UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2011

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N°

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Laure GENET- HOUILLON

le 29 novembre 2011

Permanence des soins : évaluation de la fiabilité des informations transmises et des moyens engagés par le médecin régulateur lors de la prise en charge des patients.

Examinateurs de la thèse :

M. KLEIN Marc	Professeur	Président
M. GÉRARD Alain	Professeur	Juge
M. BOLLAERT Pierre-Edouard	Professeur	Juge
M. BERBÉ Cédric	Docteur en médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1er Cycle :	**Professeur Bruno CHENUEL**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	**M. Christophe NÉMOS**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
« DES Spécialité Médecine Générale	**Professeur Francis RAPHAËL**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Développement Professionnel Continu :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

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

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

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

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

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

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

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

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère 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

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)***
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER
2ème sous-section : ***(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)***
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***
Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION
1ère sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT
3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE
1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE
1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2ème sous-section : *(Chirurgie digestive)*
3ème sous-section : *(Néphrologie)*
Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : *(Urologie)*
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur P. MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ
3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN
2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteur Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteur Lina BOLOTINE
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteur Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Docteur Laure JOLY

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

3ème sous-section :
Docteur Olivier MOREL
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeur Simone GILGENKRANTZ Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN *(à c. 1.12.2011)* - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Colette VIDAILHET Professeur Michel VIDAILHET

========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (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 (VIÊTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A notre maître et président de jury,

Monsieur le Professeur Marc KLEIN,

Professeur d'Endocrinologie.

Vous nous faites un immense honneur en acceptant de présider notre jury de thèse.

Nous vous sommes infiniment reconnaissants pour votre accueil et votre disponibilité.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre sincère admiration et de notre profond respect.

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur Alain GÉRARD,

Professeur de Réanimation Médicale.

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre du jury.

Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Soyez assuré de notre sincère gratitude.

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT,

Professeur de Réanimation Médicale.

Nous vous remercions de nous faire l'honneur d'être notre juge.

Soyez assuré de notre respect et de notre sincère gratitude.

A notre directeur de thèse et juge,

Monsieur le Docteur Cédric BERBÉ,

Docteur en Médecine.

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier la réalisation de cette thèse.

Nous vous remercions de votre confiance, de votre disponibilité et de votre soutien pour la supervision de ce travail.

Nous vous témoignons tout notre respect et toute notre sympathie.

A Claire, mon petit amour et à ta petite sœur Lucie qui vient pointer le bout de son nez… Je vous dédie cette thèse, vous qui êtes tout pour moi.

A Julien, mon mari, ma moitié, qui a réussi à me supporter pendant la réalisation de cette thèse… Merci de ton soutien et de ta patience inégalable. Merci tout simplement d'être là.

A mes parents qui m'ont toujours soutenue dans les moments difficiles. Merci de votre infinie patience.

A ma sœur Juliette pour tous ses bons conseils et pour avoir toujours été là quand j'avais besoin. Une tendre pensée pour mes neveux Colin, Sacha et Nino.

A mon frère Sébastien et à Marie-Amélie, pour tous les bons moments que nous passons ensemble en Normandie ou ailleurs, avec mes « nouilles » Abigaëlle, Noémie et Achille.

A mon petit filleul Alexis que je vais voir grandir avec bonheur.

A mes grands-parents, partis trop tôt. Vous me manquez beaucoup. Une pensée particulière pour mon grand-père François, médecin généraliste lui aussi, que j'aurais vraiment voulu connaître.

A toute ma famille et belle-famille.

A Edwige « SOS Word, Excel, Powerpoint », pour son extrême disponibilité et ses nombreux encouragements sans lesquels cette thèse ne serait sans doute pas encore achevée. Que nous ayons encore de nombreuses années d'amitié.

A Caroline, pour être toujours là quand il faut et que l'on peut déranger n'importe quand.

A mes amis Julie, Frédérique, Arnaud, Cilou, Val, Jean-Romain, Marie, Tony, Marie-Julie, qui me suivent depuis le début de mes études de médecine.

A mes amis, Marie, Tom, Gus, Céline, Emilie, Romain, Anaïde, Anne-Sé, JB, Arnaud, Vanessa, grâce à qui je sais qu'un autre monde existe.

Merci à tous d'être là pour moi.

SERMENT

"Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque".

INTRODUCTION 21
CHAPITRE 1 : LA PERMANENCE DES SOINS, ETAT DES LIEUX 22
I) Le médecin généraliste : pivot de la permanence des soins 22
II) La permanence des soins (PDS) : organisation générale 23
1) Définition de la PDS 23
2) Historique de la réorganisation de la PDS 24
2.1) La grève des gardes des médecins généralistes 24
2.2) Le rapport DESCOURS : mission de réflexion sur la PDS 25
2.3) Une évolution inévitable de la PDS 25
3) Les acteurs de la permanence des soins et des secours d'urgence 26
3.1) Les intervenants du service public en dehors de l'hôpital : le Service d'Incendie et de Secours (SIS) 26
3.1.1) Compétences 26
3.1.2) Régulation des appels 27
3.1.3) Les médecins sapeurs-pompiers (MSP) 27
3.2) Les intervenants hospitaliers 28
3.2.1) Les services d'urgence 28
3.2.1.1) Présentation 28
3.2.1.2) Les urgences : un reflet de la demande médicale urgente 29
3.2.2) Le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) 29
3.2.2.1) Rôles 29
3.2.2.2) La régulation médicale de l'AMU 30
3.2.2.3) Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation : le SMUR 31
3.2.2.4) Les médecins correspondants du SAMU 31
3.2.2.5) Les plateaux techniques et services hospitaliers 31
3.2.2.6) Les réseaux de périnatalité 31
3.3) Les intervenants libéraux 32
3.3.1) La régulation médicale libérale 32
3.3.2) Les associations d'urgentistes de ville : exemple de SOS Médecins 33
3.3.2.1) Historique 33
3.3.2.2) Organisation et chiffres nationaux 33
3.3.3) Les centres de consultations non programmées : les maisons médicales de garde (MMG) 33
3.3.4) Médecins généralistes effecteurs 34
4) La PDS dans les autres pays européens 36
5) Organisation de la PDS et des structures d'urgence en Lorraine 36

5.1) Le contexte démographique médical et général lorrain 36
5.1.1) Les médecins généralistes lorrains 36
5.1.2) La population lorraine : projection en 2040 38
5.1.2.1) Vieillissement de la population lorraine 38
5.1.2.2) Augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques 40
5.2) Les structures d'urgence en Lorraine (18) 40
5.3) Le service d'accueil des urgences (SAU) de Nancy : quelques chiffres 43
5.4) Le SMUR de Meurthe et Moselle 43
5.5) Les intervenants libéraux 44
5.5.1) La régulation médicale libérale 44
5.5.2) En Meurthe-et-Moselle, l'association MEDIGARDE 54 45
5.5.2.1) Historique 45
5.5.2.2) Rôles de l'association Médigarde 46
5.5.2.3) Fonctionnement 47
5.5.2.4) Statistiques 47
5.5.2.4.1 Répartition des appels selon la ligne d'appel en 2009 (15 ou numéro Médigarde) et selon la zone de régulation 47
5.5.2.4.2 Nombre de régulation par zone d'appel 49
5.5.2.4.3 Nombre d'appels en fonction de l'horaire 51
5.5.2.4.4 Les différentes décisions prises par les médecins régulateurs hors conseil médical 52
5.5.3) Les associations d'urgentistes de ville : SOS Médecins en Meurthe-et-Moselle 52
5.5.4) Les maisons médicales de garde 53
5.5.4.1) Fonctionnement des Bains Douches à Nancy 53
5.5.4.2) Activité en 2008 et 2009 54
5.5.5) Les médecins effecteurs libéraux de Meurthe et Moselle 55
III) Cadre réglementaire et juridique entourant la PDS 58
1) Code de déontologie médicale 58
1.1) La participation à la permanence des soins 58
1.2) Assurer la continuité des soins 59
1.3) Assistance d'une personne en danger 59
2) Cadre législatif de la PDS 60
2.1) Les premiers décrets concernant la PDS à partir de 2003 60
2.1.1) De 2003 à 2007, évolution législative de l'organisation de la PDS 60

2.1.2) Bilan de la PDS : rapport du Dr GRALL en 2007 61
2.2) Le CODAMUPS 62
2.2.1) Définition 62
2.2.2) Rôle 62
2.3) Les modalités actuelles de la mission de la PDS : la loi HPST 63
2.3.1) Concernant l'organisation de la permanence des soins 63
2.3.1.1) Définition de la mission de permanence des soins 64
2.3.1.2) Les acteurs médicaux de la PDS 64
2.3.1.3) Les territoires concernés 64
2.3.1.4) Volontariat de la participation à la PDS et réquisitions 65
2.3.1.5) Etablissement du tableau de garde 65
2.3.1.6) Remplacement et exemptions 66
2.3.1.7) La régulation médicale téléphonique 66
3) Risques médicaux-légaux inhérents à la PDS 67
3.1) Délit de droit commun 67
3.1.1) L'atteinte à l'intégrité corporelle 67
3.1.2) L'omission de porter secours ou « abstention fautive » (art. 223-6 Code pénal) 68
3.1.3) Évaluation du péril par le médecin régulateur ou le médecin de garde 69
3.2) Délits professionnels propres aux médecins 70
3.2.1) Refus de répondre à une réquisition 70
3.2.2) Secret professionnel (art 226-13 et 14 Code pénal) 70
3.3) Les autres délits 70
IV) La régulation médicale libérale 71
1) Définition 71
2) Statut légal de la régulation 71
3) Organigramme de la régulation médicale 72
4) Etat des lieux de la régulation libérale en France, quelques exemples 73
6) L'acte de régulation médicale et ses acteurs 74
6.1) PARM (Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale) ou ARM (Assistant de régulation médicale) 75
6.2) Médecin régulateur (MR) 75
7) Les différentes modalités de réponses à un appel 76
7.1) Le conseil médical 77
7.2) Prescription médicamenteuse par téléphone 77

7.3) Orientation du patient vers un centre de consultation médicale non programmée 78
7.4) Envoi sur place d'un médecin effecteur 78
7.5) Recours à un transport sanitaire en ambulance 79
7.6) Transmission de l'appel à un MR urgentiste 79
8) Classification des degrés d'urgence dans la régulation 79
Chapitre 2 : Etude statistique 80
I) Objectifs de l'étude 80
II) Matériel et Méthode 80
III) Résultats 82
1) Première partie des données 82
1.1) Caractéristiques de la population étudiée 83
1.1.1) Sexe 83
1.1.2) Âge 83
1.2) Caractéristiques des appels 84
1.2.1) Répartition horaire 84
1.2.2) Moyen d'appel 85
1.3) Répartition des différentes décisions prises par le médecin régulateur 85
1.3.1) La répartition des décisions en fonction du médecin régulateur 86
1.3.2) La répartition des décisions en fonction de l'âge 88
1.3.3) La répartition des décisions en fonction des symptômes ressentis 88
1.3.3.1) Regroupement des symptômes 88
1.3.3.2) Répartition des différentes décisions en fonction des orientations diagnostiques 90
1.3.4) Répartition des orientations diagnostiques en fonction des tranches d'âge concernées 91
1.4) Les différents degrés d'urgence en régulation médicale libérale 91
1.4.1) Répartition des degrés d'urgence 92
1.4.2) En fonction de l'âge 93
2) Enoncé de la deuxième partie des données 93
2.1) Taille de l'échantillon 93
2.2) Nombre de réponses recueillies 94
2.3) Opinion du médecin effecteur sur la justification de la visite à domicile 94
2.4) Concordance entre les symptômes évoqués par le médecin régulateur et le diagnostic posé par le médecin effecteur 94
2.5) Degrés d'urgence estimés par le médecin effecteur 95

IV) Discussion 96
1) Limites de l'étude 96
1.1) Au sujet de la période de recueil des données 96
1.2) Au sujet de la comparaison des informations relevées par le médecin régulateur et le diagnostic posé par le médecin effecteur 96
1.3) Au sujet des différents médecins effecteurs 96
1.4) Au sujet du moyen de recueil des données médicales 97
1.5) Au sujet du recueil des données auprès des médecins effecteurs 97
2) Concernant les résultats de la première partie des données 97
2.1) Au sujet des caractéristiques de la population analysée 97
2.2) Au sujet des caractéristiques des appels 98
2.2.1) La répartition horaire 98
2.2.2) Moyen d'appel 98
2.3) Au sujet des différentes décisions prises par le médecin régulateur 99
2.3.1) Les différentes décisions en fonction du médecin régulateur 99
2.3.2) Les différentes décisions en fonction des horaires d'appel 101
2.3.3) Les différentes décisions en fonction de l'âge du patient 101
2.3.4) Au sujet du regroupement des symptômes 102
2.3.5) Rôle du domaine médical dans la décision du médecin régulateur 103
2.3.6) Type de pathologie et âge 103
2.4) Au sujet des degrés d'urgence 104
3) Concernant les résultats de la deuxième partie des données 104
3.1) L'échantillon et le nombre de réponses recueillies 104
3.2) Opinion du médecin effecteur sur la justification de la visite à domicile 105
3.3) Concordance entre les symptômes évoqués par le médecin régulateur et le diagnostic posé par le médecin effecteur 106
3.4) Degrés d'urgence estimés par le médecin effecteur 107
4) Résumé des résultats 108
5) Remarques et propositions sur la PDS et sur la régulation médicale libérale 110
5.1) Concernant la permanence des soins en général 110
5.1.1) Un numéro national unique ? 110
5.1.2) Importance des campagnes d'information sur la PDS 110
5.2) Concernant l'acte de régulation 111
5.2.1) Définir des niveaux de gravité 111
5.2.2) Etablir un suivi de la prise en charge lors de l'envoi d'un médecin effecteur 111

CONCLUSION 112
BIBLIOGRAPHIE 113
INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES 118
ANNEXES 120

INTRODUCTION

Tous les patients ressentent le besoin d'être écoutés, entendus, reconnus. Cela s'applique particulièrement au malade qui appelle en urgence la nuit ou le week-end et qui a besoin d'une analyse rapide de ses symptômes. L'anxiété et la peur sont des facteurs qui font que la personne va exiger une réponse immédiate à son problème de santé.

C'est là tout le rôle de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) en offrant un accès à des soins médicaux lors de la fermeture des cabinets des médecins libéraux. Dans un contexte d'offre médicale en baisse et de demande de soins en hausse, la permanence des soins est en constante évolution. Depuis les grèves des gardes des médecins généralistes en 2002, une réflexion a été engagée sur sa réorganisation et, depuis 2003, les nouvelles dispositions règlementaires se succèdent.

La médecine libérale et le médecin généraliste sont au cœur de ce dispositif qui fait intervenir de nombreux acteurs médicaux et paramédicaux. Devant ce nombre important d'acteurs, il est indispensable de réceptionner et de trier les appels urgents ou considérés comme tels par les patients. C'est là qu'intervient la régulation des appels qui est le pivot de la permanence des soins ambulatoire et de l'aide médicale urgente.

La régulation médicale libérale est la première réponse aux patients pour tout ce qui n'est pas une urgence vitale, en mettant en œuvre tous les moyens disponibles : conseil médical, orientation vers la structure de soins la plus adaptée, envoi d'un médecin à domicile… Le médecin régulateur a donc la tâche difficile de prescrire le juste soin par téléphone et donc sans examiner le patient.

Nous avons souhaité en premier lieu étudier la corrélation entre les informations relevées par le médecin régulateur et le diagnostic posé par le médecin de garde au domicile du patient. Secondairement, il nous a paru intéressant d'analyser la cohérence des moyens engagés par rapport à la gravité constatée par le médecin de garde.

L'objet de cette thèse est également de décrire l'activité de régulation pour permettre de mieux comprendre le rôle central qu'elle occupe dans la permanence des soins libérale.

La première partie de notre travail présentera la PDS ainsi que ses différents acteurs et ceux des structures d'urgence. Nous détaillerons également les évolutions du cadre règlementaire de la PDS puis nous nous attarderons plus particulièrement sur la régulation médicale libérale. La seconde partie de notre travail concernera notre étude sur la fiabilité des informations transmises par le médecin régulateur lors de la prise en charge des patients. Nous essaierons enfin d'engager quelques réflexions sur la régulation médicale libérale et sur ses améliorations possibles.

CHAPITRE 1 :
LA PERMANENCE DES SOINS, ETAT DES LIEUX

La permanence des soins en médecine libérale est incontournable depuis toujours. Depuis sa réorganisation en 2003, au décours des grèves de garde des médecins généralistes libéraux de 2001-2002, elle est en constante évolution.

I) Le médecin généraliste : pivot de la permanence des soins

Le médecin généraliste est aujourd'hui le **spécialiste de premier recours** qui coordonne la prise en charge du patient, assure la synthèse, permet la continuité des soins dans le cadre d'un suivi au long cours et développe une démarche de santé publique. Il est **le « pivot » du parcours de soins**.

Il gère également tous les problèmes de santé aigus de chaque patient. Ces pathologies aigues peuvent être de véritables urgences ou être ressenties comme telles par les patients. Dans les deux cas elles nécessitent des soins et une prise en charge rapide. Le rôle du médecin généraliste est donc essentiel dans la prise en charge des urgences, aussi bien pour **améliorer la précocité et l'efficacité des interventions** que pour éviter les transferts inutiles en milieu hospitalier.

Les médecins généralistes ont donc toujours eu à gérer des demandes de soins non programmés que ce soit pendant ou en dehors des horaires d'ouverture de leurs cabinets. Soit le patient se présente en « urgence » au cabinet, soit le patient téléphone au médecin pour expliquer sa demande médicale urgente. Dans ce cas le médecin généraliste est amené à gérer une partie de ses demandes urgentes par téléphone. Ils ont donc un rôle primordial dans la permanence des soins ambulatoire dont la régulation téléphonique fait partie.

Selon l'enquête menée par la DREES en octobre 2004 auprès de 1400 médecins de ville, **les recours urgents ou non programmés constituent 12% de l'activité totale des médecins libéraux**. *(1)*

Les résultats montrent que ces recours concernent particulièrement les enfants de moins de 13 ans (22%) et des adultes de 25 à 45 ans (26%). Le diagnostic principal diffère en fonction de l'âge des patients : maladie infectieuse pour les enfants et les jeunes adultes, rhumatologie et cardiologie pour les personnes âgées. 5% des recours urgents débouchent sur une hospitalisation.

18% de cette activité urgente ont lieu en dehors des heures d'ouverture de cabinet. Gérer ces demandes urgentes est le rôle de la permanence des soins libérale dont les médecins généralistes sont les acteurs centraux.

Médecin généraliste = spécialiste de premier recours prenant en charge des urgences vraies ou ressenties comme telles par les patients et **pivot de la permanence des soins**

II) La permanence des soins (PDS) : organisation générale

1) Définition de la PDS

La permanence des soins peut se définir comme « une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés exprimées par les patients. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant ». *(2)*

Elle ne doit pas être confondue avec :

- *la continuité des soins* (le médecin s'assure, avant de s'absenter, que ses patients pourront être pris en charge par un confrère) ;
- *la coordination des soins* (le médecin transfère la prise en charge de son patient vers un collègue lorsque la situation médicale du patient le nécessite) ;
- *l'aide médicale urgente* (AMU) qui elle relève des services des urgences avec intervention de médecins formés à l'urgence : Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU), Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), médecins correspondants du SAMU…

En clair, elle permet aux patients d'avoir accès à un médecin de permanence et donc à des soins médicaux lors des horaires de fermeture des cabinets des médecins libéraux. Quel que soit le jour et quelle que soit l'heure, un patient peut vouloir avoir accès, de manière urgente, à un médecin. Même si le ressenti du patient et l'urgence réelle ne sont pas toujours corrélés, il est important de prendre en compte ces appels pressés et d'offrir aux patients la prise en charge la plus adaptée à leur demande.

Les « demandes de soins non programmés » sont vastes, allant de la simple demande de conseil médical concernant un traitement par exemple, à l'urgence vraie nécessitant la mise en place de moyens médicaux immédiats. Une prise en charge adaptée peut mettre en jeu de nombreux intervenants comme les médecins régulateurs, les médecins effecteurs sur le terrain, les services d'urgences, les transports sanitaires…

Face à ce nombre important d'acteurs médicaux et paramédicaux, on comprend le rôle central de la régulation médicale libérale dans l'organisation de la PDS. Les médecins

régulateurs réalisent un véritable tri des appels et jugent de la gravité de la situation pour ensuite décider de la meilleure prise en charge pour le patient.

Permanence des Soins (PDS) = accès à des soins médicaux lors de la fermeture des cabinets des médecins libéraux

Intervention de nombreux acteurs médicaux et paramédicaux dans la PDS => **rôle central de la régulation médicale libérale**

2) Historique de la réorganisation de la PDS

2.1) La grève des gardes des médecins généralistes

Jusqu'en 2001, le système de garde est organisé de manière très variée sur tout le territoire. Certains médecins assurent seuls les gardes pour leur patientèle tous les jours, d'autres participent à des tours de garde organisés. Les appels sont réceptionnés par le médecin lui-même ou par un tiers. Aucun tri des appels n'est donc effectué.

C'est le code de déontologie médical qui constitue le principal texte organisant la PDS en 2001 : « c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. Le Conseil de l'Ordre peut néanmoins accorder des exemptions… ».

En novembre 2001, les médecins généralistes entament une grève illimitée des gardes de nuit. Celle-ci touchera les gardes de week-end et se prolongera jusqu'en juin 2002. Tous les appels sont alors redirigés vers le 15 et les urgences vont rapidement être submergées.

Les médecins généralistes demandent une revalorisation de leurs actes surtout en visite et lors de leurs gardes. Ils veulent également que leur participation à la PDS ne soit plus une obligation déontologique mais une action basée sur le volontariat et qu'elle soit reconnue comme mission de service public.

La revalorisation des actes et un engagement de réflexions sur l'organisation de la PDS fera cesser le conflit en juin 2002. Il aura duré 7 mois.

2.2) Le rapport DESCOURS : mission de réflexion sur la PDS

Suite à cette période de crise de la médecine générale, le gouvernement a confié à Charles DESCOURS, sénateur honoraire, une mission de réflexion sur la PDS.

Ce rapport a été remis à M. MATTEI, ministre de la santé, le 22 janvier 2003 et constitue le point de départ de la nouvelle organisation de la PDS.

Il est précisé que la PDS « n'est pas la continuité des soins » et que celle-ci doit être « médicalement régulée ». La notion de réseau apparaît pour la première fois ainsi que le terme de « mission d'intérêt général ». *(2)*

Un autre point important demandé par les médecins généralistes va être pris en compte : le principe du volontariat. Ce qui ne remet pas en cause l'article 47 du code de déontologie médicale c'est-à-dire que le médecin qui ne participe pas à la PDS doit, au titre du principe de la continuité des soins, s'assurer que ses patients seront bien pris en charge en cas de problème aigu de santé.

Le CODAMU devient le CODAMUPS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et des transports sanitaires) dont le rôle sera de débattre et d'organiser au plan local la PDS, d'élaborer le cahier des charges départemental. Nous détaillerons dans un paragraphe suivant l'organisation et le rôle du CODAMUPS.

D'autres points vont être débattus : la régulation des demandes avec centralisation par un numéro unique, la formation des permanenciers et des médecins régulateurs, la sectorisation, la mise en place de campagnes d'informations pour les usagers.

Le rapport Descours pose donc les bases de la nouvelle organisation de la PDS et ses propositions vont être utilisées par la suite dans les dispositions réglementaires du Code de Santé Publique et du Code de Déontologie Médicale.

2.3) Une évolution inévitable de la PDS

La PDS doit être appréhendée dans une période d'évolution de la demande de soins : une démographie médicale en baisse, avec aussi une inégalité de la répartition des médecins sur le territoire, et un vieillissement de la population qui ne fait qu'accroître la demande de soins *(3)*. Les attentes des usagers évoluent également avec une demande médicale urgente qui est de plus en plus importante *(4)* conduisant les patients à vouloir consulter rapidement un médecin et aller, encore trop souvent, aux urgences.

L'évolution de notre société, du côté des médecins (baisse de la démographie médicale, nouvelles aspirations professionnelles avec une pratique différente pour une meilleure qualité de vie) ou du côté de la population en général (vieillissement de la population,

attentes plus importantes des patients…) explique les nécessaires adaptations de l'exercice professionnel et en particulier de la PDS.

EN RESUME

Réorganisation de la PDS suite à la grève des gardes de médecine générale en 2002.

Le rapport DESCOURS en 2003 pose les bases de la nouvelle organisation de la PDS que nous connaissons aujourd'hui.

Evolution inévitable de la PDS dans un contexte d'évolution sociétale du côté des médecins et de la population générale.

3) Les acteurs de la permanence des soins et des secours d'urgence

La permanence des soins englobe deux univers complémentaires : les services d'urgences (essentiellement hospitalier), les services d'astreintes libérales (régulateurs, effecteurs). Ces deux ensembles coexistent pour des niveaux d'intervention différents entre la médecine de ville et une médecine d'urgence correspondant à l'Aide Médicale Urgente (AMU) et nécessitant des moyens spécifiques.

3.1) Les intervenants du service public en dehors de l'hôpital : le Service d'Incendie et de Secours (SIS)

3.1.1) Compétences

Dans le cadre de ses compétences, le SIS exerce les missions suivantes *(5)* :

- la prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile ;
- la préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours ;
- la protection des personnes, des biens et de l'environnement ;
- les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation.

Le secours à personne, qui représente la majorité des interventions, consiste en la mise en sécurité des victimes, la pratique de gestes de secourisme, le déclenchement d'une aide médicale urgente si elle est nécessaire, l'évacuation des victimes vers un lieu d'accueil approprié.

Le SIS permet donc d'assurer les premiers secours, première étape de l'AMU (Aide Médicale Urgente), en disposant ou non d'un VSAV (Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes). Cette réponse peut se faire à la demande du CTA (Centre de Traitement des Appels, ou centre 18) ou du CRRA (Centre de Réception et de Régulation des Appels). Ils seront ou non secondés par l'équipe médicale du SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) en fonction de l'état de la victime.

3.1.2) Régulation des appels

Les appels passés au 18 sont régulés par le CTA qui est une plateforme de réception des appels téléphoniques. Le CTA et le CRRA sont interconnectés de manière à coordonner efficacement les équipes du SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) et du SIS.

3.1.3) Les médecins sapeurs-pompiers (MSP)

Les MSP du SSSM (Service de Santé et de Secours Médical) des sapeurs-pompiers concourent à l'AMU et font ainsi partie du dispositif des urgences. Ils peuvent donc, sous la responsabilité du SIS, constituer un relai compétent et apte à prendre en charge des victimes dans le cadre de l'urgence.

Ils sont envoyés sur régulation du CTA et parfois à la demande initiale du CRRA pour une prise en charge médicale précoce.

3.2) Les intervenants hospitaliers

3.2.1) Les services d'urgence

3.2.1.1) Présentation

Les urgences sont un service hospitalier chargé d'accueillir et de prendre en charge les malades et les blessés se présentant spontanément ou amenés par des ambulances ou véhicules de prompt-secours des sapeurs-pompiers. Le rôle d'une structure d'urgence est accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale.

Avant 2006, plusieurs types de structures d'urgences se distinguaient *(4)* :

- **les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU)** potentiellement capables de traiter tous les types d'urgence, installés dans des établissements comportant des services ou unités de réanimation, médecine polyvalente ou médecine interne, médecine à orientation cardio-vasculaire, médecine pédiatrique, anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale, y compris gynécologique (article R6123-2 du Code de Santé Publique) ;

- **les pôles spécialisés (POSU)** capables de prendre en charge des urgences lourdes, mais seulement sur des spécialités spécifiques, ou installés dans des établissements prenant en charge de façon prépondérante des enfants (article R6123-4 du Code de Santé Publique) ;

- **les unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU)** qui doivent traiter les cas les plus simples, mais orienter, vers d'autres structures, les patients dont l'état nécessite des soins qu'elles ne peuvent assurer ; l'établissement doit disposer au minimum d'une unité d'hospitalisation complète de médecine (article R6123-5 du Code de Santé Publique).

Depuis 2006, le cadre réglementaire de prise en charge des urgences a été modifié.
Les notions d'UPATOU et de SAU sont supprimées, les services s'appellent désormais « structures des urgences » (décrets du 22 mai 2006).

3.2.1.2) Les urgences : un reflet de la demande médicale urgente

Le nombre d'entrées dans les services d'urgences hospitalières est en constante augmentation *(4).*

Une étude de la DREES concernant l'activité des services d'urgences publiée en septembre 2006 *(4)* montre que les unités d'accueil et de traitement des urgences ont enregistré **14 millions de passages en 2004 contre 7 millions en 1990** dans un contexte de forte progression de la demande de soins non programmée depuis la fin des années 80, et une inflexion en 2003 (+4 % de 1996 à 2003 et +2,8 % en 2003). Cette situation est paradoxale car ces passages ne correspondent pas le plus souvent à des urgences vitales ou graves puisque les hospitalisations après un passage aux urgences concernent 25% des patients en 2004. C'est-à-dire qu'en moyenne **75% des patients ne sont pas hospitalisés** et rentrent à domicile.

Pour tenter d'expliquer l'augmentation du nombre de ces passages aux urgences, plusieurs hypothèses ont été discutées, notamment celle des changements du comportement des usagers au cours du temps, avec une forte augmentation des demandes pour des soins non urgents et pour des patients venus sur leur propre initiative, non adressés par un professionnel de santé de ville (médecin généraliste ou spécialiste).

Ce nombre d'entrées importantes engendre la saturation de certains services d'urgence ce qui entraine des délais d'attente longs et une inadéquation de la demande qui relève de soins courants et non de soins hospitaliers. C'est là que se doit d'intervenir la permanence des soins ambulatoire en prenant en charge des demandes de soins courants.

3.2.2) Le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente)

Le SAMU est un service hospitalier ayant pour but :

«de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les SIS » *(6).*

3.2.2.1) Rôles

Les rôles du SAMU sont les suivant *(7)* :

- assurer une **écoute médicale** permanente à partir du CRRA. Le numéro attribué à ce service est un numéro simple, gratuit et valable dans toute la France : le 15

- **déclencher** dans les meilleurs délais la réponse la mieux adaptée à la demande d'aide médicale urgente, du conseil médical à l'engagement du SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation)

- **s'assurer** de la bonne prise en charge des patients par les moyens engagés, du lieu de la prise en charge jusqu'au service receveur

- **vérifier** la disponibilité des moyens publics d'hospitalisation ou privés adaptés à l'état clinique du patient dans le respect du libre choix du patient, de sa famille voire de son médecin traitant

- **veiller** à l'admission du patient dans un établissement de santé

- **intervenir** dans la **formation** aux soins d'urgence des personnels participant de façon permanente ou temporaire aux secours médicaux d'urgence et aux transports sanitaires par l'intermédiaire du CESU (Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence).

3.2.2.2) La régulation médicale de l'AMU

On peut définir la régulation comme un acte médical dont le principe repose sur la réception et la gestion de tout appel à caractère d'urgence ou vécu comme tel. Elle débute dès la réception d'un appel et se termine à la fin de la mission du moyen déclenché.

Les SAMU assurent donc la régulation médicale des situations d'urgence ou de l'AMU au sein un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) *(8)*.

Le but de la régulation médicale est d'apporter une réponse médicale adaptée à la demande d'un patient à n'importe quelle heure du jour et de la nuit. Cette réponse peut aller du simple conseil téléphonique au déclenchement de moyens médicalisés via le SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation).

Lorsque l'appel, considéré comme un secours à personne, parvient au centre de traitement des alertes du SIS, il bénéficie de la régulation médicale du SAMU grâce à une interconnexion entre les deux centres de réception. *(9)*

La régulation médicale de l'AMU fait intervenir plusieurs acteurs : les médecins régulateurs et les PARM (Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale). La communication est initialement prise par le PARM, chargé de récupérer les coordonnées précises de l'appelant ainsi que le motif d'appel. Cette communication est ensuite transférée au médecin régulateur (médecin urgentiste) qui, après avoir réalisé une « analyse sémiologique de la détresse » détermine le moyen le plus adapté pour répondre à la demande de l'appelant.

3.2.2.3) Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation : le SMUR

Service Mobile d'Urgence et de Réanimation, le SMUR est un service hospitalier mobile. Il est basé sur l'hôpital référent et achemine, sur demande du SAMU, l'assistance médicalisée sur les lieux d'où provient la demande d'aide médicale urgente. Il assure la prise en charge, le diagnostic, le traitement et le transport des patients en situation d'urgence médicale.

C'est le moyen extrême pouvant être déclenché par le médecin régulateur, en cas de détresse vitale. L'équipe de ce service est composée d'un médecin urgentiste, d'un infirmier et d'un conducteur ambulancier. Le SMUR est doté d'un matériel de réanimation complet.

3.2.2.4) Les médecins correspondants du SAMU

Les médecins correspondants du SAMU participent à l'aide médicale urgente et font donc partie, à titre complémentaire des moyens publics compétents, du réseau des urgences.

Cette organisation permet de disposer de relais compétents et formés afin de réduire les délais de réponse à l'urgence par une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée du SMUR systématiquement déclenché. Elle est définie par l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du SAMU et la circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

Le dispositif des médecins correspondants du SAMU a vocation à se développer dans les zones isolées où l'intervention du SMUR n'est pas compatible avec le délai nécessaire à une situation médicale d'urgence.

3.2.2.5) Les plateaux techniques et services hospitaliers

Ceux-ci sont en relation avec le SAMU dans le but d'une admission des patients la plus rapide possible.

3.2.2.6) Les réseaux de périnatalité

Ils comprennent les sages-femmes et les médecins néonatalogistes puisque les interventions du SAMU couvrent également les urgences liées à la grossesse ou à l'accouchement.

3.3) Les intervenants libéraux

La permanence des soins est assurée par les médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins. Elle peut également être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique (35).

Le conseil départemental de l'ordre des médecins atteste de la capacité de ces derniers à participer à la permanence des soins et en informe l'agence régionale de santé (ARS). Cette participation est formalisée par une convention entre le médecin et le directeur général de l'agence régionale de santé, transmise au conseil départemental de l'ordre des médecins.

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

3.3.1) La régulation médicale libérale

La définition de la régulation médicale libérale reste, tout comme celle de l'AMU, un acte médical dont le principe repose sur la réception et la gestion de tout appel à caractère d'urgence ou vécu comme tel.

Mais contrairement à l'AMU, elle gère tous les appels qui ne sont pas des urgences vitales. Les médecins régulateurs sont des médecins généralistes libéraux qui assurent une réponse médicale adaptée pendant la fermeture des cabinets médicaux. Tous les moyens disponibles sont mis en œuvre pour assurer la meilleure prise en charge aux patients : conseil, consultation téléphonique, orientation vers la structure de soins adaptée et disponible, envoi d'un médecin de proximité…

La régulation libérale doit être organisée au niveau départemental. Elle peut être soit intégrée au SAMU, soit distincte du SAMU mais présente dans ses locaux avec éventuellement un numéro spécifique. S'il n'y a pas de numéro spécifique, c'est le 15 qui relai les appels concernant la PDS libérale.

En 2006, 45 millions d'habitants bénéficient de la couverture par une régulation médicale libérale régionale *(10).*

La régulation médicale libérale a un rôle fondamental dans le dispositif de PDS. C'est en quelque sorte le « chef d'orchestre » du dispositif de PDS qui doit décider en un temps très bref du meilleur moyen disponible en réponse à une demande médicale.

3.3.2) Les associations d'urgentistes de ville : exemple de SOS Médecins

Selon une enquête menée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) au cours du mois d'octobre 2004, les visites des médecins exerçant au sein d'une association d'urgentistes de ville, telle que SOS Médecins ou Urgences Médicales de Paris, représentent 5 % des recours urgents ou non programmés à la médecine générale (1).

3.3.2.1) Historique

SOS Médecins a été créé en juin 1966 par le Dr LASCAR. Depuis, SOS MÉDECINS France représente une soixantaine d'associations.

3.3.2.2) Organisation et chiffres nationaux

C'est un réseau d'urgences libéral et de PDS en France composé de médecins généralistes et urgentistes. Les patients peuvent contacter SOS médecins soit directement soit via la régulation médicale libérale. Les médecins interviennent à domicile (il n'y a pas de cabinet médical) 24h/24.

62 associations sont réparties sur le territoire (métropole et outre-mer).

En 2009, SOS médecins a traité 4 millions d'appels et a réalisé 2,5 millions d'interventions à domicile ou de consultations. 60 % des actes sont réalisés la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. Ils assurent 70 % de la couverture libérale de la permanence de soins en milieu urbain et péri-urbain. *(11)*

92% des déplacements d'urgentistes sont motivés par des affections aigues. Trois recours sur cinq se concluent par une orientation du patient vers un médecin généraliste ou spécialiste, et près d'un sur dix par une hospitalisation *(12).*

3.3.3) Les centres de consultations non programmées : les maisons médicales de garde (MMG)

D'après la circulaire du ministère de la santé du 23 mars 2007, une maison médicale de garde, ou MMG, se définit comme « un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée » *(13).*

L'accueil des patients se fait sans discrimination, sans prise de rendez-vous et les soins y sont dispensés sous forme de consultations.

Au 1er janvier 2008 on dénombre 238 MMG *(14).*

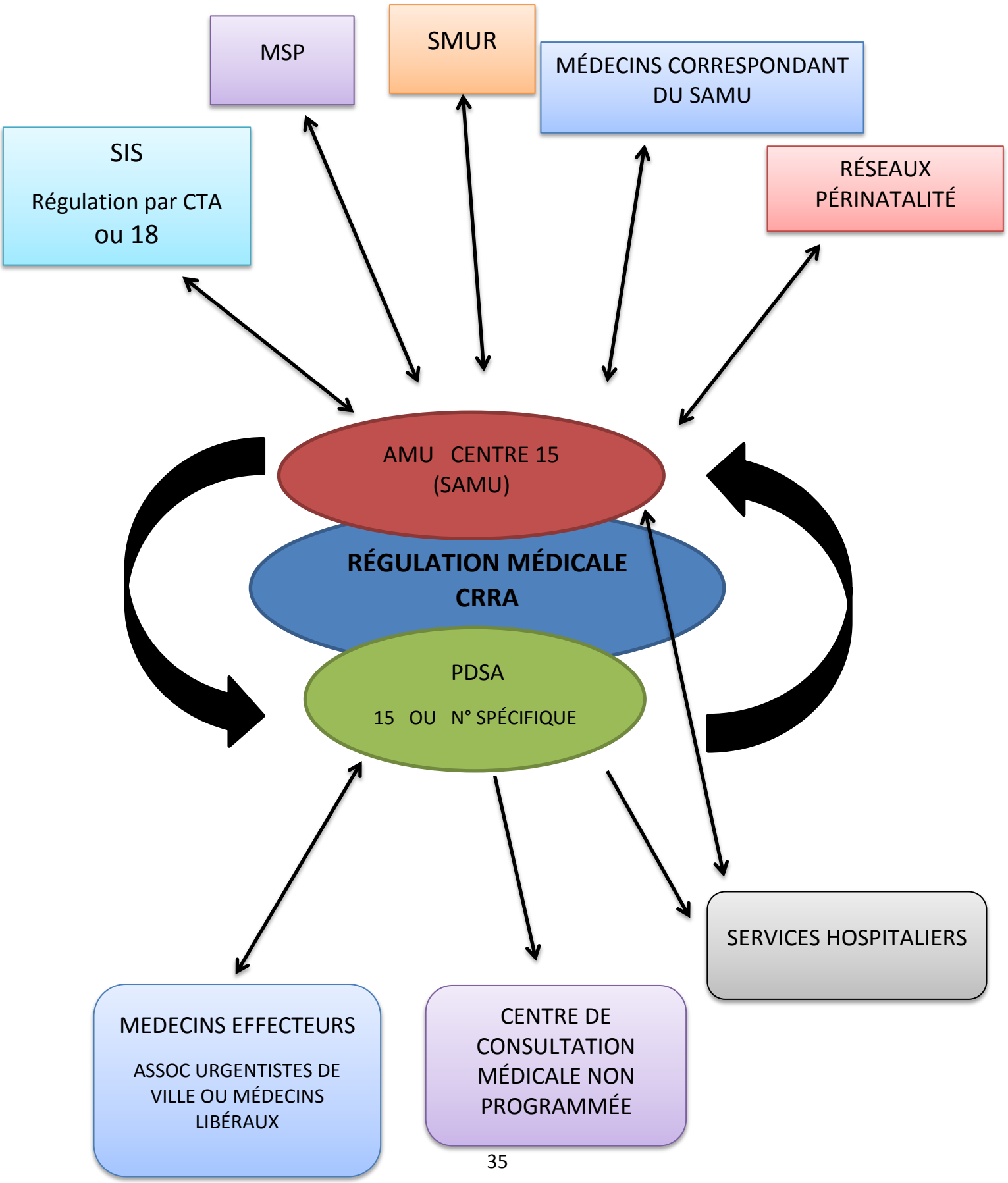
Ces MMG font partie intégrante de la PDS en maintenant le patient dans le système de la médecine de ville. Elles permettent d'éviter le recours systématique aux urgences hospitalières.

3.3.4) Médecins généralistes effecteurs

Les médecins généralistes d'astreinte peuvent faire partie d'une association d'urgentistes de ville ou exercer en cabinet libéral.

Indispensables au fonctionnement de la PDS, les médecins généralistes effecteurs reçoivent les patients dans leur cabinet ou se rendent au domicile des patients lorsque le déplacement de ceux-ci est impossible. S'ils font partie d'une association d'urgentistes de ville, ils se déplacent systématiquement au domicile du patient. Les médecins sont prévenus préalablement par la régulation médicale libérale du motif de consultation.

LES ACTEURS DE LA PERMANENCE DES SOINS ET DES SECOURS D'URGENCE



4) La PDS dans les autres pays européens

Le principe n'est pas de mener une étude comparative des politiques publiques en matière de PDS. Il est simplement intéressant de voir que l'organisation française fondée sur le volontariat est en quelque sorte pionnière et diffère d'une partie des systèmes en vigueur dans les autres pays européens, où la permanence des soins reste une obligation pour la quasi-totalité des médecins.

Par exemple, En Allemagne et Belgique, tout médecin libéral relevant de l'assurance sociale y est assujetti ; de même, tout médecin employé sous le contrat de service public de base en Espagne doit assurer un minimum de gardes de 50 heures par mois, dont 12 durant les fins de semaine *(*15*).*

En Suède, tous les médecins employés par le secteur public, y compris les spécialistes, participent à la fourniture de services de permanence des soins de manière obligatoire ; pour les médecins du secteur privé, qui sont minoritaires, tout dépend du contrat avec le Conseil de comté. En revanche l'Italie a choisi de professionnaliser la PDS en la confiant à un corps médical particulier composé surtout de jeunes médecins (15).

5) Organisation de la PDS et des structures d'urgence en Lorraine

5.1) Le contexte démographique médical et général lorrain

5.1.1) Les médecins généralistes lorrains

Entre le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2009, dix-neuf régions sur vingt-deux enregistrent une baisse des effectifs inscrits au Tableau de l'Ordre. La région Lorraine, avec une **baisse de 5,5%**, connaît la décroissance la plus significative (16).

Au 1er janvier 2009, 4317 médecins généralistes sont inscrits au tableau de l'Ordre. Ils représentent 51% des effectifs. 76% des médecins généralistes exercent leur profession en activité régulière *(*16*).*

Agés en moyenne de 50 ans, les libéraux exclusifs représentent 61% des effectifs de médecins généralistes inscrits au Tableau de l'Ordre tandis que 8% des nouveaux entrants choisissent ce mode d'exercice *(*16*).*

La médecine générale libérale est très largement représentée par les hommes (74% d'hommes pour 26% de femmes).

Le Tableau 1 illustre les caractéristiques des médecins généralistes lorrains. Ceux-ci ont en moyenne 51 ans mais 38% ont plus de 55 ans.

Tableau 1: Caractéristiques des médecins généralistes lorrains

	Densité pour 100 000 habitants	Age moyen	> 55 ans	Part femmes
Meurthe-et-Moselle	93	51	33%	31%
Meuse	63.9	52	48%	13%
Moselle	83.3	51	38%	25%
Meuse	77.5	52	46%	22%
Lorraine	83.7	51	38%	26%
Métropole	90.7	52	42%	29%

Source : CNOM. Atlas de la démographie médicale en région lorraine. 2009

D'autre part les médecins généralistes souhaitent des conditions d'exercice différentes. Le dévouement total du médecin aux patients, avec une disponibilité permanente, est de moins en moins repérable dans les pratiques de travail des jeunes généralistes par rapport aux anciennes générations. Les jeunes médecins aspirent à une pratique différente de leurs aînés et cherchent actuellement une meilleure qualité de vie leur permettant de bénéficier d'une vie familiale et privée en dehors de leur temps de travail.

Les médecins veulent donc adapter leurs conditions d'exercice avec par exemple :

- Un exercice salarié / mixte
- Une pratique collective : le nombre de médecins déclarant travailler en groupe est passé de 43% en 1998 à 54% en 2009 *(45)*

La Lorraine doit donc faire face à une population de médecins généralistes en décroissance et vieillissante. Les jeunes médecins souhaitent travailler différemment et concilier vie privée et vie professionnelle. Acteurs pivots de la permanence des soins, l'organisation de celle-ci doit prendre en compte ces changements et s'adapter à ces évolutions sociétales.

5.1.2) La population lorraine : projection en 2040

5.1.2.1) Vieillissement de la population lorraine

D'après les études statistiques de l'Insee, si les tendances démographiques récentes se poursuivaient, la population de la Lorraine passerait de 2,34 millions d'habitants en 2007 à 2,39 millions en 2040, soit une augmentation de 2% sur la période.

La Figure 1 illustre cette projection de l'évolution de la population en Lorraine sur la période 2007-2040.

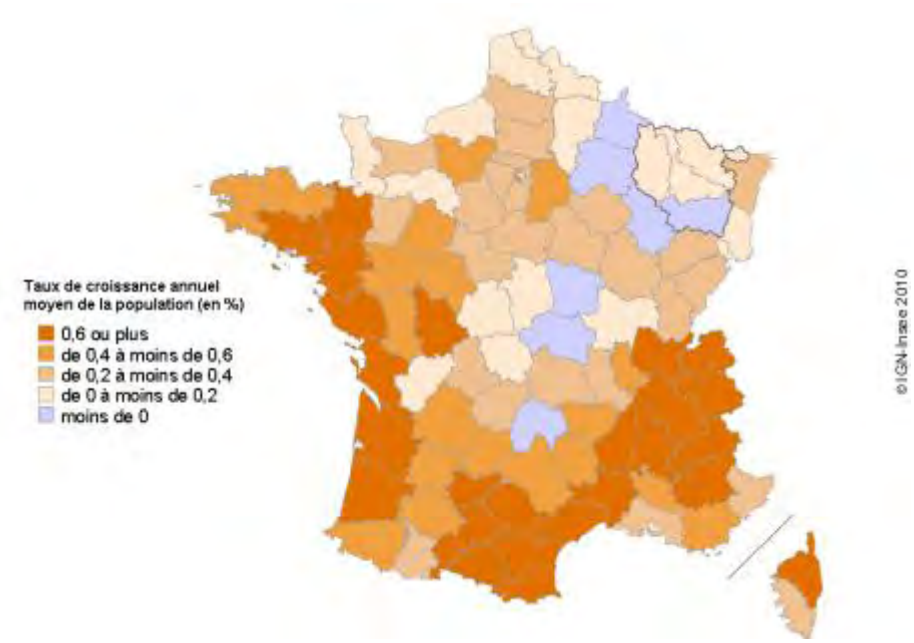


Figure 1: Projection de l'évolution de la population en Lorraine de 2007 à 2040

Source : INSEE. Modèle Omphale

Quel que soit le scénario envisagé, la population lorraine est appelée à vieillir. Dans l'hypothèse centrale, l'âge moyen en Lorraine passerait de 39 à 45 ans entre 2007 et 2040. Ce vieillissement serait un peu plus soutenu qu'au niveau national (de 39 à 43,7 ans). Les régions les plus jeunes en 2007 le resteraient en 2040, la Lorraine en position médiane ne faisant pas exception.

En 2040, près d'un Lorrain sur trois aurait plus de 60 ans, contre un sur cinq en 2007. Le passage aux âges avancés des personnes nées entre 1945 et 1965 ne serait pas la cause unique de ce changement de répartition, la baisse des naissances et le départ des jeunes y contribuant également (baisse de 13% des 20-59 ans). **La proportion des plus de 80 ans doublerait** pour atteindre 10% de la population en 2040, soit 237 000 personnes (3). La Figure 2 permet de visualiser les différentes tranches d'âge de la population lorraine avec projection en 2020, 2030 et 2040.

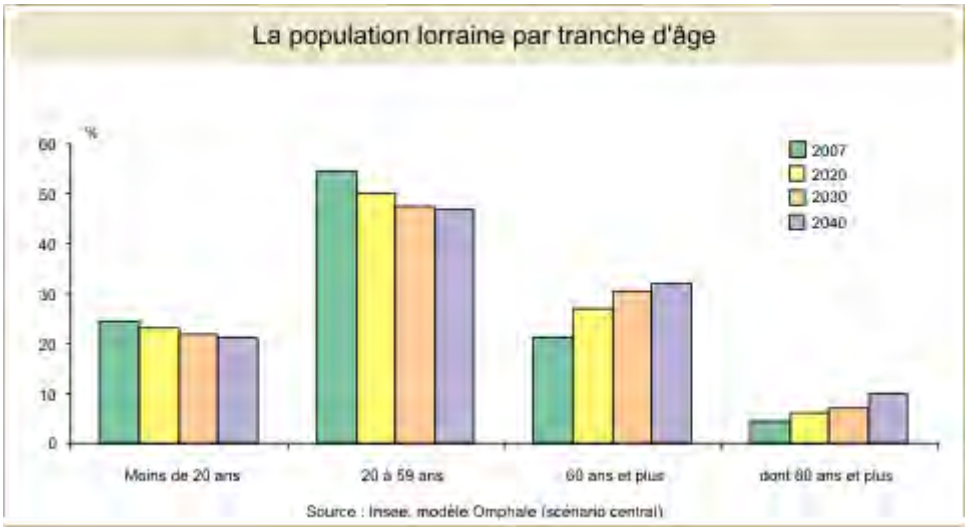


Figure 2: La population lorraine par tranche d'âge

Source : INSEE 2007

Dans ses échanges migratoires avec les autres régions, la Lorraine est déficitaire depuis 1990. Après une longue période de stagnation, la région a renoué avec la croissance démographique, en gagnant 3700 habitants *(3)* chaque année depuis 1999. Mais cette évolution est très inférieure à celle constatée au niveau national et n'est alimentée que par le solde naturel excédentaire, qui compense un solde migratoire négatif.

Le Tableau 2 illustre bien l'évolution de la population lorraine depuis 1999 avec une croissance modérée.

Tableau 2: Evolution de la population lorraine depuis 1999

	Meurthe-et-Moselle	**Meuse**	**Moselle**	**Vosges**	**Lorraine**	**France**
1999 (a)	714.295	192.443	1.023.763	381.154	2.311.655	58.496.613
2007	726.592	193.962	1.039.023	380.304	2.339.881	61.795.550
2008 (p)	727.500	194.000	1.039.500	380.000	2.341.000	62.131.000
2009 (p)(b)	nb	nd	nd	nd	2.342.000	62.469.000

Source : INSEE, recensement de la population 1999, 2007, estimation de population 2008 et 2009

(a) Données du recensement 1999 rétropolées au 1er janvier, (b) données départementale non disponibles

5.1.2.2) Augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques

Une des conséquences du vieillissement de la population va être l'augmentation de la prévalence et de l'incidence des maladies chroniques.

Au 31 décembre 2009, 8.6 millions de personnes présentent au moins une des 30 ALD (Affection Longue Durée) soit 15% des assurés au régime général. La progression par rapport à 2004 est nette avec 6.4 millions de personnes en ALD soit 12% des assurés. Depuis 2007, on compte en moyenne 300 000 bénéficiaires de plus chaque année. *(*17*)*

La population va donc présenter des pathologies chroniques plus fréquentes et en conséquence modifier la demande de soins. En effet, un patient présentant un problème aigu et ayant dans ses antécédents une ou plusieurs maladies chroniques ne va pas nécessiter la même prise en charge qu'un patient sans antécédent.

Ceci engendre inévitablement de nouveaux besoins notamment en termes de coordination, d'information, d'éducation mais aussi de permanence des soins.

CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE LORRAIN

La population lorraine est appelée à vieillir : d'après l'INSEE, **en 2040, un français sur trois aura plus de 60 ans et un sur six aura plus de 75 ans**.

Cette population vieillissante va engendrer des pathologies plus nombreuses et plus lourdes à prendre en charge et donc accroître la demande de soins. Avec une population de médecins généralistes en décroissance, cela aura et a déjà un effet sur la permanence des soins qui doit s'adapter à cette demande de soins en augmentation.

5.2) Les structures d'urgence en Lorraine (18)

En Meurthe et Moselle

- ✓ ***Le SAMU 54*** situé à Nancy à l'hôpital central du CHU de Nancy en liaison avec 6 SMUR (Nancy, Toul, Lunéville, Pont à Mousson, Briey et Mont St Martin) plus un SMUR pédiatrique et un SMUR néonatal à vocations régionales
- ✓ ***1 structure des urgences (ancien SAU)*** à l'hôpital Central de Nancy
- ✓ ***1 structure des urgences pédiatriques (ancien POSU pédiatrique)*** situé au CHU de Nancy à Brabois
- ✓ ***6 structures des urgences (anciens UPATOU)*** *à* Toul, Lunéville, Pont-à-Mousson, Briey, Mont St Martin et à la clinique de Gentilly de Nancy

Dans les Vosges

- ✓ ***Le SAMU 88*** situé au centre hospitalier d'Epinal en liaison avec 4 SMUR (Épinal, Neufchâteau et son antenne de Vittel, Remiremont et Saint-Dié)
- ✓ ***1 structure des urgences (ancien SAU)*** situé au centre hospitalier (CH) d'Épinal
- ✓ ***3 structures des urgences (anciens UPATOU)*** à Remiremont, Saint-Dié et Neufchâteau

En Meuse

- ✓ ***Le SAMU 55*** situé au centre hospitalier de Verdun en liaison avec 2 SMUR (Verdun et Bar-le-Duc)
- ✓ ***1 structure des urgences (ancien SAU)*** au CH de Verdun
- ✓ ***1 structure des urgences*** (ancien UPATOU) au CH de Bar-le-Duc

En Moselle

- ✓ ***Le SAMU 57*** situé à Metz à l'hôpital Bon-Secours du CHR Metz-Thionville en liaison avec 6 SMUR (Metz, Thionville, Forbach, Saint-Avold, Sarreguemines et Sarrebourg)
- ✓ ***3 structures des urgences (anciens SAU)*** situés à Metz Hôpital Bon-Secours, à Thionville Hôpital Bel-Air et à Forbach à l'hôpital Marie-Madeleine
- ✓ ***4 structures des urgences (anciens UPATOU)*** situés à la Clinique Claude Bernard de Metz, à Hospitalor à Saint-Avold, Sarreguemines et Sarrebourg
- ✓ ***1 hôpital militaire*** à savoir l'HIA Legouest de Metz

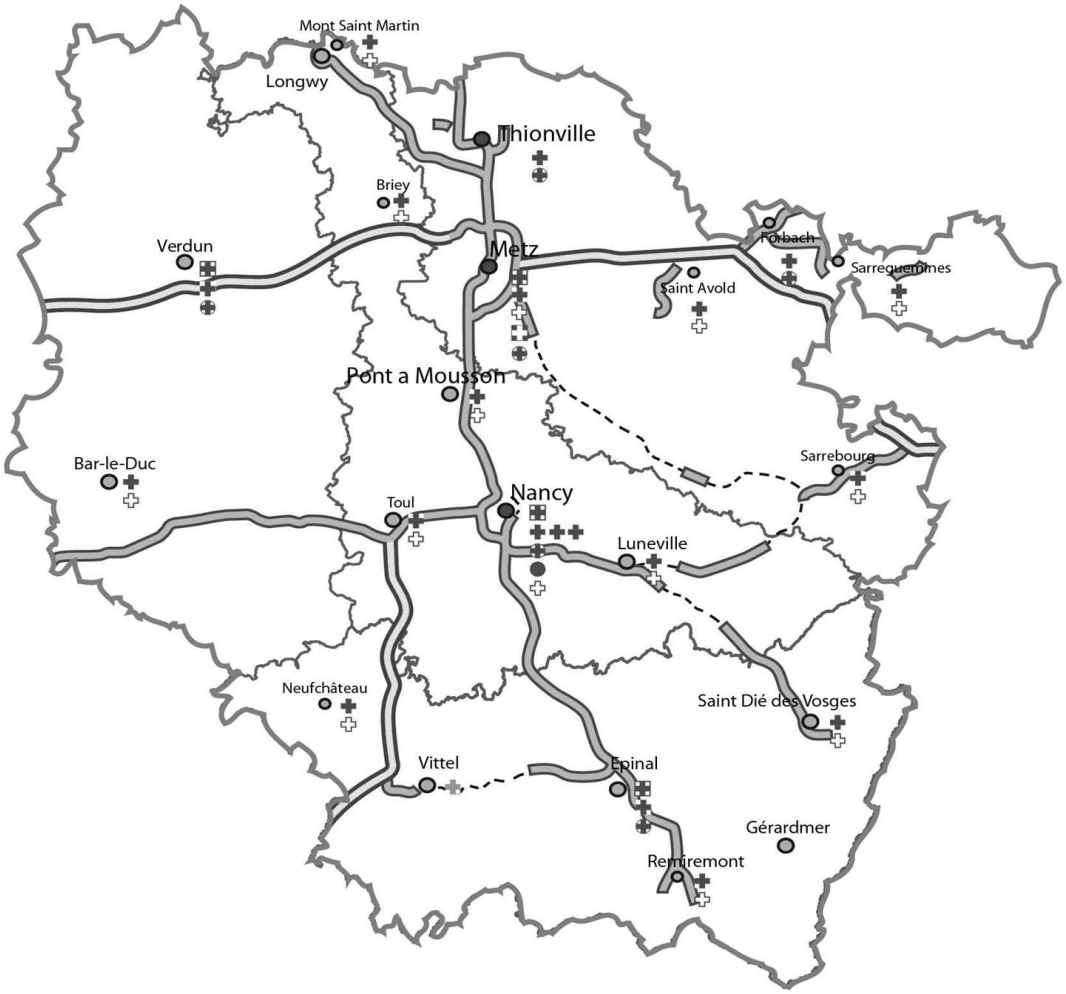
Pour les quatre départements :

1 hélicoptère à vocation régionale, financé par l'ARS de Lorraine et dont la médicalisation est assurée par des médecins urgentistes issus des quatre départements de la région.

Au total

La Lorraine comprend 4 SAMU, 20 SMUR dont 1 pédiatrique et 1 néonatal, 21 structures des urgences (6 SAU, 14 UPATOU dont 2 privées et 1 POSU pédiatrique), 1 hélicoptère (**Figure 3**).

Figure 3: Localisation des structures d'urgence en Lorraine



Source : Etude 2010 concernant la permanence des soins en Lorraine réalisée pour l'URPS médecins de Lorraine

Légende

SAMU SMUR UPATOU SAU

POSU Hôpital militaire

5.3) Le service d'accueil des urgences (SAU) de Nancy : quelques chiffres

Le SAU de Nancy fait partie des grandes unités d'urgences et les statistiques sont proches des chiffres nationaux.

En 2009, le SAU de Nancy a comptabilisé 41557 entrées et 42733 en 2010 soit une augmentation de 3% en un an. En moyenne, on compte 117 entrées par jour *(19).*

Pourtant **71% des patients passant par ce service ne sont pas hospitalisés** et rentrent à domicile *(19).*

58% des patients sont adressés aux urgences après avis médical (médecin libéral traitant ou non, médecin hospitalier, SOS médecin, SAMU, centre 15, urgence interne) ou amené par la police. Ce qui signifie que 42% des patients se présentant aux urgences viennent d'eux-mêmes sans avis médical préalable. Ces patients ne nécessitent pas tous d'être pris en charge par une structure hospitalière *(19)*.

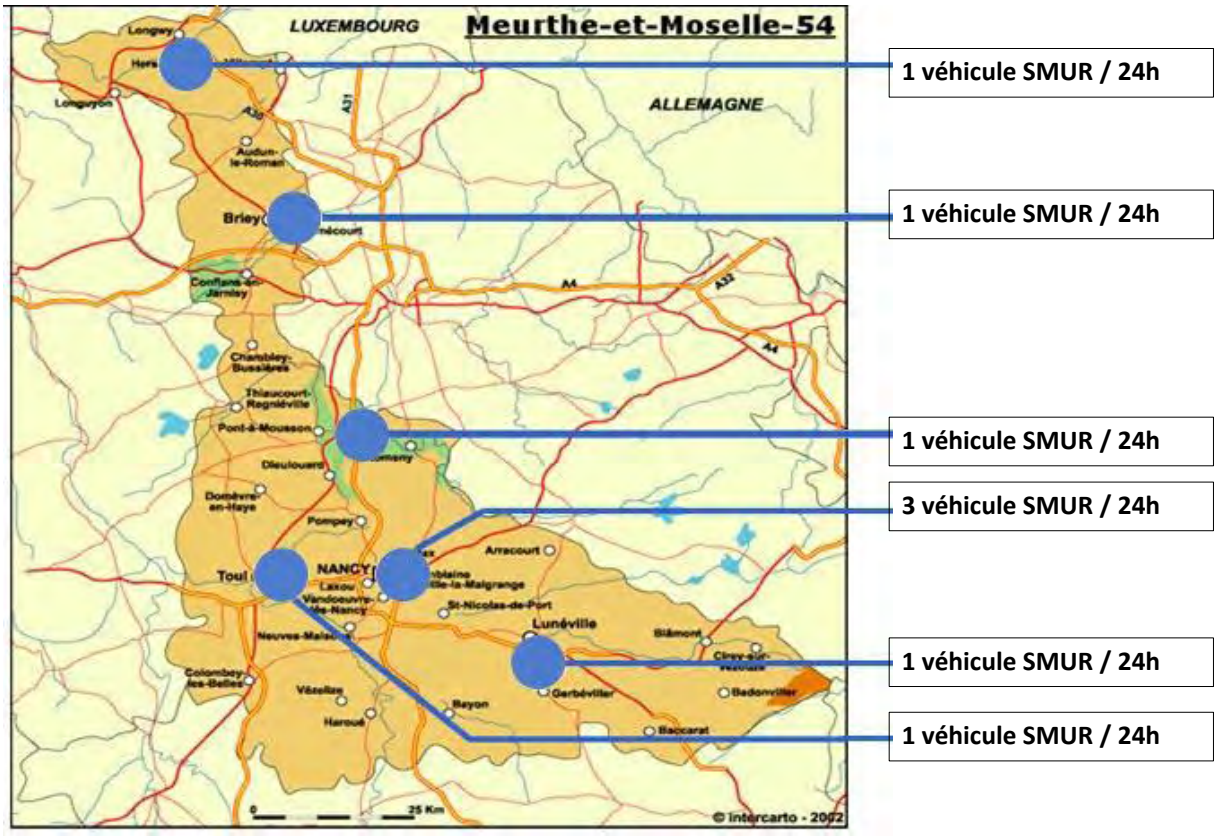
La permanence des soins en médecine libérale a donc un grand rôle à jouer pour une meilleure prise en charge des patients relevant de la médecine générale et afin de désengorger les services d'urgences.

5.4) Le SMUR de Meurthe et Moselle

A Nancy, le SMUR a été fondé en 1962, dénommé Service SOS résultant d'une convention passée entre le Service Départemental d'Incendie et de Secours (S.D.I.S.) et le CHR, aboutissant à « médicaliser », à l'aide d'externes des hôpitaux volontaires et spécialement formés, les ambulances de sapeurs-pompiers de la ville puis du district. Ce service devait étendre son action à Lunéville, Toul et Pont-à-Mousson car l'aide médicale urgente ne peut être que sectorisée. C'est le même service qui assure la responsabilité des transports secondaires interhospitaliers et qui a développé toute une série de techniques de médecine d'urgence. *(20)*

Aujourd'hui, en Meurthe-et-Moselle on compte six SMUR (Nancy, Toul, Lunéville, Pont à Mousson, Briey et Mont St Martin) comme le montre la Figure 4.

Figure 4: Localisation des SMUR de Meurthe-et-Moselle



Source : www.samu54.fr

5.5) Les intervenants libéraux

5.5.1) La régulation médicale libérale

L'activité de régulation en Lorraine est partagée avec les AMU, le plus souvent dans les locaux du SAMU.

La régulation libérale est, pour chaque département, gérée par une structure de type associative : ASSUM 55, MEDIGARDE 54, MEDIGARDE 57, ASSUM 88.

Les centres de régulations sont principalement situés au cœur du centre hospitalier en charge des urgences et de la régulation hospitalière de chaque département : Metz, Nancy, Verdun. Pour les Vosges la régulation libérale et hospitalière se retrouve hébergée dans le même bâtiment que le centre d'appels du SDIS 88, et non pas directement dans le centre hospitalier urgentiste (18).

L'ensemble des centres de régulation libérale de Lorraine sont joignables sur le numéro unique Lorraine, le 0.820.33.20.20.

5.5.2) En Meurthe-et-Moselle, l'association MEDIGARDE 54

MEDIGARDE est une association régie par la loi du 1er juillet 1901 modifiée et ses textes d'application. Elle a été créée en octobre 2003 et, selon ses statuts (Annexe 3), a pour but de contribuer à une prise en charge optimisée de la PDS sur l'ensemble de la région par la coordination des acteurs de santé.

Elle gère et organise la régulation médicale libérale en Meurthe-et-Moselle.

5.5.2.1) Historique

Après les grèves de garde des médecins généralistes de 2002, la réorganisation de la permanence des soins était indispensable.

La réflexion en Meurthe-et-Moselle a été menée avec la Préfecture, la DDASS, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, le CHU de Nancy, le SAMU 54 et l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML).

L'association MEDIGARDE 54 a alors été créée regroupant l'ensemble des médecins libéraux participant à la régulation médicale libérale. Ce projet a été rendu possible grâce au Fonds d'Aide à la Qualité des Soins (FAQSV) de Ville et a eu pour but également de rationaliser les dépenses à la charge des organismes d'assurance-maladie. Cette association a pour but de contribuer à une prise en charge optimisée de la Permanence des Soins sur l'ensemble de la région par la coordination des acteurs.

Le 20 décembre 2003 a été créé un numéro unique d'appel concernant les urgences de médecine générale : le 0 820 33 20 20.

Ce numéro de régulation des appels d'urgence a été créé dans le but de désengorger les services d'urgences, voyant affluer de plus en plus de patients alors que le nombre d'urgences vitales stagnait. En 2003, 14% des appels représentaient des urgences vraies alors que 70% des appels vers le 15 ne nécessitaient qu'un conseil médical. *(21)*

Il apparaissait alors nécessaire de mieux coordonner médecine libérale et médecine d'urgence afin de déclencher les moyens appropriés. Pour cela, la participation des médecins libéraux au centre d'appel semblait le meilleur moyen.

Cela permettait également d'alléger la charge des médecins sur le terrain puisqu'ils n'auraient plus à être joints directement par les usagers mais uniquement lorsqu'une intervention médicale serait justifiée. Cela devait considérablement réduire le nombre de visites à domiciles inutiles.

5.5.2.2) Rôles de l'association Médigarde

D'après les statuts de la Fédération Régionale de la Permanence des soins en Lorraine dénommée MEDIGARDE *(Annexe 3)*, ses rôles sont les suivants :

- Contribuer à organiser l'intervention des différents médecins libéraux impliqués dans la Permanence des Soins et la régulation des appels au sein des CRRA.

- Décrire, au niveau départemental et régional, des principes de prise en charge spécifiques, en particulier pour les personnes âgées dépendantes, les patients hospitalisés à domicile et les fins de vie.

- Participer à la définition d'une politique cohérente de formation des acteurs de la Permanence des Soins.

- Assurer une veille informative.

- Définir une politique cohérente de gestion des systèmes d'information dans le cadre de la Permanence de Soins.

- Participer au système de veille et d'alerte sanitaire.

- Développer les fonctions d'observatoire régional de la Permanence des Soins (recueil et analyse des données d'activité, diffusion des données exploitées).

- Participer à l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins dispensés par les membres du réseau.

- Réaliser et soutenir des actions d'information à destination des usagers et des professionnels de santé.

- Promouvoir le développement des nouvelles techniques d'information et de communication visant à satisfaire les objectifs énoncés ci-dessus.

- Tout autre moyen visant à concourir aux objectifs préalablement définis après acceptation par l'Assemblée Générale.

La régulation pure des appels n'est donc pas le seul rôle de l'association Médigarde. Elle a un rôle plus global dans la permanence des soins toujours dans le but d'une offre de soins la plus adéquate possible malgré le contexte actuel de baisse du nombre de médecins et d'augmentation de la demande de soins.

5.5.2.3) Fonctionnement

23 médecins régulateurs se relaient pour assurer les gardes de régulation libérale toute l'année. Ils travaillent dans les locaux du CRRA situé dans l'hôpital Central de Nancy, avec les médecins régulateurs du SAMU.

Les médecins régulateurs sont des médecins libéraux installés, sans condition d'ancienneté, volontaires, formés à la régulation médicale.

Leur nombre pendant les gardes de régulation est réparti comme suit :

- Soirs de semaine 20h-24h : 1 médecin régulateur
- Samedi 12h-20h : 2 médecins régulateurs
- Samedi 20h-24h : 1 médecin régulateur
- Dimanche et jours fériés 8h-16h : 2 médecins régulateurs
- Dimanche et jours fériés 16h-24h : 2 médecins régulateurs

Chaque semaine il y a donc 5 médecins régulateurs et 6 pour le week-end (hors jours fériés).

La nuit profonde (24h-8h) est régulée par le SAMU.

5.5.2.4) Statistiques

5.5.2.4.1 Répartition des appels selon la ligne d'appel en 2009 (15 ou numéro Médigarde) et selon la zone de régulation

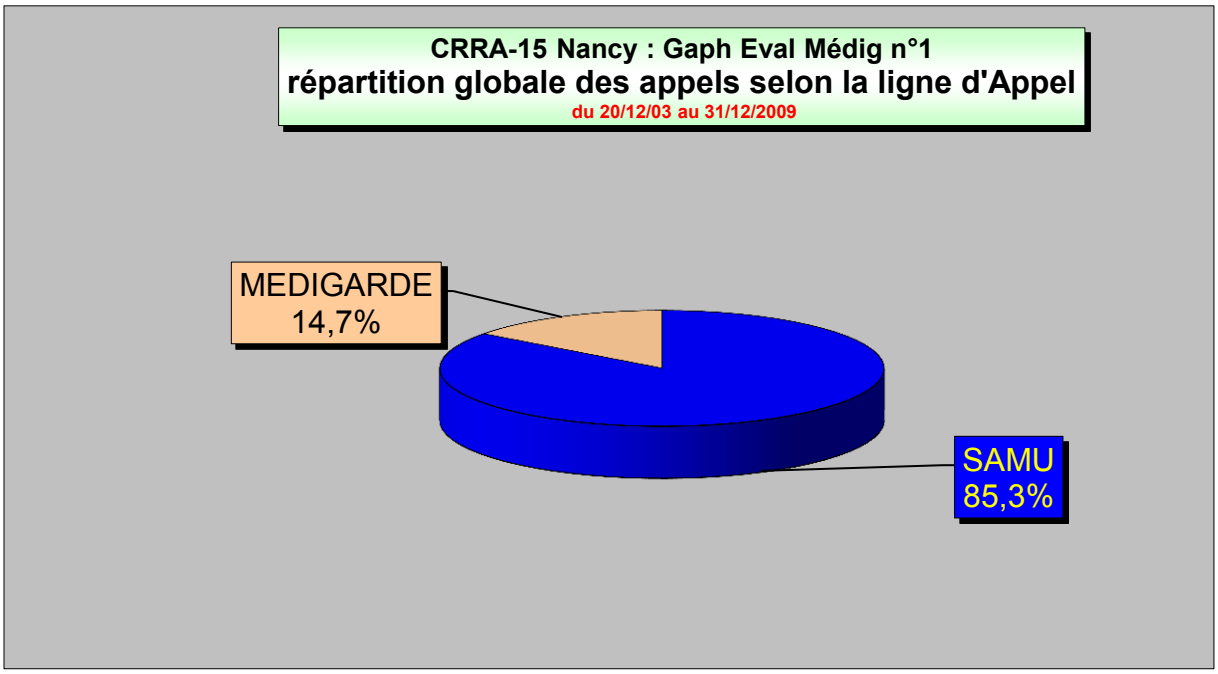


Figure 5 : Répartition globale des appels selon la ligne d'appel en 2009

Source : Statistiques des Urgences de Nancy 2008-2009-2010 pour Médigarde 54

Si l'on prend la totalité des appels régulés, **85.3% des appels arrivent sur la ligne du 15 et 14.7% sur le numéro spécifique Médigarde** (Figure 5).

Par contre 83.2% de ses appels sont régulés par le SAMU et 16.8% par la régulation médicale libérale (Figure 6).

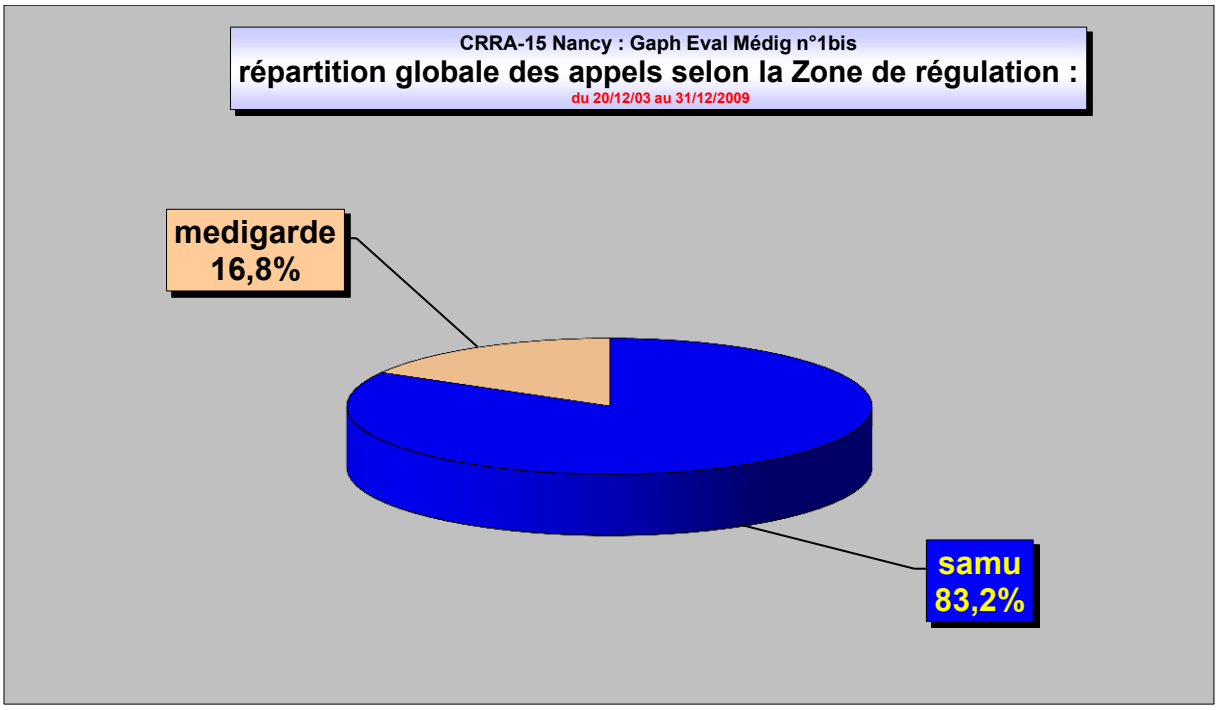


Figure 6: Répartition globale des appels selon la zone de régulation en 2009

Source : Statistiques des Urgences de Nancy 2008-2009-2010 pour Médigarde 54

5.5.2.4.2 Nombre de régulation par zone d'appel

Tableau 3: Nombre de régulations par zone d'appel

	2008	2009	2010
ligne d'appel MEDIGARDE 54 régulée SAMU	8 838	8 299	7 398
ligne d'appel MEDIGARDE 54 MEDIGARDE	11 466	13 254	12 094
ligne d'appel régulée SAMU régulée SAMU	101 365	110 433	105 653
ligne d'appel SAMU régulée MEDIGARDE	10 369	13 613	12 182
	132 038	145 599	**137 327**

Source : Statistiques des Urgences de Nancy 2008-2009-2010 pour Médigarde 54

Le nombre d'appels total relevant de la permanence des soins libérale (régulés par Médigarde) est donc de (Tableau 3) :

- 21 835 appels en 2008
- 26 867 appels en 2009
- 24 276 appels en 2010

On remarque une augmentation relative du nombre d'appels arrivant sur les lignes SAMU et régulées par Médigarde.

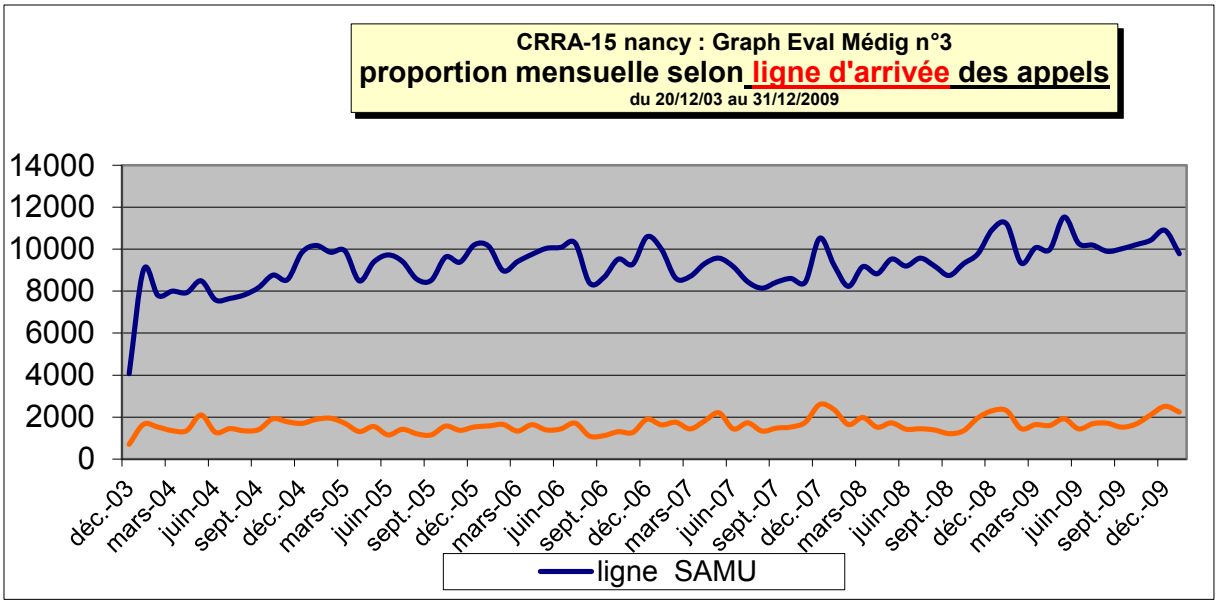


Figure 7: Proportion mensuelle des appels pour les lignes SAMU et Médigarde de déc. 2003 à déc. 2009

Source : Statistiques des Urgences de Nancy 2008-2009-2010 pour Médigarde 54

D'après les statistiques des urgences de Nancy pour Médigarde**, le nombre d'appels moyen par mois est de 2039** en 2009. On retrouve des pics en période hivernale de novembre à janvier où le nombre d'appels dépasse 2500 par mois et des périodes plus creuses comme les mois estivaux de juin à septembre où le nombre d'appels est compris entre 1900 et 2000 par mois (Figure 7).

5.5.2.4.3 Nombre d'appels en fonction de l'horaire

Tableau 4: Nombre d'appels zone régulée Médigarde en fonction de l'horaire

	2008	2009	2010
MEDG 0h à 8h	2193	2264	2170
MEDG 08 h à 13 h	*5977*	*6484*	*6008*
MEDG 13 h à 20 h	*7769*	*8462*	*7503*
MEDG 20 h à 00 h	4033	3967	3811

Source : Statistiques des Urgences de Nancy 2008-2009-2010 pour Médigarde 54

Si nous prenons les chiffres de 2010(Tableau 4) :

- 11% des appels sont passés entre 0h et 8h
- 31% des appels sont passés entre 8h et 13h
- 38% des appels sont passés entre 13h et 20h
- 20% des appels sont passés entre 20h et 0h.

La **majorité des appels est donc passée en journée (69% entre 8h et 20h)**.

5.5.2.4.4 Les différentes décisions prises par les médecins régulateurs hors conseil médical

Tableau 5: Les décisions prises par les médecins régulateurs hors conseil médical

	année 2004	année 2005	année 2006	année 2007	année 2008	année 2009
Aller consulter Maison Médicale de Garde	1658	1226	1077	1124	1306	1880
Aller consulter Médecin de garde	2694	2328	1861	2207	1908	2505
Envoi Médecin de Garde	5821	5686	6162	5873	6851	7682
Envoi ambulance	687	810	860	718	778	1009
Envoi SMUR	339	285	128	89	59	63
Envoi VSAV	815	604	436	348	202	187

Source : Statistiques des Urgences de Nancy 2008-2009-2010 pour Médigarde 54

Soit pour l'année 2009 (Tableau 5) :

- Aller consulter Maison Médicale de Garde : 7% des décisions
- Aller consulter Médecin de garde : 9.3% des décisions
- **Envoi médecin de garde : 28.6% des décisions**
- Envoi d'une ambulance : 3.8% des décisions
- Envoi SMUR : 0.2% des décisions
- Envoi d'un VSAV : 0.7% des décisions

Ces résultats sont donnés à titre indicatifs sachant que plusieurs décisions sont possibles pour la même affaire.

Mais on peut noter que **l'envoi de moyens** par les médecins régulateurs libéraux (médecin, ambulance, SMUR, VSAV) **concerne tout de même plus d'un patient sur trois pour l'année 2009.**

5.5.3) Les associations d'urgentistes de ville : SOS Médecins en Meurthe-et-Moselle

Les données suivantes sont issues de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle.

Créé en 1999, SOS médecins Meurthe-et-Moselle est composé en 2009 de 21 associés renforcés par une équipe de remplaçants.

Le territoire couvert est de 2313.5 km² pour une population de 490 447 habitants (729 768 habitants en Meurthe et Moselle au 1er janvier 2008).

SOS Médecins a reçu **44 632 appels en 2009** et a réalisé **36 450 visites à domicile**.

En 2008, SOS médecins Meurthe-et-Moselle couvrait :

- 3 secteurs à Nancy
- 1 secteur Saint-Nicolas-de-Port, Rosières-aux-Salines
- Secteur de Toul
- Secteur de Blainville-sur-l'Eau
- Secteur de Thiaucourt
- Secteur de Neuves-Maisons
- Secteur de Champigneulles
- Secteur de Pompey (en partie)
- Secteur de Lunéville toutes les nuits de 20h à 8h
- Secteur de Pont-à-Mousson en partie en cœur de nuit

28% des visites sont réalisées la nuit et 24% le week-end.

Concernant la répartition de l'origine des appels, **70% ont pour origine le particulier en direct, 15% la régulation médicale, 4% la police**.

Cette structure fait donc partie intégrante de la PDS en Meurthe-et-Moselle. Avec le manque de médecins libéraux pour assurer la seconde partie de nuit, ces associations d'urgentistes de ville permettent de couvrir les zones déficitaires.

5.5.4) Les maisons médicales de garde

Il y a quatre maisons médicales de garde (MMG) qui sont implantées en Lorraine :

- Le cabinet médical de garde "les Bains Douches" à Nancy (Meurthe-et-Moselle)
- La maison de garde APSAM à Metz (Moselle)
- La maison de garde FOES à Moyeuvre (Moselle)
- La maison spinalienne de permanence des soins à Epinal (Vosges)

5.5.4.1) Fonctionnement des Bains Douches à Nancy

Ouvert depuis 2003, le cabinet médical « les Bains Douches » situé 67 rue Saint Nicolas à Nancy, est ouvert :

- du lundi au vendredi de 20h à 24h
- le samedi de 12h à 24h
- le dimanche et les jours fériés de 8h à 24h

Il y a **55 médecins actifs** qui se relaient pour assurer la permanence des soins et 2 médecins travaillent en même temps. Les patients peuvent se présenter de leur propre chef ou être adressés par la régulation médicale.

Le financement est assuré en partie par la CPAM et en partie par l'ARS.

5.5.4.2) Activité en 2008 et 2009

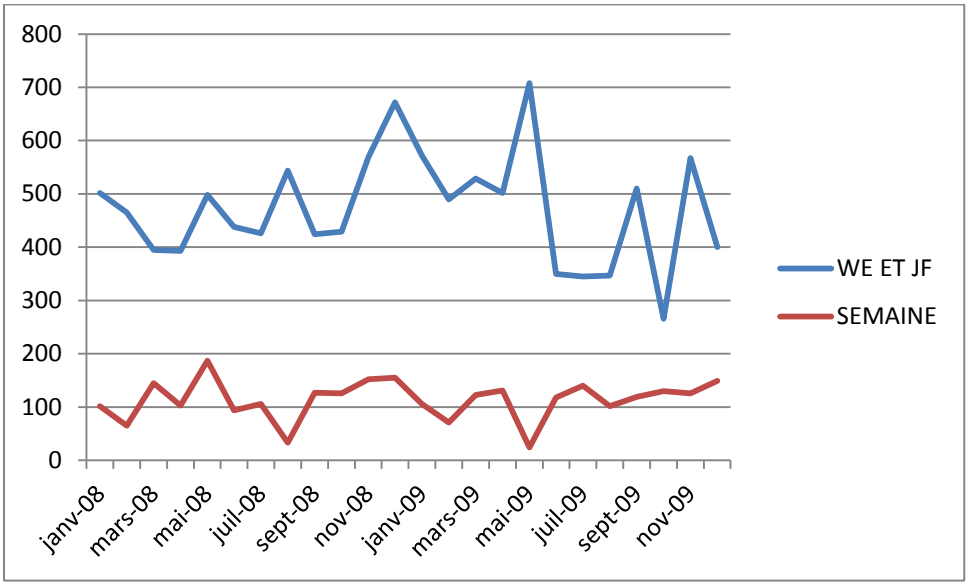


Figure 8: Nombre de consultations mensuelles aux Bains Douches en 2008 et 2009

Source : URPS Lorraine

On compte **6925 consultations pour l'année 2009** aux Bains Douches, chiffre stable par rapport à 2008 (7150 consultations) comme on peut le voir sur le Tableau 6.

.

Tableau 6: Nombre total de consultations aux Bains Douches en 2008 et 2009

	Consultations en 2008	**Consultations en 2009**
Samedi	2321	2146
Dimanche et jours fériés	3434	3426
Semaine	1395	1339
TOTAL	**7150**	**6925**

Source : URPS Lorraine

Les consultations sont plus importantes le week-end et les jours fériés que la semaine comme on peut le constater sur la Figure 8.

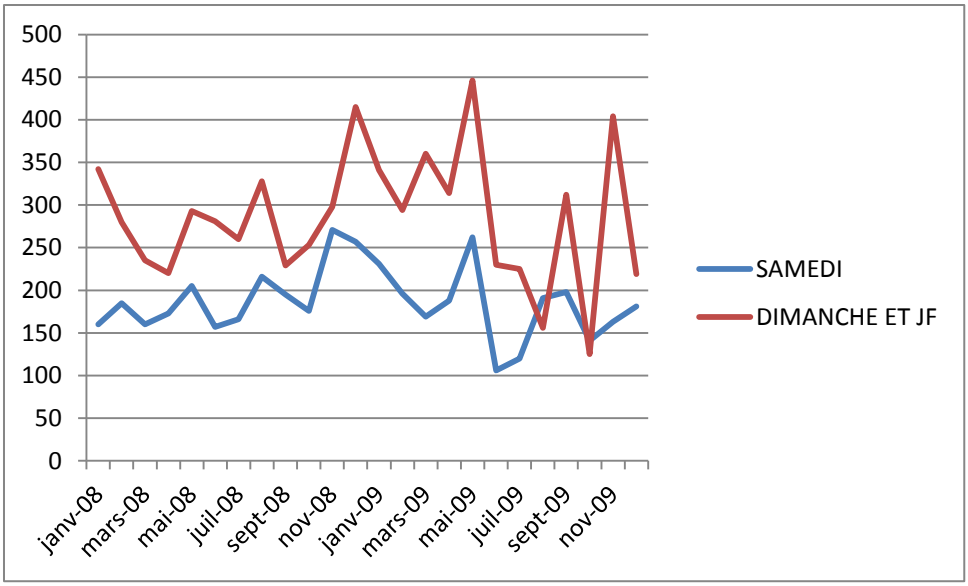


Figure 9: Nombre de consultations le week-end et les jours fériés aux Bains Douches en 2008 et 2009

Source : URPS Lorraine

D'après la Figure 9, on remarque que le nombre de consultations est plus important le dimanche et les jours fériés que le samedi. Ce qui est logique étant donné que la plupart des cabinets libéraux sont ouverts le samedi matin.

5.5.5) Les médecins effecteurs libéraux de Meurthe et Moselle

La Meurthe-et-Moselle est divisée en plusieurs secteurs afin d'optimiser la répartition des médecins de garde :

- Le secteur de Nancy découpé en 4 zones
- Le secteur de Champigneulles / Pompey / Liverdun
- Le secteur de Champenoux
- Le secteur de Neuves-Maisons / Saint-Nicolas-de-Port
- Le secteur de Vézelise
- Le secteur de Haroué
- Le secteur de Diarville
- Le secteur de Lunéville
- Le secteur d'Einville-au-Jard
- Le secteur de Baccarat
- Le secteur de Blâmont / Avricourt
- Le secteur de Cirey / Badonviller
- Le secteur de Gerbéviller
- Le secteur de Bayon
- Le secteur de Toul

- Le secteur de Pont-à-Mousson
- Le secteur de Nomeny / Leyr
- Le secteur de Dieulouard / Marbache
- Le secteur de Thiaucourt
- Le secteur de Pagny-sur-Moselle
- Le secteur de Joeuf / Briey
- Le secteur de Mancieulles / Piennes
- Le secteur de Jarny / Mars-La-Tour
- Le secteur de Longwy / Pierrepont
- Le secteur de Longuyon
- Le secteur de Villerupt

Certains secteurs de garde sont couverts exclusivement par SOS Médecins (Neuves-Maisons, Pompey, Saint-Nicolas-de-Port, Champigneulles, Liverdun…).

On remarque que la nuit profonde (minuit-8h) est couverte par SOS Médecins dans la plupart des secteurs. Ceci correspond le plus souvent à une attente des praticiens en particulier lorsque le nombre de secteurs diminue, et les maisons médicales de garde s'arrêtent toutes de fonctionner à minuit. *(22)*

On compte en moyenne **une vingtaine de médecins libéraux de garde** pour chaque période (nuit et week-end).

AU TOTAL :

Urgences et PDS en Lorraine et plus particulièrement en Meurthe-et-Moselle

Structures d'urgence : 4 SAMU, 20 SMUR dont 1 pédiatrique et 1 néonatal, 6 SAU, 14 UPATOU, 1 POSU pédiatrique, 1 hélicoptère

SAU de Nancy : 42 733 entrées en 2010 (117 entrées/jour), 71% de patients non hospitalisés

MEDIGARDE 54 :

- 0 820 33 20 20,
- 85% d'appels sur ligne 15 et 15% sur ligne médigarde (stats CHU),
- 24 276 appels en 2010,
- envoi d'un médecin de garde = 28.6% des décisions

SOS médecins 54 : 44 632 appels en 2009

MMG « Bains-Douches » à Nancy : 6925 consultations en 2009

Médecins libéraux effecteurs : une vingtaine par période de garde (nuit ou week-end) pour la Meurthe-et-Moselle

III) Cadre réglementaire et juridique entourant la PDS

Dans l'exercice de son art, le médecin est exposé à une triple responsabilité :

- **la responsabilité disciplinaire** en cas de manquement aux dispositions du code de déontologie. Cette responsabilité est appréciée par les instances professionnelles et est éventuellement punie de sanctions disciplinaires.
- **la responsabilité civile** lorsque l'acte médical ou son absence a causé un préjudice au patient. Elle est appréciée par les tribunaux judiciaires ou les juridictions administratives.
- **la responsabilité pénale** lorsque l'acte, ou l'absence d'acte, imputée au médecin, constitue une infraction pénale. Elle est appréciée par les tribunaux correctionnels en général et a pour conséquence une peine prononcée à l'encontre du médecin jugé coupable d'avoir commis une infraction ou un délit.

1) Code de déontologie médicale

1.1) La participation à la permanence des soins

D'après l'article 77 du code de déontologie médicale :

« Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent » *(*23*).*

La permanence des soins s'inscrit donc dans « le cadre des lois et règlements qui l'organisent». Ceci traduit bien la place que prend l'Etat pour garantir l'accès aux soins. En effet celui-ci ne doit pas s'inscrire dans un cadre d'initiatives individuelles mais bien dans un cadre d'initiatives collectives dont l'Etat est le garant. Le « devoir » du médecin variera alors suivant les lois et règlements en vigueur.

Tous les médecins sont donc impliqués dans la PDS quel que soit leur mode d'exercice : libéral, hospitalier, salarié ou encore, quelle que soit leur spécialité médicale, dès lors qu'ils ont une pratique dans le domaine du soin.

En France, les médecins satisfont à ce devoir sur la base du volontariat et ce dans le cadre d'une mission de service public *(*24*).* A défaut de volontaires, l'article R 6315-4 du code de santé publique prévoit que le préfet peut procéder à des réquisitions. En matière d'exemption, c'est le conseil départemental de l'Ordre des médecins qui en prend les décisions.

Cette organisation diffère des autres pays européens où la participation à la PDS est, la plupart du temps, obligatoire. *(*14*)*

1.2) Assurer la continuité des soins

Les médecins ont l'obligation d'assurer la continuité des soins à leurs patients d'après l'article 47 du code de Déontologie médicale *(*25*)*.

On comprend bien que le médecin régulateur ou le médecin effecteur doit s'assurer que le patient recevra tous les soins nécessaires immédiatement si besoin ou de manière différée si les soins peuvent attendre. Si le médecin effecteur ne peut pas recevoir le patient ou est dans l'impossibilité de se déplacer, il doit en avertir le médecin régulateur qui devra alors prévenir un autre médecin effecteur. L'intérêt du patient est toujours la priorité.

1.3) Assistance d'une personne en danger

L'article 9 du code de déontologie médicale rapporte que « tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires » *(*26*).*

Le médecin régulateur ou le médecin généraliste au cabinet doit donc savoir apprécier s'il s'agit d'une urgence vraie qu'il faut traiter rapidement ou d'une visite qui peut être différée. Apprécier la gravité au moment de l'appel est capital et dangereux, lot quotidien du médecin. S'il reçoit lui-même l'appel, il demandera des précisions qui l'éclaireront mais peuvent aussi l'induire en erreur.

L'estimation de la gravité n'est pas évidente, surtout par téléphone. En effet le ressenti du patient et l'urgence réelle ne sont pas toujours corrélés. Certaines personnes appelant « d'urgence » pour des malaises bénins ou emploient le mot « urgent » à la légère. Ces remarques sont aussi valables dans l'autre sens avec une minimisation des symptômes. L'interprétation des symptômes par le patient est très différente d'une personne à l'autre. De nombreux facteurs entrent en jeu : anxiété du patient et de l'entourage, premier épisode pour le patient, seuil de douleur différent d'un individu à l'autre… Il est très difficile de donner un degré de gravité précis lorsque l'on n'a pas de diagnostic précis. Mais il faut admettre que l'appel pressé est légitime du moment que l'on a peur.

Pour le patient qui a peur, il est important de pouvoir bénéficier d'un avis médical rapidement. La difficulté pour le régulateur est de savoir ce qui est majoré ou minimisé par la peur dans les dires du patient ou de son entourage.

Dans tous les cas, le médecin doit s'assurer que le patient va recevoir les soins nécessaires soit en allant lui-même voir le patient, soit en demandant à un confrère de se déplacer, soit en le dirigeant vers une structure de garde ou en prévenant le SAMU s'il suspecte une urgence vitale.

2) Cadre législatif de la PDS

2.1) Les premiers décrets concernant la PDS à partir de 2003

La permanence des soins des médecins généralistes libéraux est organisée sur la base de plusieurs textes officiels .Les articles concernant la PDS sont l' article L 6314-1 et les articles R 6315-1 à R 6315-7 du Code de la santé publique (CSP).

2.1.1) De 2003 à 2007, évolution législative de l'organisation de la PDS

Le premier décret fondateur date de 2003. Il modifie le Code de Santé Publique et explicite l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. Ce décret précise bien que l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable. Celle-ci est organisée par le SAMU ou interconnectée avec ce service *(*27*)*. A partir de 2003, on ne peut plus dissocier régulation et permanence des soins ambulatoire.

En 2003, un cahier des charges départemental est également défini précisant l'état des lieux et les prévisions des moyens humains, matériels et financiers mis à disposition par les collectivités locales, les services de l'état, la CPAM et les mutuelles *(*28*).*

En août 2004, la Mission Régionale de Santé est créée et détermine notamment :

- La répartition territoriale des professionnels de santé libéraux en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)
- Des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins
- Le programme annuel des actions concernant le système de soins
- Le programme annuel de gestion du risque *(*29*)*

Le décret d'avril 2005 apporte quelques modifications à celui de 2003. Il précise par exemple que la PDS en médecine ambulatoire est assurée également par des médecins appartenant à des associations de PDS. Le côté financier de la permanence des soins est détaillé dans un avenant conclu entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux. *(*30*)*

En octobre 2006, une circulaire énumère les mesures à prendre pour améliorer le dispositif de permanence des soins en s'appuyant sur plusieurs axes :

- L'amélioration de la sectorisation dans le but d'aboutir à une sectorisation plus resserrée, notamment en deuxième partie de nuit
- L'articulation avec les travaux de la mission régionale de santé (MRS)

- Le développement de la participation des médecins libéraux à la régulation des demandes de permanence de soins : instauration d'une régulation couvrant l'ensemble du département et intégrée au SAMU ou située dans ses locaux
- L'impact de la simplification des commissions administratives sur les CODAMUPS
- Les remontées nationales pour suivre la montée en charge du nouveau dispositif : mise en place d'un projet d'enquête

En 2007, la permanence des soins étend ses horaires aux samedis à partir de midi, aux lundis ouvrés lorsqu'ils précèdent un jour férié, ainsi qu'aux vendredis et aux samedis lorsqu'ils suivent un jour férié, en fonction des besoins de la population. *(*31*)*

Il apparaît également que les structures telles que les maisons médicales de garde répondent à un besoin en matière de permanence des soins. Elles sont légalement définies en 2007 « comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée ». *(*13*)*

2.1.2) Bilan de la PDS : rapport du Dr GRALL en 2007

Devant les difficultés rencontrées par de nombreux départements dans l'organisation de la PDS ambulatoire, M Philippe Bas, ancien ministre de la santé et des solidarités, a confié au Dr Jean-Yves Grall, conseiller général des établissements de santé, une mission ayant pour but d'apprécier le fonctionnement réel de la PDS sur le terrain auprès des institutionnels, des professionnels, de la population et des élus.

Le constat est sans concession d'une permanence des soins « aléatoire, instable et fragile » *(*32*).* Le Dr Grall préconise de nombreux changements : changer le nom de la PDS, sortir le financement du champ conventionnel, abolir les secteurs de garde actuels, confier le pilotage du dispositif aux futures agences régionales de santé (ARS), favoriser le volontariat et inventer une rémunération forfaitaire horaire.

Il est dit dans ce rapport que « la médiation a été peu opérante car structurellement impossible ». Il apparaît que « trouver un médecin devient un sujet d'inquiétude et les difficultés d'accès suscitent l'incompréhension de la population » *(*32*).* Le rapporteur prend toutefois bien soin de préciser que le problème des secteurs non couverts est davantage la conséquence d'une démographie médicale dramatiquement basse dans certains secteurs ruraux que d'un véritable désengagement des libéraux.

La PDS se révèle « peu fiable, fragile et coûteuse ». La régulation n'est pas plus épargnée : «On observe une tendance générale de baisse du nombre de volontaires», écrit Jean-Yves Grall, attribuant cette désaffection à «la difficulté et à la tension liée à l'action de régulation, ainsi qu'au risque médico-légal permanent» *(*32*).*

Il trace alors plusieurs axes stratégiques dans une exigence de cohérence :

- *Redéfinir les missions et clarifier la sémantique* : passer de l'étiquette à la fonction et regrouper la réponse adaptée à la demande de soins ou d'avis médical non programmés sous l'appellation unique d'Aide Médicale Permanente à la Population : AMPP
- *Mettre en place un dispositif institutionnel et un financement cohérents*
- *Décliner une organisation homogène*, lisible et décloisonnée, assurant la synergie de tous les acteurs : un volet SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) de l'AMPP définissant (outre l'implantation des structures d'urgences et des SMUR), la régulation médicale, socle du dispositif, des points fixes de consultation de médecine générale type Maison médicale de garde (MMG) et des effecteurs mobiles sur des territoires définis. La sectorisation telle que définie actuellement disparaîtrait.
- *Favoriser le volontariat et la pérennité du dispositif* par un véritable contrat de volontariat
- *Adapter les formations*, en réorientant la formation médicale initiale, en améliorant la formation des PARM (Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale)
- *Informer et responsabiliser la population* : seul un dispositif fiable, pérenne et donc lisible peut permettre une indispensable communication sur la base d'un cadre national adapté localement
- *Evaluer périodiquement l'efficacité du disposi*tif dans le cadre des CODAMPP (Comité Départemental d'Aide Médicale Permanente à la Population)

2.2) Le CODAMUPS

2.2.1) Définition

Crée en 1987, le CODAMU (Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence et des Transports Sanitaires) est modifié par le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 *(27)* et devient le CODAMUPS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et des transports sanitaires). Il intègre alors les médecins libéraux dans les décisions d'organisation départementale de la permanence des soins.

2.2.2) Rôle

Le CODAMUPS a un rôle particulièrement important dans l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire et la permanence des transports sanitaires.

L'article L 6313-1 du code de la santé publique indique que « Dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires a pour mission de veiller 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. » (36)

Le CODAMUPS a donc un rôle central dans l'organisation de la PDS. Il évalue les besoins de soins de la population en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux et des centres de soins.

Son rôle s'étend également à la détermination des secteurs départementaux et au cahier des charges organisant la PDS. Il doit aussi se pencher sur la question du coût supporté par la communauté.

2.3) Les modalités actuelles de la mission de la PDS : la loi HPST

La loi HPST « **Hôpital, patients, santé et territoire** » (ou loi Bachelot) est un projet d'organisation sanitaire qui doit permettre de mettre en place une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé.

Cette loi a été promulguée le 21 juillet 2009 et reprend en partie les propositions contenues dans le rapport de la commission Larcher, les échanges des états généraux de l'organisation des soins (Egos) et les conclusions des rapports Ritter et Flajolet.

Entrée en vigueur en 2010, la loi HPST tend à :

- Réorganiser intégralement la structuration même de la santé
- Réorganiser la répartition territoriale de la santé
- Intégrer l'hospitalier et le libéral dans des schémas communs

2.3.1) Concernant l'organisation de la permanence des soins

Il est précisé le **rôle pivot du médecin généraliste** en termes de soins de premier recours et de participation à la permanence des soins : orientation du patient dans le système de soins et le secteur médico-social, coordination des soins, respect des protocoles pour les affections nécessitant des soins prolongés et pour les maladies chroniques, synthèse des informations transmises par les professionnels de santé, prévention et dépistage. *(*33*)*

L'article L. 6314-1 du Code de la santé publique *(*34*)* (CSP) issu de la loi HPST a défini une mission de service public dite de permanence des soins dont le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 , publié au JO du 17 juillet 2010, vient préciser les modalités d'organisation . Ce décret est la dernière version en vigueur (au 1er octobre 2011) concernant l'organisation de la PDS.

2.3.1.1) Définition de la mission de permanence des soins

« La mission de permanence des soins a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés :

1. Tous les jours de 20 heures à 8 heures ;
2. Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;
3. En fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : Le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié. » *(*35*)*

2.3.1.2) Les acteurs médicaux de la PDS

« La permanence des soins est assurée par les médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins. Elle peut également être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique. » *(*35*)*

« En fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existantes, la mission de permanence des soins peut aussi être assurée par les établissements de santé, dans les conditions fixées par l'agence régionale de santé. » *(*35*)*

En résumé, les médecins participant à la permanence des soins peuvent être installés dans leur cabinet médical et recevoir les patients ou se déplacer à leur domicile, ils peuvent faire partie d'associations d'urgentistes de ville et se déplacer majoritairement à domicile ou encore être médecin régulateur.

2.3.1.3) Les territoires concernés

« La région est divisée en territoires de permanence des soins dont les limites sont arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, selon les principes d'organisation définis dans le cahier des charges régional mentionné à l'article R. 6315-6. » *(*35*)*

Les secteurs de garde définis en 2003 *(*27*)* sont donc remplacés par des territoires de permanence des soins dont le nombre et les limites sont définies par le directeur de l'ARS et non plus par arrêté du préfet. Cette répartition en territoires a pour but d'optimiser la répartition des médecins de garde.

La sectorisation dépend bien évidemment de la géographie locale, des besoins de la population et de la densité médicale. Dans certains départements, le nombre de secteurs

peut varier en fonction de la période de l'année (hiver/été), de l'horaire (20h-24h / 0h-8h) ou des modes de prise en charge des patients.

C'est donc l'agence régionale de santé (ARS) qui doit arrêter la sectorisation et la mettre à jour.

En 2010, la France de la permanence des soins est découpée en 2331 secteurs (contre 2552 début 2009). On note donc une politique de resectorisation visant à baisser le nombre de secteurs. Depuis 2003, le dispositif de PDS a perdu plus d'un tiers de secteurs. *(22)*

Est actuellement à l'essai, dans 22 départements dont la Meurthe-et-Moselle, le regroupement après minuit d'un ou plusieurs secteurs. Mais cette sur-sectorisation n'a pas l'unanimité. En effet il est souvent difficile d'assurer le déplacement des patients ou des praticiens au-delà des limites des secteurs actuels.

2.3.1.4) Volontariat de la participation à la PDS et réquisitions

Les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du volontariat.

Si le nombre de médecins volontaires est insuffisant et donc que le tableau de garde est incomplet, le conseil départemental de l'ordre des médecins adresse un rapport au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

Ce rapport dresse la liste des médecins susceptibles d'exercer la permanence des soins, dont l'adresse et les coordonnées téléphoniques professionnelles sont précisées.

Le directeur général de l'ARS communique ces éléments au préfet du département ou, à Paris, au préfet de police, afin que celui-ci procède, le cas échéant, aux réquisitions prévues.

La dernière enquête menée par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins du ministère de la santé recensait 4539 réquisitions sur la période d'août 2006 à mars 2007 avec une moyenne de 15 réquisitions par mois (dans les départements où la réquisition a été utilisée), moyenne qui a baissé par rapport à la période mars/juillet 2006 (26 réquisitions par mois et département).

2.3.1.5) Etablissement du tableau de garde

Dans chaque territoire de permanence des soins, un tableau de garde est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins qui sont volontaires pour participer à cette permanence et les associations de permanence des soins.

Ce tableau précise le nom, la modalité et le lieu de dispensation des actes de chaque médecin.

Il est transmis, au plus tard quarante-cinq jours avant sa mise en œuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins concerné. Le conseil départemental de l'ordre des médecins vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice et, le cas échéant, constate l'absence ou l'insuffisance de médecins volontaires.

Toute modification de ce tableau est communiquée au conseil départemental dans les plus brefs délais.

Si le médecin intervient dans le cadre d'une association de permanence de soins, celle-ci communique au conseil départemental et met à jour régulièrement la liste nominative des médecins susceptibles de participer à cette permanence au titre de l'association. Dans un délai maximal d'un mois suivant la fin de la mise en œuvre du tableau de garde, l'association transmet au conseil départemental la liste nominative, par tranche horaire, des médecins qui ont effectivement assuré la permanence des soins sur le territoire.

Dix jours au moins avant sa mise en œuvre, le tableau est transmis par le conseil départemental au directeur général de l'agence régionale de santé, au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police, aux services d'aide médicale urgente, aux médecins et associations de permanence des soins concernés ainsi qu'aux caisses d'assurance maladie.

Toute modification du tableau de garde survenue après cette transmission fait l'objet d'une nouvelle communication dans les plus brefs délais.

2.3.1.6) Remplacement et exemptions

Les obligations ou engagements pris par le médecin titulaire dans le cadre de la permanence des soins sont assurés par le médecin qui le remplace.

Il peut être accordé par le conseil départemental de l'ordre des médecins des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, des conditions d'exercice de certains médecins. La liste des médecins exemptés est transmise au directeur général de l'ARS par le conseil départemental qui la communique au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police.

2.3.1.7) La régulation médicale téléphonique

C'est une des modalités de participation à la permanence des soins.

Le médecin régulateur fait le diagnostic de l'opportunité d'un type d'intervention. Ce médecin fera le premier choix médical de la prise en charge d'un patient (déplacement à domicile, visite en maison médicale de garde ou renvoi vers l'urgence), à charge pour le médecin effecteur d'en apprécier l'opportunité.

3) Risques médicaux-légaux inhérents à la PDS

La responsabilité pénale est définie comme « *l'obligation pour une personne impliquée dans une infraction d'en assumer les conséquences pénales, c'est-à-dire de subir la sanction attachée à cette infraction, cette sanction étant punitive ou préventive* » *(*37*)*

Le médecin est soumis aux mêmes règles de droit commun que les autres citoyens (délit de droit commun) avec des infractions propres à son activité (délits professionnels).

Concernant la régulation médicale, il faut noter que le nombre de poursuites et donc de condamnations prononcées par les juridictions civiles, pénales ou disciplinaires, est particulièrement faible au regard du nombre d'actes de régulation pratiqués (47).

3.1) Délit de droit commun

3.1.1) L'atteinte à l'intégrité corporelle

Involontaire art. 221-6 et 222-19 du Code Pénal

> *Le fait de causer par maladresse, imprudence, inattention, négligence, ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, la mort d'autrui, constitue un homicide involontaire puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.*
>
> *Le fait de causer par maladresse, imprudence, inattention, négligence, ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, une incapacité totale de plus de 3 mois, est puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.*

Volontaire art 222-7 à 13 du Code Pénal

> *Euthanasie volontaire*
> *Stérilisation abusive*
> *Expérimentations ou examens complémentaires et thérapeutiques à l'encontre du consentement.*

3.1.2) L'omission de porter secours ou « abstention fautive » (art. 223-6 Code pénal)

Quiquonque 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 les secours sera puni…

Le délit comprend donc un élément intentionnel (abstention volontaire avec conscience du péril), et trois éléments matériels :

- Ne pas prêter assistance
- A une personne en péril
- En l'absence de danger pour le prévenu ou pour les tiers

Cet article a une importance considérable dans le cadre de la permanence des soins. En effet il peut être appliqué à tous les appels d'urgence et pas seulement aux cas où le médecin se trouve en présence d'une personne en danger. Il concerne donc directement le médecin régulateur et le médecin de garde.

Par état, le médecin se place dans une démarche permanente d'assistance. Il va de soi qu'en cas d'urgence un médecin doit porter secours à tout malade ou blessé qui l'appelle ou lui est signalé. Encore faut-il qu'il prenne conscience de l'urgence et de la gravité de la situation. Et c'est bien là toute la difficulté de l'évaluation de la gravité au téléphone dans le cadre de la régulation médicale. Il appartient au médecin régulateur d'apprécier, au cours de cet entretien téléphonique, la pertinence et le degré d'urgence de l'appel ce qui reste très compliqué et engage sa responsabilité.

L'abstention délictueuse est réalisée dès lors que le médecin dont le concours est demandé, averti d'un péril dont il est le seul à même d'apprécier la gravité, a refusé son concours sans s'être préalablement assuré que ce péril ne requerrait pas une intervention immédiate.

Autrement dit, si c'est par sa faute que le médecin appelé par téléphone n'a pas conscience du péril, il est coupable d'omission de porter secours. Et le délit est constitué dès lors que le médecin dont le concours est demandé ne pouvait se méprendre sur la gravité du péril auquel se trouvait exposé le malade et qu'il s'est volontairement abstenu de lui porter secours (47).

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

3.1.3) Évaluation du péril par le médecin régulateur ou le médecin de garde

Le péril est une situation par laquelle il pèse sur une personne une menace grave nécessitant une intervention immédiate. Il n'y a aucune limite quant à la nature de ce péril et le danger doit être soudain et imprévisible.

C'est essentiellement dans le cadre de l'appel d'un patient ou de ses proches que se situe le risque de sous-estimer la gravité d'une situation. On comprend bien que ceci concerne tout particulièrement la régulation médicale et donc les médecins régulateurs.

L'appréciation du péril devra donc porter sur sa gravité et son caractère imminent. Ce qui est très complexe lorsque le médecin est sollicité par téléphone comme c'est le cas pour le médecin régulateur. Il lui appartient donc d'apprécier l'utilité ou l'urgence de son intervention, sous le contrôle de sa conscience et des règles professionnelles (position de la cour de Cassation depuis 1949).

Si au cours de l'entretien téléphonique, un doute apparaît dans l'esprit du médecin sur la gravité de l'état du patient, il n'a pas d'autre choix que de faire intervenir le médecin de garde ou tout autre moyen adapté afin d'évaluer la situation du patient. Par ailleurs, en cas de recours à un tiers, le médecin (régulateur ou non) doit s'assurer de l'appel de ce tiers et de la réalité de son intervention. Ce n'est pas au patient de s'en charger. Le médecin régulateur ne doit pas hésiter à rappeler ou à faire rappeler un patient pour connaître l'évolution d'une situation.

Le médecin régulateur, après avoir recueilli les informations nécessaires auprès du patient ou d'un tiers et donc apprécier le péril, peut estimer que le déplacement à domicile d'un médecin de garde n'est pas nécessaire. Il pourra alors effectuer une prescription médicamenteuse par téléphone, inviter le patient à se déplacer dans un cabinet médical de garde ou à consulter son médecin traitant le lendemain. Cette décision engage bien entendu sa responsabilité. D'après l'article L.162-3 du code de la sécurité sociale, les consultations médicales sont données au cabinet du médecin sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. *(*39*)*

Concernant le médecin effecteur, il est recommandé que celui-ci:

- Identifie lui-même la nature de la demande en se méfiant des aléas d'une transmission par personne interposée
- S'assure de la bonne compréhension de la réponse qu'il a pu apporter
- Conserve une trace de l'échange que ce soit pour le transmettre au médecin traitant habituel ou pour justifier que les éléments recueillis étaient fiables et ne nécessitaient pas une intervention immédiate. *(*38*)*

Les tribunaux estimeront le seuil de perception du danger plus bas pour un médecin que pour un citoyen lambda.

3.2) Délits professionnels propres aux médecins

3.2.1) Refus de répondre à une réquisition

Plusieurs articles régissent le refus de répondre à une réquisition : article 60 du code de procédure pénale, article. R 642-1 du Code pénal et article L 4163-7 du Code de la Santé Publique.

La réquisition est une procédure par laquelle une autorité judiciaire ou administrative demande à un médecin d'effectuer un acte médico-légal. Les circonstances peuvent être diverses et revêtent un caractère d'urgence.

> *Exception : force majeure justifiée par la maladie ou l'inaptitude physique du médecin, incompétence technique, incapacité transitoire liée à une obligation de soins urgents.*

3.2.2) Secret professionnel (art 226-13 et 14 Code pénal)

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. » *(40)*

3.3) Les autres délits

Ils peuvent être cités mais nous intéressent moins dans le cadre de la PDS :

- Avortement illégal (art. 223-10 Code pénal)
- Certificats mensongers (art. 441-7 et 8 Code pénal)
- Exercice illégal de la médecine
- Infractions sur les séjours des malades mentaux (art. L 352 à 354 Code de la santé publique)
- Infraction en matière d'études génétiques
- Infractions en matière de prélèvements (lois de bioéthique).

Le cas le plus fréquent de contentieux dans le domaine de la garde médicale étant la non-assistance à personne en danger.

IV) La régulation médicale libérale

Afin que l'accès aux soins médicaux en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux soit le plus équitable possible et sans diminution de la qualité des soins, il est indispensable de réceptionner et de trier les appels urgents ou considérés comme tels par les patients. C'est là qu'intervient la régulation des appels qui est le pivot de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) et de l'aide médicale urgente (AMU).

L'augmentation constante des demandes de soins non programmés et la diminution de la démographie médicale de premier recours nécessitent de développer, de faciliter et de sécuriser l'activité de régulation médicale.

1) Définition

Comme nous l'avons défini dans le chapitre concernant l'organisation générale de la PDS, il y a deux types de régulation médicale : celle de l'Aide Médicale Urgente (AMU) et celle de la Permanence des Soins Ambulatoire (PDSA). Leur définition présente une base commune qui est celle de la régulation médicale. C'est un acte médical dont le principe repose sur la réception et la gestion de tout appel à caractère d'urgence ou vécu comme tel. Elle débute dès la réception d'un appel et se termine à la fin de la mission du moyen déclenché.

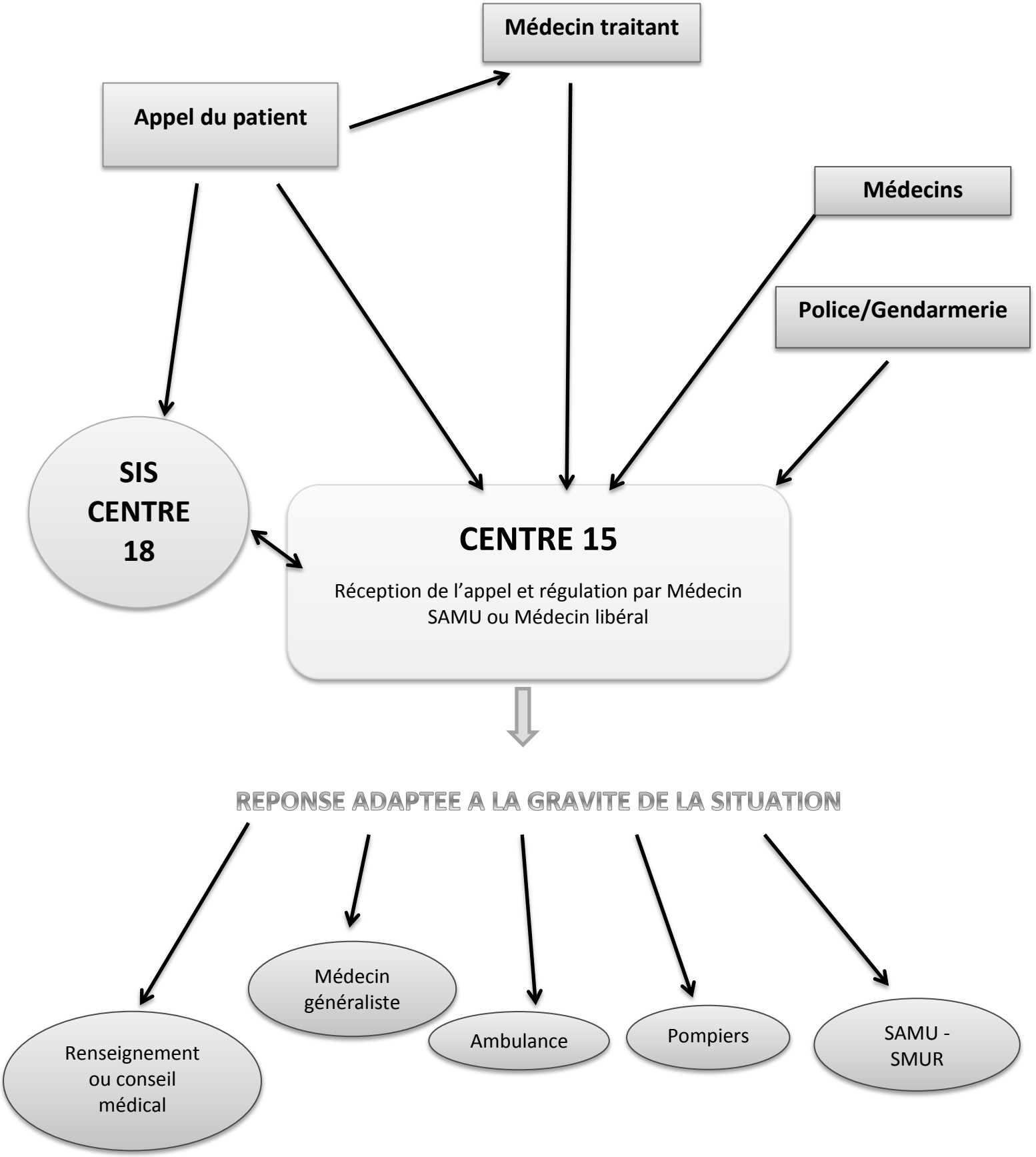
D'après les recommandations de l'HAS « l'acte médical est une décision médicale qui implique la responsabilité individuelle du médecin. Cette décision s'appuie sur l'ensemble des éléments dont dispose le médecin. Sa finalité est d'apporter au patient le juste soin et de ne pas lui faire perdre de chance. » *(41)*

La régulation médicale libérale est la première réponse aux patients, pour tout ce qui n'est pas une urgence vitale pendant la fermeture des cabinets médicaux, en mettant en œuvre tous les moyens disponibles : conseil, consultation téléphonique, orientation vers la structure de soins adaptée et disponible.

2) Statut légal de la régulation

Au niveau législatif, il est défini que « la régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels. » *(33)*

3) Organigramme de la régulation médicale



4) Etat des lieux de la régulation libérale en France, quelques exemples

En France, en 2009, 89 départements sur 101 ont une régulation médicale libérale, en général exercée dans les locaux du centre 15 *(42).*

Mais il existe de grandes disparités entre les départements concernant entre autre le nombre de médecins libéraux impliqués dans la régulation, l'existence d'un numéro dédié à la régulation médicale libérale…

Par exemple en Alsace, les différences entre le Haut-Rhin et le Bas-Rhin sont flagrantes :

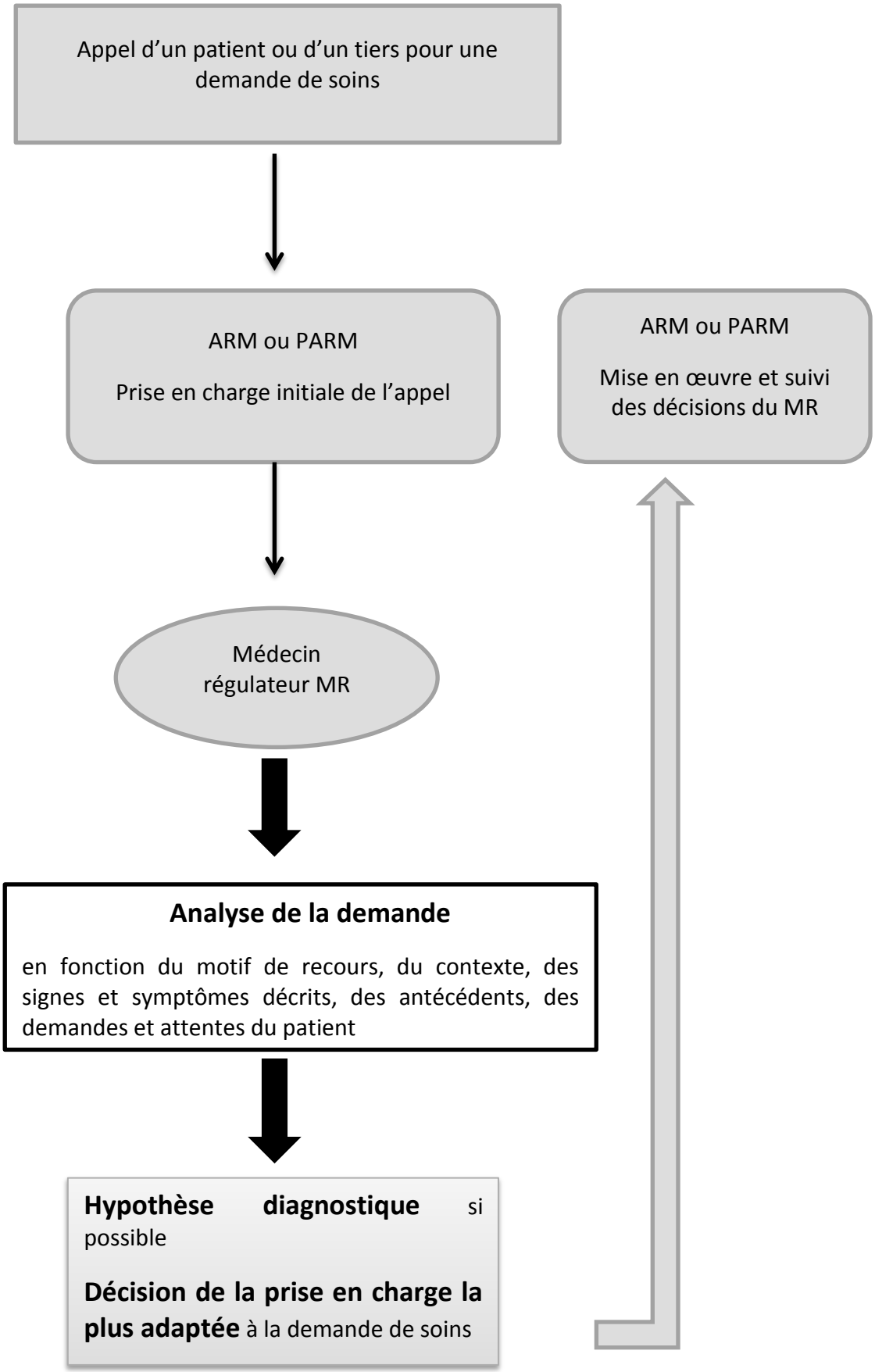
- Le Bas Rhin dispose d'un numéro de PDS spécifique (03 88 11 69 00) depuis 2006 et plus de 80 médecins libéraux participent à la régulation médicale libérale.

- Par contre, au 1er avril 2010, tous les secteurs de garde du Haut-Rhin sont régulés par le centre 15 et par la centrale d'appels de SOS médecins. Il n'y a pas de numéro spécifique de la PDS. Et seulement 10 médecins libéraux participent à la régulation *(42).*

En Auvergne, déjà effective dans les départements de l'Allier et du Puy-de-Dôme, la régulation libérale a été mise en place en Haute-Loire au cours du dernier trimestre 2007. Dans le Cantal il a fallu attendre l'année suivante 2008 pour sa mise en place. Le taux de participation des médecins à la régulation est de 5% en Auvergne en 2007 *(15).*

En Aquitaine, les médecins régulateurs libéraux sont regroupés en associations 1901 départementales (ASSUM) dans les 6 départements d'Aquitaine. Il n'y a pas de numéro spécifique pour la PDSA, les appels transitent via le 15 *(43).*

6) L'acte de régulation médicale et ses acteurs



6.1) PARM (Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale) ou ARM (Assistant de régulation médicale)

C'est le premier acteur de la régulation téléphonique. Il est en effet le premier à prendre l'appel. Il assure donc toute la prise en charge initiale de l'appel sous la responsabilité du médecin régulateur.

Il est formé spécifiquement à la gestion des appels d'urgence. Il est évidemment soumis au secret médical.

Ses missions sont les suivantes :

- **Recueillir certaines informations concernant l'appelant** : téléphone de l'appelant, coordonnées précises du lieu d'intervention (ville, route, rue, pavillon, immeuble, étage, code, etc.), coordonnées du médecin traitant…
- **Prendre connaissance du motif de l'appel**, des attentes et des circonstances, écouter avec attention l'appelant, poser des questions ouvertes en utilisant un vocabulaire adapté à l'appelant
- **Noter les caractéristiques du patient** : âge, sexe, poids (en particulier chez l'enfant)
- **Transmettre l'appel au médecin régulateur :** de manière synthétique et sans les interpréter
- **Assurer la mise en œuvre et le suivi des décisions prises par le médecin régulateur (MR)**
- **Déclencher une intervention selon un protocole préétabli dans les cas particuliers**

6.2) Médecin régulateur (MR)

Le médecin régulateur est un médecin généraliste volontaire dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire. Il y participe dans des conditions définies par le cahier des charges. Lorsque le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile, il signe une convention avec l'établissement siège du service d'aide médicale urgente. *(*35*)*

Le médecin régulateur analyse et prend en compte :

- le motif de recours
- le contexte
- les signes et les symptômes décrits par le patient ou directement perçus
- les antécédents médicaux
- les demandes et les attentes du patient.

Tout ceci dans le but de préciser le besoin de soins, d'établir une ou des hypothèses diagnostiques et pronostiques et d'évaluer les risques de la situation en regard des bénéfices attendus des différentes prises en charge possibles: conseil médical, prescription

médicamenteuse, consultation auprès du médecin traitant de manière différée, intervention médicale auprès du patient, orientation et transport du patient vers une structure hospitalière des urgences ou vers une unité ou une filière spécialisée du réseau des urgences.

Le médecin régulateur a donc la tâche difficile de prescrire le juste soin qui représente la réponse la mieux adaptée à la demande, compte tenu de l'organisation en place, des ressources disponibles et du contexte.

La prise en charge du patient ne s'arrête pas avec la décision du MR. Elle se poursuit par la mise en œuvre de cette prescription, l'assistance aux éventuels intervenants, l'anticipation de chacune des étapes de la prise en charge du patient et le suivi de cette prise en charge le temps nécessaire, soit à son achèvement, soit à la prise du relai par une autre structure de santé.

Pour aider à analyser l'appel, l'accès au dossier patient est à favoriser, en fonction de la législation en vigueur. Il parait évident que plus le médecin possède d'informations concernant le patient, plus la réponse médicale sera adaptée.

Choisir la prise en charge la plus adaptée pour une demande de soins donnée est donc très difficile, surtout par téléphone lorsque l'on n'effectue pas d'examen clinique sur le patient. L'évaluation téléphonique n'est pas quelque chose d'aisé même s'il existe des protocoles de régulation médicale. Ceux-ci ne sont d'ailleurs que des outils d'aide à la décision, ils ne constituent pas une règle intangible : le médecin reste responsable de ses décisions. Pour décider de la suite à donner, les seuls éléments dont il dispose sont ceux que lui communique l'appelant (le patient lui-même ou quelqu'un dans son entourage) et les réponses que ce dernier apporte aux questions qui lui sont posées. Le médecin régulateur insiste le plus souvent pour parler directement au malade afin d'entendre sa voix et sa respiration qui lui fournissent de précieux indices sur son état. À défaut, il s'appuie sur un entretien entre lui et une personne aux côtés du patient.

De plus, un patient qui appelle la régulation médicale est en général anxieux et peut exagérer ou au contraire minimiser ses symptômes. Il ne sait pas ce qu'il a et veut une réponse précise dans les plus brefs délais. Le médecin régulateur se doit donc d'être le plus précis possible et donner la réponse la plus adéquate au patient ou à son entourage.

7) Les différentes modalités de réponses à un appel

Le choix de la réponse s'appuie sur des critères médicaux identifiés au cours de l'échange avec l'appelant. En cas de doute, la prise en charge sera adaptée au niveau potentiellement plus grave. La décision revient au final au MR. Le régulateur doit donc estimer le degré de gravité de la situation pour répondre à la demande téléphonique.

Simplement :

- Le régulateur libéral peut déterminer que l'appel reçu entre dans le cadre de l'AMU, c'est-à-dire que l'état de santé du patient nécessite un traitement rapide qui dépasse le cadre de la médecine générale. Il transfère alors l'appel vers un de ses confrères urgentistes.

- Le régulateur peut en revanche considérer que l'état de santé du patient n'entre pas dans le cadre de l'AMU mais ne permet pas d'attendre l'ouverture des cabinets libéraux le lendemain ou le début de la semaine suivante. On est alors dans le cadre de la « pure » permanence des soins, avec déplacement de l'effecteur ou déplacement du patient vers un cabinet de garde.

- Enfin, le régulateur peut considérer que rien dans l'état de santé du patient ne justifie qu'il consulte un médecin hors des heures ouvrables. La demande est alors entièrement traitée de façon téléphonique, sans intervention physique d'un médecin. On entre alors dans le cadre du conseil médical ou de la prescription téléphonique.

Nous ne traiterons ici que les réponses médicales données par un régulateur dans le cadre de la PDSA. Nous partons du principe que l'appel ne relève pas de l'AMU.

7.1) Le conseil médical

Par définition, le conseil médical suppose qu'aucun moyen n'est mis en œuvre.

Il peut être proposé :

- en complément d'une demande d'information générale, ou en réponse à une demande spécifique de conseil ;
- chaque fois que le médecin régulateur juge que l'appel ne nécessite pas en urgence une consultation médicale.

Le conseil médical est un acte qui ne peut être réalisé que par le médecin régulateur, il constitue une prescription médicale. Il est consigné dans le dossier de régulation médicale du patient.

Il est toujours précisé à l'appelant de renouveler son appel s'il constate une persistance, une reprise ou une aggravation des symptômes.

7.2) Prescription médicamenteuse par téléphone

La prescription médicamenteuse par téléphone est une prescription médicale à distance.

En pratique cela correspond à trois situations :

- la rédaction et la transmission d'une ordonnance écrite
- la prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale
- l'adaptation d'un traitement (notamment lorsque le médecin traitant n'est pas joignable)

Les prescriptions par téléphone sont effectuées selon les recommandations HAS publiées en 2009, sur le thème « Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale »*(41).*

7.3) Orientation du patient vers un centre de consultation médicale non programmée

Si le médecin régulateur estime que le patient nécessite une consultation médicale sans attendre un rendez-vous différé avec son médecin traitant, qu'il n'est pas en détresse vitale et qu'il peut se déplacer.

Les coordonnées du lieu de consultation ainsi que les heures d'ouverture, les modalités d'accès, sont indiquées à l'appelant. Il peut s'agir d'une maison médicale de garde, du cabinet d'un médecin généraliste de garde…

Le centre de régulation médicale s'assure au préalable que le patient a les moyens de se rendre sur le lieu de consultation. Le cas échéant une solution est recherchée en accord avec lui.

7.4) Envoi sur place d'un médecin effecteur

Si le médecin régulateur estime que le patient nécessite une consultation médicale sans attendre un rendez-vous différé avec son médecin traitant, qu'il n'est pas en détresse vitale et qu'il ne peut pas se déplacer.

Les raisons pour lesquelles un patient ne peut pas se déplacer sont multiples :

- Patient âgé pour lequel il sera préférable de ne pas se mobiliser
- Patient n'ayant aucun moyen de locomotion
- Etat clinique rendant préférable le maintien à domicile

Il est quelque fois difficile de vérifier si les raisons invoquées par le patient pour ne pas se déplacer sont justifiées ou non, surtout par téléphone. Le médecin régulateur est donc souvent amené à déclencher l'envoi d'un médecin de garde sans être certain que le patient n'aurait pu réellement se déplacer.

7.5) Recours à un transport sanitaire en ambulance

Si le médecin régulateur juge que l'état du patient ne nécessite pas l'intervention immédiate d'un médecin auprès de lui mais que son état clinique requiert un transport allongé et/ou sous surveillance, vers une consultation, une structure des urgences ou, plus généralement, un établissement de santé.

7.6) Transmission de l'appel à un MR urgentiste

Si le MR estime que la situation du patient relève de l'AMU, Il transmet l'appel à un médecin régulateur urgentiste.

8) Classification des degrés d'urgence dans la régulation

D'après les recommandations de l'HAS « prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale » (44) et SAMU de France, une classification des degrés d'urgence dans la régulation a été proposée. Ceci dans un but de clarification.

Les MR assument des décisions réparties en 4 niveaux d'urgence :

- **R1** = urgence vitale patente ou latente imposant l'envoi d'un moyen de réanimation (SMUR)
- **R2** = urgence vraie sans détresse vitale nécessitant l'envoi d'un médecin de proximité, d'une ambulance ou d'un VSAV dans un délai adapté contractualisé entre le régulateur, l'effecteur et l'appelant
- **R3** = recours à la PDS, le délai ne constituant pas un facteur de risque en soi, une prescription médicamenteuse d'attente peut être proposée
- **R4** = conseil médical ou prescription médicamenteuse par téléphone

La régulation médicale libérale ne gère que les degrés d'urgence R2 à R4.

Chapitre 2 :
Etude statistique

Dans le cadre de la permanence des soins, le médecin régulateur libéral est donc amené à évoquer un diagnostic ou une hypothèse diagnostique sans voir le patient et à décider des moyens à engager pour la prise en charge de ce patient.

Cette constatation nous amène à nous poser certaines questions. Les informations relevées par le médecin régulateur sont-elle en corrélation avec le diagnostic posé par le médecin de garde au domicile du patient ? Les moyens engagés sont-ils en adéquation avec la prise en charge finale du patient ?

I) Objectifs de l'étude

L'étude que nous avons menée présentait plusieurs objectifs.

En premier lieu nous voulions comparer les informations relevées et/ou hypothèses diagnostiques émises par le médecin régulateur et le diagnostic du médecin de garde dans le cadre de la permanence des soins.

Secondairement, il nous a paru intéressant :

1. D'analyser la cohérence des moyens engagés par rapport à la gravité constatée par le médecin de garde
2. De décrire l'activité de régulation

II) Matériel et Méthode

Pour cette étude, les données ont été recueillies en deux temps.

Une première partie des données a été recueillie au sein du Centre de Réception et de Régulation des appels (CRRA) de Nancy auprès des médecins régulateurs de Médigarde. Le recueil a été réalisé à partir du logiciel AppliSamu (fiche de données jointe en Annexe 2) utilisé conjointement par le SAMU 54 et Médigarde lors de la régulation des appels.

Tous les appels passés à la régulation médicale libérale, durant trois dimanches, entre 8h et 12h, en période épidémique (23 janvier, 30 janvier et 06 février 2011) ont été inclus pour la première partie des données.

Les informations recueillies ont été les suivantes :

- le sexe
- l'âge

- le lieu d'appel
- le moyen d'appel (15 ou numéro spécifique Médigarde)
- le médecin régulateur
- les symptômes recueillis par le médecin régulateur et diagnostic éventuel
- la décision prise par le médecin régulateur (prise en charge du patient)
- remarques éventuelles sur les raisons de l'envoi d'un médecin effecteur

La deuxième partie des données a été recueillie auprès des médecins effecteurs qui se sont déplacés à domicile. Ils ont été joints par téléphone le lendemain ou le surlendemain de leur garde. Nous n'avons donc pris en compte que les patients pour lesquels la prise en charge a été l'envoi d'un médecin à domicile.

Les informations recueillies ont été les suivantes :

- diagnostic du médecin effecteur
- prise en charge la mieux adaptée à posteriori
- degré d'urgence estimé
- intérêt des informations transmises par la régulation
- moyen de recueil des données médicales

Toutes ces données ont été récapitulées sur un questionnaire global pour chaque patient (Annexe 4) puis travaillées sur Excel.

III) Résultats

1) Première partie des données

L'échantillon comprend 379 patients c'est-à-dire 379 appels au cours de ces trois dimanches. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

Ces appels ne tiennent pas compte des décisions prises à leur issue autrement dit de la prise en charge des patients.

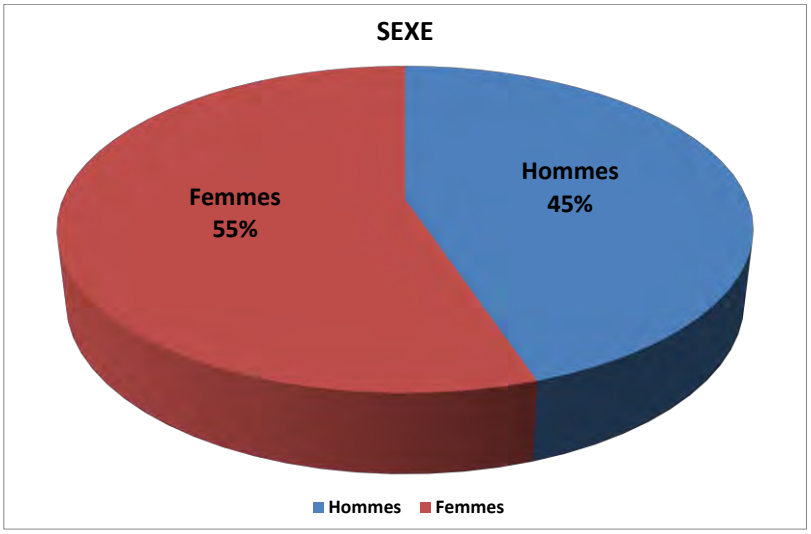
Le nombre d'appels en fonction de la date est :

- 23 janvier 2011 : 130 appels sur 379 soit 34% du total des appels
- 30 janvier 2011 : 116 appels sur 379 soit 31% du total des appels
- 06 février 2011 : 133 appels sur 379 soit 35% du total des appels

Les résultats suivants ont été calculés en fusionnant tous les appels c'est-à-dire que nous n'avons pas différencié les 3 dates de recueil étant donné la répartition homogène du nombre d'appels.

1.1) Caractéristiques de la population étudiée

1.1.1) Sexe



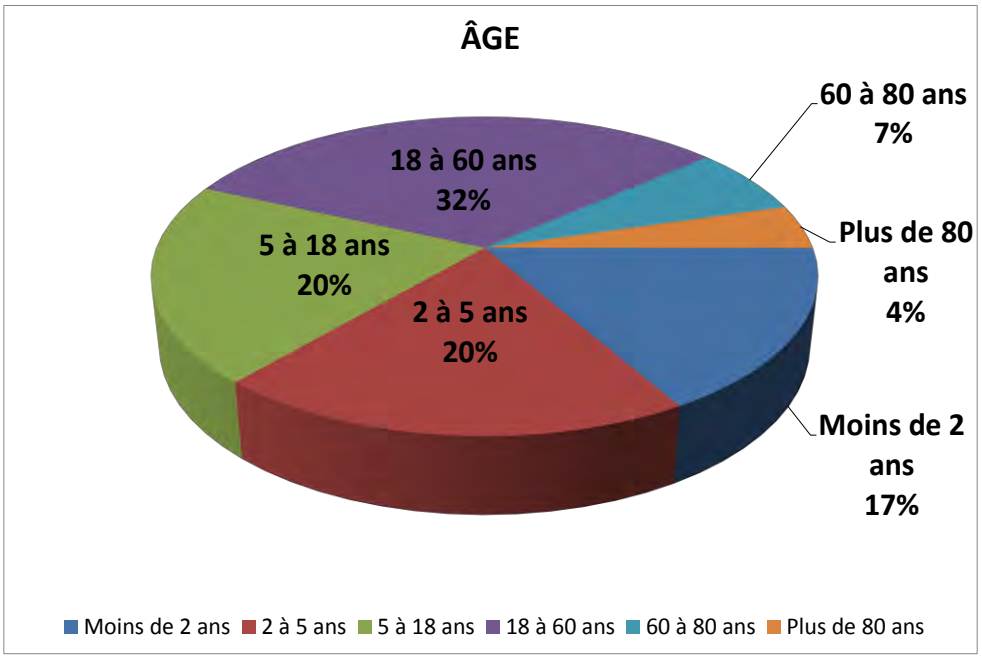
Graphique 1: Répartition de la population étudiée en fonction du sexe

L'échantillon se compose de **209 femmes (55%)** et de **170 hommes (45%)** sur 379 patients.

1.1.2) Âge

Nous avons réparti les patients dans 6 catégories d'âge :

- Moins de 2 ans : 63 patients sur 379 soit 17%
- 2 à 5 ans : 75 patients sur 379 soit 20%
- 5 à 18 ans : 77 patients sur 379 soit 20%
- 18 à 60 ans : 121 patients sur 379 soit 32%
- 60 à 80 ans : 26 patients sur 379 soit 7%
- Plus de 80 ans : 17 patients sur 379 soit 4%



Graphique 2: Répartition de la population étudiée en fonction de l'âge

Les jeunes de moins de 18 ans représentent 57% des appels soit plus de la moitié des appels et en particulier les très jeunes **de moins de 5 ans** qui représentent à eux seuls **37% des appels**.

Les **18-60 ans** représentent **32% des appels**.

La part des **plus de 60 ans** n'est finalement pas très élevée avec **11% des appels**.

L'âge moyen est de 23.5 ans, le patient le plus jeune a 10 jours et le plus âgé a 101 ans.

1.2) Caractéristiques des appels

1.2.1) Répartition horaire

Nous rappelons bien que l'étude a été menée sur 3 matinées entre 8h et 12h. Nous avons défini 4 plages horaires :

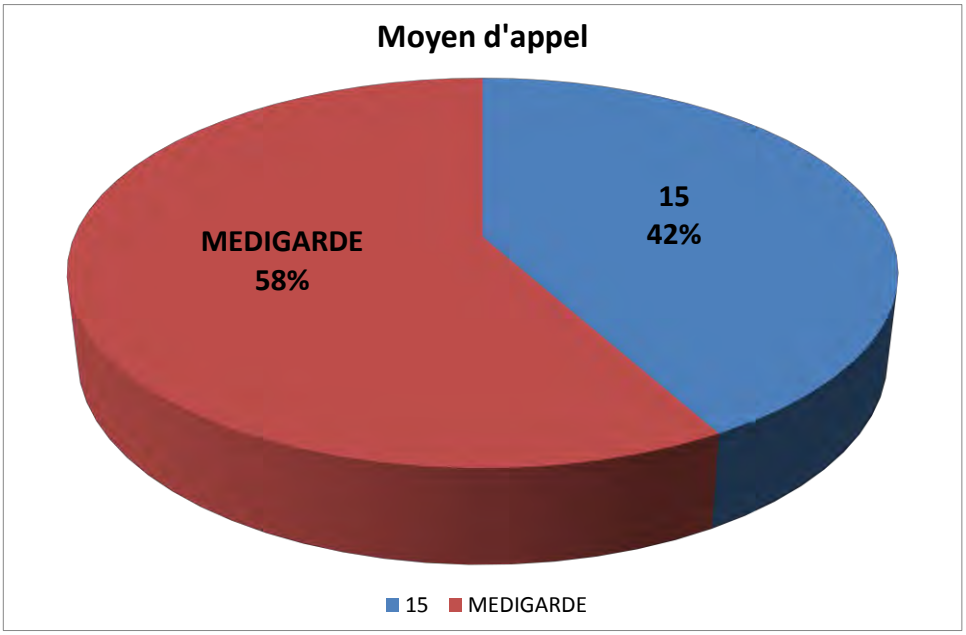
- De 8h à 9h
- De 9h à 10h
- De 10h à 11h
- De 11h à 12h

Sur la matinée, **la répartition horaire des appels est relativement homogène** avec 24% des appels entre 8h et 9h (90 appels), 29% entre 9h et 10h (112 appels), 23% entre 10h et 11h (86 appels) et 24% entre 11h et 12h (91 appels).

1.2.2) Moyen d'appel

Rappelons qu'il existe 2 moyens de joindre la régulation médicale libérale : le 15 (commun au SAMU et donc aux urgences vitales) et le 0 820 33 20 20 (Medigarde lorraine) existant depuis 2003.

La population utilise**,** dans **58% des cas, le numéro spécifique de Médigarde,** et dans **42% des appels le 15.**



Graphique 3: Moyens d'appel de la régulation médicale libérale

1.3) Répartition des différentes décisions prises par le médecin régulateur

Comme nous l'avons détaillé dans le chapitre 1, le médecin régulateur est amené à décider de la prise en charge la plus adaptée à chaque patient.

Dans notre étude les différentes modalités de réponse sont les suivantes :

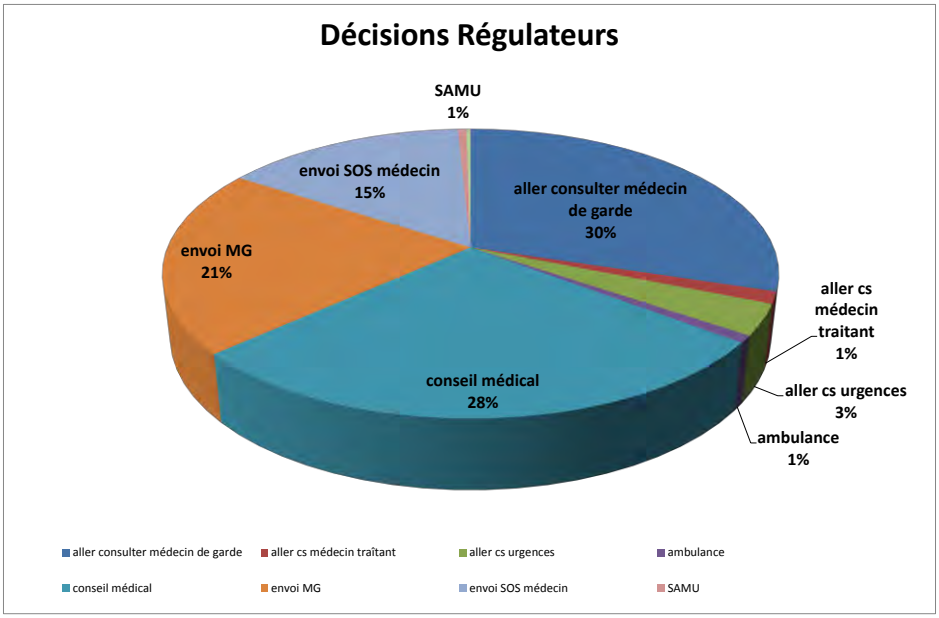
- Conseil médical
- Aller consulter le médecin traitant (dans les jours à venir)

- Aller consulter le médecin de garde (dans la journée)
- Envoi d'un médecin à domicile (médecin généraliste de garde ou SOS médecin)
- Se rendre aux urgences
- Envoi d'une ambulance
- Transfert de l'appel vers un médecin régulateur du SAMU

Les résultats sont les suivants :

Tableau 7: Répartition des décisions des médecins régulateurs

	Conseil médical	Médecin traitant	Médecin de garde	Envoi médecin	urgences	ambulance	Transfert SAMU
% des appels	28%	1%	30%	36%	4%	1%	0%



Graphique 4: Répartition des décisions des médecins régulateurs

Les décisions les plus fréquentes sont donc le conseil médical (28%), la consultation auprès d'un médecin de garde (30%) et l'envoi d'un médecin à domicile (36%).

1.3.1) La répartition des décisions en fonction du médecin régulateur

Au cours de notre étude, nous avons été amenés à visualiser les données de 6 médecins régulateurs. Par souci de confidentialité, nous ne les nommerons pas. Ils seront numérotés de MR (médecin régulateur) 1 à MR 6.

Chaque médecin régulateur a reçu et pris en charge un certain nombre d'appels :

- MR 1 : 77 appels sur 379 soit 20% des appels
- MR 2 : 77 appels sur 379 soit 20% des appels
- MR 3 : 56 appels sur 379 soit 15% des appels
- MR 4 : 39 appels sur 379 soit 10% des appels
- MR 5 : 45 appels sur 379 soit 12% des appels
- MR 6 : 85 appels sur 379 soit 23% des appels

Tableau 8: Les différentes décisions en fonction du médecin régulateur

	MR 1	MR 2	MR 3	MR 4	MR 5	MR 6
Conseil Médical	22%	12%	**43%**	18%	18%	**48%**
Aller consulter médecin traitant dans les jours à venir	0%	0%	0%	13%	0%	0%
Aller consulter médecin de garde dans la journée	21%	**53%**	19%	**41%**	20%	24%
Envoi médecin à domicile	**56%**	26%	**36%**	18%	**53%**	26%
Envoi ambulance	0%	1%	2%	2%	0%	0%
Aller aux urgences	1%	7%	0%	5%	7%	2%
Envoi SAMU	0%	1%	0%	0%	2%	0%
NOMBRE D'APPELS	77	77	56	39	45	85

1.3.2) La répartition des décisions en fonction de l'âge

Tableau 9: Répartition des décisions en fonction de l'âge du patient

	Conseil médical	Aller consulter médecin traitant	Aller consulter médecin de garde	Envoi médecin à domicile	Envoi ambulance	Aller aux urgences	Envoi SAMU	
< 2 ans	27%	0%	**40%**	31%	0%	2%	0%	100%
2-5 ans	28%	0%	27%	**40%**	0%	5%	0%	100%
5-18 ans	35%	1%	30%	30%	0%	4%	0%	100%
18-60 ans	29%	2%	32%	31%	1%	5%	0%	100%
60-80 ans	15%	4%	23%	**50%**	4%	0%	4%	100%
>80 ans	12%	0%	0%	**76%**	6%	0%	6%	100%

Nous pouvons donc visualiser sur le Tableau 9 que :

- La majorité des moins de 2 ans (40%) est dirigée vers le cabinet du médecin de garde ou la maison médicale de garde
- Chez les 2-5 ans, c'est l'envoi du médecin à domicile qui est le plus fréquent (40% des cas)
- Chez les plus de 60 ans, la majorité des décisions correspond à l'envoi du médecin de garde à domicile (respectivement 50% et 76%)
- Dans la population des 5-60 ans, la répartition des décisions est relativement homogène avec environ un tiers de conseil médical, un tiers de consultation auprès du médecin de garde et un tiers d'envoi du médecin effecteur à domicile

1.3.3) La répartition des décisions en fonction des symptômes ressentis

1.3.3.1) Regroupement des symptômes

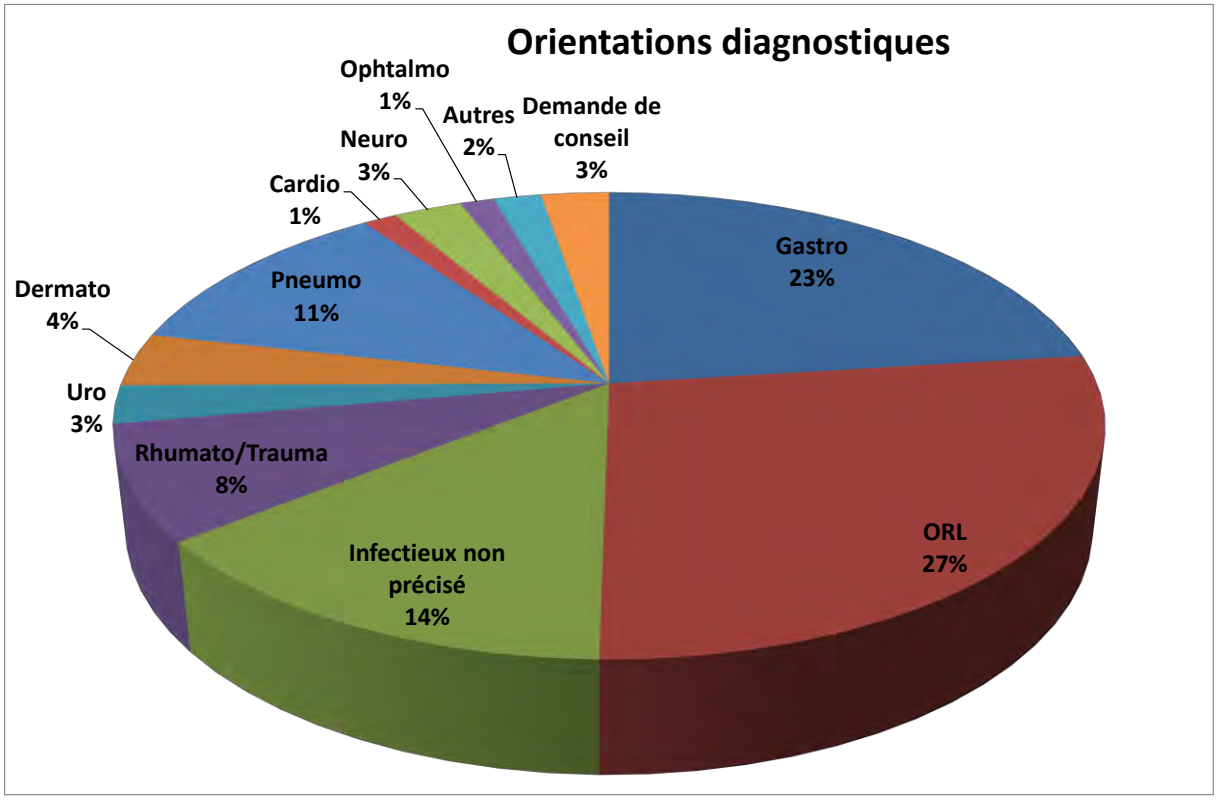
Un autre critère décisionnel pour le médecin régulateur est aussi le type de pathologie ou les symptômes ressentis par le patient.

Au cours de cette étude, nous avons remarqué que le médecin régulateur posait rarement un diagnostic précis. Il établit plutôt une liste de symptômes qui orientent vers un diagnostic.

Nous avons donc regroupé ces symptômes par domaine ou plutôt par orientation afin de simplifier l'interprétation des données:

Tableau 10: Répartition des symptômes relevés par domaine médical

Orientation diagnostique	Symptômes regroupés
Gastro-entérologie	Vomissements, diarrhée, gastro-entérite aigue, douleur abdominale, rectorragie
ORL	Otite, laryngite, angine, rhino-pharyngite, sinusite, grippe ou syndrome grippal
Infectieux non précisé	Fièvre
Rhumatologie/Traumatologie	Lombalgies, sciatique, traumatismes
Urologie	Infection urinaire, pyélonéphrite, colique néphrétique
Dermatologie	Eruption cutanée, prurit
Pneumologie	Bronchite, bronchiolite, toux
Cardiologie	HTA, malaise
Neurologie	Migraine, photophobie, raideur méningée, AVC
Ophtalmologie	Conjonctivite…
Demande de conseils	Erreur médicamenteuse, conseil médical
Autre	Asthénie, déshydratation…



Graphique 5: Répartition des différentes orientations diagnostiques

1.3.3.2) Répartition des différentes décisions en fonction des orientations diagnostiques

Tableau 11: Répartition des différentes décisions en fonction des orientations diagnostiques

	Conseil médical	Médecin traitant	Aller consulter médecin de garde	Envoi médecin à domicile	Aller aux urgences	Envoi d'une ambulance	Transfert sur SAMU
Gastro-entérologie	29%	2%	24%	**42%**	2%	1%	0%
ORL	19%	2%	**39%**	**40%**	0%	0%	0%
Infectieux	24%	0%	32%	**40%**	3%	0%	1%
Rhumato / Traumato	23%	4%	23%	**37%**	10%	3%	0%
Urologie	19%	0%	9%	**43%**	24%	0%	5%
Dermato	**40%**	0%	14%	26%	20%	0%	0%
Pneumo	29%	0%	**36%**	**35%**	0%	0%	0%
Cardio	40%	0%	0%	**60%**	0%	0%	0%
Neuro	20%	0%	10%	**50%**	10%	0%	10%
Ophtalmo	0%	0%	80%	20%	0%	0%	0%
Autres	14%	0%	0%	57%	15%	14%	0%

L'envoi du médecin à domicile est la décision la plus fréquemment prise par les médecins régulateurs dans la plupart des orientations diagnostiques :

- Pour les pathologies majoritairement infectieuses (gastro-entérologie, ORL, infectieux, pneumologie), un médecin est envoyé au domicile du patient dans 35 à 40% des cas soit plus d'un patient sur 3
- Pour les pathologies à orientation cardiologique ou neurologique, le médecin effecteur est envoyé chez plus d'un patient sur deux

1.3.4) Répartition des orientations diagnostiques en fonction des tranches d'âge concernées

Tableau 12: Répartition des orientations diagnostiques en fonction des tranches d'âge concernées

	< 2 ans	2-5 ans	5-18 ans	18-60 ans	60-80 ans	> 80 ans
Gastro-entérologie	17%	16%	14%	**37%**	8%	8%
ORL	10%	18%	26%	**38%**	6%	2%
Infectieux	22%	**30%**	**33%**	11%	2%	2%
Rhumato/Traumato	7%	0%	7%	**63%**	13%	10%
Urologie	5%	19%	28%	**38%**	5%	5%
Dermatologie	13%	**40%**	7%	33%	7%	0%
Pneumologie	27%	**38%**	20%	11%	0%	4%
Cardiologie	0%	0%	20%	20%	**40%**	20%
Neurologie	0%	0%	**40%**	**40%**	10%	10%
Ophtalmologie	0%	**60%**	0%	0%	40%	0%
Autres	0%	15%	0%	**57%**	14%	14%

Ainsi les diagnostics concernant :

- La gastro-entérologie ou l'ORL concernent principalement les 18-60 ans (37 et 38% respectivement)
- La rhumatologie, l'urologie ou la neurologie concernent également principalement les 18-60 ans (63%, 38% et 40% respectivement)
- La dermatologie ou la pneumologie touchent une majorité de jeunes de 2 à 5 ans (40% et 38%)
- L'ophtalmologie concerne dans 60% des cas la tranche d'âge des 2-5ans

1.4) Les différents degrés d'urgence en régulation médicale libérale

Rappelons que nous avons défini 4 degrés d'urgences d'après les recommandations de l'HAS :

- **R1** : urgence vitale nécessitant l'envoi d'un SMUR
- **R2** : urgence vraie sans détresse vitale nécessitant l'envoi d'un médecin de proximité, d'une ambulance ou d'un VSAV dans des délais raisonnables
- **R3** : recours à la PDS, le délai n'étant pas un facteur de risque en soi (une prescription médicamenteuse peut être faite)
- **R4** : conseil médical

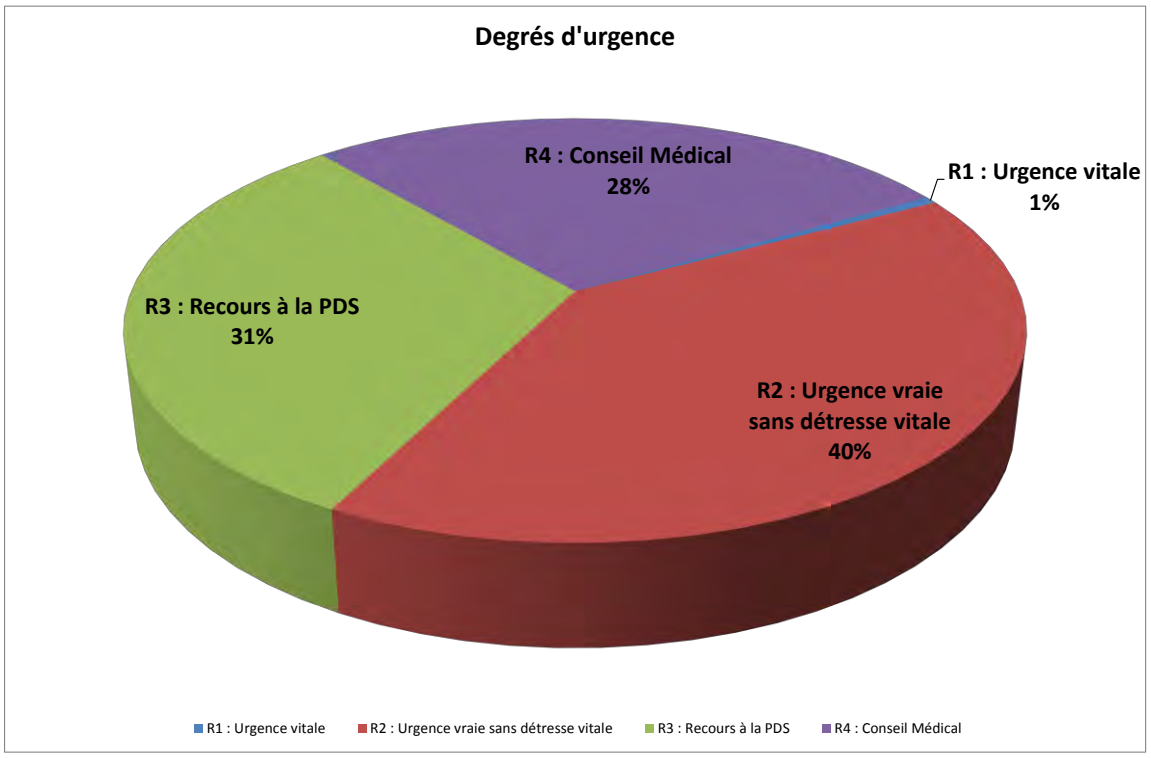
1.4.1) Répartition des degrés d'urgence

La répartition des degrés d'urgence est la suivante :

- R1 : 2 appels sur 379 soit 1%
- R2 : 153 appels sur 379 soit 40%
- R3 : 118 appels sur 379 soit 31%
- R4 : 106 appels sur 379 soit 28%

Nous retrouvons donc logiquement **99% des appels ayant des degrés de gravité allant de R2 à R4** c'est-à-dire concernant des urgences non vitales gérées par la PDS.

Les 2 appels classés R1 et relevant donc de l'AMU ont été rapidement transférés vers un médecin urgentiste du SAMU.



Graphique 6 : Répartition des différents degrés d'urgence

1.4.2) En fonction de l'âge

Tableau 13: Répartition des degrés d'urgence en fonction de l'âge des patients

	< 2 ans	2-5 ans	5-18 ans	18-60 ans	60-80 ans	> 80 ans
R1	0%	0%	0%	0%	4%	6%
R2	33%	**45%**	34%	36%	**54%**	**82%**
R3	**40%**	27%	31%	35%	27%	0%
R4	27%	28%	35%	29%	15%	12%

La répartition des degrés d'urgence est plutôt homogène pour les 5-60 ans (environ un patient sur trois répartis entre R2, R3 et R4).

Pour la tranche d'âge concernant les plus de 60 ans, ceux-ci sont classés majoritairement en R2 (dans 54% des cas chez les 60-80 ans et 82% des cas chez les plus de 80 ans).

Les patients entre 2 et 5 ans sont majoritairement classés en R2 (45%).

Les moins de 2 ans sont majoritairement classés en R3 (40%).

2) Enoncé de la deuxième partie des données

Nous avons donc joint les médecins effecteurs (médecins généralistes de garde ainsi que les médecins de l'association SOS médecins) le lendemain ou le surlendemain de leur garde.

Nous nous sommes intéressés uniquement aux patients pour lesquels la décision du médecin régulateur était une visite à domicile.

Le principe était de recueillir le diagnostic posé par le médecin effecteur à l'issue de sa visite à domicile ainsi que son opinion sur la justification de l'envoi à domicile à posteriori. En clair, est-ce que le médecin effecteur a trouvé que la visite à domicile était justifiée à postériori et pourquoi, ou est-ce que le patient aurait pu se déplacer dans un cabinet de garde ? Reste la possibilité que le patient ait pu nécessiter des soins relevant de l'AMU mais le cas ne s'est pas présenté au cours de notre étude.

2.1) Taille de l'échantillon

Nous avons donc inclus dans cet échantillon tous les patients pour lesquels la décision du médecin régulateur était l'envoi d'un médecin effecteur à domicile que ce soit un médecin de garde libéral ou un médecin appartenant à SOS médecins.

Nous avons alors **137 patients** pour lesquels un médecin effecteur a été envoyé à domicile.

2.2) Nombre de réponses recueillies

Le taux de réponse est de 79% soit 108 patients sur 137.

Concernant les données du 23 janvier 2011, nous devions joindre 15 médecins libéraux et 8 médecins appartenant à SOS médecins. 12 médecins libéraux sur 15 ont répondus à nos questions et 7 médecins sur 8 appartenant à SOS médecins.

Concernant les données du 30 janvier 2011, nous devions joindre 11 médecins libéraux et 6 médecins appartenant à SOS médecins. 8 médecins libéraux sur 11 nous ont répondus et 6 médecins SOS sur 7.

Concernant les données du 06 février 2011, nous devions joindre 14 médecins libéraux et 9 médecins appartenant à SOS médecins. 10 médecins libéraux sur 14 nous ont répondu ainsi que 7 médecins SOS sur 9.

2.3) Opinion du médecin effecteur sur la justification de la visite à domicile

Pour l'ensemble des médecins effecteurs, **l'envoi à domicile est justifié dans 73% des cas**, non justifiée dans 26% des cas et 1% des visites a été annulée.

Un **médecin libéral de garde est envoyé dans 58% des cas** et **SOS médecins dans 42% des cas**.

Lorsque le médecin effecteur fait partie de **SOS médecins**, l'envoi à domicile est justifié dans **88% des cas**. A noter que le **taux de réponse chez SOS médecins est de 86%** soit 49 patients.

Lorsque le médecin effecteur est un **médecin libéral de garde**, l'envoi à domicile est justifié **61% des cas**. Ici, le **taux de réponse est de 74%** (soit 59 patients), relativement inférieur à celui de SOS médecins.

2.4) Concordance entre les symptômes évoqués par le médecin régulateur et le diagnostic posé par le médecin effecteur

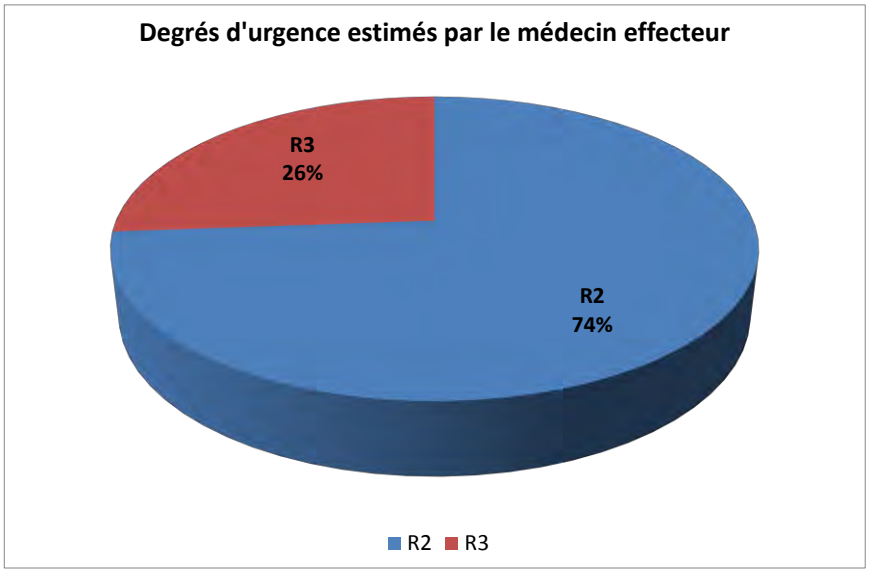
L'idée de départ était de comparer deux diagnostics précis (celui du médecin régulateur et celui du médecin effecteur) mais il est vite apparu que le médecin régulateur ne pose pas vraiment de diagnostic mais dresse une liste de symptômes évoquant un diagnostic.

Il est donc seulement possible de vérifier la concordance de ces données en termes d'orientation diagnostique c'est-à-dire si le diagnostic posé par le médecin effecteur rentre

dans le même domaine que les symptômes évoqués par le médecin régulateur. La comparaison à proprement parler n'est pas possible car ce ne sont pas les mêmes données.

Il apparait que **82% des données sont concordantes** entre les symptômes évoqués par le médecin régulateur et le diagnostic posé par le médecin effecteur. C'est-à-dire que 82% des données rentrent dans le même domaine médical chez le régulateur et chez l'effecteur.

2.5) Degrés d'urgence estimés par le médecin effecteur



Graphique 7: Degrés d'urgence estimés par le médecin effecteur

Le Graphique 7 représente, parmi les envois d'un médecin à domicile décidés par le médecin régulateur (classés R2), les degrés d'urgence estimés par les médecins effecteurs.

Nous avons donc **74%** des prises en charge **classées en R2** par les médecins effecteurs et **26% classées en R3**.

IV) Discussion

1) Limites de l'étude

1.1) Au sujet de la période de recueil des données

Nous avons donc recueilli nos données sur 3 dimanches matin de 8h à 12h.

Il s'avère que la répartition en 4 tranches horaires de la matinée n'a rien apporté à notre étude. En effet les appels sont passés de manière homogène au cours de toute la matinée. Il aurait donc été intéressant de varier les horaires de recueil, par exemple en intégrant les appels passés l'après-midi et en soirée.

D'autre part, notre étude a eu lieu en janvier et février, période où les pathologies infectieuses de type gastro-entérite aigue ou syndrome grippal sont très fréquentes. Il aurait été judicieux de relever nos données également sur une autre période de l'année (estivale par exemple) afin de voir si les décisions des médecins régulateurs variaient.

1.2) Au sujet de la comparaison des informations relevées par le médecin régulateur et le diagnostic posé par le médecin effecteur

Une des limites de notre étude est le fait que le médecin régulateur ne pose pas de diagnostic précis à l'issue d'un appel. Il émet au mieux une hypothèse diagnostique mais dans la plupart des cas il dresse uniquement une liste de symptômes. Le médecin de garde, lui, pose plus souvent un diagnostic précis. Nous n'avons donc pas réussi à comparer deux diagnostics précis comme nous souhaitions le faire au début de cette étude.

Nous avons pu, par contre, établir une concordance entre les symptômes relevés par le médecin régulateur et le diagnostic du médecin effecteur en vérifiant s'ils relevaient du même domaine médical mais cela manque de précision.

1.3) Au sujet des différents médecins effecteurs

Nous avons vu au cours de notre étude que les médecins effecteurs étaient soit des médecins libéraux de garde, soit des médecins appartenant à SOS médecins.

Une autre limite de notre étude est le mode de fonctionnement de SOS médecins. En effet cette association n'a pas de structure pour recevoir les patients, ils n'effectuent que des visites à domicile. Les réponses concernant la justification des visites à domicile est donc biaisée, les visites étant pour eux très souvent justifiées.

1.4) Au sujet du moyen de recueil des données médicales

Dans le questionnaire de notre étude (Annexe 4), nous devions interroger les médecins effecteurs sur le moyen de recueil des données médicales au domicile du patient (patient lui-même, tiers, carnet de santé…). Malheureusement cette donnée n'a pu être exploitée faute de réponses de la part des médecins de garde (taux de réponse< 10%). En effet la plupart ne se souvenaient plus de cette donnée.

1.5) Au sujet du recueil des données auprès des médecins effecteurs

Une des difficultés à laquelle nous avons été confrontés a été le recueil des données auprès des médecins effecteurs. En effet nous avons tout de même 21% des médecins de garde qui n'ont pas pu être joints ou qui n'ont pas pris le temps de répondre à nos questions, soit près d'un médecin sur cinq.

La raison la plus fréquemment invoquée a été le manque de temps ceci étant surtout valable pour les médecins libéraux.

2) Concernant les résultats de la première partie des données

2.1) Au sujet des caractéristiques de la population analysée

La population de notre étude est composée de **55% de femmes et de 45% d'hommes**. Ces résultats sont proches de la population générale qui, d'après l'Insee pour fin 2010, comporte 51.5% de femmes pour 48.5% d'hommes.

L'âge moyen est de 23.5 ans, le patient le plus jeune a 10 jours et le plus âgé a 101 ans.

Il nous a paru intéressant de diviser l'échantillon en plusieurs catégories d'âge (Graphique 1). En effet l'âge est un critère décisionnel important pour le médecin régulateur étant donné qu'il peut constituer un facteur de risque médical surtout pour les âges extrêmes de la vie. Ainsi la prise en charge sera différente par exemple dans le cas d'une infection respiratoire, pour un nourrisson, pour un adulte ou pour un sujet âgé. Le médecin régulateur enverra plus facilement un médecin à domicile chez le nourrisson ou le sujet âgé pour s'assurer du caractère bénin de l'infection.

La répartition des appels en fonction de l'âge des patients reflète une forte demande médicale concernant les plus jeunes. En effet **57% des appels** soit plus de la moitié concernent **les jeunes de moins de 18 ans** et en particulier les très jeunes **de moins de 5 ans** qui représentent à eux seuls **37% des appels**. Ceci illustre bien le fait que l'entourage appellera plus facilement et plus rapidement pour un enfant que pour un adulte.

Les **18-60 ans** représentent **32% des appels**.

La part des **plus de 60 ans** n'est finalement pas très élevée avec **11% des appels**.

La permanence des soins ambulatoire, en tout cas en période épidémique hivernale, semblerait donc répondre en majorité aux demandes des moins de 60 ans. En effet **89% des appels sont passés pour des personnes de moins de 60 ans**.

Si l'on regarde la répartition des âges en fonction du sexe (Tableau 14), les tranches comprenant les moins de 60 ans varient peu c'est-à-dire contiennent en moyenne autant d'hommes que de femmes, par contre on a **deux fois plus de femmes de plus de 60 ans (14%) que d'hommes de plus de 60 ans (7%)**. Ces chiffres sont comparables à ceux de l'Insee fin 2010 pour la population générale qui indiquent que les femmes de plus de 60 ans représentent 13.2% de la population générale et les hommes 10.1%.

Tableau 14: Répartition des âges en fonction du sexe

	< 2 ans	2-5 ans	5-18 ans	18-60 ans	60-80 ans	>80 ans
Hommes	21%	22%	19%	31%	4%	3%
Femmes	13%	18%	22%	33%	9%	5%
Global	17%	20%	20%	32%	7%	4%

2.2) Au sujet des caractéristiques des appels

2.2.1) La répartition horaire

Etant donné l'homogénéité de la répartition horaire des appels, nous n'avons pas pris en compte cette donnée dans la suite de l'étude. Nous avons donc fusionnés tous les appels de 8h à 12h.

Il s'avère effectivement que nous avons 24% des appels entre 8h et 9h, 29% entre 9h et 10h, 23% entre 10h et 11h et 24% entre 11h et 12h.

2.2.2) Moyen d'appel

La population utilise en majorité, dans **58% des cas, le numéro spécifique de Médigarde**, mais il reste tout de même **42% des appels passés via le 15** pour des cas relevant de la médecine générale.

Ces résultats diffèrent des résultats calculés sur une année entière. En effet d'après les statistiques du CHU de Nancy pour Médigarde, 87.5% des appels concernant la permanence des soins ambulatoire sont passés via le numéro spécifique Médigarde et 12.5% via le 15.

Est-ce le fait d'une mauvaise information des patients sur la PDS ? Est-ce que le fait que le 15 soit un numéro d'appel gratuit et non le numéro de Médigarde a son importance ?

Quoi qu'il en soit, **l'information des patients est primordiale** afin que la population connaisse et utilise le numéro de la permanence des soins libérale pour ne pas utiliser le 15 pour des demandes relevant de la médecine générale. Une nouvelle campagne de communication est mise en place depuis 2009 (Annexe 1) afin de sensibiliser le grand public au bon usage de la permanence des soins. Il est important également d'informer la population sur le fonctionnement de la PDS (numéro d'appel, chemin de l'appel, rôle du médecin régulateur, décision médicale…). Pour cela **un numéro spécifique et gratuit national de la permanence des soins libérale semblerait une solution adéquate**.

2.3) Au sujet des différentes décisions prises par le médecin régulateur

Il est intéressant de noter que **71% des appelants vont bénéficier d'une consultation médicale dans la journée** (en médecine générale ou en secteur hospitalier) que ce soit à domicile, au cabinet du médecin de garde ou aux urgences (par leur propre moyen ou par ambulance) (Graphique 4).

Parmi ces 71%, une très grande majorité soit **93% va bénéficier d'une consultation de médecine générale en premier lieu, le recours initial au secteur hospitalier n'ayant lieu que dans 7% des cas.**

Le recours à l'envoi d'un médecin effecteur à domicile est privilégié dans 36% des cas. 30% des appelants se déplacent pour consulter le médecin de garde.

Enfin, **seul un conseil médical est donné dans 28% des cas**.

Si l'on regarde les **statistiques de 2009 concernant Médigarde** fournies par le CHU de Nancy, les appelants bénéficient **d'une consultation médicale dans la journée** dans **45% des cas** (maison médicale de garde, médecin de garde ou envoi du médecin à domicile). Ce chiffre diffère de celui que nous avons trouvé dans notre étude (71%). Est-ce le fait que notre étude ait eu lieu en pleine période épidémique et que le nombre d'appels nécessitant l'envoi d'un médecin est plus important ? Ou est-ce le fait que notre étude ne représente qu'un seul jour de la semaine ? Il aurait été intéressant d'avoir les statistiques de Médigarde par journée et en particulier le dimanche pour voir si une réelle différence existe.

2.3.1) Les différentes décisions en fonction du médecin régulateur

Les médecins régulateurs reçoivent une formation spécifique concernant la régulation mais chacun prend personnellement la décision médicale qui lui paraît la plus adaptée à chaque patient. C'est lui qui en a la responsabilité.

Nous avons donc voulu voir s'il existait une réelle différence dans la répartition des décisions en fonction du médecin régulateur qui gère les appels.

En premier lieu on remarque que les médecins régulateurs ne prennent pas tous en charge le même nombre d'appels sur la même durée.

- MR 1 : 77 appels sur 379 soit 20% des appels

- MR 2 : 77 appels sur 379 soit 20% des appels
- MR 3 : 56 appels sur 379 soit 15% des appels
- MR 4 : 39 appels sur 379 soit 10% des appels
- MR 5 : 45 appels sur 379 soit 12% des appels
- MR 6 : 85 appels sur 379 soit 23% des appels

	MR 5	**MR 6**	**Nombre total d'appels**
Dimanche 1	45	85	130
	35%	65%	100%

	MR 2	**MR 4**	**Nombre total d'appels**
Dimanche 2	77	39	116
	66%	34%	100%

	MR 1	**MR 3**	**Nombre total d'appels**
Dimanche 3	77	56	133
	58%	42%	100%

Les médecins régulateurs ne prennent donc pas tous en charge le même nombre d'appels. Cela peut aller de **10 à 21 appels par heure**. Les chiffres peuvent donc aller du **simple au double pour 2 médecins régulateurs travaillant la même matinée** (par exemple entre le MR5 et MR6 ou entre MR2 et MR4). Mais il faut être très prudent avec ces chiffres, ils dépendent bien évidemment du contenu des appels : il est sûr que les demandes médicales ont chacune leur spécificité et ne demandent pas toutes le même temps de réponse.

D'autre part certains médecins régulateurs vont privilégier :

- le conseil médical (43% et 48% de leurs décisions pour MR 3 et MR6 respectivement) alors que pour les autres régulateurs, la proportion n'excède pas 20%
- la consultation auprès d'un médecin de garde dans la journée (53% et 41% de leurs décisions pour MR2 et MR4 respectivement) alors que la proportion des autres régulateurs n'excède pas 24%
- l'envoi du médecin à domicile (56% et 53% de leurs décisions pour MR1 et MR5 respectivement) alors que la proportion n'excède pas 36% pour les autre régulateurs

On peut donc supposer, d'après le Tableau 8, qu'en fonction du médecin qui régule, il y aura un nombre différent d'envoi de médecins effecteur à domicile par exemple. Ce qui confirme

le fait qu'il n'y a pas de règle établie en régulation et que la décision finale du moyen engagé est bien subjective, sous la responsabilité du médecin qui régule.

2.3.2) Les différentes décisions en fonction des horaires d'appel

Le Tableau 15 nous confirme bien que la répartition en 4 tranches horaires de la matinée ne révèle pas d'importantes disparités dans les décisions des médecins régulateurs. En particulier la proportion d'envoi d'un médecin effecteur à domicile est quasiment la même quelle que soit la tranche horaire.

Tableau 15: Répartition des envois de médecin à domicile en fonction des horaires d'appel

	8h-9h	9h-10h	10h-11h	11h-12h
Envoi médecin à domicile	41%	37%	34%	32%
Nombre total d'appels	90	112	86	91

2.3.3) Les différentes décisions en fonction de l'âge du patient

L'âge apparaît comme un **critère décisionnel incontestable** pour le médecin régulateur (Tableau 9).

Ainsi plus le patient est âgé, plus la décision d'envoyer un médecin à domicile est privilégiée (Tableau 16) :

- Chez les **60-80 ans, 1 patient sur 2** aura la visite d'un médecin de proximité (50%)
- Chez les **plus de 80 ans, ce sont 3 patients sur 4** qui en bénéficieront (76%)
- Pour les **autres tranches d'âge, 1 patient sur 3** en moyenne aura la visite d'un médecin

Tableau 16: Pourcentage d'envoi d'un médecin effecteur en fonction de l'âge du patient

	< 2 ans	2-5 ans	5-18 ans	18-60 ans	60-80 ans	>80 ans
Envoi médecin effecteur	31%	40%	30%	31%	50%	76%

Le **conseil médical pur est privilégié pour les moins de 60 ans** (en moyenne 30% des décisions). Par contre les taux sont beaucoup plus faibles chez les sujets âgés de plus de 60 ans (entre 12 et 15% des décisions). Ceci s'explique par le fait que les complications médicales sont plus fréquentes chez les sujets âgés. Il sera donc difficile de laisser le patient à domicile sans examen médical rapide pour s'assurer du caractère bénin de la pathologie présentée et surtout pour s'assurer que le maintien à domicile est sans danger pour le patient.

Dans **40% des cas**, on demandera aux parents ou à l'entourage d'un **enfant de moins de 2 ans de l'emmener voir un médecin de garde dans la journée**. Il en est de même que pour les sujets âgés : il est indispensable de s'assurer du caractère bénin de la pathologie. En effet, il n'est pas rare qu'une bronchiolite par exemple nécessite des soins immédiats et un examen médical rapide pour s'assurer que la prise en charge peut être ambulatoire. Ceci est valable pour la plupart des pathologies infectieuses chez le tout petit (risque de déshydratation dans la gastro-entérite aigue, mauvaise tolérance respiratoire du virus grippal…).

2.3.4) Au sujet du regroupement des symptômes

Le médecin régulateur, au cours de la gestion d'un appel, doit formuler une ou des hypothèses diagnostiques s'il le peut. Au cours de notre étude, il s'est révélé qu'un diagnostic est très rarement posé. Le régulateur va, le plus souvent, **établir une liste de symptômes sans formuler d'hypothèse diagnostique**.

Le problème que nous avons rencontré a donc été de savoir comment classer ces symptômes. Prendre les symptômes un par un aurait été difficilement exploitable et donc ininterprétable étant donné le trop grand nombre de ceux-ci. Nous aurions pu établir nous-même une hypothèse diagnostique aux vues de la liste de symptômes établie mais nous aurions alors créé un biais dans l'étude. Nous avons donc préféré classer ces symptômes dans des catégories correspondant à des domaines médicaux précis.

Ainsi 12 catégories sont ressorties (Tableau 10) :

- Gastro-entérologie
- ORL
- Infectieux non précisé
- Rhumatologie/Traumatologie
- Urologie
- Dermatologie
- Pneumologie
- Cardiologie
- Neurologie
- Ophtalmologie
- Demande de conseils
- Autres

Nous nous sommes rendus compte au cours de notre étude que les catégories « gastro-entérologie », « ORL » et « pneumologie » regroupaient une grande majorité de pathologies infectieuses (gastro-entérite aigue, syndrome grippal, otite, bronchite…). On peut donc se demander s'il n'aurait pas été plus intéressant de créer un domaine regroupant toutes ces pathologies infectieuses courantes.

Mais comme notre étude a eu lieu en pleine période épidémique (janvier et février 2011), cette catégorie aurait sans doute regroupé la quasi-totalité des appels sans différenciation possible.

Si l'on regarde les résultats obtenus (Graphique 5), les domaines médicaux les plus fréquemment rencontrés sont la gastro-entérologie (23% des appels) avec une majorité de gastro-entérites aigues, les pathologies ORL (27% des appels) avec une majorité de syndromes grippaux, otalgies ou rhino-pharyngites et le symptôme fièvre seul (14% des appels). Ces résultats sont, comme expliqué plus haut, en adéquation avec la période à laquelle ont été relevées les données.

Peut-être aurait-il été intéressant de faire cette étude sur 2 périodes distinctes de l'année (hivernale et estivale par exemple) afin d'avoir une vue plus globale des différentes orientations diagnostiques.

2.3.5) Rôle du domaine médical dans la décision du médecin régulateur

Si l'on regarde les résultats fournis dans le Tableau 11, on remarque que :

- Concernant la **dermatologie, le conseil médical** va être privilégié dans **40% des cas**, l'envoi du médecin à domicile n'ayant lieu que dans 26% des cas.
- Concernant la **cardiologie, la neurologie ou l'urologie**, c'est **l'envoi d'un médecin effecteur** qui va être privilégié dans plus de 40% des cas (respectivement 60%, 50% et 43%)
- Concernant la gastro-entérologie, l'ORL ou le symptôme fièvre regroupant donc une majorité **de pathologies infectieuses**, c'est également **l'envoi du médecin effecteur** qui est le plus fréquent (respectivement 42%, 40% et 40%)
- **Concernant l'ophtalmogie,** le recours à la consultation du **médecin de garde au cabinet** est largement privilégié (80% des cas)

Il apparaît donc que le type de pathologie est un critère décisionnel pour le médecin régulateur. En effet, les pathologies n'ont pas toutes le même risque de complications et n'évoluent pas de la même manière.

On comprend bien par exemple que les pathologies concernant l'ophtalmologie (en majorité des conjonctivites) ne nécessitent pas l'envoi d'un médecin à domicile mais par contre doivent être traitées assez rapidement au sein d'un cabinet de garde.

2.3.6) Type de pathologie et âge

Le choix de la réponse la plus adaptée à une demande de soins par le médecin régulateur dépend de plusieurs critères médicaux. Ces critères décisionnels sont à appréhender ensemble et non séparément. C'est ce que nous avons voulu montrer en associant type de pathologie et âge (Tableau 12).

Ainsi les pathologies à orientation cardiologiques vont majoritairement concerner les plus de 60 ans (60% des cas).

Et les pathologies à orientation gastro-entérologique, ORL et infectieuse (donc majoritairement des pathologies infectieuses courantes) vont concerner les moins de 18 ans

(respectivement 47%, 54% et 85% des cas). On peut supposer que ces résultats sont dus au fait que les adultes vont moins appeler en cas de pathologie infectieuse que l'entourage de jeunes enfants.

2.4) Au sujet des degrés d'urgence

Initialement, nous voulions, dans cette étude, tenter d'évaluer la fiabilité du degré de gravité des diagnostics envisagés par le médecin régulateur. Cette évaluation s'est finalement avérée impossible car aucune échelle de gravité n'est utilisée au sein de Médigarde 54.

Nous avons donc classé les appels par degrés d'urgence allant de R1 à R4 d'après les recommandations de l'HAS.

- R1 : urgence vitale (SMUR)
- R2 : urgence vraie sans détresse vitale (envoi médecin effecteur, ambulance, VSAV)
- R3 : recours à la PDS
- R4 : conseil médical

99% des appels pris en charge par Médigarde ont des **degrés de gravité allant de R2 à R4**. Ceci est tout à fait logique étant donné les appels classés R1 relèvent de l'AMU.

La répartition des degrés d'urgence en fonction de l'âge révèle que (Tableau 13) :

- Chez les plus de 80 ans, 82% des appels nécessitent l'envoi d'un effecteur, d'une ambulance ou d'un VSAV (R2) ainsi que chez les 60-80 ans (54% des appels)
- Chez 2-5 ans, l'envoi du médecin effecteur est également plus important (45% des appels classés en R2)
- Dans les autres catégories d'âge, les proportions entre R2, R3 et R4 sont homogènes.

On retrouve ici encore le fait que **les âges extrêmes de la vie nécessitent plus fréquemment l'envoi d'un médecin effecteur**. Ceci confirme le fait que l'âge est un critère décisionnel important pour le médecin régulateur comme nous l'avions montré plus haut.

3) Concernant les résultats de la deuxième partie des données

3.1) L'échantillon et le nombre de réponses recueillies

Sur une base de **137 patients** pour lesquels un médecin de garde a été envoyé à domicile, nous avons recueilli les données des médecins effecteurs pour 108 patients soit un **taux de réponse de 79%**.

Le taux de réponse diffère légèrement entre les médecins **effecteurs libéraux (74% soit 59 patients)** et les médecins appartenant à **SOS médecins (86% soit 49 patients)**. Une des principales raison est que les médecins appartenant à SOS médecins sont plus facilement

joignables que leurs confrères installés en cabinet. En effet leur mode d'exercice (gardes de nuit et de week-end) leur permet d'être plus disponibles les lendemains de garde.

Les raisons pour lesquelles aucune réponse n'a été obtenue ont été les suivantes :

- Refus de répondre (manque de temps exclusivement)
- Médecin non joignable

Globalement nous pouvons dire que le taux de réponse est tout à fait correct malgré quelques difficultés à joindre certains médecins.

Dans le questionnaire initial (Annexe 4), nous voulions également savoir si les informations transmises par la régulation au médecin effecteur étaient utiles ou non et connaître le moyen de recueil des données médicales (le patient lui-même, un tiers, lettre ou compte rendu médical, carnet de santé). Malheureusement devant le peu de réponses recueillies, nous n'avons pas pu interpréter ces données. La plupart du temps, les médecins n'avaient plus souvenir de ces informations.

3.2) Opinion du médecin effecteur sur la justification de la visite à domicile

Les résultats obtenus montrent que pour l'ensemble des médecins effecteurs, la visite à domicile est **justifiée dans 73% des cas** (Tableau 17).

Un médecin libéral de garde est envoyé dans 58% des cas et SOS médecins dans 42% des cas.

Tableau 17: Opinion des médecins effecteurs sur la justification de la visite à domicile

	Visite à domicile justifiée	Visite à domicile non justifiée	Visite annulée
Médecin libéral	61%	39%	0%
SOS médecins	88%	11%	1%
Global	73%	26%	1%

On remarque donc que **la visite à domicile est beaucoup plus souvent justifiée pour SOS médecins que pour les médecins libéraux**. Il s'avère que l'association SOS médecins ne reçoit jamais les patients au sein d'un cabinet mais se rend dans tous les cas au domicile du patient. Leur réponse est donc souvent biaisée par leur mode de fonctionnement.

Il est intéressant de noter que pour les médecins libéraux, 39% des visites à domicile ne sont pas justifiée. Est-ce une erreur de jugement de la part des médecins régulateurs ? Est-ce que les patients disent un peu facilement qu'ils ne peuvent pas se déplacer ? Le problème est qu'il est difficile voire impossible de vérifier les raisons invoquées par les patients lorsqu'ils disent ne pas pouvoir se déplacer (pas de moyen de locomotion par exemple).

Par contre lorsque les médecins évoquent une visite non justifiée, 100% disent que la prise en charge la plus adaptée à postériori était une consultation au cabinet de garde dans la journée. Ce qui signifie que ces patients nécessitaient tout de même de voir un médecin dans la journée. Aucun médecin de garde n'a estimé que la prise en charge la plus adaptée aurait été l'envoi d'une ambulance, une consultation aux urgences ou l'envoi d'un SMUR.

Toutes ces constatations sont très subjectives et dépendent bien évidemment du médecin effecteur, de sa volonté d'effectuer des visites à domicile. Il n'existe pas d'indication médicale précise quant à la nécessité de se rendre au domicile d'un patient. Les médecins doivent se baser surtout sur des critères techniques de mobilité des patients.

3.3) Concordance entre les symptômes évoqués par le médecin régulateur et le diagnostic posé par le médecin effecteur

Nous avons donc fait apparaître que **82% des données sont concordantes** entre les symptômes évoqués par le médecin régulateur et le diagnostic posé par le médecin effecteur.

Nous avons donc **18% de discordance** c'est-à-dire que 1 fois sur 5, les symptômes relevés par le médecin régulateur n'entrent pas dans le même domaine médical que le diagnostic du médecin effecteur.

Les situations correspondantes à ces 18% sont par exemple :

Tableau 18: Situations discordantes entre médecin régulateur et médecin effecteur

Symptômes relevés par le médecin régulateur	Orientation diagnostique médecin régulateur	Diagnostic du médecin effecteur	Orientation diagnostique médecin effecteur
fièvre, toux	Pneumologie	Angine	ORL
fièvre, photophobie	Neurologie	Syndrome grippal	ORL
bronchite aigue	pneumologie	Laryngite	ORL
hernie inguinale	Gastro-entérologie	colique néphrétique	urologie
céphalées, frissons	Neurologie	grippe	ORL
fièvre, douleur abdo	Gastro-entérologie	angine	ORL
GEA	Gastro-entérologie	rhino-pharyngite	ORL
malaise	Cardiologie	vertiges	ORL
grippe	ORL	bronchite asthmatiforme	Pneumologie

Ces discordances ne sont donc pas majeures, elles tiennent surtout du fait que nous ne comparons pas la même donnée (symptômes et diagnostic). C'est une des limites de notre étude.

3.4) Degrés d'urgence estimés par le médecin effecteur

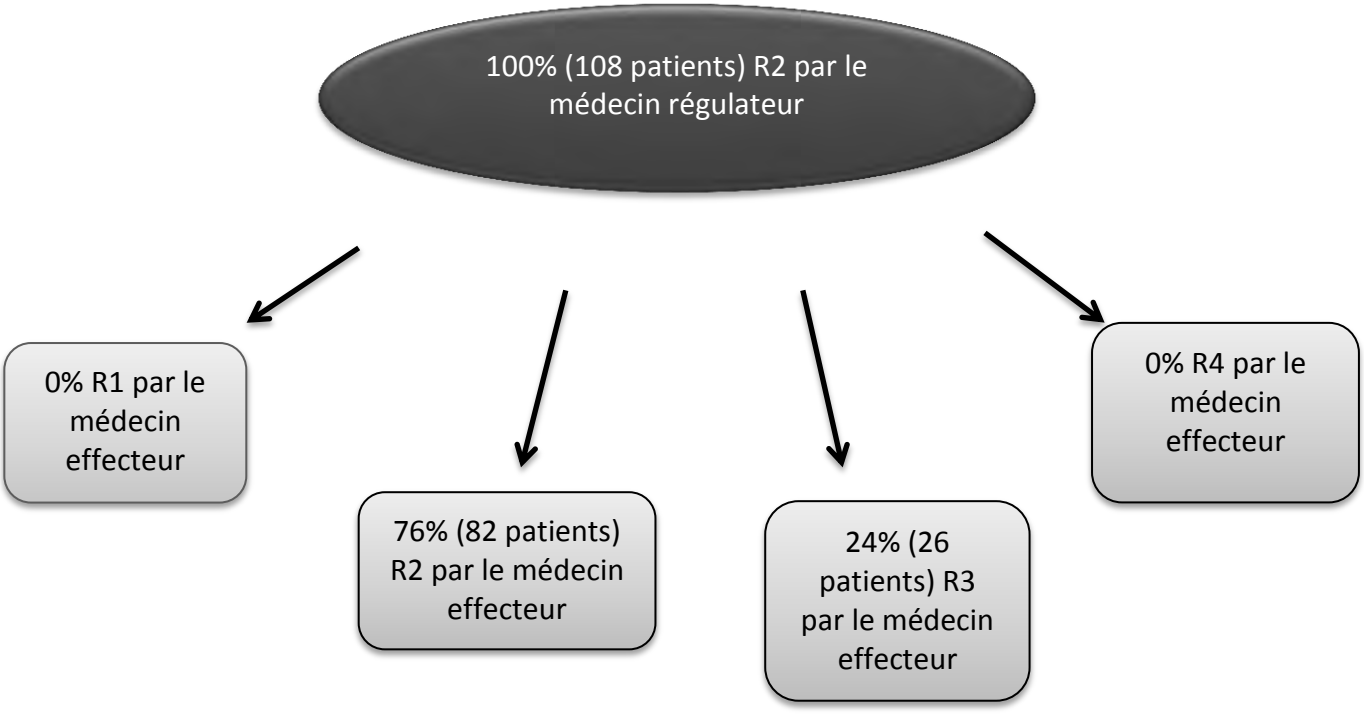
Si l'on regarde les décisions du médecin régulateur classées en R2 c'est-à-dire les urgences vraies sans détresse vitale nécessitant l'envoi d'un médecin de proximité, seules 76% de ces décisions sont confirmées en R2 par le médecin effecteur.

Cela signifie que dans 24% des cas (classés en R3), soit pour près d'un patient sur cinq, le médecin effecteur a estimé que le délai n'était pas un facteur de risque en soi et que le patient ne nécessitait pas l'envoi d'un médecin de proximité. A noter que le médecin effecteur n'a estimé qu'aucun cas ne relevait de l'AMU c'est-à-dire classés R1.

Le médecin régulateur a donc jugé des situations plus graves qu'elles ne l'étaient dans 24% des cas mais n'a jamais sous-estimé la gravité de situations médicales.

Rappelons les degrés d'urgence :

- R1 : urgence vitale (SMUR)
- R2 : urgence vraie sans détresse vitale (envoi médecin effecteur, ambulance, VSAV)
- R3 : recours à la PDS, le délai n'est pas un facteur de risque en soi
- R4 : conseil médical



4) Résumé des résultats

La première partie des données permet de décrire un échantillon de 379 patients et de caractériser les différentes décisions prises par les médecins régulateurs (MR).

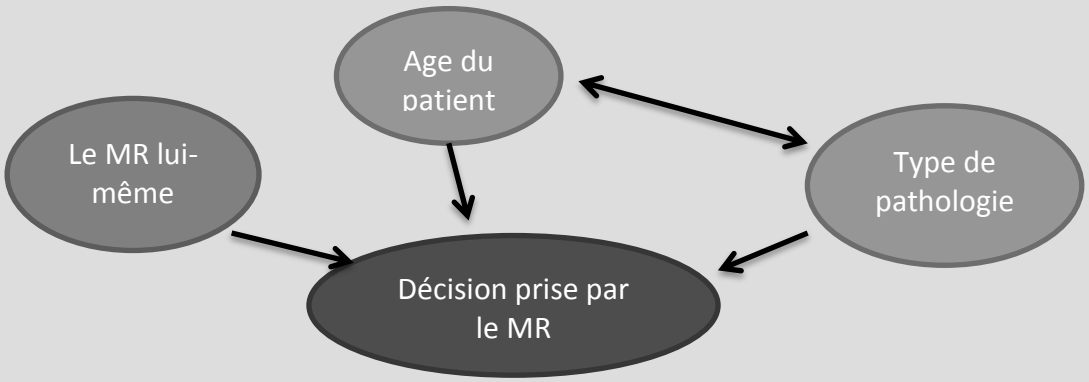
- Caractéristiques de la population
  - 55% de femmes et 45% d'hommes
  - Age moyen 23.5 ans
  - ➔la PDS semble répondre aux besoins d'une population jeune

- Caractéristique des appels
  - 58% des appels sur n° Médigarde, 42% sur le 15
  - ➔Mauvaise information des patients ? Numéro Médigarde surtaxé ?

- Décisions prises par le MR
  - 71% des appelants bénéficient d'une consultation médicale dans la journée
  - Parmi ces appelants, 93% aura une consultation de médecine générale
  - Envoi du médecin effecteur dans 36% des cas
  - ➔Différence importantes avec les chiffres du CHU. Rôle de la période épidémique ? Mauvaise représentation des résultats sur le dimanche exclusivement ?

- Les degrés d'urgence
  - 99% des appels passés à la PDSA sont classés R2, R3 ou R4 selon les recommandations de l'HAS

- Ce qui a un impact sur les décisions du MR :



La deuxième partie des données permet de visualiser le ressenti des médecins effecteurs. L'échantillon est ici de 137 patients étant donné qu'il n'inclut que les patients pour lesquels un médecin a été envoyé à domicile.

- <u>Taux de réponse :</u>
  79% dont 74% chez les médecins libéraux et 86% chez SOS médecins
  ➔Médecins appartenant à SOS médecins plus facilement joignable les lendemains de garde (mode de fonctionnement différent des médecins libéraux)

- <u>Ressenti sur les visites à domicile par le médecin effecteur :</u>
  Globalement 79% des visites à domicile sont justifiées et 26% non justifiées
  Chez les médecins libéraux, seulement 61% des visites semblent justifiées
  Chez SOS médecins, 88% des visites sont justifiées
  ➔39% de visites non justifiées pour les libéraux : erreur de jugement des MR ? Volonté moindre de se déplacer à domicile ?

- <u>Concordance entre les informations relevées par le MR et le diagnostic effecteur :</u>
  82% de concordance
  18% de discordance mais non majeures

- <u>Degré d'urgence estimé par l'effecteur :</u>
  Le MR a jugé des situations plus graves qu'elles ne l'étaient dans 24% des cas mais n'a jamais sous-estimé la gravité des situations médicales

Nous mettons donc en évidence que les informations relevées par le MR sont dans 82% des cas en adéquation avec le diagnostic posé par le médecin effecteur. Et surtout, le MR ne sous-estime pas la gravité des situations médicales. Mais dans 1 cas sur 4 il va surestimer cette gravité.

Par contre les visites à domicile sont loin d'être toutes justifiées surtout pour les médecins libéraux. Cela tient-il au fait que les médecins souhaitent de moins en moins se déplacer à domicile ? Est-ce une erreur de jugement de la part du médecin régulateur ? Les patients disent-ils un peu facilement qu'ils ne peuvent pas se déplacer ?

5) Remarques et propositions sur la PDS et sur la régulation médicale libérale

5.1) Concernant la permanence des soins en général

5.1.1) Un numéro national unique ?

Il est apparu au cours de notre étude que la population connaissait mal le numéro spécifique de Médigarde Lorraine (0 820 33 20 20) et utilisait encore dans 42% des cas le 15.

On peut émettre plusieurs hypothèses quant à la méconnaissance de ce numéro :

- Numéro long et peu simple à retenir
- Numéro surtaxé : ce qui n'est pas le cas pour le 15
- Mauvaise information des patients
- Numéros différents pour chaque régulation libérale sur le territoire français

Il parait légitime de se demander si un **numéro unique simple et gratuit** ne serait pas une solution adéquate. La commission parlementaire Colombier (46) s'est réunie en 2007 et a réfléchi sur un numéro d'appel national (33 33) pour la régulation médicale libérale. Mais pour l'instant cette réflexion n'a pas encore abouti.
Il parait en effet étonnant que chaque régulation médicale libérale ait son propre numéro (lorsqu'elle en a un) ou que dans certaines régions, le 15 soit le numéro unique de l'AMU et de la PDS.

5.1.2) Importance des campagnes d'information sur la PDS

L'information des patients est primordiale afin que la population sache vers qui se tourner pour bénéficier d'une prise en charge médicale adéquate. Il faut que les demandes relevant de la médecine générale ne passent plus par le 15 afin que ce numéro soit réservé aux urgences vitales.

Depuis 2009, une nouvelle campagne de communication (Annexe 1) est mise en place afin de sensibiliser le grand public. Ces affiches doivent se trouver dans tous les cabinets médicaux et paramédicaux afin d'informer les patients. Ces campagnes ne devraient-elles pas impliquer de manière plus importante les médias (radio, télévision locale, journaux…) afin de toucher le maximum de personnes ?

Il faut également insister sur le fonctionnement et les différents acteurs de la PDS : comment l'appel va être traité, par qui, le rôle du médecin régulateur, les différentes décisions médicales… Tout ceci doit être accessible à tous. Le but est que le patient comprenne par exemple qu'en l'absence de signes de gravité, la consultation peut être différée. L'éducation du patient fait aussi partie de la campagne d'information.

5.2) Concernant l'acte de régulation

5.2.1) Définir des niveaux de gravité

Il est également apparu au cours de notre étude que les niveaux de gravité concernant les demandes de soins non programmées de la régulation libérale étaient très mal définis.

En effet on retrouve des indices de gravité très bien définis dans certaines spécialités comme la réanimation ou la traumatologie qui permettent de classer les patients en fonction de la sévérité de leur état. Les services d'accueil des urgences bénéficient d'outils permettant de répertorier la population des malades pris en charge aux urgences comme la classification CCMU (Classification Clinique des Malades des Urgences). Le SMUR bénéficie de la CCMS (Classification Clinique des Malades du SMUR) qui stratifie les patients en groupes de gravité. Mais lors de la prise en charge de patients relevant de la médecine générale, il n'existe aucun véritable score permettant d'en évaluer la gravité.

Nous avons donc suivi dans notre étude les recommandations de l'HAS définissant 4 degrés de gravité allant de R1 à R4. Mais ces degrés de gravité ne sont pas utilisés par les médecins régulateurs de Nancy.

Il serait intéressant de pouvoir bénéficier de scores de gravité reproductibles pour le médecin régulateur et pour le médecin effecteur.

5.2.2) Etablir un suivi de la prise en charge lors de l'envoi d'un médecin effecteur

Dans le cadre de la régulation médicale de l'AMU, lorsque des moyens de type VSAV ou SMUR sont engagés, un bilan parvient obligatoirement au médecin régulateur à l'issue de l'examen du patient.

Dans le cadre de la régulation médicale libérale, il y a très peu de bilans effectués par les médecins de garde. Il faut dire que la majorité des situations ne présente pas de difficultés particulières c'est à dire que le patient n'est pas dans un état grave. Mais il pourrait être utile pour le suivi de la prise en charge des patients que le médecin régulateur ait un retour par le médecin de garde.

CONCLUSION

Depuis dix ans, la permanence des soins ambulatoire (PDSA) évolue de manière inévitable. Notre société change : du côté des médecins avec une baisse de la démographie médicale et une tendance à des pratiques différentes de nos aînés, mais aussi du côté de la population avec des attentes médicales plus importantes, un vieillissement des patients engendrant des pathologies plus lourdes à prendre en charge. Ceci explique les nécessaires adaptations de l'exercice professionnel et en particulier de la PDS.

Nous assistons donc naturellement à une évolution de la PDS sur le plan réglementaire et juridique depuis 2003. Le dernier décret de 2010 issu de la loi HPST de 2009 a défini une « mission de service public » avec une participation basée sur le volontariat. Ceci faisait partie des revendications des médecins généralistes lors des grèves de 2002.

L'une des modalités de participation à la PDS est la régulation médicale. Définie comme un acte médical dont le principe repose sur la réception et la gestion de tout appel à caractère d'urgence ou vécu comme tel, elle est l'un des piliers de la PDS. Ce tri des appels est indispensable pour mettre en œuvre les moyens adéquats pour chaque demande de soins non programmée.

Mais apprécier la gravité d'un appel par téléphone, donc sans examiner le patient, est loin d'être évident. Le ressenti du patient et l'urgence réelle ne sont en effet pas toujours corrélés. C'est donc au médecin régulateur de juger chaque situation et de décider de la prise en charge la plus adaptée. C'est une lourde tâche qui présente de nombreuses difficultés et responsabilités.

Nous avons donc tenté au cours de notre étude de répondre à des questions sur la prise en charge finale des patients. Nous mettons en évidence que les informations relevées par le médecin régulateur sont en adéquation avec le diagnostic posé par le médecin effecteur au domicile du patient. Et surtout le médecin régulateur ne sous-estime pas la gravité des situations médicales. Mais nous avons rencontré de nombreuses difficultés pour comparer les diagnostics et les degrés de gravité entre le médecin régulateur et le médecin effecteur. Il pourrait être intéressant de définir des scores de gravité reproductibles en médecine générale et peut-être bénéficier d'un meilleur suivi de la prise en charge finale du patient par un bilan effectué à la régulation libérale par le médecin de garde.

Par contre, nous avons montré que les visites à domicile sont loin d'être toutes justifiées surtout pour les médecins libéraux. Est-ce que cela a un rapport avec le fait que les médecins souhaitent de moins en moins se déplacer à domicile ? Est-ce que les patients disent un peu facilement qu'ils ne peuvent pas se déplacer ? Quoi qu'il en soit, il apparaît que l'information des patients est primordiale pour avoir un recours adapté au système de soins. Cela pourrait passer par des campagnes de sensibilisation plus larges sur la PDS ainsi que par un numéro national unique et gratuit.

BIBLIOGRAPHIE

1. GOUYON Marie et LABARTHE Géraldine.
Les recours urgents ou non programmés en médecine générale.
Enquête de la DREES, premiers résultats, n° 471 mars 2006.

2. DESCOURS C.
Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins remis à Monsieur JF MATTEI ministre de la santé le 22 janvier 2003
Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf

3. Statistiques de l'INSEE
Disponible sur www.insee.fr

4. CARRASCO Valérie.
Etude N° 524 - L'activité des services d'urgences en 2004 - Une stabilisation du nombre de passages - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) Publiée en sept 2006.
Disponible sur www.sante.gouv.fr

5. Article L.1424-2 du Code général des collectivités territoriales (CGCT)

6. Article R.6311-1 du Code de Santé Publique

7. Direction de la défense et de la sécurité civiles / Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente élaboré par le comité quadripartite associant les représentants des structures de médecine d'urgence et des services d'incendie et de secours, la DDSC et la DHOS.

8. Article R.6311-2 du Code de Santé Publique

9. Article L.6112-5 du Code de Santé Publique

10. REGULIB (Fédération Française des Régulations Médicales Libérales)
Communication suite à son assemblée générale le 20 janvier 2006

11. SOS MEDECINS France
Disponible sur http://www.sosmedecins-france.fr

12. GOUYON M.
Les recours aux médecins urgentistes de ville.
Enquête de la DREES, premiers résultats, n°480 avril 2006.

13. Circulaire n° DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 DU 23 mars 2007
Disponible sur http://www.sante-sports.gouv.fr

14. BOËNNEC P.
Rapport d'information sur la permanence des soins le 21 octobre 2008

15. Conseil Economique et Social de la Région d'Auvergne
La permanence des soins en Auvergne. Avril 2009

16. Conseil National de l'Ordre des Médecins.
Atlas de la démographie médicale en région Lorraine. Situation au 1er janvier 2009.

17. PAÏTA et WEILL.
Les personnes en ALD au 31 décembre 2007. 2008

18. URPS médecins de Lorraine
Etude 2010 concernant la permanence des soins en Lorraine réalisée pour l'URPS médecins de Lorraine

19. ATAIN-KOUADIO P., médecin hospitalier, Responsable Unité
Qualité Evaluation.
Statistiques du CHU de Nancy 2009 et 2010

20. LARCAN A.
Le service d'urgences et de réanimation médicale
Disponible sur http://www.professeurs-medecine-nancy.fr

21. NACE L., médecin hospitalier.
Actualités du CHU de Nancy 15/01/2004.
Disponible sur www.chu-nancy.fr

22. Conseil National de l'Ordre des Médecins.
Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2011.
Disponible sur http://www.conseil-national.medecin.fr

23. Article R.4127-77 du code de la santé publique
Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr

24. Loi du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale

25. Article 47 (article R.4127-47 du code de la santé publique)
Disponible sur http://www.web.ordre.medecin.fr/deonto/decret/codedeont.pdf

26. Article 9 du code de déontologie médicale (article R.4127-9 du code de la santé publique)
Disponible sur http://www.web.ordre.medecin.fr/deonto/decret/codedeont.pdf

27. Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003
Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr

28. Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire
Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr

29. Loi du 13 août 2004 - art. 162-47
Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr

30. Décret n°2005-328 du 7 avril 2005
Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr

31. Arrêté du 21 décembre 2007 portant approbation de l'avenant n° 27 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes
Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr

32. GRALL J-Y.
Rapport du Dr Jean-Yves Grall
Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Grall.pdf

33. Loi HPST
Disponible sur www.sante.gouv.fr

34. Article L. 6314-1 du Code de la santé publique
Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr

35. Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins
Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr

36. Article L 6313-1 du code de la santé publique
Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr

37. PRADEL J.
Droit Pénal Général. Edition Cujat, Paris 1994:p 437

38. Pr HOERNI B.
Rapport adopté lors de la session du Conseil National de l'Ordre des Médecins de juillet 1998 intitulé « Appels téléphoniques de patients et déontologie médicale »

39. Article L.162-3 du code de la sécurité sociale
Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr

40. Article 226-13 et 14 du Code pénal
Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr

41. HAS Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale). Février 2009

42. ARS Alsace.
Etat des lieux de la PDS en Alsace. Octobre 2010

43. DURENQUE M.,
Commission "PDS & régulation" de l'URMLA. L'Union d'Aquitaine. Journal numéro 39

44. HAS Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Mars 2011

45. Baudier et al. 2010

46. COLOMBIER G.
Commission parlementaire sur les urgences, Rapport Colombier,
Disponible sur : www.aduhp.com

47. FERRARI I.
Le médecin devant le juge pénal. Rapport annuel de la cour de cassation 1999.
Disponible sur www.courdecassation.fr

INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES

ALD	Affection Longue Durée
AMPP	Aide Médicale Permanente à la Population
AMU	Aide Médicale Urgente
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARM	Assistant de Régulation Médicale
ARS	Agence régionale de Santé
ASSUM	Association des Services de Soins et Urgences Médicales
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CH	Centre Hospitalier
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNOM	Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins
CODAMPP	Comité Départemental d'Aide Médicale Permanente à la Population
CODAMU-PS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et des transports sanitaires
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
CSP	Code de Santé Publique
CTA	Centre de Traitement des Appels
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FAQSV	Fond d'Aide à la Qualité des Soins
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

GRSP	Groupement régional de santé publique
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, patients, santé et territoire
MR	Médecin Régulateur
MRS	Mission Régionale de Santé
MSP	Médecins Sapeurs-Pompiers
PARM	Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
PDS	Permanence Des Soins
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoire
POSU	Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAU	Service d'accueil des urgences
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SIS	Service d'Incendie et de Secours
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSSM	Service de Santé et de Secours Médical
UPATOU	Unité de Proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS	Unions Régionales de Professionnels de Santé
VSAV	Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

ANNEXES

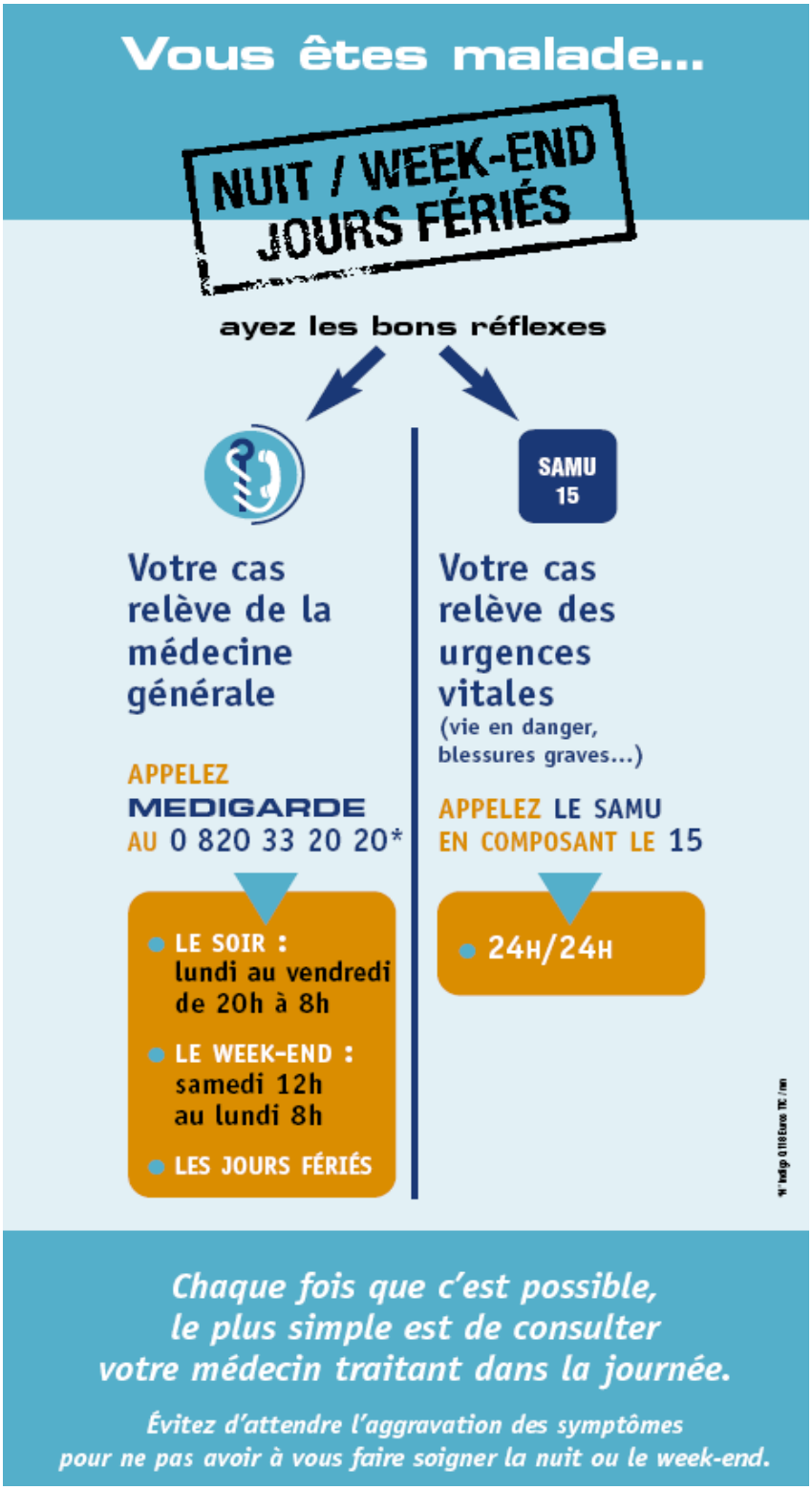
Annexe 1: Information des patients sur Medigarde Lorraine

Annexe 2: Fiche de régulation issue du logiciel AppliSamu

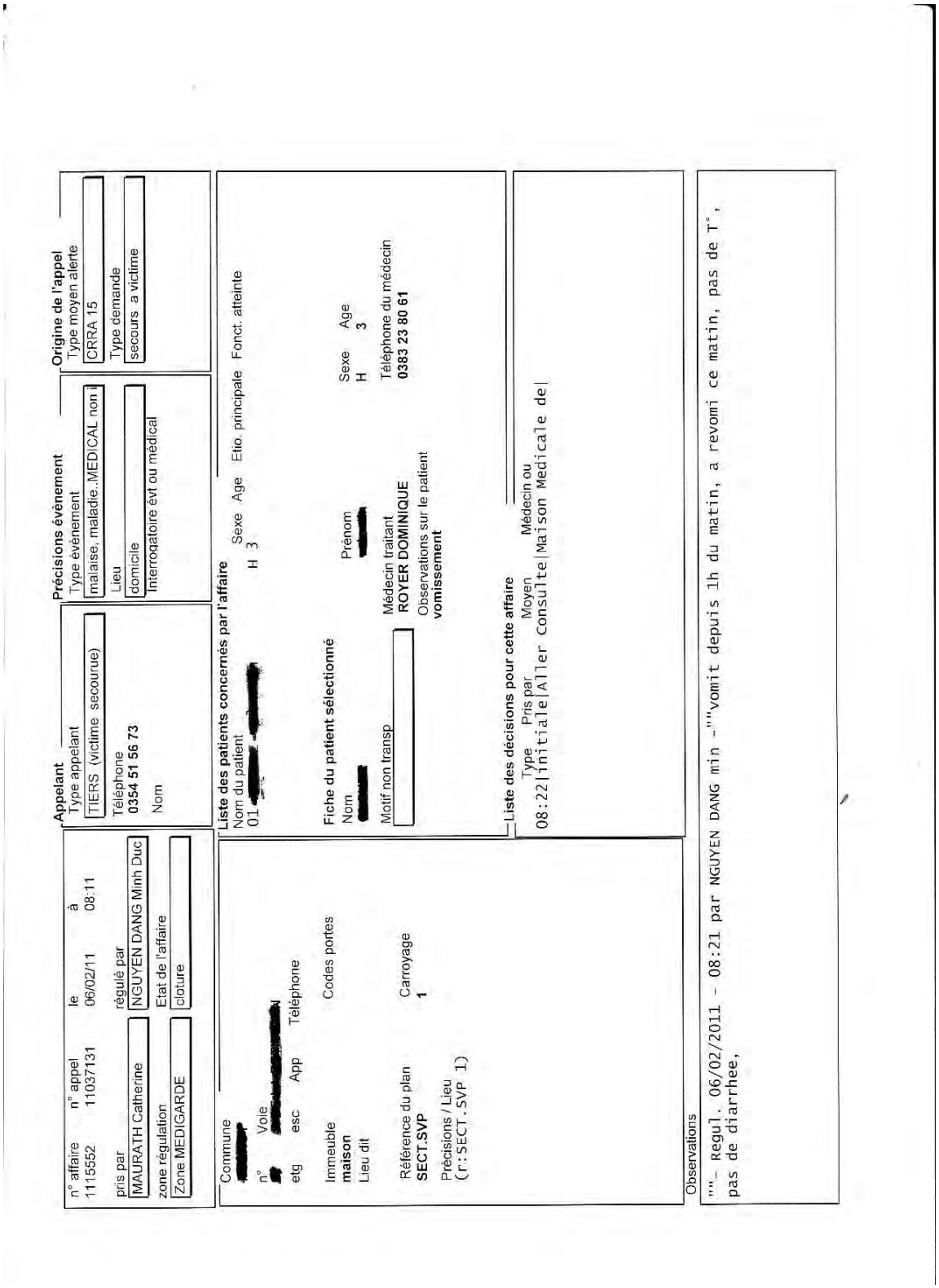
Annexe 3: Statuts de l'association Médigarde

Annexe 4: Questionnaire

Annexe 1: INFORMATION DES PATIENTS SUR MEDIGARDE LORRAINE



Annexe 2 : FICHE DE REGULATION LOGICIEL APPLISAMU



Annexe 3: STATUTS DE L'ASSOCIATION MEDIGARDE

Fédération Régionale
de la Permanence des Soins en Lorraine

Association déclarée Régie par la loi du 1 "juillet 1901

PREAMBULE

L'organisation de la Permanence des Soins poursuit un triple objectif de proximité, de sécurité et d'amélioration de la qualité :

1- Permettre : l'accès aux soins pour tous, en permanence, et en proximité grâce à un maillage fin du territoire ;

2- Garantir la sécurité et la continuité, par une réponse médicale adaptée aux besoins du patient ;

3- Inscrire le dispositif mis en place dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins.

Chaque membre de l'Association garde son autonomie notamment concernant les modalités de son organisation et les conditions de son financement.

- L'association ne peut pas prendre de positions ou de décisions concernant un des groupes constituant l'association sans que cette position ou cette décision n'ait été approuvée par les groupes concernés (décrit comme des collèges dans les statuts cidessous).

Lorsqu'une représentation des médecins libéraux devra être organisée au sein d'une instance de concertation ou de décision relative à l'objet de cette association, ses membres chercheront, autant que possible, à déterminer conjointement les modalités de cette représentation. En cas d'accord, les représentants de l'association auront comme mandat de défendre les positions décidées par l'association, positions qui devront avoir été approuvées par les groupes concernés. Leur intervention sera strictement limitée à ce mandat. En cas de désaccord, les membres de l'association sont libres de leur stratégie de représentation. Toutefois, ils chercheront à défendre, audelà de leur position ou de celles du groupe auquel ils appartiennent, les positions de l'association.

Dans le cadre de la loi Hôpital Patient Santé Territoire, les associations départementales ont décidé de se regrouper. Ce regroupement se fait, premièrement, dans le cadre de la médecine générale. La plupart des médecins spécialistes d'organes assurent une permanence des soins sur leur territoire. Ils ont donc vocation à intégrer

- cette association comme d'autres acteurs de la Permanence des Soins en région, dans une seconde phase.

Statut de la Fédération Régionale de la Permanence des Soins en Lorraine

TITRE I

OBJET, SIEGE et DUREE

Article 1 - Forme

Il est constitué entre tous ceux qui adhérent aux présents statuts une association régie par la loi du 1er juillet 1901 modifiée et ses textes d'application.

Article 2 - Objet

Cette association a pour but de contribuer à une prise en charge optimisée de la Permanence des Soins sur l'ensemble de la région par la coordination des acteurs.

Cette prise en charge optimisée se traduit notamment :

■ par une orientation des patients adaptée à leurs besoins ;

■ par l'intervention coordonnée des différents acteurs de la Permanence des Soins ;

■ par la mise en place d'actions d'amélioration de la qualité des soins ;

■ par la coordination avec les acteurs de l'Aide Médicale d'Urgence (établissements de santé, CRRA, SAMU, comités permanents des urgences de chaque conférence sanitaire de territoire...).

Il s'agit ainsi de :

■ Contribuer à organiser l'intervention des différents médecins libéraux impliqués dans la Permanence des Soins et la régulation des appels au sein des CRRA.

■ Décrire, au niveau départemental et régional, des principes de prise en charge spécifiques, en particulier pour les personnes âgées dépendantes, les patients hospitalisés à domicile et les fins de vie.

■ Participer à la définition d'une politique cohérente de formation des acteurs de la Permanence des Soins.

■ Assurer une veille informative.

■ Définir une politique cohérente de gestion des systèmes d'information dans le cadre de la Permanence de Soins.

■ Participer au système de veille et d'alerte sanitaire.

■ Développer les fonctions d'observatoire régional de la Permanence des Soins (recueil et analyse des données d'activité, diffusion des données exploitées).
■ Participer à l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins dispensés par les membres du réseau.
■ Réaliser et soutenir des actions d'information à destination des usagers et des professionnels de santé.
■ Promouvoir le développement des nouvelles techniques d'information et de communication visant à satisfaire les objectifs énoncés ci-dessus.
■ Tout autre moyen visant à concourir aux objectifs préalablement définis après acceptation par l'Assemblée Générale.
D'une manière générale, l'Association cherchera à promouvoir, entre les adhérents ou avec des tiers, toutes dispositions concourant à organiser et valoriser l'exercice libéral pour tout ce qui concerne la permanence des soins en région. En particulier, l'association veillera, dans le respect du patient et l'intérêt de ses membres, à une juste répartition des charges liées à cette activité. Elle concourra, à la hauteur de ses moyens, à son organisation.

Article 3 - Dénomination
La dénomination de l'association est Association Régionale Permanence des Soins désigné par « MEDÏGARDE® »
MEDÏGARDE est une marque déposé propriété de VURML Lorraine.
Article 4 - Siège
Le siège de l'association est fixé au 23 Boulevard de l'Europe - 54500 - VANDOEUVRE-lès-NANC Y.
Article 5 - Durée
La durée de l'association est illimitée.

TITRE II
COMPOSITION
Article 6 - Membres :
L'association se compose de membres actifs et de membres de droit. Les membres sont des personnes morales représentées par une personne physique et composés de membres titulaires et de leurs suppléants. Les membres de droit sont agréés comme tels par l'Assemblée Générale de l'Association.
L'adhésion emporte de plein droit l'acceptation du règlement intérieur qui pourrait être mis en place par l'Assemblée Générale.
Article 7 - Composition de l'Assemblée Générale :
L'Assemblée Générale se compose de membres décisionnaires avec une voix par membre :
■ , Deux représentants par département des Associations Départementales pour l'Organisation de la Permanence des Soins. Ces représentants sont désignés par chaque structure départementale après avis auprès de l'ensemble des médecins effecteurs du département concerné.
■ Un représentant par département des médecins régulateurs libéraux. Ces représentants sont désignés par chaque structure de régulation libérale après avis auprès de l'ensemble des médecins régulateurs du département concerné.
■ Cinq représentants professionnels des médecins libéraux membres de l'URPS dont deux médecins généralistes, deux médecins spécialistes, et le président de l'URPS des médecins ou de son représentant.
L'Assemblée Générale invite de manière permanente les structures consultatives suivantes :
■ Un représentant de chaque Conseils des Ordres des Médecins départementaux.
■ Un représentant du Conseil de FOrdres Régional des médecins.
■ Un représentant de chaque URPS des professionnels de santé suivante :
■ Pharmacien ;
■ Chirurgiens-dentistes ;
■ Infirmier ;
■ Kinésithérapeute.
■ - Un représentant du Réseau Lorraine Urgence
■ Du Président régional de chaque syndicat de médecins libéraux, ou de leur représentant.

Article 8 - Les Assemblées Générales :
Les Assemblées Générales sont ordinaires ou extraordinaires. Elles comprennent l'ensemble des membres de l'Association et des structures consultatives. En cas d'absence d'un membre titulaire, c'est le membre suppléant qui le remplace. Cette initiative est sous la responsabilité du membre titulaire.
Pour toutes les Assemblées, les convocations doivent être envoyées au moins 15 jours à l'avance par simple courrier et indiquer l'ordre du jour.
Les Assemblées se tiendront, soit au siège social, soit en tout autre endroit, ou par tous

moyens technique nécessaires.
Rôle de l'Assemblée Générale :
L'Assemblée Générale ordinaire entend les rapports sur la gestion du bureau et sur la situation financière et morale de l'Association. Elle vote le budget et approuve les comptes de l'exercice. Le rapport annuel et les comptes sont communiqués chaque année aux membres de l'Association.
L'Assemblée Générale statue sur la radiation des membres.
L'Assemblée Générale fixe les grandes orientations de la politique de l'Association et assure le suivi des actions qu'elle mène en application de ces orientations.
Il est rappelé que chaque membre de l'association garde son autonomie notamment concernant les modalités de son organisation et les conditions de son financement.
L'Assemblée Générale arrête le règlement intérieur de l'Association.
L'Assemblée Générale assure la nomination des salariés.
L'Assemblée Générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au président ou au bureau.
L'Assemblée Générale désigne le Commissaire aux Comptes.
Elle se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est convoquée par le président ainsi qu'à la demande de la moitié au moins de ses membres titulaires.

Délibération de l'Assemblée Générale
Quorum
L'Assemblée Générale ne peut délibérer valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente ou représentée, pour chaque catégorie de membres décisionnaires. Si cette condition n'est pas remplie, l'Assemblée Générale est convoquée de nouveau. Elle délibère cette fois valablement quel que soit le nombre de membres présents ou représentés, mais seulement à la majorité définie ci-dessous et sur les sujets inscrits à l'ordre du jour de la réunion initiale.
Délibérations de l'Assemblée :
Les délibérations sont prises à la majorité des deux tiers des membres. En cas d'égalité, la voie du président ou de son représentant est prépondérante.
Représentation à l'Assemblée Générale :
En cas d'absence, les membres titulaires de l'Assemblée Générale peuvent se faire remplacer par leur suppléant ou peuvent se faire représenter par un autre membre du même collège en manifestant leur intention par la remise d'un pouvoir en bonne et due forme dans la limite de 2 pouvoirs par membre.
Rôle Assemblée Générale Extraordinaire :
Toute modification de statuts, toute prorogation ou dissolution de l'Association, sa fusion ou son union avec d'autres organismes poursuivant un but analogue doivent être approuvées par une Assemblée Générale extraordinaire.
Dans ces diverses situations, l'Assemblée ne peut délibérer valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente pour chaque catégorie de membres décisionnaires; Ses délibérations doivent être prises à la majorité des deux tiers des représentants présents. En cas d'égalité, la voie du président ou de son représentant est prépondérante.
Si pour une première convocation, l'Assemblée n'a pu réunir le nombre de membres prévus au paragraphe ci-dessus, il peut être convoqué une deuxième Assemblée qui délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents ou représentés, mais seulement à la majorité définie ci-dessus et seulement sur les sujets inscrits à l'ordre du jour de la réunion initiale.
Procès-verbaux d'Assemblées :
Les procès-verbaux des délibérations des Assemblées sont transcrits par le Secrétaire de la séance ou de l'Association sur un registre. Ils sont paraphés et signés par le Président de l'Association ou de la séance et un représentant présent.
Il peut être délivré toutes copies conformes de ces procès-verbaux par le Président.

Article 9 - Mandat de représentation pour les personnes morales
Les adhérents cités ci-dessus sont, soit des personnes physiques, soit des personnes morales représentées par des personnes physiques.
Dans l'hypothèse où le représentant de la personne morale dûment mandaté ne peut plus assurer ses fonctions (retrait du mandat, perte de fonction au sein de la personne morale qu'elle représente, démission de l'association, mutation, décès ou toute autre cause), l'Assemblée Générale demande à la personne morale concernée de nommer un nouveau représentant.
En cas de changement de représentants, les personnes morales informent par courrier le président de l'Association.
Article 10 - Cotisations :
Les cotisations dus par les membres sont fixées chaque année par l'Assemblée

Générale sur proposition du bureau et inscrit au règlement intérieur après acceptation par l'Assemblée Générale.

Article 11 - Perte de la qualité de membre de l'association :

La qualité de membre se perd par :

■ dissolution ou cessation d'activité de la personne morale ;

■ retrait par la personne morale de l'association ;

■ radiation de la personne morale, prononcée par l'Assemblée Générale pour motif grave, la personne morale intéressée ayant été préalablement invitée à se présenter devant l'Assemblée Générale pour fournir des explications sur les faits qui motivent son éventuelle radiation.

Sont notamment considérées comme motifs graves toutes actions visant à diffamer l'Association ou ses représentants ou porter atteinte, directement ou indirectement, au but qu'elle poursuit.

L'exclusion ou la démission d'un de ses membres ne peuvent jamais mettre fin à l'Association.

La qualité de représentant de membre se perd par :

- ■ perte du mandat de représentant de la personne morale qu'il représente

■ décès ou cessation d'activité de la personne physique

■ démission par la personne physique de la personne morale représenté.

■ radiation de la personne physique, prononcée par l'Assemblée Générale pour motif grave, la personne physique intéressée ayant été préalablement invitée à se présenter devant l'Assemblée Générale, accompagné de la personne morale représentée, pour fournir des explications sur les faits qui motivent l'éventuelle radiation.

TITRE III

RESSOURCES, PATRIMOINE ET ENGAGEMENT de L'ASSOCIATION

Article 12 - Ressources :

Les ressources de l'Association proviennent de toutes ressources autorisées par la loi :

. ■ des cotisations ;

■ des subventions publiques ou privées qui peuvent lui être accordées ;

■ des intérêts et revenus des biens et valeurs appartenant à l'Association ;

■ des rétributions pour services rendus ;

■ des dons manuels ;

■ des legs et libéralités.

Article 13 - Comptes annuels - exercice :

L'Association établit des comptes annuels.

L'exercice social correspond à l'année civile.

Article 14 - Fonds de réserve :

Afin d'une part, de couvrir les engagements qu'elle supporte dans le cadre de son fonctionnement, d'autre part d'assurer sa pérennité, l'Association a la faculté de

- constituer un fonds de réserve dont l'objet spécifique est de faire face à tout ou partie des obligations qu'elle pourrait souscrire, quelle qu'en soit la nature. Les mécanismes de fonctionnement et d'abondement de ce fonds sont fixés par l'Assemblée Générale.

TITRE IV

ADMINISTRATION

Article 15 - Le bureau :

Composition du bureau :

Le bureau est composé de 7 membres titulaires.

L'assemblée désigne, pour 3 ans :

■ Un président ;

■ Un trésorier ;

■ - Un trésorier adjoint ;

■ Un secrétaire général ;

■ L'Assemblée désigne trois vices présidents, soit un vice président par structure de membres décisionnaire.

En cas d'absence, un membre du bureau peut se faire remplacer par son suppléant. Ce remplacement est à son initiative et sous sa responsabilité.

Le président de l'Association est statutairement le représentant des médecins libéraux, issue des membres décisionnaires.

Le Président est chargé de faire exécuter les décisions de l'Assemblée Générale et d'assurer le bon fonctionnement de l'Association, qu'il représente en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut ester en justice.

Il ordonne les dépenses avec le Trésorier et peut s'entourer d'autant de conseillers qu'il jugera nécessaire pour l'intérêt de l'association. Ces conseillers pourront être extérieurs à l'association. (Conseillers technique, fiscal, etc..)

Le Secrétaire est chargé de la rédaction des procès-verbaux, de la correspondance et de la tenue du registre prescrit par l'article 5 de la loi du 1er juillet 1901.
Le Trésorier tient les comptes de l'Association. Il effectue tous paiements et reçoit toutes sommes. Il procède, avec l'autorisation du Bureau, au retrait, au transfert et à l'aliénation de tous biens et valeurs.

Réunions et délibérations du bureau :
Le bureau se réunit sur la convocation de son Président ou à la demande d'au moins deux tiers de ses membres titulaires, aussi souvent que l'intérêt de l'Association l'exige, soit au siège social, soit en tout autre endroit, ou par tous moyens technique nécessaires.
L'ordre du jour est dressé par le Président ou les membres à l'origine de la convocation.
Pour tous les bureaux, les convocations doivent être envoyées au moins 15 jours à l'avance par simple courrier ou par courrier électronique et indiquer l'ordre du jour.
Le bureau ne peut délibérer valablement que si les trois-quart au moins de ses membres sont présents. Si cette condition n'est pas remplie, le bureau est convoqué de nouveau. Il délibère cette fois valablement quel que soit le nombre de membres présents, mais seulement sur les sujets inscrits à l'ordre du jour de la précédente réunion.
Les délibérations sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents. En cas d'égalité, la voie du président ou de son représentant est prépondérante.
Les délibérations du bureau sont constatées par des procès-verbaux établis sur le registre spécial, paraphés et signés par le Président de séance et le Secrétaire de séance.
Pouvoirs au bureau
Les membres du bureau peuvent se faire représenter par un autre membre de l'Assemblée Générale appartenant au même collège, en manifestant leur intention par la remise d'un bon pour pouvoir établi en bonnes et dues formes dans la limite d'un pouvoir par membre.
Le Bureau peut entendre toute personne susceptible d'éclairer ses délibérations.
Rôles du bureau :
Le bureau est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'Association et faire ou autoriser tous actes et opérations permis à l'Association et qui ne sont pas réservés à l'Assemblée Générale.
Article 16 - Règlement Intérieur :
Un règlement intérieur sera élaboré par le Président de l'Association et approuvé par l'Assemblée Générale. Il complétera les dispositions des présents statuts, notamment concernant l'administration et la gestion interne de l'Association.
Il pourra être modifié par le Bureau. Dès sa modification, il entre immédiatement en application, toutefois il deviendra définitif après ratification par l'Assemblée Générale.
L'adhésion aux statuts emporte de plein droit adhésion au règlement intérieur.
Article 17 - Formalités :
Le Président, au nom de l'Assemblée Générale, est chargé de remplir toutes les formalités de déclaration et de publication prescrites par la législation en vigueur.
Tous pouvoirs sont donnés au président de PURML de Lorraine, porteur de la présente, qui convoquera dans le six mois suivant le dépôt des présents statuts une Assemblée Générale pour l'élection du premier bureau.

TITRE V
DISSOLUTION et LIQUIDATION
Article 16 - Dissolution et liquidation de l'association :
La dissolution de l'Association est prononcée par une Assemblée Générale extraordinaire convoquée expressément à cet effet.
En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale extraordinaire désigne un ou plusieurs commissaire(s) chargé(s) de la liquidation des biens de l'Association.
Le produit net de la liquidation sera dévolu à une association ayant un objet similaire et qui sera désignée par l'Assemblée Générale extraordinaire.
La dissolution doit faire l'objet d'une déclaration à la Préfecture du siège social.
Dr Philippe NAUDE
MEDIGARDE
Dr MARC MUNIER
ASSUM 515
Dr Alain PROCHASSON
MEDIGARDE 57
Dr JEAN BAPTISTE GALLIOT
ASSUM 88

Annexe 4: QUESTIONNAIRE

Date : **Médecin effecteur :**

Heure d'appel : **Tel :**

Age du patient : **Nom du patient :**

Commune : **Moyen d'appel :**

Diagnostic évoqué ou informations relevées par le médecin régulateur :

Diagnostic évoqué par le médecin effecteur :

Prise en charge la plus adaptée à postériori :

1. conseil médical simple
2. consultation au cabinet de garde
3. visite à domicile du médecin de garde
4. envoi aux urgences
5. pompiers
6. SAMU

Utilité des informations transmises par la régulation :

1. Aide à la prise en charge
2. Indifférente
3. Mauvaise orientation

Moyen de recueil des données médicales par le médecin effecteur :

1. Patient
2. Lettre ou compte-rendu médical
3. Carnet de santé
4. Tiers

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Prendre en charge les demandes de soins non programmés, c'est le rôle de la permanence des soins ambulatoire. Depuis le mouvement de grève des médecins généralistes de 2002, son organisation est en constante évolution. La régulation médicale libérale occupe désormais un rôle central dans la PDS en choisissant la prise en charge la plus adaptée à chaque situation médicale.

Nous avons voulu décrire l'activité de la régulation médicale libérale de Meurthe-et-Moselle (MEDIGARDE 54) à travers différents objectifs : étudier les informations transmises par le médecin régulateur et les moyens engagés : sont-ils en adéquation avec la prise en charge finale des patients ? L'hypothèse diagnostique est-elle en adéquation avec le diagnostic finalement retenu ?

L'étude s'est déroulée sur trois dimanches matin de janvier et février 2011. Elle a inclus 379 patients.

Les informations relevées par le médecin régulateur et le diagnostic posé par le médecin effecteur se sont révélés concordants. La gravité des situations médicales rencontrées n'a jamais été sous-estimée par le médecin régulateur. Les visites à domicile semblaient par contre moins consensuelles, notamment de la part des médecins libéraux.

Au final, la régulation semble un bel outil d'articulation entre la demande médicale des patients et les médecins effecteurs. Quelques améliorations semblent cependant pouvoir être apportées : utilisation de scores de gravité reproductibles en médecine générale, campagnes de sensibilisation plus larges concernant la PDS, ou encore emploi d'un numéro unique et gratuit spécifique de ces demandes de soins non programmés.

TITRE EN ANGLAIS

Permanence of Medical Care: Evaluation of the Reliability of the Information Conveyed and of the Means Engaged by the Medical Physician Regulator during the Patients' Support.

THÈSE MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2011

MOTS CLEFS : Permanence des soins, Demande de soins non programmés, Régulation médicale, Urgences, Médecine générale

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex