale résumée dans l'algorithme suivant (89) :



* Le délai porte à porte cardio doit s'intégrer dans le délai global de prise en charge qui ne doit pas être supérieur à 90 minutes.

TL : thrombolyse APL : angioplastie CI : contre-indication.

Figure 14 : Stratégie de reperfusion d'un SCA ST+ non compliqué avant la cardiologie

Les clés du raisonnement sont :

1 : La revascularisation doit avoir lieu dans les 90 minutes suivant le premier contact médical avec réalisation de l'ECG,

2 : Connaître les délais *porte à porte cardio* et *porte cardio-ballon* :

- le délai *porte à porte cardio* est donné au régulateur par le médecin effecteur qui estime les temps de mise en condition, de brancardage et de transport du patient en salle de coronarographie diagnostique et interventionnelle (SCDI),
- le délai *porte cardio-ballon* est estimé par le médecin régulateur en fonction de l'heure de disponibilité de l'équipe d'angioplastie. Il est également estimé grâce aux données des registres communs. S'il ne peut être estimé (incertitude quant à la disponibilité de la SCDI), il doit être considéré comme supérieur à 45 minutes.

3 : Si le délai *porte à porte cardio* est supérieur à 45 minutes, la probabilité est trop élevée d'avoir un délai global *premier contact médical-expansion du ballonnet* supérieur à 90 minutes. Ceci justifie la fibrinolyse pour tout patient dont le début des symptômes est inférieur à 12 heures, sauf contre-indication.

La stratégie est identique que les symptômes datent de moins ou plus de 3 heures.

4 : Si le délai *porte à porte cardio* est inférieur à 45 minutes et que le délai global *premier contact médical-expansion du ballonnet* est inférieure à 90 minutes (somme des délais *porte à porte cardio* et *porte cardio-ballon*), la stratégie devient fonction de l'heure du début des symptômes :

- symptômes inférieurs à 3 heures : le médecin effecteur peut proposer soit la fibrinolyse, soit l'angioplastie primaire en fonction de procédures écrites et évaluées. Ces procédures communes aux cardiologues et urgentistes doivent prendre en compte le libre choix du patient informé et certaines caractéristiques cliniques (notamment l'âge, le territoire antérieur de la nécrose, un délai de prise en charge inférieur à 1 heure, etc.) ;
- symptômes apparus depuis 3 à 12 heures : l'angioplastie primaire est privilégiée.

5 : L'évaluation de l'efficacité de la fibrinolyse sera réalisée dès son administration afin de dépister précocement une non-réponse justifiant une angioplastie de sauvetage. Il n'y a pas de critères validés pour affirmer cette non-réponse, même si l'examen clinique et l'ECG permettent d'évoquer un défaut de reperfusion.

Après fibrinolyse, compte tenu du taux de non-réponse d'environ 40 %, le patient doit être dirigé vers un centre disposant d'une SCDI. En effet, une seconde fibrinolyse n'est pas indiquée en cas d'échec de la première, mais une angioplastie de sauvetage est recommandée (*grade B*).

Des registres d'évaluation des stratégies de prise en charge des SCA ST+ doivent être mis en place, et constitueront une aide au choix de la stratégie de reperfusion en collectant les délais effectivement constatés. Ils seront régionaux ou infra régionaux et communs aux équipes participant à cette prise en charge. Les critères à recueillir doivent être définis en commun par les sociétés savantes nationales concernées, et le traitement des données doit pouvoir être rendu possible sur le plan national.

4.2.4.2.3 Les filières de prise en charge d'une douleur thoracique évoquant un infarctus aigu

La définition claire de ces filières est nécessaire pour lutter contre l'hétérogénéité des prises en charge, source de perte de chance pour certains patients (délais allongés, décision thérapeutique inadaptée). Elle renforce par ailleurs la coopération entre les différents acteurs, principalement médecins urgentistes et cardiologues, au mieux par la réalisation de protocoles locaux de coordination (*grade B*).

Ces filières apparaissent aussi comme une piste intéressante pour l'organisation de l'AMU en général ainsi que de la PDS qui partage les mêmes préoccupations.

4.2.4.2.3.1 Concernant la gestion des appels suspects

La filière est centrée sur le 15, dont les rôles sont ici de :

- caractériser le plus rapidement possible le risque d'être en présence d'un IDM,
- donner les premiers conseils au patient,
- déclencher l'envoi du secours le plus approprié le plus rapidement possible, en fonction des moyens à sa disposition,
- préparer l'orientation et l'accueil du patient dès le déclenchement des secours,
- coordonner l'action de toutes les équipes intervenant (pour le diagnostic, le transport, la reperfusion et l'hospitalisation) tout en veillant sur les délais.

La conférence préconise la réalisation répétée de campagnes d'éducation, non seulement à destination du grand public, mais aussi être ciblées vers les professionnels de santé. Leur but est d'orienter au plus vite l'appel évocateur d'IDM vers le centre 15.

Un pourcentage important des patients présentant des symptômes évocateurs d'un IDM s'adressant à un autre intervenant que le centre 15, le jury recommande l'utilisation de procédures compréhensibles pour tous afin de les réorienter vers le 15. Ces procédures s'appuient sur des critères de détection d'une situation à forte probabilité d'IDM qui sont ici listés à visée des personnes, *médecins ou non*, pouvant être confrontées à un appel pour douleur thoracique. Le jury retient :

- l'expression du patient : « j'ai mal dans la poitrine », « ça me serre dans la poitrine », « je m'étouffe », etc.
- les critères de la douleur (avec augmentation de la probabilité d'IDM selon le nombre de critères présents) :
 - constrictive, à type de serrement,
 - thoracique ou rétrosternale,
 - irradiant vers le haut (épaule et/ou mâchoire),
 - persistante au repos, durée supérieure à 20 minutes,
 - aggravation d'une douleur angineuse déjà connue auparavant, résistante à la prise de trinitrine,
 - accompagnée de signes neurovégétatifs: nausées, vomissements, sueurs, etc.

- pour le médecin, la recherche de facteurs de risques
 - les traitements en cours,
 - les antécédents personnels coronariens,
 - les facteurs de risque (tabagisme, HTA, diabète, hérédité cardiovasculaire) ;
 - l'âge et le sexe

Les appels transitant par le biais d'un professionnel de santé (généraliste, cardiologue ou autre) doivent au mieux déboucher sur une conférence à 3 (appelant, médecin libéral et médecin régulateur), ou être relayé vers le SAMU par ce professionnel de santé. Ce dernier doit s'assurer des coordonnées du patient et lui demander de garder sa ligne téléphonique libre pour le rappel du SAMU.

Le jury recommande la rédaction préalable de protocoles par le médecin libéral pour son secrétariat, s'appuyant sur les critères d'interrogatoire listés, pour dépister les appels suspects de SCA et les transférer au 15. La forme de ces protocoles n'est pas définie et laissée à l'initiative du médecin.

La conférence rappelle l'obligation faite aux centres d'appels des associations d'urgentistes libéraux et aux centres de régulation libéraux de PDS d'avoir passé convention avec les hôpitaux où siège le centre 15. Devant un appel suspect, ils doivent sans délai contacter le centre 15 pour l'instauration d'une conférence à trois.

Les patients hospitalisés faisant un infarctus de façon fortuite doivent aussi pouvoir être pris en charge sans délai. Le jury recommande l'utilisation de protocoles validés débouchant soit sur l'appel au 15, soit sur un centre de cardiologie interventionnelle s'il est situé sur le même site et que cette démarche est validée.

4.2.4.2.3.2 Concernant les effecteurs

La conférence de consensus porte sur la prise en charge de l'IDM en amont des services de cardiologie. Les recommandations sont à replacer dans le contexte d'une suspicion d'IDM retenue par le médecin régulateur du SAMU. Les effecteurs sont ici mobilisés pour prendre en charge un probable IDM, et pas pour un simple avis médical.

Le jury recommande que les moyens engagés pour se porter auprès du patient comportent au minimum la présence d'un médecin avec ECG (SMUR) et un vecteur de transport avec au moins défibrillateur semi-automatique et oxygène.

En cas d'indisponibilité immédiate de l'équipe SMUR (déjà en intervention, temps d'acheminement long), le médecin régulateur peut faire appel à un moyen complémentaire ou alternatif. Ce peut être :

- Un médecin (si délai d'intervention de 30 minutes maximum) : médecin correspondant SAMU, médecin d'association d'urgentistes libéraux ayant passé convention, médecin pompier, médecin libéral avec ECG si ce dernier accepte cette mission.

Un moyen de transport avec DSA et O2 au minimum est envoyé de façon simultanée. Dans l'attente du SMUR, ce médecin doit caractériser l'infarctus (clinique, ECG), mettre le patient en condition et passer un bilan au médecin régulateur.

- S'il n'y a pas de médecin disponible, une équipe munie d'un DSA qui doit rendre compte d'un bilan secouriste au médecin régulateur

Nous pouvons remarquer que la conférence propose un schéma de prise en charge destiné à pallier aux situations de pénurie médicale ou d'isolement géographique des patients. Elle s'appuie sur les « possibilités locales » mais ne propose pas de relais par les médecins libéraux locaux hormis s'ils disposent d'un ECG et acceptent la mission. Cette organisation basée sur le volontariat laisse le choix aux médecins des zones isolées de participer ou non à la prise en charge de cette grande urgence vitale, identifiée par le SAMU. Signalons que des expériences existent où des médecins généralistes exerçant dans des secteurs éloignés des SMUR et des plateaux de cardiologie interventionnelle réalisent eux-mêmes le diagnostic et la thrombolyse des IDM (99). Par ailleurs, la conférence n'impose pas le DSA aux médecins alors que les équipes de secouristes en sont équipées.

4.3 La prise en charge de l'appel pour douleur thoracique par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle et Médi'Call Center

4.3.1 Les grands principes

L'esprit de l'exercice professionnel de MCC et de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, depuis leurs créations respectivement en 1998 et 1999, se retrouve dans leur politique de prise en des appels pour douleur thoracique. Dans les domaines de la continuité des soins et de la PDS, ils ont la vocation de couvrir toutes les situations d'urgence ne nécessitant pas l'intervention d'un SMUR. Cette notion complémentarité des missions est une des bases des choix organisationnels. L'interconnexion avec les centres 15 existe dès l'origine, bien avant qu'elle ne soit rendue obligatoire par le décret du 15 septembre 2003 (21). Elle permet à la fois le transfert des appels vers le SAMU en cas de critères de gravité prédéfinis afin que le patient puisse si besoin bénéficier d'un SMUR, et la délégation d'appels du SAMU à SOS Médecins si une intervention médicale «plus simple» est indiquée. La relation ainsi établie entre les deux structures est saine et équilibrée.

La douleur thoracique est un excellent exemple de situation pour laquelle la visite à domicile constitue la réponse adéquate. Cette tradition française est actuellement remise en question, elle offre pourtant de nombreux avantages et peut dans certains cas être la solution de choix. L'exemple choisi nous permet d'illustrer certains arguments en sa faveur :

- si l'urgence vitale immédiate peut généralement être écartée par la régulation médicale, la douleur thoracique reste trompeuse et englobe des pathologies pouvant nécessiter une prise en charge rapide. La visite d'un médecin y apporte une réponse tout en limitant les délais;
- il peut être délétère de demander au patient de se rendre de lui-même sur un lieu de consultation, dans le cas d'une pathologie pouvant s'aggraver notamment à l'effort, ou entraîner des risques de chute ou d'altération de la conduite automobile ;

- le coût de la visite est inférieur à celui d'une consultation hospitalière assortie d'un transport aller-retour, et l'intervention d'un médecin SOS (pouvant réaliser entre autre un ECG, une nébulisation ou administrer un antalgique fort) est moins coûteuse qu'une sortie SMUR ;
- le traumatisme du transport vers un hôpital est évité pour les personnes fragiles et âgées, et leur consentement au projet thérapeutique est plus aisé à obtenir ;
- la tendance à l'hospitalisation est moindre lors du soin à domicile car les conditions de vie et d'entourage du patient peuvent être évaluées et si besoin adaptées,

Le mode de fonctionnement choisi est un gage de sécurité pour le patient. L'appel pour douleur thoracique est d'abord analysé par la « protocolisation », les appels reconnus comme suspects sont transférés au centre 15. Les appels qui ne sont pas classés suspects mais paraissant atypiques font l'objet soit de l'avis d'un médecin SOS, soit d'un transfert au 15. Les autres appels sont quant à eux traités en priorité, par détournement d'un médecin ou attribution dès disponibilité. La visite intervient donc très rapidement.

4.3.2 Le déroulement des évènements

4.3.2.1 L'origine de l'appel pour douleur thoracique

L'appel peut provenir globalement :

- Du patient lui-même ou de son entourage au sens large (famille, voisin, éducateur, témoin, etc.). Avec le développement de campagnes d'éducation du public, l'hypothèse peut être avancée que les patients qui reconnaîtront des symptômes évocateurs d'IDM ou qui craindront simplement cette pathologie se tourneront préférentiellement vers le 15
- D'un médecin libéral, soit par son propre appel, soit en demandant au patient d'appeler SOS Médecins. Il est licite de penser que les patients qui présentent une douleur thoracique suspecte d'IDM sont plutôt adressés au SAMU.
- Du centre 15 : les appels n'aboutissant pas à l'envoi d'un SMUR sont fréquemment délégués à SOS Médecins Meurthe-et-moselle, via MCC. Comme

tous les « appels SAMU », ils sont attribués aux médecins en priorité, si possible même en détournant un médecin de sa destination initiale. Ils font ensuite l'objet d'un compte-rendu téléphonique du médecin SOS au médecin régulateur, et leur fiche informatique est accessible au SAMU par un accès sécurisé spécifique sur le site Internet de MCC.

4.3.2.2 La protocolisation et la régulation de l'appel par MCC

Nous faisons ici référence aux étapes du traitement de l'appel et aux différents postes de standardistes selon la terminologie propre à MCC, qui ont été présentés en détail au 3^e chapitre de ce travail.

L'appel en attente est décroché par une permanencière « prise d'appel » qui travaille tous secteurs confondus. Elle suit les questions prédéfinies apparaissant sur des menus déroulants, et recueille l'identification du patient et ses coordonnées détaillées. Elle interroge ensuite l'appelant sur ses motifs d'appel principal et secondaire. Dès que la notion de douleur thoracique apparaît, le degré de priorité maximal est automatiquement attribué à l'appel et celui-ci est transmis à la standardiste « régulatrice » du secteur concerné.

La permanencière « régulatrice » est une standardiste ayant une expérience éprouvée de l'accueil téléphonique et de l'utilisation des protocoles de MCC. Elle poursuit le processus informatisé de triage qui a débuté avec la saisie des motifs d'appel et qui est appelé ici « protocolisation ». Elle pose à l'appelant les questions attachées au motif « douleur thoracique » qui recherchent les classiques critères de l'IDM, et qui se révèlent être identiques à ceux retenus par la conférence de consensus du 23 novembre 2006 (89). Au terme de la protocolisation, la consigne est donnée de transférer l'appel au centre 15 s'il est reconnu comme suspect d'IDM. La régulatrice garde le patient en attente sans qu'il ne raccroche, et contacte le SAMU du secteur par la ligne téléphonique directe qui lui est réservée. Elle transmet alors les informations dont elle dispose et met le patient en relation directe avec le 15. Les appels non suspects au terme de la protocolisation restent prioritaires en raison du motif « douleur thoracique ». La régulatrice peut tout de même décider de les transférer au centre 15 ou demander l'avis d'un médecin SOS du secteur s'ils lui paraissent atypiques. Précisons qu'il s'agit là de la seule initiative personnelle dont elle dispose, qui est

au bénéfice du doute pour la sécurité du patient. L'appel prioritaire est attribué d'emblée si un médecin peut être détourné de sa destination ou dès qu'un médecin devient disponible.

C'est la gestion du flux des fiches d'appel issues de la protocolisation et leur attribution aux médecins qui est appelée « régulation » par MCC. Elle est réalisée uniquement par les standardistes « régulatrices », qui se basent sur les critères de priorité donnés aux appels par la protocolisation et sur la localisation et la disponibilité des médecins pour optimiser leurs déplacements.

4.3.2.3 L'intervention du médecin SOS

La rapidité de l'intervention du médecin est un gage de sécurité pour le patient. Elle permet de palier aux situations heureusement peu fréquemment rencontrées où des signes de gravité n'ont pas pu être détectés lors du triage, qu'il ait été réalisé par la régulation médicale du SAMU ou par la protocolisation de MCC.

Le médecin SOS met son expérience de l'urgence au service du patient. Il réalise son anamnèse et son examen clinique à la recherche de l'étiologie de la douleur thoracique, mais aussi des signes de gravité pouvant signer une défaillance respiratoire, hémodynamique ou neurologique. Il s'attache aussi à évaluer les conditions de vie du patient, son entourage et son suivi médical pour juger de leur compatibilité avec un éventuel maintien à domicile. Même s'il est seul lors de ses interventions, le médecin de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle pratique une forme de travail en équipe : il n'hésite pas à prendre avis auprès de ses collègues s'il le juge nécessaire, mais aussi auprès du médecin régulateur du SAMU ou d'un spécialiste libéral ou hospitalier. Il partage aussi ses expériences et ses réflexions sur tout ce qui touche à son activité (et bien sûr sur tout le reste aussi !)

Il dispose de moyens diagnostics embarqués adaptés à sa pratique, dont l'électrocardiographe indispensable à la prise en charge d'une douleur thoracique et le saturomètre permettant d'objectiver le retentissement de certaines pathologies thoraciques.

Il peut administrer des traitements d'urgence comme l'oxygénothérapie au masque, des bronchodilatateurs par nébulisation, des diurétiques et antalgiques par voie intraveineuse.

Il met en place une stratégie de prise en charge adaptée à la situation (voir ci après « le devenir du patient ») et assure la transmission des informations médicales indispensable au relais par les équipes hospitalières ou par le médecin traitant. Ainsi, il remplit un compte-rendu informatisé intégré au logiciel MCC Mission, qui est archivé dans les serveurs de

MCC (son contenu détaillé a été présenté au 3^e chapitre). Ce compte-rendu est accessible au médecin régulateur pour les appels délégués par le 15 à l'aide d'un accès Internet sécurisé, en complément du bilan téléphonique systématiquement réalisé. Il peut aussi être envoyé par courrier électronique au médecin traitant, en plus du courrier laissé au patient.

4.3.2.4 Le devenir du patient

Il dépend évidemment de la possibilité de poser un diagnostic fiable, du retentissement et des signes de gravité éventuels, des possibilités de soins à domicile et de l'adhésion du patient au projet thérapeutique.

Le patient peut être laissé à domicile. L'étiologie de la douleur thoracique est clairement identifiée, et il ne présente pas de signes de gravité. La compréhension de la situation par le patient et/ou son entourage est bonne, le suivi du traitement et la surveillance de l'évolution sont estimés fiables par le médecin. L'environnement et les conditions de vie du patient sont compatibles, et ce malgré les éventuelles modifications entraînées par la maladie.

Le médecin laisse un compte-rendu de visite à l'intention du médecin traitant qui fera relais pour assurer le suivi du patient, et peut aussi lui envoyer un courrier électronique si son adresse figure dans la base de données de MCC. Il passe aussi un bilan au médecin régulateur si l'appel provient du SAMU. Le médecin SOS réceptionne par la suite les résultats des examens qu'il a pu prescrire, il fait aussi envoyer un double au médecin traitant.

Il s'agit de la situation idéale, souhaitable à tout patient. Elle correspond par exemple à des étiologies bénignes (comme les névralgies intercostales, les traumatismes modérés, les manifestations d'anxiété, etc.), à des pathologies plus sérieuses en l'absence de critères de gravité (comme les bronchopneumopathies, certaines pathologies digestives à expression thoracique, le zona, etc.). Il n'est d'ailleurs pas rare que le SAMU transfère à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle des appels qui pourraient aussi être adressés au SAU par l'envoi d'une ambulance d'emblée, car la politique de maintien à domicile menée par l'association permet justement d'éviter bon nombre d'hospitalisations.

Le patient est hospitalisé. Ce peut être en raison de nécessités diagnostiques, lorsqu'il persiste une part d'incertitude au terme de la visite. Le patient peut aussi présenter des signes

de gravité en rapport avec le retentissement de sa maladie, faisant craindre une aggravation de son état et nécessitant des mesures thérapeutiques et une surveillance adaptées. Le patient peut aussi présenter des contre-indications environnementales aux soins à domicile.

Le médecin SOS choisit le moyen de transport adapté, véhicule privé conduit par un tiers, taxi ou ambulance privée. Il prévient l'hôpital de l'arrivée du patient et s'entretient si besoin avec le médecin qui le prendra en charge. Il passe si besoin un bilan au SAMU.

Le patient nécessite l'intervention d'un SMUR, soit en raison d'une défaillance hémodynamique, respiratoire et/ou neurologique, soit en raison d'une pathologie nécessitant l'entrée dans une filière de soins sans perte de temps. Les IDM de présentation atypique non détecté par le triage de l'appel entrent dans cette catégorie, dans un autre domaine cela concerne aussi les accidents vasculaires cérébraux. Le médecin SOS appelle ou fait appeler le centre 15, réalise les gestes de premier secours et assure la surveillance jusqu'à l'arrivée du SMUR.

4.3.3 Réflexions sur l'intégration aux filières de prises en charge définies par la conférence de consensus du 23 novembre 2006

Le message de la conférence de consensus au grand public et aux professionnels est de « prescrire le 15 » dès qu'une douleur est suspecte d'IDM. Les patients ne comprennent pas toujours le sens de leurs symptômes, et de plus ne connaissent pas toujours les différentes missions des structures qu'ils appellent (que ce soit leur médecin traitant, le 15, SOS Médecins, les pompiers, etc.) Des campagnes d'information devraient permettre d'améliorer l'orientation initiale des appels.

Le transfert des appels présentant des critères évocateurs d'IDM fait partie intégrante du mode de fonctionnement de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle et MCC. Le dispositif en place limite la perte de temps due au choix initial du patient d'appeler MCC. Lorsque la protocolisation identifie l'appel comme suspect, la « régulatrice » de MCC garde le patient en attente sur sa ligne et joint le centre 15 concerné par la ligne directe qui lui est réservée. L'appel ne se retrouve pas en attente mais est décroché en priorité par un PARM puis transmis au médecin régulateur. Après avoir donné les informations administratives dont elle

dispose et le motif d'appel, la régulatrice de MCC met le patient en relation avec le centre 15, sans que la communication téléphonique n'ait été interrompue. Si le médecin régulateur estime qu'il n'y a pas indication d'envoyer un SMUR, il peut obtenir un avis médical rapide en redonnant l'appel à MCC, qui le traite alors en priorité.

Des réflexions peuvent être faites concernant le délai porte à porte cardio, défini comme le délai entre le premier contact médical et l'arrivée dans le service de cardiologie interventionnelle. Le premier contact médical est lui-même défini comme l'arrivée auprès du patient du médecin permettant la réalisation d'un ECG et donc la confirmation du diagnostic de SCA ST+, il ne correspond pas au contact téléphonique avec un médecin. Le parcours initial de l'appel n'intervient pas dans ce calcul, mais entre dans le temps écoulé depuis le début des symptômes, qui est l'autre grand critère de choix du mode de reperfusion. Toute perte de temps doit dans tous les cas être évitée, quelle que soit l'étape de la prise en charge.

Le calcul de ce délai semble ne pas prendre en compte le cas particulier de la visite d'un médecin libéral disposant d'un ECG. Lorsque celui-ci diagnostique un IDM, il fait appel au SAMU pour l'entrée dans la filière de soins. Si ce médecin est considéré comme le « premier contact médical », point de départ du délai *porte à porte cardio*, il le rallonge du temps d'attente de l'arrivée du SMUR accompagné de son moyen de transport. Il semble plutôt que le délai *porte à porte cardio* serve d'estimation du temps de transport, et donc que l'arrivée du SMUR soit de fait considérée comme le « premier contact médical ».

Les médecins de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle sont des effecteurs de choix dans les filières de prise en charge de l'IDM. Ils ne sont pas indiqués en première ligne pour prendre en charge les suspicions d'IDM issues de la régulation du centre 15, ce rôle est celui du SMUR. Ils font partie des plus aptes à intervenir en tant que moyen complémentaire ou alternatif lorsque le délai d'intervention du SMUR est prolongé. Leur centre d'appels MCC connaît leur localisation en temps réel, ils sont rapidement mobilisables et leurs délais d'intervention sont rapides (avec comme réserve les conditions locales de circulation, n'étant pas des véhicules prioritaires). Ils disposent des moyens diagnostics indispensables à la prise en charge des douleurs thoraciques et de l'expérience de ces situations. Ils peuvent apporter au patient les premiers soins, mais ne dispose pas de DSA. Des réflexions sur ce point sont en cours au sein de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle.

Le service médical rendu par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle et son centre d'appels Médi'Call Center trouve naturellement sa place dans l'organisation actuelle des soins d'urgence et est en accord avec les recommandations de la conférence de consensus sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie.

5 DISCUSSION

5.1 Au sujet de la PDS.

Depuis les grèves de 2001 où l'ancien système des gardes a volé en éclats, la PDS poursuit sa réorganisation. Un changement capital est dans la reconnaissance de la nature même de la PDS, qui devient officiellement une mission du service public en 2003. La responsabilité de son organisation n'est plus confiée aux médecins mais à l'Etat, ce qui place notamment les personnes y participant sous sa protection juridique. La PDS quitte son statut d'obligation déontologique mal définie pour trouver un cadre légal solide, base indispensable à son évolution.

Il est remarquable que les débats concernant la PDS aient associé les différents acteurs du système de soins. Cette ouverture se retrouve dans l'élargissement de la composition des CODAMUPS, chargés de superviser l'organisation de la PDS au niveau départemental et de conseiller le préfet, représentant de l'Etat ayant autorité sur cette organisation.

La définition des « 3 piliers » de la PDS est à la base du dispositif actuel. Le volontariat va de paire avec la disparition de l'obligation déontologique, il permet aux médecins d'accéder à la qualité de vie qui était au centre de leurs revendications légitimes, à un moment où ils portaient seuls la responsabilité de la PDS. Il est cependant aussi à l'origine des difficultés à compléter les tableaux de gardes constatées dans certains secteurs. Pour remédier à ce risque, des mesures ont été prévues : relances des médecins par le conseil départemental de l'Ordre des Médecins, suivies d'éventuelles réquisitions décidées par le préfet. Ces démarches se soldent cependant parfois par des échecs, et l'Etat, pour assurer la continuité du service public, se retrouve alors contraint de déléguer la PDS à l'hôpital, en deuxième partie de nuit. La régulation de l'accès au médecin est le deuxième pilier, qui vise tout autant à maîtriser le coût de la PDS qu'à la rendre viable en préservant sa nature : répondre aux demandes de soins non programmées ayant un certain caractère d'urgence, en

dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. Le troisième pilier est la sectorisation : elle permet d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population en optimisant les ressources disponibles pour chaque secteur.

Hélas, le nouveau dispositif de la PDS semble avoir atteint ses limites. Le rapport de l'IGAS de 2006 et le rapport Grall de 2007 concluent tous deux à une organisation aléatoire, dont la fiabilité n'est pas assurée en raison de grandes disparités entre les différents secteurs, avec l'existence de « zones grises » où l'intervention du médecin de garde n'est pas garantie. Le pilotage complexe et le financement éclaté sont à l'origine d'enjeux parfois contradictoires et de situations de blocage. Le système se révèle onéreux sans atteindre ses objectifs. Surtout, les perspectives d'avenir sont alarmantes avec une démographie médicale défavorable : le vieillissement des médecins doublé d'un gradient de répartition nord/sud et rural/urbain. Le départ à la retraite des médecins généralistes des campagnes, non compensé par de nouvelles installations, provoquera vraisemblablement l'effondrement du système actuel de PDS dans ces zones de désertification médicale non couvertes par les associations de PDS. SOS Médecins Meurthe-et-Moselle fait figure de pionnier par l'extension de sa présence à des secteurs ruraux, mais ce type d'initiative nécessite de pouvoir s'appuyer sur un relais des médecins de famille pour assurer le suivi des patients. C'est un véritable cercle vicieux qui risque de s'installer car la mauvaise organisation de la PDS sur un secteur constitue en elle-même un frein à l'installation. Ce problème dépasse donc le champ de la PDS et c'est le suivi sanitaire de toute une population rurale qui est menacé.

Le rapport Grall met en garde contre le risque de faillite de la PDS à court ou moyen terme en l'absence de réforme de fond. Ses propositions s'appuient sur les réalités du terrain, en reconnaissant la multiplicité des problématiques, des acteurs et des solutions à envisager. Il recentre l'organisation sur la réponse effective aux demandes de soins inopinées plutôt que sur le développement de modèles institutionnels et propose en ce sens la fusion de la PDS et de l'AMU et le transfert du financement de l'assurance maladie vers l'Etat. Il reconnaît par ailleurs le travail effectué par les associations de PDS comme SOS Médecins et les incluent dans ses propositions, ce qui réjouit et rassure l'auteur de cette thèse. Le rapport Grall propose une véritable reconstruction du système, remettant en question ses fondements institutionnels actuels, et qui laisse augurer d'un chantier difficile. Mais l'enjeu est lui aussi de taille.

5.2 Au sujet du rôle de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle

La mission de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle a toujours été de répondre aux besoins de continuité et de permanence des soins, domaine dans lequel sa place s'est renforcée depuis les récentes réformes et l'instauration du volontariat pour les gardes. Son installation s'est faite à Nancy où existaient les besoins correspondant à ses services. La qualité de ces derniers lui a permis de se développer en étant bien acceptée des médecins généralistes et en créant de bonnes relations de travail avec le SAMU local. L'augmentation progressive de ses effectifs lui a permis de répondre positivement aux demandes de prise en charge de la PDS dans les secteurs avoisinants Nancy. L'association a donc successivement étendu sa couverture aux secteurs de Saint-Nicolas-de-Port, Blainville-sur-l'eau, Toul, et de Thiaucourt/Domèvre-en-Haye. Ces derniers secteurs sont essentiellement ruraux, et c'est un fait nouveau dans l'histoire des associations d'urgentistes libéraux. Cette extension en période de PDS a aussi permis la fusion de plusieurs secteurs d'activité très modérée, ce qui va dans le sens des politiques actuelles et permet d'économiser le versement d'astreintes multiples et peu productives.

SOS Médecins Meurthe-et-Moselle défend le modèle de la visite comme une réponse adaptée aux besoins en PDS. En ville, l'offre de soins accessible à la population est variée avec la proximité des services d'accueil des urgences de l'Hôpital Central et de la Polyclinique de Gentilly, le SMUR et la maison médicale des Bains-Douches en première partie de nuit et les jours de week-end. La visite n'est pas la seule solution envisageable, mais elle offre certains avantages qui dépassent la simple tradition française. Entre autres, elle permet d'obtenir un avis médical rapide pour un coût inférieur à celui d'une sortie SMUR ou d'une consultation dans un SAU assortie d'un transport aller-retour. Si son coût est supérieur à celui d'une consultation en maison médicale, il est à relativiser du fait de l'absence de frais de fonctionnement supportés par la collectivité. Pour les patients fragilisés, la visite limite les risques liés au transport et le traumatisme psychologique de l'hôpital, qui sont des arguments par ailleurs développés dans la promotion de l'hospitalisation à domicile. Enfin, elle permet de limiter le nombre des hospitalisations et d'assurer de bonnes conditions de soins à domicile, et lutte ainsi contre l'engorgement des services d'accueil des urgences et des autres services d'hospitalisation.

C'est en milieu rural que la visite d'un médecin de garde paraît la plus adaptée, or c'est là qu'elle fait le plus défaut. Ses avantages se trouvent renforcés par les conditions d'éloignement géographique : les transports sanitaires allongent d'autant les délais de prise en charge, et sont plus coûteux et plus traumatisants pour les patients. La consultation hospitalière reste une solution de deuxième choix qui est pensée pour les secteurs en carence de médecins de garde. Par ailleurs, combien de patients hésitent-ils déjà à appeler le médecin de peur d'être hospitalisés en l'état actuel des choses ? Et combien oseront encore appeler si le transport à l'hôpital devient systématique ? Ces problèmes de consentement ne semblent pas pris en compte dans les réflexions actuelles, or ils se présentent le plus souvent avec les personnes âgées, qui sont une part importante de la population des campagnes.

Les structures comme SOS Médecins ont une place en ville de par les services médicaux spécifiques qu'elles rendent, et le modèle qu'elles proposent devrait être considéré à sa juste valeur en milieu rural. Si elles sont toutes d'implantation urbaine initiale, des solutions d'extension de leur couverture en période de PDS pourraient apporter des éléments de réponse aux problèmes rencontrés. L'initiative de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle est une expérience à suivre.

5.3 Au sujet du système SOS Médecins Meurthe et Moselle - Médi'Call Center

Dans le domaine des soins non programmés, la qualité de la réponse médicale est primordiale. Les associations d'urgentistes libéraux sont indissociables de leurs centres de réception et de régulation des appels. Le standard attribue aux appels les degrés de priorité qui vont guider l'ordre d'intervention du médecin. Il joue aussi un rôle de filtrage des appels, nécessité retrouvée dans les nouvelles dispositions du code de santé publique sur la régulation. Il permet de limiter l'accès au médecin aux demandes appropriées, mais aussi de reconnaître les appels dont la gravité suspectée dépasse la mission de l'association et qui doivent être transférés au SAMU.

SOS Médecins Meurthe-et-Moselle a choisi de travailler en collaboration avec le centre Médi'Call Center installé en Essonne. Ce standard est fait par des médecins qui l'utilisent et pour tous les médecins qui l'utilisent. Son activité commerciale concerne uniquement la diffusion des solutions informatiques inédites qu'il développe, elle est apparue suite à l'engouement provoqué par ses produits et a été séparée du centre d'appels par la création de la société Médi'Call Concept. Le traitement des appels reste une activité non commerciale organisée en SCM, garantissant que ses choix ne sont dictés que par des nécessités d'ordre médical. Son dynamisme et son ouverture à toutes les suggestions des médecins associés en font un outil évolutif particulièrement bien adapté à la pratique des associations d'urgentistes libéraux.

Son mode de fonctionnement est original dans sa conception. Le triage des appels est « paramédicalisé » : il est réalisé par des standardistes qui ont suivi une formation interne spécifique, et qui utilisent des protocoles médicaux informatisés. Le postulat sur lequel s'appuie MCC est que la gestion des appels ne nécessite pas de régulation par un médecin si 4 conditions sont réunies :

- connaître la localisation des médecins effecteurs et leur disponibilité,
- fonctionner en étroite collaboration avec un pool de professionnel de la régulation médicale (le centre 15),
- fonctionner avec des procédures sous protocoles médicaux adaptés et régulièrement validés,

- disposer d'outils permettant une traçabilité complète du traitement des appels.

La comparaison vient spontanément avec les systèmes de triage paramédicalisé des autres pays que la France, mais elle doit être faite avec prudence. MCC est une organisation libérale qui s'inscrit dans le cadre de l'organisation française des soins d'urgence. Son interconnexion avec le centre 15 est une nécessité, et un avis médical intervient dès que la protocolisation informatisée de l'appel le demande, ou dès que l'appel ne correspond pas à une situation entrant clairement dans les protocoles. Ce peut être l'avis du médecin régulateur du centre 15 ou celui d'un médecin SOS. Il ne s'agit donc pas d'un système sans médecins, ceux-ci sont en deuxième ligne, après la mise en jeu des protocoles qu'ils ont définis.

La qualité du service est une des préoccupations centrales de MCC et des médecins associés. Les choix entrepris semblent être bons, puisque plusieurs trouvent leurs équivalents parmi les critères de bon fonctionnement des centres de triage cités dans le rapport de la MeaH (Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitaliers, qui participe actuellement au chantier sur l'organisation des centres 15). Ce sont la formation initiale axée sur les compétences spécifiques au standard, la tenue régulière de sessions de formation continue, le retour des résultats du triage vers les opérateurs, l'utilisation de protocoles d'utilisation aisée et d'actualisation régulière, la politique de compliance stricte aux protocoles. Le rapport de la MeaH synthétise les réflexions menées sur l'organisation des centres de triage dans le monde et leurs initiatives pour garantir leur qualité. Il s'adresse aux centres 15 mais ses enseignements peuvent s'appliquer à toutes les structures pratiquant le triage des appels, jusqu'au secrétariat médical des médecins libéraux.

Notre pratique quotidienne à SOS Médecins Nancy nous laisse penser que l'objectif de qualité est atteint, notre visite est habituellement la réponse adaptée à l'appel et intervient dans un délai acceptable. Cette impression subjective de « faire du bon travail » ne peut servir de base d'évaluation fiable du système. Les situations donnant au médecin de terrain l'impression que le traitement de l'appel n'est pas optimal sont quant à elles rares. Elles correspondent le plus souvent à des anamnèses compliquées, même pour le médecin au domicile, et très rarement à des erreurs de protocolisation. Elles font l'objet d'un retour d'informations du médecin vers MCC pour analyse, pratique faisant partie du contrôle de la qualité. Nous ne disposons cependant pas d'études permettant d'objectiver la qualité du travail accompli, de manière chiffrée. Il s'agit d'une situation en fait commune à la plupart des structures de triage, et le rapport de la MeaH propose la réalisation d'études incluant le devenir des patients et le diagnostic final pour savoir si la prise en charge initiale était adaptée.

La mise en place de ce type d'études consacrées à l'activité SOS Médecins Meurthe-et-Moselle - MCC pourrait être discutée. Elles seraient un outil d'amélioration des pratiques de plus, à condition de bien les cibler. Au niveau international, les 2 grands critères de performance du triage sont le délai d'intervention et l'efficacité à fournir une réponse appropriée. Ils sont à replacer dans le contexte particulier de l'exercice de SOS Médecins. Les enjeux ne sont pas les mêmes que pour les structures institutionnelles des différents pays observés. Schématiquement, tous les patients bénéficieront ici d'un avis médical, et le triage n'est pas utilisé pour décider si un patient doit être laissé à domicile ou hospitalisé. Les enjeux du triage pour SOS Médecins portent sur l'appréciation du degré de gravité, qui conditionne la réponse donnée : transfert au 15, appel SOS prioritaire ou file d'attente SOS. La rapidité d'intervention, si elle est souhaitable, n'est pas un critère d'ordre vital comme pour le SMUR, qui poursuit une mission différente de SOS Médecins. Une étude de la qualité du triage de MCC devrait donc porter sur son efficacité à fournir une réponse adaptée. Le choix du sujet doit aussi être pertinent, ce pourrait être le traitement de l'appel pour douleur thoracique : il débouche sur toutes les réponses envisageables et correspond à un réel enjeu en terme de prise en charge, et il pourrait retirer des bénéfices de l'étude. Il concerne aussi une filière spécifique dans laquelle SOS Médecins Meurthe-et-Moselle occupe une place importante avec la prise en charge de nombreux cas de douleur thoracique délégués par le centre 15. Le retour d'information sur les éventuels patients hospitalisés pourrait aussi être facilité par les relations confraternelles de qualité entretenues avec le SAMU. Ces réflexions ne sauraient bien sûr engager que l'auteur de ce travail.

CONCLUSION

Les associations de permanence des soins comme SOS Médecins Meurthe-et-Moselle rendent à la population des services spécifiques dans les domaines des soins non programmés. Avec les évolutions de l'organisation de la Permanence Des Soins, elles deviennent les dernières dépositaires de la visite d'urgence, de plus en plus éloignée de la visite traditionnelle de par les moyens diagnostics et thérapeutiques mis en œuvre, qui la placent en complément naturel des SMUR réservés aux détresses vitales. Cette visite est justement le moyen qui fait défaut en milieu rural, et SOS Médecins Meurthe-et-Moselle expérimente actuellement l'extension de sa zone de couverture aux campagnes avoisinantes pendant la période de PDS, en réponse aux difficultés qu'elles rencontrent.

La qualité du travail des associations d'urgentistes libéraux dépend pour beaucoup de leurs centres de réception et de régulation des appels qui sont le lien incontournable avec leurs patients. Leurs rôles sont à la fois de réguler l'accès au médecin, de déterminer le degré de gravité potentielle de l'appel et de veiller à son bon devenir. L'organisation du travail et les outils développés par le centre d'appels Médi'Call Center en Essonne, partenaire de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, le place à la pointe de son domaine. Le postulat initial sur lequel s'appuie son fonctionnement est que la gestion des appels ne nécessite pas de régulation par un médecin si 3 conditions sont réunies : connaître la localisation des médecins effecteurs et leur disponibilité, fonctionner en étroite collaboration avec un pool de professionnel de la régulation médicale (le centre 15), et fonctionner avec des procédures sous protocoles médicaux adaptés et régulièrement validés. Ses standardistes suivent une formation initiale et continue spécialement adaptée à ses outils informatiques et travaillent selon des règles strictes permettant une répartition claire des responsabilités et une traçabilité des actions.

La cohérence de la politique de collaboration développée avec le SAMU est une garantie de sécurité pour les patients qui dépasse largement la simple interconnexion téléphonique. Le système SOS Médecins Meurthe et Moselle - MCC s'intègre ainsi naturellement aux filières de prise en charge pré hospitalière de l'infarctus du myocarde, et ces dernières pourraient servir de base à des études de fonctionnement.

BIBLIOGRAPHIE

(1) DESCOURS C.

Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins remis à Jean-françois Mattéi, ministre de la santé le 22 janvier 2003 [en ligne] Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/respect_droits_usagers/docs/droits_fondamentaux/rapport_descours.pdf> (consulté le 14/07/2007)

(2) DUBERNARD JM.

Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relatif à la politique de santé publique.
Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 25 septembre 2002 [en ligne].
Disponible sur <<http://www.assemblee-nationale.fr/12/rapports/r1092-6.asp>> (consulté le 14/07/2007)

(3) LOI n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003.
Journal officiel, n° 299 du 24/12/2002, page 21482

(4) LOI n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.
Journal officiel n°296 du 22 décembre 2006

(5) L'intérêt général et les intérêts particuliers.

In : Dossiers découverte des institutions et de la vie publique [en ligne]. La documentation française, Paris. Disponible sur <<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/citoyen/approfondissements/interet-general-interets-particuliers.html>> (consulté le 14/07/2007)

(6) ASSEMBLEE NATIONALE.

Article 6.

In : Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 [en ligne]. Disponible sur <<http://www.conseil-constitutionnel.fr/textes/d1789.htm>> (consulté le 14/07/2007)

(7) LEVEQUE F.

Concepts économiques et conceptions juridiques de la notion de service public [en ligne].
In : KIRAT T., SERVERIN E. Vers une économie de l'action juridique. Une perspective pluridisciplinaire sur les règles juridiques et l'action. CNRS Editions, 2000. Disponible sur <<http://www.cerna.ensmp.fr/Documents/FL-LivreKirat.pdf>> (consulté le 14/07/2007)

(8) MISSION PRESIDEE PAR RENAUD DENOIS DE SAINT MARC.

Le service public: rapport au premier ministre [en ligne].

La documentation française, Paris 1996. Disponible sur <http://www.vie-publique.fr/dossier_polpublic/regulation_sp/denoix.pdf> (consulté le 14/07/2007)

(9) ARCHAMBAULT V.

Mise en place d'un centre de régulation des appels de Médecine Générale en Meurthe-et-Moselle, évaluation de la première année d'activité (2004).

Thèse de Médecine Générale. Nancy 1, 2005, 176p.

(10) LOI n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

Journal officiel « Lois et décrets » du 07/01/1986, page 327

(11) MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

Décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.

Journal officiel « Lois et décrets » du 01/12/1987, page 13997

(12) NAU J.Y.

La grève des généralistes provoque l'engorgement des services d'urgence[en ligne].

Le Monde. 01/01/2002. Disponible sur <www.lemonde.fr> (consulté le 21/03/2007)

(13) MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

Décret n°87-1005 du 16 Décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au Service d'aide médicale urgente appelées SAMU.

Journal officiel « Lois et décrets » du 17/12/1987, page 14693

(14) FENINA A., GEFFROY Y.

Comptes nationaux de la santé 2004. Document de travail n°84 [en ligne].

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2005. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat84.pdf>> (consulté le 14/07/2007)

(15) COUR DES COMPTES.

Les urgences médicales : constats et évolution récente. In : Le rapport public annuel-2006 [en ligne].

La documentation française, Paris 2007. Disponible sur

<<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000126/index.shtml>>

(consulté le 14/07/2007)

(16) MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

Circulaire n° 195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences [en ligne].

Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/urgence/>> (consulté le 14/07/2007)

(17) CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE FRANCE.

Démographie médicale française : situation au 1^{er} janvier 2000.

Paris : Institut de recherche et documentation en économie de santé, 2000.

(18) LUCAS J.

L'exercice médical face à la permanence des soins [en ligne].

Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2001. Disponible sur

<<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/cnppermancedessoins.pdf>> (consulté le 14/07/2007)

(19) FALTOT C.

Le médecin généraliste face à la permanence de soins et aux urgences en 2001. Le vécu de 142 omnipraticiens en Meurthe-et-Moselle.

Thèse Médecine générale. Nancy I, 2002, 187p.

(20) Article L162-5-16 relatif aux modes de rémunération autre que le paiement à l'acte de la participation des médecins au dispositif de permanence des soins.

In : Code de la Sécurité Sociale (Partie Législative). [en ligne]. Disponible sur

<http://www2.ogc.fr/fichiers/article_1_162_5_14_et_162_5_12.pdf> (consulté le 14/07/2007)

(21) MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en conseil d'Etat).

Journal Officiel, n°214 du 16 septembre 2003

(22) MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE.

Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de Déontologie Médicale.

Journal officiel n°209 du 8 septembre 1995 page 13305

(23) MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

Journal Officiel, n°214 du 16 septembre 2003, page 15864, texte n°15

(24) MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE.

Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le Code de Santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

Journal officiel n°82 du 8/04/2005, page 6345

(25) MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire [en ligne]. Disponible sur <[http://www.urcam.org/fileadmin/FRANCHE-](http://www.urcam.org/fileadmin/FRANCHE-COMTE/publications/docs/Arrete12.12.03.pdf)

[COMTE/publications/docs/Arrete12.12.03.pdf](http://www.urcam.org/fileadmin/FRANCHE-COMTE/publications/docs/Arrete12.12.03.pdf)>(consulté le 14/07/2007)

(26) Article L. 6313-1

In : Code de la santé publique

(27) MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

Circulaire DHOS/O1 n° 587-2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire [en ligne]. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2003/03-50/a0503819.htm>> (consulté le 18/07/2007)

(28) ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

Bulletin du 25 avril 2005 [en ligne]

Disponible sur <www.bulletin.conseil-national.medecins.fr> (consulté le 23/03/2007)

(29) COURGEON B.

Médecin de garde et obligation de moyens.

Urgence pratique [en ligne]. Disponible sur <www.urgence-pratique.com> (consulté le 18/07/2007)

(30) Article 223-6.

In : Code Pénal (Partie Législative), chapitre III-De la mise en danger de la vie d'autrui.

(31) LUCAS J., JORNET F.

Responsabilité des médecins de garde ou d'astreinte, analyse juridique et déontologique.

In : Rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2001

(32) FERRARI I.

Le médecin devant le juge pénal.

In : Rapport de la Cour de Cassation, 1999 [en ligne]. Disponible sur <www.courdecassation.fr> (consulté le 23/03/2007)

(33) INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES.

Rapport n°2006 029 : évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire [en ligne].

La documentation française, 2006. Disponible sur

<<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000321/0000.pdf>> (consulté le 13/07/2007)

(34) LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [en ligne].

Journal officiel, n° 190 du 17/08/2004 page 14598

Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SSEAFI.htm>> (consulté le 14/07/2007)

(35) Décret no 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique [en ligne].

Journal officiel n°119 du 03/05/2006. Disponible sur

<<http://www.admi.net/jo/20060523/SANH0620664D.html>> (consulté le 18/07/2007)

(36) GRALL Jean-Yves

Rapport mission de médiation et propositions d'adaptation de la Permanence Des Soins, remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Août 2007 [en ligne]

Disponible sur <<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000534/0000.pdf>> (consulté le 07/09/2007)

(37) Statuts de l'association Médigarde 54.

Séminaire de formation des médecins régulateurs, Nancy, 2004

(38) DDASS DE MEURTHE ET MOSELLE

Premiers éléments pour un cahier des charges départemental fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire en Meurthe et Moselle. 2004

(39) SAMU 54

Mise en place de la régulation des appels de médecine libérale dans les locaux du CRRA du SAMU 54 [en ligne]

2005. Disponible sur <www.samu54.fr> (consulté le 23/03/2007)

(40) LASCAR M.

J'ai créé SOS Médecins.

Impact Médecin, 1994

(41) SOS MEDECINS FRANCE

Communiqué du 27 août 2003 [en ligne]

Disponible sur http://www.sosmedecins-france.fr/smf_sosactu.asp (consulté le 18/07/2007)

(42) SOS MEDECINS France

Présentation de l'Association [en ligne]

Disponible sur sur <www.sosmedecins-France.fr> (consulté le 23/03/2007)

(43) SAMU DE FRANCE – SOS MEDECINS FRANCE

Convention de partenariat [en ligne]

Paris, 17 septembre 2005.

Disponible sur <http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/155/145/convention_smf-sdf_2005.pdf> (consulté le 18/07/07)

(44) INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE

Impact sanitaire de la vague de chaleur en France survenue en août 2003 [en ligne].

2003

Disponible sur

<http://www.invs.sante.fr/publications/2003/chaleur_aout_2003/rap_chaleur_290803.pdf> (consulté le 18/07/2007)

(45) INVS

L'InVS et SOS Médecins s'associent afin de renforcer le système national de surveillance des données d'urgence [en ligne].

Communiqué de presse du 20 décembre 2005. Disponible sur <www.invs.sante.fr> (consulté le 24/03/2007)

(46) INVS

Programme national de surveillance des effets sur la santé de la pollution de l'air dans 9 villes françaises (PSAS 9) [en ligne]

Disponible sur <www.invs.sante.fr> (consulté le 13/04/2007)

(47) GROG.ORG

Les Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe [en ligne]

Disponible sur <www.grog.org> (consulté le 13/04/2007)

(48) GROG.ORG

Réseau des GROG 2004-2005 [en ligne]

Disponible sur <www.grog.org> (consulté le 13/04/2007)

(49) INSERM

Qu'est-ce que l'INSERM ? [en ligne]

Disponible sur <<http://www.inserm.fr/fr/inserm/presentation/definition/>> (consulté le 23/03/2007)

(50) Sentinelles 98, Propositions pour le monitoring des risques sanitaires lors des grands rassemblements sportifs internationaux.

Le Quotidien du Médecin, 24/09/1998, n° 6343

(51) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Décret no 2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Journal officiel du 28/12/2006, n°38

(52) MEDI'CALL CENTER

Présentation [en ligne]

Disponible sur www.medicalconcept.net (consulté le 23/03/2007)

(53) Article 45

In : Code de déontologie.

(54) CHAMBRE DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE DE CLERMOND
FERRAND/ISSOIRE

La société civile de moyens S.C.M., Notes juridiques [en ligne].

Disponible sur <www.clermont-fd.cci.fr> (consulté le 13/04/2007)

(55) Article R.4127-73

In : Code de la santé publique.

(56) KOUROUBALI A., VOURVAHAKIS D., TSIKNAKIS M.

Innovative Practices in the Emergency Medical Services in Crete.

In : 10th International Symposium on Health Information Management Research. 2005.

- (57) CALLE P.A., et al.
Do victims of an out-of-hospital cardiac arrest benefit from a training program for emergency medical dispatchers?
Resuscitation, 1997, vol. 35, n°3, p. 213-8.
- (58) GIJSENBORG F., NIEUWENHOF A., MACHIELS K.
Improving the first link in the chain of survival: the Antwerp experience
European Journal of Emergency Medicine, 2003, vol. 10, n°3, p. 189-94.
- (59) Palumbo, L., et al., *Performance of a system to determine EMS dispatch priorities*. Am J Emerg Med, 1996. 14(4): p. 388-90.
- (60) CLAWSON J.J., et al.
Effect of a comprehensive quality management process on compliance with protocol in an emergency medical dispatch center.
Annals of Emergency Medicine, 1998, vol. 32, n°5, p. 578-84.
- (61) Article 23, Titre III
In : Décret n° 90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière.
Journal officiel du 21/09/1990
- (62) SAMU 54
Les rôles et missions des PARMs [en ligne]
Disponible sur <www.samu54.fr> (consulté le 23/03/2007)
- (63) SITE DES PERMANENCIERS DU SAMU 63
Place et rôles des PARM [en ligne]
Disponible sur <www.parm63.free.fr> (Consulté le 23/03/2007)
- (64) Circulaire DHOS/P2 n°2005-32 du 18/01/2005 relative à la mise en œuvre de la formation d'adaptation à l'emploi des permanenciers auxiliaires de régulation médicale [en ligne].
Disponible sur <http://www.cesu-45.net/article.php?id_article=144&titre=Circulaire-DHOS-P2-no-2005-32-du> (consulté le 22/07/2007)
- (65) LYCEE RABELAIS DE PARIS
Formation de PARM [en ligne]
Disponible sur <<http://lyc-rabelais.scola.ac-paris.fr>> (consulté le 23/03/2007)
- (66) LYCEE VALENTINE LABBE DE LILLE
Formation de PARM [en ligne]
Disponible sur <<http://lycee.valentinelabbe.free.fr/>> (consulté le 23/03/2007)
- (67) LOCKEY D.
International EMS systems : Editorial
Resuscitation, 2003, vol. 59, p.163

- (68) CLAWSON J., DERNOCOUR K.
Principles of Emergency Medical Dispatch.
1988. 250 pages
- (69) DIB J.E., NADERI S., SHERIDAN I.
Analysis and applicability of the dutch EMS system into countries developping EMS systems
Journal of Emergency Medicine, 2005, vol.5, n°14
- (70) MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS
Centres 15 : Organisation et outils du triage au niveau des centres d'appel [en ligne].
Décembre 2006.
Disponible sur <<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=745>> (consulté le 22/07/2007)
- (71) POZNER C.N., ZANE R., NELSON S.J.
International EMS Systems: the United States: past, present, and future.
Resuscitation, 2004, vol. 60, p.239–244
- (72) STRATTON S.J., et al.
Triage by Emergency Medical Dispatchers.
Prehospital and Disaster Medicine, 1992, vol. 7, n°3
- (73) CAMPBELL J.P., GRIDLEY T.S., MUELLEMAN R.L.
Measuring response intervals in a system with a 911 primary and an emergency medical services secondary public safety answering point.
Annales of Emergency Medicine, 1997, vol 29, n°4, p 492-6
- (74) BLACK J., et al.
International EMS Systems: United Kingdom.
Resuscitation, 2005, vol. 64, p.21–29
- (75) ROESSLER M., ZUZAN O.
EMS systems in Germany.
Resuscitation, 2006, vol.68, p.45-49
- (76) LANGHELLE A. et al.
International EMS Systems: the Nordic countries
Resuscitation, 2004, vol. 61, n°1, p. 9-21.
- (77) VAYRE P.
Dominique Larrey : Chirurgien militaire, novateur humanitaire.
Revue du Service de santé des armées, 2006, vol. 34, n°2
- (78) ADNET F., LAPOSTOLLE F.
International EMS systems: France.
Resuscitation, 2004, vol. 63, n°1, p.7-9.
- (79) NEMITZ B., et al.
Advantages and limitations of medical dispatching: the French view.
European Journal of Emergency Medicine, 1995, vol.2, n°3, p. 153-159.

- (80) ADNET F., LAPOSTOLLE F.
International EMS systems: France.
Resuscitation, 2004, vol. 63, n°1, p.7-9.
- (81) MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS
Organisation des centres 15, Rapport de phase 1 – Diagnostic [en ligne].
Février 2007
Disponible sur <<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=745>> (consulté le 22/07/2007)
- (82) GOLDSTEIN P., VAN LAER V., BOURZAT A.
L'IDM En Urgence: plus rien ne sera comme avant.
2000.
5^{ème} Journée de l'Aide Médicale Urgente.
- (83) TUNSTALL-PEDOE H., KUULASMAA K., MAHONEN M.
Contribution of trends in survival and coronary y-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations.
The Lancet, 08/05/1999, vol. 353, n° 9164, p. 1547-1557
- (84) LOI n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [en ligne],
Journal officiel du 11/08/2004
Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SPECV.htm>> (consulté le 22/07/2007)
- (85) FEDRATION FRANCAISE DE CARDIOLOGIE
Communiqué de presse du 11 septembre 2006 [en ligne]
Disponible sur <www.fedecardio.com> (consulté le 17/06/2007)
- (86) DANCHIN N.
Présentation des premiers résultats du registre FAST-EMI [en ligne].
Congrès de l'American Heart Association 2006 et Journées européennes de la société Française de Cardiologie 2007
Disponibles sur <www.theheart.org> (consultés le 17/06/2007)
- (87) CHARPENTIER S., CELSE D., CAMBOU J. P.
Évaluation des stratégies thérapeutiques dans l'infarctus du myocarde : le registre ESTIM midi-pyrénées.
Archives des maladies du coeur et des vaisseaux, 2005, vol. 98, n° 11, p. 1143-1148
- (88) CASSAT C., PETITCOLIN P. B., VALLEJO C.
Les « oubliés de la reperfusion » dans l'infarctus du myocarde aigu : Leçons du registre ESTIM limousin.
Archives des maladies du coeur et des vaisseaux, 2005, vol. 98, n° 11, p. 1155-1159
- (89) SAMU DE FRANCE, SOCIETE FRANCOPHONE DE MEDECINE D'URGENCE,
SOCIETE FRANCAISE DE CARDIOLOGIE
Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë
en dehors des services de cardiologie, 23 novembre 2006, Paris (faculté de médecine Paris V)

- (90) BERTRAND M.E.
Actualité dans la prise en charge des syndromes coronaires aigus.
La Lettre de la Thrombolyse, 1999, vol. 29, p. 235-239
- (91) PERLEMUTER K., MONTALESCOT G.
Infarctus du myocarde, photocopiés de cardiologie et maladies vasculaires (réforme du 2^e cycle des études médicales) du Collège des Enseignants de Cardiologie et Maladies Vasculaires [en ligne].
Disponible sur <www.sfcardio.fr> (consulté le 23/06/2007)
- (92) ARGAUD L.
Le myocarde ischémique.
AER, Lyon : 2001.
- (93) BRAUNWALD E., ZIPES P., LIBBY P.
Heart Disease [CD-Rom].
ISBN ed. 2001.
- (94) PIRIOU V., LEHOT J.J., OBADIA J.F.
Sideration et hibernation myocardique : mise à jour pour l'anesthésiste-réanimateur.
Canadian Journal of Anesthesia, 1998, vol 45, n°10, p. 997-1010
- (95) ARGAUD L., OVIZE M.
Comment utiliser le paradigme de préconditionnement ischémique pour protéger le myocarde?
Medecine/Sciences 2004, 20, p 521-5
- (96) STAMPFER M.J., HU F.B., MANSON J.E.
Prévention primaire de la maladie coronaire chez la femme à travers les règles hygiéno-diététiques,
New England Journal of Medicine. 2000, 343, p.16-22
- (97) SGARBOSSA E.B., PINSKI S.L., BARBAGELATA A.
Electrocardiographic diagnosis of evolving acute myocardial infarction in the presence of left bundle-branch block
New England Journal of Medicine, 22/02/1996, 334, p.481
- (98) SHLIPAK M.G., GO A.S., FREDERIK P.D.
Should the electrocardiogram be used to guide therapy for patients with left bundle-branch block and suspected myocardial infarction?
Journal of the American Medical Association, 24/02/1999, p. 714-719
- (99) SAVARY D., AUDEMA B., BINET M.H.
Infarctus du myocarde aigu dans les zones distantes d'un SMUR: à propos de deux cas de thrombolyse préhospitalière réalisée par un médecin généraliste.
Médecine d'urgence, 2002, vol. 24, n°6, p. 423-425

ANNEXES

1- La trousse d'urgence type chez SOS Médecins

La trousse d'urgence emportée par les médecins de l'association varie en fonction des habitudes et des préférences de chacun, mais repose sur une base commune de médicaments utilisés par les médecins urgentistes. A titre d'exemple, elle peut comporter :

- adrénaline amp. 1 mg/ml
- acide acétylsalicylique 500 mg sachet
- atropine amp. 0,1%
- bétaméthasone Célestène*, amp. 8mg/2ml + 4mg/2ml + cp 2mg
- ceftriaxone Rocéphine*, 1g/10ml : flacon de poudre + amp de solvant
- cyamémazine Tercian*, amp. 50mg/5ml
- dexchlorphéniramine Polaramine*, amp. 5mg/1ml
- diazépam Valium*, 10mg/ 2ml
- eau pour préparation injectable amp.
- furosémide Lasilix*, 20mg amp.
- glucosé 30% amp.
- halopéridol Haldol*, amp. 5mg/ml
- héparine de bas poids moléculaire
- ipratropium Atrovent*, solution pour aérosol
- kétoprofène Profénid*, amp. 100mg/2ml
- métoclopramide Primpéran*, amp. 10mg/2ml
- morphine amp. 10mg/1ml + 20mg/1ml
- naloxone Narcan*, amp. 0,4mg/1ML
- néfopam Acupan*, amp. 20mg/2ml
- nicardipine Loxen*, 20 mg cp
- paracétamol 500 mg cp
- phloroglucinol Spasfon* amp 4 ml, cp ou sublingual
- soluté de réhydratation en sachets

2- Les différents secteurs d'intervention de l'association SOS

Médecins Nancy

Superficie et population des différents secteurs

	Superficie (km2)	Nombre d'habitants
Nancy et CUGN	171	263198
Secteur du toulois	732	50100
Secteur de Thiaucourt	307	10210
Secteur de Dombasles / Saint Nicolas de Port	173	29531
Secteur de Blainville / Damelevières	92	9361
Communes annexes	169	45816
Couverture totale de SOS Médecins Meurthe et Moselle	1644	408216
Meurthe et Moselle	5235	713555

Zones d'intervention couvertes 24h/24

Communauté Urbaine du Grand Nancy	Communauté de communes de Saint-Nicolas-de-Port
<ul style="list-style-type: none"> - Agincourt - Art-sur-Meurthe - Crevic - Dommartemont - Essey-lès-Nancy - Eulmont - Flavigny - Fléville - Heillecourt - Houdemont - Jarville-la-Malgrange - Laneuvelotte - Laneuveville - Laxou - Ludres - Malzéville - Maxéville - Nancy - Pulnoy - Richardménil - Saint Max - Saulxures - Tomblaine - Vandoeuvre - Villers-lès-Nancy 	<ul style="list-style-type: none"> - Anthelupt - Azelot - Buissoncourt - Burthécourt-aux-Chènes - Cerville - Courbesseaux - Coyviller - Dombasles-sur-Meurthe - Drouville - Ferrières - Flainval - Gellenoncourt - Haraucourt - Hudiviller - Lupcourt - Manoncourt - Rosières-aux-Salines - Saffais - Saint-Nicolas-de-Port - Sommerville - Tonoy - Varangéville - Vigneulles - Ville-en-Vermois

Bassin nord de Nancy	Bassin sud de Nancy
<ul style="list-style-type: none"> - Bouxières-aux-Dames - Champigneulles - Frouard - Lay-Saint-Christophe 	<ul style="list-style-type: none"> - Chavigny - Neuves-Maisons

Zones d'intervention en PDS uniquement

sur appel régulé par le centre 15, et à raison d'un seul médecin SOS dépêché à la fois

Secteur de Toul	
<ul style="list-style-type: none">- Aingeray- Allain- Allamps- Andilly- Avrainville- Bagneux- Barisey-au-Plain- Barisey-la-Côte- Battigny- Bicqueley- Blénod-les-Toul- Boucq- Bouvron- Bruley- Bulligny- Charmes-la-CôteChaudenay-sur-Moselle- Choley-Ménillot- Colombey-les-Belles- Crépey- Crézilles- Dolcourt- Domgermain- Dommartin-les-Toul- Ecrouves- Favières- Fontenoy-sur-Moselle- Foug- Francheville- Gémonville- Germiny- Gibaumeix	<ul style="list-style-type: none">- Gondreville- Gye- Jaillon- Lagney- Laneuveville-derrière-Foug- Lay-Saint-Rémy- Lucey- Ménil-la-Tour- Minorville- Mont-l'Étroit- Mont-le-Vignoble- Moutrot- Ochey- Pagny-derrière-Barine- Pierre-la-Trèche- Rosières-en-Haye- Royaumeix- Sanzey- Saulxerotte- Saulxures-les-Vannes- Selaincourt- Sexey-les-Bois- Thuilley-aux-Groseilles- Toul- Trondes- Uruffe- Vandéleville- Vannes-le-Châtel- Velaine-en-Haye- Villers-le-Sec- Villey-Saint-Etienne

Secteur de Blainville-sur-l'Eau	Bassin Nord de Nancy
<ul style="list-style-type: none"> - Barbonville - Blainville-sur-l'Eau - Charmois - Damelevières - Einvaux - Haussonville - Lamath - Landécourt - Mehoncourt - Mont-sur-Meurthe - Romain - Vigneulles 	<ul style="list-style-type: none"> - Brin-sur-Seille - Champenoux - Eulmont - Liverdun - Pompey

Secteur de Thiaucourt	
<ul style="list-style-type: none"> - Ansauville - Beaumont - Bernécourt - Bouillonville - Charey - Dampvitoux - Domèvre-en-Haye - Dommartin-la-Chaussée - Essey-et-Maizerais - Euvezin - Flirey - Grosrouvres - Hageville - Hamonville - Jaulny - Limey-Remenauville 	<ul style="list-style-type: none"> - Lironville - Mandre-aux-Quatre-Tours - Manoncourt-en-Woevre - Manonville Noviant-aux-Prés - Pannes - Rembercourt - Saint-Baussant - Saint-Julien-les-Gorzes - Seicheprey - Thiaucourt/Régnieville - Tremblecourt - Vieville-en-Haye - Villecey-sur-Mad - Waville - Xammes

Zones d'intervention en PDS pour l'HAD

- Toul
- Pont-à-Mousson
- Lunéville

Etablissements EHPAD du secteur de Pompey/Lay-Saint-Christophe liés par convention

- Maison de retraite de la Salle à Pompey
- Maison de retraite de l'Avant-Garde à Pompey
- Maison de retraite Notre Chaumière à Pompey
- Maison de retraite Beau Site à Liverdun
- Maison de retraite Beaudinet de Courcelles à Lay-Saint-Christophe

VU

NANCY, le **30 juillet 2007**

Le Président de Thèse

Professeur P.E. BOLLAERT

NANCY, le **30 juillet 2007**

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Mme Professeur M.C BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **23 août 2007**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

Le travail des associations d'urgentistes libéraux est indissociable de celui d'un centre d'appel. SOS Médecins Meurthe et Moselle a choisi de travailler avec Médi'Call Center, qui a développé des outils informatiques et une procédure de triage spécialement dédiés à cette pratique et traite aussi les appels de 10 autres associations. Il s'appuie sur le postulat initial que le triage des appels ne nécessite pas de régulation par un médecin si 4 conditions sont réunies : connaître la localisation des médecins effecteurs et leur disponibilité, fonctionner en étroite collaboration avec un pool de professionnel de la régulation médicale (le Centre 15), fonctionner avec des procédures sous protocoles médicaux adaptés et régulièrement validés, disposer d'outils permettant une traçabilité complète du traitement des appels.

Ce travail nous permet de dire que le système SOS Médecins Meurthe et Moselle – Médi'Call Center s'intègre parfaitement à l'organisation des soins d'urgence, notamment dans sa collaboration avec le SAMU 54, et qu'il est adapté aux évolutions récentes de la Permanence Des Soins et aux réseaux de soins.

TITRE EN ANGLAIS

Triage of SOS Médecins Meurthe et Moselle's phone calls by Médi'Call Center dispatch center.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2007

MOTS CLES

SOS Médecins - Médi'Call Center - triage - régulation libérale - centre d'appel - Permanence Des Soins

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
