



HAL
open science

Les différents moyens de permanence des soins ambulatoires (PDSA) et non programmés dans le département de la Moselle et Meurthe et Moselle : découverte de l'application Entr'actes

Paul Dunand

► **To cite this version:**

Paul Dunand. Les différents moyens de permanence des soins ambulatoires (PDSA) et non programmés dans le département de la Moselle et Meurthe et Moselle : découverte de l'application Entr'actes. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03806027

HAL Id: hal-03806027

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03806027>

Submitted on 7 Oct 2022

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

2020

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

DUNAND PAUL

Le 10 Novembre 2020

Les différents moyens de permanence des soins ambulatoires (PDSA) et non programmés dans le département de la Moselle et Meurthe et Moselle : découverte de l'application Entr'actes

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Di Patrizio Paolo

Président

Monsieur le Professeur Bollaert Pierre-Edouard

Monsieur le Professeur Chouihed Tahar

Monsieur le Docteur François Braun Co-directeur

Monsieur le Docteur Schwitzer Mathias Co-directeur

Juges

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Dr Antoine KIMMOUN
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI
Etudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Docimologie : Dr Jacques JONAS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

2^e sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section (Biologie cellulaire)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (Nutrition)

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

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

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

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

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

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

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

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

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

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^e sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^e sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^e sous-section : (Histologie, embryologie, et cytogénétique)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)

2^e sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^e sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE

3^e sous-section : (Immunologie)

Docteure Alice AARNINK (stagiaire)

4^e sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^o sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI

2^o sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^o sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2^o sous-section : (Neurochirurgie)

Docteur Fabien RECH (stagiaire)

3^o sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^o sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^o sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Docteur Anthony LOPEZ

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Docteur Cyril PERRENOT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Kénora CHAU (stagiaire)

54^e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4^e sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA

5^e sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)

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

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

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

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Science
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-

PAPADOPOULOS(1996) *Université
de Pennsylvanie (U.S.A)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

A notre Maître et Président du Jury

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de présider et de juger ce travail de thèse

Soyez assuré de notre entière gratitude et notre plus profond respect

A notre jury

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, service de réanimation médicale, CHRU de Nancy

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce Jury

Veillez y voir l'expression de nos meilleures considérations

Monsieur le Professeur Tahar CHOUIHED

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, service d'urgence, CHRU de Nancy

Nous vous remercions d'avoir accepté d'évaluer ce travail

Veillez trouver ici l'expression de nos plus sincères remerciements

Monsieur le Docteur François Braun

Docteur en médecine, chef du pôle Urgence, médecine polyvalente, justice et précarité, CHR Metz-Thionville

Je vous remercie de la confiance dont vous avez fait part à mon égard en me confiant ce sujet de thèse

Merci de vos conseils avisés concernant mon projet professionnel

Monsieur le Docteur Mathias Schwitzer

Docteur en médecine, chef de clinique des universités, Département de médecine générale

Merci de votre précieux encadrement, de votre disponibilité et de vos conseils pour l'ensemble de mon travail.

A mes parents, ma sœur, mon frère et toute ma famille

Merci de m'avoir toujours soutenu et d'avoir cru en moi toutes ces années. Je ne saurais assez vous dire merci pour tout.

A mes grands-parents partis trop tôt pour ne pas voir ce jour

A mes amis d'enfance et du lycée d'Annecy, Robin, Alexandre G et W, Marin, Océane, Aurélien, Claire, Benjamin, Felix, merci d'être encore là, j'espère à bientôt !

A Martin, merci d'avoir toujours été là, d'avoir été un compagnon étudiant hors norme et toujours de bon conseil.

A Phil, Emeline et Ghost, merci de m'avoir supporté au cours de cette merveilleuse collocation à BLD et d'avoir été là dans les moments difficiles.

A POB et Camille, merci de tous vos conseils, et de votre épanouissement personnel, professionnel et sentimental qui rayonne sur notre groupe, merci à tous les deux !

A Xav et Camille, merci à tous les deux pour votre gentillesse, grâce à vous j'ai pu enfin découvrir le RTE et que mon comportement n'est pas le seul à être déjanté.

Merci à mes Amis de toujours sans qui je ne serais rien, merci d'être là et d'avoir réussi à me supporter, Julie, Deunzi, Camille, Anne Cé, Redon, Lucas, Iulia Max, Serge, Tristan.

A Elisa pour m'avoir toujours écouté, m'avoir toujours poussé vers l'avant et à avoir cru en moi, rendez-vous au croc parc.

A l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale de la réanimation de Mercy. Merci à vous pour certainement les 6 meilleurs mois de mon cursus et plus encore. Léo, Thibaut, Mme la Sénatrice, Aurore, Marie, Nathan, Nicolas, Carole, Guillaume

Aux Docteurs Gette et Delaveuve, merci de m'avoir donné cette chance de pouvoir faire de ma passion mon futur métier que j'espère exercer avec pragmatisme et brio.

A l'équipe des urgences de Thionville de m'avoir formé lors de mon premier semestre et de m'avoir fait découvrir l'humilité et le respect de l'autre.

A l'équipe de Pneumologie et de Médecine Interne de Bar le Duc et de mes anciens co-internes Hélène, Pierre, Virginie, Manon, Anais, Dorian, Isabelle avec qui j'ai pu me perfectionner dans l'art du bowling.

A l'équipe médicale et paramédicale de Réanimation de Thionville avec qui j'ai pu traverser l'épidémie de la COVID, Thibaut, Mégane, Siiri, Mickael, Brian.

Au service d'HGE de l'hôpital de Mercy avec lequel j'ai découvert une merveilleuse équipe volontaire dynamique, et pédagogue.

Au Docteur Prochasson pour votre disponibilité, vos réponses et vos conseils dans ce travail.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des matières :

	Liste des abréviations :
	Avant-Propos :
I.	Introduction :
	1) La situation aux urgences.....
	2) Une permanence de soins encore imparfaite.....
	3) Une évolution des mentalités.....
II.	Les moyens de permanence de Soins :
	1) Définition.....
	2) Cadre réglementaire.....
	3) La régulation médicale libérale.....
	4) Cadre départemental.....
	5) La sectorisation.....
	6) Les acteurs de la permanence de soins
	(a) La permanence de soins dans le 54 (MMG, Urgences, CNSP, SOS Médecin, Les médecins libéraux)
	(b) La permanence de soins dans le 57 (MMG, Urgences, CNSP, Les médecins libéraux)
	7) Les Communautés Professionnelles territoriales de santé (CPTS)
III.	Entr'actes.....
	1) Contexte.....
	2) Historique.....
	3) Description.....
	4) Financement.....
	5) La situation en 2020.....
	6) Questionnaire d'évaluation.....
	a) Introduction.....
	b) Objectif.....
	c) Matériels et Méthodes.....
	d) Recueil des données.....
	e) Résultats.....
	f) Discussion.....
	Conclusion.....
	Annexes.....
	Bibliographie.....

Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ADPS : Association Départementale de Permanence des Soins

AMU : Aide Médicale d'Urgence

APSAM : Association de Permanence de Soins de l'Agglomération Messine

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CGTR : Compagnie Générale de TéléRadiologie

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMSI : Centre Médical de Soins Immédiats

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNSP : Centre de Soins Non programmés

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CRRA : Centres de Réception et de Régulation des Appels

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CSOS : Commission Spécialisée pour l'Organisation des soins

DREES : La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps pleins

FIQCS : Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FIR : Fond d'Intervention Régional

GE : Grand Est (région)

GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire

HIA (Legouest) : Hôpital d'Instruction des Armées (Legouest)

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

MMG : Maison Médicale de Garde

MRT : Majoration Régulation médecin Traitant

MU : Majoration d'Urgence (pour le médecin exerçant la médecine générale)

NSP : Ne Sait Pas

PARM : Permanenciers Auxiliaire de Régulation Médicale

PDS (A) : Permanence De Soins (Ambulatoire)

PH : Praticien Hospitalier

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

I. Introduction

1) La situation aux urgences :

Depuis plusieurs années les services d'accueil des urgences (SAU) en France connaissent un afflux de patients en constante croissance (1). Celle-ci semble être nationale, sans disparité de territoire et représente un véritable problème de santé publique comme le montre les manifestations de 2018. Elle affecte l'ensemble des différents composants de la chaîne de soins que ce soit sur le plan humain (le patient lui-même, l'équipe paramédicale et médicale) ou sur le plan matériel en impactant la qualité de soins. (Annexe 1). Elle affecte sans distinction, les milieux hospitaliers mais également ambulatoires, expliquant une certaine errance médicale de certains patients par l'absence de médecin traitant, ou par choix personnel.

De plus, les motifs de consultation au SAU deviennent de plus en plus variés et tendent à s'approcher d'une activité de médecine ambulatoire comme le montre l'audit de la DRESS de 2013 (2) qui affiche les motivations des patients ayant consulté dans 734 services d'urgences le 12 juin 2013 pendant une journée. Il montre qu'une part non négligeable consulte pour des raisons « non médicale » au sens strict mais plus pour des raisons « pratiques », comme la proximité de l'hôpital (22%) ou pour la disponibilité des examens complémentaires (23%) ou de consultations spécialisées (12%). Ces chiffres corroborent ceux de la littérature à savoir qu'environ 30 à 40% des motifs de consultations au SAU relèvent de la médecine ambulatoire. (Annexe 2)

En effet, cette hausse semble s'expliquer par plusieurs paramètres auxquels la commission sénatoriale de juillet 2013 s'est intéressée (3). Ce rapport fait état d'une carence de médecine de ville et de la permanence de soins de santé. Pour pallier ces lacunes, la commission propose d'élargir la permanence des soins de santé ambulatoires, d'accroître le financement des médecins participant à cette activité (grâce à la création de code de cotation) et de faciliter l'accès à cette permanence (en généralisant le tiers payant). Cependant, il faut prendre en compte la poursuite de la baisse de la démographie médicale et de la désertification des milieux ruraux. L'ensemble de ce tableau aboutit à une situation paradoxale dans le fait de vouloir ré-axer des consultations vers la médecine de ville alors que celle-ci tend à décroître.

Parallèlement à cette hausse de passages au SAU, les urgences en France et même outre-mer font face depuis plusieurs années déjà à des pénuries de praticiens hospitaliers et doivent recourir de plus en plus au service d'agences d'intérim (4). En effet, le nombre de médecins travaillant au service d'accueil des urgences a augmenté de 13% (au 31 décembre 2016), soit à un rythme inférieur à celui de l'activité (15%). De plus, suite à la réforme du temps de travail à l'hôpital, la couverture des besoins s'est encore dégradée ce qui a engendré un besoin supplémentaire d'ETP d'environ 20%. Par ailleurs, au premier janvier 2017, on pouvait recenser un taux de vacances statutaires de praticiens hospitaliers (PH) en médecine d'urgence de 25% pour les PH à temps plein, et de 45% pour les PH à temps partiel (4).

Ainsi, la médecine de ville a un rôle pivot et majeur dans la prise en charge des patients au vu de l'enjeu public actuel (PDSA et hors PDSA). Comme le montre la commission (3), une partie non négligeable des appels auprès de l'association SOS Médecins surviennent entre 8 et 10 heures et 17-20 heures. Ces données sont également appuyées par la DRESS (2), confortant ainsi l'importance de la médecine ambulatoire dans la prise en charge des patients et de la nécessité d'une permanence de soins adaptée, organisée, accessible à tous et disponible.

2) Une permanence de soins encore « imparfaite » :

La permanence des soins (PDS) est régie par le code de la santé publique (article L.6314-1) (5) et permet une véritable continuité dans la prise en charge des patients de jour comme de nuit (de 20h à 8h, les jours fériés, et le week-end de 8h à 20h) et ce sur tout le territoire. Cependant, depuis plusieurs années, on constate un essoufflement de ce système avec une régression progressive du nombre de secteurs de soin et de participants aux gardes permettant son bon fonctionnement (6). En effet d'après le bilan de la permanence de soins du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), le nombre de secteurs de PDS est passé de 1579 à 1442 en soirées, avec le même constat en week-ends et jours fériés passant de 1644 à 1485. De plus la majorité des départements ont noté une stagnation (36% des départements) voire une régression (32%) du nombre de participants à la PDS. Ces chiffres sont déjà pointés du doigt en 2014 par le rapport de Mesdames COHEN et GENISSON (3), en décrivant également une évolution de la démographie médicale et en pointant plusieurs facteurs pouvant être responsables de ces données.

La continuité des soins reste inadaptée à la demande de prise en charge. En effet la plupart des passages aux urgences a lieu lors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et environ 30 à 40% des motifs de consultations relèveraient de la médecine ambulatoire. Par ailleurs l'association SOS médecins, dont l'activité principale résidait initialement dans la prise en charge des patients en dehors des heures d'ouverture des cabinets (soit la PDS), a vu son exercice se décaler sur les horaires ambulatoires devant la demande importante (entraînant une augmentation de son activité de 35% entre 2010 et 2014). On peut également noter qu'un travail de thèse a pu mettre en évidence au niveau national, une « réelle discontinuité » des soins en dehors des horaires de la PDSA, motivant une nécessité de revoir son fonctionnement (7).

La situation de la répartition de l'offre de soins ouvre la porte au débat des déserts médicaux. Bien que la permanence de soins ne corresponde qu'aux horaires « non ouvrables », il est difficile de ne pas aborder le sujet du fait du manque de médecin dans certains territoires (notamment ruraux). Ce manque de médecin se répercute sur la permanence de soins créant ainsi de véritable « zone blanche » dépourvu de point fixe ou de service de garde. En 2018, l'ARS a ainsi pu dresser une carte répertoriant les « déserts médicaux ». Il est important de comprendre ce contexte : en effet, environ 84% de la population française réside dans une commune où exerce un médecin généraliste ; 99,9 % accède à un médecin généraliste en moins de 20 minutes. En France, les problèmes d'accès aux soins sont avant tout le fait de territoires où une offre de soins est présente mais s'avère insuffisante pour répondre à la demande de soins. L'approche retenue pour repérer les territoires à faible densité médicale consiste à considérer, pour chaque commune, le nombre moyen de consultations auxquelles les habitants peuvent avoir accès à moins de 20 minutes de chez eux, compte tenu de la densité de médecins et des besoins de soins des habitants dans leurs communes et dans les communes avoisinantes. Ce critère permet d'arrêter qu'à moins de 2,5 consultations par habitant et par an, 8,1% de la population fait face à une situation de faible accessibilité (environ 9000 communes et 5,3 millions d'habitants) (8).

L'ARS Grand-Est dresse donc une carte de la région avec 3 zones : les « zones d'intervention prioritaire » qui sont les territoires caractérisés par un faible niveau d'accessibilité aux soins (moins de 2,5 consultations par habitant et par an) ainsi que des territoires potentiellement fragiles (entre 2,5 et 4 consultations par habitant et par an), représentent 8,7 % de la population régionale, soit 483 000 habitants. Les « zones d'action complémentaire », moins impactées par le manque de médecins, mais nécessitant de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore, représentent 50,7 % de la population régionale, soit 2 810 000 habitants. Les « zones hors vivier » caractérisées par une offre de soins considérée comme satisfaisante (supérieure à 4 consultations par an et par habitant) (9). (Annexe 3)

Le manque d'information à la population du système de permanence de soins et de régulation est décrit dans l'enquête TNS SOFRES de 2014, où un francilien sur deux ne connaissait pas la conduite à tenir en cas de problème de santé imprévu. Dans la même étude, 66% des personnes interrogées estimaient que le numéro 15 était réservé aux cas les plus graves.

De plus, la plupart des patients déplorent ce manque d'information du fonctionnement des services d'urgences et des permanences (environ 58% des interrogés) (10).

3) Une évolution des mentalités : (11)

Il est important de cerner le cadre législatif et moral dans lequel la PDS a vu le jour afin de comprendre l'impact et le rôle qu'il lui reste à jouer depuis sa création. Avant 2002 le médecin de garde avait des obligations ordinales, pénale et de santé publique.

-Sur le plan ordinal (12) :

L'article 9 (13) : « *Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires* »

L'article 77, dans son ancienne rédaction : « *Dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. Le conseil départemental de l'ordre peut néanmoins accorder des exemptions, compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé, et éventuellement, de ses conditions d'exercice* »

Ainsi ces deux articles imposaient une obligation d'assurer la continuité des soins en tant que médecin. Lors de sa garde il devait être disponible sur n'importe quelle partie du territoire et pour n'importe quel motif. Ainsi le principe de permanence des soins est certes indispensable, mais il se faisait au détriment de l'activité du médecin de garde et impactait grandement sa vie privée.

-Sur le plan de la santé publique :

L'article L6311-1(14) : « *L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état* »

L'article R6313-1 (15) : « *Dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires veille 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 dans le respect du cahier des charges régional défini à l'article R. 6315-6. 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* »

Ces deux articles impliquaient, avant une extension plus importante du SAMU, une intervention réalisée par les médecins généralistes volontaires, qui n'organisaient pas de manière précise la permanence des soins ; ils s'assuraient juste de son existence.

-Sur le plan pénal :

L'article 223-6 (16) : « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* »

Ainsi par ses actions le médecin encoure des risques pénaux et ordinaires et ce d'autant plus devant un système de permanence de soins le sollicitant de jour comme de nuit lors de ses gardes. Avant 2002, les gardes médicales étaient assurées par secteur, délimitées après entente entre les médecins et avec accord du CDOM. Le médecin de garde était souvent le médecin de famille et pouvait être mobilisé à toute heure.

A la fin des années 1990, la médecine générale a subi de profond changement dans tous ses aspects aboutissant progressivement à la problématique de santé publique actuelle.

Sur le plan démographique avant tout : on observe depuis plusieurs années une baisse globale du nombre de médecins dans tous les secteurs, notamment libéraux. Cette baisse est liée à la modification du *numerus clausus* imposé par Madame Simone Veil, par suite du véritable « boom » de la démographie médicale entre 1950 et 2000 voyant le nombre global de médecins multiplié par cinq. On peut également expliquer cette baisse par le vieillissement du corps médical avec de nombreux départ sans remplacement, notamment dans le secteur libéral (17). Parallèlement, l'activité intermittente est en hausse, avec une part de remplaçants se majorant de 22.7% depuis 2010 et de 7.2% depuis 2017. Elle représente en 2018, 23% des nouveaux inscrits à l'ordre national des médecins (17).

Sur le plan technologique et scientifique : l'avènement du 21^e siècle a réalisé un tournant dans l'échange d'informations avec les nouvelles technologies (portable, réseaux sociaux,...) aboutissant à une demande accrue de la qualité et de la quantité des services de santé avec une dérive consumériste de la population (18). Parallèlement, le réseau routier a lui aussi subi de nombreux changements permettant des visites au domicile plus aisément.

Sur le plan socio-culturel : Outre la féminisation de la médecine (17) (47% des effectifs de médecins en activité régulière soit plus 9 points depuis 2007), les médecins d'aujourd'hui aspirent davantage à une vie plus « calme » et plus familiale qu'à la vie qu'ont pu mener leurs prédécesseurs qui ont sacrifié corps et âmes dans leur métier.

Ces changements ont abouti à la réforme de 2002 avec la loi DESCOURS créant ainsi une permanence de soins organisée, encore imparfaite à ce jour.

La première partie de mon travail consistera à faire un état des lieux des différents moyens actuels de la PDS dans le département de la Meurthe et Moselle et la Moselle. Dans la seconde partie sera abordé l'application Smartphone « Entr'actes » dédiée à l'optimisation de la régulation médicale et de son organisation dans le 57 où elle s'installe peu à peu avec sa situation et une évaluation de cette application par ses utilisateurs.

Ainsi le but de cette thèse sera de décrire l'application « Entr'actes » un an après sa mise en fonctionnement et de mettre en évidence des pistes d'amélioration de cette dernière.

II. Les moyens de la permanence des Soins

1) Définition :

La permanence des soins (PDS) peut se définir comme « une organisation mise en place par des professionnels de santé (médecins hospitaliers et libéraux) afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmées, exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20h à 8h les jours ouvrés, ainsi que le dimanche, et les jours fériés et en l'absence d'un médecin traitant ». Cette définition se base sur le rapport du sénateur Charles DESCOURS (19) paru le 22/1/2003, véritable point de départ de la PDS.

Elle ne doit pas être confondue avec :

- la continuité des soins, imposé par l'article 47 (20) du code de déontologie médicale au praticien envers sa patientèle, l'obligeant à orienter ses patients vers des structures adaptées,
- la coordination des soins,
- l'Aide médicale Urgente (AMU) qui relève des services d'urgences, avec une intervention médicale formée à des situations de réanimation/ d'urgence, ... etc. (Service d'Aide Médicale d'Urgence : SAMU. Service Mobile d'Urgence et de Réanimation : SMUR).

La PDS permet ainsi à chaque patient d'avoir accès en dehors des horaires d'ouverture de cabinet et à n'importe quelle heure et n'importe quel jour, à un médecin ambulatoire afin de répondre à une demande de soins considérée comme « urgente » par le patient. Bien que le degré d'urgence exprimé par le patient ne reflète pas la réalité, il est primordial de ne jamais négliger la demande et d'y répondre de manière adaptée. Ces demandes de soins sont très variables et peuvent aller d'un simple conseil téléphonique à une véritable situation d'urgence. Ainsi, les acteurs de la permanence de soins sont multiples et variés afin de répondre à tous les niveaux de manière structurés, adaptés et par des effecteurs formés (SAMU/SMUR, médecin régulateur, médecin de terrain, ...). C'est dans ce schéma qu'intervient la régulation médicale, outil indispensable et indissociable de la permanence de soins et qui vient articuler tout son fonctionnement.

2) Cadre réglementaire :

La PDS a vu le jour à l'issue des grèves de 2001, suite au changement de mentalité de la profession libérale et du fonctionnement, comme indiqué dans l'introduction. Il en résultera avec le rapport DESCOURS à une refonte du système de permanence, basé sur le volontariat tout en respectant le code de Déontologie médicale, et introduira la notion d'un « accès régulé » aux effecteurs de la PDS. Encore aujourd'hui elle reste cependant imparfaite et est toujours sujette à des optimisations.

La permanence de soins est régie par de nombreux textes réglementaires. Le but ici n'est pas d'en faire une liste exhaustive, mais d'en citer les principaux régissant son fonctionnement, et son encadrement (21).

-Sur le plan du code de Déontologie Médicale :

Article 77 : Modifié à l'issue de la réforme de 2003, il est à la base de l'organisation de la PDS, à savoir le volontariat de « *participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* » comme cité plus haut.

Article 47 : Assurant la continuité des soins des patients, et permettant au médecin de se dégager de sa mission sous réserve d'en avertir le patient et de l'adresser à un médecin désigné.

Article 9 : relatif à l'obligation par le médecin de prendre en charge toute personne en péril, ou de s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires, obligeant ainsi une intervention obligatoire de la part du médecin de garde que ce soit par une intervention au domicile, ou par un envoi d'un confrère (avec un renvoi à l'article 47).

Article 32 (22) : « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.* » Ainsi dans le cadre de sa mission de permanence, le médecin peut, si la situation l'exige avoir recours à un confrère afin d'avoir une prise en charge optimale (par exemple un renfort du SMUR sur une situation d'extrême urgence, ou un avis palliatif, etc...).

-Sur le plan du code de la Santé Publique :

Article R6315-1 (ex 730) (23) : La permanence de soins s'organise au niveau départemental en créant des secteurs de permanence de soins, adaptés à la demande de soins, la démographie du département et les distances à parcourir. Leur nombre et leurs limites sont arrêtés par le directeur régional de l'ARS

via un cahier des charges, et après consultation auprès de l'URPS, du CODAMUPS, de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et de la commission Spécialisée pour l'Organisation des soins (CSOS). Les conditions d'organisations territoriales sont alors soumises au CDOM et au préfet de chaque département. Ces secteurs sont ensuite transférés à l'ensemble des effecteurs de la PDS et sont susceptible d'être modifiés d'une année à l'autre lors de la réévaluation annuelle. En cas de besoin et/ou de situation complexe, il peut y avoir des secteurs interdépartementaux.

Article 6315-2 (ex 731) et 6315-4 (ex 733) : Dans chaque secteur, un tableau des permanenciers est dressé pour une durée totale de 3mois. Il est adressé au moins 45 jours avant sa mise en œuvre au CDOM qui vérifie la situation d'exercice des volontaires. Dix jours avant sa mise en application ce tableau est transmis « *au préfet, au SAMU, aux médecins concernés, aux caisses d'assurance maladie ainsi que, sur leur demande, aux organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux représentées au niveau départemental* » (24). Si le CDOM constate qu'il manque des permanenciers sur ce tableau, il peut prendre un avis consultatif auprès des « *organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux et des médecins des centres de santé représentées au niveau départemental et des associations de permanence des soins* ». Si à l'issue de ces consultations le tableau reste incomplet, le CDOM établit un rapport qu'il adresse au préfet qui peut alors effectuer une réquisition. Il existe en parallèle une liste de médecins exempts de la PDS compte tenu de l'âge, de l'état de santé, ou du mode d'exercice (25).

Article 6315-3 (ex 732) et 6315-5 (ex 734) : sont relatifs à l'existence d'une régulation ayant pour principal but de filtrer les appels dédiés à une demande de soins ambulatoires. En effet dans l'objectif de limiter des dépenses, et de mobiliser du personnel médical inutilement, une ligne de régulation dédiée à ces prises en charge ambulatoire différentes de l'AMU a été mise en place. Elle est organisée initialement par le SAMU, mais des médecins libéraux volontaires peuvent participer à la régulation. Lorsqu'elle n'est pas organisée par le SAMU, elle est interconnectée avec celui-ci. (Comme le cas des Centres de réception et de Régulation des Appels (CRRA)).

« *L'accès au médecin de la permanence des soins ambulatoires fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national, par le numéro national de permanence des soins (116 117) ou par le numéro national d'aide médicale urgente (15). Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine lequel de ces deux numéros est utilisé au plan régional. Il l'inscrit dans le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6. Les médecins volontaires participent à l'activité de régulation médicale des appels dans les conditions définies par*

ce cahier des charges. Lorsqu'un médecin 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. L'accès au médecin de permanence est également assuré par les numéros des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le centre de réception et de régulation des appels et ont signé une convention avec l'établissement siège du service d'aide médicale urgente approuvée par le directeur général de l'agence régionale de santé. Cette convention respecte le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6. Les appels traités dans le cadre de la permanence des soins, ainsi que les réponses apportées par le médecin régulateur, y compris les prescriptions mentionnées au troisième alinéa de l'article R. 6315-5, sont soumis à une exigence de traçabilité selon des modalités fixées par arrêté du ministre de la santé » (26)

« Le médecin régulateur, exerçant dans les conditions définies à l'article R. 6315-3, décide de la réponse adaptée à la demande de soins. L'agence régionale de santé détermine les conditions dans lesquelles le transport des patients vers un lieu de consultation peut être organisé lorsqu'ils ne peuvent se déplacer par leurs propres moyens. En dehors des cas relevant de l'aide médicale urgente, le médecin régulateur peut donner des conseils médicaux, notamment thérapeutiques, pouvant aboutir à une prescription médicamenteuse par téléphone. Il peut également procéder à une telle prescription lors de situations nécessitant en urgence l'adaptation d'une prescription antérieure. Lorsque la prescription nécessite l'établissement d'une ordonnance écrite, celle-ci est adressée à une pharmacie. La prescription, d'une durée limitée et non renouvelable, est conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la Haute Autorité de santé relatives à la prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale. » (27)

Article 6315-6 (ex 735) (28) : Il est relatif à la réalisation annuelle d'un cahier des charges régionales qui décrit le fonctionnement général de la permanence des soins, en fonction de l'offre/demande de soins, de la géographie, du fonctionnement de la régulation, des lieux de consultation dans le cadre de la PDS. Parallèlement à ces objectifs, il fixe les rémunérations forfaitaires de l'ensemble des effecteurs de la permanence. Il est révisé chaque année par l'ARS, l'URPS, et du CODAMUPS du département concerné.

Article L.6313-1 (15) : Relatif au Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins, et des Transports Sanitaires. Créé en Janvier 1986 (29) par la loi relative à l'Aide Médicale Urgente en CODAMU (sans permanence de soins) et modifié en 2003 (30) devenant CODAMUPS et intégrant la notion de permanence de soins avec tous ses acteurs (à savoir les médecins libéraux).

Il est le pilier de l'organisation et de l'évaluation de la PDS dans chaque département, il assure la « coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente, au dispositif de la permanence des soins et aux transports sanitaires ».

Il a ainsi un rôle majeur au niveau départemental en matière de décisions, des moyens mis en œuvre sur le terrain en fonction des besoins de la population et ce, « aux trois niveaux de la PDS : régulation, sectorisation et réponse médicale effective. Le but poursuivi doit rester le même : répondre le plus efficacement et le plus équitablement à la demande médicale de la population » (31).

Sa composition est complète et éclectique regroupant de nombreux participants se réunissant au moins une fois par an sous la coprésidence du préfet ou de son représentant et le directeur de l'ARS ou son représentant. Sa composition est illustrée par (32)

Au niveau territorial : Un conseiller départemental désigné par le conseil départemental, et deux maires désignés par l'association départementale des maires ou, à défaut, élus par le collège des maires du département.

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

« Des membres nommés sur proposition des organismes qu'ils représentent : un médecin représentant le conseil départemental de l'ordre des médecins ; quatre médecins représentants de l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins ; un représentant du conseil de la délégation départementale de la Croix-Rouge française ; deux praticiens hospitaliers proposés chacun respectivement par les deux organisations les plus représentatives au plan national des médecins exerçant dans les structures des urgences hospitalières ; un médecin proposé par l'organisation la plus représentative au niveau national des médecins exerçant dans les structures de médecine d'urgence

des établissements privés de santé, lorsqu'elles existent dans le département ; un représentant de chacune des associations de permanence des soins lorsqu'elles interviennent dans le dispositif de permanence des soins au plan départemental ; un représentant de l'organisation la plus représentative de l'hospitalisation publique ; un représentant de chacune des deux organisations d'hospitalisation privée les plus représentatives au plan départemental, dont un directeur d'établissement de santé privé assurant des transports sanitaires lorsqu'un tel établissement existe dans le département ; quatre représentants des organisations professionnelles nationales de transports sanitaires les plus représentatives au plan départemental ; un représentant de l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental ; un représentant du conseil régional de l'ordre des pharmaciens ou, dans les départements d'outre-mer, la délégation locale de l'ordre des pharmaciens ; un représentant de l'union régionale des professionnels de santé représentant les pharmaciens d'officine ; un représentant de l'organisation de pharmaciens d'officine la plus représentative au plan national ; un représentant du conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes ; un représentant de l'union régionale des professionnels de santé représentant les chirurgiens-dentistes. Lorsque le service de santé des armées contribue à la permanence des soins ambulatoires dans le département, un représentant médecin du service de santé des armées. Un représentant des associations d'usagers. » Parallèlement il lui est également rattaché deux sous-comités : médical (33) et des transports sanitaires (34) chargé de l'évaluation et de l'organisation de la PDS à leur niveau et propose des modifications en fonction des données recueillies sur le terrain et des avis lui étant adressés.

3) La régulation médicale libérale :

Mise en place après la réforme de la PDS en 2003 dans le cadre d'une régulation préalable pour toute demande d'accès au médecin de permanence, elle est la pierre angulaire dans l'organisation du fonctionnement de la PDS : « L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable » (26). A l'issue de sa création, elle a entraîné de profondes modifications du système de garde médicale. L'AMU possédait déjà sa propre régulation, mais celle de la PDS est distincte et doit être interconnectée avec celle-ci. Elle possède ses médecins régulateurs ou à défaut, peut être régulée par ceux du SAMU.

« La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin régulateur d'un centre d'appels, en réponse à une demande concernant un patient se trouvant à distance en situation d'urgence » (35). Elle est un des piliers du fonctionnement de la PDS, en agissant comme un chef d'orchestre, elle mobilise, organise et dispatche les ressources médicales, humaines et

matériels de manière adaptée à la demande de soins. L'augmentation de la demande de soins non programmées associée à la baisse de la démographie médicale imposent de filtrer, trier et de répondre de manière efficace et juste à une demande d'accès aux soins.

Son fonctionnement en médecine libérale (dans le cadre de la PDS) ou de l'AMU repose sur les mêmes principes (36) (Annexes 4 et 5) :

L'appel est reçu par les Permanenciers Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) ou Assistant de régulation médicale (ARM) qui assurent la prise en charge initiale. Ils recueillent les informations de l'appelant (téléphone de l'appelant, adresse, ...) et prennent connaissance du motif de l'appel, des informations concernant le patient (âge, sexe, poids,). A l'issue de ce premier contact, le PARM transfère l'appel au médecin régulateur en fonction des informations recueillies (libéral de la PDS, ou urgentiste de l'AMU). Les PARM ont également comme mission d'assurer la mise en œuvre, et le suivi des décisions prises par le médecin régulateur, et de déclencher des interventions spécifiques suivant des protocoles préétablis.

Le médecin régulateur (dans le cadre de la PDS) est un médecin généraliste volontaire. Il participe à la régulation en accord avec le cahier des charges établi par l'ARS, et exerce dans le centre d'appel dédié à son département (le plus souvent en centre hospitalier public, avec le centre d'appel du 15). Il peut également participer à la régulation depuis son domicile ou même son cabinet et ce avec le même cadre législatif sous réserve d'une convention acceptée par le siège de l'AMU (26) dans le cadre d'une mission d'intérêt public. Il prend alors l'appel et analyse le motif de recours, le contexte, les antécédents, les demandes et attentes du patient. A l'issue de celui-ci, le médecin aura la possibilité de mettre en place une réponse appropriée à la demande par tous les moyens disponibles : « conseil médical, aide aux gestes de premier secours, prescription médicamenteuse, intervention médicale auprès du patient, orientation et transport du patient, renvoi de l'appel vers le médecin régulateur de l'AMU ». Le relais est alors de nouveau transmis à l'ARM qui met en œuvre la décision prise par le régulateur. C'est donc au médecin que repose la décision de quel moyen est mis en œuvre pour répondre à la demande du patient ; il s'expose dès lors à un risque législatif : a-t-il mis en place la « juste » réponse ? est-elle suffisante par rapport à la demande du patient ? Tout en sachant qu'il s'expose à une des limites de la régulation, à savoir qu'il s'agit d'un acte de télémédecine, limitée par la simple parole, raison pour laquelle chaque information est importante (la

parole du patient s'il s'agit de l'appelant, sa vitesse d'élocution, sa respiration, etc...). Cette limite est bien connue et fait l'objet d'optimisation (37).

La régulation correspond donc à un acte de téléconsultation, commençant comme tout acte médical par un interrogatoire du patient ou de ses proches (dans le délai le plus rapide) afin d'établir une ou des hypothèses diagnostiques en fonction des données recueillies (motif d'appel, antécédents, histoire, etc...). Elle garantit l'accès au soin via l'article L1110-3 du code de la Santé Publique : « Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins » (38). Il est important de dissocier l'activité de régulation de l'AMU de celle de la PDS, bien qu'elle soit intriquée et souvent mélangée, raison pour laquelle ces deux services sont interconnectés et se trouvent généralement sur le même lieu physique. Les motifs d'appels différents de ceux de l'AMU, et des médecins régulateurs également. Il s'agit de motifs d'appels relevant de la PDS et non de l'AMU, les moyens mis en œuvre ne seront pas les mêmes. Cependant dans le cadre des appels, il peut y avoir une erreur d'aiguillage d'où l'intérêt d'une interconnexion entre les deux unités.

4) Cadre Départemental :

Concernant le département de la Meurthe et Moselle : D'une superficie de 5249 km², il compte en 2016, 733 821 habitants représentant une densité de population à 139.9 habitants/km², soit un peu plus que la moyenne nationale (104.9 habitants/km²) avec une variation de la population entre 2011 et 2016 estimée à 0.0% (39).

La démographie médicale dans le Grand Est compte en 2016, 7783 médecins généralistes (inscrits à au conseil de l'ordre des médecins des départements de la région Grand Est (hors remplaçants), ce qui représente une baisse de 1.1% entre 2012 et 2016. Sa population suit la moyenne nationale avec une baisse moindre estimée à 0.6% pendant la même période de temps. On peut dénombrer 1201 médecins généralistes dans le 54 (soit une hausse de 1.7%), correspondant à une densité médicale (nombre de praticiens pour une population de 100 000 habitants) de 164.3, contre une moyenne nationale de 144.9. Plus de la moitié de ces médecins (54.0%) sont dans le libéral, contre un tiers (35.6%) dans le salariat. Le reste exerce une activité mixte. Concernant l'âge des

médecins, ainsi que la féminisation de la profession, ils suivent la moyenne nationale, de même que la baisse de leur effectif (annexe 6) (40). En 2016, le département comportait 141 médecins libéraux qui participaient à la PDSA représentant environ 18% des médecins éligibles à la permanence, soit un des taux le plus faible de la région GE) (41).

Concernant le département de la Moselle : D'une superficie de 6216 km², il compte en 2016, 1 045 271 habitants, avec une densité de population à 168.2/km² et une croissance nulle également. Sa démographie médicale retrouve 1326 médecins généralistes, soit une baisse de -2,6% entre 2011 et 2016, avec une démographie médicale à 126,7. Concernant le mode d'exercice, presque deux tiers (59.7%) sont dans le libéral, contre 32.2% dans le salariat. Les chiffres de la féminisation et de la moyenne d'âge sont sensiblement identiques à ceux de la Meurthe et Moselle (36% et 52.7 ans respectivement). (Annexe 7 et 8). En 2017, on pouvait dénombrer 365 médecins participant à la PDS représentant environ 41.1% des médecins éligibles, soit un taux bien plus important que celui de la Meurthe et Moselle.

On peut ainsi noter une différence entre ces deux départements notamment avec sa démographie médicale, sa population médicale avec une tendance à la baisse sur les dernières années et un bassin de population plus important en Moselle qu'en Meurthe et Moselle. Par ailleurs, il est intéressant de noter que la très grande partie de la population se trouve dans les grandes agglomérations (42) : Nancy, Toul, Lunéville, Pont à Mousson pour le 54 ; Metz-Thionville avec un axe peuplé, Longwy, Forbach (Annexe 9).

5) La sectorisation :

Les départements de la Moselle et de la Meurthe et Moselle sont découpés en secteur dans le cadre de la PDS. Leur nombre et leur limite sont déterminés par le cahier des charges de la permanence des soins établi chaque année par l'ARS en étroite collaboration avec le CODAMUPS, l'URPS, CDOM, CRSA, CSOS et le préfet de chaque département. Ces secteurs, sont pour rappel, établis en fonction de la géographie des territoires, de la démographie médicale et de l'offre de soins existante (23). L'évaluation annuelle de ces secteurs permet d'adapter au mieux leur nombre / superficie afin d'optimiser l'offre de soins de la PDSA, tout en gardant à l'esprit que la prise en charge qui en découlera ne sera pas de l'urgence vitale.

D'après ce cahier des charges au niveau du Grand Est, en 2018, « tout secteur doit s'organiser pour assurer la PDS sur les périodes N1 (20h-00h) toute l'année, le samedi après-midi, le dimanche et jours fériés en journée (8h-20h). La permanence des soins en nuit profonde reste basée sur le volontariat. Ainsi, tout médecin ou groupe de médecins ou association peut organiser sur un ou plusieurs secteurs, une permanence des soins en nuit profonde, sous réserve d'une organisation permettant d'en assurer le service » (41). En cas de difficultés récurrentes, des demandes d'assouplissement d'organisation sur certains secteurs peuvent être envisagées (après études de ceux-ci : regroupement ? adaptation organisationnelle au niveau local ?). Ainsi le nombre de secteurs peut varier suivant le moment de la PDS, il ne sera pas la même en N1 qu'en N2 (00h-8h) par exemple. Les effecteurs ne seront pas les mêmes également.

Au niveau du 54, on peut compter seize secteurs lors de la première partie de nuit (20h-00h) ou en journée les week-ends, jours fériés et jours de pont, avec des effecteurs dédiés à chaque secteur, en fonction de la demande de soins (annexe 10). En seconde partie de nuit (00h-08h), le département en compte seulement trois. On peut alors constater des zones « blanches », la permanence des soins relève alors du volontariat : tout médecin ou regroupement, ou association peuvent organiser sur un ou plusieurs secteurs une permanence des soins, sous réserve d'un tableau dûment rempli et accepté par les autorités compétentes (annexe 11).

Au niveau du 57, la répartition est la même que dans le 54, à savoir 22 secteurs en N1 et en week-end et jours fériés / ponts (annexe 14). Et 3 secteurs en N2 en semaine (annexe 15), et 19 secteurs en N2 le week-end (annexe 16), à noter la fusion de multiples secteurs dans le nord Mosellan. On peut également noter qu'il existe des secteurs interdépartementaux entre le 54 et le 57 : le secteur de Hayange comporte des communes du 54, des communes du 57 qui sont rattachées à des secteurs du 54 (Blâmont et Nomeny).

6) Les acteurs de la permanence de soins :

La télémédecine (43)

La télémédecine est définie par le code de la santé publique comme « une forme de pratique médicale à distance » utilisant des technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient, et le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient » (44). Elle permet ainsi d'établir un diagnostic, d'effectuer un suivi pré ou post thérapeutique, de demander un avis spécialisé (télé expertise), de préparer une décision thérapeutique, de prescrire, d'effectuer une surveillance (télé surveillance), ou enfin d'effectuer une régulation. Elle est définie pour la première fois par l'article 78 de la loi n°2009-0879 du 21 juillet 2009 dite « HPST » (Hôpital, patient, santé et territoires). La télémédecine correspond ainsi à un outil qui trouve peu à peu son public (notamment les médecins généralistes) comme le souligne l'assurance maladie en 2019, mais qui reste encore trop peu utilisé (45). Elle trouve parfaitement sa place sur les territoires à faible démographie médicale et ruraux mais la population médicale reste encore réticente à son utilisation (46) malgré l'évolution de la relation médecin-malade et l'arrivée des nouvelles technologies « connectées ». Elle trouve sa place dans la permanence de soins notamment dans le cadre de la régulation médicale, de la filière AVC, de la télé-radiologie (CGTR dans le 57). Elle permet ainsi d'effectuer une « consultation » à moindre coût en évitant la consommation de moyens humains et matériel, comme le souligne un projet réalisé en 2017 au CHRU de Nancy dans le cadre de téléconsultation non programmée en EHPAD limitant le transport des patients (47).

(a) La permanence de soins dans le 54 :

La régulation médicale ambulatoire du département est assurée par l'association Médigarde 54 joignable par le centre 15 (ou par le 0820 33 20 20) et qui est installée dans les locaux du SAMU 54 au CHRU de Nancy. Elle est active 24h/24h et 7 jours sur 7 et les appels sont régulés par les médecins libéraux de Medigarde et par les urgentistes. En effet la régulation est réalisée par Medigarde en semaine de 20h à 24h, les samedis de 12h à 24h, les dimanches et jours fériés de 8h à 24h. Les nuits profondes sont assurées par le centre 15.

Les maisons médicales de garde (MMG)

Elles correspondent à des lieux d'accueil physique des patients, ouvert à la population sans discrimination, sans prise de rendez-vous, aux heures de fermeture des cabinets médicaux. Les soins médicaux y sont dispensés sous forme de consultations. Il s'agit donc de lieux de prestations de médecins généralistes, fonctionnant aux heures de la PDS comme un cabinet médical libéral. Leur nombre n'a cessé de croître depuis le début du 21^e siècle, passant de 6 en 2000 à 198 en 2006 (48). Pour 2/3 d'entre-elles, elles se trouvent au sein d'un établissement de santé ou médico-social ; 1/4 en milieu urbain, et environ 10% en milieu rural. Leur financement, leur activité et leur répartition sont très variables d'un territoire à l'autre voire même au sein même d'un secteur. En revanche, leurs heures de fonctionnement sont pour la très grande majorité similaires aux horaires de la PDS (49).

On peut dénombrer sept MMG dans le 54 (annexe 13), la première, anciennement localisée rue Saint Nicolas, (les « Bains Douches »), a déménagé dans des locaux flambant neufs en janvier 2020 et est dorénavant adaptée aux patients handicapés et se trouve maintenant 31 rue Lionnois (le « 31 ») accolée à l'Hôpital Central du CHRU de Nancy (50). Ses horaires d'ouverture restent les mêmes à savoir dans les horaires de la PDSA : en semaine la première partie de nuit (20h-00h), le samedi de 12h à 00h, le dimanche et jours fériés de 08h à 00h. On peut dénombrer deux médecins de garde pendant ces horaires, leurs consultations sont aux tarifs réglementaires, avec une majoration de nuit ou de week-end. Son fonctionnement est en partie financé par la CPAM au travers des fonds FIQCS. Les patients peuvent s'y présenter de leur propre gré ou être adressé par la régulation médicale. La deuxième maison médicale du 54 se trouve à Lunéville située au sein même du CH, près des urgences avec une salle d'examen et une salle d'attente dédiée. Elle a vu le jour en 2010 motivée par des urgences surchargées et par la volonté des médecins libéraux du secteur souhaitant avoir un lieu de consultation dédié à la PDS et à proximité de l'hôpital. Elle a vu le jour grâce à la participation d'une association : Regroupement des Généralistes Lunévillois Pour la Permanence Des Soins (RGLPDS) créée la même année afin de promouvoir la PDS dans leur secteur ; de l'hôpital de Lunéville et de l'ARS. La Troisième MMG se trouve au CH de Toul et la quatrième se trouve être un point fixe de consultation de SOS médecins. Située Avenue Jeanne d'Arc à Vandoeuvre, ses horaires sont plus larges que la PDS, et couvrent 09h-00h, 7 jours sur 7.

Ces Trois MMG fonctionnent aux mêmes horaires. On peut dénombrer également en 2018, une cinquième MMG dans le 54, ne fonctionnant que les samedis de 12h à 20h et les Dimanches de 08h à 20h, située à Blénod Les Pont-à-Mousson. Il s'agit également d'un point de consultation fixe

« appartenant » à SOS Médecins, mis à disposition par la mairie, mais rentrant dans le cadre de la PDS au vu de leur mission d'intérêt public. La sixième et la septième sont localisées à Joeuf et Herserange et fonctionnent également de concert entre médecins libéraux et SOS médecins. Elles sont ouvertes tous les jours, en consultation de 20h à 22h30, puis visites à domicile jusqu'à 08h, le samedi de 12h à 20h et le dimanche et jours fériés de 08h à 20h, les patients ne peuvent y accéder qu'après régulation médicale. La MMG de Joeuf est localisée à l'hôpital Georges Hartmann, et celle de Herserange au sein de la maison de santé d'Herserange est mise à disposition par la mairie.

Les urgences

Bien que cette thèse ne développe que les moyens de permanence de soins ambulatoires, il est important de citer les urgences. Qu'elles soient publiques ou privées, elles participent à la permanence de soins, et de manière importante. Dernier recours de consultation pour les patients adressés par la régulation, elle reste un lieu de consultation pour les « urgences ressenties » et les demandes de soins non programmées. On peut faire la distinction entre les établissements privés et des publics, mais leur rôle dans la PDS reste le même.

Sur le territoire du 54, on peut compter 7 Structures d'urgences (Annexe 17) : le CHU, Lunéville, Toul, Mont-Saint-Martin, Pont-à-Mousson, Briey et Gentilly. Comme toutes les structures d'urgences, elles assurent la prise des venues non programmées, dans un établissement public ou privé, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 et ce sans distinction de personnes, ou de motif de consultation.

Leur part dans la permanence repose principalement sur le fait qu'une partie non négligeable des consultations aux urgences relève d'une prise en charge ambulatoire, et que celles-ci interviennent dans des horaires de la PDS à savoir le week-end, et la soirée (Annexe 18-19-20). Le panorama des urgences 2018 illustre clairement cette part : Au CHU de Nancy, environ 50% des entrées surviennent en horaire de PDS, de même qu'au SAU de Briey (47%) ou Lunéville (45%), avec des consultations relevant de la médecine ambulatoire au moins estimées à 10%, avec une estimation biaisée et probablement sous-estimée au vu des chiffres nationaux, et de la dépendance humaine à remplir chaque entrée par cette classification de manière appropriée et correcte dans le logiciel utilisé par les structures d'urgences (Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU). La CCMU 1 correspond à un « Etat lésionnel ou pronostic vital jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences ». La CCMU 5 correspond à un pronostic vital engagé avec réanimation médicale. Il est considéré que tous les patients inscrits dans de la CCMU 1 et 2 relèvent de la médecine générale (51)).

Les centres de soins non programmés (CNSP)

Parallèlement à ces structures des urgences, on trouve également des centres de soins (comme le CMSI : Centre médical de soins immédiats), véritable alternative aux urgences pour des soins de première nécessité. Cet établissement a vu le jour en 2012 par l'initiative d'un urgentiste dans le but de créer un recours aux urgences pour des soins nécessitant une prise en charge immédiate mais ne relevant pas de l'urgence vitale. Adossé à la Clinique Pasteur à Essey-lès-Nancy, elle est ouverte en semaine de 08h à 20h00 (hors PDSA), le samedi de 08h00 à 20h et le dimanche de 09-12h00 puis 15-20h00. Elle permet ainsi de répondre à la permanence des soins dans le 54. En 2017 ce centre a comptabilisé 17 422 passages (51) (croissance annuelle de 20%). Elle fonctionne en partenariat avec la clinique Pasteur permettant ainsi un accès à leur plateau technique (radiologie et biologie).

Ces CNSP sont encore rares sur le territoire français (une quinzaine dans le secteur privé), ils font figure d'exception par leur fonctionnement et leur localisation (avec plateau technique adapté à leur offre de soins). Bien que le concept semble prometteur : désengorger les urgences pour les demandes de soins non programmés ne pouvant être prise en charge en journée par la médecine ambulatoire (par carence d'offre, de localisation, de logistique, etc...), ils ne font pas toujours l'unanimité. En effet, leurs projets « ne sont pas toujours accompagnés par l'ARS ». Leur création « risque de désorganiser les parcours de soins du territoire par une implantation non pertinente et de favoriser une demande de soins et d'examen complémentaires non justifiés ». Ainsi ces CNSP ne sont pas encore tous parfaitement reconnus, et un travail semble nécessaire pour encadrer leur création et assurer un système économique stable.

SOS Médecins

Cette association a vu le jour en 1966 par le Dr Lascar, médecin généraliste à Paris à l'issue d'un décès de ses patients, faute d'avoir pu joindre un médecin un samedi après-midi, alors que le Dr Lascar relate « paradoxalement, le week-end précédent, en butte à une fuite d'eau dans ma baignoire, j'avais été dépanné dans le quart d'heure par SOS dépannage » (le SAMU n'existait pas encore), il s'agit alors d'un concept véritablement révolutionnaire. A l'issue de sa création, et avec les années, l'association a vu ses rangs grandir un peu partout en France et compte à ce jour 62 associations en France (52).

Il s'agit du premier réseau d'urgence libéral et de la permanence de soins en France, regroupant une soixantaine d'associations sur le territoire français. Elle est reconnue d'utilité publique (si bien que les textes de lois ont dû s'adapter). Elle participe à de multiples missions d'intérêt public (épidémiologique avec l'INVS, réseaux de surveillance de grippe, gastro-entérite, etc...). Elle a vu son fonctionnement changer avec les années, avec une demande toujours plus importante (augmentation de 35% de son activité entre 2013 et 2017), et des pics d'appels intervenant entre 8-10h et 17-20h (51). Initialement elle fonctionnait pendant la PDS, mais rapidement son activité a tendance à glisser hors des horaires hors PDSA. Aujourd'hui composé par plus de 1300 médecins généralistes avec une formation d'urgence, absorbant environ 70% de la couverture libérale de permanence de soins en milieu urbain et semi-urbain, et 60% de ses actes sont réalisés la nuit, les week-ends et les jours fériés. Elle couvre 90% des grandes agglomérations, et près de 60% du territoire métropolitain et ultra-marin.

Ses praticiens répondent à une charte précise et commune à toutes les associations :

- Un centre de réception et de régulation des appels associés à une disponibilité des équipes fonctionnant 24h/24 ;
- Moyens diagnostiques et thérapeutiques étendus ;
- Des médecins expérimentés et rodés à l'urgence.

Dans le 54, sa base est située à Vandoeuvre-lès-Nancy avec un centre de consultation toujours en expansion, avec l'ouverture de deux nouvelles salles de consultation (2018-2019). On trouve également d'autres centres de consultations fixe de SOS Médecins dans le 54 avec un à Blénod-lès-Pont-à-Mousson. Elle permet ainsi de répondre à la permanence de soins, par des consultations sur rendez-vous ou non dans ses locaux, ou dans des lieux prévus par la PDS. Ses effecteurs réalisent de multiples visites au domicile, si son centre de régulation l'a jugé nécessaire. A elle seule, l'association SOS médecins 54, couvre une grande partie de la permanence de soins sur le territoire (cf annexe 10, 11, 12, 13). Son centre de régulation : Médi'Call Center (fondé en 1998) gère les appels de plusieurs associations SOS Médecins de France, et est reconnue comme centre d'appels de PDSA : ouvert 24h/24, 7j/7 en collaboration avec le SAMU 54. Il est important de noter que sa régulation est à dissocier de celle du centre 15 et de celle de la régulation de la PDS (Médigarde 54). En effet, celle-ci est également « protocolisée », mais sur un schéma paramédical fonctionnant par motif d'appel (« gêne respiratoire, perte de connaissance, douleur abdominale... etc. »). A chaque motif, un questionnaire spécifique est utilisé par la régulation dans le but de codifier l'acte : nécessite-t-il une prise en charge médicale ? Si oui en urgence ou avec un délai ? S'agit-il d'un appel abusif ?... etc. À tout moment, des moyens médicaux peuvent être mis en place afin d'y répondre dans un délai défini

et, toujours en collaboration avec un centre SAMU. De plus, le centre de régulation 15 peut également adresser ses appelants à la régulation de SOS médecins (hors PDSA par exemple) si le motif le justifiait (53).

En 2020, l'association SOS médecin ne compte pas moins de 25 médecins associés, avec 16 médecins remplaçants, tous formés aux gestes d'urgences et des premiers soins techniques et ce toujours dans l'optique de formation continue de l'association (formation à l'échographie, etc...). Elle possède de multiples conventions avec des établissements de santé voisins (EHPAD, SSR) qui facilitent l'accès aux soins non programmés de ces structures avec l'existence de protocole de prise en charge dans le but de limiter des passages non justifiés aux urgences. Leur activité n'a cessé de croître ces dernières années que ce soit en consultation ou en visite au domicile et toujours en lien avec une hausse de la demande de soins qu'elle soit en période de soins ambulatoires ou non. En 2019, l'association a répondu à 80 273 appels et a déclenché une intervention dans 60 132 cas dans le 54 (contre 53 298 en 2017) dont 44 625 sur le secteur du Grand Nancy (pour rappel les urgences de Nancy Central au CHU a enregistré 59 822 passages en 2018 (42)). Plus de la moitié de ces interventions (39 759) sont dans les tranches de la PDS et ce chiffre est toujours en hausse (35 430 en 2017). (Annexe 22)

Les médecins libéraux

Malgré le fait que le 54 est « bien pourvu » en acteur de la permanence des soins, les médecins libéraux en cabinet, restent toujours des acteurs de la PDS. Inscrits sur le tableau de gardes, ils interviennent comme le cite l'ARS dans le cahier des charges au moins pendant la période N1, le plus souvent dans leur propre cabinet de garde ou sur un lieu de consultation dédié. Ils peuvent également être amenés à effectuer une visite au domicile si la régulation juge nécessaire le déplacement. Ils exercent pour la majorité en milieu rural, ou semi rural en dehors du secteur couvert par SOS médecins pouvant probablement être responsable de la faible participation des médecins du 54.

Au total :

-L'association SOS médecins assure une part non négligeable de la permanence de soins dans le territoire de la Meurthe et Moselle. Bien que l'ensemble des secteurs du 54 ne soit pas couvert par l'association en seconde partie de nuit, elle permet d'assurer une permanence effective et de qualité sur tout le territoire durant la première partie de nuit et les week-ends. En revanche, durant la seconde

partie de nuit, seuls 3 secteurs sont couverts. Le reste repose sur la base du volontariat avec un tableau de garde dûment rempli.

-Les maisons médicales de gardes ont leur utilité notamment dans le milieu urbain et offrent un confort et une sécurité par leur proximité à un milieu hospitalier.

-La régulation libérale par Médigarde permet d'orchestrer l'offre de soins et de répondre à la demande de manière juste et appropriée.

(b) La permanence de soins dans le 57 :

La régulation médicale ambulatoire du département est assurée par l'association départementale de permanence des soins (ADPS 57), elle est installée dans les locaux du SAMU 57 au CHR de Mercy avec l'équipe de régulation du centre 15. Elle est joignable par le centre 15 (ou par le 0820 33 20 20). Cette régulation est différente de celle de Meurthe et Moselle. En effet, il existe depuis 1992, un médecin généraliste de l'ADPS dédié entièrement à la régulation des appels auprès du CRAA. L'ADPS permet une régulation 24 heures sur 24, couvrant ainsi les nuits N1 et N2 en plus de l'activité du week-end. Grâce à cette couverture téléphonique permanente, les urgentistes ne sont pas sollicités pour les appels relevant de la médecine ambulatoire et permet une optimisation dans la régulation, réponse et réalisation des soins, sans déclencher des moyens disproportionnés.

Les maisons médicales de garde (MMG)

On peut dénombrer trois maisons médicales de garde dans le 57,

-la première à Metz localisée au 27 avenue de Plantières à l'HIA Legouest, ouvert les soirs en semaine de 20h à 00h, le samedi de 13 à 00h, et les dimanches et jours fériés de 8h à 00h. Elle est depuis peu (le 23 Mars 2020) équipée d'un poste de téléconsultation assisté avec stéthoscope, otoscope et ECG connectés permettant ainsi une auscultation en télémédecine,

-la deuxième à Freyming Merlebach au 2 rue de France attenant aux locaux de l'hôpital Filieris, ouvert le samedi de 15h à 17h et le dimanche de 10h à 12h puis 15-17h,

-la troisième localisée à l'hôpital de Thionville, Rue du Friscaty, ouvert les nuits de 20h à 00h, les samedis de 12h à 00h, et les dimanches et jours fériés de 8h à 00h. L'ensemble de ces maisons ne sont accessibles que par la régulation médicale.

La maison médicale de Garde de Metz et celle de Thionville sont toutes les deux localisées au sein de l'hôpital où elles se trouvent (Legouest pour Metz et Bel Air pour Thionville). Leur financement dépend du FIR (Fond d'Intervention régional) alloué par l'ARS, afin de financer la location des locaux imposée par l'hôpital. L'ADPS gère la MMG de Thionville et l'APSAM celle de Metz. Une cotisation est également perçue par les médecins de l'agglomération Messine pour financer les secrétaires de la MMG de Metz, alors qu'un FIR provisoire permet de payer les secrétaires du cabinet de Thionville. Depuis Février 2020, ces deux maisons médicales sont ouvertes le samedi matin dans le but de renforcer la permanence de soins devant la crise épidémique de la COVID. En 2019 la MMG de Metz a vu passer 6009 patients, la très grande majorité orientée via Médigarde (ADPS) ; notons une activité accrue en Novembre-Décembre. Ce nombre de passage a tendance à aller vers la hausse ces dernières années, puisqu'il y a eu 5065 passages en 2017 et 5189 en 2018. De plus ces passages se déroulent en très grande majorité le Week-end (51% le dimanche et 28% le samedi).

Les urgences

Comme dans le 54, on trouve des établissements privés et publics dans les différentes structures d'urgence du 57, repartis sur le territoire en GHT (Groupement hospitaliers de territoire) depuis 2016 dans le but d'améliorer l'accès au soin, et de favoriser la coopération entre les différents établissements du même GHT avec un ou des projets médicaux partagés. Ces groupements offrent une perspective de collaboration entre les différents centres hospitaliers, et permettent à terme d'améliorer la prise en charge et d'équilibrer l'offre de soin sur un territoire. On compte ainsi 12 GHT dans le Grand Est dont 2 en Moselle (Annexe 21) :

Le GHT Lorraine Nord regroupant le CHR de Mercy / Thionville, Briey (54), HIA Legouest, et la clinique de Claude Bernard et Mont-Saint-Martin (54).

Le GHT Lorraine Sud regroupant le CHU (54), Pont-à-Mousson (54), Toul (54), Lunéville (54)

Le GHT Moselle Est regroupant les hôpitaux de Saint-Avold, de Forbach et de Sarreguemines.

Le centre hospitalier de Sarrebourg (57) est quant à lui rattaché au GHT Basse Alsace Sud Moselle. Ainsi le 57 regroupe 8 structures d'urgences reparties sur 3 GHT différents du fait de leur position géographique et de l'offre de soins territoriale.

A titre d'exemple, les urgences de Mercy ont effectué 73 888 dossiers au cours de l'année 2018 (dont 12.4% relevant de la CCMU 1) et 58 421 pour l'hôpital de Thionville (dont 12.5% relevant de la CCMU 1).

Tout comme le 54, les chiffres de consultation en période de PDS sont superposables ainsi que le pourcentage de consultation relevant d'une prise en charge ambulatoire.

Les centres de soins non programmés

Le 57 possède également un CNSP : MedInf'57. Créé en 2012 par le Dr RUSSO (54), aux abords de la clinique Ambroise Paré à Thionville, avec un déménagement à la clinique Saint Elisabeth afin de s'agrandir en 2018. Elle compte, en 2018, 17 000 passages par an. Son concept est similaire au CNSP d'Essey à savoir prendre en charge les soins non programmés de première nécessité afin d'aider à répondre à la demande de soins importante sur le territoire Nord Mosellan (hors PDSA et PDSA). Ce centre réalise donc des actes de médecine ambulatoires et de « petites urgences » tous les jours : du lundi au samedi de 9h à 18h30 et le dimanche de 9h à 15h. Elle couvre ainsi une partie de la PDS de « proximité ». MedInf travaille en partenariat avec le CHR Metz-Thionville, la clinique Notre Dame, et Sainte Elisabeth qui met à sa disposition son plateau technique et ses professionnels de santé, et depuis peu l'ARS (55).

Les médecins libéraux

La permanence de soins dans le 57 n'est pas assurée de la même façon que dans le 54 du fait de l'absence de l'association SOS Médecins. En effet, celle-ci n'intervient pas dans le département (hors zone limitrophe citée plus haut), ainsi les médecins libéraux assurent la quasi-totalité de la permanence de soins comme le montre les annexes 14, 15 et 16 avec peu de « zone blanche ». En plus de couvrir la première partie de nuit, ils répondent également en nuit profonde, avec une couverture territoriale conséquente.

Au total :

-La permanence de soins dans le 57 diffère de celle du 54, de par l'absence d'association de médecins assurant la PDS, type SOS médecins. En revanche, les médecins libéraux exerçant en cabinet assurent une très grande partie de la permanence contrairement au département la Meurthe et Moselle. -De même la régulation est elle aussi, assurée par des médecins d'une association chargée de la PDS (ADPS). Cette régulation est là encore située dans les locaux du SAMU 57, et assure une couverture permanente sur la demande ambulatoire grâce à un régulateur pendant N2.

-Les maisons médicales de garde sont également présentes sur le territoire et restent toujours localisées dans des milieux urbains et à proximité immédiate d'un établissement hospitalier.

-Enfin le 57 a également su innover avec l'existence d'un CNSP à Thionville, structure prometteuse mais encore imparfaitement reconnue et régulée par l'ARS.

7) Les communautés professionnelles territoriales de santé :

Créer par la loi du 26 janvier 2016, elles correspondent à une association de professionnels de santé du premier et du second recours, et d'acteurs sociaux, médico-sociaux dont le but est de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients, dans un souci de continuité, de cohérence de qualité, et de sécurité des services de santé, par une meilleure coordination des acteurs qui la composent et ce dans un territoire donné. Elles répondent ainsi à trois objectifs :

-Le premier est celui de faciliter l'accès aux soins primaires, via un accès plus facile à un médecin traitant, en effectuant un recensement des patients les plus concernés et de les adresser à un confrère de la CPTS capable de l'accueillir au sein de sa patientèle. De plus dans le cadre de leur communauté, les professionnels de santé peuvent faire appel à leurs confrères (spécialistes par exemple) pour obtenir des délais de consultation plus rapides dans une demande de soins non programmées et en ambulatoire.

-Le second concerne l'organisation d'un parcours de soins des patients, avec une meilleure coordination entre les différents acteurs qui la composent, avec une facilité de communication entre eux afin d'éviter toute rupture de ce parcours, des hospitalisations non nécessaires, etc...

-Le dernier concerne le champ de la prévention : les CPTS et les acteurs qui la composent sont des atouts et des intermédiaires en matière de prévention, en communiquant, et en relayant des recommandations délivrées par les autorités sanitaires, des campagnes de dépistages/vaccination, ... Ils permettent de relayer facilement l'information et de toucher un maximum de personnes de par leur polyvalence, et leur diversité professionnelle (56) (57).

Les CPTS restent des organisations récentes et encore en cours de développement et d'optimisation sur le territoire. Au 18 décembre 2019, on pouvait compter 41 projets de CPTS en Grand Est, tous stades d'avancement confondus. Celle de Metz a vu le jour courant Juin 2018 et fut l'une des premières en France, et répond aux objectifs fixés par le projet « Ma Santé 2022 » (prévention, actions de prévention, maintien à domicile, réponse aux soins non programmés, meilleure articulation hôpital/ambulatoire, coordination de soins, ...) dont un des buts à terme, est de voir la présence de 1000 CPTS sur le territoire français fin 2022. Le territoire de la CPTS de Metz & environs, ne regroupe pas moins de 68 communes, correspondants à environ 263 000 habitants (45% de cette population provient de Metz). Pour répondre à la demande de soins, elle possède 1696 professionnels de Santé Libéraux (dont 281 médecins généralistes, 346 médecins spécialistes, 389 infirmiers), 4

hôpitaux et cliniques. Elle répond aux missions de la loi de la modernisation de la santé, en développant la coordination entre les professionnels de santé du territoire via la mise en place d'outils numériques (Entracte) ; organise la prise en charge des patients, et la coordination médecine de ville / hôpital ; permet l'accès à un médecin traitant ; gère la demande de soins non programmées ; fluidifie le parcours de soins ; assure ses missions de prévention, etc...

On peut également noter l'existence d'autres CPTS dans le territoire du 57 : CPTS Moselle Sud à Dieuze (183 professionnels de santé), et la constitution d'une CPTS Nord Moselle à Thionville.

III. Application Entr'actes

1) Contexte :

Nous avons vu que la permanence de soins permet de répondre à une demande d'accès aux soins toujours en croissance, mais qu'il existe une inadéquation entre cette demande et l'offre proposée par l'ensemble des spécialités médicales. Par ailleurs la modernisation, l'apparition de plus en plus importante d'appareils connectés et de la démocratisation des dispositifs électroniques ouvrent un tout nouveau champ dans la prise en charge des patients (téléconsultation, monitoring au domicile, etc...). Face à ces demandes de soins souvent inopinées voire urgentes, les professionnels de santé peuvent avoir à leur disposition des outils permettant d'y répondre. Outre leur « réseau » de connaissances du domaine médical et paramédical, il existe des applications téléphoniques dédiées à une orientation rapide de leur patient avec une réponse rapide de leur interlocuteur.

C'est dans cette optique d'une prise en charge médicale ou paramédicale rapide et organisée que l'application « Entr'actes » a vu le jour afin d'améliorer la prise en charge ambulatoire du patient, d'éviter un recours aux urgences, et d'accompagner les sorties d'hospitalisation avec un parcours de soins centré sur le patient. Il s'agit ainsi d'une véritable « plateforme de coordination des soins primaires favorisant une organisation mutualisée agile ».

2) Historique :

C'est au cours de l'année 2015 que le concept de l'application Entr'actes a vu le jour, sous la direction du Dr Paranque. Responsable de la plateforme Medical Concept (plateforme informatique déjà utilisée par de multiples associations de permanence de soins dont SOS Médecins 54), il décide avec la participation de son équipe (informaticiens, etc) de créer un outil sur smartphone dans le but de construire une véritable plateforme de coordination dans les soins non programmés entre les différents professionnels de santé et ce quelques années avant la création des CPTS.

En effet, depuis plusieurs années, les différents professionnels de santé en médecine ambulatoire, ont dû faire face à une augmentation des consultations qualifiées de « one shoot » de patients chroniques, sans médecin traitant, sans suivi médical rigoureux et de plus en plus âgés. Devant cette augmentation, une partie de ces consultations sont responsables de l'engorgement des urgences. Parallèlement à cette augmentation de demande d'offre de soins, de plus en plus de médecins traitants partaient à la retraite, augmentant ainsi le « pool » de patients sans suivi.

C'est dans ce cadre que l'application trouve toute sa place, si-bien que son objectif initial fût de « simplement » répondre à ces consultations non programmées. Il finit par évoluer et à se dédier à la création d'une coordination entre les professionnels pour aider à la création d'un parcours de soins. Son utilisation a pu être reconnue dans son département d'origine (Essonne) et depuis 2016-2017 elle est actuellement utilisée par des centres hospitaliers dans le cadre de leur sortie d'hospitalisation afin de mieux les organiser et de mieux effectuer leur suivi de patients chroniques et de répondre à leur cahier des charges. Dans l'Essonne « *la plateforme numérique est passée en trois ans de 10 professionnels à 2 500, avec un flux quotidien de 30 à 40 patients pris en charge par une coordination* ».

Depuis peu c'est en Martinique que l'application a pu croître, et a abouti à un parcours de soins rôdé de la prise en charge de la chirurgie de l'épaule. Elle a également pu montrer sa force et son intérêt dans la crise COVID à l'organisation d'un parcours et d'un réseau de soins à la prise en charge de patients.

3) Description : (58)

L'application « Entr'actes » est un outil technologique développé dans plusieurs buts par la société « Médicall concept ». Elle répond aux missions socles définies pour les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans le cadre de la réforme Ma Santé 2022 dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI).

- Amélioration de l'accès aux soins
- Fluidité des parcours et de la continuité des soins
- Actions coordonnées de prévention.

Parallèlement à ces objectifs principaux, elle permet aussi d'améliorer la qualité et l'efficacité des prises en charges via son utilisation (priorisation des demandes, traçabilité, et transparence du parcours de soins) et permet l'accompagnement des jeunes professionnels de santé en mettant à leur disposition un répertoire actif de correspondants facilement accessibles.

Son fonctionnement peut se décliner comme : « un professionnel de santé, auprès d'un patient, qui sollicite la compétence d'un autre professionnel ». Il s'agit d'une plateforme numérique dédiée à la coordination de soins programmés ou non, via la création d'une équipe de prise en charge centrée sur le patient, avec la constitution d'un véritable « cahier de liaison numérique » (comptes rendus, biologies, photos, ordonnances, courriers, ...) propre au patient et partagé entre les différents intervenants de son parcours. « Lorsqu'un professionnel de santé, auprès d'un patient, estime

nécessaire l'intervention d'un autre professionnel de santé ou médico-social, il peut déclencher une « Prescription ». Ce déclenchement peut se faire : par le Smartphone avec l'application « Entr'Actes », depuis le site internet à partir d'un ordinateur, ou en sollicitant une centrale téléphonique ouverte 24h/24, 7j/j. Les professionnels enregistrés dans la plateforme Entr'Actes (par chargement et activation de l'application sur les stores Apple ou Android des smartphones) et pour lesquels les spécifications de compétences, localisation, horaires, type de prise en charge sont concordantes, reçoivent la Notification d'une demande de prise en charge. Libre alors de l'accepter, de la décliner ou même de ne rien faire du tout. Dès qu'un intervenant a accepté l'alerte, elle devient son intervention et n'est plus disponible pour les autres professionnels » (59).

Le professionnel effectue ainsi sa demande avec le type de compétence recherchée (par exemple une infirmière au domicile, un kinésithérapeute, un médecin spécialiste d'organe, etc...), du mode de réponse (une consultation, ou une visite, une télé-expertise, etc...) avec un délai de réponse attendu, et un délai de prise en charge souhaité et ce sur un territoire de santé donné.

A la base cette application devait se concentrer sur la demande de consultation ambulatoire de soins non programmées mais très rapidement, son objectif a débordé et a abouti à la création d'une coordination de soins, ainsi son fonctionnement peut se diviser en deux catégories :

- La première peut se décliner comme la création d'une véritable plateforme de coordination dématérialisée entre les professionnels de santé, avec un but d'encadrement et de simplification du parcours de soins du patient concerné et sur son territoire de santé. En fléchissant ainsi son parcours, les différents intervenants peuvent mettre en commun toutes les données concernant le patient, afin de faciliter le transfert d'information, de limiter les pertes de données, et donc de dresser un véritable « dossier patient ».
- La seconde reste encore expérimentale dans le 57. L'application est utilisée afin de répondre à des demandes de soins non programmés, régulés par le centre 15 hors PDS. La demande de soins ne cesse de croître depuis des années, et ce essentiellement dans les périodes hors de la permanence de soins (comme citée dans l'introduction), et de nombreux appels régulés par le centre 15 pendant cet intervalle ne nécessitant pas un passage aux urgences, mais une consultation de médecine ambulatoire. Mais par carence de médecin et par défaut d'orientation, les patients sont souvent amenés à consulter aux urgences. C'est à ce moment-là que l'application prendrait tout son sens, et faciliterait l'orientation de ces patients sur des créneaux libres de consultation de médecine ambulatoire dans le secteur du patient, avec des médecins volontaires.

4) Financement :

La mise en place de l'application sur le territoire de Moselle est liée à CPOM entre l'URPS médecins libéraux et l'ARS dans le cadre d'une expérimentation sur le territoire du 57 et 67. Il a été constitué un comité de pilotage, celui-ci comporte : la délégation territoriale du 57 de l'ARS, l'ADPS et l'Hôpital de Mercy (qui héberge la régulation médicale libérale). C'est durant cette période que l'application a un rôle à jouer dans l'orientation et le recrutement de plages horaires disponible pour des demandes de soins non programmées.

Par ailleurs, après avoir pu démontrer son efficacité sur le terrain, le financement de l'application sur le territoire pourra bénéficier d'un financement par la CPAM (comme c'est le cas dans l'Essonne par exemple via l'ACI)

Financièrement l'application peut être un moteur d'utilisation dans le sens où toute acceptation de consultation ou de visite médiée par la régulation médicale libérale peut bénéficier d'une majoration de la consultation qui en découle auprès de son médecin traitant (MTT recevant en urgence son patient à la demande du centre de régulation : G(S) + MRT) (60). Cependant dans le cadre de l'expérimentation de l'application sur le territoire du 57 et du 67, tout médecin volontaire et acceptant une prise en charge via l'application peut bénéficier de cette majoration, qui sera versée par l'ADPS (via les financements de l'URPS et donc du CPOM). De plus le professionnel faisant une demande de prise en charge dans les 48h auprès d'un confrère spécialiste, peut également bénéficier d'une majoration MU ainsi que le médecin correspondant. De ce fait tous les partis sont bénéficiaires.

5) La situation en 2020 :

Suite à sa mise en place sur le territoire du 57 depuis janvier 2019, grâce à la CPTS 57 Metz et ses environs, l'application Entr'actes a pu trouver progressivement des utilisateurs, notamment et surtout dans le versant de la coordination des soins. On peut ainsi dénombrer en Janvier 2020 environ 226 professionnels de santé inscrits et utilisateurs de l'application, correspondant à 14% des professionnels de santé du territoire de Metz et environs. Ce chiffre est essentiellement constitué de médecins généralistes (67), infirmiers (66), pharmaciens (23), kinésithérapeutes (19), de sages-femmes (10) et orthophonistes (13). Les spécialités médicales et le personnel médico-social sont encore peu représentés au sein des utilisateurs (annexe 23). En revanche en Mai 2020, on peut compter 390 utilisateurs avec une nette croissance de ses principaux représentants, mais également une apparition d'une grande variété des autres professionnels de santé (spécialistes, personnels médico-sociaux, tiers, etc...) étoffant et améliorant ainsi son fonctionnement. Et en Juillet 2020, 410 utilisateurs, correspondant ainsi à 25% des 1600 professionnels de santé que compose la CPTS Metz et ses environs.

Concernant le versant de la demande de soins non programmés via le CRAA, il est encore difficile d'en évaluer son fonctionnement du fait de multiples difficultés d'application sur le territoire. En effet sur le plan informatique, l'application a mis davantage de temps à s'implanter du fait d'une absence de synchronisation entre le logiciel de régulation des appels et celui de l'application. Bien que ce problème aurait pu être shunté en faisant abstraction de cette synchronisation, il aurait été alors fastidieux et chronophage pour le régulateur d'effectuer ce renvoi sur l'application.

6) Questionnaire d'évaluation d'entr'acte :

a) Introduction :

L'application entracte est un outil numérique développé par « Medically Concept » dans le cadre d'une plateforme numérique de coordination de soins. Elle est depuis un peu plus d'un an progressivement mise en place sur le territoire de la Moselle dans le cadre d'une expérimentation. Elle fonctionne comme nous l'avons vu sur deux fronts : le premier dédié à la coordination de soins, et le second sur la demande de soins non programmée hors permanence de soins. Fonctionnant sur la base du volontariat, elle voit le nombre de ses utilisateurs croître de mois en mois.

b) Objectif :

L'objectif de ce questionnaire est d'obtenir un avis et une évaluation de l'application par ses utilisateurs ou anciens utilisateurs afin d'optimiser son utilisation, son fonctionnement et de mieux comprendre les lacunes qu'elle peut présenter avec les avis et conseils que nous avons pu recueillir.

c) Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une enquête de satisfaction numérique adressée à une cohorte correspondant aux médecins utilisateurs de l'application sur environ 401 personnes (données de juin 2020), ayant répondu de manière anonyme à un questionnaire numérique de satisfaction de l'application entr'actes sur la plateforme « google forms » durant l'été 2020 (envoyé le 09/07/2020 et récupéré le 20/07/2020). Ce questionnaire (annexe 25) a été adressé via un mailing dédié aux utilisateurs d'entr'actes au sein de la CPTS et mis à disposition sur le site de la CPTS dans la catégorie Newsletter, il a été relu, corrigé, et validé par l'équipe pilote de l'application de l'Essonne. Les résultats ont été ainsi recueillis par la CPTS puis transmis de manière anonyme au créateur du questionnaire afin de respecter les données des utilisateurs.

Il peut se diviser en deux parties : la première dédiée à l'utilisateur (son âge, le sexe, la profession, l'ancienneté de son matériel, son mode d'utilisation de l'application, sa fréquence d'utilisation, et la manière dont il a pris connaissance de l'existence d'entr'actes). La seconde est dédiée à l'évaluation de l'application et de ses commentaires (critiques, avis, ...).

d) Recueil des données

Les données ont été récupérées par mail via l'intermédiaire de la CPTS et intégrées au logiciel Microsoft Excel. Elles sont triées sur vingt-deux points abordés dans le questionnaire

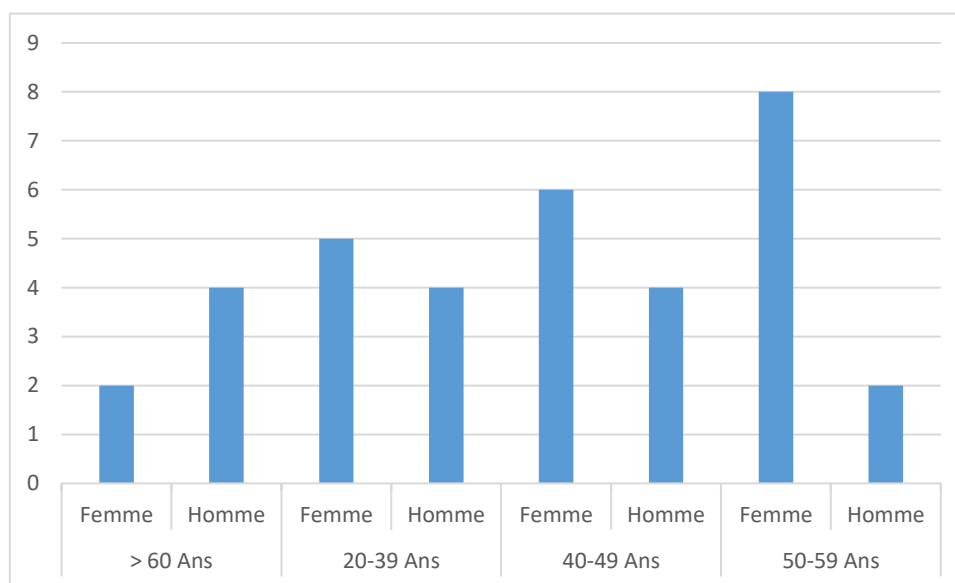
e) Résultats

Trente-six personnes ont répondu aux questionnaires dont une avec une erreur dans la prise de données. Pour cela nous avons choisi de ne pas l'intégrer dans l'ensemble des données.

Description de la population

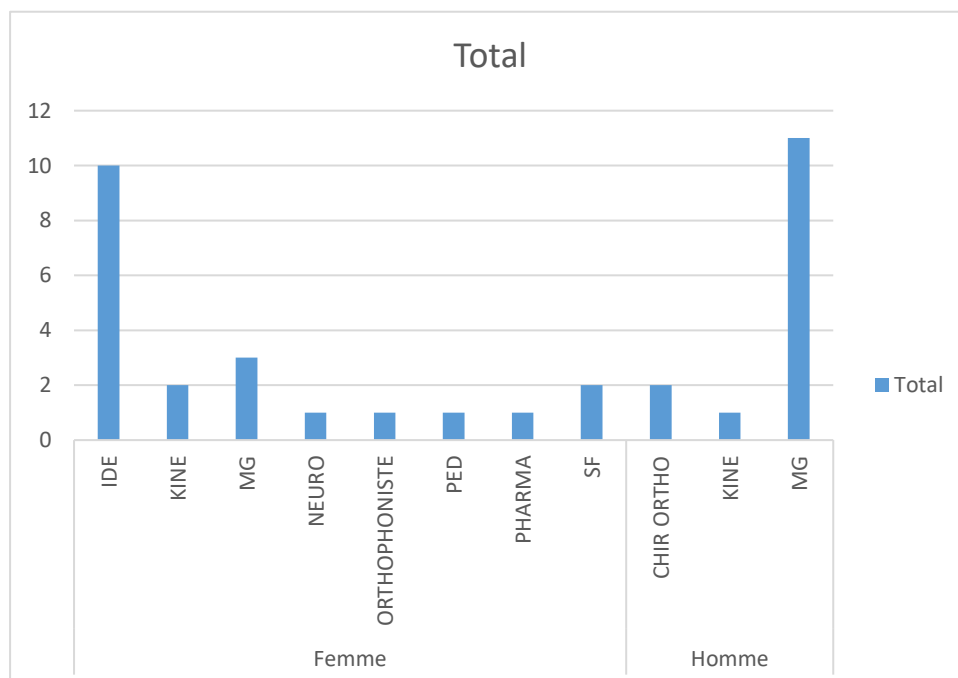
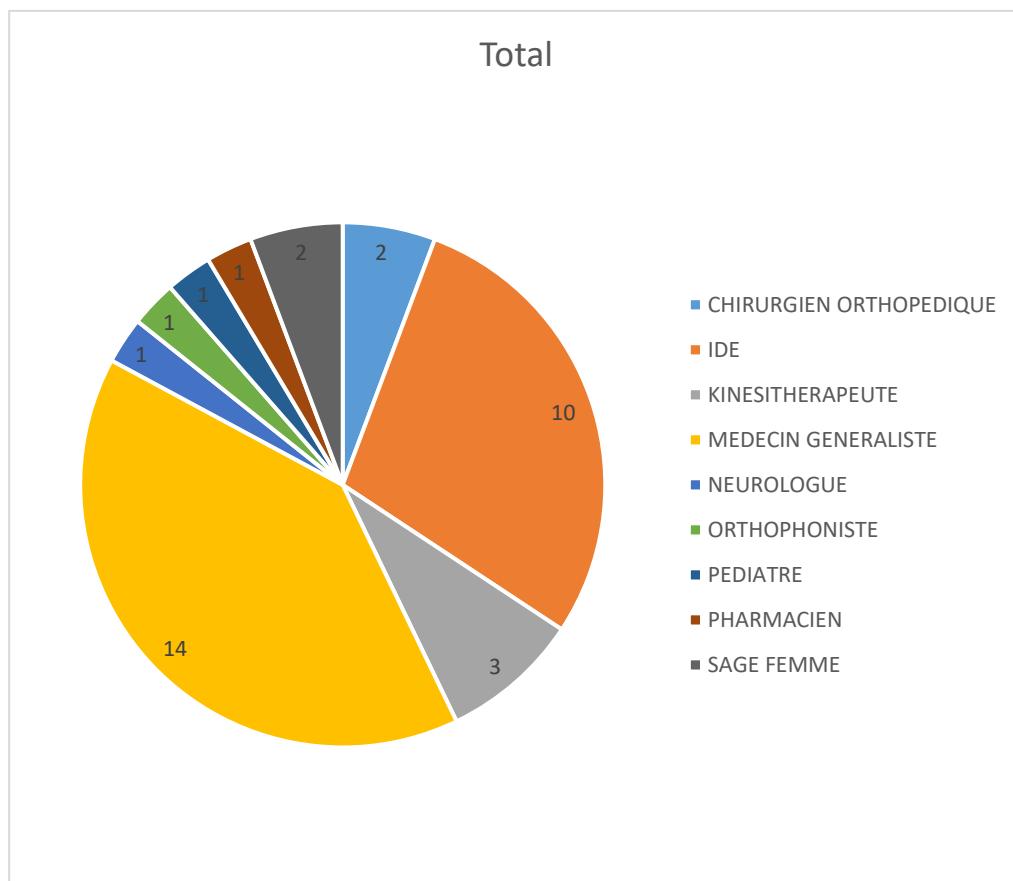
Les premiers items concernent l'âge des utilisateurs.

Age / Sexe des utilisateurs d'entr'actes



En effet, on peut compter un nombre moindre pour les utilisateurs de plus de 60 ans (6 personnes) contre 9 pour les vingt / trente-neuf ans, et 10 pour les deux tranches d'âges quarante / quarante-neuf ans et cinquante / cinquante-neuf ans. Il y a davantage de femmes (60%) que d'hommes (40%) et une grande majorité de médecins généralistes (14 dont 11 hommes) et d'infirmières libérales (10 femmes) ayant répondu. On dénombre également un neurologue, deux chirurgiens orthopédiques, deux sages-femmes, une pédiatre, une orthophoniste, trois kinésithérapeutes, une pharmacienne.

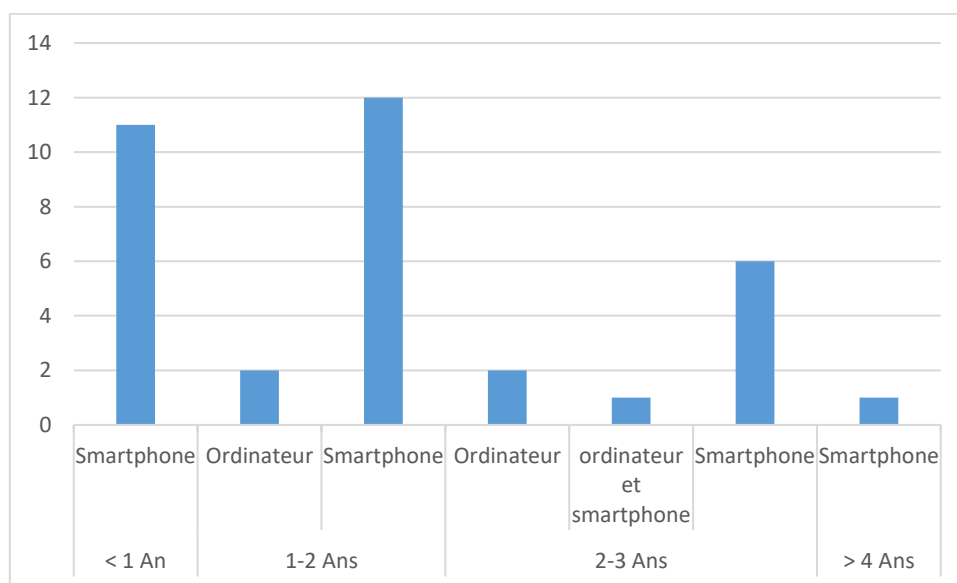
Professions



Connaissances et mode d'utilisation de l'application

La très grande majorité utilise entr'actes sur leur téléphone : 30 personnes (85.7%) sur des smartphones récents (moins de 3 ans) contre 4 utilisateurs de l'ordinateur et 1 utilisateur des deux plateformes. Parmi les 35 répondants, 25 ont pris connaissance de l'application via la CPTS de Metz et ses environs, on note quelques bouches à oreilles, et le relais de l'information par l'ARS et l'URPS.

Age des smartphones et Support numérique utilisé

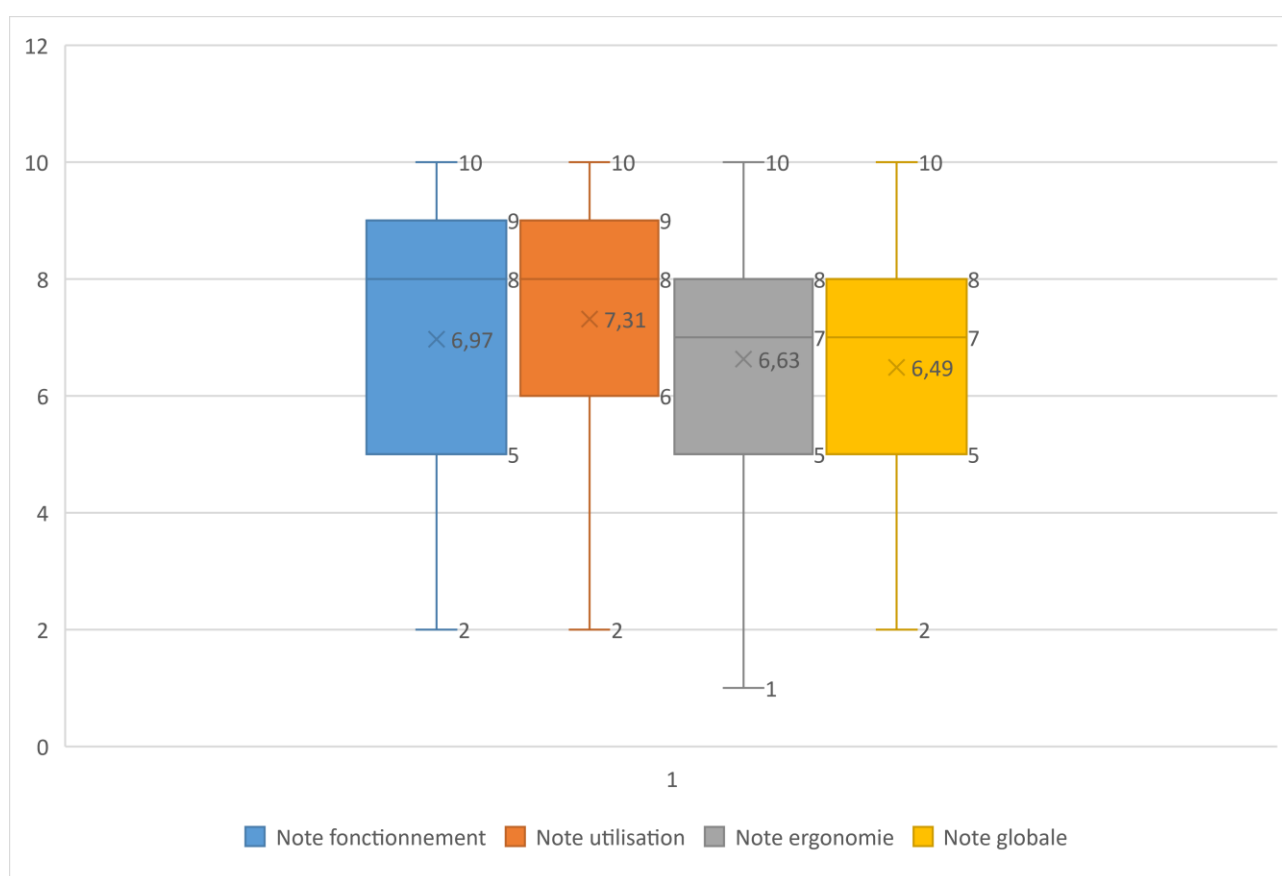


En ce qui concerne la fréquence d'utilisation, on peut noter une tendance à une utilisation minimale de l'application : 24 utilisateurs l'utilisent une fois voire moins dans le mois, contre 5 de manière hebdomadaire. Six utilisateurs déclarent ne plus l'utiliser : essentiellement devant « l'absence de besoins actuels » ou par « manque d'information ».

Notes d'évaluation

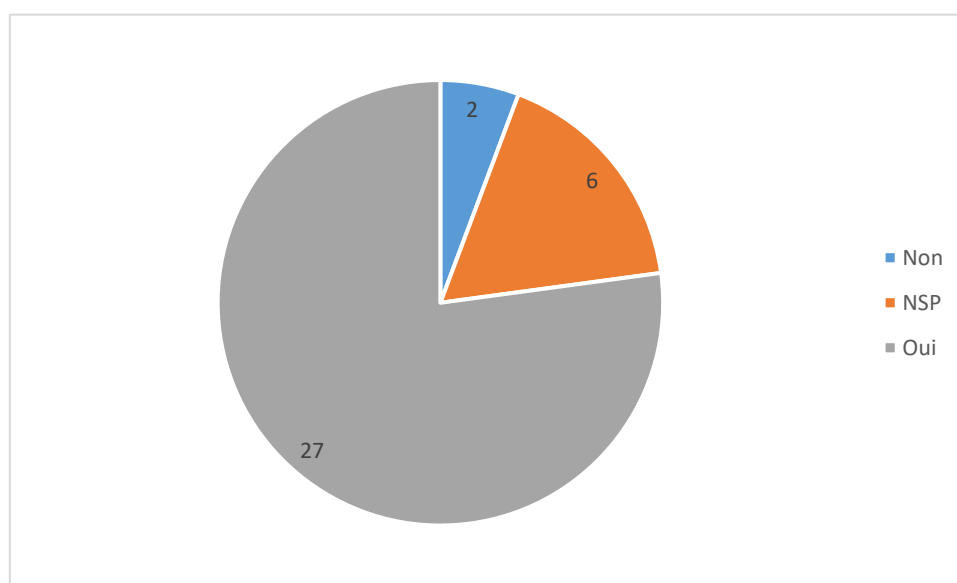
Les seconds items concernent les différentes notes (de 1 à 10) attribuées par les utilisateurs, notamment vis-à-vis du fonctionnement (le principe de l'application), son ergonomie (la présentation de l'outil numérique, son design, etc...), sa facilité d'utilisation (prise en main de l'application), une note globale, un avis à propos de la sûreté des données et enfin la recommandation de cette application. La plupart des notes sont plutôt favorables avec des moyennes respectives de 6.97 (5 ; 8) pour le fonctionnement, 7.31 (5 ; 8) pour l'ergonomie, 6.63 (6 ; 9) pour sa facilité d'utilisation et 6.49 (5 ; 8) pour la note globale.

Note d'évaluation de l'application



Concernant la sûreté des données, la grande majorité des répondants font confiance à l'application (27 soit 77%), 6 (17%) sans avis, et seulement 2 (6%) n'ont pas confiance dans la sécurisation des données. Enfin, 23 personnes recommanderaient l'application à un confrère, contre 6 et les 6 derniers ne se prononcent pas. Parmi les 6 ayant répondu négativement on peut y trouver 4 médecins généralistes, une IDE et un kinésithérapeute, et parmi les 6 sans avis, on peut y retrouver 2 sages-femmes, un kinésithérapeute, un médecin généraliste, un pédiatre et une IDE.

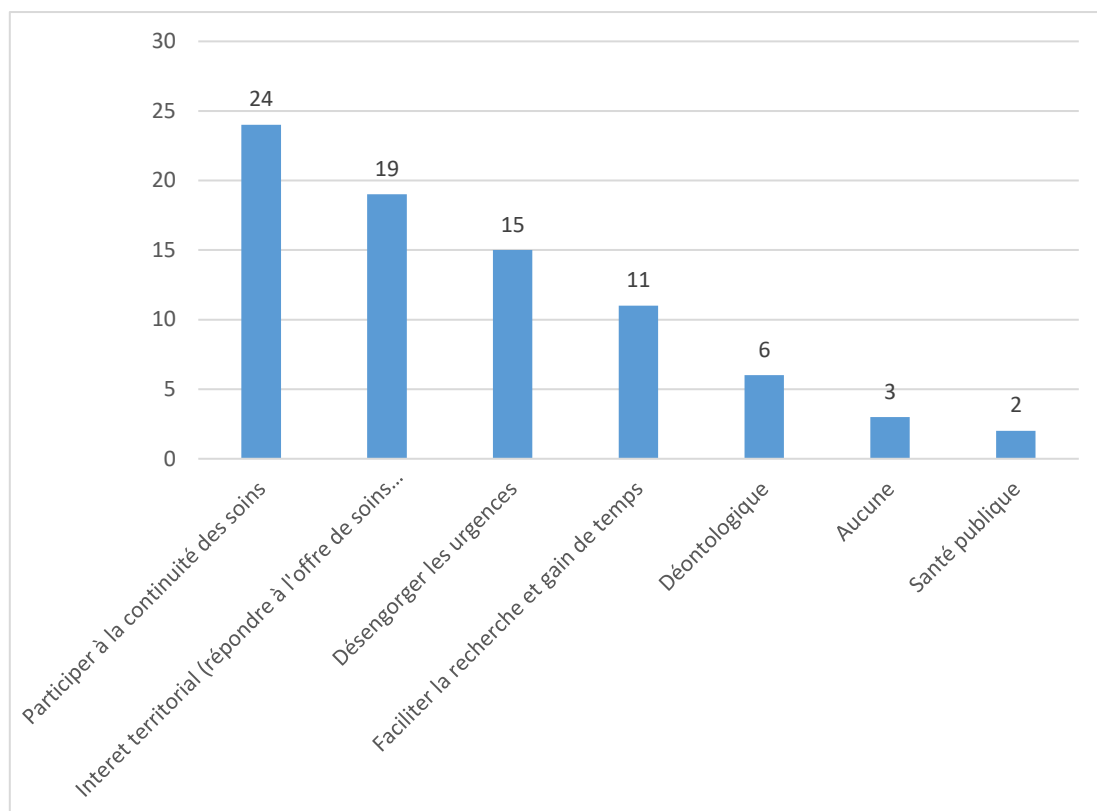
Confiance en la sureté des données



Respect des attentes

La troisième partie concerne le principe fondamental de l'application, à savoir les réponses lors des demandes des professionnels de santé, de déterminer si l'application répond aux attentes des utilisateurs. Enfin elle s'intéresse aux motivations de son utilisation. Concernant les résultats lors des demandes, 15 personnes ont facilement pu trouver un correspondant contre 11, pour les 9 derniers, les avis tendent plus à un échec (absence d'interaction, difficulté dans l'utilisation de l'application, pas d'essais). De plus parmi ces 35 répondants, 18 ont trouvé que l'application répondait à leur attente en matière de coordination / demande de soins, contre 13. Les 4 autres n'ont pas d'attentes particulières, ou n'ont pas encore fait de demande sur le logiciel. Enfin, les principales raisons qui poussent les utilisateurs à se servir « d'entr'actes » sont en première position : la participation à la continuité des soins, la deuxième : de répondre à l'offre de soins et en troisième lieu : désengorger les urgences. L'intérêt déontologique et de santé publique sont dans les derniers.

Principales Motivations à l'utilisation d' « entr'acte »



Avis, critiques et conseils de l'application

La dernière partie aborde les avis recueillis par les utilisateurs dans le but d'améliorer ou de critiquer l'application. Parmi les éléments revenant fréquemment, la géolocalisation des correspondants et des autres professionnels de santé est régulièrement critiquée avec un manque de visibilité. Dans le même registre, les demandes effectuées rencontrent des problèmes de réponse à l'heure actuelle si bien que les secteurs concernés peuvent s'étaler sur 50 km et ne sélectionnent pas correctement les intervenants sollicités ce qui pose des problèmes majeurs de transports et de cohérence géographique : « géolocalisation : les propositions concernent des patients à plus de 50 bornes ! », « optimisation des alertes (on m'envoie des demandes de consultation / visites pour des patients très loin de mon secteur », « ... c'est trop loin pour le patient », « sollicitations permanentes pour des cas qui ne me concernent pas », « géolocalisation ! ». L'application rencontre également d'après les répondants, un manque d'utilisateurs, en particulier des spécialistes (bien que le nombre d'utilisateurs

soit à la hausse d'après les derniers chiffres) : « *l'adhésion de plus de médecins spécialisés* », « *pluralité des intervenants possible* », « *pas de réponses notamment pour rendez-vous de spécialistes* », allongeant ainsi le temps de réponse, voire même l'absence de réponse. L'interface d'utilisateur semble également être source de défauts avec notamment un manque d'historique des patients proposés forçant l'utilisateur à rentrer de nouveaux les données-patients : « *pas d'historique des patients. Nécessité de ressaisir à chaque fois les coordonnées du patient* », « *meilleure ergonomie* » l'impossibilité d'imprimer les infos, ou de l'intégrer à un logiciel métier, ou encore une simplification de connexion (avec sms par exemple). Par ailleurs, il est noté, à plusieurs reprises, l'absence de formations ou d'informations claires dédiées à l'utilisation de l'application. Certains utilisateurs ont supprimé l'application par ignorance de son fonctionnement, de ses enjeux, etc... Le dernier point abordé par les utilisateurs est le manque de retour sur les demandes effectuées, et le suivi des déclenchements (notamment lorsque les patients sont adressés par la régulation, pour une consultation dans les plus brefs délais).

f) Discussion

La réalisation de ce questionnaire a pu mettre en lumière les différentes réalités du terrain et d'obtenir un retour sur les différents utilisateurs de l'application. Il montre déjà une certaine pluralité de ses utilisateurs avec l'existence de certains spécialistes minoritaires et l'existence d'un pool déjà existant de professionnels de santé (notamment les médecins généralistes, les infirmières) sans franche distinction d'âge ou de sexe. Il dévoile également une certaine sous-utilisation de l'application avec une utilisation en moyenne inférieure à une fréquence mensuelle (48% des répondeurs), et cela est d'autant plus vrai chez les médecins spécialistes (le neurologue, les chirurgiens et le pédiatre). Cependant l'application a pu montrer une certaine appréciation de la part des utilisateurs avec des notations d'évaluation supérieure à 6/10, et une confiance dans le stockage des données puisque 75% trouvent que l'application semble « sûre » d'utilisation.

Elle rencontre cependant des limites notamment liées à son principe : le volontariat. Elle repose sur la participation et surtout sur l'inscription des différents professionnels. Ainsi, en l'absence d'un pool important, l'application ne peut répondre aux attentes de ses utilisateurs et se trouve dans l'obligation d'élargir les secteurs de prise en charge comme le souligne le questionnaire. Il existe également des limites liées à son interface numérique qui, en l'absence de formation ou de renseignements approfondis peuvent empêcher son utilisation pour les utilisateurs moins expérimentés, des outils numériques. Une autre limite, qui peut également survenir est d'ordre

déontologique, avec un risque de désorganisation du parcours de soin avec un recours auprès d'un médecin généraliste remplaçant, ou n'étant pas son médecin traitant. Dans le territoire du 57 l'application n'en est qu'à ses balbutiements, et a rencontré de grandes difficultés d'informations et de communication lors de sa mise en place dans le centre d'appels de régulation médicale et n'est effective que depuis peu ; cela a pu avoir un impact sur l'appréciation des utilisateurs. Enfin la période « COVID » a touché l'ensemble du territoire, alors que dans l'Essonne l'application a connu des modifications en ce sens avec la création d'une filière dédiée à la prise en charge des patients. Dans le 57 celle-ci n'était pas encore suffisamment implanté dans le paysage médical pour pouvoir s'appuyer sur son utilisation dans le contexte épidémique.

En revanche, « Entr'acte » possède un potentiel non négligeable dans le parcours de soins du patient hors permanence de soins. Il s'agit d'un outil en accord avec son temps : connecté, utilisé principalement sur smartphone, sécurisé, dont l'intérêt reste l'optimisation de la prise en charge du malade au sein d'une communauté de professionnels de la santé (à l'image d'une CPTS numérique) répondant aux objectifs de « Ma santé 2022 ». Elle peut également être à terme un outil de liaison entre l'hôpital et l'ambulatorio facilitant ainsi la sortie d'hospitalisation du patient par exemple, en créant des filières de soins et en évitant des pertes de données. Un autre objectif soulevé lors de sa création reste le désengorgement des urgences. Il serait intéressant après que l'application soit implantée de manière significative dans le territoire, d'étudier son impact sur l'engorgement des urgences dans le cadre du déclenchement des demandes de soins non programmés et renvoyé auprès d'un médecin hors période de soins ambulatoire.

Conclusion

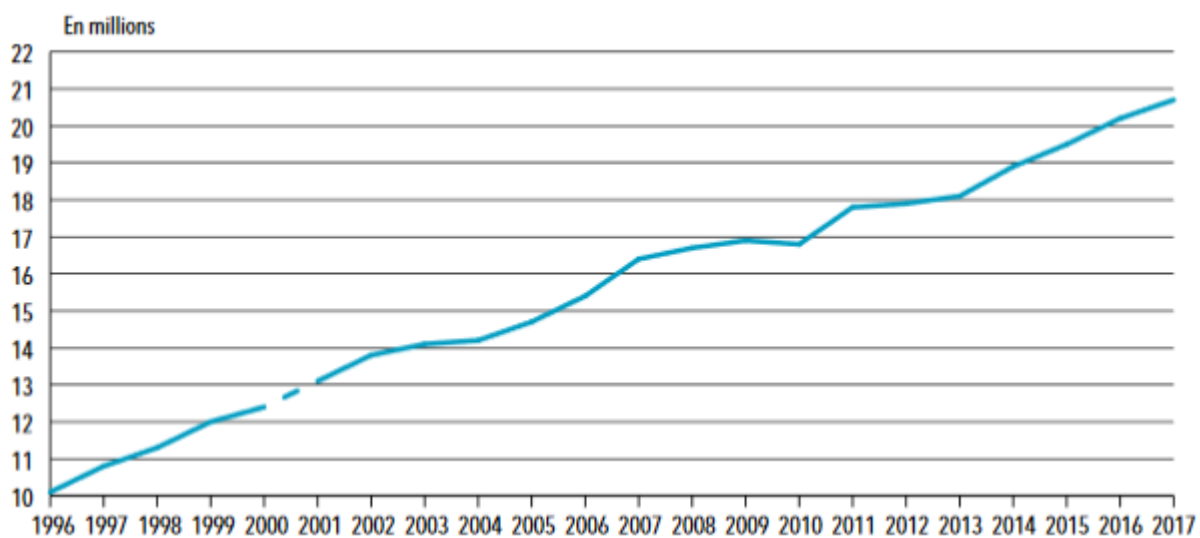
La permanence de soins ambulatoire est un pilier du bon fonctionnement du système de soins français et permet un accès à des soins quelque soit le lieu et l'heure. Bien que sa répartition et son efficacité ne soit pas la même sur le territoire, elle reste indispensable. Elle a connu de profondes modifications sur les dernières décennies et a dû s'adapter aux changements de mentalité de la population, des médecins et des administrations. Si bien qu'à ce jour, elle n'est pas encore parfaite et doit toujours s'adapter aux données du terrain, de la population, du territoire géographique, de la demande de soins etc... Fort de ses nombreux acteurs, elle est capable de se renouveler, de fonctionner sans lacunes et de s'actualiser chaque année.

De nombreux outils voient le jour depuis plusieurs années, en lien avec l'apparition de nouvelles technologies, dont le potentiel d'aide à la prise en charge du patient (médical, paramédical, logistique, etc...) est grand. C'est dans ce contexte de profondes modifications de la demande de soins que l'application « entr'actes » voit le jour dans un but de faciliter la coordination de soins et de soulager les problématiques de santé publique actuelles (engorgement des urgences, errance médicale, carence d'accès aux soins, etc...). Mise en place depuis peu dans le département du 57, cette application fort d'une expérience dans le département de l'Essonne a toute sa place dans le paysage Mosellan, et pourrait permettre de faciliter la continuité des soins dans son territoire sous réserve d'une coopération, et d'un volontariat entre les professionnels de santé. Pour confirmer son utilité, il serait intéressant d'évaluer cette application dans le temps, notamment pour voir si elle a un impact sur le nombre de consultations aux urgences par exemple.

Annexe

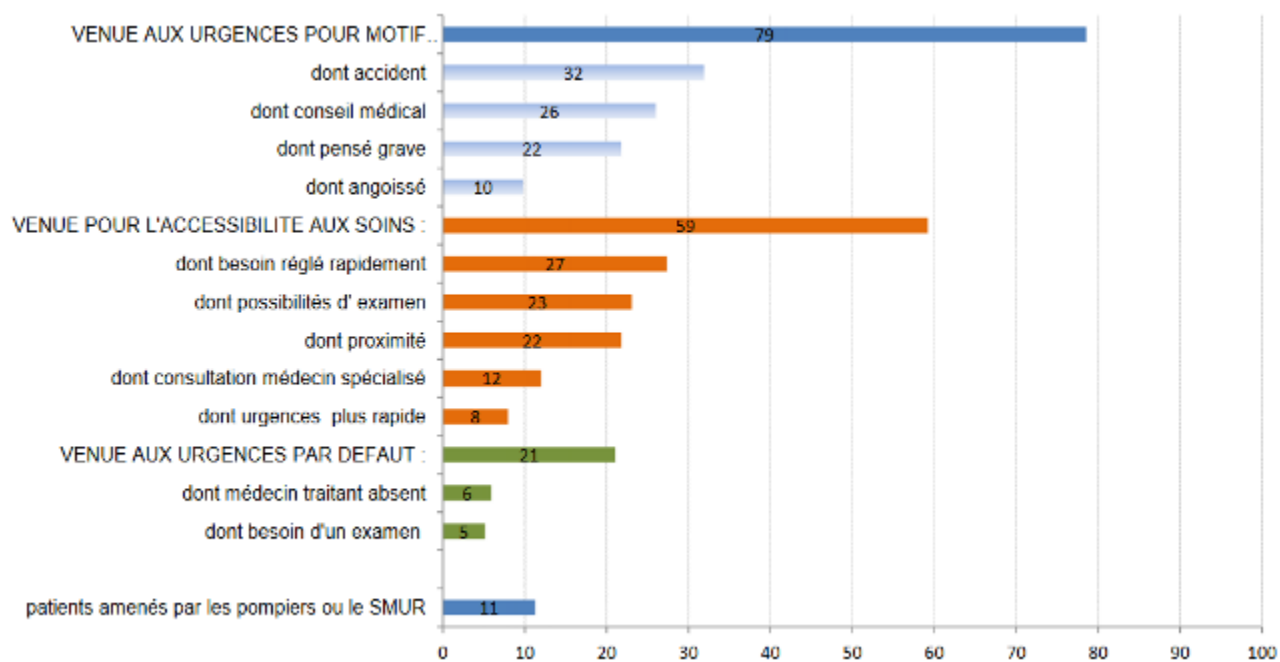
- Annexe 1

Évolution du nombre de passage aux urgences depuis 1996 (1)



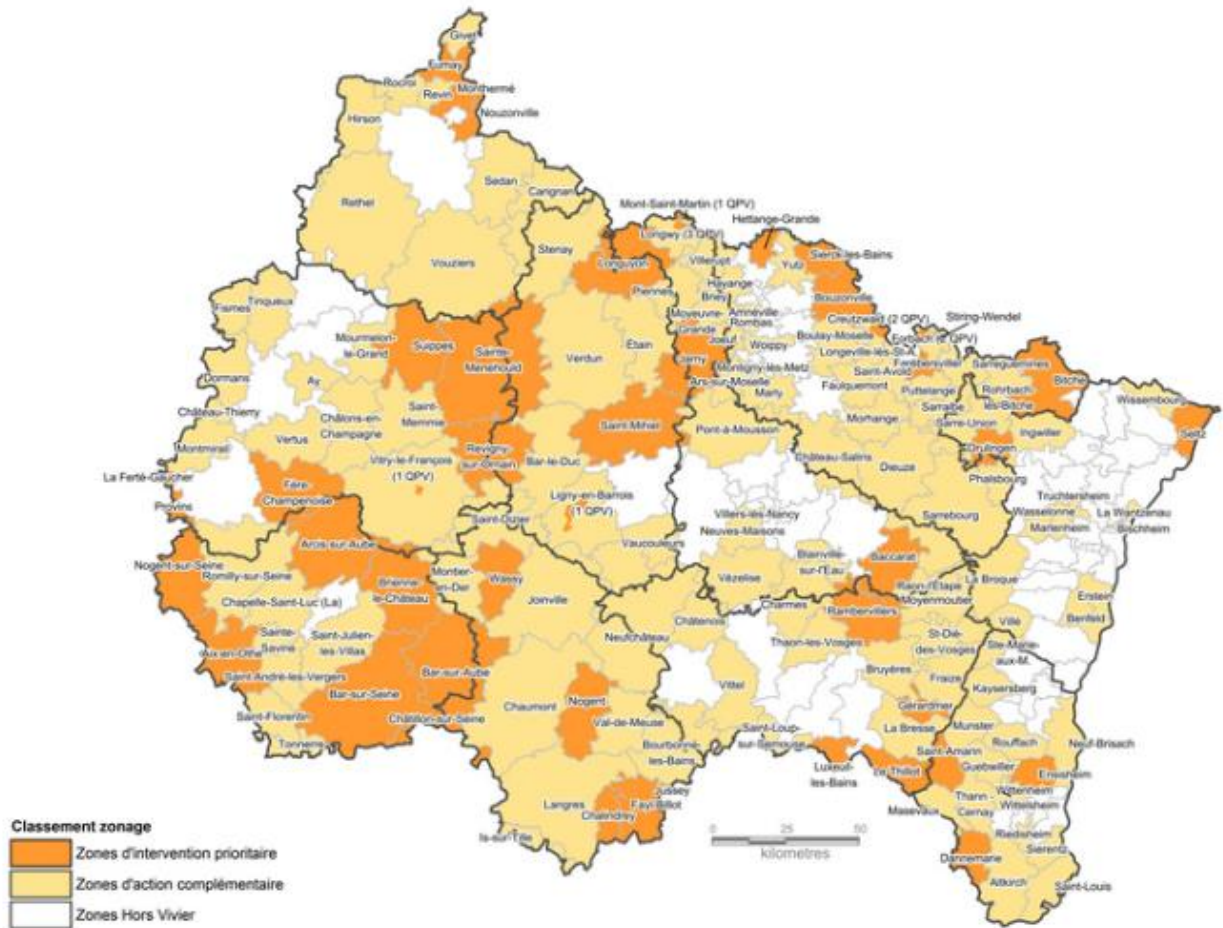
- **Annexe 2**

Motivations des patients pour leur venue aux urgences (2)



- Annexe 3

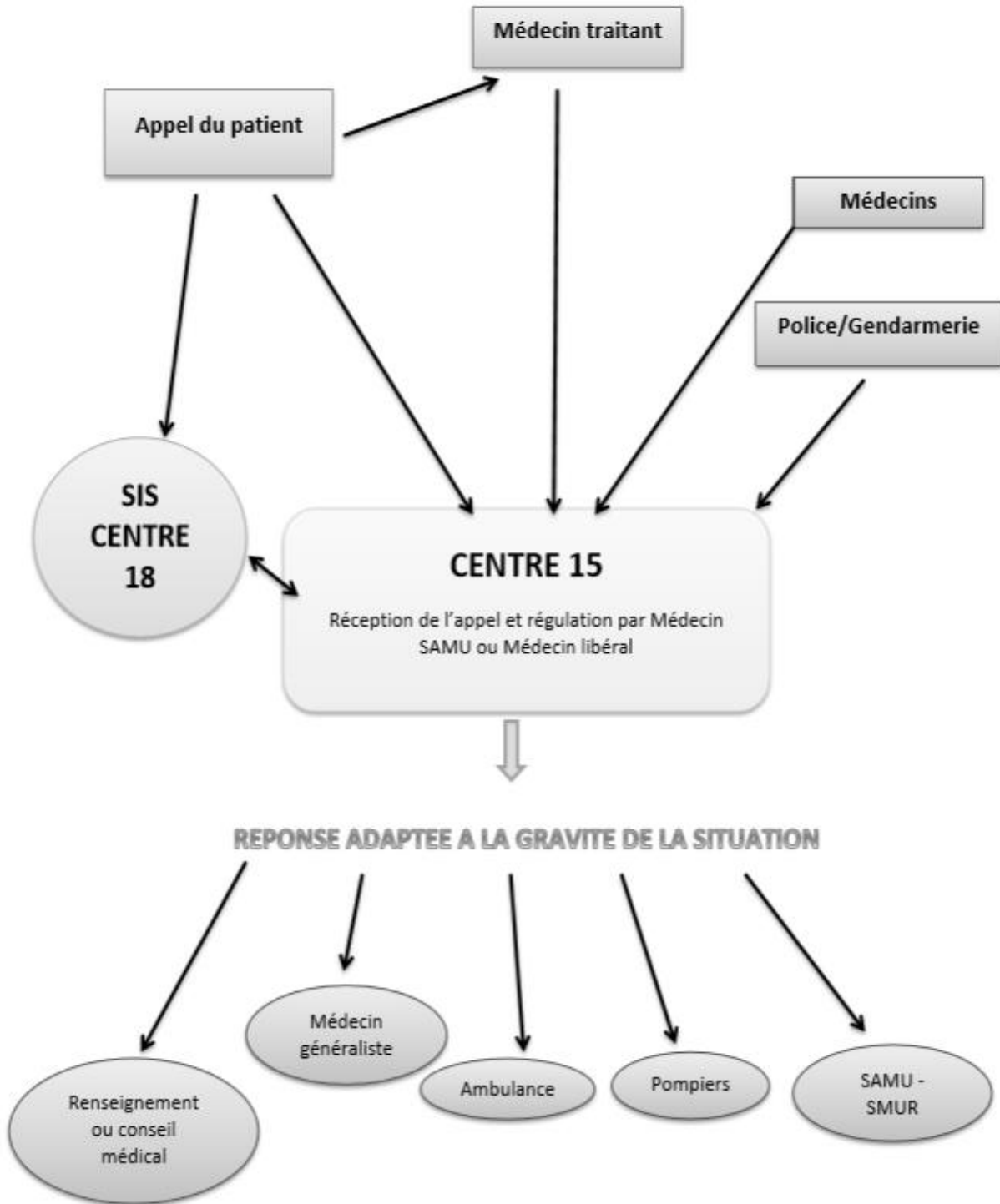
Zonage Médecins Juin 2018 (9)



Note : au 15/06/2018, les régions Ile-de-France et Bourgogne-Franche-Comté ont arrêté leur zonage. Leur classement a été pris en compte dans cette carte. En région Hauts-de-France, l'arrêté n'est pas paru à ce jour.

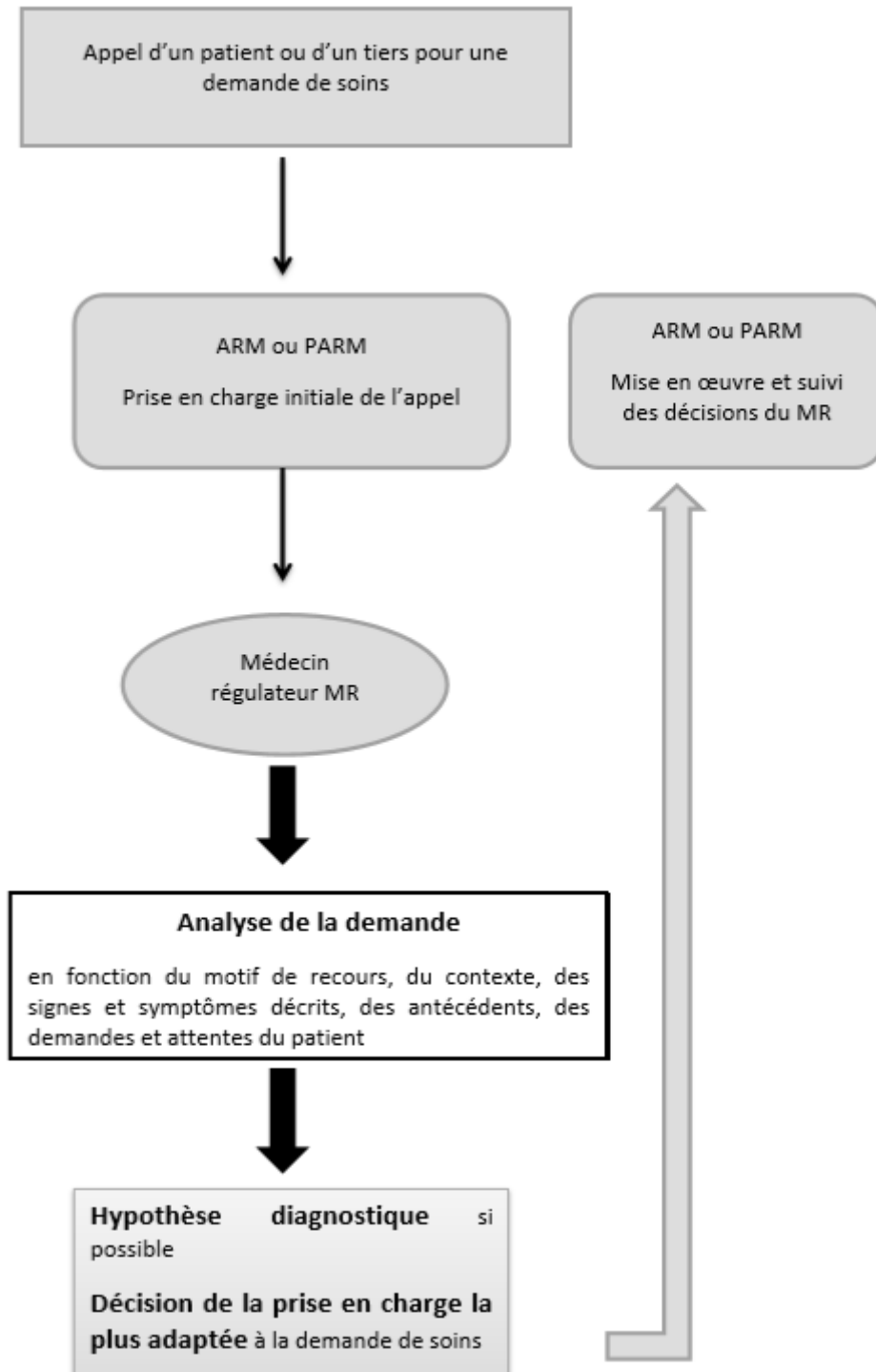
- Annexe 4

Organigramme de la régulation médicale (36)



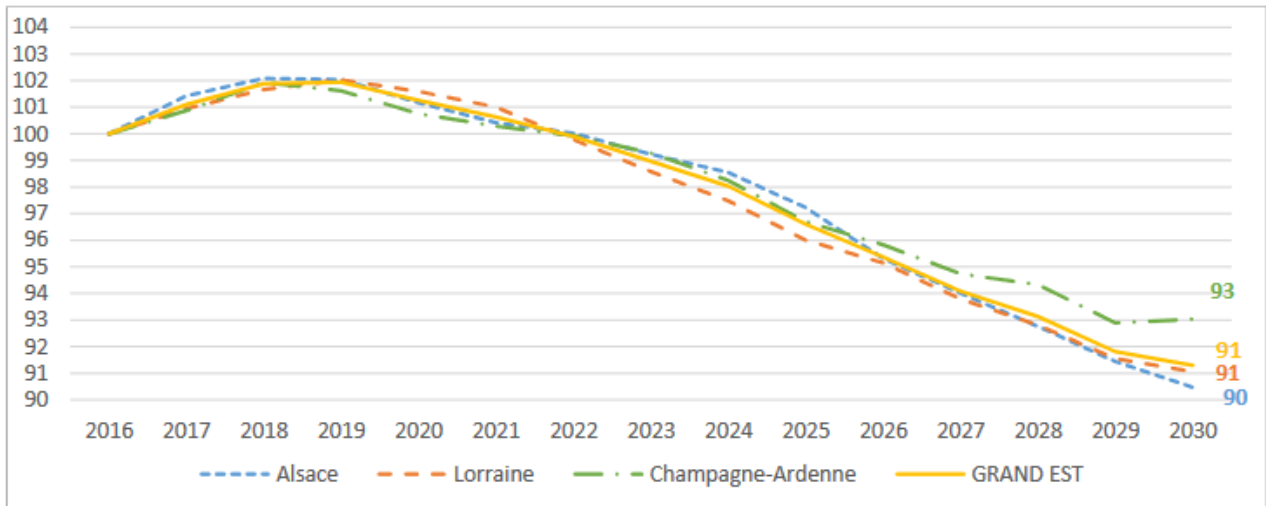
- Annexe 5

L'acte de Régulation médicale et ses acteurs (36)



- **Annexe 6**

Projections 2016 à 2030 du nombre de médecins généralistes (61)



- **Annexe 7**

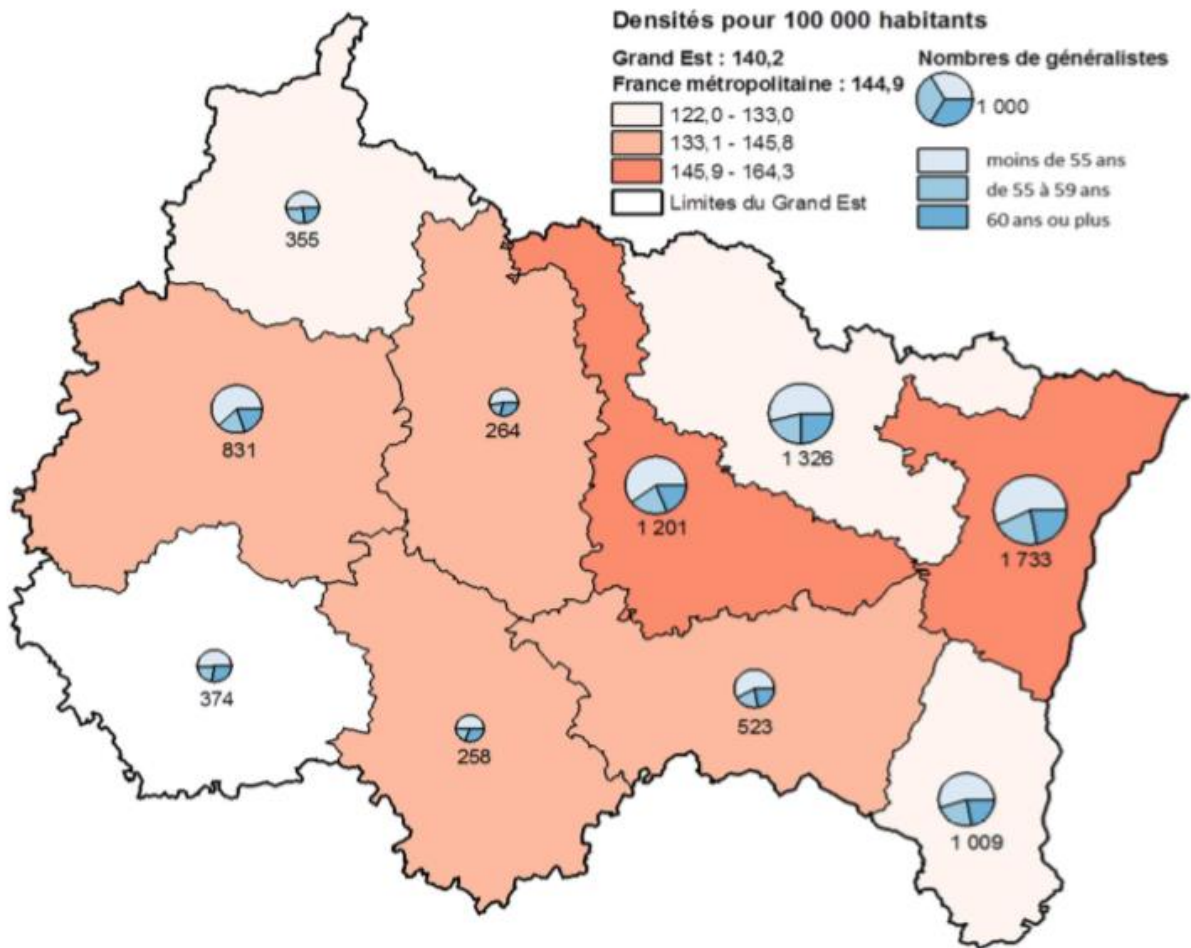
Tableau Comparatif données démographiques : Meurthe et Moselle, Moselle, Grand Est et France

	54	57	GE	FR
Population 2016	733 821	1 045 271	5 555 186	66 361 587
Superficie (km ²)	5 245,90	6 216,30	57 440,80	632 733,90
Densité de population (hab / km ²)	139,9	168,2	96,7	104,9
Croissance population (% entre 2011 et 2016)	0	0	0,1	0,4

Nombre de médecins généralistes	1 201	1 326	7 783	92 665
Croissance (% entre 2011 et 2016)	1,7	-2,6	-1,1	-0,6
Nombre de médecins spécialistes	1 729	1 442	9 164	114 394
Croissance (% entre 2011 et 2016)	2,6	2,2	4,8	4,7
Age Moyen	51,1	52,7	51,9	52,1

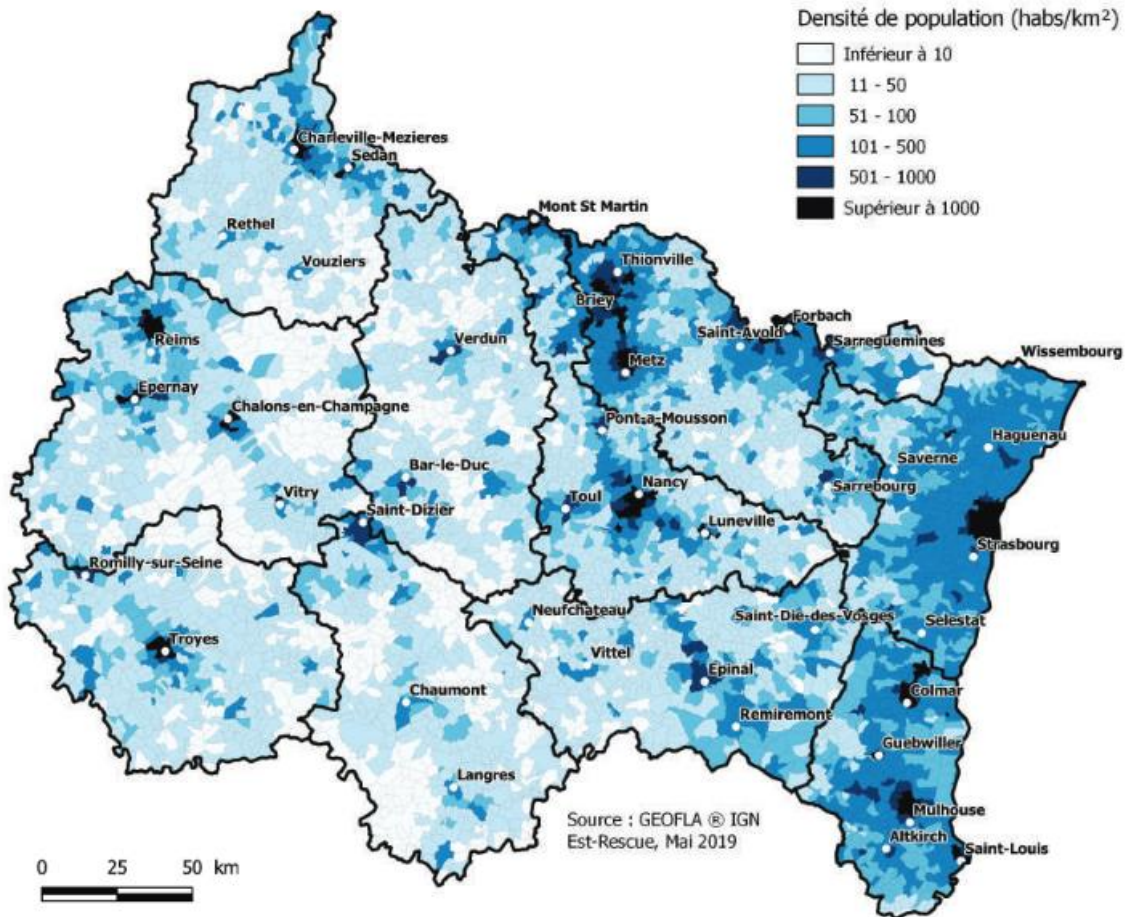
- Annexe 8

Densité des médecins généralistes par département (40)



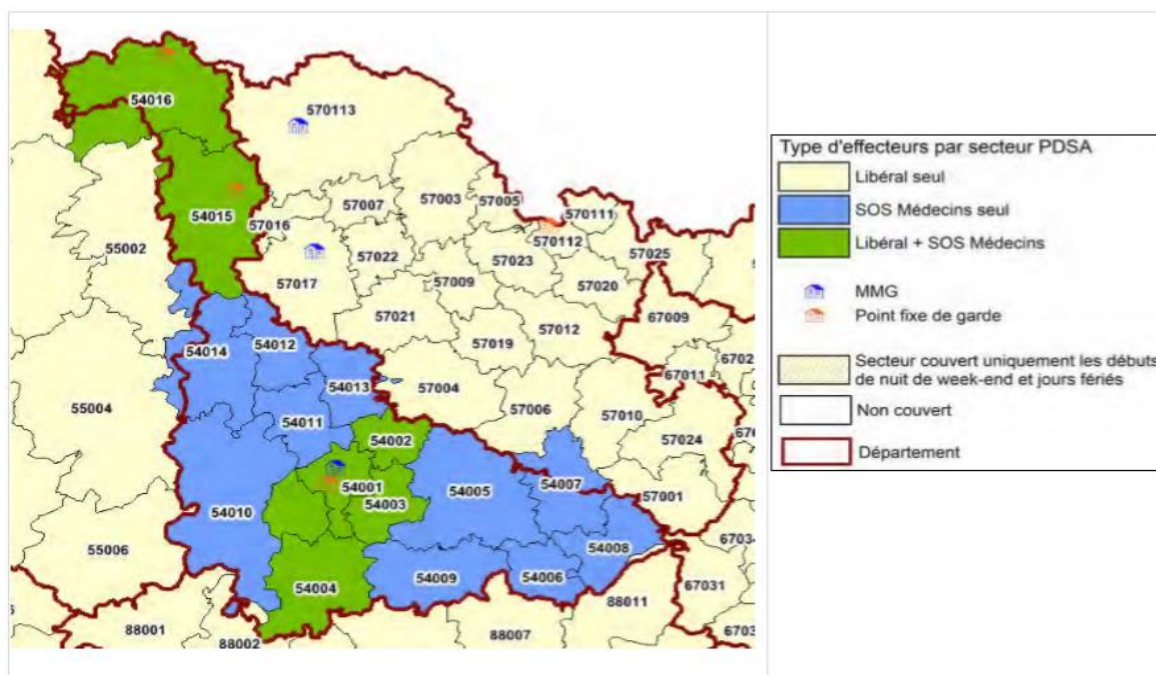
• Annexe 9

Densité de population du Grand Est en 2019 (42)



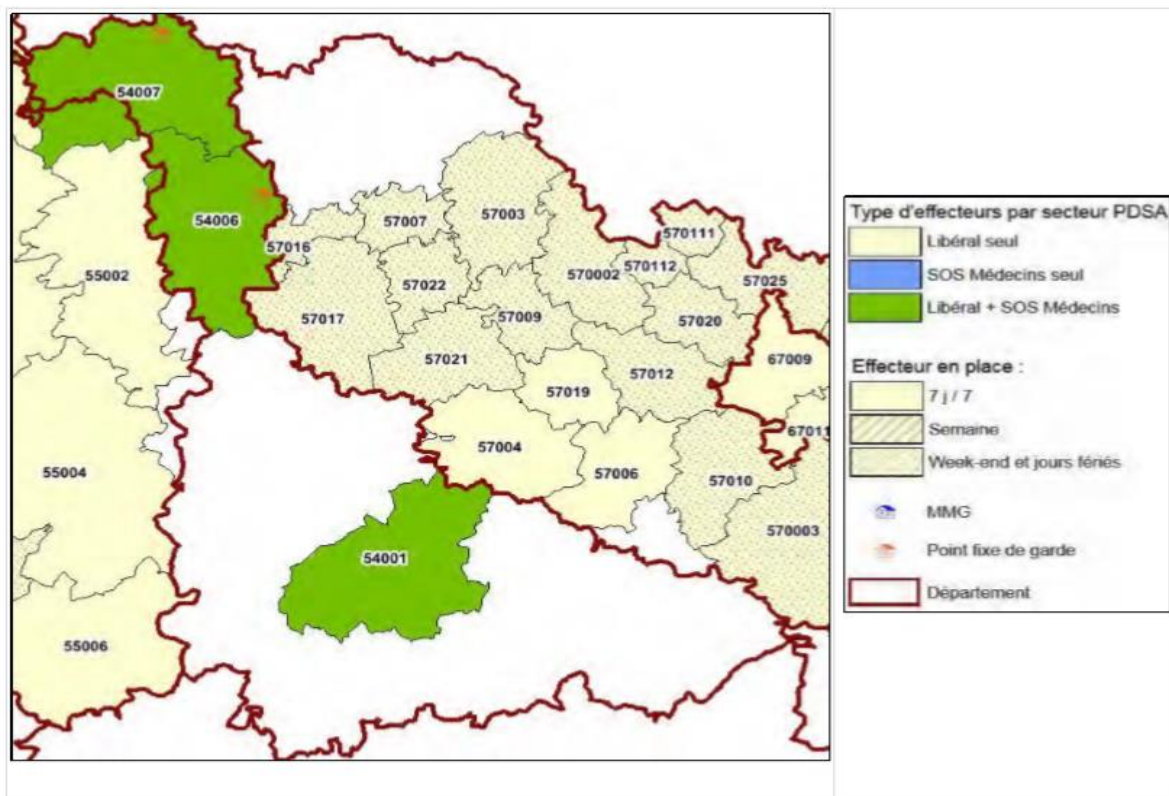
- Annexe 10

Sectorisation en première partie de nuit, week-ends, jours fériés et ponts dans le 54 (41)



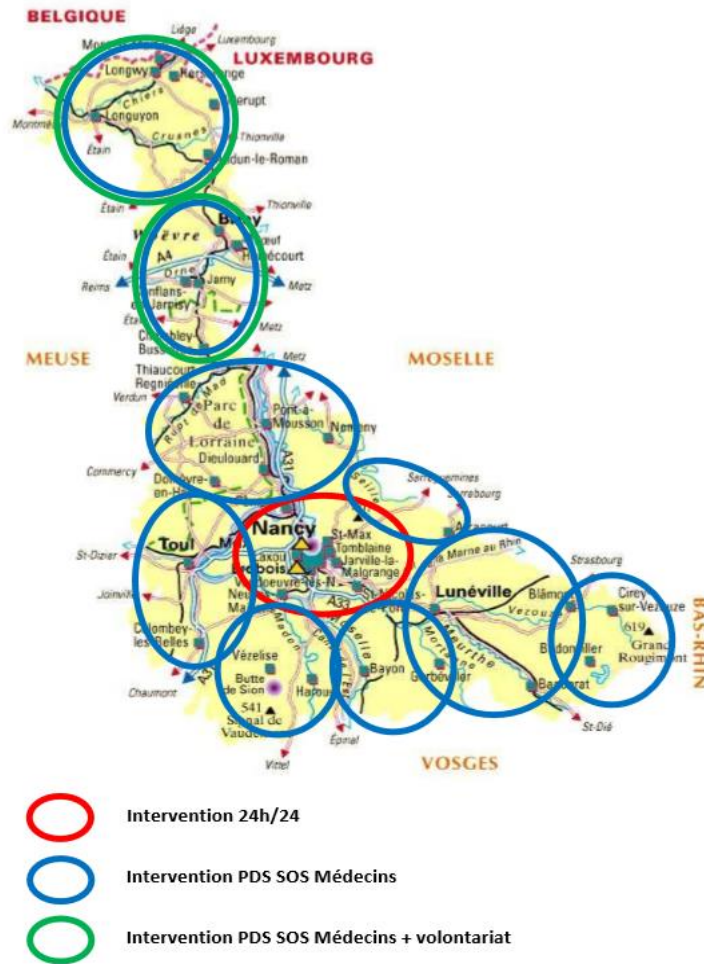
- Annexe 11

Sectorisation en seconde partie de nuit dans le 54 (41)



- Annexe 12

Secteurs d'interventions de SOS Médecin 54



- Annexe 13

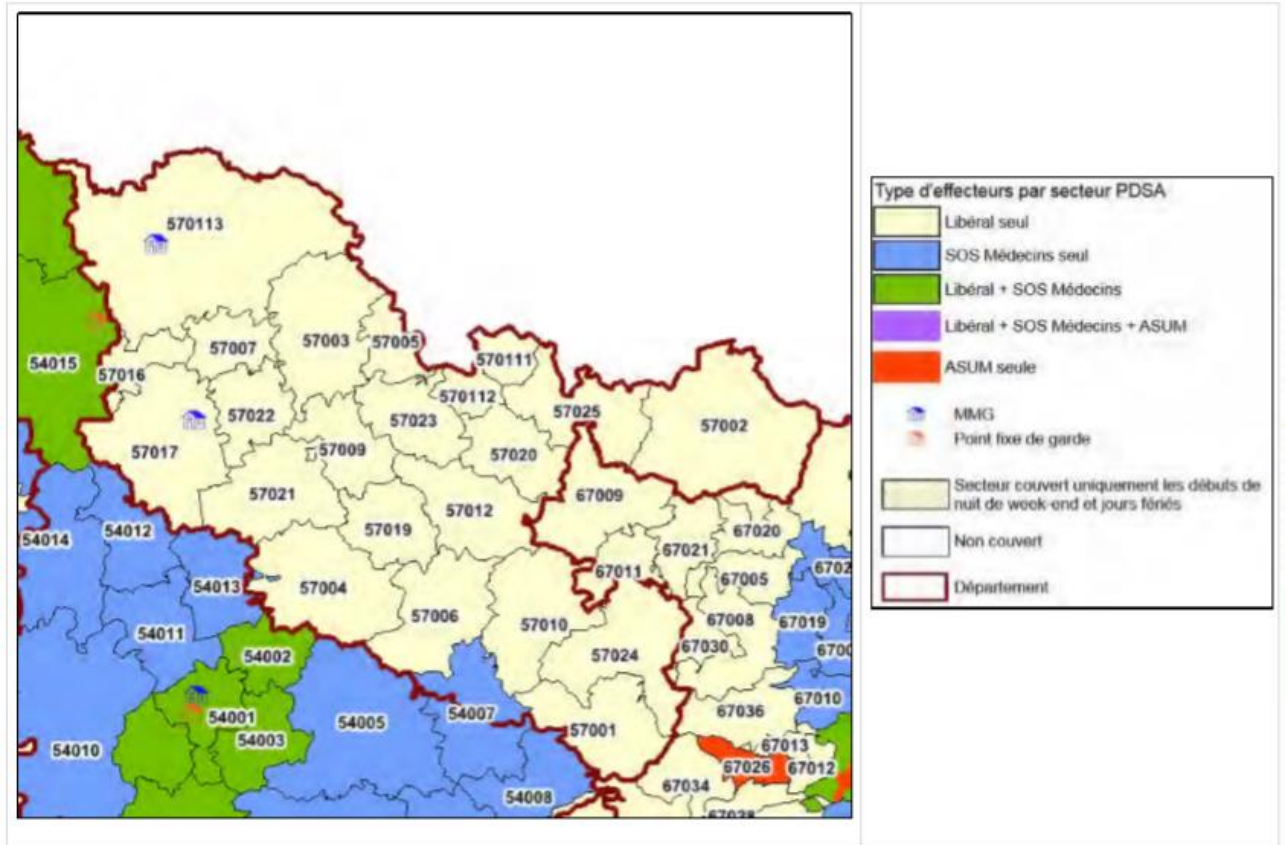
Points de consultation PDSA



▲ Points de Consultation PDSA

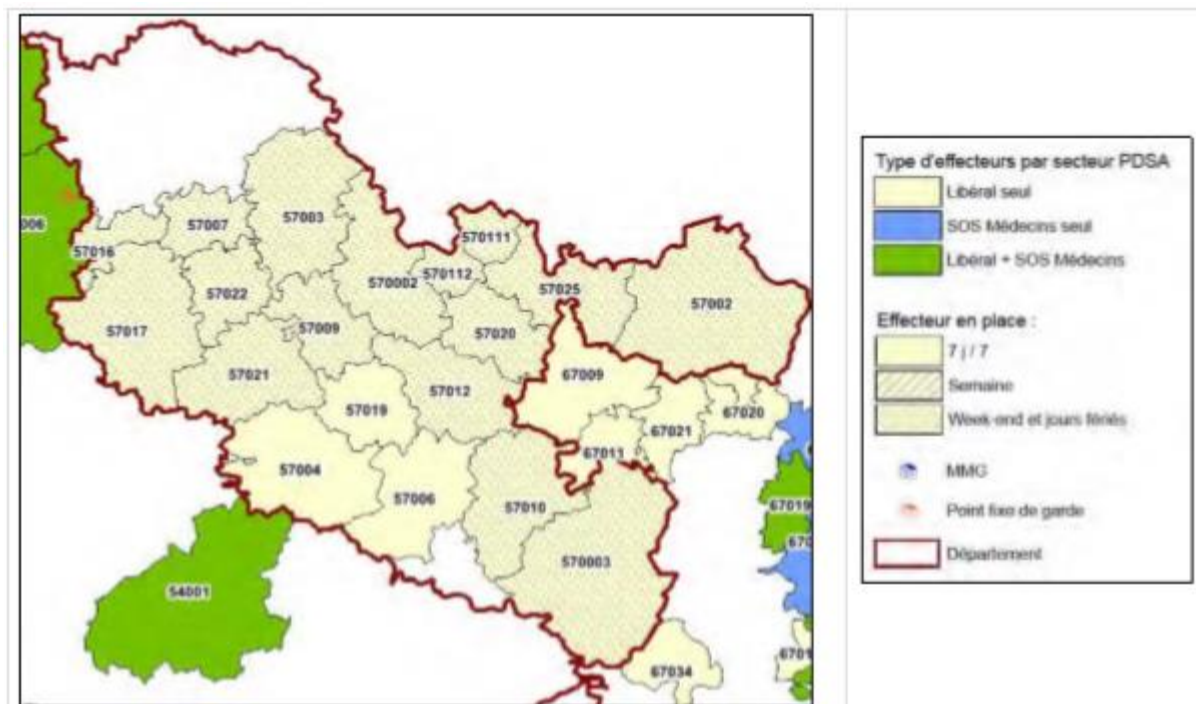
- Annexe 14

Sectorisation en 1ere partie de nuit, week-ends, jours fériés et ponts dans le 57 (41)



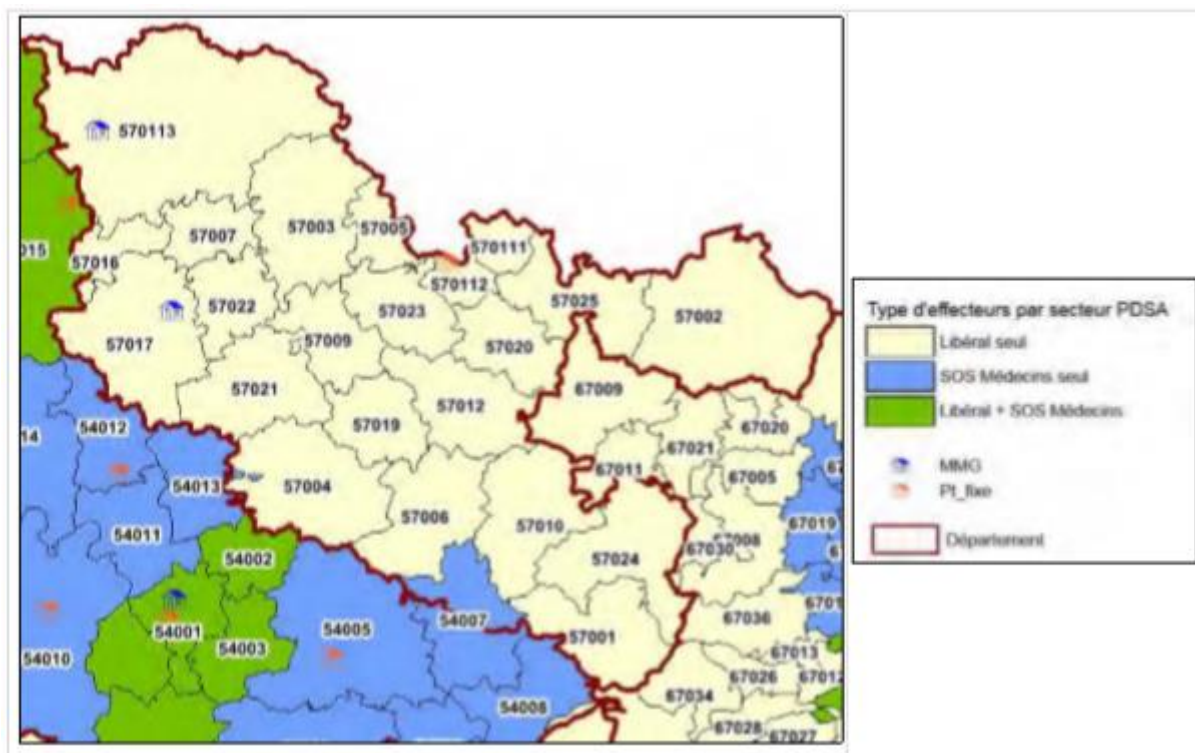
- Annexe 15

Sectorisation en seconde partie de nuit les week-ends et jours fériés dans le 57 (41)



- Annexe 16

Sectorisation en seconde partie de nuit en semaine dans le 57 (41)



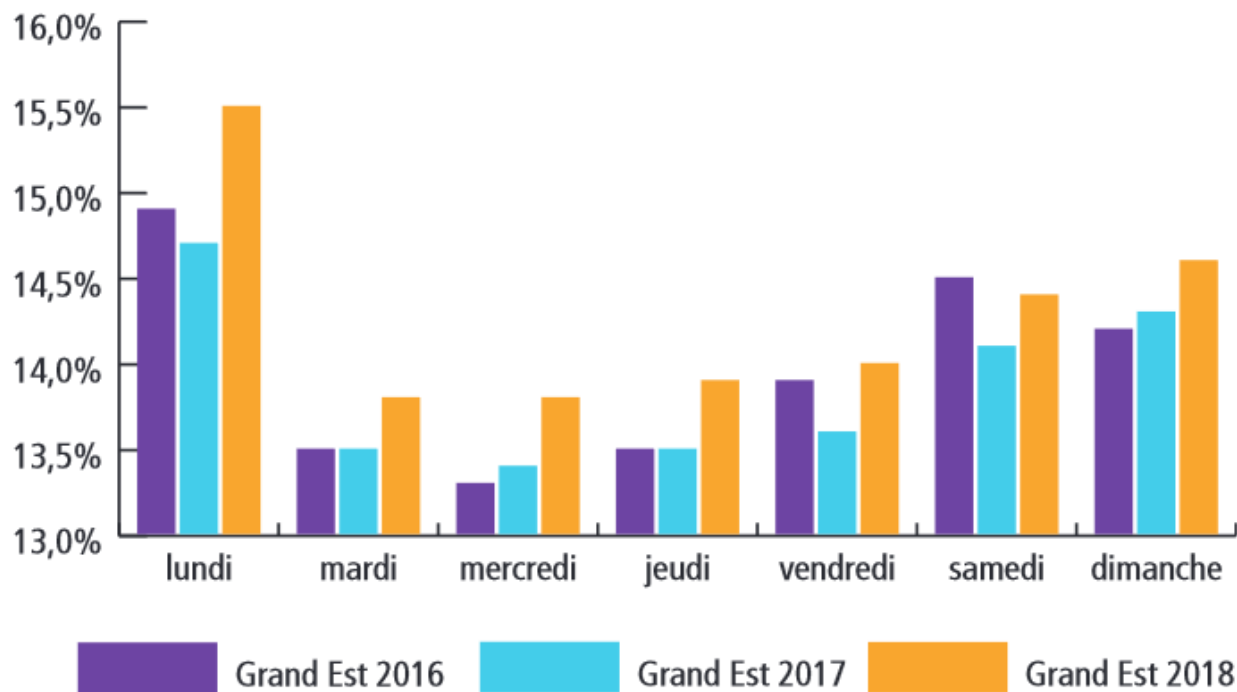
- Annexe 17

Structure d'urgence en Lorraine en 2018



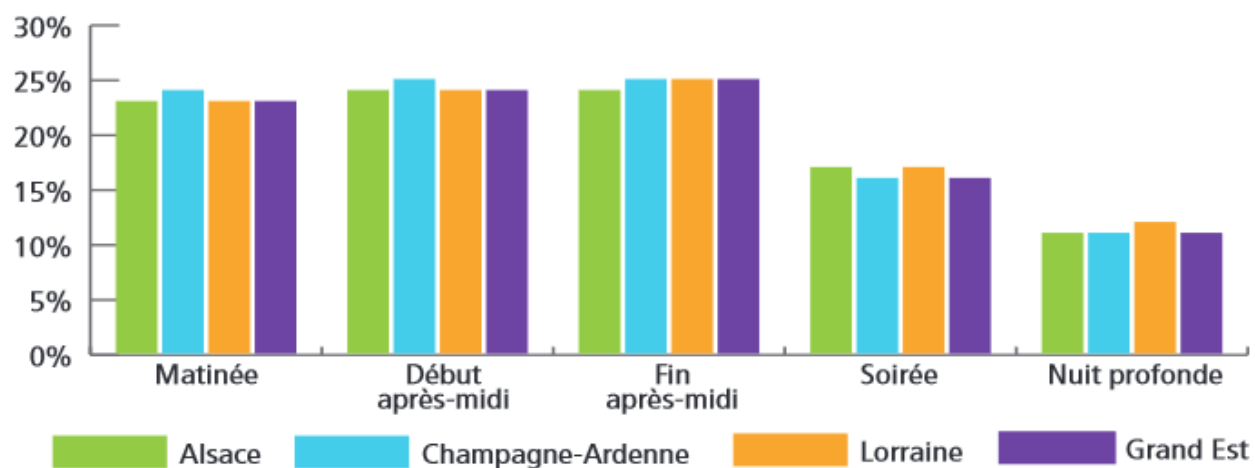
- **Annexe 18**

Fréquentation journalière en Grand Est selon les années (42)



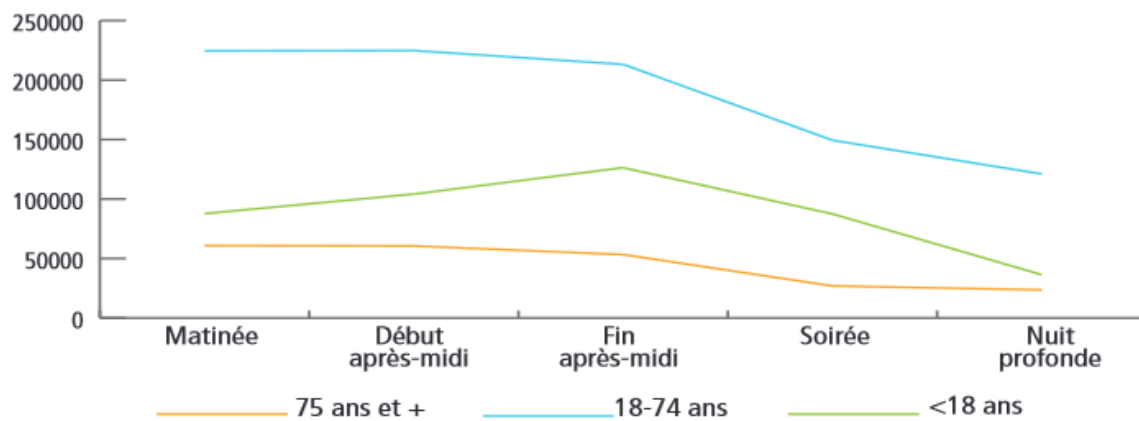
- Annexe 19

Répartition des passages 2018 par période d'entrée (42)



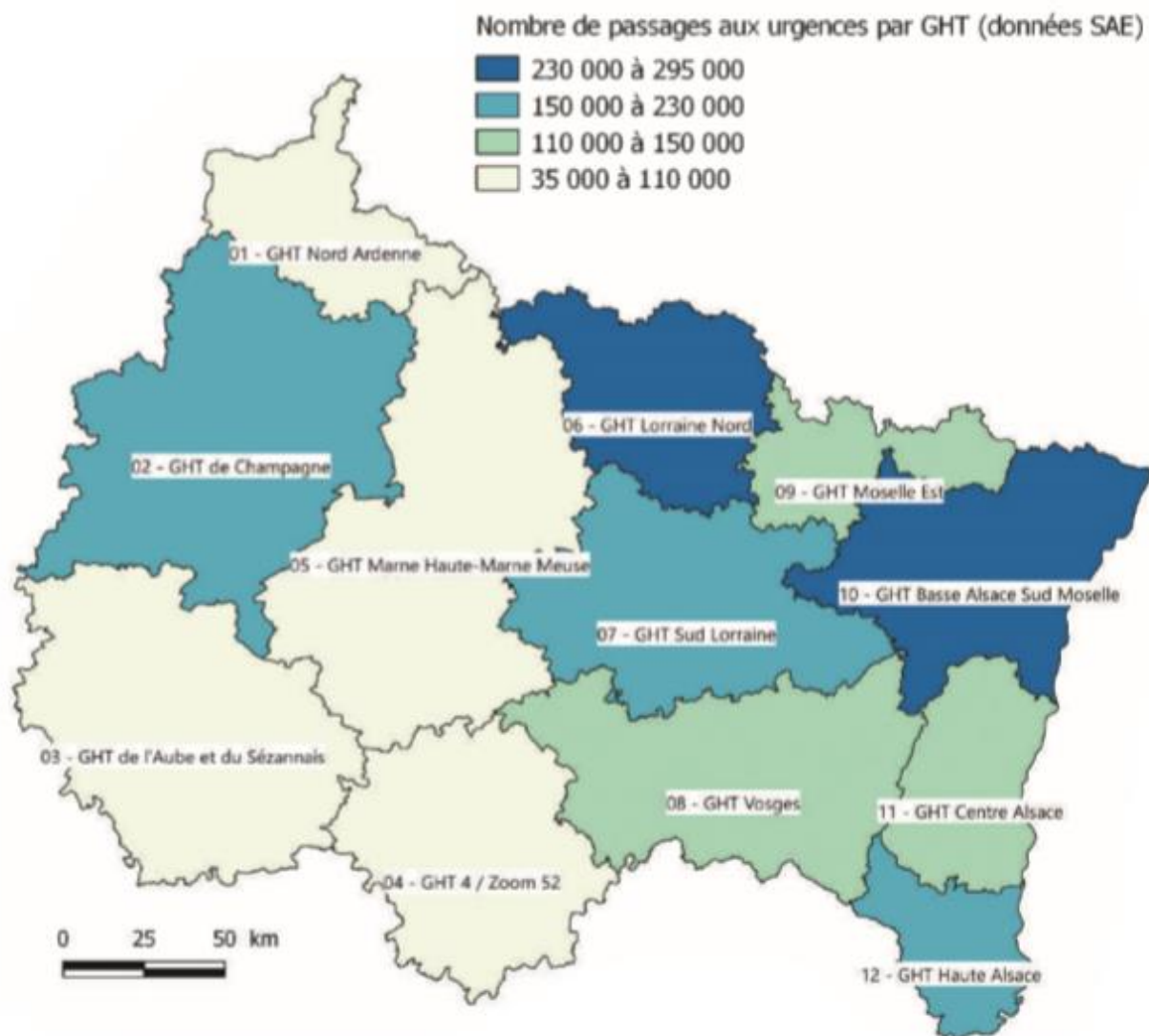
- **Annexe 20**

Fréquentation journalière en Grand Est selon les années (42)



- Annexe 21

GHT du Grand Est en 2018 (42)



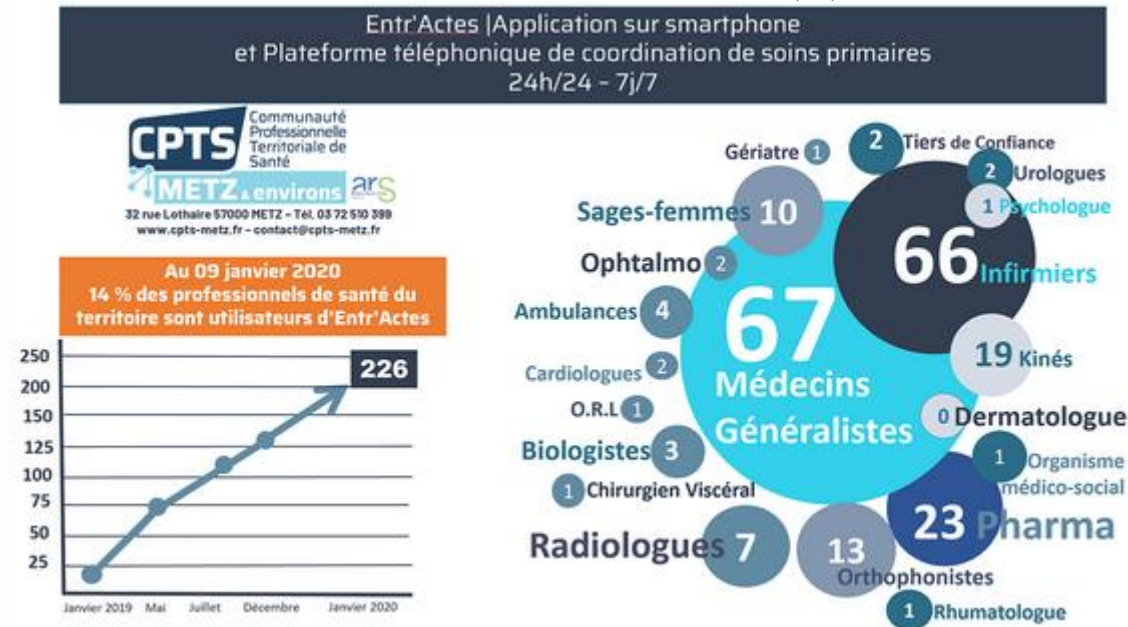
- **Annexe 22**

Activité SOS Médecin 54 en 2017-2018-2019

	2017	2018	2019
ACTIVITE TOTAL			
<i>APPELS</i>	<i>71 696</i>	<i>77 626</i>	<i>80 273</i>
INTERVENTIONS	53 298	56 694	60 132
ACTIVITE VISITE	37 581	38 655	38 462
VISITES PDSA	27 327	28 113	28 108
VISITES CONTINUE DES SOINS	10 254	10 542	10 354
ACTIVITE CONSULTATION	15 717	18 039	21 670
CONSULTATION PDSA	8 103	9 196	11 651
CONSULTATION CONTINUE DES SOINS	7 614	8 843	10 019

- Annexe 23

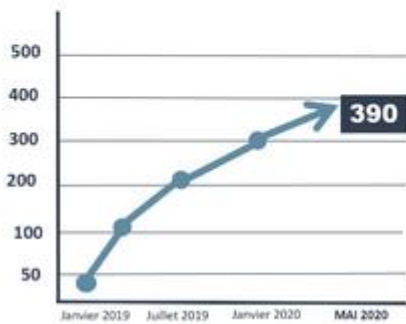
Utilisateurs Entr'actes Janvier 2020 (59)



- Annexe 24

Utilisateurs Entr'actes Mai 2020 (59)

Entr'Actes | Application sur smartphone et Plateforme de coordination de soins primaires 24h/24 - 7j/7



- Annexe 25

Questionnaire « Entracte »

Questionnaire satisfaction de l'application "Entr'actes, plateforme de coordination" dans le département de la Moselle.

Bonjour

Je réalise dans le cadre de ma thèse portant sur la permanence de soins dans le département de la Moselle, et de la Meurthe et Moselle une description avec une enquête de satisfaction sur l'application "Entr'actes" actuellement en cours de déploiement dans le 57.

Il s'agit d'un questionnaire rapide (moins de 2 minutes), portant sur votre évaluation de cette application dans le cadre de la plateforme de coordination.

En vous remerciant par avance de votre participation.

Quel Age avez-vous ? *

De quel sexe êtes vous ? *

Quelle est votre spécialité ? (précisez si remplaçant ou non)

Sur quel support utilisez-vous l'application ? *

Quelle est l'ancienneté de votre Smartphone ? *

Comment avez-vous connu l'application ? *

A quelle fréquence utilisez-vous l'application ? *

Après la section 1 Passer à la section suivante

Rubrique 2 sur 5

Vous avez coché "je ne l'utilise plus" dans sa fréquence d'utilisation.

Pour quelle raison n'utilisez-vous plus l'application ? *

Rubrique 3 sur 5

A propos de l'application



Sur une note de 1 à 10 Comment noteriez-vous son fonctionnement ? *

Sur une note de 1 à 10 Comment noteriez-vous sa facilité d'utilisation ? *

Sur une note de 1 à 10 Comment noteriez-vous son ergonomie ? *

Sur une note de 1 à 10 Comment noteriez-vous l'application dans son ensemble ? *

Trouvez-vous l'application "sûre" dans son utilisation (protection des données,etc...)? *

Trouvez-vous facilement des correspondants disponible sur la plateforme ? *

L'application répond-elle a vos attentes en matière de coordination, suivi et demande de soins ? *

Quelles sont vos motivations à utiliser "Entr'actes" ? *

Recommanderiez-vous l'application ? *

Selon-vous, que manque-t-il dans l'application pour un fonctionnement / utilité optimale ?

Quelles sont les difficultés auxquelles vous avez été/êtes contré(e) lors de l'utilisation de l'application ?

Avez-vous des suggestions pour optimiser la plateforme de coordination entr'actes ?

Rubrique 4 sur 5

Vous avez coché "oui" dans sa recommandation.



Quelles sont la ou les raison(s) qui vous poussent à recommander l'application ?

Après la section 4 Envoyer le formulaire

Rubrique 5 sur 5

Vous avez coché "non" dans sa recommandation.



Quelles sont la ou les raison(s) qui vous poussent à ne pas recommander l'application ?

Bibliographie

1. DREES. Les Etablissements de santé, Chapitre 26 La Médecine d'Urgence [Internet]. 2019 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/26-14.pdf>
2. Hélène Valdelièvre, Bénédicte Boisguérin. Résultats du questionnaire patients - parcours avant l'arrivée aux urgences [Internet]. 2014 juin [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/resultats_avant_arrivee_enquete_urgences_5_6_2014.pdf
3. Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY,. Rapport d'information [Internet]. 2017 juill. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
4. Court des Comptes. Rapport public annuel [Internet]. 2019 févr. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
5. Code de la santé publique - Article L6314-1. Code de la santé publique.
6. CNOM. Bilan de la permanence des soins [Internet]. 2018 [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/bilan-permanence-soins-2018>
7. George T. Évaluation de la continuité de soins en médecine libérale à l'échelle nationale. 2018.
8. Ministère des solidarités et de la santé. Renforcer l'accès territorial aux soins. 13 oct 2017; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf
9. ARS Grand Est. L'ARS Grand Est arrête le nouveau zonage médecins [Internet]. [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/lars-grand-est-arrete-le-nouveau-zonage-medecins>
10. Les Français et l'accès aux soins urgents non programmés [Internet]. Kantar. 2013 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.tns-sofres.com/publications/les-francais-et-lacces-aux-soins-urgents-non-programmes>
11. Belou MA. La permanence des soins dans la Meuse en 2005 : Impact d'une régulation médicale sur l'activité de garde.
12. Ordre National des Médecins. Commentaires du code de déontologie médicale [Internet]. Déontologie Médicale p. 253. Disponible sur: https://conseil57.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-304/34329/commentaires_du_code_de_deontologie_medicale.pdf
13. Code de déontologie médicale - Article 9. Code de déontologie médicale.
14. Code de la santé publique - Article L6311-1. Code de la santé publique.
15. Code de la santé publique - Article R6313-1. Code de la santé publique.
16. Code pénal - Article 223-6. Code pénal.

17. Bouet P. Atlas de la Démographie médicale en France [Internet]. 2018 janv [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
18. Jabri K (DREES). Les dépenses de santé en 2018. 2018 p. 7.
19. Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence de soins. 2003 p. 19.
20. Code de déontologie médicale - Article 47. Code de déontologie médicale.
21. Humbert JM. Le triage des appels téléphoniques de SOS MédecinsMeurthe et Moselle par le centre d'appel Médi' CallCenter [Internet]. 2007. Disponible sur: https://hal-univ-lorraine-fr.bases-doc.univ-lorraine.fr/hal-01733190/file/SCDMED_T_2007_HUMBERT_JEAN_MARC.pdf
22. Code de déontologie médicale - Article 32. Code de déontologie médicale.
23. Code de la santé publique - Article R6315-1. Code de la santé publique.
24. Code de la santé publique - Article R6315-2. Code de la santé publique.
25. Code de la santé publique - Article R6315-4. Code de la santé publique.
26. Code de la santé publique - Article R6315-3. Code de la santé publique.
27. Code de la santé publique - Article R6315-5. Code de la santé publique.
28. Code de la santé publique - Article R6315-6. Code de la santé publique.
29. Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires - Article 1.
30. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2003-880 sept 15, 2003.
31. Jourdanet S. SOS Médecins Nancy: place dans la permanence de soins, bilan de l'activité 2005 et étude portant sur 244 patients adressés au Service d'Accueil des Urgences. 2006.
32. Code de la santé publique - Article R6313-1-1. Code de la santé publique.
33. Code de la santé publique - Article R6313-4. Code de la santé publique.
34. Code de la santé publique - Article R6313-5. Code de la santé publique.
35. Giroud M. La régulation médicale en médecine d'urgence. Réanimation. déc 2009;18(8):737-41.
36. Genet-Houillon L. 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. 2011.
37. Braun F. Les nouveaux outils de la régulation médicale en Samu-Centre 15. Ann Fr Médecine Urgence. oct 2017;7(5):289-90.

38. Code de la santé publique - Article L1110-3. Code de la santé publique.
39. Comparateur de territoire | Insee [Internet]. [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-54+FRANCE-1+DEP-57>
40. ARS Grand Est. Etat de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est, Ressources Humaines en Sante [Internet]. [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_07_RESSOURCES_HUMAINES_SANTE_20170519.pdf
41. ARS Grand Est. Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. 2018 déc.
42. Est-RESCUE. Panorama Urgences 2018, Activité des structures d'urgences. Région Grand-Est [Internet]. 2018 [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: https://www.est-rescue.fr/wp-content/uploads/2019/09/panorama-2018-hyperliens_compressed.pdf
43. Husson A-L. Attentes des professionnels médicaux et paramédicaux exerçant en EHPAD concernant l'utilisation de la télémédecine pour la prise en charge des soins médicaux non programmés [Internet]. 2019 [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2019_HUSSON_ANNE_LAURE.pdf
44. Code de la santé publique - Article L6316-1. Code de la santé publique.
45. Ameli. Bilan à 6 mois de la Télémédecine. Une montée en charge progressive [Internet]. 2019 mars [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Bilan_a_6_mois_de_la_Telemedecine.pdf
46. Durupt M. La télémédecine en Meuse et dans le Sud-Toulois. Perceptions et attentes des médecins généralistes [Internet]. 2016 [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2016_DURUPT_MAXIME.pdf
47. Roldo C, Poussel M, Lejeune C, Vezain A. Un dispositif télémédecine pour une meilleure prise en charge en urgence du résident en EHPAD. Eur Res Telemed Rech Eur En Télémédecine. avr 2017;6(1):33-4.
48. Grall JY. Les Maisons Médicales de Garde. 2006 juill.
49. Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France. Sante Publique (Bucur). 2005;Vol. 17(2):233-40.
50. Roos Weil L. Nancy: des locaux flambant neufs pour la maison médicale de garde. France Bleu [Internet]. 15 janv 2020 [cité 21 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/la-maison-medicale-de-garde-de-nancy-demenage-1579112017>
51. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. 2018 mai [cité 2 août 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
52. SOS Médecins France [Internet]. SOS Médecins. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://sosmedecins-france.fr/>

53. Hakier J. Devenir des patients ayant fait l'objet d'une régulation par le SAMU-Centre 15 pour douleur thoracique, pris en charge par SOS Médecins 54. [Internet]. 2018 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2018_HAKIER_JOHANN.pdf
54. Boggio H. Médinf : l'expérience encouragée. Medinf [Internet]. janv 2019 [cité 1 mai 2020]; Disponible sur: <https://www.medinf.fr/article-rl-janvier-2019/>
55. Medinf - Cabinet médical de soins immédiats - Yutz Moselle Grand Est [Internet]. Medinf. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.medinf.fr/>
56. Bouiller C. Article 12 du projet de loi de santé : étude de faisabilité sur le territoire franc-comtois du Pays de Vesoul Val de Saône [Internet]. 2015 [cité 6 juin 2020]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MSPM_2015_BOUILLER_CHRISTINE.pdf
57. AMELI. Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé [Internet]. 2019 [cité 6 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-laccord-signe>
58. Présentation PowerPoint Entr'actes. 2019.
59. Découvrir Entr'Actes - plateforme numérique [Internet]. CPTS Metz et environs. [cité 22 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cpts-metz.fr/decouvrir-entractes/>
60. Infoslettre - CPAM de Périgueux [Internet]. [cité 10 août 2020]. Disponible sur: http://infoslettre.info/24/01-Medecins/med_janvier_2018_MUT-MCU-MRT.htm
61. ARS Grand Est. Etat de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est, Offre de Sante [Internet]. 2017 avr [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_05_OFFRE_SANTE_20170519.pdf

VU

NANCY, le **04 septembre 2020**
Le Président de Thèse

NANCY, le **7 septembre 2020**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **11344C**

NANCY, le **11 septembre 2020**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE :

La permanence de soins reste un pilier indispensable au système de santé actuel, mais présente encore des faiblesses et des imperfections qui sont optimisables pour améliorer la prise en charge des patients en médecine ambulatoire. Son système reste encore imparfaitement compris par la population, et est régulièrement soumis à des modifications. Cette thèse permet de faire le point en 2020 des différents acteurs de la permanence de soins dans le 54 et le 57, et de décrire un outil numérique dédié à la coordination de soins.

Les départements de la Moselle et de la Meurthe et Moselle possède des organisations et des acteurs de la permanence de soins différents, en qualité, quantité, ou même intervenants. En revanche, la régulation reste un socle de l'organisation de la permanence des soins. Elle permet d'orchestrer tout le processus de régulation et d'offre de soins de la PDS. Bien qu'indispensable, nous avons vu qu'il existe des acteurs indépendants du système actuel, et dont le rôle et l'impact reste à définir. De plus, la permanence de soins répond à l'offre de soins, mais une part non négligeable des soins ambulatoire non programmés restent en période hors PDS. C'est dans ce contexte que certains outils numériques ont vu le jour afin d'améliorer la coordination de soins, de faciliter le dialogue entre les différents professionnels de santé, et de répondre partiellement à cette demande de soins.

Ainsi l'application Entr'actes s'implante progressivement sur le territoire Mosellan, et semble prometteur et bien accepté par les différents utilisateurs dans son ensemble, mais reste imparfaite et des améliorations sont à effectuer pour optimiser son fonctionnement.

Il serait intéressant d'en étudier l'impact sur le territoire après une implantation durable et profonde sur le département de la Moselle.

TITRE EN ANGLAIS :

The various means of permanent ambulatory care and not programmed in the department of Moselle and Meurthe et Moselle : discovery of "Entr'actes" application

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2020

MOTS CLEFS :

Permanence de soins - Régulation – Moselle – Meurthe et Moselle – Sectorisation – Coordination de soins – Entr'actes – Garde –

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR

Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUR LES NANCY Cedex