



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

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

par

Estelle POISSY

Le 1^{er} décembre 2008



**EVALUATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AUPRES DU GRAND PUBLIC
DANS LE SECTEUR SOS MEDECINS MEURTHE-ET-MOSELLE
(A propos de 255 cas)**

Examineurs de la thèse :

M. Pierre-Edouard BOLLAERT	Professeur	Président
M. Serge BRIANÇON	Professeur	Juge
M. Jean-Dominique DE KORWIN	Professeur	Juge
M. Alain AUBREGE	Professeur	Juge
M. Jean-Yves GRALL	Docteur en Médecine	Juge
M. Mohamed SI ABDALLAH	Docteur en Médecine	Juge

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

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

par

Estelle POISSY

Le 1^{er} décembre 2008

**EVALUATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AUPRES DU GRAND PUBLIC
DANS LE SECTEUR SOS MEDECINS MEURTHE-ET-MOSELLE**

(A propos de 255 cas)

Examineurs de la thèse :

M. Pierre-Edouard BOLLAERT	Professeur	Président
M. Serge BRIANÇON	Professeur	Juge
M. Jean-Dominique DE KORWIN	Professeur	Juge
M. Alain AUBREGE	Professeur	Juge
M. Jean-Yves GRALL	Docteur en Médecine	Juge
M. Mohamed SI ABDALLAH	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Recherche* : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen *Pédagogie* : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen *Campus* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

Du 1^{er} Cycle :

Du 2^{ème} Cycle :

Du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. le Professeur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET - Guy RAUBER – Paul SADOUL

Raoul SENAULT - Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN

Emile de LAVERGNE - Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

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

Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ - Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH –
Michel PIERSON

Jacques ROBERT - Gérard DEBRY – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET - Alain GAUCHER – Michel
LAXENAIRE

Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES - Alain LARCAN – Gérard
VAILLANT

Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER - Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE –

Jacques BORRELLY Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS - Pierre NABET – Marie-Claire

LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU -

Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT - Michel WEBER

Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD - Jean-
Pierre NICOLAS

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

Jean-Pierre MALLIÉ - Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

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

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

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

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

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

Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

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

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

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUSSON

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

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

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

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

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES

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

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY
3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

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

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

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

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

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

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

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

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

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

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

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

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

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

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

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

Professeur Cyril SCHWEITZER

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

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

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

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

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

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

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

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

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

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

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

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

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

Docteur Bruno CHENUUEL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

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

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

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

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

Docteur Pierre GILLOIS

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

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

Docteur François SCHOONEMAN

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

Docteur Lina BEZDETNYA épouse BOLOTINE

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

Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

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

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

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

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

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

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

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

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

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

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

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

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE

Professeur Paul VERT - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT

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

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

Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Danièle SOMMELET Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET – Professeur Pierre BEY – Professeur Jean FLOQUET

Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel STRICKER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur de Réanimation Médicale

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse. Nous vous remercions pour votre accueil et votre disponibilité. Veuillez trouver ici, le témoignage de notre sincère admiration et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur d'Epidémiologie, d'Economie de la Santé et de Prévention

Nous vous sommes reconnaissants d'accepter de juger notre travail. Veuillez trouver ici, l'expression de notre gratitude et de notre respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Professeur de Médecine Interne

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Veuillez trouver ici, l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueuse estime.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Alain AUBREGE

Professeur de Médecine Générale

Nous vous remercions d’avoir accepté d’être présent à notre thèse. Nous vous assurons de notre plus grande reconnaissance.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Jean-Yves GRALL

Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Lorraine

Nous vous sommes reconnaissants d'accepter de juger notre travail. Veuillez trouver ici, l'expression de nos sincères remerciements.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE ET JUGE

Monsieur le Docteur Mohamed SI ABDALLAH

Docteur en Médecine Générale et Président de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle

Pour la confiance dont il nous a honoré en nous proposant ce sujet, pour sa disponibilité et ses conseils dans la réalisation de ce travail, pour ses compétences qu'il nous fait partager dans notre exercice quotidien, nous lui témoignons de toute notre sympathie et de notre respect.

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui nous ont apporté leur soutien pour la réalisation de ce travail :

A Messieurs les Docteurs Vincent LAMOUILLE, Paul GOEPFERT, Sylvain JOURDANET et Jean-Marc HUMBERT de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, pour les conseils prodigués lors de la réalisation de ce travail comme dans l'exercice quotidien, pour leur disponibilité et pour nous avoir fourni les informations nécessaires à ce travail.

A Monsieur le Docteur P.PARANQUE, Gérant de Médi'Call Center, pour son aide précieuse à l'élaboration de notre questionnaire.

A Messieurs les Docteurs G.HENNEQUIN J-P.SCHLITTER, E.GABRIEL, T.COLIN, P.GOMES pour nous avoir permis de réaliser cette enquête.

A Messieurs les Docteurs P.ATAIN-KOUADIO, M. GUNDESLI , P.NAUDE, L.LIBOT et à Mesdames les Docteurs S.CAVARE-VIGNERON, E.UNVOIS pour avoir eu la gentillesse de nous communiquer les informations concernant respectivement le SAMU 54, le Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Central, Médigarde, l'UPATOU Gentilly, le POSU et la Maison Médicale des Bains Douches.

A Madame le Docteur F.EMPEREUR du service d'Epidémiologie et d'Evaluation Cliniques du CHU de Nancy pour son aide indispensable dans l'exploitation des données et leur analyse statistique.

A Natacha, pour sa gentillesse et sa collaboration dans ce travail.

A Emma,

Mon petit ange, je suis si fière de toi... Quel bonheur d'être ta maman.

A mes parents,

Pour votre soutien de tous les jours. Sans vous certaines épreuves auraient été plus difficiles...Je vous remercie profondément. J'espère ne jamais vous décevoir.

A ma sœur,

Merci d'avoir toujours été à mes côtés. Puissions nous rester toujours aussi proches. Je te souhaite beaucoup de bonheur avec ta petite famille.

A ma grand-mère Elisabeth,

Merci pour tous ces moments passés ensemble, cette tendresse...Ta première petite-fille sera toujours là pour toi.

A toute ma famille, et tout particulièrement à Annette,

Pour tous ces merveilleux souvenirs et pour tout ce qui est à venir.

A Julie,

Merci pour cette précieuse amitié. Puisse-t-elle toujours durer.

A mes amis d'ici et d'ailleurs,

Pour tous les bons moments partagés.

A mes collègues de SOS MEDECINS Meurthe-et-Moselle,

Pour votre accueil, votre disponibilité, votre gentillesse, pour m'avoir fait bénéficier de vos compétences...Merci.

SERMENT

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. 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 leur famille dans l'adversité.

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

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	26
1 LA PERMANENCE DES SOINS.....	28
1.1 Définition.....	28
1.2 Organisation de la Permanence des Soins en France.....	29
1.2.1 Avant 2003	29
1.2.1.1 Une obligation déontologique.....	29
1.2.1.2 En pratique, les CODAMU.....	30
1.2.2 Une réorganisation nécessaire	31
1.2.2.1 La grève des gardes en médecine générale	31
1.2.2.2 Aux origines de la crise	32
1.2.2.2.1 La demande médicale en constante croissance.....	32
1.2.2.2.2 Une offre de soins qui diminue.....	33
1.2.2.2.3 Les nouvelles aspirations des médecins généralistes.....	33
1.2.2.2.4 Des conditions d'exercice de plus en plus difficiles pour les médecins libéraux	33
1.2.2.2.5 Un système de garde en crise.....	34
1.2.3 Depuis 2003 : une nouvelle organisation de la Permanence des Soins	35
1.2.3.1 La PDS est reconnue mission d'intérêt général	36
1.2.3.2 Une nouvelle sectorisation.....	36
1.2.3.3 La garde médicale devient une activité volontaire.....	36
1.2.3.4 L'accès au médecin de garde régulé.....	37
1.2.4 Les textes officiels régissant la Permanence des Soins	37
1.2.4.1 Le code de déontologie médicale.....	37
1.2.4.1.1 L'article 77	37
1.2.4.1.2 Les autres articles du Code de Déontologie Médicale concernant la Permanence des Soins	38
1.2.4.1.2.1 L'article 47 : La continuité des soins	38
1.2.4.1.2.2 L'article 9 : L'assistance aux patients en péril	39
1.2.4.1.2.3 L'article 32 : L'engagement envers les patients.....	39
1.2.4.2 Le Code de Santé Publique.....	40
1.2.4.2.1 La définition législative de la Permanence des Soins : article R.730	40
1.2.4.2.2 La sectorisation : article R.730	40
1.2.4.2.3 Le volontariat : articles R.731 et R.733	41
1.2.4.2.4 La régulation : articles R.732 et R.734	41
1.2.4.2.5 Le cahier des charges départemental : article R.735.....	42
1.2.4.2.6 Le CODAMUPS : article L.6313-1	43
1.2.4.2.6.1 Définition et historique.....	43
1.2.4.2.6.2 Son rôle	43
1.2.4.2.6.3 La composition du CODAMUPS.....	44
1.2.4.3 Le Code Pénal.....	46
1.2.4.3.1 Le fondement légal de l'omission de porter secours	46
1.2.4.3.2 L'appréciation du péril par le médecin de garde	47
1.2.4.3.3 L'attitude du médecin de garde face au péril pressenti ou identifié	48
1.2.4.3.4 L'absence de risque pour le médecin de garde	49
1.2.5 Les évolutions de l'organisation de la Permanence des Soins depuis 2006	49
1.2.5.1 Le rapport d'évaluation du nouveau dispositif de Permanence de Soins en médecine ambulatoire présenté par l'IGAS et l'IGA en mars 2006	49
1.2.5.2 Le décret du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence	51

1.2.5.3	La circulaire du 10 octobre 2006 relative à l'organisation de la Permanence des Soins	52
1.2.5.4	La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007	52
1.2.5.4.1	La reconnaissance du caractère de mission de service public de la Permanence des Soins	53
1.2.5.4.2	L'extension de la mission de PDS aux médecins non conventionnés	53
1.2.5.5	Le décret du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la Permanence des Soins	54
1.2.5.6	Le rapport de la Cour des Comptes sur les « Urgences médicales : constats et évolutions récentes » de février 2007 par P. SEGUIN	54
1.2.5.7	Le rapport GRALL de juillet 2007 : mission de médiation et de propositions d'adaptation de la Permanence des Soins	56
1.2.5.8	La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008	59
1.2.5.9	L'avenant 27 à la convention nationale des médecins libéraux, arrêté du 21 décembre 2007.	60
1.2.5.10	Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital par Mr G. LARCHER en avril 2008	60
1.2.5.11	Rapport sur la « création du conseil national de l'urgence et de la Permanence des Soins » par le Pr Pierre CORIAT en mai 2008	62
1.2.5.12	Rapport d'information sur la Permanence des Soins par Mr P.BOËNNEC en octobre 2008	63
1.2.5.13	La création des Agences Régionales de Santé (ARS)	66
1.2.6	Etat des lieux de la Permanence des Soins en janvier 2008, enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins.	70
1.2.7	Le financement de la Permanence des Soins	71
1.2.8	Exemples d'organisation de la Permanence des Soins dans d'autres pays européens	73

1.3 Organisation de la Permanence des Soins en Meurthe-et-Moselle..... 74

1.3.1	Le département	74
1.3.1.1	Géographie et démographie	74
1.3.1.2	La démographie médicale en Meurthe-et-Moselle	75
1.3.1.3	La protection sociale en Meurthe-et-Moselle	76
1.3.2	Organisation de la Permanence des Soins en Meurthe-et-Moselle	76
1.3.2.1	La sectorisation en Meurthe-et-Moselle	76
1.3.2.2	La régulation médicale libérale	77
1.3.3	Organisation de la Permanence des Soins sur la Communauté Urbaine du Grand Nancy et sur la Communauté des Communes du Sel et Vermois	77
1.3.3.1	Présentation de la CUGN et de la Communauté des Communes du Sel et Vermois	77
1.3.3.2	Organisation de la Permanence des Soins avant décembre 2003	78
1.3.3.3	Organisation de la Permanence des Soins depuis décembre 2003	78
1.3.3.4	L'offre médicale locale	79

2 LES ACTEURS DE LA PERMANENCE DES SOINS SUR LA CUGN ET SUR LA COMMUNAUTE DES COMMUNES DU SEL ET VERMOIS80

2.1	Médigarde	80
2.1.1	Historique	80
2.1.2	Description	80
2.1.3	Activité de Médigarde	81
2.2	Le SAMU 54	82
2.2.1	Historique	82
2.2.2	L'organisation actuelle de l'aide médicale urgente pré-hospitalière et de la régulation médicale	82
2.2.3	Description du SAMU 54	84
2.2.4	L'activité du Centre 15	85
2.2.4.1	Nombre d'appels reçus par le Centre 15 au cours de ces 10 dernières anné.	85

2.2.4.2	Répartition mensuelle des appels reçus au Centre 15 au cours de ces 10 dernières années	86
2.2.4.3	Répartition hebdomadaire des appels reçus au Centre 15 au cours de ces 10 dernières années	87
2.2.4.4	Répartition nycthémerale des appels au Centre 15 au cours de ces 10 dernières années	88
2.3	Les urgences	88
2.3.1	Le Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Central (SAU)	89
2.3.1.1	Historique	89
2.3.1.2	Description	89
2.3.1.3	Activité du SAU	90
2.3.1.3.1	Nombres d'entrées et d'hospitalisations au SAU entre 1996 et 2007	90
2.3.1.3.2	Répartition mensuelle du nombre d'entrées au SAU en 2007	91
2.3.1.3.3	Répartition hebdomadaire du nombre d'entrées au SAU en 2007 tenant compte de la période de PDS	92
2.3.1.3.4	Répartition nycthémerale du nombre d'entrées au SAU en 2007	93
2.3.1.3.5	Provenance des patients consultants au SAU en 2007	93
2.3.1.3.6	Motifs de recours des patients consultants au SAU en 2007	94
2.3.2	UPATOU Gentilly de Nancy	96
2.3.2.1	Historique	96
2.3.2.2	Description	96
2.3.2.3	Activité de l'UPATOU	96
2.3.3	Le service d'accueil des urgences pédiatriques (POSU)	97
2.3.3.1	Historique	97
2.3.3.2	Description	97
2.3.3.3	Activité du POSU	98
2.3.3.3.1	Nombre d'entrées et d'hospitalisations au POSU de 2004 à 2007	98
2.3.3.3.2	Répartition nycthémerale du nombre d'entrées au POSU en 2007	99
2.3.3.3.3	Motifs de recours des patients consultants au POSU en 2007	99
2.4	Les médecins généralistes installés en cabinet	100
2.5	La Maison Médicale Les Bains Douches	101
2.5.1	Description	101
2.5.2	Activité des Bains Douches	102
2.5.2.1	Nombre de consultations effectuées aux Bains Douches depuis juillet 2003	102
2.5.2.2	Répartition mensuelle du nombre de consultations aux Bains Douches de 2005 à 2007	103
2.5.2.3	Répartition hebdomadaire des consultations aux Bains Douches de 2005 à 2007	103
2.6	SOS Médecins Meurthe et Moselle	104
2.6.1	Présentation de SOS Médecins	104
2.6.1.1	Historique	104
2.6.1.2	Présentation de la fédération SOS Médecins France	104
2.6.1.3	Le cahier des charges de SOS Médecins France	105
2.6.1.4	Une place reconnue dans la prise en charge des urgences et de la Permanence des Soins	105
2.6.1.5	Une participation à des actions nationales de Santé Publique	107
2.6.2	Présentation de SOS Médecins Meurthe et Moselle	107
2.6.2.1	Historique	107
2.6.2.2	Description	107
2.6.2.2.1	Effectifs et locaux	107
2.6.2.2.2	Secteur géographique d'intervention de SOS Médecins Meurthe et Moselle	108
2.6.2.2.3	Déroulement pratique de la réponse médicale	108
2.6.2.2.4	Respect du cahier des charges de SOS Médecins	110
2.6.2.2.5	Une collaboration renforcée avec des institutions de soins locales	111
2.6.2.3	L'activité de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle	112

2.6.2.3.1	Nombre d'appels reçus et de visites effectuées par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle de 2003 à 2007	112
2.6.2.3.2	Répartition mensuelles du nombre de visites effectuées par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle en 2007	114
2.6.2.3.3	Répartition nyctémérale des appels reçus par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle en 2007	115
2.6.2.3.4	Répartition des visites effectuées par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle tenant compte de la période de PDS en 2007	116
2.6.2.3.5	Provenance des appels à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle en 2007	117
2.6.2.3.6	Motifs d'appel à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle en 2007	118
2.6.2.3.7	Les délais d'intervention de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle en 2007	119

3 RESULTATS DE L'ENQUÊTE CONCERNANT L'EVALUATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AUPRES DU GRAND PUBLIC DANS LE SECTEUR SOS MEDECINS MEURTHE-ET-MOSELLE (A propos de 255 réponses)..... 120

3.1 Objectifs de l'enquête..... 120

3.2 Matériel et méthode 120

3.2.1	Type et lieu de l'étude	120
3.2.2	Déroulement de l'étude	121
3.2.3	Nature des données recueillies	121
3.2.4	Exploitation des données	122

3.3 Résultats 122

3.3.1	Données sociodémographiques (n = 255).....	123
3.3.1.1	Sexe	123
3.3.1.2	Age	123
3.3.1.3	Niveau d'étude.....	124
3.3.1.4	Activité socio-professionnelle	124
3.3.1.5	Ville de résidence	125
3.3.1.6	Médecin traitant.....	125
3.3.1.7	Couverture sociale	125

3.3.2	Résultats concernant l'attitude des sujets estimant avoir été confronté à un problème médical urgent depuis janvier 2006	126
3.3.2.1	Premier numéro de téléphone composé	126
3.3.2.2	Prise en charge.....	127
3.3.2.3	Lieu de prise en charge.....	127
3.3.2.4	Satisfaction générale des sujets sondés.....	128
3.3.2.5	Décision finale prise	129
3.3.2.6	Comparaison entre les différents intervenants sollicités au cours de ce problème médical urgent	130
3.3.2.6.1	Intervenant ayant effectué la prise en charge en fonction du premier numéro	130
3.3.2.6.2	Lieu de prise en charge en fonction de l'intervenant.....	133
3.3.2.6.3	Satisfaction en fonction de l'intervenant	134
3.3.2.6.4	Décision finale prise en fonction de l'intervenant	137

3.3.3	Résultats concernant les différentes structures assurant la Permanence des Soins sur la CUGN et sur la Communauté des Communes du Sel et Vermois (n = 255)	138
3.3.3.1	SOS Médecins	138
3.3.3.2	Les Bains Douches	140
3.3.3.3	Les Urgences	142
3.3.3.4	Médigarde.....	143
3.3.3.5	Comparaison entre les différents structures assurant la Permanence des Soins sur la CUGN et sur la Communauté des Communes du Sel et Vermois. (n=255)	144

3.3.4	Résultats concernant l'avis de la population sur l'organisation des soins sur la CUGN et sur la Communauté des Communes du Sel et Vermois (n=255).....	147
3.3.4.1	En cas de problème médical urgent en journée la semaine.....	147
3.3.4.2	En cas de problème médical urgent la nuit ou le week-end.....	148
4	DISCUSSION.....	149
4.1	Au sujet des résultats de notre enquête.....	149
4.1.1	Biais et limites de l'étude	149
4.1.2	A propos du profil de la population sondée.....	150
4.1.3	A propos de l'attitude de la population sondée de la CUGN et de la Communauté des Communes du Sel et Vermois en cas de problème médical urgent.....	151
4.1.3.1	Concernant le premier numéro de téléphone composé	151
4.1.3.2	Concernant l'intervenant ayant effectué la prise en charge initiale	152
4.1.3.3	Concernant le lieu de prise en charge	153
4.1.3.4	Concernant la satisfaction générale des sondés	153
4.1.3.5	Concernant la décision finale prise	154
4.1.4	A propos des différentes structures assurant la Permanence des Soins sur la CUGN et sur la Communauté des Communes du Sel et Vermois.....	154
4.1.4.1	SOS Médecins	154
4.1.4.2	Les Bains Douches	156
4.1.4.3	Les Urgences	157
4.1.4.4	Médigarde.....	158
4.1.4.5	Comparaison entre les différents acteurs de la Permanence des Soins sur la CUGN et sur la Communauté des Communes du Sel et Vermois.....	159
4.1.4.5.1	En fonction de l'âge.....	159
4.1.4.5.2	En fonction du sexe	159
4.1.4.5.3	En fonction de l'activité socio-professionnelle	159
4.1.4.5.4	En fonction de la couverture sociale.....	160
4.1.4.5.5	En fonction du lieu de résidence.....	161
4.1.5	Conclusion concernant notre enquête.....	161
4.2	Réflexions et perspectives d'organisation de la Permanence des Soins	162
4.2.1	Informar, sensibiliser et éduquer la population	162
4.2.2	Définir le rôle des acteurs de la Permanence des Soins.....	163
4.2.2.1	La régulation médicale	163
4.2.2.2	Les urgences	164
4.2.2.3	Les médecins libéraux	166
4.2.2.4	Les maisons médicales de garde.....	167
4.2.2.5	Les associations de Permanence des Soins, type SOS Médecins	169
	CONCLUSION.....	171
	BIBLIOGRAPHIE	173
	ANNEXES.....	182

ABREVIATIONS

AMPP : Aide Médicale Permanente de la Population

AMU : Aide Médicale Urgente

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CDOM : Comité Départemental de l'Ordre des Médecins

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNOM : Comité National de l'Ordre des Médecins

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

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

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

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CUGN : Communauté Urbaine du Grand Nancy

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DRAM : Direction Régionale de l'Assurance Maladie

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

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

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

FMC : Formation Médicale Continue

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

HADAN : Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéenne

HAS : Haute Autorité de Santé

IGA : Inspection Générale de l'Administration

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MMG : Maison Médicale de Garde

MT : Médecin traitant

PARM : Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale

POSU : Pôle Spécialisé d'accueil et de traitement des Urgences

PDS : Permanence Des Soins

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SCM : Société Civile de Moyens

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UPATOU : Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

INTRODUCTION

Jusqu'en 2001, la Permanence des Soins (PDS) était organisée de manière très variable selon les départements : médecin disponible uniquement pour sa patientèle, participation à des tours de gardes organisés par quelques médecins du secteur, voire existence sur quelques grands centres urbains d'associations de médecins urgentistes libéraux telles que SOS Médecins.

Au regard de ces montages locaux, aucune disposition ni même réflexion sur le plan national n'avaient été réellement engagées. Le mouvement de grève des médecins généralistes de novembre 2001 a mis en lumière un profond malaise de la profession, la difficulté à assurer la PDS en médecine ambulatoire et la nécessité de réorganiser le système de garde. Cette grève des gardes a largement contribué à alerter les pouvoirs publics. Ainsi sur le plan législatif différents textes jalonnent la réorganisation de la PDS depuis 2003 jusqu'à ces derniers mois.

Réorganiser la PDS implique de revoir le rôle de chacun des intervenants. La gestion des demandes de soins non programmés ne peut être gérée exclusivement par le SAMU et l'hôpital, l'aide de la médecine libérale est indispensable. C'est une organisation conjointe et coordonnée entre tous les acteurs qui seule peut garantir une meilleure prise en charge des soins non programmés.

Nous avons souhaité étudier l'attitude de la population de la CUGN et de la Communauté des Communes du Sel et Vermois confrontée à un problème médical urgent. Connaissent-ils les différents acteurs de la PDS sur le secteur ? Y ont-ils recours ? Pour quels motifs ?

L'organisation de la PDS en France reste un chantier en pleine évolution. A ce jour la PDS n'a pas encore trouvé de solutions satisfaisantes et pérennes. Au-delà de l'exemple de l'organisation de la PDS sur la CUGN et la Communauté des Communes du Sel et Vermois, l'objet de cette thèse est d'apporter une réflexion plus générale sur la PDS qui s'inscrit dans un problème de santé publique et d'envisager quelques réponses à des questions toujours d'actualité, à savoir : Comment améliorer la gestion des soins médicaux non programmés ? Comment mieux la coordonner ? Comment garantir une réponse homogène sur le territoire ?

Existe-t-il une organisation idéale de la PDS satisfaisant à la fois les professionnels de santé, les patients et les pouvoirs publics ? Doit-on limiter la PDS aux horaires de nuit, de week-end et de jours fériés ? Les associations de médecins urgentistes libéraux qui se sont spécialisées dans la prise en charge ambulatoire des soins non programmés 24h/24 et 7j/7 ne constituent-elles pas une des solutions parmi les plus réalistes et efficaces et qui pourrait être généralisée et adaptée à de nombreuses situations rencontrées à travers la France ?

Dans la première partie de notre travail sera présentée l'organisation de la PDS en France et ses récentes évolutions, ainsi que sur la région nancéienne, ensuite nous donnerons quelques exemples de pays européens. Dans la seconde partie nous présenterons les différents acteurs de la PDS sur le secteur : Médigarde, le SAMU 54, les services d'urgences hospitalières et cliniques, les médecins libéraux, la maison médicale des Bains Douches et l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle. La troisième partie de notre travail sera consacrée à notre enquête sur l'attitude de la population confrontée à un problème médical urgent sur la CUGN et la Communauté des Communes du Sel et Vermois, nous présenterons notre étude et nos résultats. Enfin dans la quatrième et dernière partie, nous essayerons d'apporter des éléments de réflexion sur l'organisation de la prise en charge des demandes de soins non programmés et les améliorations envisageables du système actuel.

1 LA PERMANENCE DES SOINS

1.1 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 programmés, exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que le dimanche et les jours fériés et en l'absence d'un médecin traitant ». Cette définition se base sur le rapport du sénateur Charles DESCOURS (1) paru le 22 janvier 2003, véritable fondement de l'organisation de la PDS.

En effet, à toute heure du jour et de la nuit, un patient peut rencontrer un problème médical qu'il estime urgent. En dehors de l'ouverture du cabinet de son médecin traitant il doit pouvoir trouver aisément une réponse médicale, qu'il s'agisse d'un conseil téléphonique, d'une consultation ou d'un transport à l'hôpital. Il peut s'agir d'une urgence vitale ou d'une urgence ressentie par le patient, même si celle-ci ne présente pas un danger immédiat, réel, elle doit être prise en compte et recevoir une réponse médicale adaptée. Cette réponse médicale implique une organisation entre un grand nombre d'acteurs : médecins régulateurs, médecins de garde, médecins du SAMU, transporteurs sanitaires, services d'accueil des urgences...

Il est aussi dit dans le rapport DESCOURS de 2003 que « la PDS n'est pas la continuité des soins, obligation déontologique, imposée par l'article 47 du Code de Déontologie Médicale au praticien envers sa patientèle. Elle oblige chaque praticien à orienter ses patients vers des structures adaptées si lui-même ne peut pas les prendre en charge ».

Le rapport précise également que « l'organisation de la PDS et celle de la prise en charge des urgences sont complémentaires. La délimitation entre ces deux domaines étant difficile à établir a priori, ces deux organisations doivent être coordonnées et médicalement régulées. La PDS doit être conçue comme un système en réseau ».

L'organisation de la PDS implique donc la mise en place d'une chaîne de moyens humains et techniques au service de la population. Elle a ainsi été reconnue « mission d'intérêt général » depuis janvier 2003 (2), terminologie quelque peu modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (3) en ces termes : « mission de service public ».

L'essentiel des propositions du rapport est repris par le décret du 15 septembre 2003, qui fait apparaître pour la première fois la notion de PDS dans le Code de Santé Publique (4).

1.2 Organisation de la Permanence des Soins en France

1.2.1 Avant 2003

La PDS en médecine libérale est essentiellement organisée, avant 2003, en fonction de l'offre médicale existante, dans le respect du Code de Déontologie (5), s'appuyant essentiellement sur la loi sur l'Aide Médicale Urgente (AMU) de 1986 (6), sans cadre réglementaire précis (7).

1.2.1.1 Une obligation déontologique

La PDS est organisée essentiellement avant 2003 dans le respect du Code de Déontologie (5). Elle repose sur une obligation déontologique : article 77 « la permanence des soins est un devoir de tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. Le conseil départemental de l'Ordre des Médecins peut néanmoins accorder des exemptions, compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé, et, éventuellement de ses conditions d'exercice ».

Le conseil départemental joue donc un rôle de coordination entre les différents acteurs libéraux locaux assurant ce service de garde et peut de façon temporaire ou permanente accorder une exemption à ce service de garde.

Le «service de garde » assure à tout moment une réponse médicale à une demande d'un patient que l'urgence soit réelle ou ressentie, sur un territoire délimité. La réponse

médicale passe bien souvent par une visite à domicile, sans que cette modalité d'intervention ne constitue une obligation déontologique ni une nécessité médicale.

L'organisation de la PDS ne repose donc à l'époque sur aucun cadre réglementaire.

1.2.1.2 En pratique, les CODAMU

Le Comité Départemental d'Aide Médicale Urgente et des transports sanitaires (CODAMU) organise la PDS au niveau départemental en coordonnant les différents acteurs du système.

Les CODAMU ont été créés par la loi sur l'Aide Médicale Urgente (AMU) du 6 janvier 1986 (6). L'AMU a pour mission d'assurer aux patients des soins d'urgence appropriés à leur état de santé, quelque soit l'heure et l'endroit où ils se trouvent. Les décrets d'application de la loi sur l'AMU ont également mis en place les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU), les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et les Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA). PDS et AMU sont intimement liés.

Le CODAMU veille à la coopération des différents acteurs participant à l'AMU, à la qualité de sa distribution et à son ajustement aux besoins de la population.

Sa composition est ainsi définie par le décret n°87-964 du 30 novembre 1987 (8) :

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

- 4 membres de droit (ou leurs représentants) :

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

- 4 représentants des collectivités territoriales :

Deux maires et deux conseillers généraux.

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

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

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

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

Sur le terrain, les CODAMU gèrent des situations très différentes d'un département à l'autre. En effet l'organisation tient compte de la densité de la population, des caractéristiques géographiques, de la démographie médicale et de l'implication de chaque médecin....

Certains départements ont pu ainsi développer des maisons médicales de garde (MMG), des centres de réception et de régulation des appels (CRRA) ; pour d'autres la PDS n'y est assumée que par un médecin libéral de garde réceptionnant et assurant seul les appels des patients de son secteur.

1.2.2 Une réorganisation nécessaire (7)

1.2.2.1 La grève des gardes en médecine générale

Le 15 novembre 2001 un mouvement de grève est lancé par deux syndicats d'omnipraticiens. Les médecins généralistes démarrent alors une grève des gardes de nuit, qui s'étendra peu à peu aux gardes de week-end, aux jours fériés, aux ponts, il y aura même quelques « journées sans toubibs ». Celle-ci durera jusqu'en juin 2002 et sera suivie par une grande partie des médecins généralistes libéraux.

En effet ceux-ci réclament une revalorisation des actes médicaux : les honoraires de la consultation au cabinet, de la visite à domicile mais surtout des gardes, ces dernières venant s'ajouter à une activité déjà très chargée.

Ils veulent également que ces heures de gardes soient reconnues « mission de service public ». En effet ils proposent que la participation à la PDS ne soit plus seulement basée sur une obligation déontologique mais sur le volontariat, tout en créant un cadre juridique pour éviter d'éventuelles carences liées au volontariat.

Pendant ce temps les centres 15 et les services d'accueil des urgences sont submergés, les patients se tournant en effet vers les seuls interlocuteurs disponibles (9). Les urgences vitales sont noyées au milieu de multiples demandes ne relevant pas du SAMU (10). Les services d'accueil des urgences déjà habituellement saturés doivent assumer cette augmentation de leur fréquentation sans moyen supplémentaire. L'absence des acteurs libéraux met en péril la PDS.

Cette grève aura duré 7 mois, la revalorisation des actes et l'engagement de réflexions sur la PDS apaisera le conflit.

1.2.2.2 Aux origines de la crise

1.2.2.2.1 La demande médicale en constante croissance

La demande médicale en France est en constante croissance depuis plusieurs années. Les dépenses de santé des soins prodigués par les médecins libéraux ont représenté 20,9 milliards d'euros en 2007 contre 13,5 milliards d'euros en 1995 (11).

Le nombre d'entrées dans les services d'urgences hospitalières a doublé entre 1990 et 2004, hors plus de 80% des patients ne sont pas hospitalisés (12), car pour la plupart ils relevaient d'une activité de médecine de ville. Ceci peut-être mis en parallèle avec le fait que 70% des patients venant aux urgences s'y rendent sans contact médical préalable (13). Ce surcroît de travail crée par ailleurs une fatigue du personnel hospitalier contraint à gérer une augmentation de la charge de travail sans moyen supplémentaire et une insatisfaction des patients obligés d'attendre des heures durant dans les salles d'attente des services d'urgence.

Le nombre d'appels vers les centres 15 a quant à lui triplé en 10 ans.

1.2.2.2.2 Une offre de soins qui diminue

Le vieillissement, la féminisation de la profession sont deux facteurs très importants, pouvant expliquer la diminution de la disponibilité des médecins notamment pour les gardes de nuit et de week-end (14).

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

La féminisation croissante de la profession entraîne une approche différente du métier de médecin : les femmes cherchent à concilier vie professionnelle et vie de famille et se tournent plus volontiers vers un poste salarié, offrant des horaires réguliers et sans garde. Certaines craignent également d'être plus exposées au risque d'agression pendant les nuits de garde.

1.2.2.2.3 Les nouvelles aspirations des médecins généralistes

Les médecins généralistes revendiquent une meilleure qualité de vie à l'heure où la population salariée passe aux 35 heures de travail hebdomadaire et où leurs confrères hospitaliers négocient leur temps de travail à 48 heures par semaine avec un repos compensateur les lendemains de garde. Ils aspirent à une vie privée et familiale en dehors de leur temps de travail.

1.2.2.2.4 Des conditions d'exercice de plus en plus difficiles pour les médecins libéraux

Les médecins généralistes libéraux à cette époque perçoivent une pression des pouvoirs publics et des caisses d'assurance maladie de plus en plus forte. Leur exercice se modifie avec l'apparition de nouvelles obligations inscrites dans les conventions passées avec les caisses d'assurance maladie.

Certaines sont bien acceptées car reconnues comme des avancées dans la prise en charge des patients, qu'il s'agisse d'actualiser les connaissances médicales (obligation de participer aux formations médicales continues) ou de favoriser le remboursement rapide des frais médicaux engagés par les patients. Le développement de l'informatisation nécessaire aux

remboursements médiés par carte vitale leur demande de nouvelles compétences et leur ajoute de nouvelles contraintes, tout en les obligeant à des investissements conséquents en temps et en argent, en échange d'une aide financière très mince.

D'autres obligations sont vécues comme des dispositifs contraignants et sujets à une surveillance rapprochée par les caisses d'assurance maladie de l'activité de chaque médecin libéral. On citera l'exemple des relevés individuels d'activité et de prescription remis trimestriellement à chaque praticien libéral, détaillant le nombre de traitement et génériques prescrits, d'arrêts de travail délivrés, avec les variations annuelles.

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

Dans leur exercice les médecins généralistes se sentent les premiers maillons des réseaux de soins. Ils réclament une rémunération des gardes revalorisée, compte tenu des contraintes de leur activité tant en terme de responsabilité, disponibilité, pénibilité et sécurité. Ils déplorent que leur participation à ce qu'ils considèrent comme une mission d'utilité publique (15) ne soit pas officiellement reconnue, alors que le secteur public lui-même fait appel à leurs services en leur déléguant une part importante des appels arrivants aux centres 15.

1.2.2.2.5 Un système de garde en crise

Le Dr Simon FILIPPI de MG Urgences recensait en 2001, 3098 secteurs de gardes (16) dont :

- 50,77% fonctionnaient la nuit et le week-end
- 30,54% ne fonctionnaient que le week-end
- 13,85% étaient disponibles 7 jours sur 7 et 24 h sur 24, grâce à une association de PDS
- 150 secteurs n'avaient aucun système de soins en place

L'offre des soins à cette époque est donc très disparate d'une région à l'autre. L'accès permanent et rapide aux soins n'était pas garanti pour les patients isolés, ou simplement situés

dans une zone à faible démographie médicale, ou encore dans une région dépourvue de coordination entre les médecins.

1.2.3 Depuis 2003 : une nouvelle organisation de la Permanence des Soins

En juillet 2002, le ministre de la santé, de la famille et des personnes âgées Mr J-F MATTEI confie la charge d'une réflexion sur la PDS à un groupe de travail présidé par le sénateur C. DESCOURS (1).

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

Ce groupe de travail s'attache d'une part à définir la nature de la mission de PDS et les obligations déontologiques qui lui sont associées et d'autre part à trouver des solutions permettant de garantir un égal accès aux soins.

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

Toutes ces propositions seront largement reprises dans les nouvelles dispositions réglementaires du Code de Santé Publique et du Code de Déontologie Médicale.

La nouvelle organisation de la PDS repose sur trois points essentiels : la sectorisation, le volontariat et la régulation.

La PDS s'organise département par département, avec une harmonisation nationale, et une implication des autorités. Cette organisation est arrêtée par les préfets qui président les CODAMUPS, leur rôle est de proposer une organisation départementale de la loi (7).

1.2.3.1 La PDS est reconnue mission d'intérêt général

La loi 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 reconnaît le caractère de mission d'intérêt général de la PDS (2). Elle lui donne une base juridique et lui consacre une modalité financière. Les médecins libéraux participant à la PDS, garantissant un accès aux soins de la population durant les nuits et les week-ends, touchent un forfait d'astreinte versé par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) (17).

1.2.3.2 Une nouvelle sectorisation

Les secteurs de garde divisant le département sont redéfinis pour permettre une harmonisation entre l'offre de soins existante et les besoins de la population, tenant compte de la densité de la population et de la démographie médicale. La délimitation des secteurs peut être amenée à varier au cours de l'année et de la nuit.

La sectorisation fait l'objet d'une large concertation avec l'ensemble des acteurs regroupés au sein des CODAMUPS.

1.2.3.3 La garde médicale devient une activité volontaire

Dans chaque secteur de garde un tableau départemental nominatif des médecins de garde est établi par les médecins volontaires.

Ces médecins peuvent être des médecins généralistes installés en cabinets traditionnels et acceptant de participer à la permanence en proposant des consultations à leur cabinet ou des visites quand ils le jugent nécessaire, ou des médecins regroupés en associations de PDS.

La création des maisons médicales de garde travaillant en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux complète le dispositif. Les consultations ont lieu les soirs et les week-ends, s'arrêtant bien souvent en milieu de nuit. Une activité n'ayant donc pas lieu 24

heures sur 24 et n'étant accessible qu'aux personnes pouvant se déplacer au cabinet médical. Ce dispositif ne permettant donc de répondre qu'à une partie des besoins de la PDS.

Enfin d'autres médecins décident de ne plus participer aux gardes de nuits et de week-ends lorsque le tableau départemental de garde est rempli par d'autres confrères volontaires, sans solliciter d'exemption au conseil de l'Ordre (comme c'était le cas avant 2003).

1.2.3.4 L'accès au médecin de garde régulé

La nouvelle organisation de la PDS a pour but d'apporter une réponse adéquate aux demandes de soins non programmés. Le rôle de la régulation est de filtrer les appels à caractères urgents parmi les actes ne nécessitant pas l'intervention d'un médecin en période de PDS et pouvant être reportés aux périodes d'ouverture des cabinets médicaux.

Une régulation médicale libérale est mise en place en coordination avec les centres 15, soit par participation directe au centre 15, soit sous le biais d'une autre organisation travaillant en interconnexion avec le centre 15.

1.2.4 Les textes officiels régissant la Permanence des Soins (7)

1.2.4.1 Le code de déontologie médicale

1.2.4.1.1 L'article 77

Avant les événements de 2003, l'article 77 du code de déontologie médicale était la seule base juridique de l'organisation de la PDS. La participation des médecins libéraux à la PDS était une obligation déontologique (5), seuls certains pouvaient être exemptés de ce service de garde suite à l'avis du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Le 15 septembre 2003, le décret 2003-881 vient modifier l'article 77 (18). Ce décret fait suite à un compromis entre l'Ordre des Médecins souhaitant une obligation totale pour les médecins d'assurer les gardes et le volontariat total réclamé par certains syndicats de médecins. « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre

des lois et des règlements qui l'organisent ». Ainsi la participation aux gardes n'est pas obligatoire, elle est basée sur le volontariat. Le tableau de garde est rédigé par les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, rempli par les médecins volontaires puis transmis au Préfet. En cas de carences, il est possible de procéder à des réquisitions.

Le principe du volontariat ne remet pas en cause l'application de l'article 47 du Code de Déontologie Médicale sur la continuité des soins. Cet article stipule que le médecin qui refuse d'assurer la continuité des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, doit en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. Appliqué dans le cadre de la PDS, le principe de continuité de soins du à la patientèle oblige le médecin qui n'est pas de garde à s'assurer que ses patients seront bien pris en charge (1). Les médecins ne peuvent prétendre remplir leurs obligations à cet égard par un renvoi systématique des appels sur le centre 15, mais doivent s'organiser pour que nuit et jour, une permanence soit assurée pour les soins et les urgences. La nouvelle réglementation leur assure un moyen de répondre à leur obligation de continuité des soins, tandis que le volontariat leur permet de gagner une certaine liberté d'organisation.

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

1.2.4.1.2 Les autres articles du Code de Déontologie Médicale concernant la Permanence des Soins (5)

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

1.2.4.1.2.1 L'article 47 : La continuité des soins

« Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage

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

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

« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »

Toute la difficulté pour le médecin est d'apprécier la gravité de l'état du malade. En effet urgence réelle et urgence ressentie ne sont pas toujours corrélées. Le médecin doit pouvoir déterminer si l'intervention est urgente ou si un certain délai est acceptable. Apprécier la gravité au moment de l'appel est capital et délicat. Il faut faire face à une situation très anxiogène pour le patient et son entourage, qui peuvent parfois ressentir une situation comme un danger imminent alors qu'il s'agit en réalité d'un événement bénin et ignorés ou minimisés des événements de gravité majeure. L'interrogatoire, le recueil des données doit être bien systématisé et exhaustif pour ne pas méconnaître une situation d'urgence.

En cas de doute, le médecin se doit d'aller voir le malade ou le blessé quelque soit la perturbation apportée dans son travail. Si cela lui est impossible, il se doit de trouver un confrère qui puisse se déplacer pour assurer les soins nécessaires à cette personne et ainsi lui assurer une continuité de soins.

1.2.4.1.2.3 L'article 32 : L'engagement envers les patients

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

Le médecin de garde, assurant la PDS dans son secteur, constituant souvent le premier maillon du système, pourra ainsi avoir recours au renfort du SAMU, à un avis hospitalier, à un spécialiste de ville...

1.2.4.2 Le Code de Santé Publique

Le Code de Santé Publique a été modifié par le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 (4). Ce décret ajoute au livre VII du Code de la Santé Publique un titre II intitulé « Permanence des soins », il comprend les articles R.730 à R.735. Il donne ainsi la définition législative de la PDS, fixe les modalités de son fonctionnement (principes de sectorisation, de volontariat et de régulation), rénove les CODAMU en CODAMUPS et élabore le cahier des charges départementales.

Ces nouveaux articles seront modifiés par le décret 2005-328 du 7 avril 2005 pour suivre les évolutions de la PDS (19).

1.2.4.2.1 La définition législative de la Permanence des Soins : article R.730

La PDS peut se définir comme l'assurance d'un accès sans discontinuité aux soins médicaux. Il s'agit d'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 programmés, exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que le dimanche et les jours fériés et en l'absence d'un médecin traitant.

Elle est assurée par des médecins libéraux de garde dans leurs cabinets, dans des maisons médicales, ou au domicile du patient, ainsi que par des médecins appartenant à des associations de PDS (19).

Elle remplit une mission d'intérêt général reconnue par la loi (2) en garantissant un accès aux soins médicaux à l'ensemble de la population quelque soit sa situation géographique, le jour ou l'horaire de la demande.

1.2.4.2.2 La sectorisation : article R.730

La PDS est organisée au niveau départemental. Chaque département est divisé en plusieurs secteurs en fonction des données géographiques, démographiques et de l'offre de soins existante. Le nombre et les limites des secteurs sont arrêtés par le préfet du département

et, à Paris, par le préfet de police, après consultation du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins et avis du CODAMUPS (20). Si besoin, des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués. La sectorisation est ensuite transmise à l'ensemble des acteurs de la PDS, et pour chaque secteur est établi un tableau nominatif des médecins de permanence.

La taille d'un secteur doit permettre un exercice médical satisfaisant, en tenant compte de nombreux critères comme le nombre d'actes, les distances à parcourir, le délai d'attente pour les patients...(21). Depuis le 7 avril 2005, les limites des secteurs géographiques peuvent varier au cours de l'année, et être adaptées aux besoins de la population, ainsi certains secteurs peuvent fusionner en deuxième partie de nuit, lorsque la demande de soins est plus faible et que le nombre de médecins nécessaire est donc moindre. La carte des secteurs est réexaminée annuellement (22).

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

Le volontariat est la nouvelle base de participation à la PDS. Les médecins volontaires établissent pour chaque secteur un tableau nominatif des gardes. Ce tableau est alors vérifié par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, qui en cas d'insuffisance de médecins volontaires prend avis auprès des organisations représentatives des médecins libéraux, des médecins libéraux des secteurs concernés, des associations de PDS... pour compléter ce tableau. Si toutefois ce tableau reste incomplet, le préfet procède alors à des réquisitions.

Le tableau ainsi complété est alors transmis aux différents intervenants de la PDS (SAMU, caisses d'assurance maladie, organisations représentatives des médecins...)

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

L'accès au médecin de garde fait l'objet d'une régulation préalable, régulation organisée par le centre 15 et la régulation médicale libérale.

Cette régulation a été mise en place afin de limiter le nombre de visites à domicile. L'objectif est, à la fois de limiter le coût financier supporté par la collectivité et de ne pas accroître la charge de travail lorsque le motif de l'appel ne le justifie pas.

La loi prévoit la participation des médecins libéraux à la régulation, au sein des Centres de Réception et de Régulation des Appels médicaux (CRRA). L'accès au médecin de garde peut également être assuré par des centres d'appel des associations de PDS si ceux-ci sont interconnectés avec le SAMU. Le décret ne rend pas obligatoire la présence de médecins au sein des centres d'appel des associations de PDS, il n'écarte pas non plus cette possibilité déjà mise en œuvre dans plusieurs départements. De plus, la participation des ces associations à la PDS n'implique pas que les demandes qui leur sont directement adressées soient régulées dans le cadre de la PDS. De même, un médecin peut recevoir directement des appels de ses patients aux heures de la PDS et leur apporter le cas échéant les soins nécessaires (22). Les modalités de l'interconnexion entre deux centres d'appel sont définies par une convention conclue entre l'établissement hospitalier où est situé le SAMU et l'association de PDS (19).

Même si le décret ne le précise pas, cette convention signée par des praticiens, qui a pour objet l'exercice de la médecine et les rapports entre médecins, devra être communiquée pour avis au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, conformément à l'article L 4113-6 du Code de la Santé Publique (23). Cette convention est ensuite soumise au CODAMUPS avant de recevoir l'approbation préfectorale.

1.2.4.2.5 Le cahier des charges départemental : article R.735

Il est basé sur un cahier des charges type, établit par le ministre de la santé et adapté à chaque département. Il est arrêté par le préfet après avis des CODAMUPS.

Il fixe les conditions d'organisation de la PDS dans le but d'assurer une adéquation entre l'offre de soins et les besoins de la population dans un secteur géographique donné. Ainsi il tient compte des données géographiques (infrastructures routières, particularités liées à l'environnement, la sécurité du secteur...), de la densité de la population concernée, des besoins de la population et des moyens médicaux, humains et techniques disponibles (21).

Il décrit l'offre de soins, c'est-à-dire l'ensemble des acteurs médicaux volontaires pour assurer la PDS (secteurs publics ou privés, centres de soins, cabinets médicaux de garde ou associations dédiées à la PDS), il fixe les modalités de détermination des secteurs géographiques, il précise les éventuelles collaborations nécessaires entre médecins de garde et structures hospitalières ainsi que les modalités de participation des médecins spécialistes, il

détermine les critères d'évaluation des besoins de la population (tâche complexe, nécessitant un certain nombre d'outils statistiques, décrivant la demande médicale dans la période de la PDS), enfin il prévoit les indicateurs d'évaluation du dispositif de la PDS.

1.2.4.2.6 Le CODAMUPS : article L.6313-1

1.2.4.2.6.1 Définition et historique

Le CODAMU (Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence et de Transports Sanitaires) avait été créé par la loi relative à l'Aide Médicale Urgente (AMU) du 6 janvier 1986 (6).

Le CODAMUPS (Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires) résulte de l'évolution du CODAMU, modifié par le décret du 15 septembre 2003 (4). Cette transformation reflète bien du chemin parcouru. La PDS étant reconnue comme une entité à part entière et tous ses acteurs étant maintenant bien représentés.

1.2.4.2.6.2 Son rôle

Le CODAMUPS a un rôle central dans l'organisation de la PDS de chaque département.

Le Code de Santé Publique définit ainsi sa mission : « il doit veiller (20) à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la PDS et à son ajustement aux besoins de la population. Il s'assure de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente, aux dispositifs de la PDS et aux transports sanitaires ».

A lui d'évaluer les besoins de soins de la population dans les horaires particuliers de la PDS, de garantir une réponse médicale adaptée. Il donne également son avis sur la détermination des secteurs départementaux et sur le cahier des charges organisant la PDS et doit trancher sur la question du coût supporté par la communauté.

Il regroupe les représentants de tous les acteurs impliqués dans la PDS, comme nous allons le voir.

1.2.4.2.6.3 La composition du CODAMUPS

Le décret du 15 septembre 2003 (4) fait évoluer la composition du CODAMU telle qu'elle avait été fixée par le décret du 30 novembre 1987 (8).

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

- des membres de droit (ou leurs représentants)
 - déjà présents au CODAMU : le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, le médecin inspecteur de la santé, le directeur départemental du service d'incendie et de secours, le médecin chef départemental du service d'incendie et de secours
 - s'y ajoute : le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation
- des représentants des collectivités territoriales
 - deux maires et deux conseillers généraux
- des membres désignés par les organismes qu'ils représentent
 - déjà présents au CODAMU : un médecin représentant le conseil départemental de l'ordre des médecins, un médecin conseil du régime général d'assurance maladie, trois représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie, un représentant de la Croix-Rouge française
 - s'y ajoutent : un représentant de l'union régionale des caisses d'assurance maladie, un représentant de l'union régionale des médecins libéraux
- des membres nommés par le préfet issus des organisations les plus représentatives dans leurs domaines
 - déjà présents au CODAMU (même effectif) : un médecin du SAMU, un médecin du SMUR, un directeur de centre hospitalier doté d'un SAMU, un représentant syndical des hôpitaux publics, le commandant d'un corps de sapeurs-pompiers, deux représentants de l'hospitalisation privée, cinq représentants des syndicats de transports sanitaires

- déjà présents au CODAMU (mais effectifs différents) : un médecin libéral désigné par les instances locales des organisations syndicales représentatives au niveau national (au lieu de 2 médecins au CODAMU), un médecin de chacune des « associations de permanence de soins » locales (au lieu de 2 médecins « d'organisations ou associations de médecins (...) qui participent à l'organisation de l'aide médicale urgente »)

-s'y ajoutent : deux médecins de l'accueil des urgences hospitalières, un représentant des associations de patients ou « usagers ».

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

- le sous comité médical

Il est formé par tous les médecins présents au CODAMUPS et est présidé par le médecin inspecteur de la santé. Comme pour les CODAMU, il se réunit au moins deux fois par an pour « examiner les questions relevant de l'activité médicale et de l'aide médicale urgente et veiller au respect de la déontologie médicale » (8). Depuis le décret du 15 septembre 2003 (4), il se doit « d'évaluer chaque année l'organisation de la permanence des soins et de proposer les modifications qu'il juge souhaitables ». Il recueille les informations émanant du terrain, afin de juger de la bonne garantie de la PDS. Il peut modifier les moyens humains mis en œuvre aux trois niveaux de la PDS (sectorisation, volontariat, régulation), le seul but étant de répondre le plus efficacement et équitablement à la demande médicale de la population. Enfin il émet un avis sur le cahier des charges départemental de la PDS après proposition du Conseil de l'Ordre.

- le sous-comité des transports sanitaires

Il comprend des représentants des professionnels de transports sanitaires, des représentants des pouvoirs publics et des médecins (4). Il organise, dans le cadre de la PDS, le transport des malades à l'échelle du département, notamment en donnant son avis sur les agréments de transport sanitaire.

1.2.4.3 Le Code Pénal

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

La responsabilité pénale du médecin peut être engagée du fait de délit de droit commun (infractions figurant au Code Pénal et pouvant être commise par tout citoyen : atteintes volontaires et involontaires à la vie ou à l'intégrité physique, non-assistance à personne en péril...) et des délits professionnels (violation du secret médical, faux certificats, infractions au Code de la Sécurité Sociale....).

Les manquements peuvent relever de la mise en danger délibérée d'autrui (article 223-1 du Code Pénal), de la responsabilité pénale par faute d'imprudence (article 121-3, 221-6 et 221-19 du Code Pénal), ou de la non assistance à personne en danger (article 223-6 alinéa 2 du Code Pénal) (24) (cas le plus fréquent de contentieux dans le domaine de la garde médicale) (25) (26).

1.2.4.3.1 Le fondement légal de l'omission de porter secours

Tout médecin, comme tout citoyen est soumis à l'article 223-6, alinéa 2 du Code Pénal : « Sera puni des mêmes peines (5 ans d'emprisonnement et 75000 euros d'amende) quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par une action personnelle, soit en provoquant un secours ».

L'abstention de porter secours est punissable lorsqu'elle est volontaire, il n'y a dès lors délit que si son auteur a eu conscience du péril (27). Ainsi lorsque le médecin est auprès d'un patient et que par suite d'une erreur d'appréciation, il n'accomplit pas les soins nécessaires, il ne peut pas, faute d'élément intentionnel être déclaré coupable de non assistance à personne en danger.

L'article 223-6 est la traduction pénale d'une règle morale. Plus que tout autre un médecin se doit de porter secours. Cet article est redoutable contre le corps médical, si on l'applique à tous les appels d'urgences et non seulement au cas où le médecin se trouverait en présence d'une personne en péril.

Le fait d'exercer une profession médicale paraît être considéré comme un facteur d'aggravation des peines encourues car le médecin ne peut ignorer les conséquences de ses

actes ou omissions. Les manquements à cette obligation sont rares, en effet le nombre de contentieux mettant en cause les médecins de garde est infime par rapport à l'importance de leur activité, mais il ne faut pas méconnaître l'existence d'un accroissement significatif des récriminations, voire des plaintes dont ils font l'objet. Les sanctions judiciaires qui en découlent correspondent, parfois à des négligences coupables, véritables abstentions délibérées de prodiguer des soins, mais aussi parfois à un malheureux concours de circonstances ou à une défaillance involontaire. Confrontés aux exigences de plus en plus fortes des patients, qu'elles soient justifiées ou non, les médecins de garde peuvent éprouver des difficultés à exercer sereinement leur métier.

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

En résumé, pour que l'article 223-6 du Code Pénal puisse justifier une sanction pénale contre un médecin, il faut que les conditions suivantes soient requises :

- la personne doit réellement être en péril
- le médecin doit avoir eu conscience du péril
- le médecin doit s'être abstenu volontairement d'intervenir ou avoir traité l'appel avec négligence
- le médecin doit être dans l'incapacité d'invoquer un motif d'abstention majeur, parmi lesquels, celui d'être occupé par un autre malade dans un état grave, d'être lui-même sérieusement malade, ou de se mettre lui-même en péril de part son intervention.

1.2.4.3.2 L'appréciation du péril par le médecin de garde

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

position de la Cour de Cassation depuis 1949, est qu'il appartient au médecin d'apprécier l'utilité ou l'urgence de son intervention, sous le contrôle de sa conscience et des règles de sa profession. Le délit est constitué dès lors que le médecin ne pouvait se méprendre sur la gravité du péril (27).

Cette appréciation du péril est particulièrement délicate lorsque le médecin est contacté par téléphone, ce qui est la situation la plus fréquente pendant la garde. Les juges tiennent compte du sérieux avec lequel l'interrogatoire téléphonique est mené. Ils sanctionnent tout désintérêt manifesté pour l'appel reçu et, au contraire, prennent en considération l'attitude du médecin qui rappellera ou invitera le patient à rappeler pour connaître l'évolution de la situation. Le médecin n'est pas dans l'obligation de se déplacer si les renseignements obtenus par téléphone lui paraissent suffisants pour prendre les décisions adéquates. Plusieurs décisions sont alors envisageables : conseil téléphonique, prescription médicamenteuse par téléphone, invitation du patient à consulter son médecin traitant le lendemain, à se déplacer au cabinet de garde, intervention différée du médecin de garde ou immédiate en cas de doute sur l'état réel du patient.

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

La non assistance à personne en danger n'est pas constituée du seul fait de l'absence de déplacement du médecin sollicité contrairement à une idée reçue (26).

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

Ainsi le recours à un transport médicalisé ou non peut s'imposer d'emblée à un médecin alors que son action personnelle n'aurait fait que retarder la prise en charge efficace du patient (ce qui pourrait d'ailleurs lui être reproché). Le recours à un tiers, qui n'est pas à exclure si le médecin de garde doit faire face à plusieurs urgences au même moment, doit faire l'objet d'une attention particulière. En effet le médecin devra personnellement faire appel à ce tiers. Il n'a pas à laisser au patient le soin de le faire en se déchargeant ainsi de son obligation d'assistance. Enfin il devra s'assurer de l'intervention effective de ce tiers.

Le médecin doit agir selon sa conscience et ne peut se laisser porter par la demande du patient. Ainsi, il devra se déplacer si la situation l'exige alors même que l'appelant ne l'avait

pas expressément demandé et à l'inverse, il n'aura pas à le faire s'il estime la demande injustifiée.

Les juges se montrent particulièrement sévères face aux décisions inadéquates prises alors que le médecin ne pouvait se méprendre sur la gravité du péril encouru.

1.2.4.3.4 L'absence de risque pour le médecin de garde

La non assistance à personne en danger telle qu'elle est sanctionnée par le Code Pénal suppose l'absence de risque pour le sauveteur. Les tribunaux vont donc prendre en compte le péril encouru par le patient et le risque invoqué par le médecin pour déterminer s'il se trouve bien en situation d'exonération de l'obligation d'assistance. Il ne faut pas oublier que la réponse au péril peut consister en l'appel de renforts. Ainsi en situation de risque pour le médecin de garde, celui-ci peut faire appel à un tiers mais doit s'assurer de l'effectivité des secours.

1.2.5 Les évolutions de l'organisation de la Permanence des Soins depuis 2006

L'année 2003 avait permis la mise en place d'une nouvelle organisation de la PDS, basée principalement sur le rapport du sénateur C. DESCOURS (1). L'année 2006 marque le début des grandes adaptations du dispositif.

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

Le 29 septembre 2005, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale de l'Administration (IGA) se voient chargées par le gouvernement d'évaluer le nouveau dispositif de la PDS mis en place en 2003 (4). Elles réalisent l'audit des acteurs nationaux et se rendent dans 6 régions et 10 départements pour leurs investigations.

Leurs conclusions font l'objet d'un rapport commun intitulé « Evaluation du nouveau dispositif de PDS en médecine ambulatoire » présenté en mars 2006 (28).

Les constats des services d'inspection sont les suivants :

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

- La fiabilité de la PDS n'est pas assurée.

Les difficultés sont très variables d'un secteur à l'autre. Ainsi de nombreux cahiers des charges départementaux ne comportent pas de règles minimales de bonne pratique en matière de régulation et d'exercice de l'astreinte. L'engorgement de la régulation médicale, l'insuffisante coordination entre ville et hôpital, le manque d'inscriptions sur les tableaux de garde (en raison du principe du volontariat), les défections des médecins inscrits ou les décisions de couvertures partielles de l'astreinte avec une tendance au désengagement en deuxième partie de nuit...sont autant de facteurs qui engendrent une organisation empirique de la PDS dans certains secteurs avec de fréquentes carences de couverture de la population.

- L'effectivité du service rendu à l'utilisateur de soins est parfois source d'interrogations. En effet dans certains secteurs un très faible nombre d'actes sont réalisés malgré le paiement d'astreinte revalorisée.

- La PDS apparaît comme un dispositif dont le pilotage est trop complexe et le financement éclaté.

Les services d'inspection soulignent la dualité des rôles de l'Etat et de l'Assurance Maladie, qui ont des interprétations parfois différentes des textes officiels. L'échelon local représenté par le préfet et la Direction Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) ne dispose pas de pouvoir réel de mobilisation de ressources ni de la souplesse réglementaire qui permettrait parfois d'établir des accords locaux viables (par exemple pour étendre les horaires des régulations). Il existe une confusion des rôles et des intérêts entre les différentes instances mobilisées (l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), comité régional de gestion du Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et URML). La poursuite d'objectifs spécifiques occulte parfois une approche globale de la question débattue. A l'échelon régional, un effort de coordination entre l'Etat et l'Assurance Maladie a été réalisé en créant la Mission Régionale de Santé (MRS)

(29). Elle est constituée entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) afin qu'ils exercent conjointement leurs actions de santé publique dans la PDS en émettant des propositions d'organisation. Par ailleurs l'absence de pérennité de certains financements interdit une visibilité du système à long terme.

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

Il vise à uniformiser l'offre de soins des services hospitaliers publics et privés accueillant des urgences. Il détermine les critères minimaux indispensables à l'exercice de cette activité dans de bonnes conditions (30). Il prépare la généralisation des réseaux de soins appelés à devenir une des clés de la PDS et de la prise en charge des urgences. Ces réseaux sont définis pour des territoires géographiques donnés et organisés selon des conventions liant leurs différents acteurs avec des règles de fonctionnement précises.

Le décret distingue deux types de réseaux.

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

Le deuxième type de réseau concerne « les prises en charge spécifiques » (enfants, patients relevant de la gériatrie, patients nécessitant des soins psychiatriques) et les réseaux d'accès direct à un plateau technique spécialisé. Ces réseaux répondent aux besoins de soins médicaux ou chirurgicaux spécialisés à très brefs délais. Ils sont centrés sur les SAMU qui assurent la coordination des différents acteurs et le suivi du patient.

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

1.2.5.3 La circulaire du 10 octobre 2006 relative à l'organisation de la Permanence des Soins

Elle s'appuie sur les conclusions du rapport d'évaluation de la PDS de mars 2006 pour améliorer l'organisation de la PDS (31).

Concernant la sectorisation, elle rappelle la nécessaire adaptation entre les besoins de la population et l'offre de soins. Elle invite à poursuivre la réduction du nombre de secteurs, à opérer des fusions de secteurs en deuxième partie de nuit où l'activité est la plus basse, à développer une adaptation aux variations saisonnières de l'activité. Elle propose de faire assurer la PDS par les hôpitaux pour la période de 00h à 08h dans les secteurs où l'organisation libérale fait défaut.

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

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

1.2.5.4 La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

Elle apporte deux modifications majeures à l'organisation de la PDS : la reconnaissance de son caractère de mission d'intérêt public et son ouverture aux médecins non conventionnés (3).

1.2.5.4.1 La reconnaissance du caractère de mission de service public de la Permanence des Soins

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

La reconnaissance de « mission de service public » lui est substituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui modifie l'article L.6314-1 du Code de la Santé Publique. Elle est considérée comme une des conditions permettant de garantir le maintien et le développement du volontariat des praticiens. Cette modification permet aux médecins qui participent à la PDS de bénéficier de la protection juridique de l'Etat quel que soit leur statut (libéral, effecteur ou régulateur). Elle couvre les dommages subis (accident, agression...) comme les dommages causés dans le cadre d'une activité médicale de la PDS. Dans ce dernier cas, l'indemnisation des victimes ne relève pas du praticien mis en cause ni de son assureur, mais de l'Etat.

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

1.2.5.4.2 L'extension de la mission de Permanence des Soins aux médecins non conventionnés

L'article L.6314-1 du Code de la Santé Publique est modifié pour permettre à tous les praticiens inscrits sous la rubrique « remplaçant professionnel » et aux praticiens retraités qui le souhaitent de participer à la PDS comme effecteurs ou régulateurs. Les actes qu'ils effectueront seront pris en charge dans les mêmes conditions que s'ils avaient été conventionnés.

1.2.5.5 Le décret du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la Permanence des Soins

Il intègre aux CODAMUPS des représentants des pharmaciens et des médecins urgentistes des établissements privés (32).

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

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

1.2.5.6 Le rapport de la Cour des Comptes sur les « Urgences médicales : constats et évolutions récentes » de février 2007 par P. SEGUIN

Les constats de l'enquête faits par la Cour des Comptes sur les Urgences médicales en 2007 sont les suivants (12) :

- La population recourt de plus en plus fréquemment aux services d'urgence hospitaliers. Le nombre de passages dans ces services a doublé entre 1990 et 2004 : il est passé de 7 à 14 millions. Cette situation est paradoxale, car ces passages, le plus souvent, ne correspondent pas à une situation d'urgence vitale ou grave, puisque dans les trois quarts des cas environ les patients retournent à domicile après la consultation. Elle crée par ailleurs des insatisfactions tant pour le personnel du fait des difficultés à gérer les flux des patients que pour les usagers, du fait des temps d'attente parfois jugés excessifs.

- Les pouvoirs publics ont cherché à promouvoir des solutions plus adaptées aux besoins réels de la population. Ils ont agi en amont de la chaîne des urgences en incitant tous les acteurs, et plus particulièrement la médecine libérale et la médecine hospitalière à mieux coopérer entre elles. Cette volonté s'est traduite par la création du dispositif dit de la PDS en 2003. Par ailleurs le « plan Urgences » mis en place après la canicule de l'été 2003 a permis de renforcer les moyens des services d'urgence hospitaliers publics.

- L'enquête menée par la Cour des Comptes et sept chambres régionales (Aquitaine, Ile de France, Rhône Alpes, Provence Alpes Côte d'Azur, Nord Pas de Calais, Haute Normandie et Champagne Ardenne) a pour objet de mesurer l'impact des différentes initiatives nationales et locales sur l'organisation de la prise en charge des patients ayant recours aux urgences. Elle a été centrée sur l'aide médicale urgente et la PDS, à l'exclusion des urgences pédiatriques et psychiatriques qui sont soumises à une réglementation particulière.

Les conclusions et les recommandations de la Cour des Comptes sur les urgences médicales en 2007 sont les suivantes :

- La France a construit progressivement depuis 1996 un système de prise en charge des urgences médicales reposant sur les établissements de santé. Les services d'urgences bénéficient en 2006 d'une bonne image auprès de la population. La formation des équipes chargées d'accueillir les patients, l'augmentation des effectifs, l'amélioration des locaux et la régulation médicale téléphonique ont largement contribué à cette réputation. Toutefois ce dispositif trop centré sur l'hôpital, n'assure pas seulement la prise en charge des urgences vitales, mais répond de plus en plus à une demande de soins non programmés qui pourraient être assurés par d'autres services hospitaliers ou par la médecine de ville.

- Les principales faiblesses relevées par la Cour sont les suivantes : absence d'un pilotage régional cohérent et opérationnel du système ; déficience des systèmes d'information ; insuffisance d'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital ; hétérogénéité de l'organisation des services, des pratiques et disparités des coûts ; manque de communication et d'éducation du grand public lui permettant une bonne orientation dans le système.

- La Cour estime que l'amélioration de l'efficacité du dispositif dépend moins aujourd'hui de nouveaux moyens financiers que de mesures relatives à l'orientation des patients, à l'organisation des services et à la coordination de l'activité hospitalière avec celle de la médecine de ville.

- Pour garantir une égalité de traitement de la population deux conditions doivent être réunies. La première est d'améliorer l'efficacité du maillage territorial actuel en faisant appel à l'ensemble des acteurs et en confiant la responsabilité de son organisation aux missions régionales de santé. La seconde est d'assurer une organisation performante des urgences

vitales et des filières adaptées à la prise en charge de certaines populations, comme les personnes âgées. Les décrets du 22 mai 2006 énoncent les bases de cette organisation qui doit reposer sur des réseaux de prise en charge des urgences.

Toutefois le pilotage du dispositif au niveau régional ne peut progresser sans la mise en place rapide d'un système d'information fiable et partagé qui permette de connaître de manière instantanée les ressources disponibles en lits et en compétences médicales. Les progrès réalisés dans ce domaine doivent être accentués. Des indicateurs permettant d'évaluer la qualité des prises en charge aux urgences doivent être définis, une analyse des disparités des coûts doit être menée afin d'en connaître les causes et de prendre les mesures nécessaires pour le cas échéant les réduire. Ces outils sont indispensables aux ARH et leur absence risque d'avoir des conséquences financières non négligeables dans la mesure où elle pourrait conduire soit à satisfaire des demandes de moyens supplémentaires non justifiés, soit à maintenir des organisations n'offrant pas les garanties de qualité et de sécurité que la population est en droit d'attendre.

- Sur le plan opérationnel la Cour préconise trois axes d'amélioration : encourager les hôpitaux à travailler sur l'organisation interne de leurs services, la connaissance précise de leur activité et de leur coût ; entreprendre des actions de communication et d'éducation du grand public pour promouvoir le bon usage de la régulation téléphonique et la connaissance des différentes possibilités offertes en dehors de l'hôpital ; enfin simplifier les règles de financement et clarifier les modalités de facturation afin de faire cesser les pratiques déviantes.

1.2.5.7 Le rapport GRALL de juillet 2007 : mission de médiation et de propositions d'adaptation de la Permanence des Soins

Devant les difficultés persistantes rencontrées dans l'organisation de la PDS, le ministre de la santé et des solidarités Mr Philippe BAS confie au Dr Jean-Yves GRALL, conseiller général des établissements de santé, une mission de médiation dans les départements les plus problématiques afin de tenter d'améliorer leur situation et de formuler des propositions d'adaptation du dispositif (33).

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

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

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

La pérennité du système actuel de PDS paraît compromise.

La tendance générale constatée est à la baisse du nombre des médecins libéraux volontaires. Dans certains secteurs, la régulation libérale, un des piliers de la PDS, n'est plus assurée sur toutes les plages horaires, parfois au point d'être menacée de disparition. Le report d'activité vient obligatoirement peser sur les médecins hospitaliers des centres 15, risquant de provoquer chez eux aussi une certaine lassitude. Les SMURS compensent eux aussi le déficit de médecins volontaires. Certaines maisons médicales ont du mal à boucler leur tableau de permanence. Ce phénomène intervient dans le report de la PDS après minuit qui pèse sur l'hôpital.

Le rapport dénonce le raisonnement biaisé consistant à affirmer que l'absence d'activité recueillie par les caisses d'assurance maladie ne justifie pas le maintien d'un accès aux visites et qu'il faut simplement organiser des transports par ambulances vers les structures d'urgence pour les quelques cas recensés. Un faible nombre d'actes ne signifie pas une absence de besoins de la population. Celle-ci se tourne simplement vers d'autres interlocuteurs, comme les structures d'accueil des urgences qui enregistrent une accentuation des venues la nuit entre 00h et 08h. Dans les maisons de retraite ou EHPAD, pour les patients âgés à domicile, dans d'autres cas spécifiques, pour des actes administratifs l'accès à un médecin est indispensable, d'autant que le maintien à domicile se développe. Le rapport

regroupe ici PDS et garde administrative (constat de décès, hospitalisation sous contrainte, garde à vue) dans une même mission de service à la population.

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

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

Il s'appuie sur 5 principes directeurs :

- remettre les besoins du patient au premier plan tout en éduquant la population,
- bâtir un dispositif économe en temps médical compte tenu de la démographie médicale défavorable,
- laisser l'initiative et des marges d'adaptation au niveau régional et départemental pour tenir compte des spécificités territoriales,
- considérer l'efficacité et ajuster le coût pour la collectivité,
- préparer l'avenir

Il propose sept axes stratégiques pour créer la nouvelle PDS :

- regrouper la réponse à la demande de soins non programmés sous l'appellation unique d'Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP) pour la recentrer sur le patient, en supprimant notamment le cloisonnement entre AMU et PDS et en transformant les CODAMUPS en CODAMPP
- mettre en place un dispositif institutionnel ayant un pilotage unique et un financement cohérent, comportant entre autre un paiement forfaitaire plutôt qu'un paiement à l'acte dans le cadre de la mission du service public, en sortant du dispositif conventionnel,
- décliner une organisation homogène, lisible et décroisonnée assurant la synergie des acteurs aux rôles bien définis et utilisant au mieux le temps médical,

- favoriser le volontariat et la pérennité du dispositif par un véritable contrat de volontariat, engageant à la fois l'Etat et le médecin,
- adapter la formation initiale des différents intervenants et reconnaître le statut des PARM,
- informer et responsabiliser la population sur la bonne utilisation du système. Celui-ci en étant fiable et pérenne, pourra être lisible grâce à un plan de communication,
- évaluer périodiquement l'efficacité du dispositif dans le cadre des CODAMPP.

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

1.2.5.8 La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (34) prévoit dans l'article 44 que les Missions Régionales de Santé (MRS) pourront déroger, à titre expérimental, aux dispositions tarifaires conventionnelles et fixer elles-mêmes le montant et les modalités de rémunération des médecins participant à la PDS. Elles financeront également des actions et des structures concourant à l'amélioration de la PDS, en particulier les maisons médicales de garde, les centres de santé...A cette fin, les MRS se voient déléguer par le fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), les crédits nécessaires. L'article 46 quant à lui prévoit que les MRS déterminent des zones de recours aux soins ambulatoires en fonction de critères géographiques, démographiques, d'activité économique et d'existence d'infrastructures et de transports.

1.2.5.9 L'avenant 27 à la convention nationale des médecins libéraux, arrêté du 21 décembre 2007

L'avenant 27 à la convention des médecins libéraux (35) a été conclu entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux le 19 décembre 2007 et approuvé par arrêté le 21 décembre 2007.

Cet avenant étend les périodes de PDS aux samedis à partir de midi, aux lundis ouvrés lorsqu'ils précèdent un jour férié ainsi qu'aux vendredis et aux samedis lorsqu'ils suivent un jour férié, en fonction des besoins de la population.

La rémunération des médecins libéraux (majorations spécifiques, astreinte et régulation) prévue dans l'avenant est applicable après modification par le Préfet de département du cahier des charges et publication d'un arrêté modifiant les périodes de la PDS pour tout ou partie des secteurs.

1.2.5.10 Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital par Mr G. LARCHER en avril 2008

Le 16 octobre 2007, le Président de la République, Mr N. SARKOZY, a demandé à l'ensemble des professionnels de santé de réfléchir aux changements nécessaires pour que notre système de santé réponde avec qualité et égalité aux besoins des français. Il a confié cette mission à un groupe de travail présidé par Mr G. LARCHER (36).

Les propositions de cette mission sont les suivantes :

- Aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge.

Nécessité de revoir l'organisation de la chaîne des soins autour du parcours du malade. La mission de l'hôpital en termes de coordination des soins doit être réaffirmée.

- Favoriser l'adéquation des prises en charge en développant une offre d'aval adaptée,
- Assurer la continuité du parcours de soins entre hôpital, médecine de ville, moyens séjours, institutions sociales et médico-sociales,
- Développer les formes d'exercice pluridisciplinaire en ville,

- Améliorer l'organisation des soins non programmés : confier à la future ARS une mission d'organisation globale (régulation, transports, PDS, urgences), améliorer la régulation, mutualiser la permanence entre les praticiens des différents établissements de santé, organiser les consultations non programmés à l'hôpital.

- Au niveau des territoires, organiser l'offre de soins hospitalière pour offrir une qualité de service au meilleur coût.

L'importance majeure de l'organisation des soins au niveau des territoires doit être affirmée pour permettre un égal accès à des soins de qualité et garantir l'efficacité des hôpitaux publics. La planification doit promouvoir des rapprochements d'activité entre hôpitaux publics sur la base d'exigences de qualité et de pertinence économique et prendre en compte le rôle de l'hospitalisation privée :

- Favoriser le développement de complémentarité entre hôpitaux publics sous la forme de communauté hospitalière de territoire
- Aménager les conditions de prise en charge de l'offre de soins par les cliniques privées

- Préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme

L'hôpital public a besoin de plus de souplesse et de responsabilité pour lui permettre d'améliorer significativement sa performance.

- Faire évoluer les règles de gouvernance interne de l'hôpital public pour améliorer son pilotage
- Dynamiser la gestion des directeurs d'hôpitaux
- Moderniser le statut de l'hôpital public
- Développer l'efficacité
- Offrir aux médecins des cadres d'exercice souples et valorisants
- Développer les perspectives des professionnels non médicaux

- Développer l'enseignement et la recherche

L'enseignement et la recherche conditionnent le dynamisme du système de demain. Ils sont également un puissant facteur d'attractivité pour l'hôpital public. Ils doivent être confortés et dynamisés.

- Renforcer le pilotage de l'enseignement et de la recherche
- Labelliser les équipes d'enseignement et de recherche, y compris des équipes exerçant hors CHU

- Adapter la formation médicale et paramédicale
- Conforter le dynamisme de la recherche

1.2.5.11 Rapport sur la « création du conseil national de l'urgence et de la Permanence des Soins » par le Pr Pierre CORIAT en mai 2008

Après avoir annoncé en janvier 2008 la mise en place d'une instance de réflexion sur l'urgence et la PDS, la Ministre de la Santé Mme R. BACHELOT-NARQUIN avait confié le 18 février 2008 une mission au Professeur CORIAT, président de la commission médicale d'établissement de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, afin de réfléchir à la composition, aux missions et aux champs d'action du Conseil national de l'urgence et de la PDS (37).

Ce Conseil national a pour but d'identifier et de faire reconnaître les spécificités et les contraintes des professionnels de santé dans la prise en charge des urgences et dans la PDS.

Après avoir largement consulté les représentants professionnels médicaux de la PDS hospitalière, la mission propose quatre objectifs principaux pour le Conseil national de l'urgence et de la PDS :

- Accompagner la réforme de l'hôpital en ce qui concerne l'organisation territoriale des urgences non programmées et de la PDS au sein des établissements de santé : fluidité des filières de soins, évaluation de la charge de travail des praticiens, modalités d'élaboration du répertoire opérationnel de ressources, expertise dans les projets de recomposition de l'offre de soins sous l'autorité de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS).

- Favoriser l'amélioration de la qualité des soins urgents et non programmés délivrés dans ces établissements : proposition pour le cursus de formation initiale pour les médecins spécialistes de médecine d'urgence et sur la formation continue de tous les médecins impliqués dans la PDS, favoriser l'élaboration et la mise en place de protocole de recherche, propositions à la Haute Autorité de Santé (HAS) de méthodes et de procédures d'évaluation de la qualité de la prise en charge des urgences et des soins non programmés.

- Identifier et faire reconnaître les spécificités et les contraintes des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des urgences et dans la PDS : identification des métiers impliqués dans la PDS et de leurs contraintes, proposition d'organisation du temps de travail compatible avec la prise en charge des patients en urgence et avec un exercice professionnel serein, proposition de solutions pour assurer une équité entre les médecins qui exercent une activité programmée et ceux qui sont en charge des urgences et des soins non programmés.

- Anticiper l'évolution des urgences et de la PDS au sein des établissements de santé : propositions sur la place et le statut des médecins généralistes libéraux au sein du réseau des urgences, proposition d'évolution de carrière, de statut et des possibilités de changement d'activité pour les praticiens impliqués dans la prise en charge des urgences et dans la permanence hospitalière des soins, de valorisation des compétences acquises de l'exercice professionnel et d'évaluations des transferts et délégations de tâches.

La composition proposée pour ce Conseil est très large pour être représentative de l'ensemble des professionnels impliqués dans l'urgence et dans la PDS. La Ministre de la Santé va étudier les propositions formulées par la mission CORIAT.

1.2.5.12 Rapport d'information sur la Permanence des Soins par Mr P.BOËNNEC en octobre 2008

Ce rapport retrace les failles de l'organisation présente de la PDS et ouvre des pistes de réflexion pour tenter d'améliorer le dispositif actuel tout en dissipant l'inquiétude du citoyen devant les structures à sa disposition et en réconciliant les praticiens actuels et futurs avec l'exercice de la médecine de premier recours (38). Il s'agit d'un vaste chantier, mais il est la condition d'une équité territoriale restaurée dans l'accès aux soins non programmés.

Les propositions de la réforme de la PDS sont les suivantes :

- Faire des agences régionales de santé les maîtres d'œuvre de la PDS pour clarifier la gestion stratégique des mécanismes sanitaires.

Au lieu d'un pilotage départemental, il est proposé de confier au directeur de l'ARS la responsabilité d'arrêter les modalités d'organisation et du financement du service public de la

PDS. Les acteurs du système de soins seraient associés au sein d'une instance de concertation regroupant les acteurs régionaux et départementaux.

Avec les schémas des offres de soins hospitalière et ambulatoire, l'ARS définira un schéma régional unique de l'aide médicale urgente et de la PDS, la frontière entre ces deux notions étant peu lisible pour l'utilisateur et la mutualisation des ressources étant recherchée (relais des services d'urgence en nuit profonde). Le schéma sera décliné à l'échelon départemental pour prendre en compte les spécificités territoriales.

- Fonder le nouveau dispositif sur un volontariat étendu formalisé par des contrats pour équilibrer les droits et les devoirs des acteurs du monde de la santé.

Le directeur de l'ARS doit disposer de deux moyens d'actions : une enveloppe financière régionale et la contractualisation.

Tout d'abord dans un contexte de volontariat des médecins libéraux et de situations locales diverses, ce directeur doit pouvoir fondre les différentes sources de financement, conventionnelle ou non, de l'aide médicale urgente et de la PDS. A cet égard, il est indispensable d'appliquer l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (34) devant permettre l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération de la PDS par une globalisation des financements. Ces expérimentations seraient réalisées dans les régions où la PDS fonctionne mal, et généralisées en cas de succès.

En second lieu, en remplacement des tableaux d'astreinte erratiques, l'ARS et les intervenants (médecins, associations de médecins généralistes, maisons médicales de gardes, établissements hospitaliers publics et privés, centre hospitalier universitaire responsable de l'aide médicale urgente, pompiers, transporteurs, spécialistes) doivent par contrat fiabiliser la PDS. Si cette contractualisation restait problématique, il pourrait être envisagé d'imposer aux médecins s'installant dans des zones denses (souvent déjà couvertes par SOS Médecins et les urgences) de réaliser des astreintes en zone déficitaire ou de participer à la régulation médicale. Le basculement sur les urgences en nuit profonde fera systématiquement l'objet d'une convention. Les médecins volontaires bénéficieront de mesures incitatives (baisses de cotisations, points de retraites...)

Ainsi il semble important aujourd'hui de favoriser la mutualisation des ressources et la collaboration entre professions de santé.

Outre les nouvelles modalités de financement et la possibilité de sortir du paiement à l'acte, il faut lever les obstacles à la mobilisation de médecins et anciens médecins pour la PDS ambulatoire, après évaluation des pratiques professionnelles.

Les périodes de PDS seront dissociées pour une meilleure adaptation aux besoins. En nuit profonde le recours au secteur hospitalier d'urgence semble plus pertinent compte tenu du nombre réduit d'actes. Les sorties incompressibles liées aux actes médico-administratifs ou en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes pourraient être effectués par des internes mobiles sur des secteurs élargis avec des temps de trajet plafonné au-delà desquels d'autres solutions devraient être mises en place : maison médicale de garde, hôpital local... Pour les autres périodes de la PDS, les maisons médicales de garde constituent un outil majeur et les médecins de SOS Médecins pourraient par contrat compléter le dispositif dans les zones périurbaines.

La sectorisation établira une cohérence avec les gardes pharmaciennes, ambulancières, dentaires si elles existent, et avec le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). Un renforcement de la coopération entre les différentes professions de santé doit être recherché, notamment par la délégation de tâche au profit de pharmaciens et d'infirmiers.

A défaut de mise en place du dossier médical personnel, il serait souhaitable de rendre accessible aux médecins régulateurs et effecteurs le dossier pharmaceutique pour leur permettre de consulter l'historique des médicaments délivrés au patient.

- Charger les centres de régulation médicale du pilotage opérationnel du dispositif pour une meilleure allocation des moyens aux besoins.

L'association de régulations libérale et hospitalière dans des locaux contigus permet un meilleur partage des données qu'une interconnexion entre deux numéros différents. Une généralisation progressive est souhaitable, comme un numéro d'appel unique identique sur l'ensemble du territoire voire concerté avec les Etats voisins.

Tous les centres 15 ne sont pas dimensionnés à hauteur des besoins : il faut poursuivre le plan de remise à niveau engagé. Le PARM, collaborateur indispensable des médecins régulateurs, doit faire l'objet d'une véritable reconnaissance à travers la définition d'un profil de formation et d'un statut.

Un meilleur suivi des appels de la population doit être organisé, qui rendra plus facile une évaluation du système : rappel systématique du patient une heure après en cas de conseil médical par exemple. La prescription téléphonique qui se développe avec le conseil médical, doit être sécurisé sur la base de bonnes pratiques définies par la Haute Autorité de Santé (HAS), et les liaisons avec les pharmacies de garde améliorées.

- Informer la population sur les bonnes pratiques en matière de PDS pour rationaliser les comportements.

Il convient de renforcer la communication envers la population, qui devra faire évoluer ses habitudes avec le développement du conseil médical et de points fixes de gardes. Une pédagogie simple et claire, éventuellement au moyen de spots publicitaires voire de mesures coercitives à l'encontre du patient oublieux des procédures, paraît indispensable.

- Former d'avantage les jeunes médecins à l'exercice de la médecine de premier recours pour mieux les mobiliser.

Il est nécessaire de généraliser dans les facultés le stage de médecine générale de deuxième cycle, obligatoire depuis 2006. De nouveaux terrains de stages hors des villes doivent être favorisés. En troisième cycle une formation théorique sur la PDS, actuellement inexistante dans le cursus, doit être délivrée aux internes en médecine générale. De même, il faudrait former ces internes à la théorie et à la pratique de la régulation. Des structures comme SOS Médecins doivent être agréées comme terrain de stage ambulatoire. Enfin, les internes n'effectuent pour l'instant que des gardes hospitalières, une expérience de garde ambulatoire serait indispensable.

Pour permettre une adéquation des postes pourvus aux besoins en médecine de premier recours, il serait souhaitable que la médecine générale constitue la moitié des postes proposés et que les résultats de l'examen classant national soient proclamés après validation des stages de second cycle. Pour favoriser la répartition des médecins sur le territoire et éviter la surenchère entre régions, l'Etat peut proposer des bourses d'études comme promesse d'installation en zone noire. La nouvelle filière universitaire de médecine générale doit être une priorité pour attirer les étudiants. La médecine de premier recours mérite reconnaissance et valorisation.

1.2.5.13 La création des Agences Régionales de Santé (ARS)

Le Président de la République et le Premier Ministre ont demandé au Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Mme R. BACHELOT-NARQUIN, de mettre en place les Agences Régionales de Santé (ARS). Dès l'été 2007 cette mission a été confiée à Mr P. RITTER, préfet honoraire. Elles doivent prendre le relais des ARH en 2009, avec des missions plus larges et rapprocher la gestion de la ville et de l'hôpital. Le rapport RITTER

(39) défend un pilotage régional du système de santé, il prône un périmètre très large des ARS couvrant les soins de ville, hospitaliers, de prévention et le médico-social. Ses propositions sont les suivantes :

➤ Une réforme, quels en sont les enjeux ?

A l'heure où l'échelon régional s'affirme comme le niveau pertinent de pilotage du système de santé, un pilotage territorial unifié et personnalisé constitue un levier majeur pour relever ce défi. Ce pilotage, actuellement réparti entre les services de l'Etat, de l'Assurance Maladie et des ARH, n'est en effet pas satisfaisant. Enchevêtrement des compétences, éclatement institutionnel, cloisonnement des acteurs (notamment entre le secteur ambulatoire et hospitalier) : le diagnostic sur le pilotage actuel met en évidence la nécessité d'un pilotage unifié du système territorial de santé. L'excessive centralisation du système de santé, la trop faible adaptation des politiques de santé aux spécificités territoriales et les limites des actions menées en matière de dépenses plaident par ailleurs pour un pilotage responsabilisé, tant en matière de politique de santé que de maîtrise des dépenses. Un pilotage unifié et responsabilisé du système territorial de santé, c'est la définition des ARS.

Un pilotage unifié devra principalement servir à :

- renforcer le caractère préventif des politiques de santé, menées sur un territoire, en fonction des caractéristiques de ce territoire
- mieux organiser la PDS et la gradation des soins, notamment en structurant l'offre de soins primaires
- améliorer la fluidité des parcours des patients sur toute la chaîne en allant de l'amont à l'aval des soins
- renforcer la territorialisation des politiques de santé qui doivent être plus adaptées aux spécificités et aux besoins locaux, notamment au travers de projets territoriaux de santé

Un pilotage unifié et responsabilisé devra contribuer prioritairement à :

- mieux structurer et maîtriser l'offre ambulatoire
- renforcer les restructurations et l'efficience hospitalières
- recomposer l'offre hospitalière au profit du médico-social

➤ Le périmètre des ARS

La plupart des acteurs considèrent que le rapprochement de la ville et de l'hôpital et leur pilotage par une même autorité sont indispensables, et qu'ils n'auront de sens que si un

certain nombre d'outils de régulation sont mis en place, notamment pour mieux organiser la PDS, réguler la démographie médicale et assurer une meilleure gradation de soins. La plupart des acteurs considèrent qu'il faudrait aussi inclure la santé publique et le secteur médico-social pour véritablement fluidifier les parcours de soins des patients, assurer une réelle cohérence des politiques de santé menées sur un territoire et mettre en œuvre des projets territoriaux de santé.

➤ Les outils des ARS

Les ARS doivent se voir fixer un objectif d'efficience dont elles doivent rendre compte à l'échelon national. Dans ce cadre les fonctions de contrôle et d'action sur les comportements doivent relever de la responsabilité des ARS ; leur mise en œuvre pourra être déléguée par contractualisation aux caisses locales des trois régimes.

Parmi les outils à mettre en place figurent :

- un outil global de planification
- des outils de structuration de l'offre de soins dans le secteur ambulatoire
- des outils d'amélioration de l'efficience de l'offre de soins, notamment dans le secteur hospitalier
- des marges de manœuvre financières pour les ARS, facilitant notamment la structuration de l'offre de soins ambulatoires et les restructurations hospitalières et médico-sociales

Le principe d'une convention nationale pour les professionnels de santé libéraux et de tarifs nationaux pour les établissements de santé ne doit pas être remis en cause mais perfectionné.

➤ Les statuts des ARS

Deux statuts sont envisageables : établissement public ou groupement d'intérêt public. Le premier semble plus opérationnel.

➤ La gouvernance des ARS

La gouvernance des ARS doit répondre à trois objectifs principaux :

- donner à l'exécutif l'autorité nécessaire pour exercer pleinement ses responsabilités
- assurer une bonne représentation des différentes parties prenantes
- permettre une réelle tutelle par le niveau national

Plusieurs principes en découlent :

- un exécutif fort et resserré
- une nomination du directeur qui garantisse son autorité
- un conseil délibérant
- une instance de concertation avec les partenaires du secteur de la santé

➤ L'organisation des ARS

Le développement des ARS entraînera la disparition des ARH, des URCAM, des MRS, et des GRSP (Groupements Régionaux de Santé Publique). Il va conduire à une profonde reconfiguration des DDASS et des DRASS et du niveau régional des trois régimes.

Un second rapport : « Commission parlementaire sur les futures ARS », a été remis en février 2008 par Mr le député Y. BUR (38). Il exprime plusieurs convergences d'analyse avec le rapport RITTER. Cependant il existe quelques divergences :

-ce rapport envisage de ne pas confier aux ARS la mission de régulation des dépenses de santé, mais de la laisser à l'assurance maladie en réorganisant cette compétence autour de Directions Régionales de l'Assurance Maladie (DRAM)

-il préconise également une intégration du secteur médico-social dans le périmètre des compétences des ARS. Cependant il préconise un examen spécifique pour certaines catégories d'établissements et de services pour lesquels un pilotage commun avec le secteur sanitaire ne serait pas pertinent. Le rapport évoque également la possibilité d'une « intégration différée » du secteur médico-social aux ARS, une fois le secteur restructuré.

-il suggère de confier aux conseils généraux la tarification des activités de soins de certains établissements, par délégation de gestion. Cela simplifierait le pilotage et le financement de ces établissements qui resterait éclaté entre les ARS, les Conseils généraux, les préfets et la CNSA.

La réforme des ARS constituera une des plus importantes réformes institutionnelles de ces dernières décennies.

1.2.6 Etat des lieux de la Permanence des Soins en janvier 2008, enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a entrepris une enquête nationale sur la PDS (41), assurée par les médecins généralistes et les modalités de son organisation. Pour ce faire, un questionnaire a été adressé aux 100 conseils départementaux de Métropole et d'Outre-Mer, ils y ont tous répondu.

Au plan départemental, on constate que l'organisation continue à évoluer et à s'adapter, mais dans des proportions moindres, qu'il s'agisse de la sectorisation ou de l'ouverture de maisons médicales de garde. Les changements les plus marquants touchent le renforcement de la régulation médicale libérale. L'enquête 2008 démontre que les médecins généralistes assument vis-à-vis de la population leurs responsabilités professionnelles sur l'ensemble du territoire. Les conseils départementaux ont ainsi réussi à faire prévaloir des solutions adaptées aux situations locales.

Concernant la sectorisation, la France de la PDS regroupe aujourd'hui 2696 secteurs (ils étaient 3770 début 2003). La diminution du nombre de secteurs depuis 2003, démontre un travail permanent d'adaptation aux situations locales, afin de répondre aux contraintes de la géographie et de la démographie tant générale que médicale et de ne pas rompre des équilibres fragiles. Les 31 arrêtés de sectorisation pris en 2007 n'ont pas nécessairement eu pour objet la diminution du nombre de secteurs, mais ont pu modifier les périodes de PDS. Ainsi dans 26 départements, 261 secteurs ont pu être regroupés en nuit profonde (de minuit à huit heures) comme le prévoit le décret du 7 avril 2005.

Concernant la spécificité horaire de la PDS, on remarque que dans un secteur sur trois la PDS assurée par la médecine ambulatoire s'arrête à minuit. Le relais se fait donc avec les structures hospitalières, sans organisation particulière dans plus d'un tiers des départements (pas de moyens humains ou de transports médicaux et sanitaires supplémentaires).

Concernant la participation des médecins libéraux à la PDS, le pourcentage de volontaires est supérieur à 60% dans 81% des départements. On constate un léger tassement du volontariat, l'engagement des médecins généralistes dans la PDS est une réalité incontournable mais il est fragilisé par une réalité médicale déclinante, une reconnaissance

insuffisante de la mission de service public assurée par les médecins généralistes et une grande disparité entre le secteur urbain et rural.

Concernant la régulation médicale libérale elle existe dans 95 départements actuellement. Là où elle est en place elle couvre tout le département dans 91% des cas. La participation des médecins libéraux est effective dans 90% des départements. Dans 86 départements elle donne satisfaction aux médecins de garde. Organisée au sein du centre 15, la régulation médicale est l'occasion d'un travail en commun entre médecins hospitaliers et libéraux. On soulignera que dans 34 départements les patients peuvent composer un numéro dédié à la PDS, distinct du 15, qui les met directement en contact avec des médecins régulateurs libéraux, assistés par des permanenciers.

Concernant les sites dédiés à la PDS (maisons médicales de garde) ils existent dans 75 départements et sont au nombre de 247 sur le territoire national.

On ne peut cependant occulter des difficultés qui fragilisent le dispositif :

- La première tient à la démographie médicale. Dans un certain nombre de secteurs et de départements la cessation d'activité libérale de médecins pour quelque cause que ce soit rend fragile les dispositifs en cours et la bonne volonté des médecins ne suffira pas à palier les effets de la pénurie médicale. On constate d'ailleurs qu'en dehors des horaires de la PDS, la question de l'accès aux soins se pose déjà dans certains cantons.

- La seconde apparue plus récemment tient sur le recours systématique aux médecins de garde pour la pratique d'actes médico-administratifs.

- La troisième tient à la mise en œuvre de l'avenant 27 de la convention nationale des médecins libéraux.

1.2.7 Le financement de la Permanence des Soins

Paru au Journal Officiel le 2 juin 2005, l'avenant n°4 à la Convention nationale des médecins libéraux établit un nouveau dispositif de financement de la PDS (42). L'objectif est de garantir aux assurés une PDS efficiente sur tout le territoire et aux professionnels libéraux une juste rémunération pour leur participation à celle-ci.

Concernant les médecins participant à la régulation médicale libérale, l'Assurance Maladie verse l'équivalent de 3C, soit 66 euros de l'heure depuis le 1 juillet 2007, pour la participation à la régulation organisée par le SAMU les week-ends, jours fériés et nuit.

Concernant les médecins de permanence, une astreinte leur est versée à condition :

- qu'ils soient nominativement inscrits en tant que médecins de permanence sur le tableau départemental de garde, sur un secteur donné, pour une période donnée et que leurs interventions soient conditionnées aux appels de la régulation organisée par le SAMU,

- qu'ils interviennent dans le cadre d'une association de PDS, dans ce cas leur association doit transmettre aux Conseil Départemental de l'Ordre la liste nominative des médecins participant à cette permanence,

- qu'ils assurent la PDS dans le cadre d'une maison médicale de garde, sous réserve d'être inscrit nominativement au tableau départemental de garde.

Si ces engagements sont respectés, les médecins peuvent prétendre à une rémunération de leurs astreintes :

- elle est de 50 euros pour la période de 20h à minuit,
- de 100 euros pour la période de minuit à 8h,
- de 100 euros pour les samedis de 12h à 20h,
- et de 150 euros pour les dimanches et jours fériés pour la période de 8h à 20h.

Les médecins libéraux de permanence peuvent appliquer des majorations dites « majorations spécifiques de nuit, milieu de nuit, dimanche et jours fériés » s'ils interviennent à la demande de la régulation (SAMU, médicale libérale ou un centre d'appel d'une association de PDS s'il est interconnecté avec le SAMU) :

- majoration spécifique de nuit (20h-minuit et 6h-8h) : actes à domicile VRN (46 euros), actes en cabinet CRN (42,50 euros),

- majoration spécifique de milieu de nuit (minuit- 6h) : actes à domicile VRM (55 euros), actes en cabinet CRM (51,50 euros),

- majoration spécifiques de dimanches et jours fériés : actes à domicile VRD (30 euros), actes en cabinet (26,50euros).

Les majorations spécifiques sont cumulables avec la consultation au cabinet C (22euros), la visite à domicile V, les indemnités kilométriques IK, et les actes techniques.

Si les médecins interviennent de nuit, le week-end ou les jours fériés en dehors d'une demande de la régulation, ils appliquent alors des majorations dites non justifiées (de nuit de

20h à minuit et de 6h à 8h : MN 35 euros, de milieu de nuit de minuit à 6h : MM 40 euros, et de week-ends ou jours fériés : F 19,06 euros).

Pour prendre en compte les modalités de facturation mises en œuvre dans le cadre de la PDS, il convient que les médecins indiquent la notion d'urgence sur la feuille de soins papier, ou le code MTU sur la feuille de soins électronique.

1.2.8 Exemples d'organisation de la Permanence des Soins dans d'autres pays européens

Deux thèses soutenues à la faculté de médecine de Saint-Antoine font le point sur l'organisation des différents systèmes d'urgence en France, en Allemagne, en Espagne, en Italie, au Portugal, au Royaume-Uni, en Belgique, en Suède, en Finlande et en Norvège (43) (44). Elles montrent qu'une PDS réussie ne peut être que le résultat d'un équilibre complexe.

La prise en charge des malades, toujours plus nombreux et toujours plus pressés d'accéder aux soins, est une constante dans les pays industrialisés. Ces deux thèses permettent de mettre en évidence dans tous les pays étudiés la difficulté de prise en charge des urgences, liée à une augmentation d'activité tant hospitalière qu'extra-hospitalière. Ceci pose le problème crucial de la PDS. Dans ce domaine, l'organisation du maillage du territoire tout comme les conditions d'accès aux urgences hospitalières varie considérablement d'un pays à l'autre.

La PDS est effectuée par des médecins généralistes effecteurs en Espagne et en Belgique, alors que la prise en charge des soins non programmés se fait dans des centres de santé au Portugal, en Suède, en Finlande et en Norvège. En Italie et au Royaume-Uni les patients peuvent s'adresser à la fois à des généralistes effecteurs ou à des centres de santé.

L'expérience des maisons médicales est très différente selon les pays.

Les pays nordiques (Finlande, Suède, Norvège) paraissent avoir trouvé un certain équilibre. La permanence d'un accueil urgent dans des centres de santé, animés par des médecins généralistes, réduit la fréquentation des services hospitaliers d'urgence. Dans ces pays, la fréquentation des services d'urgence hospitaliers semble stable depuis dix ans.

Le Royaume-Uni a ouvert dans ses grandes villes des « Walk-in Centers », centres de diagnostic rapides et de traitements situés soit dans l'enceinte, soit à proximité des hôpitaux, ouverts 24 heures sur 24. Si la fréquentation des urgences a diminué de moitié la première année, elle est revenue au niveau antérieur au bout de deux ans.

Au Portugal et en Italie, des centres de santé publics et des services d'assistance permanente existent, mais avec des délais d'attente très longs et des plateaux techniques insuffisants voire inexistantes, ce qui incite les patients à se rendre directement à l'hôpital.

Une régulation médicale des appels existe en Italie, au Portugal et en Norvège. En Allemagne et au Royaume-Uni, celle-ci n'est pas médicalisée. Tous les pays Européens ont un numéro d'urgence en commun : le 112.

L'accès aux urgences hospitalières est très différent également d'un pays à l'autre. En Norvège par exemple, les patients sont adressés uniquement par un médecin qui prévient au préalable le service de son arrivée. Si un patient se présente spontanément aux urgences, le médecin peut refuser de le prendre en charge si il estime que les soins qu'il requiert peuvent lui être apportés dans un centre de santé. En Allemagne si tous les patients se présentant aux urgences sont vus par un médecin, celui-ci peut décider de ne traiter que les cas qu'il considère urgents. Une pratique impensable pour les urgentistes français dont la mission est de prendre en charge tout patient qui se présente, même s'il ne relève pas de l'urgence.

1.3 Organisation de la Permanence des Soins en Meurthe-et-Moselle

1.3.1 Le département

1.3.1.1 Géographie et démographie

D'une superficie de 5246 km² (1% du territoire national), la Meurthe-et-Moselle compte 722 259 habitants (estimation INSEE 2005). Inégalement répartis sur le territoire les Meurthe-et-Mosellans se concentrent essentiellement autour de l'agglomération nancéenne,

et en moindre proportion autour de Lunéville, Toul, Briey et Longwy. Ce département avec 138 habitants/km² reste un département relativement dense (moyenne nationale 112 habitants/km²).

La croissance de sa population est toutefois trois fois moins forte que celle relevée en France métropolitaine. La Meurthe-et-Moselle n'est pas un département jeune, les moins de 20 ans représentent 25% de la population, et dans le même temps la part des 60 ans et plus augmente (20% en 2005). Ces chiffres restent cependant très proches de la moyenne nationale (45).

1.3.1.2 La démographie médicale en Meurthe-et-Moselle

La Meurthe-et-Moselle compte 7060 médecins, dont 45,6% de généralistes et 54,4% de spécialistes. La répartition entre ces deux secteurs d'activité est plus équilibrée sur territoire français : 48,8% de généralistes pour 51,2% de spécialistes.

Concernant les médecins généralistes, ils sont 67% à exercer une activité libérale contre 33% de salariés. Les spécialistes eux sont en plus grande majorité salariés (61% contre 39% de libéraux).

Que l'on considère les généralistes ou les spécialistes, la densité médicale en Meurthe-et-Moselle est supérieure à la moyenne nationale. C'est particulièrement net pour les spécialistes avec 214 spécialistes pour 100 000 habitants contre 173 pour la moyenne nationale. Quant aux généralistes, la densité est de 180 médecins pour 100 000 habitants, contre 165 pour la moyenne nationale.

La moyenne d'âge des médecins en Meurthe-et-Moselle est de 48,8 ans, ils sont plus jeunes que la moyenne nationale (49,4 ans). Les médecins généralistes sont en moyenne plus jeunes que les spécialistes (47,6 ans contre 49,9 ans).

La féminisation du corps médical est moins importante que sur le territoire français, 36% en Meurthe-et-Moselle contre 38,8% en France. On compte plus de femmes spécialistes (36,8%) que généralistes (35,3%), mais quelque soit leur statut elles choisissent en majorité une activité salariée (61% contre 39% de libéraux) (46).

1.3.1.3 La protection sociale en Meurthe-et-Moselle

Concernant la protection sociale en Meurthe et Moselle au 1^{er} janvier 2005, on remarque que 89,1% de la population protégée appartient au régime général, 2,9% à la MSA (mutualité sociale agricole), 3,2% au RSI (régime social des indépendants), 1% au régime minier et 3,8% aux autres régimes (Marins, RATP, Banque de France, Militaires, Clercs de notaires, cultes et non ventilés). La comparaison avec les données moyennes françaises permet de constater que le poids du régime minier est beaucoup plus important dans ce département qu'en France avec des valeurs respectives de 1% et de 0.39% (47).

1.3.2 Organisation de la Permanence des Soins en Meurthe-et-Moselle

Depuis 2003, la PDS est organisée en Meurthe-et-Moselle, selon les modalités nationales, suivant les trois axes : sectorisation, régulation et volontariat en se basant sur le cahier des charges départemental.

1.3.2.1 La sectorisation en Meurthe-et-Moselle

Avant 2003, les secteurs de garde en Meurthe-et-Moselle étaient très hétérogènes de par leur étendue géographique, leur densité de population et leur densité médicale. L'adéquation entre ces différents paramètres n'était pas optimale.

Depuis 2003 (4), la sectorisation est entièrement repensée pour réajuster au mieux l'offre de soins avec les besoins de la population en PDS. Comme nous l'avons vu précédemment le nombre de médecins disponibles pour la PDS est en baisse, beaucoup ont profité de l'instauration du volontariat pour se libérer d'une activité trop contraignante ou qui ne les intéresse plus. En parallèle, la mise en place d'une régulation de l'accès au médecin de garde diminue le nombre de visites à effectuer. L'évolution actuelle est donc à la fusion des secteurs (19). Si elle permet de concentrer les interventions, cette fusion a cependant des limites, notamment l'allongement des trajets qui augmente les délais d'intervention et diminue la disponibilité du médecin en temps de soins effectif.

La Meurthe-et-Moselle compte actuellement 30 secteurs de PDS. Cette liste est détaillée en annexe.

1.3.2.2 La régulation médicale libérale

Dans l'article R732, le Code de Santé Publique, modifié par les décrets du 15 septembre 2003 (4) et du 7 avril 2005 (19), stipule que l'accès au médecin de garde doit faire l'objet d'une régulation préalable organisée par le SAMU ou par un centre d'appel d'une association de PDS s'il est interconnecté avec le SAMU.

Plusieurs structures participent à la régulation libérale : l'association Médigarde (48) (49) et le standard de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle : Médi'Call Center (50).

1.3.3 Organisation de la Permanence des Soins sur la Communauté Urbaine du Grand Nancy et sur la Communauté des Communes du Sel et Vermois

1.3.3.1 Présentation de la CUGN et de la Communauté des Communes du Sel et Vermois

Crée en 1995, la CUGN est composée de 20 communes et regroupe 266 000 habitants. Sa superficie est de 171 km², sa densité de 1564 habitants/km² (51).

La Communauté des Communes des Pays du Sel et du Vermois a quant à elle été créée le 1 août 2001, elle regroupe aujourd'hui 10 communes et représente 29 000 habitants. Sa superficie est de 173 km², sa densité de 300 habitants/km² (52).

Nous donnons en annexe la liste détaillée des communes de la CUGN et de la Communauté des Communes du Sel et Vermois.

La CUGN compte à ce jour 272 médecins généralistes libéraux, soit une densité de 102 médecins pour 100 000 habitants. La Communauté des Communes des Pays du Sel et du Vermois en compte 32, soit 123 médecins pour 100 000 habitants.

1.3.3.2 Organisation de la Permanence des Soins avant décembre 2003

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

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

A partir de 1986 et la loi sur l'Aide Médicale Urgente (6), les patients en composant le 337 24 24 peuvent joindre un Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) du SAMU, qui transmet la visite à un médecin généraliste de garde équipé d'un radiotéléphone.

Depuis, le nombre d'adhérents au Service de Continuité des Soins a peu à peu diminué ainsi que les volontaires pour participer aux gardes de nuit et de week-end. En 2001 sur 270 généralistes de la CUGN, 209 médecins cotisaient au Service de Continuité des Soins, 52 d'entre eux y effectuaient des gardes (16).

1.3.3.3 Organisation de la Permanence des Soins depuis décembre 2003

La PDS sur la CUGN et la Communauté des Communes du Sel et Vermois fait partie de l'organisation de la PDS en Meurthe-et-Moselle. Elle suit les nouvelles dispositions départementales en suivant les 3 axes : sectorisation, régulation, volontariat.

1.3.3.4 L'offre médicale locale

La population de la CUGN et de la Communauté des Communes du Sel et Vermois peut s'adresser en cas de problème médical urgent à la régulation médicale libérale Médigarde, au centre 15, aux services d'urgences des établissements de santé, à certains médecins généralistes installés en cabinet dans la CUGN effectuant des gardes de nuit et de week-end, au cabinet de garde les Bains Douches à Nancy ou à l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle.

A noter qu'il existe pour la Communauté des Communes du Sel et Vermois, un cabinet de garde ouvert jusqu'à 23 heures 7 jours sur 7.

Nous allons présenter dans le chapitre 2 chacune de ces structures, en mettant en évidence leurs spécificités et leurs rôles dans la continuité des soins et la PDS.

2 LES ACTEURS DE LA PERMANENCE DES SOINS SUR LA CUGN ET SUR LA COMMUNAUTE DES COMMUNES DU SEL ET VERMOIS

2.1 Médigarde

2.1.1 Historique

Cette structure fait partie des nouvelles directives du Code de la Santé Publique, modifié par les décrets du 15 septembre 2003 (4) et du 7 avril 2005 (19). L'article R.732 du code stipule que l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable organisée par le SAMU ou par un centre d'appel d'une association de PDS s'il est interconnecté avec le SAMU.

Médigarde a été créée en octobre 2003, selon la loi du 1^{er} juillet 1901, pour gérer et organiser la régulation médicale libérale en Meurthe-et-Moselle (48) (49).

Elle vise, selon l'article 2 de ses statuts, à regrouper les associations et les groupements de secteurs ayant pour objet la PDS et la continuité des soins médicaux en Meurthe-et-Moselle. Elle a pour but de gérer et d'organiser la régulation médicale libérale dans toute la Meurthe-et-Moselle.

2.1.2 Description

Médigarde rassemble les médecins libéraux participant à la régulation médicale libérale (51). Parmi ses adhérents on compte divers syndicats de médecins généralistes libéraux, l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), le Service de Continuité de Soins.

Environ 25 médecins participent régulièrement à l'activité de régulation médicale libérale. Ils ont été formés par l'URML et le SAMU, grâce à des fonds publics. Ils sont rémunérés 3C de l'heure, soit 66 euros, par la Caisse d'Assurance Maladie, tout en gardant leur statut libéral.

La réception et la régulation des appels passe par un numéro unique : 0820 33 20 20 et se fait sur un site unique : les locaux du CRRA (Centre de Réception et de Régulation des appels) du centre 15. Les médecins libéraux régulent les appels depuis la même salle que les médecins du centre 15. Afin de définir les règles de fonctionnement de ce système, Médigarde et le CHU de Nancy se sont liés par une convention signée le 15 décembre 2003 (54).

L'appel est reçu par un Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) (55) qui ouvre un dossier informatisé, évalue la gravité par un interrogatoire bref et précis et transmet l'appel au médecin régulateur qui détermine le niveau de réponse approprié.

L'activité de Médigarde est effective en semaine de 20h à minuit, le samedi de 12h à minuit, le dimanche et les jours fériés de 8h à minuit. La semaine un médecin participe à la régulation médicale, le week-end et les jours fériés ils sont deux. En dehors de ces horaires, la régulation médicale est opérée par le centre 15 qui traite tous les appels des patients, qu'il s'agisse d'une urgence vitale ou non. La régulation médicale libérale ne couvre qu'une partie de la période dite de « permanence de soins ».

2.1.3 Activité de Médigarde

C'est le 20 décembre 2003 que Médigarde débute son activité.

Environ 20 000 appels par an ont été traités par Médigarde en 2006 et 2007. Une campagne d'information a été engagée en 2007, sa répercussion sur l'activité de régulation médicale libérale est en cours.

Les documents d'information de Médigarde sont joints en annexe

2.2 Le SAMU 54

2.2.1 Historique

En 1962 le Professeur LARCAN crée « SOS Nancy », le premier Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) urbain suite à un grave accident de chemin de fer.

Sur le plan législatif, le décret du 2 décembre 1965 impose à certains centres hospitaliers de se doter de moyens mobiles de secours (actuels SMUR), et l'arrêté du 4 décembre 1972 crée les SAMU. Le « 15 » numéro d'appel unique, est mis en place en 1976. Il faut cependant attendre 1986 et la loi sur l'aide médicale urgente (AMU) et les transports sanitaires (6) pour que les missions des SAMU et des SMUR soient clairement définies, et que soient officiellement créés les centres de réception et de régulation des appels (CRRA) appelés par la suite « centre 15 ».

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

Les éléments clés de l'organisation de l'aide médicale urgente pré-hospitalière sont la médicalisation à tous les niveaux et la centralisation des Services d'Aide Médicale Urgente. Ainsi il existe un SAMU par département (environ un pour 500 000 habitants), soit une centaine au total, et environ 350 SMUR répartis sur l'ensemble du territoire. Le SAMU 54 basé au CHU de Nancy à l'hôpital Central coordonne ainsi 3 SMUR dans le sud du département (Toul, Lunéville, Pont à Mousson), 2 SMUR dans le nord du département (Mont-Saint-Martin, Briey) et le SMUR de Nancy (56).

Les missions du SAMU sont de répondre aux situations d'urgence par des moyens exclusivement médicaux. Elles sont définies par la loi du 6 janvier 1986 et par le décret du 16 décembre 1987 (10) :

- assurer une écoute médicale permanente,
- déclencher dans les meilleurs délais la réponse la mieux adaptée à la demande d'aide médicale urgente,
- s'assurer de la bonne prise en charge des patients par les moyens engagés, du lieu de la prise en charge, jusqu'au service receveur,

- s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, en respectant son libre choix,
- veiller à l'admission du patient dans un établissement de santé,
- participer aux tâches d'éducation sanitaire, de prévention et de recherche, d'enseignement dans le domaine médical de l'urgence, de couverture médicale des grands rassemblements.

Le centre de régulation peut être contacté par le numéro unique national « 15 » ou par le numéro européen « 112 ».

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

L'appel est reçu par un Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) (55) qui ouvre un dossier (coordonnées de l'appelant, lieu de l'urgence, motif de l'appel...), évalue la gravité par un interrogatoire bref et précis. La saisie des données est informatisée. L'appel est ensuite transmis au médecin régulateur (56) qui détermine le niveau de réponse approprié :

- conseil médical téléphonique,
- conseil au patient de se déplacer au cabinet médical de garde,
- envoi d'un médecin libéral,
- envoi d'une ambulance privée,
- envoi de secours paramédicaux (infirmiers sapeurs-pompiers habilités à pratiquer certains gestes d'urgence),
- ou l'envoi de secours médicaux (médecin et infirmier : SMUR)

Le médecin régulateur peut aussi donner des instructions téléphoniques pour guider une réanimation cardio-pulmonaire à pratiquer avant l'arrivée des secours par exemple. A l'arrivée de l'effecteur sur les lieux, le médecin va l'assister et s'assurer de la mise en œuvre d'une réponse adaptée, orienter et préparer l'accueil du patient dans un établissement de soins adapté.

La particularité principale reste que la procédure de triage appelée « régulation » est effectuée par un médecin (57) et prend ici le statut d'acte médical. Ce choix repose sur la conviction que seul un médecin est capable d'apporter la réponse la plus adaptée face à un

problème médical. La conversation téléphonique se base donc sur une relation de confiance, où le praticien engage sa responsabilité et utilise ses connaissances médicales et son expérience pour cerner au mieux la situation du patient et garantir le bon usage de ressources médicales limitées et coûteuses.

Les avantages de ce système sont la réalisation d'une véritable consultation médicale téléphonique avec une garantie de sécurité pour le patient, le respect du secret médical, la rapidité de réaction, l'adéquation entre les moyens engagés et l'état du patient, l'utilisation ciblée des moyens, la coordination des prises en charge entre interlocuteurs médicaux assurant un parcours de soins optimal. Les critiques faites au système sont en rapport avec le coût élevé de rémunération d'un médecin, les problèmes de dialogues et les demandes inappropriées rencontrées lors de certains appels, la faible compliance aux contraintes et obligations du système de la part de certains appelants comme de certains intervenants en l'absence d'un cadre protocolaire strict, le manque d'évaluation du système.

2.2.3 Description du SAMU 54

Le SAMU 54 compte actuellement trente médecins (qu'ils soient praticiens hospitaliers, assistants ou attachés). Chaque jour de 8h30 à 18h30 puis de 18h30 à 8h30, il y a deux médecins régulateurs, deux médecins effectuant les sorties SMUR, et un médecin d'hélicoptère. Les moyens à leur disposition sont : 3 VLM (Véhicule Léger Médicalisé) assurant les sorties dites primaires (assurant l'aide médicale urgente sur Nancy et sa périphérie), 1 UMH (Unité Mobile Hospitalière) assurant les interventions secondaires (transferts d'hôpital à hôpital de patients instables nécessitant une surveillance médicale pendant le transport), 1 Hélicoptère. A l'équipe médicale s'associe chaque jour une équipe paramédicale avec dans chaque véhicule une infirmière et un ambulancier, pour les interventions héliportées un pilote et une infirmière, et dans la salle de régulation trois ou quatre permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) (56).

2.2.4 L'activité du Centre 15

2.2.4.1 Nombre d'appels reçus par le Centre 15 au cours de ces 10 dernières années

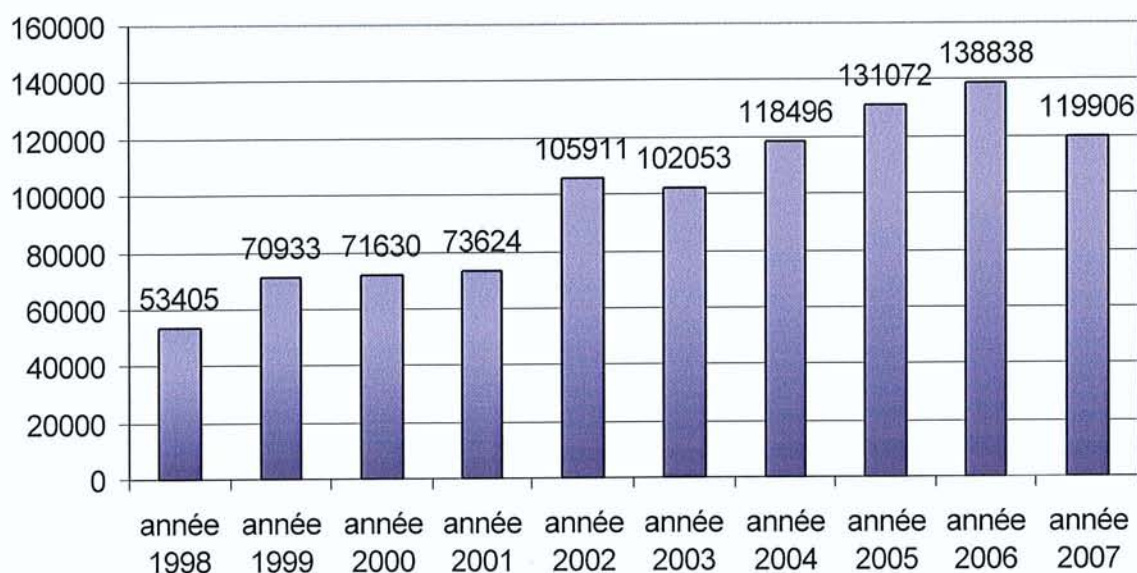


Figure 1 : Nombre d'appels annuels reçus par le Centre 15 de 1998 à 2007.

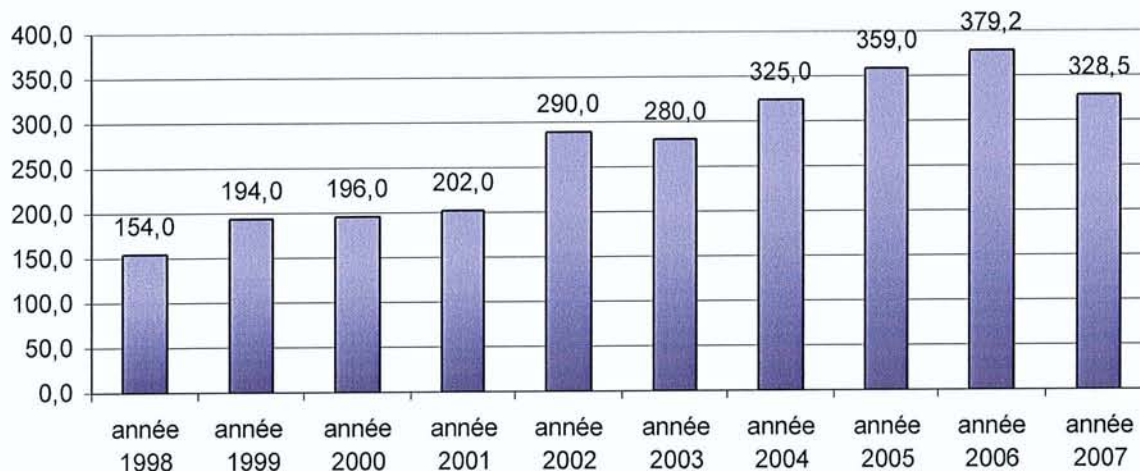


Figure 2 : Nombre d'appels journaliers reçus par le Centre 15 de 1998 à 2007.

On constate une augmentation régulière de l'activité de la régulation médicale au cours de ces dix dernières années, avec une forte augmentation fin 2001. Ceci s'explique par le fait qu'à cette époque la continuité des soins les nuits, les week-ends et les jours fériés n'était plus assurée par un grand nombre de médecins libéraux. Le centre 15 a dû faire face à une augmentation considérable de son activité et ce, sans moyen supplémentaire. C'est ainsi

qu'il a fallu réfléchir à une réorganisation de la PDS et que l'association Médigarde a été créée pour gérer la régulation médicale libérale. Ce dispositif fait actuellement l'objet d'une évaluation qui permettra peut-être de définir si elle est responsable de la baisse du nombre d'appels en 2007.

On constate que si le nombre d'appels a augmenté de façon importante ces dernières années, le nombre de sortie SMUR reste stable depuis dix ans (10 sorties primaires pour 1000 habitants). La population a donc acquis le réflexe d'appeler le centre 15, expliquant l'augmentation des appels injustifiés et des affaires relatives à un problème bénin (nécessitant un conseil téléphonique ou l'avis d'un médecin de ville) mais pas du nombre d'interventions médicalisées.

2.2.4.2 Répartition mensuelle des appels reçus au Centre 15 au cours de ces 10 dernières années

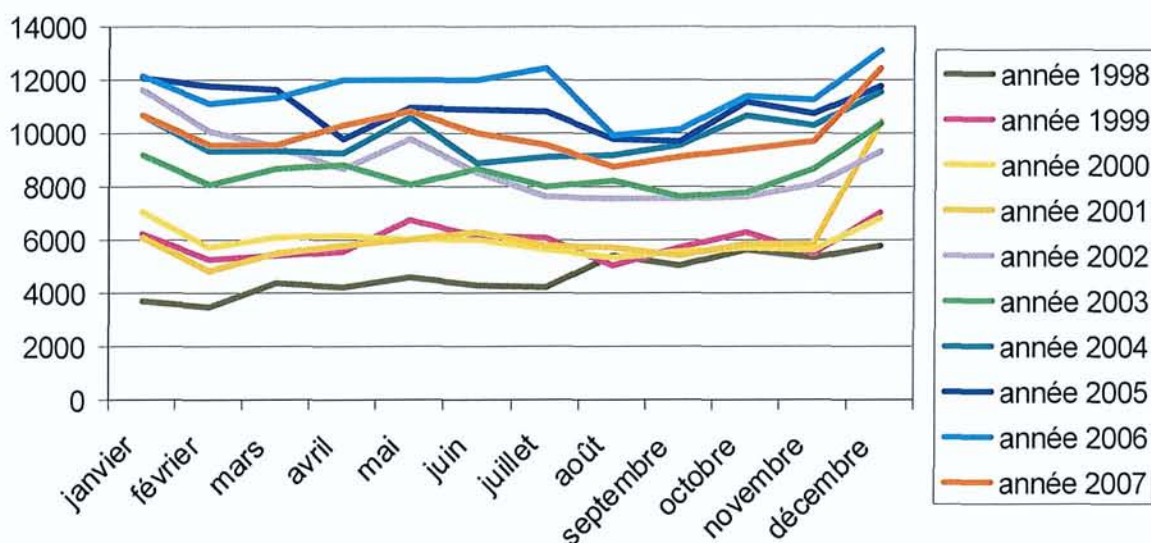


Figure 3 : Répartition mensuelle du nombre d'appels au Centre 15 de 1998 à 2007.

Les fluctuations de l'activité sont superposables d'une année à l'autre. Il existe un nombre d'appels plus importants en hiver, s'expliquant par l'apparition des épidémies hivernales, même si l'infectiologie ne représente qu'une faible part des motifs d'appels au

centre 15. Il faut noter également une activité plus importante en juillet et août, probablement due à l'absence des médecins traitants.

2.2.4.3 Répartition hebdomadaire des appels reçus au Centre 15 au cours de ces 10 dernières années

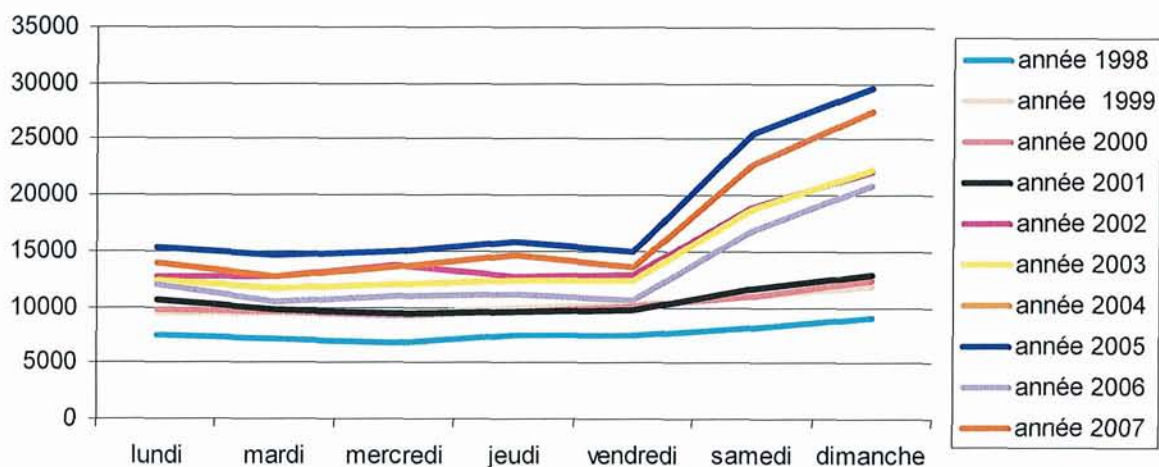


Figure 4 : Répartition hebdomadaire du nombre d'appels au Centre 15 de 1998 à 2007.

La répartition du nombre d'appels en fonction du jour de la semaine est relativement stable d'une année sur l'autre. L'activité est sensiblement la même du lundi au jeudi, puis augmente légèrement le vendredi avant d'atteindre un pic le samedi et le dimanche. Ceci s'explique par une majoration des appels en période de PDS.

2.2.4.4 Répartition nycthémerale des appels au Centre 15 au cours de ces 10 dernières années

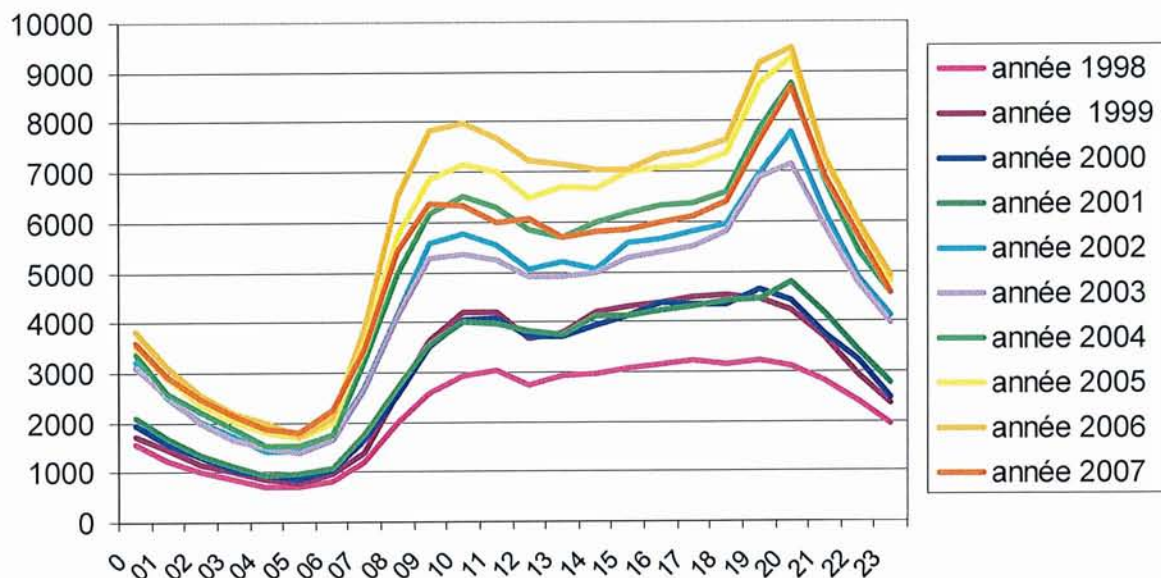


Figure 5 : Répartition nycthémerale du nombre d'appels au Centre 15 de 1998 à 2007.

Le nombre d'appels croît rapidement à partir de 6h du matin pour atteindre un premier pic en fin de matinée, puis l'activité se stabilise tout au long de l'après-midi avant d'augmenter fortement en début de soirée au moment de la fermeture des cabinets médicaux et à l'entrée en PDS, pour diminuer progressivement jusqu'au petit matin.

2.3 Les urgences

On compte trois services d'urgence sur le secteur de la CUGN et de la Communauté des Communes du Sel et Vermois :

- le SAU de l'hôpital Central à Nancy
- l'UPATOU sur le Médipôle Gentilly à Nancy
- le POSU à l'hôpital d'enfants au CHU de Brabois à Nancy

2.3.1 Le Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Central (SAU)

2.3.1.1 Historique

Le service des urgences de l'Hôpital Central, rue de Lattre de Tassigny à Nancy, avait à peine 20 ans qu'il était déjà à l'étroit dans ses murs. En effet prévu pour une capacité de 60 passages par jour, il avait dépassé la barre des 100 depuis des années déjà. Devant également faire face à la fermeture du service des urgences du CHU de Nancy-Brabois fin 2003, des travaux d'extension et de restructuration ont eu lieu en 2002 et 2003. Le 7 octobre 2003 le nouveau Service d'Accueil des Urgences a ouvert ses portes à l'Hôpital Central à Nancy.

2.3.1.2 Description

Le SAU est composé actuellement d'un hall d'accueil (avec secrétariat administratif et salle d'attente), d'un SAS pour les ambulances et d'un bureau médical. Le secteur de soins regroupe 7 salles de médecine, 7 salles de chirurgie (salle de plâtre, de sutures...), 2 salles mixtes et un secteur de déchocage avec 5 lits disponibles. Il existe également une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) avec 8 chambres. Par sa localisation au cœur du CHU, le SAU bénéficie d'un plateau technique complet.

Actuellement le SAU compte chaque jour de 8h30 à 18h30 trois médecins seniors (praticiens hospitaliers ou assistants) pour l'accueil des urgences et l'UHCD, de 18h30 à 8h30 seulement deux médecins seniors. Cette équipe est étoffée de jour comme de nuit d'internes et d'externes en formation. Les médecins SMUR participent également pendant leurs gardes à la prise en charge des patients se présentant au SAU pour aider leurs collègues et désengorger le service. Il existe également chaque jour (selon les effectifs médicaux disponibles) un médecin de FMAO (filiale médicale d'accueil et d'orientation). A cette équipe médicale s'ajoute une équipe paramédicale (infirmières, aides-soignantes, brancardiers, agents des services hospitaliers) et des agents administratifs.

2.3.1.3 Activité du SAU

2.3.1.3.1 Nombres d'entrées et d'hospitalisations au SAU entre 1996 et 2007

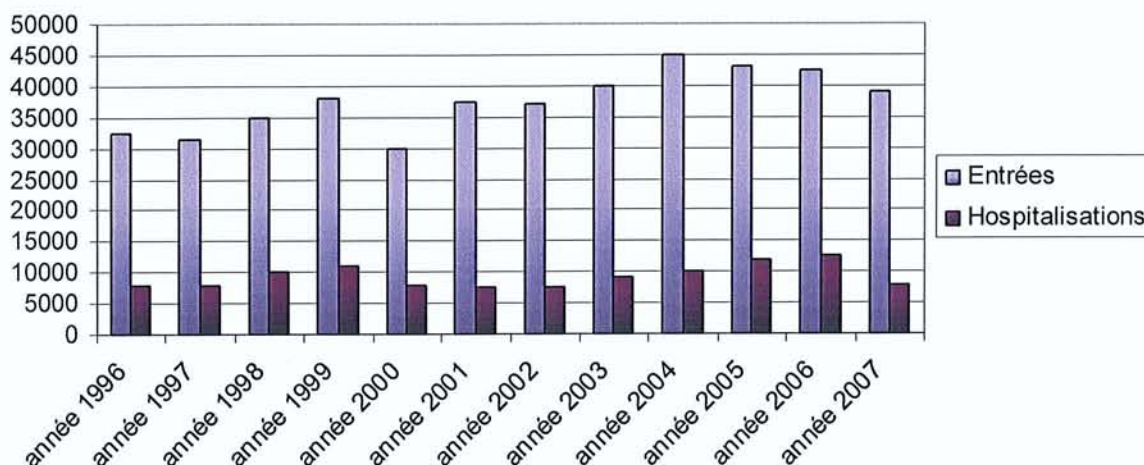


Figure 6 : Nombre d'entrées et d'hospitalisations au SAU entre 1996 et 2007.

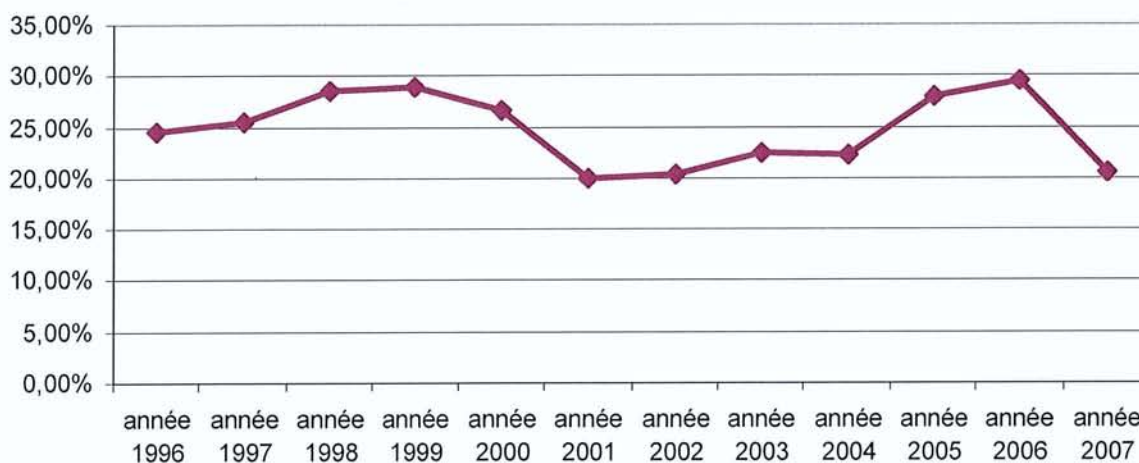


Figure 7 : Pourcentages d'hospitalisations par rapport au nombre d'entrées au SAU entre 1996 et 2007.

On remarque que le nombre d'entrées n'a cessé d'augmenter depuis 1996, avec un premier pic en 2001 que l'on peut rattacher à la grève des généralistes, puis un second en 2003 dû probablement à la canicule, et une majoration en 2004 faisant peut-être suite à la fermeture des urgences du CHU de Nancy-Brabois. La fréquentation semble avoir baissé depuis 2005, (en 2007 on dénombre 39740 passages, chiffre le plus bas depuis 5 ans), nous

constatons également une baisse de l'activité de régulation au cours de cette même période. Est ce le dû à une meilleure connaissance des autres acteurs de la PDS, à l'ouverture de l'UPATOU Gentilly ou à la création de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle ?

Il persiste tout de même une forte activité des services d'urgence et il ne s'agit pas d'un phénomène isolé. Elle reflète l'augmentation globale de la demande de soins de la part de la population qui se manifeste par un recours plus important à la régulation médicale comme nous l'avons vu précédemment et aux autres acteurs de la PDS, comme nous le détaillerons ensuite.

Le nombre d'hospitalisation est fluctuant d'une année à l'autre, avec en moyenne 25% des sujets consultants aux urgences hospitalisés. Ce pourcentage semble moins important ces dernières années, ceci pouvant s'expliquer par l'augmentation des consultations pour des motifs bénins, par la difficulté à trouver des lits d'hospitalisation donnant lieu à un retour à domicile plus fréquent dans le cas où l'hospitalisation n'est pas impérative et du fait d'une meilleure séniorisation des urgences.

2.3.1.3.2 Répartition mensuelle du nombre d'entrées au SAU en 2007

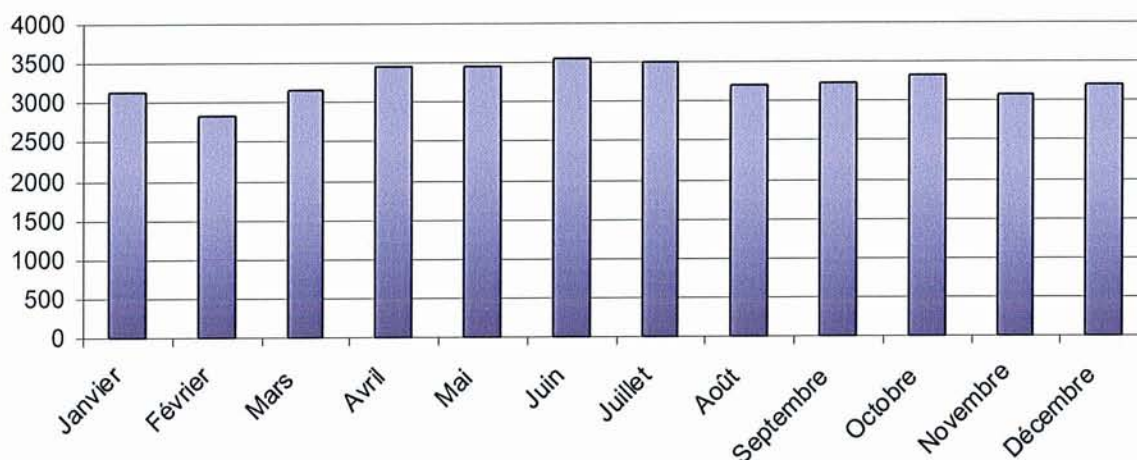


Figure 8 : Répartition mensuelle du nombre d'entrées au SAU en 2007.

Il n'existe pas de variations mensuelles du nombre d'entrées au SAU très importante. On note toutefois une légère augmentation les mois d'été (congés des médecins traitants). En

2007 l'activité a atteint son maximum en juin avec 3544 admissions et son minimum en février avec 2824 admissions.

2.3.1.3.3 Répartition hebdomadaire du nombre d'entrées au SAU en 2007 tenant compte de la période de PDS

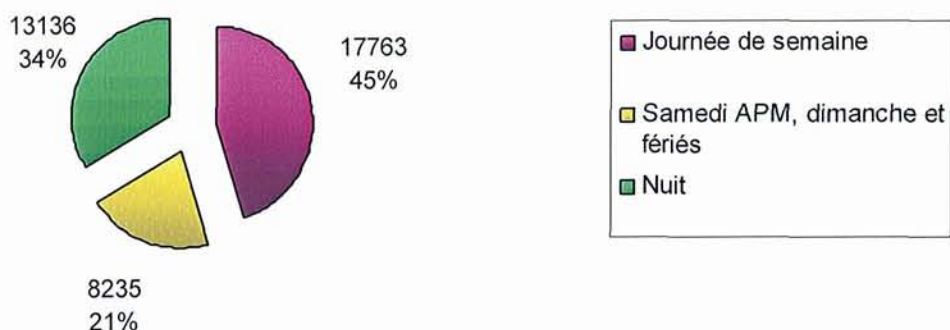


Figure 9 : Répartition hebdomadaire du nombre d'entrées en 2007 tenant compte de la période de PDS.

L'activité médicale de SAU couvre des périodes distinctes : la continuité de soins (les jours de semaine pendant l'ouverture des cabinets médicaux) et la PDS (la nuit de 20h à 8h et les week-ends et jours fériés). On remarque que 45% des entrées se font en semaine la journée lors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, ce qui représente une proportion très importante. Il faudra analyser les motifs de recours la journée en semaine pour savoir si ces consultations justifient un passage aux urgences ou si elles relèvent de la médecine ambulatoire. Le reste de l'activité médicale (55%) a lieu la nuit et les week-ends, donc en période de PDS.

On compte en moyenne 110 admissions par jour au SAU de l'Hôpital Central. Les plus gros jours d'activité étant le samedi, dimanche et lundi.

2.3.1.3.4 Répartition nycthémerale du nombre d'entrées au SAU en 2007

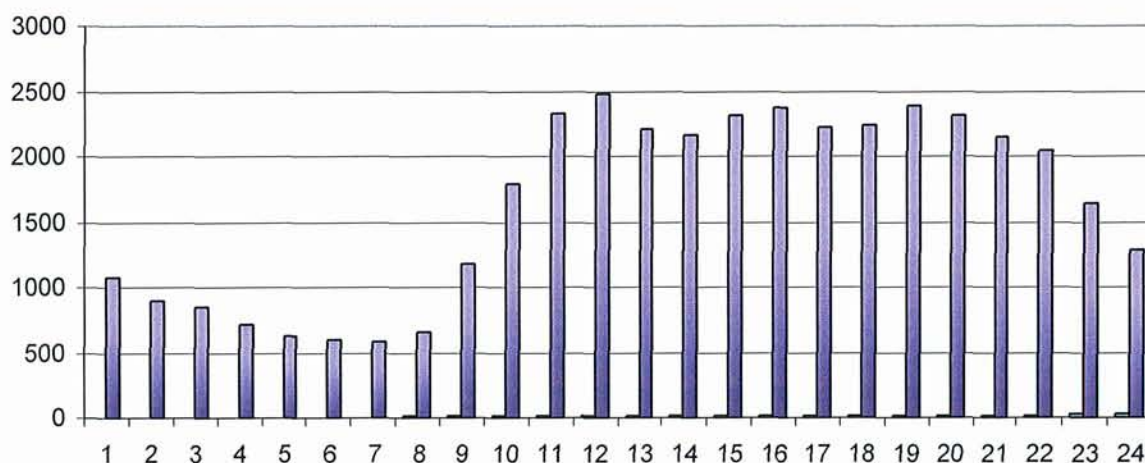


Figure 10 : Répartition nycthémerale du nombre d'entrées au SAU en 2007.

Le nombre de consultations augmente rapidement à partir de 9h du matin, pour atteindre son maximum vers midi. Il reste à un niveau très élevé en plateau l'après-midi et en début de soirée, puis décroît progressivement en fin de soirée pour atteindre son minimum vers 6h du matin.

Comme pour la répartition hebdomadaire les consultations sont très nombreuses en période de PDS (entre 20h et 8h), mais également le reste de la journée pendant l'ouverture des cabinets médicaux. Les consultations pendant ces tranches horaires relèvent-elles réellement d'un service d'urgence ?

2.3.1.3.5 Provenance des patients consultants au SAU en 2007

47% des patients consultants au SAU sont adressés suite à un avis médical (soit 18306 entrées en 2007). 63% sont admis sur avis du médecin régulateur du SAMU, 26% suite à la consultation de leur médecin traitant et en proportions égales (4%) par SOS Médecins, un médecin hospitalier ou autre médecin de ville. Il persiste donc 53% des patients qui se présentent aux urgences sans avis médical préalable.

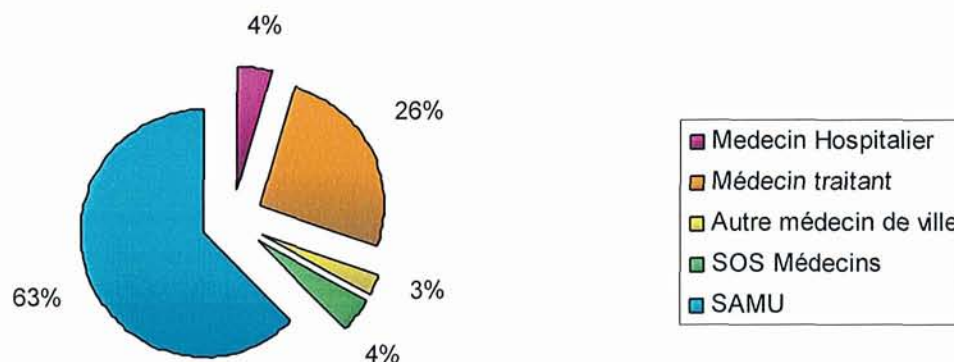


Figure 11 : Provenance des patients adressés suite à un avis médical au SAU en 2007.

2.3.1.3.6 Motifs de recours des patients consultants au SAU en 2007

83% des patients consultants aux urgences ont déjà un dossier médical au SAU.

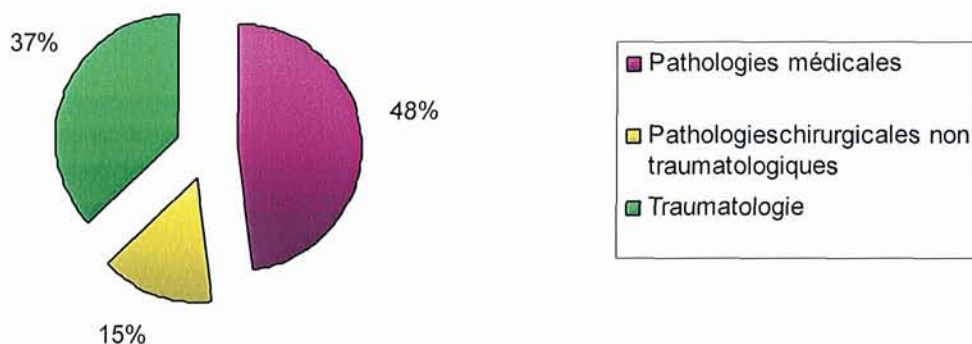


Figure 12 : Répartition selon le motif d'admission des patients consultants au SAU en 2007.

On constate que les pathologies médicales représentent près de la moitié des motifs de recours au SAU en 2007. L'autre moitié des motifs de recours correspond aux pathologies chirurgicales, que l'on peut différencier en deux catégories, traumatologiques et non traumatologiques.

La traumatologie avec 37% des admissions représente un motif de recours non négligeable (une différence significative avec la médecine de ville où elle ne concerne que 12% des consultants, faute probablement de plateau technique rapidement disponible en ville). La chirurgie non traumatologique (abdominale, ORL...) est moindre, 15% des motifs de recours au SAU.

Concernant les actes réalisés, 36% (14215 actes) des patients admis au SAU en 2007 ont bénéficié d'examens biologiques et 51% (20061 actes) d'une exploration radiologique.

Le temps de passage moyen au SAU est estimé pour l'année 2007 à 4h59min.

En analysant les classifications des patients admis au SAU, on remarque que les classifications CCMU1 et 2 représentent 83%. Ces patients correspondent en grande partie à des sujets qui ont consulté aux urgences pour des motifs relevant de la médecine ambulatoire (par exemple pour des pathologies ORL, infectieuses, lumbago, douleur intense nécessitant des antalgiques...).

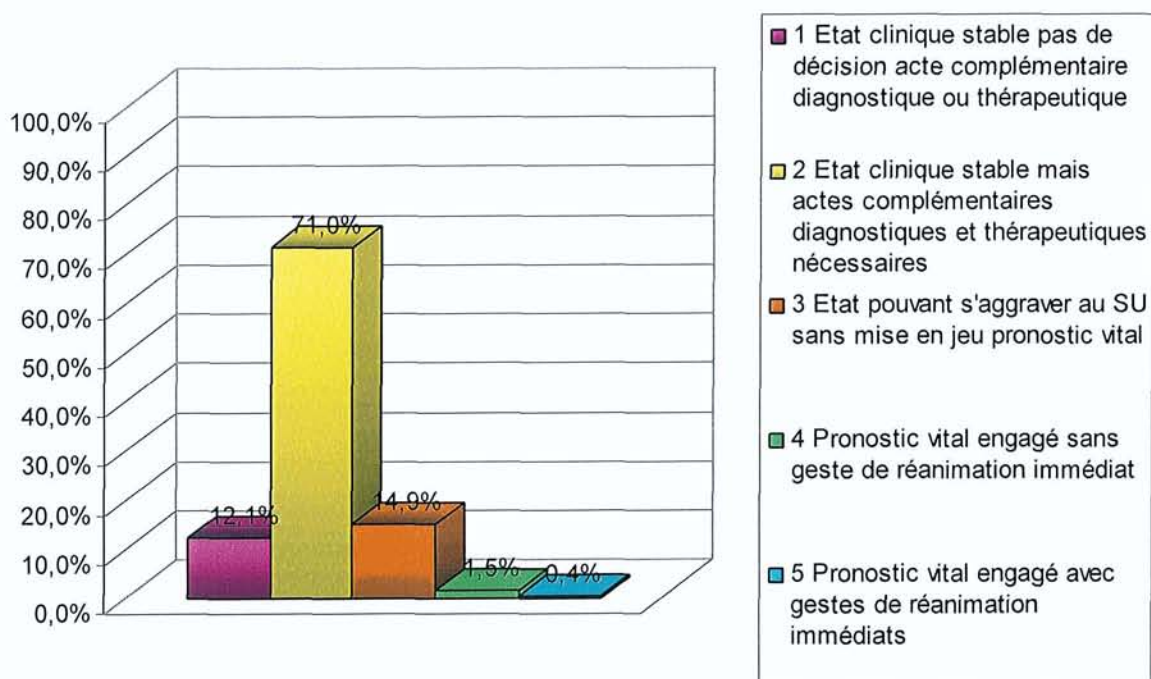


Figure 13 : Répartition selon la classe CCMU des patients consultants au SAU en 2007.

Une présentation de la classification CCMU figure en annexe.

2.3.2 UPATOU Gentilly de Nancy

2.3.2.1 Historique

Situé sur le Médipôle Gentilly à Nancy, le Service d'Urgences de la Polyclinique de Gentilly a ouvert ses portes en juin 2005 (58).

2.3.2.2 Description

Le service des urgences (58) est composé d'un hall d'entrée avec un poste d'accueil (secrétariat administratif) et une salle d'attente, d'un SAS pour les ambulances, d'un bureau médical. Le secteur de soins regroupe 4 salles de soins polyvalentes et une salle de déchocage double poste. Il existe également une unité d'hospitalisation de courte durée avec 7 chambres.

Par sa localisation au sein du Médipôle, le Service des urgences se trouve au cœur d'un plateau technique complet (services d'imagerie médicale (radiologie conventionnelle, scanner dernière génération, IRM), de cardiologie interventionnelle (Clinique Ambroise Paré) et de service de réanimation sont en proximité directe avec le service d'Urgences).

Actuellement le service des urgences compte 4 postes médicaux temps plein pour l'accueil des urgences et l'UHCD. Cette équipe est étoffée de praticiens hospitaliers et d'assistants généralistes (tous titulaires de la Capacité de Médecine d'Urgence). S'ajoute à l'équipe médicale, une équipe paramédicale (infirmières, aides-soignantes, brancardiers, agents des services hospitaliers) et des agents administratifs.

L'activité du service d'urgences ainsi que de l'UHCD est assurée par un médecin senior 24h/24 tous les jours.

2.3.2.3 Activité de l'UPATOU

L'activité durant l'année 2006 a été de 14463 passages, avec durant la même période environ 1500 entrées en UHCD. L'activité initialement chirurgicale a fait place à une activité

médicale, représentant environ 2/3 des consultants à ce jour aux urgences. A noter que les cas pédiatriques ne sont pas pris en charge dans ce service.

Cette activité représente environ un tiers des urgences du Grand Nancy (58).

Les chiffres de l'activité 2007 n'ont pas pu être obtenus.

2.3.3 Le service d'accueil des urgences pédiatriques (POSU)

2.3.3.1 Historique

Il existe depuis le 17 novembre 1982. Il est situé dans l'enceinte du CHU de Nancy-Brabois, à l'Hôpital d'Enfants.

2.3.3.2 Description

Il est ouvert 24h/24 et accueille les enfants de 0 à 18 ans.

Le service d'Urgences est composé d'un hall d'entrée avec un poste d'accueil (secrétariat administratif) et une salle d'attente, un SAS pour les ambulances, un bureau médical. Le secteur de soins regroupe 9 salles de soins polyvalentes.

Sur place les enfants sont accueillis et pris en charge par une équipe médicale (praticiens hospitaliers, internes et externes) et une équipe paramédicale (infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, brancardiers, agents des services hospitaliers).

2.3.3.3 Activité du POSU

2.3.3.3.1 Nombre d'entrées et d'hospitalisations au POSU de 2004 à 2007

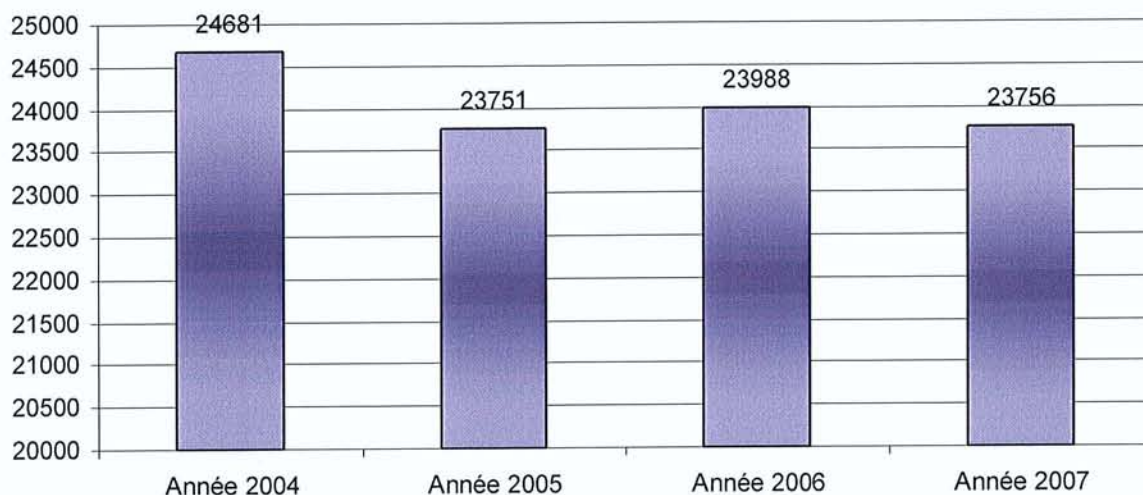


Figure 14 : Nombre d'entrées au POSU de 2004 à 2007.

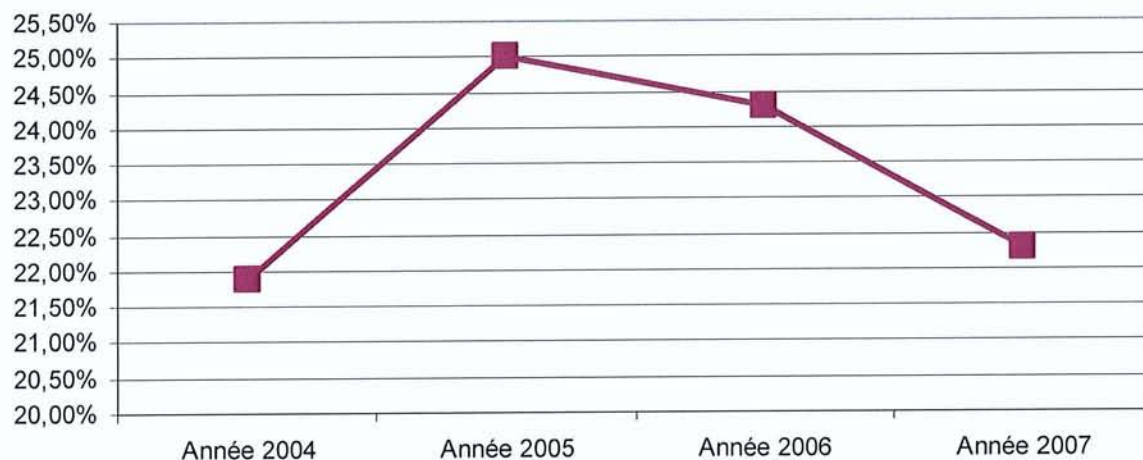


Figure 15 : Pourcentages d'hospitalisation par rapport au nombre d'entrées au POSU de 2004 à 2007.

On remarque une activité relativement stable du POSU ces dernières années, avec comme pour le service des urgences adultes, une baisse du nombre d'entrées en 2007. Est-ce le fait d'une meilleure connaissance des autres acteurs de la PDS ?

Le nombre d'hospitalisation est fluctuant d'une année à l'autre, avec en moyenne 23% des patients consultants au POSU hospitalisés.

2.3.3.3.2 Répartition nycthémerale du nombre d'entrées au POSU en 2007

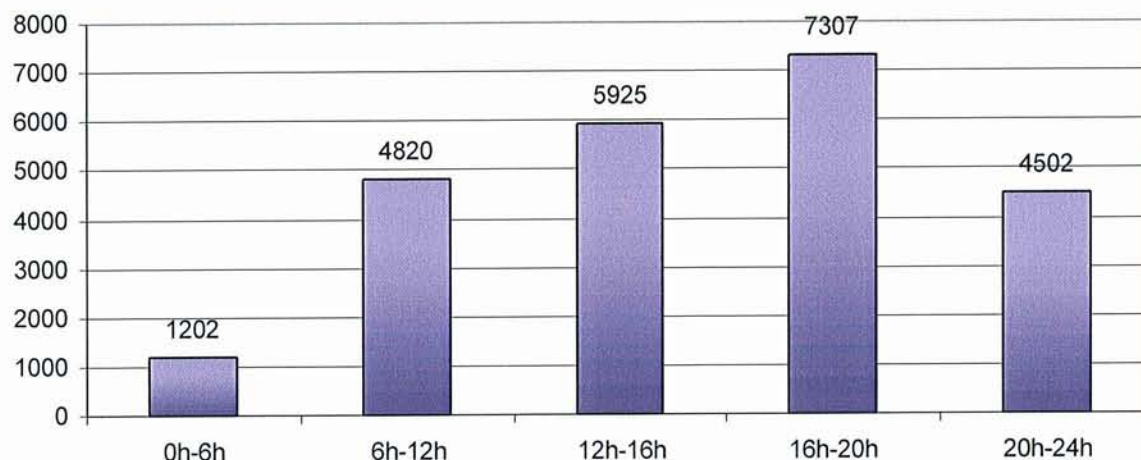


Figure 16 : Répartition nycthémerale du nombre d'entrées au POSU en 2007.

Le nombre de consultations augmente rapidement dès 6h du matin, pour atteindre son maximum en fin d'après-midi. L'activité reste très importante dans la soirée, pour décroître à partir de minuit. Comme pour le service des urgences adultes, le nombre de consultations est très important en période de PDS (de 20h à 8h), mais également le reste de la journée, en période de continuité de soins, pendant l'ouverture des cabinets médicaux. Les consultations pendant ces tranches horaires relèvent-elles d'un service d'urgence ?

2.3.3.3.3 Motifs de recours des patients consultants au POSU en 2007

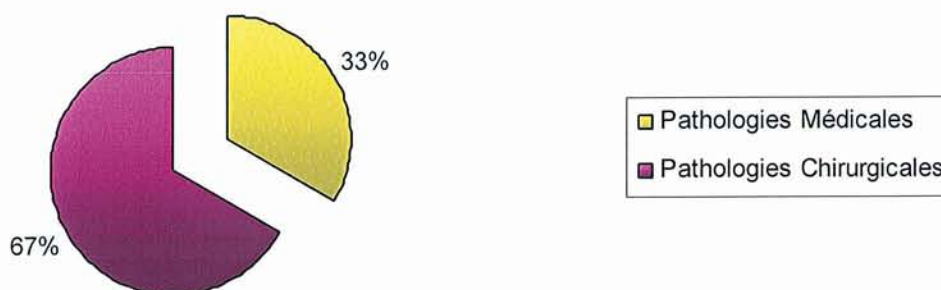


Figure 17 Répartition selon les motifs d'admission des patients consultants au POSU en 2007.

Les pathologies médicales représentent un tiers des motifs d'admission, contre deux tiers pour les pathologies chirurgicales. Comme pour les urgences adultes la traumatologie est un motif de recours très important au POSU. La répartition entre les différents motifs de recours aux urgences chez l'enfant est différente de chez l'adulte (plus de chirurgie et moins de médecine).

Concernant les pourcentages d'hospitalisation en fonction des motifs de recours, on note autant d'hospitalisations pour motifs médicaux que chirurgicaux en 2007.

2.4 Les médecins généralistes installés en cabinet

La DRESS a réalisé en 2004 (59) une enquête auprès des médecins généralistes libéraux concernant leur activité urgente ou non programmée. Celle-ci représente 12% de leur activité totale.

Ces consultations ont majoritairement lieu aux heures ouvrables. Le motif de recours est une affection aiguë dans 80% des cas. Les pathologies somatiques non traumatiques représentent 75% des consultations (en premier lieu les pathologies infectieuses et ORL), la traumatologie ne représente que 12% des consultations.

Ces consultations donnent lieu à des prescriptions de médicaments dans 90% des cas, d'un examen radiologique dans 10% des cas et d'un examen biologique dans 11% des cas. Des actes techniques ne sont pratiqués qu'au cours de 10% des consultations (pansement, injection, suture...).

Au terme de cette prise en charge 5% des patients sont hospitalisés et 34% ont une consultation de contrôle ultérieure.

Une étude faite sur Nancy en 2005 (53) montre que les médecins généralistes de ce secteur sont très peu nombreux à participer à l'activité de visite à domicile le week-end et la nuit (un ou deux en moyenne), mais prennent en revanche pour certains des gardes à la maison Médicale des Bains Douches. Ils ne sont qu'une trentaine installés en cabinet dans la CUGN à s'inscrire chaque mois sur le tableau de gardes du secteur de Nancy.

Dans la même étude (53), à laquelle 192 médecins généralistes du secteur ont participé, 69,1% déclarent laisser un message sur leur répondeur téléphonique invitant leurs patients à composer le numéro de téléphone de la régulation médicale libérale en dehors des heures d'ouverture de leur cabinet, 11,6% laissent sur leur répondeur téléphonique le numéro de SOS Médecins.

2.5 La Maison Médicale Les Bains Douches

2.5.1 Description

Elle est située, 67 rue Saint Nicolas à Nancy, dans les anciens « Bains Douches » de ce quartier. Cette maison médicale a été ouverte le 5 juillet 2003. Des médecins généralistes volontaires, par ailleurs installés en cabinet assurent des consultations sur place. Ils sont actuellement 74 à participer à cette activité. Aux horaires d'ouverture, deux médecins consultent simultanément. Il n'y a pas d'agent d'accueil ni de personnel paramédical, une secrétaire à temps partiel est détachée de l'URML. Les horaires d'ouverture sont :

- en semaine de 20h à minuit,
- le samedi de 12h à minuit
- le dimanche et les jours fériés de 8h à minuit.

Les patients peuvent s'y présenter librement et bénéficieront systématiquement d'une consultation qu'ils se soient ou non préalablement adressés à la régulation médicale. Son fonctionnement est en partie financé par la CPAM au travers des fonds FAQSV (FIQCS aujourd'hui) et la mairie de Nancy.

2.5.2 Activité des Bains Douches

2.5.2.1 Nombre de consultations effectuées aux Bains Douches depuis juillet 2003

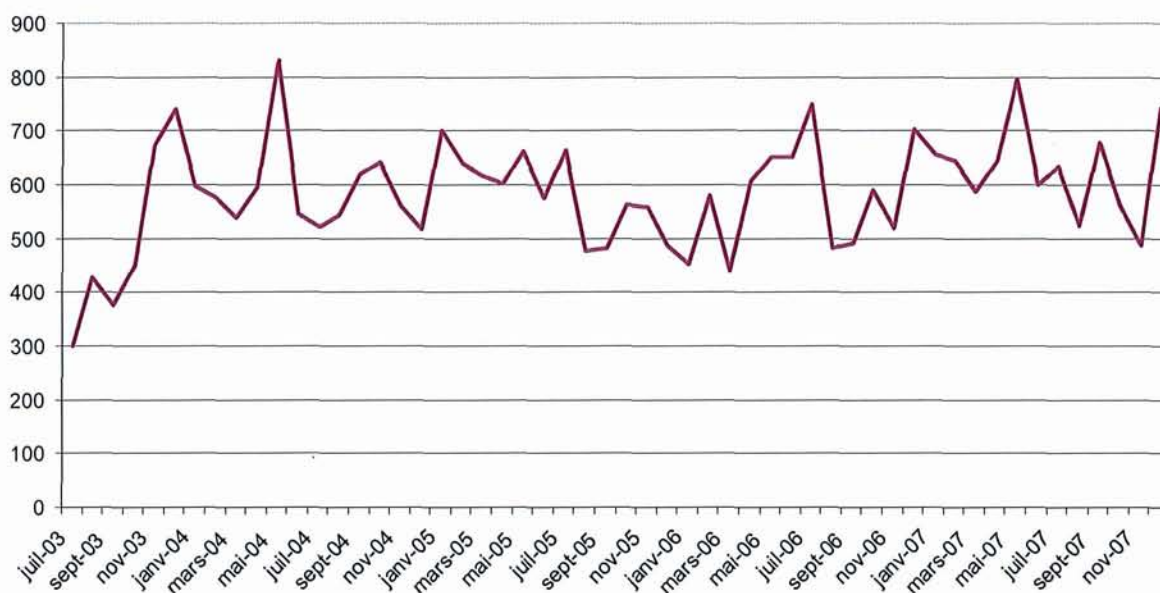


Figure 18 : Nombre de consultations effectuées aux Bains Douches de juillet 2003 à fin 2007.

L'activité de la Maison Médicale des Bains Douches est sensiblement stable depuis son ouverture. On compte en moyenne 630 consultations mensuelles soit 3 consultations par heure (sur les heures de fonctionnement).

2.5.2.2 Répartition mensuelle du nombre de consultations aux Bains Douches de 2005 à 2007

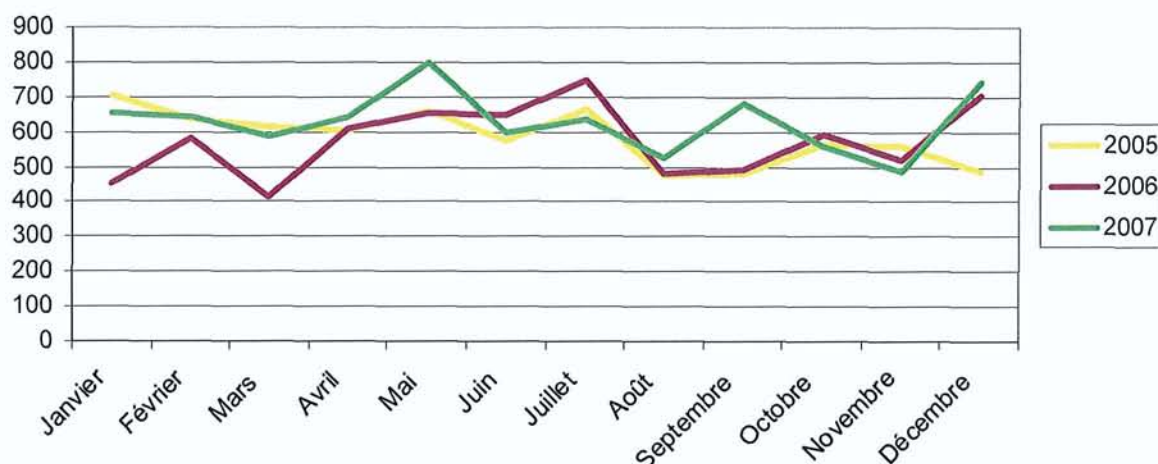


Figure 19 : Répartition mensuelle du nombre de consultations aux Bains Douches de 2005 à 2007.

Les fluctuations de l'activité sont superposables d'une année à l'autre. Elle reste relativement stable tout au long de l'année. En 2007 les plus gros mois d'activité ont été mai (797 consultations) et décembre (743 consultations), le plus petit mois, août (523 consultations). Il n'existe pas vraiment de variations saisonnières, quelques pics d'activité en hiver liés probablement aux pathologies infectieuses et en été aux congés des médecins traitants.

2.5.2.3 Répartition hebdomadaire des consultations aux Bains Douches de 2005 à 2007

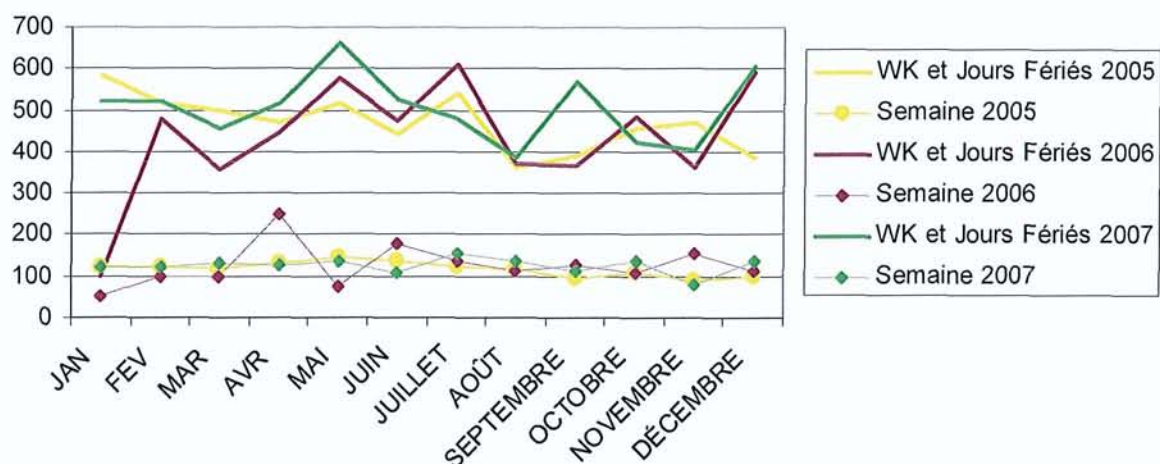


Figure 20 : Répartition hebdomadaire des consultations aux Bains Douches de 2005 à 2007.

La maison médicale les Bains Douches assure depuis son ouverture une activité de consultation nettement plus importante les week-ends et jours fériés (en moyenne 506 consultations par mois en 2007) que les soirs de semaine (en moyenne 124 consultations par mois en 2007). Ceci s'explique en partie par une plage horaire d'ouverture nettement plus importante les week-ends et les jours fériés.

2.6 SOS Médecins Meurthe et Moselle

2.6.1 Présentation de SOS Médecins

2.6.1.1 Historique

Le 20 juin 1966 marque la création de SOS Médecins, par le Docteur Lascar (60), médecin généraliste à Paris. Son initiative fait suite au décès d'un de ses patients qui faute d'avoir pu joindre un médecin un samedi après-midi succombe à une défaillance cardiaque. « Paradoxalement relate, le Dr Lascar, le week-end précédent, en butte à une fuite d'eau dans ma baignoire, j'avais été dépanné dans le quart d'heure par SOS dépannage ». Ainsi lui vint l'idée de créer SOS Médecins, guidé par la conviction que la santé valait plus qu'un tuyau de plomb. A une époque où le SAMU n'existait pas, le concept est révolutionnaire.

Depuis, de nombreuses associations SOS Médecins se sont développées en France pour atteindre une soixantaine à ce jour. Elles ont aussi servi de modèles à d'autres pays qui disposent d'associations de PDS similaires.

2.6.1.2 Présentation de la fédération SOS Médecins France

SOS Médecins France est le premier réseau d'urgence libéral et de PDS en France (59). Il regroupe une soixantaine d'associations réparties sur le territoire métropolitain et d'outre-mer, soit un total d'un millier de médecins généralistes.

SOS Médecins couvre les deux tiers de la population française et assure 80% de la PDS en milieu urbain et périurbain. SOS Médecins traite 4 millions d'appels par an et effectue 2,5 millions d'interventions à domicile.

2.6.1.3 Le cahier des charges de SOS Médecins France

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

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

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

Les principes de fonctionnement contenus dans le cahier des charges sont (61) :

- un centre de réception et de régulation des appels fonctionnant 24h/24,
- une disponibilité totale des médecins, avec des visites à domicile assurées 24h/24,
- des médecins expérimentés, rompus à l'urgence,
- des moyens diagnostiques et thérapeutiques étendus,
- une intervention rapide des médecins,
- un bilan d'intervention systématique, immédiat au centre de régulation médicale ou différé au médecin traitant

2.6.1.4 Une place reconnue dans la prise en charge des urgences et de la Permanence des Soins

La création de SOS Médecins visait à combler une lacune du système de soins français : la possibilité de pouvoir être pris en charge par un médecin quelque soit le jour de la semaine ou l'heure du jour et de la nuit, rapidement et efficacement. SOS Médecins s'inscrit donc en complémentarité des structures existantes libérales et hospitalières (61).

SOS Médecins France est reconnue dans les textes récents en tant qu'association de PDS :

- Le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 (4) ajoute l'article R.731 au Code de la Santé Publique, reconnaissant aux associations de PDS la possibilité de participer au dispositif de PDS, sous réserve de communication préalable au Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de la liste nominative des médecins y participant.

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

- Le décret n°2005-328 du 7 avril 2005 (19) modifie l'article R.730 du Code de la Santé Publique. Au texte initial de 2003 « La permanence des soins (...) est assurée en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé (...) par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres » sont ajoutés : « ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins », reconnaissant ainsi l'existence du travail que ces médecins effectuent pour certains depuis 1966.

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

- La convention nationale signée avec le SAMU de France le 17 septembre 2005 (62) en présence de Mr X. BERTRAND Ministre de la Santé et des Solidarités, formalise les relations entre SOS Médecins et le SAMU. Cette convention sert de cadre aux conventions qui seront signées localement entre les établissements hospitaliers hébergeant un SAMU et les associations SOS Médecins.

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

2.6.1.5 Une participation à des actions nationales de Santé Publique

Un partenariat avec l'Institut de Veille Sanitaire (63), l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (64), une participation au réseau sentinelle des Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe (65), aux cellules départementales Grippe Aviaire renforcées.

2.6.2 Présentation de SOS Médecins Meurthe et Moselle

2.6.2.1 Historique

L'association SOS Médecins Nancy puis Meurthe et Moselle a été créée le 15 juillet 1999, selon la loi du 1^{er} juillet 1901. Depuis sa création cette structure ne cesse de progresser tant sur le plan du territoire géographique couvert que sur le nombre de médecins.

2.6.2.2 Description

2.6.2.2.1 Effectifs et locaux

Elle compte actuellement 16 médecins associés et 9 médecins remplaçants (3 à temps plein et 6 à temps partiel). Le nombre de médecins travaillant au cours de la journée et de la nuit est défini pour correspondre au mieux aux besoins de la population, selon le principe de la disponibilité du cahier des charges de SOS Médecins France.

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

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

2.6.2.2.2 Secteur géographique d'intervention de SOS Médecins Meurthe et Moselle

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

- de 19 communes de la CUGN et villages annexes,
- des Communes de la Communauté des Communes des Pays du Sel et Vermois (Saint Nicolas de Port, Dombasle Sur Meurthe)

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

- le secteur de Neuves-Maisons
- le secteur de Pompey
- le secteur de Champigneulle
- le secteur de Blainville-Sur-L'eau, Damelevières
- le secteur de Toul
- le secteur de Thiaucourt
- le secteur de Lunéville (cœur de nuit)
- le secteur de Pont-à-Mousson

En période de PDS, SOS Médecins Meurthe et Moselle met ainsi ses services à disposition de plus de 440 000 personnes, soit plus de 61% de la population du département, répartie sur un territoire de 1900 km², soit 36% de la superficie du département.

2.6.2.2.3 Déroulement pratique de la réponse médicale

Les appels des patients sont reçus par le standard de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle établi dans l'Essonne. Medi'Call Center (MCC) (50) a été fondé en 1998 par le Dr Paraque, médecin de l'association SOS Médecins Essonne. Il fait partie des Centres d'Appels des Associations de PDS, il participe à ce titre à la régulation des appels en dehors des périodes d'ouverture des cabinets médicaux et fonctionne 24h/24 7j/7. Il offre une interconnexion avec le SAMU 54.

MédiCall Center traite aujourd'hui les appels pour plusieurs associations de PDS (environ 650 000 appels par an). Entièrement informatisé, il permet la réception, la gestion

des appels ainsi que la transmission des données aux médecins sur le terrain grâce à des logiciels informatiques développés.

Le standard dispose d'une vision globale de l'activité médicale en cours, il sait exactement où se rend et où se trouve chacun des médecins à tout moment de sa garde. Le transfert d'informations entre les permanenciers et les médecins se fait par le biais d'un ordinateur de poche ; les informations médicales, confidentielles et sécurisées sont transmises grâce à un logiciel intégré, MCC Mission, régulièrement mis à jour par de nouvelles améliorations.

Lorsqu'un patient contacte le centre d'appels de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, il est mis en relation avec une permanencière qui établit une fiche d'identité. Dès l'obtention du motif d'appel, des antécédents voire du traitement du patient, grâce à des items (dyspnée, douleur thoracique, fièvre...), elle évalue rapidement le degré d'urgence :

- si l'urgence apparaît vitale l'appel est directement transmis au SAMU, et sera traité par le médecin régulateur du centre 15 (afin qu'il n'y ai pas de perte de chance pour le patient)

- si l'urgence est élevée sans pronostic vital en jeu, la visite sera prioritaire et transmise au médecin le plus rapidement disponible, ou un médecin sera détourné de son trajet initial pour se rendre au chevet de ce patient. La permanencière peut également joindre un médecin qui travaille par téléphone pour lui faire réguler un appel dont il convient d'affiner le niveau d'urgence,

- si la visite est médicalement justifiée mais non urgente, la permanencière indique au patient un délai d'attente approximatif en fonction de l'activité médicale en cours. Cette visite sera attribuée à un des médecins sur le secteur, si possible, en fonction de sa localisation géographique.

L'appel est ensuite transmis à un des médecins qui reçoit les informations sur son ordinateur de poche et acquitte réception de la visite. La permanencière sait ainsi que le médecin a pris connaissance des informations concernant le patient et qu'il se rend sur le lieu de la visite.

Arrivé sur les lieux, il indique au standard par l'intermédiaire de son ordinateur de poche qu'il se trouve sur place.

Notons que l'heure d'appel du patient, de transmission de la fiche au médecin, de l'arrivée sur les lieux et du temps passé sur place sont enregistrées et archivées, ce qui représente un intérêt médico-légal.

Une fois la visite effectuée il remplit un compte rendu informatisé qui sera archivé puis se rend disponible pour une autre visite.

2.6.2.2.4 Respect du cahier des charges de SOS Médecins

Etant affiliée à la fédération SOS Médecins France, l'association SOS Médecins Meurthe et Moselle en respecte le cahier des charges (61) :

- un centre de réception et de régulation des appels fonctionnant 24h/24. L'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle a choisi de travailler avec le Centre Médi'Call Center installé dans l'Essonne.

- une disponibilité totale des médecins, avec des visites à domicile assurées 24h/24. Les plannings sont organisés en fonction des besoins de la population des secteurs couverts. Ils sont adaptés à l'horaire du jour, au jour de la semaine et à la saison. Les variations imprévisibles sont absorbées par les médecins d'astreinte et si nécessaire par tous les médecins disponibles. Le planning et le nombre de postes peuvent être modifiés pour une adaptation en temps réel.

- des médecins expérimentés, rompus à l'urgence. Certains ont obtenus ou préparent la Capacité de Médecine d'Urgence de la Faculté de Médecine de Nancy. Le recrutement se fait sur l'expérience dans le domaine de l'urgence, la connaissance de la médecine générale, le contact humain et surtout la motivation à pratiquer une médecine souvent difficile de par la variété et la fréquente complexité des situations à gérer, et de part l'engagement physique nécessaire. L'ensemble des médecins associés et remplaçants bénéficient d'une formation médicale continue assurée par des médecins spécialistes, médecins du SAMU...

- des moyens diagnostiques et thérapeutiques étendus. En plus de tout l'équipement habituel (stéthoscope, tensiomètre, otoscope, médicaments injectables d'urgence...) les médecins de l'association emportent un matériel plus spécifique (bouteille d'oxygène, électrocardiographe, oxymètre de pouls, un nécessaire à ventilation manuelle, un détecteur de monoxyde de carbone, un matériel de petite chirurgie...)

-une intervention rapide des médecins. L'équipement en moyens modernes de télécommunication permet de joindre très rapidement un médecin et si besoin de le détourner de sa destination en cas de visite très urgente. La signalétique des voitures blanches et débanalisées permet de repérer facilement l'arrivée du médecin.

- un bilan d'intervention systématique. Le bilan est transmis au SAMU par téléphone pour les visites déléguées, le 15 dispose également d'un accès informatique direct au compte-rendu du logiciel MCC Mission du standard Médi'Call. Les transmissions se font par courrier remis au patient à l'intention du médecin traitant et par le carnet de santé pour les enfants.

2.6.2.2.5 Une collaboration renforcée avec des institutions de soins locales

- Une convention a été signée avec le SAMU 54 le 4 octobre 2006, conformément aux nouvelles dispositions du Code de la Santé Publique (19) et à la convention cadre de partenariat SAMU de France - SOS Médecins France (62). Elle fixe les modalités de collaboration entre ces deux structures, notamment pour la mise en œuvre de l'interconnexion et de l'activité de visites médicales dans le cadre de la PDS.

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

- Une convention avec les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes des secteurs de Pompey / Lay Saint Christophe et Neuves-Maisons et avec la Clinique St Jean à Nancy. Elle assure aux établissements concernés l'intervention d'un médecin SOS 24h/24 7j/7. Les visites effectuées s'intègrent dans la démarche de soins de chaque patient : les dossiers médicaux sont mis à la disposition des médecins et complétés.

- Une convention avec la police.

2.6.2.3 L'activité de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle

2.6.2.3.1 Nombre d'appels reçus et de visites effectuées par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle de 2003 à 2007

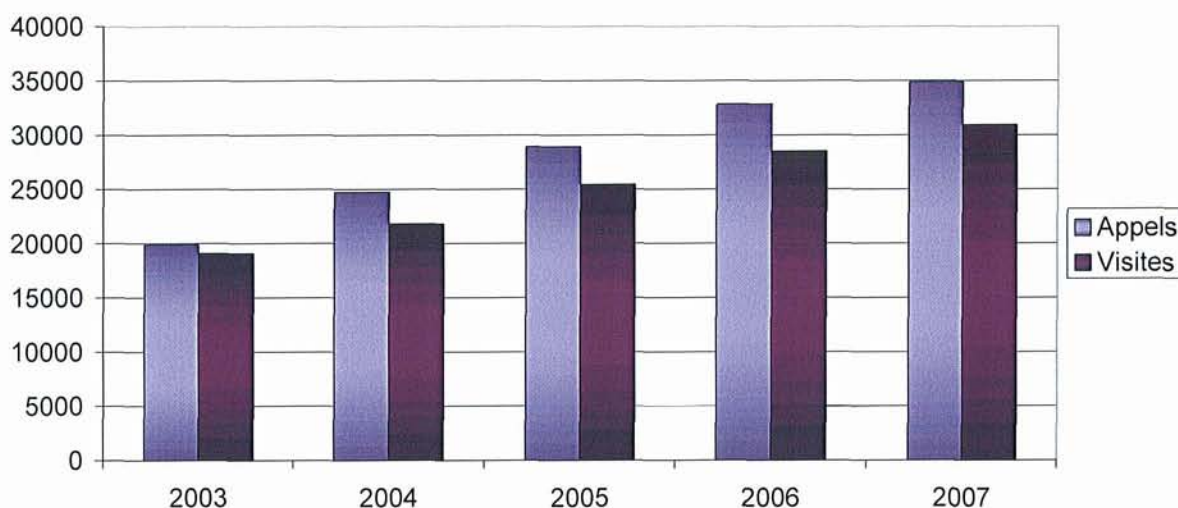


Figure 21 : Nombre d'appels reçus et de visites effectuées par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle de 2003 à 2007.

Une augmentation régulière de l'activité de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle est constatée depuis ces dernières années. En 2007 son standard a reçu 34875 appels, ses médecins ont effectué 30925 visites.

Plusieurs explications peuvent être avancées sur la majoration de l'activité de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle:

- la structure fonctionnant depuis 1999 est de plus en plus connue sur le secteur.
- depuis la grève des généralistes en 2001, le désengagement des médecins de ville dans la PDS se poursuit, et le transfert de l'activité se fait (au moins en partie) sur SOS Médecins. Ceci est d'autant plus marquant en 2006 et 2007, où l'extension du territoire couvert en PDS aux secteurs de Toul, Blainville-sur-l'Eau, Thiaucourt et Lunéville correspond à une demande des médecins de ces secteurs.
- les médecins de ville limitent le nombre de leurs visites et en transfèrent sur SOS Médecins en période de continuité de soins.
- la signature de la convention avec le SAMU favorise le transfert d'appels à SOS Médecins. En 2007 le Centre 15 et Médigarde ont sollicité 3453 fois SOS Médecins pour une visite et ont transmis ses coordonnées 2466 fois à des patients souhaitant un avis médical.

On remarque qu'il existe un nombre d'appels plus important que le nombre de visites effectuées. Différents motifs d'annulation de visites existent soit du fait du patient lui-même, soit de l'association de PDS par l'intermédiaire du centre d'appel.

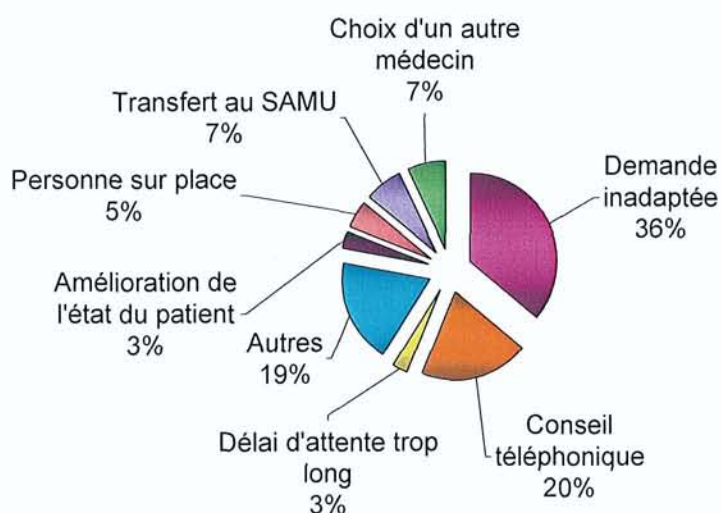


Figure 22 : Principaux motifs d'annulation des visites en 2007 : en pourcentages des 6035 visites annulées.

Les motifs d'annulation principaux sont :

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

- un conseil téléphonique n'aboutissant pas à une nouvelle visite : un patient vu par un médecin SOS rappelle pour un motif en rapport avec sa prise en charge,

- un délai d'attente trop long : malgré l'estimation donnée au moment de l'appel ou le rappel du patient en cas de dépassement du délai donné,

- autres : patient mettant fin à l'appel en cours, annulation sans motif donné, levée de garde à vue anticipée, refus de voir le médecin appelé par un tiers...

- une amélioration de l'état clinique du patient : le patient ou son entourage rappelle alors pour annuler la visite,

- personne sur place à l'arrivée du médecin (après tentatives de rappel du patient et vérification de l'adresse),

- transfert d'appels au SAMU,
- le choix d'un autre médecin : le patient se rend de lui-même chez son médecin traitant, à l'hôpital ou a appelé simultanément un autre médecin.

2.6.2.3.2 Répartition mensuelles du nombre de visites effectuées par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle en 2007

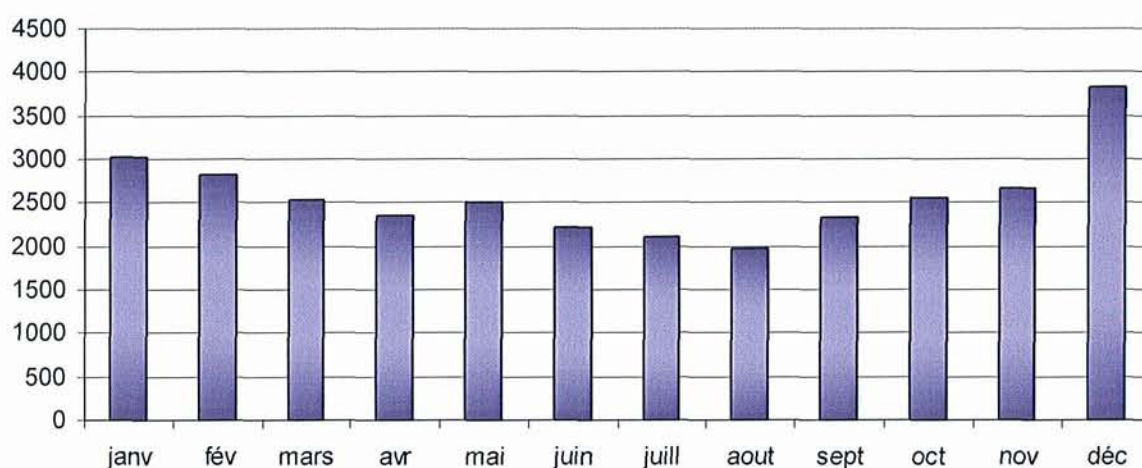


Figure 23 : Répartition mensuelle des visites effectuées par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle en 2007.

Le nombre d'appels et de visites varie tout au long de l'année. Ces fluctuations sont superposables d'une année à l'autre. L'activité croît régulièrement de la fin de l'été jusqu'à la fin de l'hiver, pour décroître ensuite jusqu'au milieu de printemps où elle montre une relative stabilité jusqu'à la fin de l'été. En 2007, l'activité la plus forte a eu lieu en décembre avec 3833 visites, la plus faible en août avec 1971 visites effectuées.

Cette variation saisonnière est très probablement due à la majoration des pathologies infectieuses (ORL, pulmonaires et gastro-entériques) les mois d'hiver, même si là encore l'infectiologie ne représente qu'une partie des motifs d'appels.

2.6.2.3.3 Répartition nyctémérale des appels reçus par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle en 2007

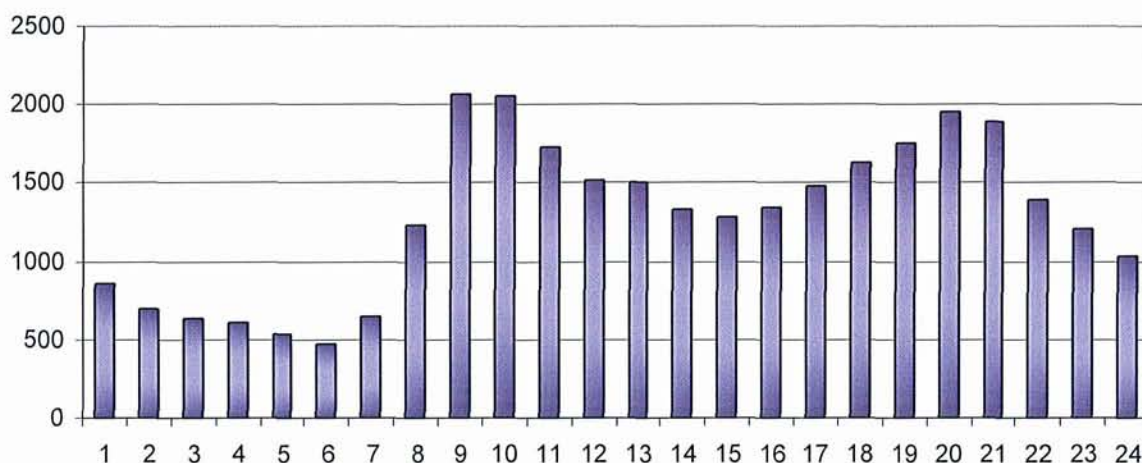


Figure 24 : Répartition horaire des visites effectuées par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle en 2007.

Le nombre d'appels croît rapidement à partir de 6h du matin pour atteindre un premier pic en fin de matinée vers 9h-10h. Ces horaires correspondent aux heures de lever habituelles et aux périodes où les patients souhaitent un avis médical avant que ne débute le travail ou l'école. Il diminue ensuite jusqu'en milieu d'après-midi tout en restant à un niveau très élevé en plateau, puis reprend en fin d'après-midi pour atteindre un second pic en début de soirée vers 20h-21h. C'est l'heure à laquelle la grande majorité des patients sont rentrés chez eux et à laquelle ils ne peuvent plus bénéficier de soins en cabinet de ville. Il décroît ensuite lentement pour atteindre son minimum vers 6h du matin.

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

2.6.2.3.4 Répartition des visites effectuées par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle tenant compte de la période de PDS en 2007

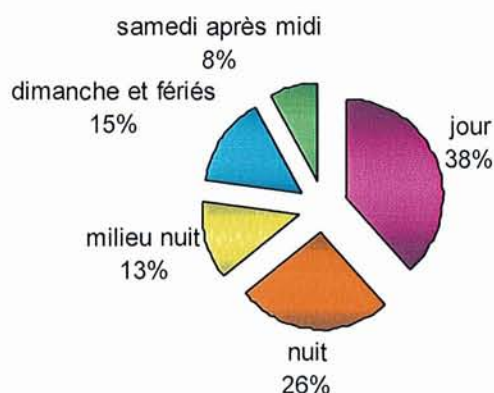


Figure : Répartition des visites effectuées par SOS Meurthe-et-Moselle tenant compte de la période de permanence de soins pour l'année 2007.

L'activité de SOS Médecins recouvre deux périodes distinctes : la continuité de soins (la journée en semaine) où la visite est motivée par une indisponibilité du médecin traitant ou une demande du SAMU et la PDS où seuls les médecins de garde travaillent.

La période de continuité de soins comprend les journées de semaine de 8h à 20h et les samedis matins de 8h à 12h.

La PDS correspond à toutes les autres périodes : le week-end (samedi de midi à 20h, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h) et les nuits (divisées en deux périodes de tarification selon les termes des conventions avec les caisses d'assurance maladie, « début et fin de nuit » de 20h à minuit et de 6h à 8h et le « milieu de nuit » de minuit à 6h).

L'étude de la répartition des visites en fonction de la période montre que l'activité de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle en période de PDS représente 62% de l'activité totale. Un pourcentage relativement important en comparaison à l'activité en période de PDS du SAU de l'Hôpital Central de Nancy qui ne représente que 55% de l'activité totale.

2.6.2.3.5 Provenance des appels à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle en 2007

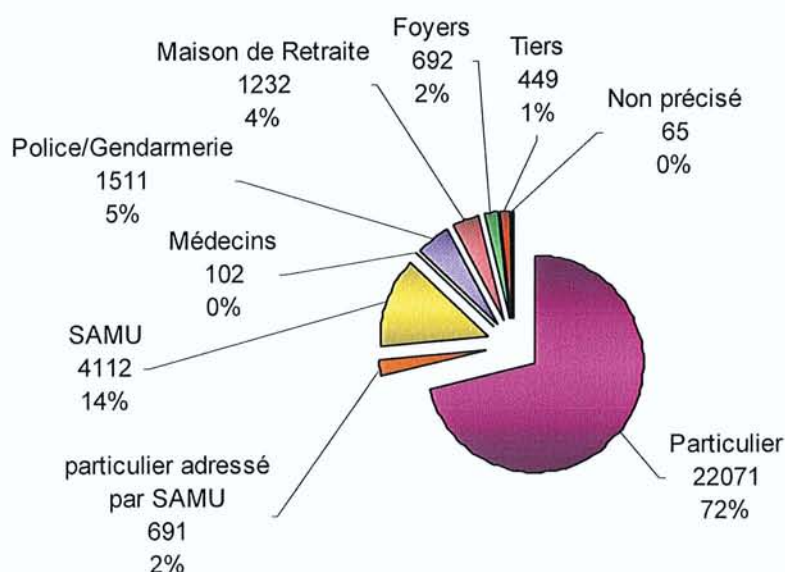


Figure 25 : Répartition des visites effectuées par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle en fonction de leur provenance pour l'année 2007.

La provenance des appels reçus par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle et donc des visites effectuées ensuite, reflète la diversité des pratiques et la multiplicité des interlocuteurs de l'association.

- 72% proviennent directement de particuliers (domicile, lieu de travail...),
- 2% des appels correspondent aux patients qui se sont adressés directement au SAMU et à qui le numéro de SOS Médecins a été donné pour qu'ils le contactent eux-mêmes,
- les appels transférés directement après appel du SAMU ou de Médigarde représentent 14%,
- les médecins libéraux font aussi souvent appel à SOS Médecins dans le cadre de la continuité de soins, lorsqu'ils ne peuvent assurer une visite. La catégorie appel direct du médecin représente 0,3% des appels,
- les interventions à la demande de la police et de la gendarmerie correspondent à 5% des appels,
- les appels directs des foyers et des maisons de retraite représentent 6% de l'ensemble des appels,
- 1% des appels proviennent d'un tiers agissant dans l'intérêt du patient,

2.6.2.3.6 Motifs d'appel à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle en 2007

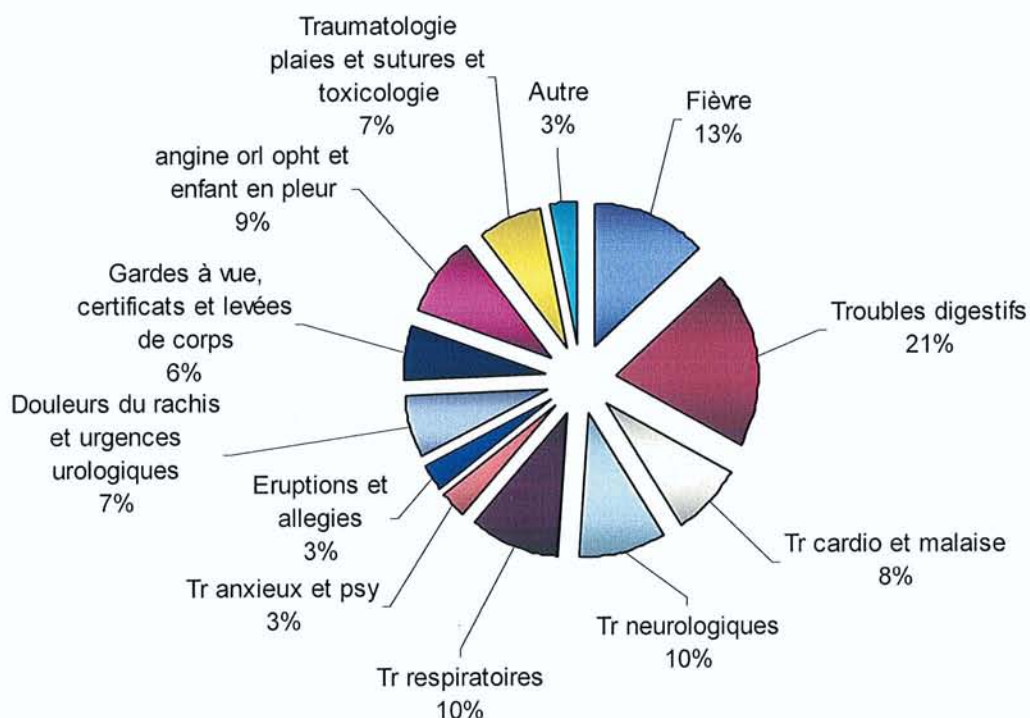


Figure 26 : Répartition entre les grandes spécialités rencontrées par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle au cours de l'année 2007.

Les troubles digestifs sont les motifs d'appel les plus fréquents (21%), la fièvre vient ensuite (13%).

Les urgences cardiologiques, neurologiques et respiratoires représentent 28% des appels, l'ensemble de ces motifs pouvant se révéler être des urgences vitales.

Les affections ORL (9%), traumatologiques (7%) et urologiques (7%) représentent des spécialités non négligeables.

Enfin les appels de la police et de la gendarmerie avec 6% des motifs de recours totaux représentent une part importante de l'activité de cette structure. Ces appels posent la question de la participation à la garde administrative de médecins dévolus à la mission de service public qu'est la PDS, car il ne s'agit pas d'actes de soins mais principalement de certificats de compatibilité avec le maintien en garde à vue en geôle et de levées de corps.

2.6.2.3.7 Les délais d'intervention de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle en 2007

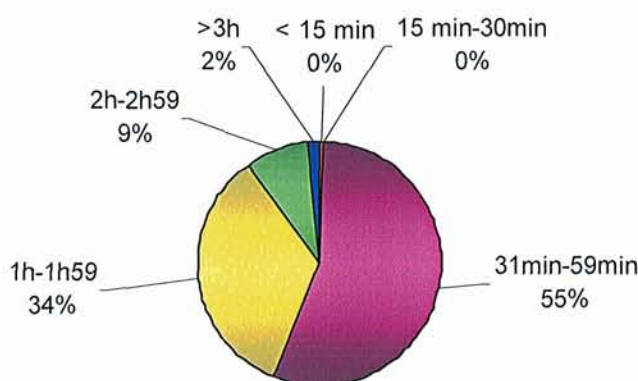


Figure 27 : Délais globaux d'intervention de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle pour l'année 2007.

Ils correspondent au temps écoulé entre la réception de l'appel du patient et l'arrivée du médecin au chevet du patient.

55% des appels aboutissent à une visite dans l'heure. Les délais sont habituellement plus courts la nuit du fait d'un nombre plus élevé de médecins sur le terrain et de meilleures conditions de circulation. Les appels pour lesquels le délai est le plus long sont ceux à qui il n'a pas été attribué de critères de priorité lors du traitement de l'appel selon le protocole du standard MCC.

Avec l'extension de la zone de couverture de l'association aux secteurs plus éloignés comme Toul, Thiaucourt, Blainville sur l'eau et Lunéville le délai moyen global d'intervention a été quelque peu augmenté par rapport aux années précédentes.

3 RESULTATS DE L'ENQUÊTE CONCERNANT L'EVALUATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AUPRES DU GRAND PUBLIC DANS LE SECTEUR SOS MEDECINS MEURTHE-ET-MOSELLE (A propos de 255 réponses).

3.1 Objectifs de l'enquête

- Evaluer l'attitude de la population lorsqu'elle doit faire face à un problème médical urgent (nécessitant selon elle un avis médical rapide, arrivant en semaine, la nuit ou le week-end).

- Evaluer la connaissance de la population concernant les différents acteurs de la PDS sur le secteur.

3.2 Matériel et méthode

3.2.1 Type et lieu de l'étude

La conception de l'enquête, la rédaction du protocole, la méthode d'échantillonnage, la conception du questionnaire, la réalisation du masque de saisie des données, l'analyse statistique, l'interprétation et la présentation des résultats ont été réalisées grâce à Madame le Dr EMPEREUR du Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy.

Il s'agit d'une étude prospective concernant 500 sujets choisis au hasard de liste de patients de cabinets de médecins généralistes de la CUGN et de la Communauté des communes du Sel et Vermois. Ce choix géographique s'explique par le fait qu'il s'agit de l'ensemble des communes couvertes 24h/24 par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle.

Quatre cabinets médicaux ont été choisis sur la CUGN :

- Dr SCHLITTER à Nancy
- Dr GABRIEL à Vandoeuvre-Les-Nancy
- Dr COLIN à Seichamps
- Dr GOMES à Jarville-la-Malgrange

Un cabinet médical a été choisi sur la Communauté des Communes du Sel et Vermois

- Dr HENNEQUIN à Saint-Nicolas-de-Port

Dans chacun des cabinets médicaux, ont été choisis 100 patients au hasard des données de leur logiciel informatique grâce à la fonction Alea du programme Excel.

3.2.2 Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée entre janvier et avril 2008. Elle a débuté par le recueil des adresses des patients dans chacun des cabinets médicaux, puis par l'envoi des questionnaires au domicile des patients. Chaque enveloppe envoyée comportant une lettre explicative, un questionnaire (exclusivement sous forme de QCM) et une enveloppe de retour pré timbrée. Le temps imparti pour le retour de courrier était de 15 jours.

Le questionnaire et la lettre d'accompagnement sont joints en annexe.

3.2.3 Nature des données recueillies

- Caractéristiques démographiques et sociales : âge, sexe, niveau d'étude, activité socio-professionnelle, ville de résidence, composition du foyer, déclaration ou non d'un médecin traitant, couverture sociale.

- Une première partie concernant l'attitude des sujets estimant avoir été confrontés à un problème médical urgent : premier numéro de téléphone composé, intervenant ayant effectué la prise en charge, lieu de prise en charge, satisfaction, décision finale prise. Seuls les

sujets ayant été confrontés à cette situation ont répondu à cette partie du questionnaire (soit 133 réponses sur 255).

- Une seconde partie concernant l'opinion de l'ensemble des sujets sondés sur l'organisation des soins sur la CUGN et la Communauté des Communes du Sel et Vermois, la journée en semaine, la nuit et le week-end (255 réponses).

- Une dernière partie sur les différents acteurs de la PDS sur le secteur de la CUGN et de la Communauté des Communes du Sel et Vermois. Evaluation de la connaissance de ses acteurs, le recours ou non à de telles structures, les motifs de recours et ceux de non de recours et la satisfaction générale (255 réponses).

3.2.4 Exploitation des données

- La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel Epidata (Epidata est un programme destiné à la saisie et à la documentation de données)
- L'analyse statistique a été réalisée par Madame le Dr EMPEREUR du service d'Epidémiologie et d'Evaluation Cliniques du CHU de Nancy
- Test statistique utilisé : Khi 2

3.3 Résultats

Nous avons envoyé 500 questionnaires, 255 ont été récupérés, soit un taux de réponse de 51%. Nous avons également récupéré 13 questionnaires revenus non répondus, suite à des erreurs d'adresses lors de l'envoi initial, soit 3% de questionnaires inexploitable.

3.3.1 Données sociodémographiques (n = 255)

3.3.1.1 Sexe

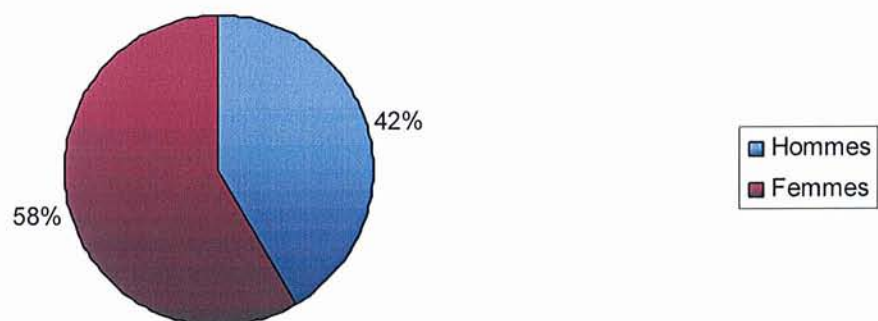


Figure 28: Répartition Hommes/Femmes de la population interrogée.

3.3.1.2 Age

La moyenne d'âge de la population est de 49 ans. Le plus jeune sujet à 19 ans, le plus âgé 87 ans.

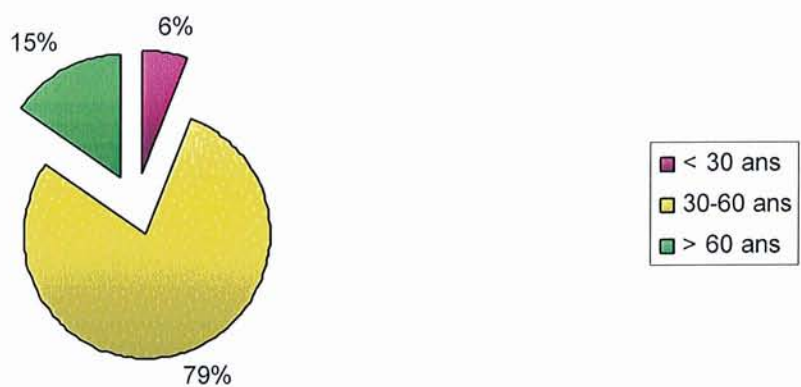


Figure 29 : Répartition en fonction de l'âge de la population interrogée.

3.3.1.3 Niveau d'étude

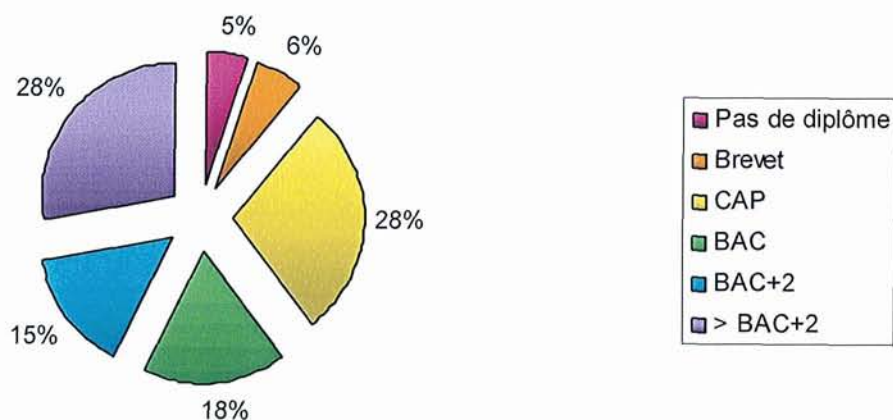


Figure 30 : Répartition en fonction du niveau d'étude de la population interrogée.

3.3.1.4 Activité socio-professionnelle

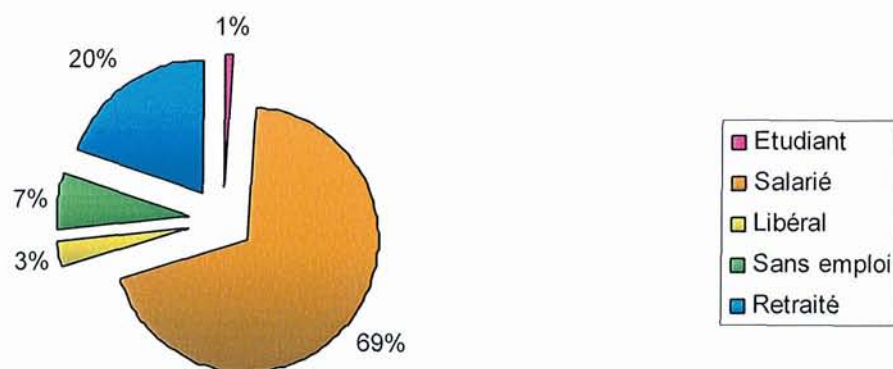


Figure 31 : Répartition en fonction de l'activité de la population interrogée.

3.3.1.5 Ville de résidence



Figure 32 : Répartition en fonction du lieu de résidence de la population interrogée.

3.3.1.6 Médecin traitant

100% de la population interrogée à un médecin traitant (la population interrogée étant choisie parmi des patients de cabinets médicaux).

3.3.1.7 Couverture sociale

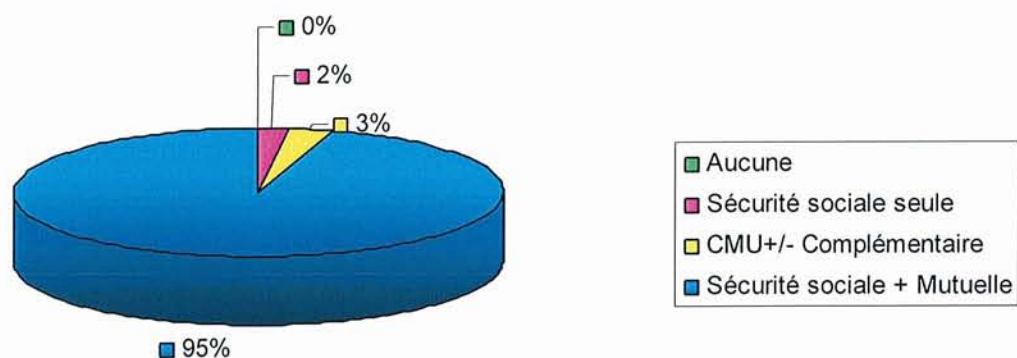


Figure 33: Répartition en fonction de la couverture sociale de la population interrogée.

3.3.2 Résultats concernant l'attitude des sujets estimant avoir été confronté à un problème médical urgent depuis janvier 2006

52% de la population interrogée estime avoir été confrontée à un problème médical urgent depuis janvier 2006 (n=133).

3.3.2.1 Premier numéro de téléphone composé

Nous nous sommes d'abord interrogé sur le premier numéro de téléphone composé par les sujets sondés lorsqu'ils étaient confrontés à un problème médical qu'ils estimaient urgent, nécessitant selon eux un avis médical rapide, qu'il s'agisse d'une journée de semaine, de la nuit ou du week-end. Il s'agit majoritairement du médecin traitant (29% des cas).

Premier numéro de téléphone composé (n=133)	
Médecin traitant	29% (39)
Directement aux urgences	21% (28)
SAMU	17% (23)
SOS Médecins	16% (21)
Médigarde	8% (9)
Pompiers	4% (6)
Directement aux Bains Douches (<i>Autre</i>)	4% (6)
Médecin spécialiste (<i>Autre</i>)	1% (1)
Police / Renseignements / Ne sais plus	0% (0)

Figure 34 : Répartition de la population en fonction du premier numéro de téléphone composé.

3.3.2.2 Prise en charge

Suite au premier numéro de téléphone composé, nous nous sommes intéressés à l'intervenant ayant effectué la prise en charge. Dans 35% des cas, les sujets interrogés ont eu recours à SOS Médecins.

Intervenant ayant effectué la prise en charge (n=133)	
SOS Médecins	35% (46)
Urgences	28% (37)
Médecin traitant	17% (23)
Bains Douches (<i>Autre</i>)	7% (9)
Pompiers	5% (6)
SAMU	3% (5)
Conseil téléphonique (<i>Autre</i>)	3% (5)
Médecin spécialiste (<i>Autre</i>)	1% (1)
Ambulanciers (<i>Autre</i>)	1% (1)
Médecin de garde	0% (0)

Figure 35 : Répartition de la population en fonction de l'intervenant ayant effectué la prise en charge.

3.3.2.3 Lieu de prise en charge

La prise en charge a eu lieu très majoritairement à domicile (45% des cas).

Lieu de prise en charge (n=133)	
Domicile	45% (59)
Urgences	34% (46)
Cabinet médecin traitant	13% (17)
Bains Douches (<i>Autre</i>)	7% (10)
Cabinet médecin spécialiste (<i>Autre</i>)	1% (1)

Figure 36: Répartition de la population en fonction du lieu de prise en charge.

3.3.2.4 Satisfaction générale des sujets sondés

Nous avons ensuite interrogé la population afin d'évaluer le degré de satisfaction concernant à la fois le délai d'attente, la prise en charge et le coût de la visite ou de la consultation.

➤ Satisfaction concernant le délai d'attente

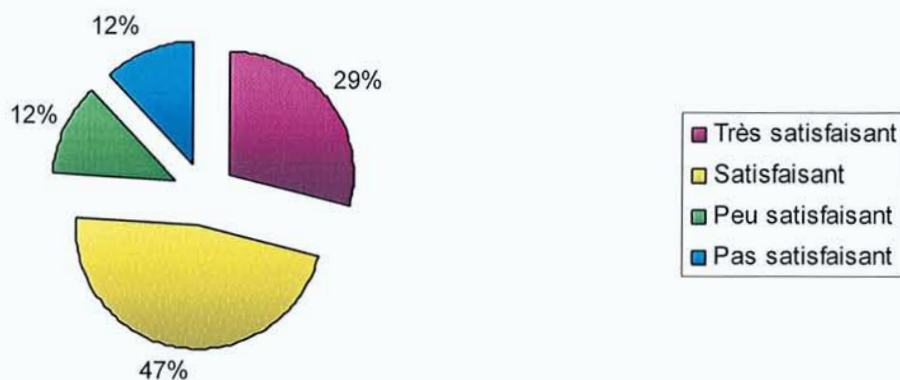


Figure 37: Répartition de la population en fonction de la satisfaction concernant le délai d'attente.

➤ Satisfaction concernant la prise en charge

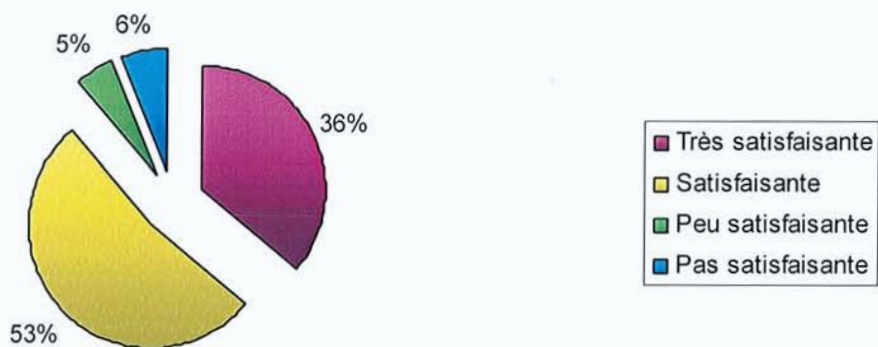


Figure 38: Répartition de la population en fonction de la satisfaction concernant la prise en charge.

➤ Satisfaction concernant le prix de la consultation

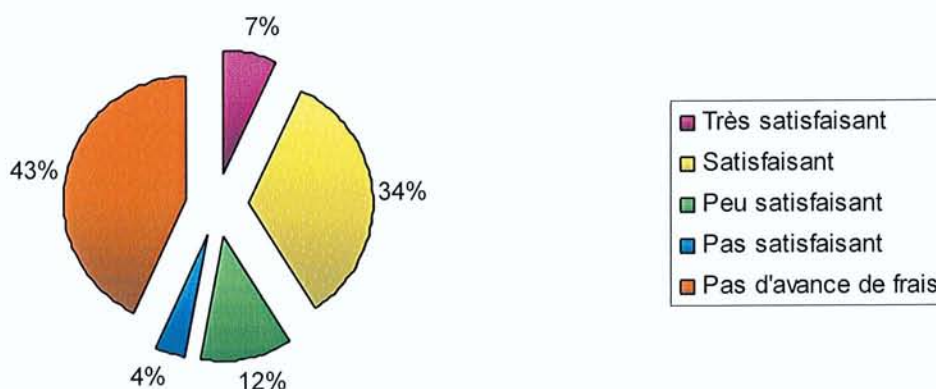


Figure 39: Répartition de la population en fonction de la satisfaction concernant le prix de la consultation.

3.3.2.5 Décision finale prise

Nous nous sommes enfin interrogés sur le devenir des patients. Dans le questionnaire plusieurs réponses étaient possibles. En effet les patients pouvaient parfaitement rester à domicile mais avoir comme consigne de reconsulter le médecin traitant ultérieurement. Ainsi 59% des sujets ayant rencontré un problème médical urgent sont restés à domicile avec prescription d'un traitement et 29% ont été adressé pour une hospitalisation en urgence.

Décision finale prise (n=133) (plusieurs réponses possibles)	
Resté à domicile / Prescription d'un traitement	59% (79)
Hospitalisation aux urgences	29% (38)
Reconsulter médecin traitant ultérieurement	27% (36)
Examens complémentaires à distance	17% (22)

Figure 40: Répartition de la population en fonction de la décision finale prise.

3.3.2.6 Comparaison entre les différents intervenants sollicités au cours de ce problème médical urgent

Suite aux réponses des sujets interrogés concernant leur attitude en cas de problème médical urgent, nous avons comparé les différents intervenants sollicités. Nous avons tout d'abord comparé le numéro composé et l'intervenant ayant effectué la prise en charge, puis le lieu de prise en charge en fonction de chaque intervenant, et enfin la satisfaction (délai d'attente, prise en charge, prix de la consultation) en fonction de l'intervenant.

Le test du Khi 2 a permis de comparer l'ensemble de ces résultats et de savoir lesquels étaient significatifs.

3.3.2.6.1 Intervenant ayant effectué la prise en charge en fonction du premier numéro

Nous avons comparé le premier numéro de téléphone composé et l'intervenant ayant effectué la prise en charge. Ainsi si les patients composent le numéro de leur médecin traitant, les prendra-t-il systématiquement en charge ou sollicitera-t-il l'avis d'un de ces confrères ?

➤ Si le premier numéro composé est celui du médecin traitant :

Premier numéro composé = Médecin traitant (n=39) Intervenant ayant effectué la prise en charge :	
Médecin traitant	59% (23)
SOS Médecins	23% (9)
Urgences	15% (6)
SAMU	3% (1)

Figure 41: Répartition de la population ayant appelé la médecin traitant en fonction de l'intervenant ayant effectué la prise en charge.

➤ Si le premier numéro composé est celui de Médigarde :

Premier numéro composé = Médigarde (n=10) Intervenant ayant effectué la prise en charge :	
SOS Médecins	40% (4)
Conseil téléphonique (Autre)	30% (3)
Bains Douches (Autre)	20% (2)
Urgences	10% (1)

Figure 42: Répartition de la population ayant appelé Médigarde en fonction de l'intervenant ayant effectué la prise en charge.

➤ Si le premier numéro composé est celui du SAMU:

Premier numéro composé = SAMU (n=23) Intervenant ayant effectué la prise en charge :	
SOS Médecins	52% (12)
SAMU	17% (4)
Urgences	9% (2)
Bains Douches (Autre)	9% (2)
Pompiers / Ambulances (Autre)	9% (2)
Conseil téléphonique (Autre)	4% (1)

Figure 43: Répartition de la population ayant appelé le SAMU en fonction de l'intervenant ayant effectué la prise en charge.

➤ Si le premier numéro composé est celui de SOS Médecins :

Premier numéro composé = SOS Médecins (n=21) Intervenant ayant effectué la prise en charge :	
SOS Médecins	100% (21)

Figure 44: Répartition de la population ayant appelé SOS Médecins en fonction de l'intervenant ayant effectué la prise en charge.

➤ Si le premier numéro composé est celui des Pompiers :

Premier numéro composé = Pompiers (n=6) Intervenant ayant effectué la prise en charge :	
Pompiers	100% (6)

Figure 45: Répartition de la population ayant appelé les pompiers en fonction de l'intervenant ayant effectué la prise en charge.

➤ Si les sujets se sont rendus directement aux urgences :

Premier numéro composé = Aucun, directement aux urgences (n=28) Intervenant ayant effectué la prise en charge :	
Médecin des urgences	100% (28)

Figure 46: Répartition de la population ayant consulté directement aux urgences en fonction de l'intervenant ayant effectué la prise en charge.

➤ Si les sujets se sont rendus directement aux Bains Douches ou chez un médecin spécialiste:

Premier numéro composé = Autre (Bains Douches ou Spécialiste) (n=6) Intervenant ayant effectué la prise en charge :	
Bains Douches (Autre)	83% (5)
Médecin spécialiste (Autre)	17% (1)

Figure 47: Répartition de la population ayant consulté directement aux Bains Douches ou un médecin spécialiste en fonction de l'intervenant ayant effectué la prise en charge.

3.3.2.6.2 Lieu de prise en charge en fonction de l'intervenant

Nous avons comparé le lieu de prise en charge en fonction de l'intervenant, afin de comparer les habitudes de soins de chacun. En sachant qu'en fait seul le médecin traitant peut choisir d'effectuer des consultations à son cabinet (ce qu'il fait dans 74% des cas) ou des visites à domicile. En effet SOS Médecins ne fait que des visites à domicile, la prise en charge par le médecin des urgences ne se fait qu'aux urgences....

	Cabinet médical	Domicile	Urgences
Médecin traitant (n=23)	74% (17) <i>p<0,0001</i>	26% (6) NS	—
SAMU (n=5)	—	100% (5) <i>p<0,0001</i>	—
SOS Médecins (n=46)	—	100% (46) <i>p<0,0001</i>	—
Pompiers (n=7)	—	—	100% (7) <i>p<0,0001</i>
Urgences (n=37)	—	—	100% (37) <i>p<0,0001</i>
Bains Douches (n=9)	100% (9) <i>p<0,0001</i>	—	—
Médecin spécialiste (n=1)	100% (1) <i>p<0,0001</i>	—	—
Ambulanciers (n=1)	—	—	100% (1) <i>p<0,0001</i>
Conseil téléphonique (n=4)	—	100% (4) <i>p<0,0001</i>	—

Figure 48: Répartition de la population en fonction du lieu de prise en charge selon l'intervenant.

3.3.2.6.3 Satisfaction en fonction de l'intervenant

Enfin, nous avons comparé pour chaque intervenant la satisfaction concernant le délai d'attente, la prise en charge et le prix de la consultation.

➤ Satisfaction concernant le délai d'attente en fonction de l'intervenant :

L'ensemble de la population interrogée semble satisfaite du délai de prise en charge en général. Cependant concernant les urgences (dans 24% des cas), les Bains Douches (22% des cas), les pompiers (14% des cas) et SOS Médecins (9% des cas), les sujets sondés trouvent le délai de prise en charge beaucoup trop long.

Satisfaction concernant le délai d'attente en fonction de l'intervenant (n=133)							
	Médecin traitant (n = 23)	SAMU (n = 5)	SOS Médecins (n = 46)	Pompiers (n = 7)	Urgences (n = 37)	Bains Douches (n = 9)	Autre (n = 6)
Très satisfaisant	52%(12)	40%(2)	28%(13)	29%(2)	11%(4)	22%(2)	50%(3)
Satisfaisant	48%(11)	60%(3)	50%(23)	57%(4)	41%(15)	56%(5)	33%(2)
Peu satisfaisant	—	—	13%(6)	—	24%(9)	—	17%(1)
Pas satisfaisant	—	—	9%(4)	14%(1)	24%(9)	22%(2)	—

Figure 49: Satisfaction de la population concernant le délai d'attente en fonction de l'intervenant
Autre = Conseil téléphonique / Médecin spécialiste / Ambulanciers
(Test Khi 2 non significatif)

➤ Satisfaction concernant la prise en charge en fonction de l'intervenant :

L'ensemble des sondés semble également satisfait de la prise en charge proposée, notamment de celle de son médecin traitant avec 57% de très satisfaits.

Satisfaction concernant la prise en charge en fonction de l'intervenant (n=133)							
	Médecin traitant (n = 23)	SAMU (n = 5)	SOS Médecins (n = 46)	Pompiers (n = 7)	Urgences (n = 37)	Bains Douches (n = 9)	Autre (n = 6)
Très satisfaisante	57%(13)	20%(1)	46%(21)	14%(1)	16%(6)	33%(3)	50%(3)
Satisfaisante	43%(10)	40%(2)	48%(22)	86%(6)	65%(24)	33%(3)	50%(3)
Peu satisfaisante	—	20%(1)	4%(2)	—	5%(2)	22%(2)	—
Pas satisfaisante	—	20%(1)	2%(1)	—	14%(5)	12%(1)	—

Figure 50: Satisfaction de la population concernant la prise en charge en fonction de l'intervenant
Autre = Conseil téléphonique / Médecin spécialiste / Ambulanciers
(Test Khi 2 non significatif)

➤ Satisfaction concernant le prix de la consultation en fonction de l'intervenant :

Enfin l'ensemble des sujets interrogés semble satisfait du prix de la consultation. A noter qu'il existe une part non négligeable de sujets n'ayant pas avancé les frais médicaux (58 sujets, soit 44% de la population interrogée).

Satisfaction concernant le prix de la consultation en fonction de l'intervenant (n=133)							
	Médecin traitant (n = 23) <i>p<0,0001</i>	SAMU (n = 5) NS	SOS Médecins (n = 46) <i>p<0,0001</i>	Pompiers (n = 7) NS	Urgences (n = 37) <i>p<0,0001</i>	Bains Douches (n = 9) NS	Autre (n = 6) NS
Très satisfaisant	26%(6)	—	2%(1)	—	—	22%(2)	—
Satisfaisant	65%(15)	—	57%(26)	—	—	45%(4)	17%(1)
Peu satisfaisant	9%(2)	—	26%(12)	—	—	—	—
Pas satisfaisant	—	—	9%(4)	—	—	22%(2)	—
Pas d'avance de frais	—	100%(5)	6%(3)	100%(7)	100% (37)	11%(1)	83%(5)

Figure 51: Satisfaction de la population concernant le prix de la consultation en fonction de l'intervenant

Autre = Conseil téléphonique / Médecin spécialiste / Ambulanciers

3.3.2.6.4 Décision finale prise en fonction de l'intervenant

Nous avons enfin voulu comparer la décision finale prise en fonction de l'intervenant ayant effectué la prise en charge.

	Médecin traitant (n = 23)	SAMU (n = 5)	SOS Médecins (n = 46)	Pompiers (n = 7)	Urgences (n = 37)	Bains Douches (n = 9)	Autre (n = 6)
Domicile	70%(16)	20%(1)	78%(36) <i>p<0,0001</i>	29%(2)	62%(23)	100%(9) <i>p<0,0001</i>	83%(5)
Hospitalis- -ation	30%(7)	80%(4) <i>p<0,0001</i>	22%(10)	71%(5) <i>p<0,0001</i>	38%(14) <i>p<0,0001</i>	0 %(0)	17%(1)

Figure 52 : Répartition de la population en fonction de la décision finale prise selon l'intervenant
Autre = Conseil téléphonique / Médecin spécialiste / Ambulanciers

3.3.3 Résultats concernant les différentes structures assurant la Permanence des Soins sur la CUGN et sur la Communauté des Communes du Sel et Vermois (n = 255)

3.3.3.1 SOS Médecins

75% de la population interrogée connaît SOS Médecins (n=190) et 47% a déjà eu recours à cette structure (n=120)

➤ Les motifs de recours à SOS Médecins (n=120)

Motifs de recours à SOS Médecins (plusieurs réponses possibles)	
Uniquement week-end, jours fériés, nuit	77% (92)
Cabinet du médecin traitant fermé	61% (73)
Pour la rapidité d'intervention	28% (34)
Sur les conseils d'un autre médecin	27% (33)
Pour la compétence des médecins	22% (26)
Pas de RDV rapidement chez médecin traitant	14% (17)
Pour ne pas avoir à se déplacer	7% (8)

Figure 53: Répartition de la population en fonction du motif de recours à la structure SOS Médecins Meurthe et Moselle.

Les patients recourent principalement à SOS Médecins : dans 77% des cas la nuit ou les week-ends et jours fériés et dans 61% des cas aux heures de fermeture du cabinet médical du médecin traitant.

➤ Les motifs de non recours à SOS Médecins (n=70)

Motif de non recours à SOS Médecins (plusieurs réponses possibles)	
Jamais eu besoin	86% (60)
Numéro de téléphone inconnu	40% (28)
Préfère les urgences	23% (16)
Préfère les Bains Douches	7% (5)
Prix de visite trop élevé	1% (1)
Pas confiance	0% (0)

Figure 54: Répartition de la population en fonction du motif de non recours à la structure SOS Médecins Meurthe et Moselle.

86% des sujets interrogés non jamais eu recours à cette structure car ils estiment n'avoir jamais eu besoin d'un médecin en dehors des heures de consultation de leur médecin traitant, et 40% disent ne pas connaître les coordonnées téléphoniques de SOS Médecins.

➤ Appel à nouveau à SOS Médecins (n=190)

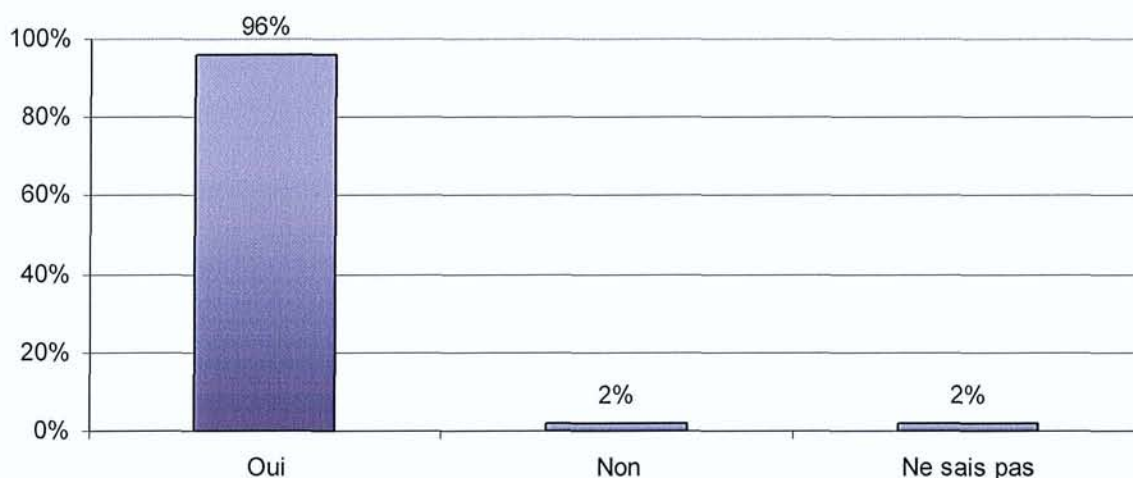


Figure 55: Répartition de la population en fonction d'un nouvel appel à la structure SOS Médecins Meurthe et Moselle.

96% de la population interrogée ferait à nouveau appel à SOS Médecins en cas de problème médical urgent.

3.3.3.2 Les Bains Douches

57% de la population interrogée connaît les Bains Douches (n=144) et 19% a déjà eu recours à cette structure (n=48)

➤ Les motifs de recours aux Bains Douches (n=48)

Motifs de recours aux Bains Douches (plusieurs réponses possibles)	
Uniquement week-end, jours fériés, nuit	87% (42)
Cabinet du médecin traitant fermé	69% (33)
Pour la possibilité de consulter sans RDV	33% (16)
Sur les conseils d'un autre médecin	17% (8)
Pour la compétence des médecins	15% (7)
Pas de RDV rapidement chez médecin traitant	6% (3)

Figure 56: Répartition de la population en fonction du motif de recours à la maison médicale des Bains Douches.

Les patients recourent principalement à la maison médicale les Bains Douches : dans 87% des cas la nuit et les week-ends et dans 69% des cas lors de la fermeture du cabinet médical de leur médecin traitant.

➤ Les motifs de non recours aux Bains Douches (n=96)

Motif de non recours aux Bains Douches (plusieurs réponses possibles)	
Jamais eu besoin	88% (85)
Préfère SOS Médecins	24% (23)
Adresse inconnue	15% (14)
Préfère les urgences	13% (13)
Pas confiance	4% (4)
Prix de consultation trop élevé	2% (2)
Pas de moyen de locomotion	2% (2)

Figure 57: Répartition de la population en fonction du motif de non recours à la maison médicale des Bains Douches.

88% des sujets interrogés disent n'avoir jamais consulté aux Bains Douches car ils n'en ont jamais eu besoin et 24% préfèrent en cas de problème médical urgent faire appel à SOS Médecins.

➤ Consultation à nouveau aux Bains Douches (n=144)

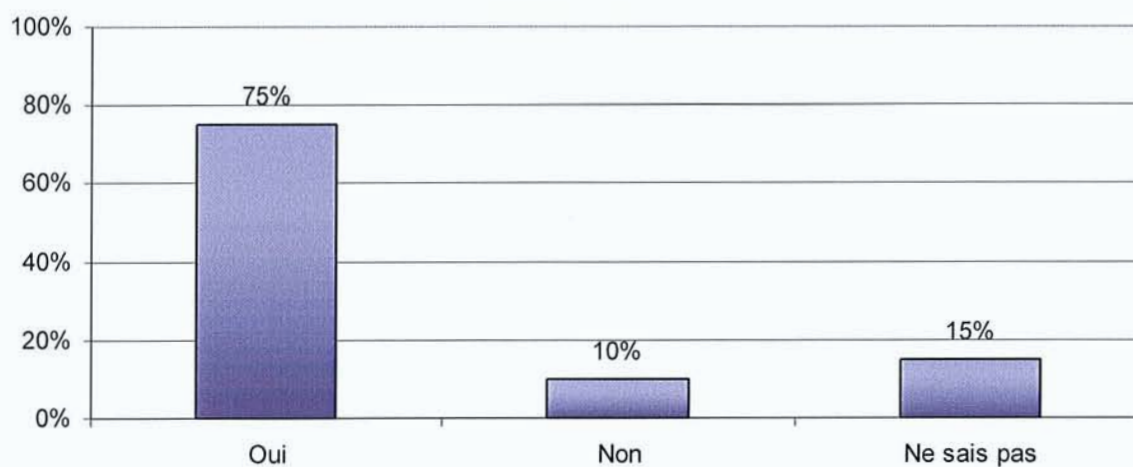


Figure 58: Répartition de la population en fonction d'une nouvelle consultation à la maison médicale des Bains Douches.

75% des sujets interrogés consulteraient à nouveau à la maison médicale des Bains Douches.

3.3.3.3 Les Urgences

69% de la population interrogée a déjà eu recours aux urgences (n=176)

➤ Les motifs de recours aux urgences (n=176)

Motif de recours aux urgences (plusieurs réponses possibles)	
Pour recevoir un traitement rapidement	33% (85)
Uniquement week-end, jours fériés, nuit	31% (79)
Cabinet du médecin traitant fermé	28% (70)
Hospitalisation en urgence	27% (68)
Pour des examens complémentaires rapidement	21% (53)
Sur les conseils d'un autre médecin	18% (47)
Pour la compétence des médecins	10% (26)
Pour la possibilité de consulter sans RDV	9% (24)
Pas de RDV rapidement chez médecin traitant	8% (21)
Pas d'avance de frais	2% (4)

Figure 59: Répartition de la population en fonction du motif de recours au service d'accueil des urgences de l'hôpital Central.

31% des sujets interrogés avouent avoir recours aux urgences la nuit et les week-ends et 28% en cas de fermeture du cabinet de leur médecin. Les autres motifs de recours principaux sont l'obtention d'un traitement rapidement (33% des cas) et la réalisation d'examens complémentaires (21% des cas). Sur l'ensemble des sujets ayant consulté aux urgences, 27% ont été hospitalisés.

3.3.3.4 Médigarde

20% de la population interrogée connaît Médigarde (n=52) et 10% a déjà eu recours à cette structure (n=26).

➤ Satisfaction concernant la prise en charge proposée par Médigarde (n=26)

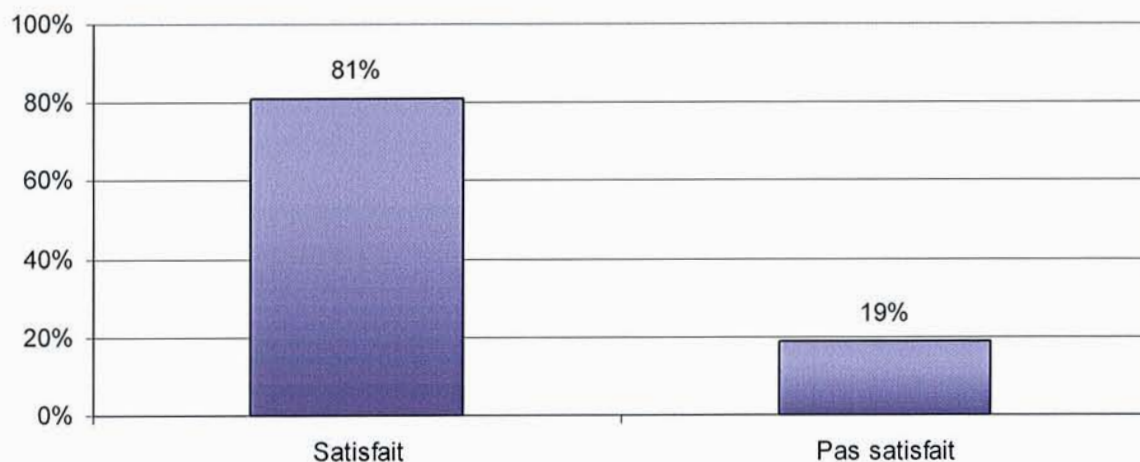


Figure 60: Répartition de la population en fonction de la satisfaction de la prise en charge proposée par Médigarde.

81% des sujets interrogés, ayant déjà eu recours à Médigarde sont satisfaits de la prise en charge proposée.

3.3.3.5 Comparaison entre les différents structures assurant la Permanence des Soins sur la CUGN et sur la Communauté des Communes du Sel et Vermois. (n=255)

Nous avons souhaité comparer les différentes structures assurant la PDS sur la CUGN et sur la Communauté des Communes du Sel et Vermois en fonction de l'âge, du sexe, du niveau d'étude, de l'activité socioprofessionnelle, de la couverture sociale et du lieu de résidence. Aucune comparaison n'apparaît significative, hormis pour Médigarde et le lieu de résidence.

➤ En fonction de l'âge

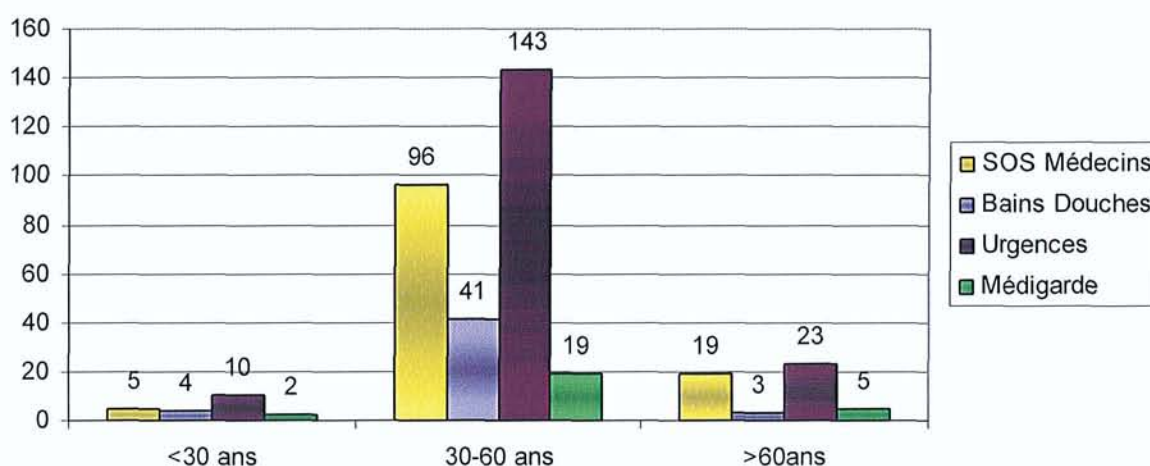


Figure 61: Comparaison entre les différentes structures assurant la permanence des soins en fonction de l'âge de la population. Plusieurs réponses possibles. (Test du Khi 2 non significatif).

➤ En fonction du sexe

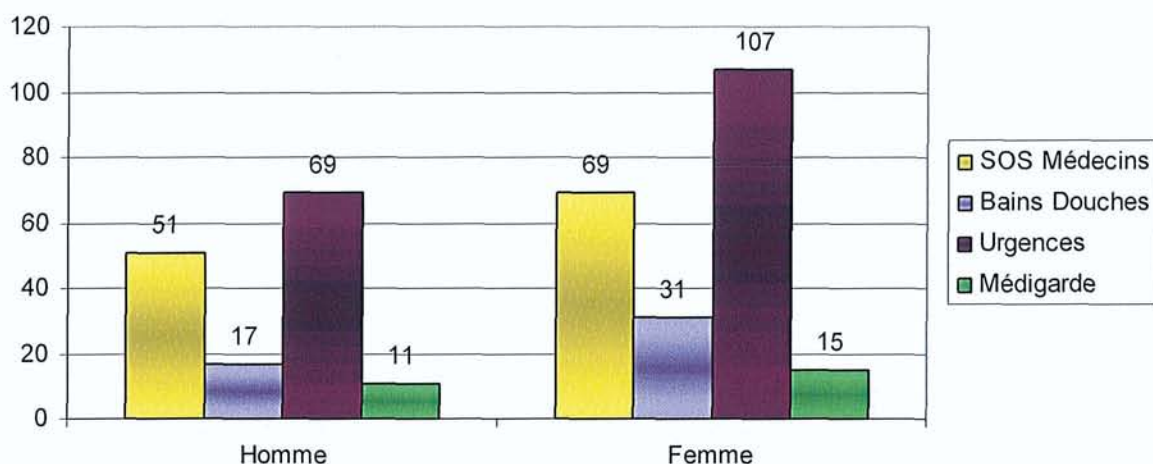


Figure 62: Comparaison entre les différentes structures assurant la permanence des soins en fonction du sexe de la population. Plusieurs réponses possibles. (Test du Khi 2 non significatif).

➤ En fonction du niveau d'étude

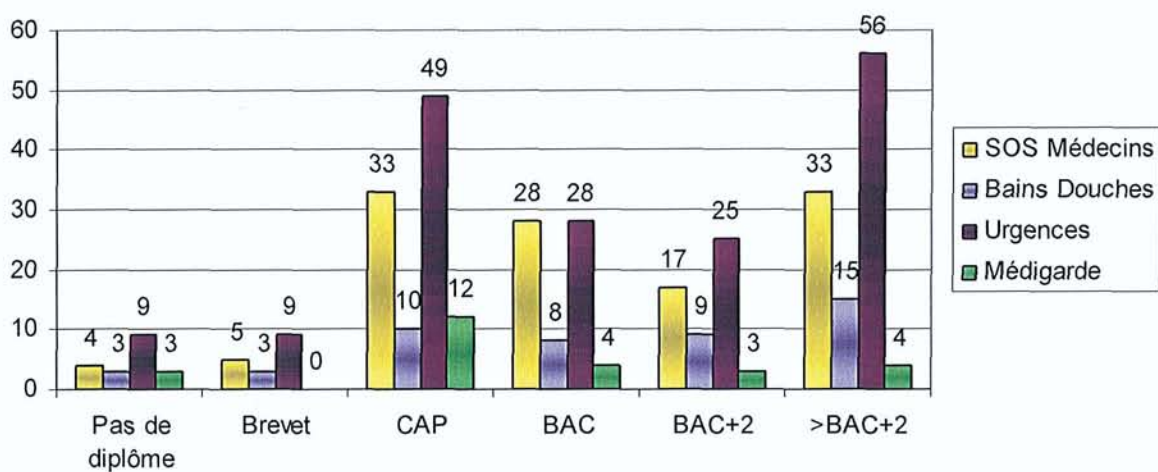


Figure 63: Comparaison entre les différentes structures assurant la permanence des soins en fonction du niveau d'étude de la population. Plusieurs réponses possibles. (Test du Khi 2 non significatif).

➤ En fonction de l'activité socio-professionnelle

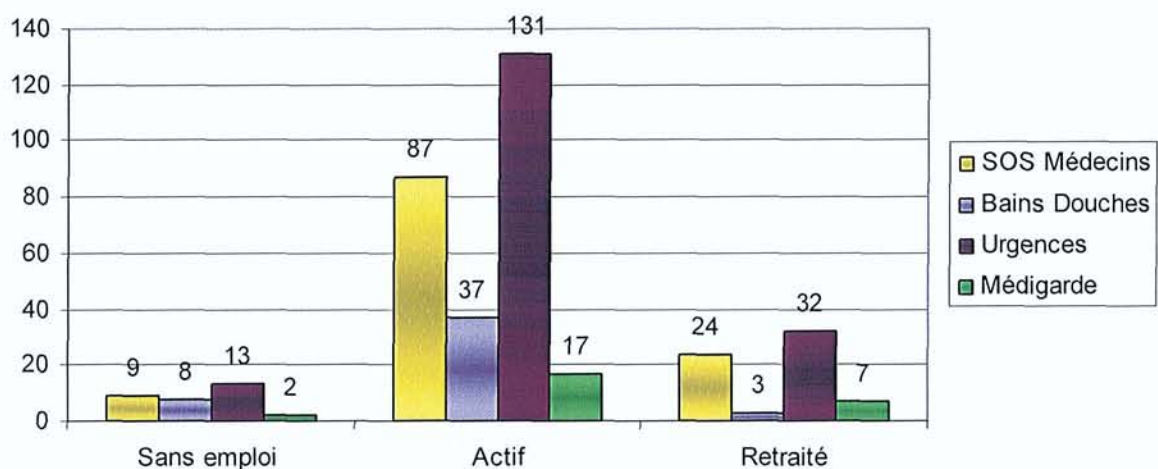


Figure 64: Comparaison entre les différentes structures assurant la permanence des soins en fonction de l'activité professionnelle de la population. Plusieurs réponses possibles. (Test du Khi 2 non significatif).

➤ En fonction de la couverture sociale

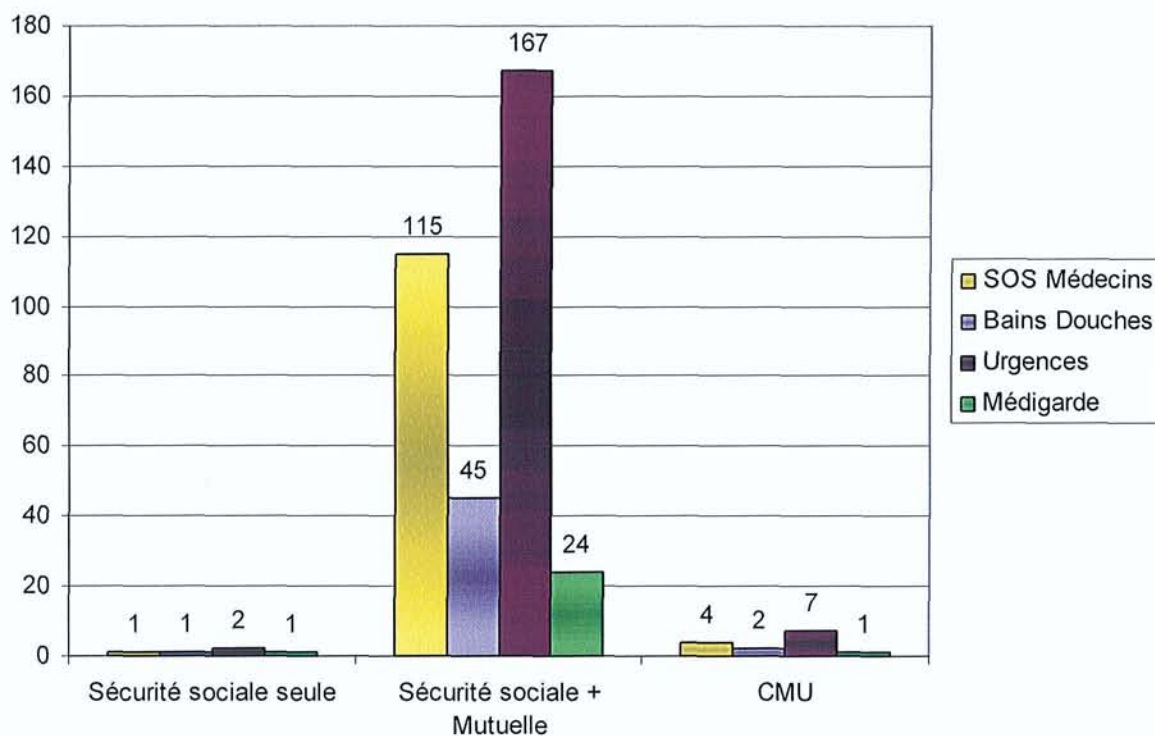


Figure 65: Comparaison entre les différentes structures assurant la permanence des soins en fonction de la couverture sociale de la population. Plusieurs réponses possibles. Ttest du Khi 2 non significatif).

➤ En fonction du lieu de résidence

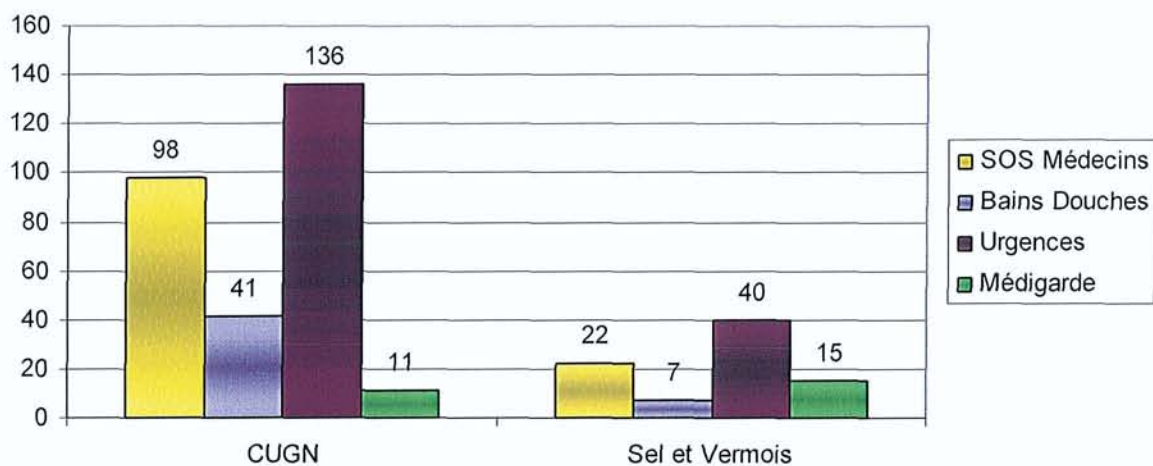


Figure 66: Comparaison entre les différentes structures assurant la permanence des soins en fonction du lieu de résidence de la population. Plusieurs réponses possibles. (Test du Khi 2 non significatif sauf pour Médigarde où $p < 0,0001$).

3.3.4 Résultats concernant l'avis de la population sur l'organisation des soins sur la CUGN et sur la Communauté des Communes du Sel et Vermois (n=255)

3.3.4.1 En cas de problème médical urgent en journée la semaine

Nous nous sommes interrogés sur l'interlocuteur sollicité la journée en semaine en cas de problème médical urgent, 43% avouent dans ce cas faire appel à leur médecin traitant.

Premier numéro composé en cas de problème médical urgent la journée en semaine (n=255)	
Médecin traitant	43% (109)
SAMU	36% (93)
Directement aux urgences	7% (19)
Pompiers	7% (19)
SOS Médecins	6% (14)
Ne sais pas	1% (1)

Figure 67: Répartition de la population interrogée en fonction du premier numéro composé la journée en semaine .

Concernant leur médecin traitant, 68% des sujets interrogés estiment qu'ils ne peuvent pas consulter sans rendez-vous et 64% que leur médecin traitant n'effectue plus de visite à domicile.

3.3.4.2 En cas de problème médical urgent la nuit ou le week-end

Nous nous sommes ensuite interrogés sur l'interlocuteur sollicité la nuit ou le week-end en cas de problème médical urgent, 45% avouent dans ce cas faire appel au SAMU.

Premier numéro composé en cas de problème médical urgent la nuit et le week-end (n=255)	
SAMU	45% (115)
SOS Médecins	22% (56)
Pompiers	12% (30)
Directement aux urgences	7% (18)
Médigarde	7% (18)
Médecin traitant	3% (9)
Directement aux Bains Douches	3% (7)
Ne sais pas	1% (2)

Figure 68: Répartition de la population interrogée en fonction du premier numéro composé la nuit ou le week-end.

4 DISCUSSION

4.1 Au sujet des résultats de notre enquête

4.1.1 Biais et limites de l'étude

Un des biais non négligeable de notre étude est que ce questionnaire a été envoyé à 500 habitants de la CUGN et de la Communauté des Communes du Sel et Vermois, sachant que ces deux secteurs comptent environ 300 000 habitants, notre échantillon peut paraître faible. Une étude plus importante, donc probablement plus représentative était difficilement envisageable pour un travail de thèse effectué seule, compte tenu du temps nécessaire pour adresser le questionnaire aux sondés (photocopies, mise sous enveloppes, timbres à coller...), temps et charge de travail pour la saisie des données et surtout limites financières (pas de budget alloué pour les photocopies, les timbres pour l'envoi et le retour...). Cependant le test du Khi 2 représentatif pour une partie au moins de notre étude laisse entendre qu'elle reste exploitable.

Un autre biais à évoquer, est que les sujets ont été choisis au hasard de listes de patients de cabinets médicaux de la CUGN et de la Communauté des Communes du Sel et Vermois. Ces sujets ayant un médecin traitant se sentent (au moins pour une grande majorité) concernés par les problèmes de santé. Ainsi ont été exclus, les patients n'ayant pas de médecin traitant ou les sujets en retrait de la société (sans domicile, sans couverture sociale...). Le choix des sondés aurait pu se faire différemment, au hasard du bottin téléphonique par exemple, sans aucun critère de sélection hormis la commune de résidence, le taux de réponse n'aurait cependant peut-être pas été si important.

Enfin lors de l'élaboration puis de l'envoi de notre questionnaire, nous appréhendions un retour important de courrier du à des erreurs d'adresses. En effet les logiciels des cabinets médicaux auraient pu ne pas être remis à jour régulièrement. Cependant sur 500 envois, 13 sont revenus suite à des erreurs d'adresses, soit seulement 3% de questionnaires inexploitable.

4.1.2 A propos du profil de la population sondée

La population de notre étude est constituée en majorité de femmes (58% contre 42% d'hommes) (*fig 28*)

La moyenne d'âge est de 49 ans, à noter que le plus jeune sujet à 19 ans et le plus âgé 87ans (*fig 29*). Il s'agit majoritairement de sujets jeunes, 79% ont entre 30 et 60 ans. Ces pourcentages, comparativement à la moyenne d'âge de la population lorraine (45) sont identiques pour les plus de 60 ans (20% de la population lorraine et 15% dans notre étude), moindre pour les moins de 20 ans (25% de la population lorraine et seulement 6% dans notre étude). Ceci signifie t-il que les moins de 30 ans n'ont pas répondu à notre étude parce qu'ils se sentent peut-être pour le moment en bonne santé, et donc moins concernés par le système de soins en France ?

On retrouve une majorité d'actifs (les salariés et libéraux représentent 72% de la population sondée), quelques retraités (20%) mais peu de sans emploi (7%) et d'étudiants (1%) (*fig 31*). Ces chiffres sont comparables si l'on regarde le niveau d'étude, en effet il n'y a que 5% de sans diplôme, par contre il existe une majorité de sujets ayant un niveau d'études spécialisées ou supérieures (28% ont un CAP, 51% ont obtenu le BAC ou poursuivis leurs étude ensuite) (*fig 30*). La population sondée a des caractéristiques socio-économiques qui la distinguent de la population régionale (données INSEE Lorraine 2004) : la proportion d'étudiants est moindre (1% dans notre étude contre 8% en Lorraine), les chômeurs et les retraités sont autant représentés qu'au niveau régional (respectivement 7% contre 5,5% et 20% contre 18,9%), par contre la part d'actifs dans notre étude est très nettement supérieure (72% contre 46,9% en Lorraine).

L'ensemble de la population interrogée a un médecin traitant. Ce facteur dans notre étude est biaisé, en effet les sujets interrogés étant tous choisis parmi des listes de patients de cabinets libéraux de la CUGN et de la Communauté du Sel et Vermois. La moyenne nationale concernant les patients ayant un médecin traitant est de 90% selon le sondage IFOP-CNAMTS en 2005.

S'agissant de la couverture sociale, 95% bénéficient de la sécurité sociale et d'une mutuelle, seulement 3% de la couverture maladie universelle, et 2% de la sécurité sociale seule. Aucun sujet ne se trouve sans couverture sociale (*fig 33*). Les bénéficiaires de la CMU

dans notre étude sont peu représentés (3%). En effet ils sont environ 17% dans la région nancéenne d'après les données de l'assurance maladie (45).

S'agissant de la répartition géographique, 78% des sujets appartiennent à la CUGN et 22% à la Communauté des Communes du Sel et Vermois (*fig 32*). Ceci correspond à un taux équitable de réponse entre le milieu urbain et rural (en effet 80% des questionnaires ont été envoyé sur la CUGN et 20% sur la Communauté des Communes du Sel et Vermois).

4.1.3 A propos de l'attitude de la population sondée de la CUGN et de la Communauté des Communes du Sel et Vermois en cas de problème médical urgent

Dans notre enquête nous nous sommes intéressés à l'attitude des sujets interrogés lorsqu'ils rencontrent un problème médical qu'ils estiment urgent. Dans le courrier joint au questionnaire nous leur avons expliqué ce que l'on sous entendait par le terme « problème médical qu'ils jugeraient urgent » : de la fièvre, une toux, des vomissements, une douleur, un malaise, une difficulté à respirer...arrivant la nuit, le week-end ou en l'absence de leur médecin traitant. Seul 52% des sondés (soit 133 sujets) estiment avoir rencontré cette situation et ont donc répondu à cette partie du questionnaire.

4.1.3.1 Concernant le premier numéro de téléphone composé

Le premier numéro de téléphone composé en cas de problème urgent, quelque soit le jour de l'année, à toute heure du jour et de la nuit, pour 29% des sondés, est celui de leur médecin traitant (*fig 34*). Un pourcentage important, donnant tout son sens au terme de médecin référent. En effet depuis janvier 2005 tout assuré social de 16 ans et plus doit choisir un médecin traitant qui devient le médecin référent. Les sujets interrogés estiment qu'il s'agit du professionnel de santé le plus apte à répondre à leur demande, soit en les prenant en charge directement, soit en les orientant vers la structure la plus à même de répondre à leur besoin.

Il ne faut cependant pas sous estimer la forte demande reçue par les urgences (21%) et le centre 15 (17%) dans une telle situation (*fig 34*). Ces structures bien connues par le grand

public sont largement sollicitées, parfois pour des raisons non justifiées, mais à défaut de trouver un autre interlocuteur médical disponible ou de savoir où et comment le joindre, les patients se retournent vers ces structures disponibles 24h/24 et 7j/7.

Concernant les autres acteurs de la PDS, SOS Médecins semble avoir une place importante sur le secteur (16% des sondés appellent en premier lieu les médecins de cette structure) (*fig 34*).

Une étude de la DRESS sur la genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale (66), montre cependant qu'une grande partie de la demande de soins « en urgence » est prise en charge par la médecine générale de ville : en 2004, on estimait à 35 millions le nombre de recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville pendant que les services d'urgences des hôpitaux enregistraient 14 millions de passages.

4.1.3.2 Concernant l'intervenant ayant effectué la prise en charge initiale

SOS Médecins a effectué chez 35% des sondés la prise en charge initiale, vient ensuite les urgences avec 28% des cas et le médecin traitant avec 17% des cas (*fig 35*).

En effet il n'est pas rare que des confrères libéraux installés sur le secteur lorsqu'ils sont débordés ou ne peuvent quitter leur cabinet médical sollicitent SOS Médecins pour se rendre au chevet de leur patient. Il en est de même avec les médecins régulateurs du centre 15 ou de Médigarde qui travaillent en partenariat avec cette structure. Rappelons qu'une convention a été signée entre le SAMU 54 et SOS Médecins le 4 octobre 2006.

Les urgences peuvent également être sollicitées par les médecins libéraux, qui devant une situation urgente orientent leur patient directement sur ce service (urgence chirurgicale, traumatologique...) ou par le médecin du centre 15 qui suite à un appel pour douleur thoracique ou gêne respiratoire fait transiter le patient par le service d'accueil avant qu'il soit orienté dans un secteur spécialisé.

Tout ceci explique en fait que le numéro composé initialement n'est pas toujours celui de l'intervenant qui finalement assurera la prise en charge (soit du fait de son absence ou de son indisponibilité, soit du fait d'une mauvaise orientation initiale).

A noter la place importante de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle sur le secteur comparativement aux chiffres nationaux. En effet selon l'enquête menée par la DRESS sur les recours aux médecins urgentistes de ville (67), les visites des médecins exerçant au sein d'une association d'urgentistes de ville, telle que SOS Médecins ou Urgences Médicales de Paris, représentent 5% des recours urgents ou non programmés à la médecine générale.

4.1.3.3 Concernant le lieu de prise en charge

La prise en charge initiale en cas de problème médical urgent se fait dans 45% des cas à domicile. Un pourcentage très important mais non surprenant, en effet SOS Médecins n'effectue que des visites à domicile et se trouve être l'intervenant principal comme nous l'avons vu précédemment. A ce nombre de visites s'ajoutent celles des médecins traitant se déplaçant encore parfois à domicile (notamment en cas d'urgence), bien que leur prise en charge s'effectue majoritairement au cabinet médical : 74% contre 26% à domicile. Le reste la prise en charge s'effectue principalement aux urgences d'après 34% des sondés (*fig 36*).

4.1.3.4 Concernant la satisfaction générale des sondés

Qu'il s'agisse du délai d'attente, de la prise en charge ou du prix de la consultation, les sujets interrogés semblent satisfaits (respectivement 47%, 53% et 34% de satisfaction) (*fig 37,38,39*).

43% des gens disent ne pas avoir avancé les frais médicaux (*fig 39*), au vue de notre population sondée et du peu de sujets bénéficiant de la CMU, il s'agit majoritairement des sujets ayant consulté aux urgences, et qui n'ont donc pas eu d'avance de frais.

Des pourcentages identiques sont retrouvés dans l'enquête de la DRESS concernant la satisfaction des patients sur les recours urgents et non programmés de la médecine générale de ville (68), où la quasi-totalité des patients se déclarent très ou plutôt satisfaits (respectivement 89% et 10% contre respectivement 66% et 29% dans les services d'urgence), même si l'attente a été jugée trop longue pour 15% d'entre eux.

4.1.3.5 Concernant la décision finale prise

59% des sujets sondés sont restés à domicile avec prescription d'un traitement et 29% ont tout de même nécessité une hospitalisation en urgence (*fig 40*).

En comparant les intervenants ayant effectué la prise en charge initiale et la décision finale prise (comparaison très significative d'après le test du Khi 2), on remarque que les médecins traitants (70% des cas), SOS Médecins (78% des cas), et les Bains Douches (100% des cas) décident majoritairement d'une prise en charge à domicile. Le SAMU (80% des cas) et les pompiers (71% des cas) sont plus pourvoyeurs d'entrées en hospitalisation, ce qui peut paraître logique vu qu'ils traitent des cas médicaux plus graves (*fig 52*). A noter que les sujets passés aux urgences ne sont hospitalisés que dans 38% des cas, ainsi on peut s'interroger sur les motifs de passage aux services des urgences ?

Une étude de la DRESS sur l'activité des services d'urgence en 2004 (69) retrouve un taux d'hospitalisation de 22% en moyenne suite au passage aux urgences, ce qui est un peu moins important que dans notre étude (38%).

A noter que la part d'hospitalisations par les médecins généralistes libéraux, traitants ou SOS Médecins, sont respectivement de 30% et 22%, pourcentages comparables aux pourcentages hospitaliers. D'après notre enquête les médecins des Bains Douches n'hospitaliseraient aucun patient, ceci s'explique t-il par des motifs de recours différents ou une population différente consultant à la maison médicale de garde (plus jeune notamment) ?

4.1.4 A propos des différentes structures assurant la Permanence des Soins sur la CUGN et sur la Communauté des Communes du Sel et Vermois

4.1.4.1 SOS Médecins

On note une place importante de la structure SOS Médecins au sein de la population sondée, 75% connaissent cette structure et 47% y ont déjà eu recours.

Les patients recourent principalement à SOS Médecins en période de PDS (77% des sondés y ont recours la nuit ou le week-end), ou pour assurer une continuité de soins en l'absence de leur médecin traitant (61% font appel à cette structure lors de la fermeture du cabinet de leur médecin traitant) (*fig 53*).

A noter que 27% des patients ayant recours à SOS Médecins le font suite aux conseils d'un autre médecin (traitant, du SAMU ou régulateur libéral) (*fig 53*), ce qui est un pourcentage très élevé, révélateur du partenariat existant entre SOS Médecins et la régulation médicale comme nous l'avons vu au chapitre précédent. De même certains confrères libéraux n'hésitent pas à donner le numéro de téléphone de cette structure s'ils ne peuvent eux-mêmes assurer une visite qu'ils jugent urgente ou laissent les coordonnées de SOS Médecins sur leur répondeur téléphonique pendant leurs heures de fermeture de leurs cabinets médicaux.

Il ne semble pas que les sujets sondés fassent appel à cette structure de façon abusive les jours de semaine, en période d'ouverture du cabinet de leur médecin traitant : seuls 14% le font à défaut d'un rendez-vous rapide chez leur médecin et 7% pour ne pas avoir à se déplacer (*fig 53*).

Les sujets qui connaissent SOS Médecins mais qui n'y ont jamais eu recours sont dans 86% des cas des sujets n'ayant jamais eu besoin d'un médecin en dehors des horaires d'ouverture du cabinet de leur médecin traitant. A noter que 40% des sondés ne connaissent pas le numéro de téléphone de cette structure (*fig 54*). S'agissant d'acteurs de la PDS ne pourrait-on pas envisager une campagne d'information, même si il est vrai qu'un médecin ne peut faire une campagne publicitaire pour se faire connaître ?

Il subsiste tout de même 23% des sujets connaissant cette structure qui préfèrent avoir recours aux services des urgences (*fig 54*). Nous étudierons en détail par la suite les motifs de recours à ces services hospitaliers.

Les prix des visites ne semblent pas être un facteur rédhibitoire à l'appel de cette structure (seul 1% des sujets trouvent le tarif trop élevé) (*fig 54*), mais il est vrai que l'assurance maladie prend en charge la majoration de visite de nuit, week-end et déplacement à domicile.

SOS Médecins Meurthe et Moselle outre un rôle important sur le secteur, donne en plus satisfaction à l'ensemble de ses usagers, puisque 96% des sujets feraient à nouveau appel à cette structure en cas de problème médical (*fig 55*).

Une étude de la DRESS sur les recours aux médecins urgentistes de ville (67) confirme que les patients ont d'avantage recours aux urgentistes de ville la nuit ou les week-end (60%). Elle démontre également que lors de recours urgents, les urgentistes de ville dispensent moins de médicaments que leurs confrères exerçant en cabinet, en revanche ils prodiguent plus de conseils de prévention et d'hygiène de vie et pratiquent d'avantage de gestes thérapeutiques. Trois recours sur cinq se concluent par une orientation ultérieure vers un médecin généraliste ou spécialiste.

4.1.4.2 Les Bains Douches

La maison médicale des Bains Douches, rue St Nicolas à Nancy, est connue par 57% des sujets interrogés, 19% d'entre eux y ont déjà eu recours.

Les motifs de recours principaux à cette structure sont dans 87% des cas en période de PDS (nuit et week-end), dans 69% des cas en cas de fermeture du cabinet de leur médecin traitant (*fig 56*). A noter que cette structure ne fonctionne que les soirs de semaine et les week-ends donc en période de fermeture des autres cabinets médicaux et ne peut en aucun cas intervenir à la place d'un médecin traitant indisponible ou absent et non remplacé.

Une partie de leurs consultants (17%) (*fig 56*) s'y présentent suite aux conseil d'un autre médecin. En effet il n'est pas rare que les médecins régulateurs libéraux ou du centre 15 communiquent l'adresse de cette structure s'ils estiment qu'un avis médical le jour même est nécessaire et que le patient peut se déplacer par ses propres moyens à la maison médicale.

Les sujets sondés qui connaissent la maison médicale des Bains Douches mais qui n'y ont jamais eu recours sont dans 88% des cas des sujets qui n'en ont jamais eu besoin d'un médecin en dehors de l'ouverture des cabinets médicaux. A noter que 15% des sujets ne connaissent pas l'adresse de cette structure (*fig 57*). Un pourcentage moins important que pour SOS Médecins, la très forte médiatisation lors de l'ouverture de cette maison médicale de garde en 2002 a certainement beaucoup marqué les esprits.

Comme pour SOS Médecins une partie de la population sondée (13%) préfère s'adresser aux urgences. Le prix de la consultation majoré du fait du tarif de nuit ou de week-end, pris en charge également par l'assurance maladie, ne semble pas être un obstacle à la consultation à la maison médicale. En effet, seuls 2% des sondés trouvent le tarif trop élevé.

Concernant la nécessité de se déplacer pour obtenir un avis médical, ceci ne semble être rédhibitoire que dans 2% des cas (*fig 57*).

Concernant la satisfaction générale sur la maison médicale, 75% des sondés feraient appel à nouveau aux Bains Douches (*fig 58*).

4.1.4.3 Les Urgences

Les services d'accueil des urgences sont un pivot central du système de soins sur la région nancéenne (Hôpital Central, Hôpital d'Enfants ou Clinique de Gentilly confondus), en effet 69% des sondés y ont déjà eu recours (*fig 59*).

La nuit et les week-ends (dans 31% des cas), l'absence de leur médecin traitant (dans 28% des cas) sont deux facteurs favorisant la consultation dans les service des urgences. La population semble souvent ne pas savoir à qui s'adresser dans de telles situations (*fig 59*).

Deux points également très important sont à souligner :

- la perception des sujets sondés sur l'obtention d'un traitement plus rapidement aux urgences qu'en ville (33% des cas) (*fig 59*). S'agissant d'une douleur aigue type colique néphrétique ou douleur dentaire les médecins en ambulatoire sont tout à fait à même de réaliser une injection d'antalgiques, mais la population est-elle au courant de telles pratiques médicales ?

- Il en de même pour la réalisation d'examens complémentaires (21% de la population interrogée estime les obtenir plus rapidement aux urgences) (*fig 59*). Concernant la biologie, il est aisé d'obtenir un prélèvement sanguin ou urinaire (tout du moins sur la CUGN) dans l'heure, un jour de semaine ou de week-end, avec un résultat rapide (souvent plus rapide que les services hospitaliers engorgés), cela est certes plus difficile de nuit. S'agissant des examens de radiologie il est plus difficile mais pas impossible, d'obtenir une radiographie ou échographie dans la journée (sauf le week-end ou la nuit, car il n'existe pas de cabinet de radiologie de garde sur le secteur).

Les patients consultant aux urgences sont pour une partie non négligeable adressés par un médecin (dans 18% des cas) et admis pour une hospitalisation en urgence (27% des cas) (*fig 59*). Leurs confrères libéraux ne peuvent dans certaines situations réaliser les examens en ambulatoire ni organiser les soins à domicile (urgence vraie, patient âgé ou isolé socialement ne pouvant de se fait réaliser les examens, se fournir ou tout simplement prendre son traitement...même s'il est vrai qu'aujourd'hui les services d'aide à domicile se sont fortement développés).

Au vu des résultats de notre enquête, il ne semble pas que la possibilité de consulter sans rendez-vous (9% des cas), l'absence d'avis rapide auprès du médecin traitant (8% des cas) ou l'absence d'avance de frais (2% des cas) soient des facteurs favorisant la consultation aux services des urgences (*fig 59*).

Les services des urgences sont engorgés, il semble pourtant que les principaux motifs de recours pourraient avec une bonne information et une éducation de la population être modifiés.

4.1.4.4 Médigarde

Concernant la régulation médicale libérale, Médigarde 54, seule 20% de la population sondée connaît cette structure, et 10% y a déjà eu recours. A noter que 81% des gens ayant déjà eu recours à cette structure, ont été satisfait de la prise en charge proposée (*fig 60*).

La connaissance de cette structure par la population semble peu importante. Une campagne d'information a été lancée en 2007 et sa répercussion sur l'activité de régulation médicale libérale est en cours.

4.1.4.5 Comparaison entre les différents acteurs de la Permanence des Soins sur la CUGN et sur la Communauté des Communes du Sel et Vermois

4.1.4.5.1 En fonction de l'âge

Quelque soit la tranche d'âge de la population sondée, les services d'urgence restent les interlocuteurs principaux en cas de problème médical urgent (plus de 60% de réponses quelque soit l'âge). SOS Médecins semble être équitablement sollicité par toutes les tranches d'âge (respectivement 33% des moins de 30 ans, 48% des 30-60 ans et 49% des plus de 60 ans). Les Bains Douches touchent plutôt les moins de 60 ans (27% des moins de 30 ans, 20% des 30-60 ans, seulement 8% des plus de 60 ans). Médigarde quelque soit la tranche d'âge paraît peu utilisée (10% de réponses en moyenne quelque soit l'âge).

La comparaison des différentes structures assurant la PDS en fonction de l'âge reste cependant non significative comme le montre le test du Khi 2 (*fig 61*).

4.1.4.5.2 En fonction du sexe

Qu'il s'agisse des hommes ou des femmes il n'existe pas de différence significative concernant l'utilisation des différentes structures assurant la PDS (comme le montre le test du Khi 2). Comme pour l'âge, les urgences restent l'interlocuteur privilégié (65% des hommes et 72% des femmes), suivies respectivement (en proportion équitable hommes-femmes) par SOS Médecins (47% de réponses en moyenne), les Bains Douches (19% de réponses en moyenne) et Médigarde (10% de réponses en moyenne) (*fig 62*).

4.1.4.5.3 En fonction de l'activité socio-professionnelle

Comme pour les autres facteurs évoqués précédemment, les urgences restent l'acteur de la PDS privilégié quelque soit l'activité professionnelle (70% de réponses en moyenne).

SOS Médecins est équitablement sollicité quelque soit l'activité socio-professionnelles (47% de réponses en moyenne).

Les Bains Douches en revanche ont moins de consultants retraités (seulement 6% des retraités connaissent cette structure), ceci s'expliquant peut-être par une plus grande difficulté à se déplacer à la maison médicale ?

Médigarde comme précédemment évoqué reste peu sollicité, un peu plus tout de même par les retraités (14%). Ceci s'expliquant peut-être aussi également par des déplacements plus difficiles et donc des conseils téléphoniques plus souvent sollicités ?

Ces comparaisons restent cependant non significatives, comme nous le montre le test du Khi 2 (*fig 63*).

4.1.4.5.4 En fonction de la couverture sociale

On observe un recours toujours majoritaire aux services des urgences quelque soit la couverture sociale (61% de réponses en moyenne). Les sujets bénéficiant de la sécurité sociale seule font appel de manière équitable aux différents acteurs de la PDS (20% de réponses en moyenne). Les sondés ayant la sécurité sociale et une mutuelle sollicitent (après les urgences) plus SOS Médecins (48% des réponses) puis les Bains Douches (19% de réponses) et Médigarde (10% de réponses). On remarque que SOS Médecins consultent 50% des sujets bénéficiant de la CMU, contre seulement 25% pour les Bains Douches et 12% pour Médigarde. Pour les urgences comme pour les autres acteurs de la PDS sur la CUGN et la Communauté des Communes du Sel et Vermois aucune différence significative n'a pu être démontré en fonction de la protection sociale (Khi 2 non significatif) (*fig 65*).

A noter que SOS Médecins Meurthe-et-Moselle prend en charge trois fois plus de patients bénéficiant de la CMU que leurs confrères libéraux. Ce qui permet à cette population de continuer à bénéficier de soins autres que ceux des urgences hospitalières et de conserver un lien social. Ces chiffres sont retrouvés sur les relevés SNIR des médecins libéraux. (Le système national interrégimes (SNIR) est un système d'information mis en place depuis 1977, il permet de recueillir et d'agréer au plan national l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à un remboursement par les caisses d'assurance maladie. Le système recueille pour chaque profession libérale des caractéristiques individuelles, les dénombrements d'actes effectués, les prescriptions et les honoraires. Il permet l'établissement de relevés d'honoraires individuels, la connaissance de l'activité médicale présentée au remboursement...).

4.1.4.5.5 En fonction du lieu de résidence

En proportion égale les habitants de la CUGN et de la Communauté des Communes du Sel et Vermois se rendent aux urgences (70%). Les habitants de la CUGN ont plus recours à SOS Médecins (49% contre 39%) et aux Bains Douches (21% contre 12%). Plusieurs sujets sondés sur la Communauté des Communes du Sel et Vermois ont en effet fait part sur leur questionnaire de retour qu'ils pensaient que SOS Médecins et les Bains Douches étaient réservés aux habitants de la CUGN (*fig 66*).

Concernant Médigarde, il existe une différence significative, comme le montre le test du Khi 2. En effet les sujets qui résident dans la Communauté des Communes du Sel et Vermois ont recours à cette structure dans 26% des cas, contre 5% des cas pour la CUGN. La campagne d'information engagée en 2007 a-t-elle plus touchée les secteurs éloignés ? Les habitants plus distants semblent moins connaître les acteurs de la PDS comme nous l'avons vu précédemment. Sollicitent-ils plus Médigarde pour avoir un conseil téléphonique ou savoir vers qui s'adresser ?

4.1.5 Conclusion concernant notre enquête

Notre étude montre que le médecin traitant lorsqu'il est joignable reste l'intervenant privilégié. Jouant alors son rôle de médecin référent, c'est à lui d'assurer la continuité des soins pour son patient et en cas d'indisponibilité ou d'urgence grave de l'orienter correctement vers la bonne filière de soins. Il est la pierre angulaire du système de soins.

Sans grande surprise les urgences et le SAMU sont très fortement sollicités en l'absence du médecin traitant. Les usagers ne semblent pas vers qui se tourner dans certaines situations, ils composent alors un numéro simple à retenir le 15 ou se rendent à une adresse facile à trouver : les urgences.

SOS Médecins sur le secteur semble tout de même avoir une forte imprégnation tant auprès des patients que de leurs confrères libéraux qui n'hésitent pas à leur confier leurs patients. Une forte coordination existe également entre cette structure et la régulation (son standard étant d'ailleurs interconnecté avec le SAMU). SOS Médecins travaille également en partenariat avec de nombreuses maisons de retraite, l'HADAN... Avec le temps cette structure

s'est bien implantée sur le secteur et donne apparemment toute satisfaction aux patients qu'elle prend en charge.

Les autres acteurs semblent un peu moins connus du grand public. La maison Médicale des Bains Douches n'a été ouverte qu'en 2002, il faut peut-être laisser encore un peu de temps aux usagers pour qu'elle rentre dans leurs habitudes de soins. Concernant Médigarde 54, la population paraît peu au courant de ce qu'est la régulation médicale libérale. Ces résultats concernant Médigarde doivent être analysés avec prudence, du fait du faible nombre de cas (52 sur 255 réponses) et de la possibilité pour les sondés de confondre ce service avec le centre 15 tout simplement (ces deux structures ont un numéro d'appel différents mais se trouvent dans les mêmes locaux, et certains appels initialement destinés à Médigarde peuvent être directement transmis au médecin du centre 15).

Il reste un travail d'information et d'éducation de la population très important à poursuivre afin de bien redéfinir le rôle de chaque acteur de la PDS.

4.2 Réflexions et perspectives d'organisation de la Permanence des Soins

4.2.1 Informer, sensibiliser et éduquer la population

Comme nous l'avons vu dans notre étude, la population connaît encore mal les différents acteurs de la PDS et surtout ne sait pas quel est l'interlocuteur le plus à même de répondre à tel ou tel problème médical. Ainsi en l'absence de leur médecin traitant devant un problème médical qu'ils estiment urgent, les patients sont tentés de se tourner vers des structures bien connues du grand public : les urgences et le SAMU (70).

C'est donc au système de santé de se rendre plus lisible pour le patient. On ne peut pas demander au patient dans une situation de stress de choisir le bon numéro à composer, le bon endroit où se rendre (68). De plus on sait qu'un mauvais choix d'orientation peut être lourd de conséquences. La régulation (libérale comme Médigarde (48) ou interconnectée avec le SAMU comme MédiCall Center standard de SOS Médecins (50)) permet d'adresser le patient vers la filière la plus adaptée.

Il faut donc informer la population pour qu'elle puisse avoir un recours adapté au système de soins. On peut imaginer des campagnes d'information auprès du grand public, présentant les différents acteurs de la PDS, en décrivant leur rôle spécifique. Cette description bien sûr doit être compréhensible de tous, simple et illustrée d'exemples pour que cela paraisse plus concret aux usagers.

Dans le département de la Meurthe-et-Moselle, la Caisse d'Assurance Maladie et l'URML ont lancé une grande campagne d'information concernant Médigarde et les Bains Douches (radio, presse écrite, affiches distribuées et affichées dans les cabinets médicaux...). SOS Médecins bénéficient également de quelques articles dans les journaux, leurs coordonnées se trouvent tous les jours dans les quotidiens locaux et sur les sites internet de plusieurs villes... Cela suffit-il ?

En plus de cette information, il faut aussi sensibiliser et éduquer les patients. C'est le rôle de chaque acteur de la PDS. Expliquer qu'en l'absence de signes de gravité, la consultation peut être faite le lendemain par le médecin traitant, porter à la connaissance des usagers l'existence de différentes structures et définir leur rôle propre, réaffirmer la prise en charge financière par l'assurance maladie des majorations de nuit et de week-end pour que l'appel du médecin de garde ou la consultation à la maison médicale ne soit pas un obstacle et une source d'afflux aux urgences et toujours intégrer le médecin traitant pour qu'il existe une véritable continuité de soins.

4.2.2 Définir le rôle des acteurs de la Permanence des Soins

4.2.2.1 La régulation médicale

La régulation médicale (libérale et hospitalière) est l'une des pierres angulaires de la nouvelle organisation de la PDS.

Depuis la publication du décret sur la PDS de 2005 (19), tous les départements français se sont dotés d'une régulation médicale libérale, même si ce dispositif fonctionne encore imparfaitement à certains endroits (en 2008, celle-ci couvrait le soir et le week-end 91% du territoire français) (41). Leurs locaux se situent dans les mêmes que ceux du centre 15, avec deux numéros de téléphone distincts (72). Le problème est pour la population que chaque service de régulation médicale libérale a son propre numéro sur le territoire français.

Un numéro difficile à retenir et un coût d'appel non négligeable puisqu'il s'agit d'un 08. Il serait intéressant d'avoir un numéro d'appel unique, simple et gratuit pour que la population y ait recours plus spontanément. La commission parlementaire Colombier (73) s'est réunie en 2007 pour réfléchir à un numéro d'appel national à 4 chiffres (33 33) pour la régulation médicale libérale.

Il est nécessaire de donner aujourd'hui des moyens humains et financiers à ces services de régulation. Les médecins qui y interviennent sont des médecins libéraux, installés en cabinet. Ils exercent cette activité sur la base du volontariat, sont rémunérés à la vacation (3C de l'heure, soit 66 euros) et sont dotés d'une formation spécifique. Formation qu'il faut renouveler sans cesse afin d'harmoniser les pratiques médicales, et afin d'élaborer des consensus sur la prise en charge à effectuer dans telle situation clinique en fonction des particularités locales (structures existantes, distances à parcourir...).

Il semble également indispensable de créer un partenariat entre tous les acteurs de la PDS (régulateurs, urgentistes, praticiens libéraux exerçant seuls ou en maison médicale, association de permanence de soins comme SOS Médecins...) pour qu'ils puissent répondre ensemble aux demandes de soins non programmés des patients, avec une réponse médicale adaptée.

4.2.2.2 Les urgences

La gestion du flux de patients se présentant aux services d'accueil des urgences est actuellement un défi majeur en matière de politique de santé en France.

Quelles solutions peut-on proposer ?

- Laisser les choses évoluer ainsi pour aboutir à un recours systématique des patients aux urgences pour toute demande de soins non programmés. Il faudra dans ce cas doter ces services de moyens humains et financiers suffisants pour faire face à l'afflux de patients. Des dépenses de santé qui deviendront alors considérables et pas très judicieuses en période de restriction budgétaire. Ce choix a été fait en Espagne, où les urgences sont le pivot central du système de soins, cependant usagers et professionnels de santé ne semblent pas satisfaits (43).

- Prévenir l'engorgement des urgences par un accès beaucoup plus restrictif, où seul les patients présentant une détresse vitale, ou adressé par un médecin (traitant, de garde ou régulateur) seront pris en charge. Pour les autres ils seront renvoyés à domicile ou réorientés vers un confrère en ville. Ce choix a été fait outre Rhin (en Allemagne et en Autriche), cependant l'organisation de la permanence des soins en ambulatoire y est très performante avec des services sociaux efficaces (43). Suivre ce modèle nécessiterait des mutations longues, profondes et coûteuses de notre système. Certains auteurs ont même évoqué la mise en place de sanctions financières à l'encontre des patients « abusifs » du système de santé. Faut-il réguler l'accès aux services d'urgence ? Cette organisation coercitive ne paraît pas transposable en France où le principe du libre choix est très ancré dans les mentalités. Il semble inconcevable pour certains professionnels de santé que l'on puisse refuser l'accès de l'hôpital public à un patient qui le souhaite.

- Les pouvoirs publics ont aujourd'hui décidé de prendre une autre voie. Le rapport de la Cour des Comptes sur les urgences estime que « l'amélioration du dispositif des urgences dépend moins aujourd'hui de nouveaux moyens financiers que de mesures relatives à l'orientation des patients, à l'organisation des services et à la coordination entre les activités hospitalières et la médecine de ville » (12).

La place des urgences dans le système de soins dépendra donc du bassin de population desservi, des contraintes géographiques du secteur et des structures ambulatoires mises en place (maison médicale de garde, association de PDS comme SOS Médecins...). Dans les zones où il ne sera pas envisageable de créer de telles structures il conviendra de doter (en leur en donnant les moyens humains et financiers) les services d'accueil des urgences d'une filière spécifique, se chargeant de pathologies relevant initialement de l'ambulatoire afin de ne pas engorger le reste du service.

Les professionnels de santé des urgences doivent s'impliquer dans ce changement profond des mentalités, expliquer aux patients que les urgences ne sont pas la seule source de soins synonyme de prise en charge immédiate et de soins non programmés, les informer sur les autres acteurs de la PDS dans leur secteur. Un lourd travail d'éducation et de sensibilisation de la population reste à faire.

Et surtout ne pas oublier d'inciter les patients au terme de leur passage aux urgences à consulter leur médecin traitant, le référent, pour établir une véritable continuité de soins.

4.2.2.3 Les médecins libéraux

Les médecins libéraux doivent garder une place privilégiée dans le système de soins (72).

Les généralistes doivent pouvoir répondre aux demandes de soins non programmés de leurs patients pendant les heures d'ouverture de leur cabinet, afin de désengorger les services d'urgence ou de limiter le nombre d'appels des patients vers le centre 15. Les patients se tournant vers ces structures à défaut de médecin traitant disponible la journée. Les généralistes doivent éduquer leurs patients, leurs expliquer que la consultation ou la visite qu'ils sollicitent dans l'heure n'est pas justifiée, les rassurer, les sensibiliser, dans la mesure du possible, au fait qu'un avis médical peut souvent très bien attendre le lendemain matin. Il conviendra dans une situation que le médecin estime urgente, qu'il oriente son patient vers la structure la plus appropriée (urgences, centre 15, SOS Médecins...).

Des mesures incitatives ont été mises en place avec revalorisation des actes de consultations au cabinet, des visites à domicile, des actes faits en urgence, des actes de petite chirurgie (40)... Cependant il faut avouer que les médecins libéraux ont une charge de travail considérable, les rendant par le fait moins disponibles en urgence, limitant le plus possible leurs visites à domicile (perte de temps et pression des caisses d'assurance maladie).

Les jeunes médecins en formation souhaitent moins s'orienter vers la médecine générale libérale (notamment en rural). Pour ceux qui s'y destinent ils ne souhaitent plus les mêmes conditions de travail que leurs aînés. Les médecins installés vieillissent, la population médicale s'est féminisée... tous ces facteurs contribuent à un changement profond des conditions d'exercice de la médecine générale libérale.

Concernant la PDS proprement dite, les attitudes sont différentes en fonction des secteurs où les médecins sont installés. Bien sûr il y a eu pour tous : les astreintes versées pour les gardes, la sectorisation, le principe du volontariat, la régulation avec une pénibilité du travail considérablement allégée (moins de visites, possibilités de regrouper les consultations au cabinet à certaines heures..) mais selon le secteur où l'on se trouve la PDS est assurée différemment. En ville quelques médecins y participent (à leur cabinet ou en se regroupant dans une maison médicale de garde) mais beaucoup épuisés par une activité de semaine surchargée laissent cette période vacante pour leurs confrères prenant des gardes en maison médicale ou pour les associations de PDS. A la campagne, ces associations ne sont pas

toujours présentes, les généralistes assurent alors leurs gardes, moins nombreuses, moins pénibles du fait du regroupement de secteur et de la régulation. Et parfois, à défaut de médecin, la PDS s'arrête à minuit. Il ne reste alors que la régulation et les urgences pour répondre aux besoins de soins de la population.

Mais les généralistes ne sont pas les seuls médecins libéraux qui doivent garder une place privilégiée dans le système de soins. En effet les examens de biologie ou de radiologie pourraient être réalisés sans avoir recours à l'hôpital. Il faudrait alors impliquer les médecins biologistes et radiologues de ville, pour qu'ils soient plus disponibles, plus réactifs, et revaloriser les actes qu'ils feraient en urgence. Il est vrai que dans certains secteurs, cela existe déjà (comme à Nancy par exemple pour la biologie).

4.2.2.4 Les maisons médicales de garde

En 2007 le succès des maisons médicales de garde est contrasté :

- certaines parviennent à trouver une situation d'équilibre après quelques mois de fonctionnement,
- d'autres sont en difficultés (moins de personnel : notamment à l'accueil, donc une sécurité amoindrie pour les médecins y travaillant, moins de médecins y consultant car ils estiment que l'activité n'est pas assez lucrative, pas assez de consultants de fait d'une activité trop bien régulée, d'un secteur peu important ou tout simplement l'absence d'indemnités d'astreinte versées du fait de la non appartenance de la maison médicale de garde à un secteur)
- d'autres encore se voient dans l'obligation de fermer (74).

L'évaluation de près de 200 maisons médicales de garde, par le rapport du Dr GRALL de juillet 2006 (75), malgré une grande hétérogénéité permet de considérer que le concept de MMG est l'un des dispositifs de PDS préparant l'avenir. En effet les MMG permettent une remédicalisation du milieu rural, une réimplication des professionnels dans la PDS, une meilleure filière de prise en charge des patients en collaboration étroite avec les services d'urgence hospitaliers, représentent un point de repère pour la population en milieu très urbanisé et un socle pour le développement futur de véritables maisons de santé, notamment

en zone rurale. Ceci justifie qu'un encadrement clair et une standardisation minimale accompagnent l'installation et le fonctionnement pérenne des MMG.

Lors du congrès de la fédération française des maisons médicales de garde en 2005 (76), des priorités pour assurer la survie des MMG avaient été évoquées : leur budget doit être clarifié et basé sur des financements stables et pérennes alors que ces structures dépendent jusqu'à présent surtout de subventions du FASQV (FIQCS actuellement). Chaque MMG doit être inscrite dans un secteur de garde en accord avec le CODAMUPS, et des efforts doivent être faits pour que le personnel non médical soit maintenu dans les quartiers sensibles afin de permettre aux médecins de remplir leurs obligations de garde dans des conditions de sécurité optimales.

Sur l'ensemble des MMG existantes à l'heure actuelle, deux tiers sont localisées au sein d'un établissement sanitaire ou médico-social. Ce sont d'ores et déjà ces structures qui fonctionnent le mieux. Certaines MMG se trouvent dans les locaux de l'hôpital mais sont totalement autonomes, d'autres font partie intégrante du service d'urgence. Dans le premier cas le local est loué ou mis à dispositions des médecins et c'est le paiement à l'acte qui est pratiqué. Dans le second cas, les médecins sont payés à la vacation. L'adhésion des médecins libéraux y reste difficile (77). En effet ils rechignent à perdre leur autonomie pour participer à l'activité hospitalière, ils se sentent mal accueillis à l'hôpital, trouvant leurs compétences dévalorisées, préfèrent un paiement à l'acte qu'une rémunération de la vacation peu attractive. L'hôpital a pourtant sans doute grand intérêt à intégrer ces médecins aux pratiques différentes, plus efficaces, plus pragmatiques et moins coûteuses. Les derniers textes sur les urgences les y incitent d'ailleurs, puisqu'ils précisent que « tout médecin peut participer à la continuité des soins du service d'urgence après inscription au tableau du service » (30). Pour attirer les médecins généralistes à l'hôpital il convient donc de leur proposer une activité enrichissante intellectuellement, diversifiée par rapport à celle de leur cabinet.

Si l'on souhaite aujourd'hui que les patients aient plus recours à ces MMG, il pourrait être envisagé d'y créer un plateau technique, pour réaliser des actes de petite chirurgie, d'immobilisation...voir même de radiologie. Toutefois pour celles situées près de l'hôpital ne pourrait-on pas proposer que les médecins de garde adressent leurs patients pour réaliser des clichés radiologiques dans le service d'imagerie hospitalier, ce qui permettrait de limiter le surcoût d'un investissement dans du matériel pour la maison médicale et diminuerait l'afflux des patients aux urgences qui ne s'y rendraient que pour des explorations complémentaires ?

Cependant le trajet du patient se rendant de la maison médicale à l'hôpital poserait le problème de la responsabilité du médecin l'adressant.

4.2.2.5 Les associations de Permanence des Soins, type SOS Médecins

« SOS Médecins » est le premier réseau libéral des urgences médicales en France. Il joue un rôle très important dans la prise en charge des patients appelant pour une urgence : avec près d'un millier de médecins titulaires, il couvre deux tiers de la population, et est très sollicité en milieu urbain et périurbain.

Prenons l'exemple de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, sa mission a toujours été de répondre aux besoins de continuité et de PDS. Cette structure a vu le jour à Nancy en 1999 où il existait des besoins correspondant à ses services. SOS Médecins est aujourd'hui bien intégré dans le paysage local avec de bons rapports avec ses confrères libéraux, hospitaliers et du SAMU.

L'augmentation progressive de ses effectifs lui a permis de répondre positivement aux demandes de soins en période de permanence de soins dans les secteurs avoisinant Nancy.

L'association a donc successivement étendu sa couverture aux secteurs de Saint Nicolas de Port, Blainville-sur-l'eau, Toul, Thiaucourt / Domèvre-en-Haye, Champigneulle, Pompey, Neuves-Maisons et Lunéville. Ces derniers secteurs sont essentiellement ruraux et c'est un fait nouveau dans l'histoire des urgentistes libéraux. Cette extension en période de PDS a permis de fusionner plusieurs secteurs d'activité très modérée, ce qui va dans le sens des politiques actuelles et permet d'économiser ainsi le versement d'astreintes multiples.

SOS Médecins Meurthe-et-Moselle défend le modèle de la visite à domicile comme une réponse adaptée aux besoins de la PDS. Pour ces médecins le diagnostic sûr s'opère au chevet du patient.

En ville, l'offre de soins est variée, avec la proximité des services d'urgence, la maison médicale de garde fonctionnant en première partie de nuit et le week-end. La visite n'est donc pas la seule solution envisageable. Cependant elle permet une réponse plus rapide qu'une attente pendant des heures aux urgences, évitant ainsi un engorgement du système, elle est moins coûteuse que l'envoi d'un transport médicalisé et qu'un passage en secteur hospitalier. Son coût est peut-être supérieur à celui d'une consultation à la maison médicale

de garde (une différence de 3,5 euros seulement), cependant il faut rappeler l'absence de frais de fonctionnement pour la collectivité à supporter pour SOS Médecins et sa disponibilité d'intervention 24h/24.

De plus la visite à domicile permet de répondre à certains problèmes spécifiques : ne pas déstabiliser des patients âgés, fragiles, promouvoir le maintien et parfois l'hospitalisation à domicile, limiter le nombre d'hospitalisations, désengorger les urgences...

Concernant le milieu rural, SOS Médecins Meurthe-et-Moselle est une alternative aux transports d'office à l'hôpital en seconde partie de nuit, comme on le voit dans certains secteurs de garde, où après minuit, il ne reste que la régulation médicale et les urgences pour assurer la PDS. Pour les secteurs sans médecin de garde la nuit, l'hospitalisation comme seule réponse médicale est coûteuse (transport sanitaire dans un secteur géographique éloigné, et passage aux urgences) et peut être mal perçue par le patient qui hésitera à appeler de peur d'être hospitalisé ou qui ne consentira pas à être transporté comme on le voit parfois chez les sujets âgés (très nombreux dans ces secteurs ruraux).

Les associations de PDS comme SOS Médecins Meurthe-et-Moselle ont leur place en ville de part les services qu'elles rendent (continuité et permanence des soins). Si elles ont toutes une implantation initialement urbaine, des solutions d'extension de leur secteur (notamment en milieu rural) en période de PDS pourraient apporter des éléments de réponse aux problèmes rencontrés actuellement.

L'initiative de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle est une expérience à suivre.

CONCLUSION

L'organisation de la PDS en France connaît depuis les grèves de 2001 une évolution majeure. La PDS quitte son statut d'obligation déontologique mal définie pour trouver un cadre légal et juridique solide, base indispensable de son évolution. La définition des « trois piliers » de la PDS est la base du dispositif actuel. Le volontariat va de paire avec la disparition de l'obligation déontologique, il permet aux médecins d'accéder à la qualité de vie qui était au centre de leurs revendications, aux moments où ils portaient seuls la responsabilité de la PDS. Il est cependant à l'origine de difficultés à compléter le tableau de gardes dans certains secteurs et parfois la PDS est déléguée en deuxième partie de nuit à l'hôpital. La régulation de l'accès au médecin vise tout autant à maîtriser le coût de la PDS que d'assurer une réponse à des demandes de soins non programmés en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. Dans certains secteurs cependant la régulation n'est plus assurée sur toutes les plages horaires, au point même parfois d'être menacée de disparition. La sectorisation permet quant à elle d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population en optimisant les ressources disponibles pour chaque secteur, mais il existe de grandes disparités entre les différents secteurs, avec l'existence de zones où l'intervention du médecin de garde n'est pas garantie.

Le nouveau dispositif de la PDS semble avoir atteint aujourd'hui ses limites. Le rapport de l'IGA et de l'IGAS de 2006 et le rapport GRALL de 2007 concluent tous deux à une organisation aléatoire. Le pilotage complexe et le financement éclaté sont à l'origine d'enjeux parfois contradictoires et de situations de blocage. Les perspectives d'avenir sont alarmantes avec une démographie médicale défavorable (vieillesse des médecins, gradient nord/sud et rural/urbain). La PDS en ville est généralement assurée par des associations de PDS, situation satisfaisant les médecins généralistes et les patients. Les campagnes sont quant à elles en crise, avec un accès au médecin de garde aléatoire, alors même que de nombreux médecins proches de la retraite et sans successeurs travaillent encore, portant le système à bout de bras. Ce problème dépasse donc le champ de la PDS et c'est le suivi sanitaire de toute une population (tout du moins rurale) qui est menacée.

Le rapport GRALL met en garde contre une évolution alarmante de la situation. Il préconise une refonte globale du système concernant tout autant les institutions que les acteurs de santé et les usagers. Ce chantier paraît titanesque, mais à la hauteur de l'enjeu : conserver l'accès de la population aux soins non programmés.

Depuis 2003, la PDS est organisée en Meurthe-et-Moselle, selon les modalités nationales, suivant les trois axes : sectorisation, régulation et volontariat en se basant sur le cahier des charges départemental.

Dans notre étude nous avons démontré que le médecin traitant reste l'interlocuteur privilégié en cas de demande de soins non programmés, il est la pierre angulaire du système de soins. Cependant en cas d'absence ou d'impossibilité d'avoir un avis médical rapide chez leur médecin traitant, les patients font appel très majoritairement au centre 15 ou consultent au service des urgences. Une grande partie des usagers confrontés à un problème médical urgent se tournent vers ces structures, un numéro facile à retenir, celui du centre 15, une adresse simple, celle des urgences. Notre secteur géographique a cette particularité comme soixante autres espaces urbains et péri-urbains en France qu'une association de médecins urgentistes libéraux (SOS Médecins Meurthe-et-Moselle) assure la quasi-totalité des visites à domicile de la PDS ambulatoire avec son propre centre de réception et de gestion protocolisée des appels. Notre étude démontre une place importante de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle sur le secteur, ainsi qu'un apport essentiel de cette structure dans l'offre de soins, son efficacité en terme d'organisation, d'équipements, de compétences, de délais d'interventions, de coût et de collaboration avec les autres acteurs. Les autres acteurs de la PDS sur le secteur (la maison médicale des Bains Douches et Médigarde) semblent moins connus du grand public. Il s'agit de structures plus récentes, il faut peut-être laisser un peu de temps aux usagers pour qu'elles rentrent dans leurs habitudes de soins.

Les pistes de travail sont aujourd'hui multiples et essentielles pour assurer une PDS satisfaisante pour l'ensemble de la population. Tout d'abord il semble indispensable d'informer la population sur les structures de soins ambulatoires et hospitalières existantes, de les sensibiliser au bon usage de chacune, en définissant par exemple un schéma d'orientation simple à l'intention des patients ayant besoin de soins non programmés. Puis il convient de clarifier la place de chaque acteur dans la prise en charge des demandes de soins non programmés, leur donner les moyens de se développer, et les inciter à travailler en réseau.

BIBLIOGRAPHIE

(1)DESCOURS C.

Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins remis à Jean-François MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le 22 janvier 2003, [en ligne].

Disponible sur : www.santé.gouv.fr

(2)LOI n°2042-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003. Journal officiel, n°299 du 24 décembre 2002, page 21482.

(3)LOI n°2006-1640 du 21décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Journal officiel, n°296 du 22 décembre 2006, page 19395.

(4)MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le Code de Santé Publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

Journal officiel, n°214 du 16 septembre 2003, page 15863.

(5)MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE.

Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de Déontologie Médicale.

Titre Ier Devoirs généraux des médecins. Titre II Devoirs envers les patients.

Journal officiel, n°209 du 8 septembre 1995, page 13305.

(6)LOI n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

Journal officiel, « Lois et décrets » du 07 janvier 1986, page 327.

(7)HUMBERT J-M.

Le triage des appels téléphoniques de SOS Médecins Meurthe et Moselle par le centre d'appel Médi'Call Center.- 202 p.

Th : Med. : Nancy I : 2007.

(8)MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

Décret 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.

Journal officiel, « Lois et décrets » du 01 décembre 1987, page 13997.

(9)NAU J-Y.

La grève des généralistes provoque l'engorgement des services d'urgence.

Le Monde, 01 janvier 2002, [en ligne].

Disponible sur : www.lemonde.fr

(10)MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

Décret 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au Service d'Aide Médicale Urgente appelées SAMU.

Journal officiel, « Lois et décrets » du 17 décembre 1987, page 14693.

(11)FENINA A., GEFFROY Y., DUEE M.

Les comptes nationaux de la santé en 2007.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2007, [en ligne].

Disponible sur : www.santé.gouv.fr

(12)SEGUIN P.

Synthèse du rapport public annuel de la cour des comptes.

Les urgences médicales : constats et évolution récente, février 2007, [en ligne].

Disponible sur : www.ccomptes.fr

(13)MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

Circulaire n°195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, [en ligne].

Disponible sur : www.santé.gouv.fr

(14)LANGLOIS J.

La démographie médicale future. Mesures proposées par l'ordre des médecins.

Conseil National de l'Ordre des Médecins, décembre 2001, [en ligne].

Disponible sur : www.conseil-national.medecin.fr

(15)LUCAS J.

L'exercice médical face à la permanence des soins.

Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2001, [en ligne].

Disponible sur : www.conseil-national.medecin.fr

(16)FALTOT C.

Le médecin généraliste face à la permanence des soins et aux urgences en 2001. Le vécu de 142 omnipraticiens en Meurthe-et-Moselle.- 187 p.

Th : Méd. : Nancy I : 2002.

(17)Article L162-5-14 du Code de la Sécurité Sociale relatif aux modes de rémunération autre que le paiement à l'acte de la participation des médecins au dispositif de permanence des soins.

In : Code de la Sécurité Sociale (Partie Législative), [en ligne].

Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr

(18)MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant sur le Code de Déontologie Médicale.

Journal Officiel, n°214 du 16 septembre 2003, page 15864.

(19)MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE.

Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le Code de Santé Publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

Journal Officiel, n°82 du 8 avril 2005, page 6345.

(20)Article L.6313-1 du Code de la Santé Publique

In : Code de la Santé Publique (Nouvelle partie législative) Sixième partie : Etablissements et services de santé - Livre 3 : Aide médicale urgente et transports sanitaires - Titre unique - Chapitre 3 : Comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.

(21)MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en ambulatoire.

Journal officiel, du 27 décembre 2003.

(22)MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

Circulaire DHOS/O1 n°587-2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire, [en ligne].

Disponible sur : www.santé.gouv.fr

(23)ORDRE NATIONAL DES MEDECINS.

Bulletin du 4 avril 2005, [en ligne].

Disponible sur : www.bulletin.conseil-national-medecins.fr

(24)Article 223-6 du Code Pénal

In : Code Pénal, Partie Législative, Chapitre III, De la mise en danger de la vie d'autrui.

(25)COURGEON B.

Médecin de garde et obligation de moyens.

Urgence pratique, [en ligne].

Disponible sur : www.urgence-pratique.com

(26)LUCAS J., JORNET F.

Responsabilité des médecins de garde ou d'astreinte, analyse juridique et déontologique.

Rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2001.

(27)FERRARI I.

Le médecin devant le juge pénal.

Rapport de la Cour de Cassation, 1999, [en ligne].

Disponible sur : www.courdecassation.fr

(28)INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES.

Rapport n°2006-029 sur l'évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire, [en ligne].

La documentation française, 2006.

(29)LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Journal officiel, n°190 du 17 août 2004, page 14598.

(30)Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de Santé Publique.

Journal officiel, n°119 du 03 mai 2006, page 753.

(31)MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

Circulaire DHOS/01 du 10 octobre 2006 relative au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire – Organisation de la régulation des appels de la permanence des soins et couverture assurancielle des médecins libéraux au sein des SAMU, [en ligne].

Disponible sur : www.santé.gouv.fr

(32)MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.

Décret 2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), [en ligne].

Disponible sur : www.santé.gouv.fr

(33)GRALL J-Y.

Rapport : Mission de médiation et propositions d'adaptation de la Permanence des Soins, remis à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, août 2007, [en ligne].

Disponible sur : www.santé.gouv.fr

(34)Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Journal officiel, n°296 du 21 décembre 2007, page 20603.

(35)MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE LA SANTE ET DES SPORTS.

Arrêté du 21 décembre 2007 portant approbation de l'avenant n°27 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, du 27 décembre 2007, texte 45 sur 162.

(36)LARCHER G.

Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, du 10 avril 2008, [en ligne].

Disponible sur : www.santé.gouv.fr

(37)CORIAT P.

Rapport sur la création du conseil national de l'urgence et de la permanence des soins, du 5 juin 2008, [en ligne].

Disponible sur : www.santé.gouv.fr

(38)BOËNNEC P.

Rapport d'information fait au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins, octobre 2008.

(39)RITTER P.

Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS) présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, janvier 2008, [en ligne].

Disponible sur : www.santé.gouv.fr

(40)BUR Y.

Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion sur les travaux de la mission sur les agences régionales de santé. Enregistré à la présidence de l'assemblée nationale, le 6 février 2008, n°697.

(41)ORDRE NATIONAL DES MEDECINS.

Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la Permanence des Soins en janvier 2008, [en ligne].

Disponible sur : www.conseil-national.medecins.fr

(42)MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE.

Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n°1, n°3 et n°4 à la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, du 1^{er} juin 2005, texte 29 sur 284.

(43)CHODOSAS M.

Etude de l'organisation des différents système d'urgence dans cinq pays européens : la France, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Portugal.

Th : Med. : Paris 7 Lariboisière :2002.

(44)REIX A.

Etude de l'organisation des différents système d'urgence dans six pays européens : la France, le Royaume-Uni, la Belgique, la Suède, la Finlande et la Norvège.

Th : Med. : Paris 5 Cochin : 2002.

(45)CONSEIL GENERAL DE MEURTHE-ET-MOSELLE.

Le département, [en ligne].

Disponible sur : www.cg54.fr

(46)SICART D.

Projections médecins 2002-2020.

Etudes et résultats, DRESS, 2002, n°30, 147p.

(47)URCAM .

La population protégée au 31 décembre 2004, [en ligne].

Disponible sur : www.lorraine.assurance-maladie.fr

(48)Statuts de l'association Médigarde 54.

Séminaire de formation des médecins régulateurs, Nancy, 2004.

(49)DDASS DE MEURTHE-ET-MOSELLE.

Premiers éléments pour un cahier des charges départemental fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire en Meurthe-et-Moselle. 2004.

(50)MEDI'CALL CENTER.

Présentation, [en ligne].

Disponible sur : www.medicalconept.net

(51)COMMUNAUTE URBAINE DU GRAND NANCY.

Le Grand Nancy. Les villes de l'agglomération nancéienne, [en ligne].

Disponible sur : www.grand-nancy.org

(52)COMMUNAUTE DE COMMUNES DES PAYS DU SEL ET DU VERMOIS.

Historique, [en ligne].

Disponible sur : www.cc-seletvermois.fr

(53)ARCHAMBAULT V.

Mise en place d'un centre de régulation des appels de médecine générale en Meurthe-et-Moselle. – 161p.

Th : Med. : Nancy I : 2005.

(54)SAMU 54.

Mise en place de la régulation des appels de la médecine libérale dans les locaux du CRRA du SAMU 54, 2005, [en ligne].

Disponible sur : www.samu54.fr

(55)SAMU 54.

Les rôles et missions des PARM, [en ligne].

Disponible sur : www.samu54.fr

(56)SAMU 54.

Site officiel, [en ligne].

Disponible sur : www.samu54.fr

(57)MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS.

Centre 15 : Organisation et outils du triage au niveau des centres d'appel, décembre 2006, [en ligne].

Disponible sur : www.meah.sante.gouv.fr

(58)LIBOT L.

L'UPATOU Gentilly de Nancy. Service d'urgences privé – Médipôle Gentilly, juin 2007, [en ligne].

Disponible sur : www.colmu.net

(59)GOUYON M., LABARTHE G.

Les recours urgents et non programmés en médecine générale.

Etudes et résultats, DRESS, mars 2006, n°471, 8p.

(60)LASCAR M.

J'ai crée SOS Médecins.

Impact Médecin, 1994.

(61)SOS MEDECINS France.

Présentation de l'association, [en ligne].

Disponible sur : www.sosmedecin-france.fr

(62)SAMU DE FRANCE – SOS MEDECINS FRANCE
Convention de partenariat, Paris, 17 septembre 2005, [en ligne].
Disponible sur : www.samu-de-france.fr

(63)INVS.
L'INVS et SOS Médecins s'associent afin de renforcer le système national de surveillance des données d'urgence, communiqué de presse du 20 décembre 2005, [en ligne].
Disponible sur : www.invs.sante.fr

(64)Sentinelles 98, Propositions pour le monitoring des risques sanitaires lors des grands rassemblements sportifs nationaux.
Le quotidien du Médecin, 24 septembre 1998, n°6343.

(65)GROG.ORG
Réseau des GROG 2004-2005, [en ligne].
Disponible sur : www.grog.org

(66)COLLET M., GOUYON M.
Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale.
Etudes et résultats, DRESS, novembre 2007, n°607, 8p.

(67)GOUYON M.
Les recours aux médecins urgentistes de ville.
Etudes et résultats, DRESS, avril 2006, n°480, 8p.

(68)COLLET M., GOUYON M.
Recours urgents et non programmés à la médecine de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles.
Etudes et résultats, DRESS, février 2008, n°625, 8p.

(69)CARRASCO V.
L'activité des services d'urgences en 2004.
Etudes et résultats, DRESS, septembre 2006, n°524, 8p.

(70)BRUN P.
Les urgences : point de vue de l'utilisateur.
ADSP, septembre 2005, 52, 58-59.

(71)BRAUN F.
La lisibilité de l'offre pour l'utilisateur.
ADSP, septembre 2005, 52, 45-46.

(72)LAVY L.

La permanence des soins en médecine ambulatoire.
ADSP, septembre 2005, 52, 41-42.

(73)COLOMBIER G.

Commission parlementaire sur les urgences, Rapport Colombier, [en ligne].
Disponible sur : www.aduhp.com

(74)SAINT-ROMAN H.

Le financement des maisons médicales de garde.
Le quotidien du Médecin, 5 avril 2006.

(75)GRALL J-Y.

Les maisons médicales de garde, rapport remis à Mr X.BERTRAND, Ministre de la Santé et des Solidarités, juillet 2006.

(76)SAINT-ROMAN H.

La fédération des maisons médicales de garde en congrès à Lyon.
Le quotidien du Médecin, 3 novembre 2005.

(77)CABRERA D.

Urgences : il faut rendre complémentaire l'hôpital et le monde libéral.
Le quotidien du Médecin, 16 décembre 1999.

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des secteurs de Permanence des Soins du département de Meurthe-et-Moselle

- Secteur de Nancy
- Secteur de Champigneulles/Bouxières/Lay-Saint-Christophe
- Secteur de Champenoux
- Secteur de Neuves-Maisons
- Secteur de Vézelize
- Secteur de Haroué
- Secteur de Diarville
- Secteur de Saint-Nicolas-de-Port/Rosières-aux-Salines/ Dombasle-sur-Meurthe
- Secteur de Lunéville/Bénaménil/Ogéviller/Saint-Clément
- Secteur de Einville-au-Jard
- Secteur de Blainville-sur-l'eau
- Secteur de Baccarat
- Secteur de Blamont-Avrécourt
- Secteur de Cirey-Badonviller
- Secteur de Gerbeviller
- Secteur de Bayon
- Secteur de Toul
- Secteur de Pont-à-Mousson
- Secteur de Pompey/Frouard/Custines
- Secteur de Nomeny/Leyr
- Secteur de Dieulouard/Marbach
- Secteur de Thiaucourt
- Secteur de Pagny-sur-Moselle
- Secteur de Liverdun
- Secteur de Joeuf/Briey
- Secteur de Mancieulles /Piennes
- Secteur de Jarny/Mars-la-Tour
- Secteur de Longwy/Pierrepont
- Secteur de Longuyon
- Secteur de Villerupt

Annexe 2 : Liste des communes de la CUGN et de la Communauté des Communes du Sel et Vermois

- **Communes composant la CUGN**

- Art-sur-Meurthe
- Dommartemont
- Essey-lès-Nancy
- Fléville-devant-Nancy
- Heillecourt
- Houdemont
- Jarville-la-Malgrange
- Laneuveville-devant-Nancy
- Laxou
- Ludres
- Malzéville
- Maxéville
- Nancy
- Pulnoy
- Saint-Max
- Saulxures-lès-Nancy
- Seichamps
- Tomblaine
- Vandoeuvre-lès-Nancy
- Villers-lès-Nancy

- **Communes composant la Communauté des Communes du Sel et Vermois**

- Azelot
- Burthecourt-aux-Chênes
- Coyviller
- Dombasle-Sur-Meurthe
- Hudiviller
- Manoncourt-en-Vermois
- Rosières-aux-Salines
- Saint-Nicolas-de-Port
- Sommerviller
- Varangéville

Vous êtes malade...

**NUIT / WEEK-END
JOURS FÉRIÉS**

ayez les bons réflexes



Votre cas
relève de la
médecine
générale

**APPELEZ
MEDIGARDE**
0 820 33 20 20*

• LE SOIR :
lundi au vendredi
de 20h à 8h

• LE WEEK-END :
samedi 12h
au lundi 8h

• LES JOURS FÉRIÉS



Votre cas
relève des
urgences
vitales
(vie en danger,
blessures graves...)

**APPELEZ LE SAMU
EN URGENCE ! 15**

• 24h/24h

*Chaque fois que c'est possible,
le plus simple est de consulter
votre médecin traitant dans la journée.
Évitez d'attendre l'aggravation des symptômes
pour ne pas avoir à vous faire soigner la nuit ou le week-end.*

© Médigarde Lorraine 2011

INDISPENSABLE !
La carte-mémo Médigarde Lorraine,
demandez-la à votre médecin traitant.



RAPPEL DES SERVICES D'URGENCE 24h/24h

- Samu 15
- Police 17
- Pompiers 18
- Appel d'urgence européen 112
- Centre anti-poisons de Nancy 03 83 32 36 36

► www.medigarde.fr



Besoin d'aide médicale ?



0 820 33 20 20*
un centre de régulation médicale

* Médigarde Lorraine 2011

MEDIGARDE, mode d'emploi...

POUR VOUS, LES MÉDECINS DE LORRAINE ONT MIS EN PLACE UN CENTRE DE RÉGULATION MÉDICALE.
EN FAIRE UN BON USAGE, C'EST GARANTIR LA CONTINUITÉ ET L'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS.



1 ► ACCUEIL

Un personnel spécialisé prendra votre appel.
Communiquez-lui vos coordonnées :

- nom et prénom du malade
- adresse, numéro de porte, étage, ville
- n° de téléphone

PRENEZ SOIN DE PRÉPARER VOTRE APPEL
► LES RÉPONSES SERONT PLUS RAPIDES



2 ► UN MÉDECIN-RÉGULATEUR

Vous serez en relation avec un médecin-régulateur généraliste.
Les renseignements que vous lui fournirez seront utiles à un premier diagnostic :

- symptômes, début et fréquence,
- répondez le plus précisément possible aux questions qui vous seront posées,
- et n'hésitez pas à faire part de vos inquiétudes.

3 ► UNE SOLUTION ADAPTÉE À VOTRE CAS

En accord avec vous, le médecin-régulateur déterminera le degré d'urgence.

Il prendra les mesures nécessaires :



un conseil médical
en attendant l'ouverture du cabinet médical de votre médecin traitant



le déplacement du patient
au cabinet du médecin de garde



la visite du médecin de garde auprès du malade



l'orientation vers un service d'urgence :
ambulance, samu...

Annexe 4 : Classification clinique des malades des urgences (CCMU)

Classe	Définition	Exemples
I	Etat clinique jugé stable Pas de décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique au service d'urgence	✓ Angine, pharyngite ✓ Algie dentaire ✓ TC sans PC et sans déficit neurologique ✓ Lumbago
II	Etat clinique jugé stable Décision d'actes complémentaires diagnostiques et thérapeutiques au service d'urgence	✓ Douleur intense nécessitant un traitement immédiat aux urgences ✓ Plaie superficielle à suturer ✓ Fractures ouvertes ou fermées sans complication vasculo-nerveuse ✓ Broncho-pneumopathie sans retentissement fonctionnel
III	Etat clinique jugé susceptible de s'aggraver au service d'urgence sans mise en jeu du pronostic vital	✓ Fracture avec complication neurologique ✓ Angor instable ✓ Pneumopathie hypoxémiante sans détresse respiratoire aiguë ✓ Suspicion d'embolie pulmonaire avec dyspnée sans défaillance circulatoire
IV	Pronostic vital jugé engagé et prise en charge ne comportant pas de geste de réanimation destiné à préserver le pronostic vital immédiat	✓ Infarctus de myocarde ✓ Défaillance circulatoire ou respiratoire avec dyspnée (OAP, embolie pulmonaire, pneumopathie grave) sans indication immédiate d'assistance ventilatoire ✓ Accident vasculaire cérébral
V	Pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant des gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat	✓ Défaillance respiratoire aiguë nécessitant une assistance ventilatoire immédiate ✓ Défaillance circulatoire, troubles du rythme ventriculaire, arrêt cardiaque, nécrose myocardique massive ✓ Coma traumatique avec Glasgow < 7

Annexe 5 : Les différents secteurs d'intervention de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle

	Superficie (km2)	Nombre d'habitants	Horaires d'intervention
CUGN	171	266000	24h/24
Secteur de Saint-Nicolas-de-Port/ Dombasle	173	29531	24h/24
Communes Annexes	169	45816	PDS
Secteur de Toul	732	50100	PDS
Secteur de Blainville-sur-l'eau/ Damelevières	92	9361	PDS
Secteur de Thiaucourt	307	10210	PDS
Secteur de Lunéville	235	29564	PDS
Couverture totale de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle	1879	440582	---
Département de Meurthe-et-Moselle	5246	722259	---

- **Les zones d'intervention 24h/24** : les visites sont attribuées au médecin suite à l'appel du Standard de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle.
- **Les zones d'intervention en PDS uniquement** : sur appel régulé par le centre 15, à raison d'un seul médecin SOS dépêché à la fois.
- **Zones d'intervention pour l'HADAN** : 24h/24 à la demande des médecins de l'HADAN, dans le triangle Toul/Pont-à-Mousson/Lunéville
- **Etablissements EHPAD des secteurs de Pompey/Lay-Saint-Christophe/ Neuves-Maisons** liés par convention, couverts 24h/24. **Convention également avec la Police.**

Annexe 6 : Courrier et questionnaire adressés aux sondés

Le 21 janvier 2008

Madame, Monsieur,

Nous réalisons une enquête d'opinion sur une partie de la population de la Communauté Urbaine du Grand Nancy et sur la Communauté des Communes du Sel et Vermois (Saint Nicolas de Port- Dombasle sur Meurthe) concernant l'organisation de la permanence des soins.

Qu'est ce que la permanence des soins ? C'est une organisation mise en place par les médecins libéraux et hospitaliers, pour répondre à un problème médical que vous jugeriez urgent : de la fièvre, une toux, des vomissements, une douleur, un malaise, une difficulté à respirer...arrivant la nuit, le week-end ou en l'absence de votre médecin traitant.

Nous souhaiterions savoir comment vous réagiriez dans une telle situation, si vous connaissez les différents intervenants assurant la permanence des soins sur votre commune et ce que vous en pensez.

Ce questionnaire, anonyme, ne vous prendra que 5 minutes. Il fera l'objet par la suite d'un travail de thèse. Votre participation est importante pour que cette enquête soit la plus représentative possible.

Vous trouverez dans ce courrier une enveloppe affranchie pour le retour de votre questionnaire, merci de répondre avant le 4 février 2008.

Vous remerciant de votre participation veuillez recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Estelle POISSY
Médecin généraliste remplaçant.

Opinion de la population sur la permanence des soins

- **Votre âge :** / _ / _ (années)
- **Votre sexe :** ☐ Homme ☐ Femme
- **Quel est votre niveau d'étude ? (une seule réponse possible)**

☐ Pas de diplôme	☐ BAC
☐ Brevet	☐ BAC+2
☐ CAP	☐ > BAC+2
- **Quelle est votre activité ? (une seule réponse possible)**

☐ Etudiant	☐ Sans emploi
☐ Actif : Salarié ☐ ou Libéral ☐	☐ Retraité
- **Quelle est votre ville de résidence ?** / _____ /
- **Combien de personnes occupent votre foyer ?** / _ / _
- **Avez-vous des enfants ?** ☐ Oui ☐ Non
Si oui, combien ? / _ / _
De quel âge ? (en mois ou années, barrer la mention inutile)

Enfant n°1 / _ / _ mois-ans	Enfant n°4 / _ / _ mois-ans
Enfant n°2 / _ / _ mois-ans	Enfant n°5 / _ / _ mois-ans
Enfant n°3 / _ / _ mois-ans	Enfant n°6 / _ / _ mois-ans
- **Avez-vous un médecin traitant ?** ☐ Oui ☐ Non
- **Avez-vous une couverture sociale, si oui laquelle ? (une seule réponse possible)**

☐ Aucune	☐ Sécurité sociale + Mutuelle
☐ Sécurité sociale seule	☐ CMU +/- complémentaire

Question n°1 : Vous est-il arrivé depuis le 1^{er} janvier 2006 d'être confronté à un problème médical urgent (nécessitant un avis médical que vous jugiez rapide, la semaine, le week-end ou la nuit) pour vous-même ou l'un de vos proches ?

- ☐ Oui
☐ Non (si réponse non, passer directement à la question n°10)

♦ *Concernant le dernier problème médical urgent que vous avez rencontré :*

Question n°2 : *Qui fut concerné par ce problème médical urgent ? (plusieurs réponses possibles)*

- ♦ *Vous-même* ☐ Oui ☐ Non
 ♦ *Vos enfants* ☐ Oui ☐ Non
 ♦ *Autre (Précisez) :* / _____ /

Question n°3 : Quel fut le premier numéro que vous avez composé ? (une seule réponse possible)

- | | |
|--|---|
| ☐ Médecin traitant | ☐ 18 Pompiers |
| ☐ Médigarde (entretien téléphonique avec un médecin régulateur généraliste) | ☐ 17 Police |
| ☐ 15 SAMU | ☐ Les renseignements |
| ☐ SOS Médecins | ☐ Ne se rappelle plus |
| ☐ Autre (Précisez) : / _____ | ☐ Aucun, vous vous êtes rendu directement aux urgences |

Question n°4 : Qui vous a initialement pris-en charge ? (une seule réponse possible)

- | | |
|---|--|
| ☐ Médecin traitant | ☐ SOS Médecins |
| ☐ Médecin de garde | ☐ Pompiers |
| ☐ SAMU | ☐ Un médecin des urgences |
| ☐ Autre (Précisez) : / _____ | |

Question n°5 : Où s'est initialement effectuée cette prise en charge ? (une seule réponse possible)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Cabinet de votre médecin traitant | ☐ Domicile |
| ☐ Autre (Précisez) : / _____ | ☐ Aux urgences |

Question n°6 : Qu'avez-vous pensé du délai d'attente avant votre prise en charge ? (une seule réponse possible)

- | | |
|--|---|
| ☐ Très satisfaisant | ☐ Peu satisfaisant |
| ☐ Satisfaisant | ☐ Pas satisfaisant |

Question n°7 : Qu'avez-vous pensé de la prise en charge (diagnostic, prescription...) ? (une seule réponse possible)

- | | |
|---|--|
| ☐ Très satisfaisante | ☐ Peu satisfaisante |
| ☐ Satisfaisante | ☐ Pas satisfaisante |

Question n°8 : Qu'avez-vous pensé du prix de la consultation ? (une seule réponse possible)

- | | |
|--|--|
| ☐ Très satisfaisant | ☐ Pas satisfaisant |
| ☐ Satisfaisant | ☐ Pas d'avance de frais |
| ☐ Peu satisfaisant | |

Question n°9 : Quelle décision finale a été prise ? (plusieurs réponses possibles)

- Resté à domicile avec prescription d'un traitement ☐ Oui ☐ Non
- Examens complémentaires à réaliser à distance ☐ Oui ☐ Non
- Reconsulter son médecin traitant ultérieurement ☐ Oui ☐ Non
- Hospitalisation en urgence ☐ Oui ☐ Non
- Autre (Précisez) : / _____

Question n°10 : Votre médecin traitant accepterait-il de vous prendre sans rendez-vous si vous le jugiez nécessaire ?

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|

Question n°11 : Votre médecin traitant accepterait-il de se déplacer à votre domicile si vous le jugiez nécessaire ?

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|



Question n°12 : Qui appelleriez-vous la journée en semaine si vous ou l'un de vos proches présentait un problème médical urgent ? (une seule réponse possible)

- | | |
|---|---|
| ☐ Médecin traitant | ☐ Pompiers |
| ☐ SAMU | ☐ Personne, vous iriez |
| ☐ SOS Médecins | directement aux urgences |
| ☐ Autre (Précisez) : / | / |

Question n°13 : Et si cela arrivait le week-end ou la nuit ? (une seule réponse possible)

- | | |
|---|---|
| ☐ Médecin traitant | ☐ Personne, vous iriez |
| ☐ Médigarde | directement aux urgences |
| ☐ SAMU | ☐ Personne, vous iriez |
| ☐ SOS Médecins | directement aux Bains |
| ☐ Pompiers | Douches |
| ☐ Autre (Précisez) : / | / |

Question n°14 : Pendant les heures de fermeture du cabinet médical de votre médecin trouvez-vous qu'il soit facile de consulter un autre médecin ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Oui | ☐ Non |
|------------------------------|------------------------------|

♦ **A propos des différentes structures assurant la permanence des soins :**

Question n°15 : SOS Médecins

♦ **N°15 -1 Connaissez-vous SOS Médecins ?**

- | | |
|------------------------------|--|
| ☐ Oui | ☐ Non (si réponse non, passer à la question n°16) |
|------------------------------|--|

♦ **N°15-2 Avez-vous déjà eu recours à SOS Médecins ?**

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Oui | ☐ Non |
|------------------------------|------------------------------|

♦ **Si oui pourquoi avez-vous fait appel à SOS Médecins ? (plusieurs réponses possibles)**

- Cabinet de votre médecin traitant fermé ☐ Oui ☐ Non
- Votre médecin traitant ne pouvait pas vous recevoir rapidement ☐ Oui ☐ Non
- Uniquement les week-end, jours fériés et nuit ☐ Oui ☐ Non
- Pour la compétence des médecins ☐ Oui ☐ Non
- Pour la rapidité d'intervention ☐ Oui ☐ Non
- Pour ne pas avoir à vous déplacer au cabinet médical ☐ Oui ☐ Non
- Sur les conseils d'un autre médecin (régulateur ou traitant) ☐ Oui ☐ Non

♦ **Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)**

- Je connais cette structure mais je n'en ai jamais eu besoin ☐ Oui ☐ Non
- Je ne connais pas le numéro de téléphone de cette structure ☐ Oui ☐ Non
- Je n'ai pas confiance en cette structure ☐ Oui ☐ Non
- Le prix de la visite est trop élevé ☐ Oui ☐ Non
- Je préfère me rendre aux urgences ☐ Oui ☐ Non
- Je préfère me rendre à la maison médicale des Bains Douches ☐ Oui ☐ Non
- Autre (Précisez) : /

♦ **N°15-3 Referiez-vous appel à SOS Médecins ?**

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|

Question n°16 : Maison médicale les Bains Douches

♦**N°16-1** Connaissez-vous la maison médicale les Bains Douches rue Saint Nicolas à NANCY ?

☐ Oui ☐ Non (si réponse non, passer à la question n°17)

♦**N°16-2** Avez-vous déjà eu recours à la maison médicale des Bains Douches ?

☐ Oui ☐ Non

♦**Si oui, pourquoi avez-vous consulté dans cette maison médicale ? (plusieurs réponses possibles)**

- Cabinet de votre médecin traitant fermé ☐ Oui ☐ Non
- Votre médecin traitant ne pouvait pas vous recevoir rapidement ☐ Oui ☐ Non
- Uniquement les week-end, jours fériés et nuit ☐ Oui ☐ Non
- Pour la compétence des médecins ☐ Oui ☐ Non
- Pour la possibilité de consulter sans rendez-vous ☐ Oui ☐ Non
- Sur les conseils d'un autre médecin (régulateur ou traitant) ☐ Oui ☐ Non

♦**Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)**

- Je connais cette structure mais je n'en ai jamais eu besoin ☐ Oui ☐ Non
- Je ne connais pas l'adresse de cette structure ☐ Oui ☐ Non
- Je n'ai pas confiance en cette structure ☐ Oui ☐ Non
- Le prix de la consultation est trop élevé ☐ Oui ☐ Non
- Je n'ai pas de moyens de locomotion ☐ Oui ☐ Non
- Je préfère me rendre aux urgences ☐ Oui ☐ Non
- Je préfère appeler SOS Médecins ☐ Oui ☐ Non
- Autre (Précisez):/ _____ /

♦**N°16-3** Consulteriez-vous à nouveau aux Bains Douches ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Ne sais pas

Question n°17 : Les urgences

♦**Avez-vous déjà eu recours au service des urgences ?**

☐ Oui ☐ Non (si réponse non, passer à la question n°18)

♦**Si oui, pour quelles raisons avez-vous consulté aux urgences plutôt que votre médecin traitant, SOS Médecins ou Les Bains Douches ? (plusieurs réponses possibles)**

- Cabinet de votre médecin traitant fermé ☐ Oui ☐ Non
- Votre médecin traitant ne pouvait pas vous recevoir rapidement ☐ Oui ☐ Non
- Uniquement les week-end, jours fériés et nuit ☐ Oui ☐ Non
- Pour la compétence des médecins ☐ Oui ☐ Non
- Pour la possibilité de consulter sans rendez-vous ☐ Oui ☐ Non
- Sur les conseils d'un autre médecin (régulateur ou traitant) ☐ Oui ☐ Non
- Pour les examens complémentaires réalisés rapidement ☐ Oui ☐ Non
- Pour ne pas avancer les frais médicaux ☐ Oui ☐ Non
- Pour recevoir un traitement rapidement ☐ Oui ☐ Non
- Vous avez été hospitalisé en urgence ☐ Oui ☐ Non

Question n°18 : Médigarde

♦**Connaissez-vous Médigarde (entretien téléphonique avec un médecin régulateur généraliste) ?**

☐ Oui

☐ Non

♦**Avez-vous déjà eu recours à Médigarde ?**

☐ Oui

☐ Non

♦**Avez-vous été satisfait de la prise en charge proposée ?**

☐ Oui

☐ Non

VU

NANCY, le 15 octobre 2008

Le Président de Thèse

Professeur P.E. BOLLAERT

NANCY, le 31 octobre 2008

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 7 novembre 2008

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

Jusqu'en 2001 les gardes de médecine de ville, lors de la Permanence des Soins étaient organisées de manière très variable selon les départements. Le mouvement de grève des généralistes de 2001 a contribué à alerter les pouvoirs publics. Depuis sur le plan législatif différents textes jalonnent la réorganisation de la PDS. Aujourd'hui, c'est une organisation conjointe et coordonnée de tous les acteurs qui seule peut garantir une meilleure prise en charge des soins non programmés.

Nous avons réalisé une enquête sur l'attitude de la population confrontée à un problème médical urgent dans le secteur SOS Médecins Meurthe-et-Moselle. Il s'agit d'une étude prospective concernant 500 sujets choisis au hasard de liste de patients de cabinets médicaux de la CUGN et de la Communauté des Communes du Sel et Vermois. L'étude s'est déroulée entre janvier et avril 2008. Nous avons obtenus 255 réponses. Nous avons analysé leur profil, leur attitude lorsqu'ils étaient confrontés à un problème médical urgent, leur opinion sur l'organisation de la PDS et leur connaissance des différents acteurs de la PDS sur le secteur.

Notre étude montre que le médecin traitant reste l'intervenant privilégié, la pierre angulaire du système de soins. En son absence le centre 15 et les urgences sont très fortement sollicités. Nous avons également démontré une place importante de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle sur le secteur, ainsi qu'un apport essentiel de cette structure dans l'offre de soins et de collaboration avec les autres acteurs. La maison médicale des Bains Douches et Médigarde semblent moins connus du grand public. Il s'agit de structures plus récentes, il faut probablement laisser un peu de temps aux usagers pour qu'elles rentrent dans leurs habitudes de soins.

A partir de ces constatations, nous avons essayé d'apporter des éléments de réflexion sur l'organisation de la prise en charge des demandes de soins non programmés et les améliorations envisageables du système actuel.

TITRE EN ANGLAIS

Evaluation of all public duty care in SOS Médecins Meurthe-et-Moselle's area
(About 255 cases).

THESE: MEDECINE GENERALE - ANNEE 2008

MOTS CLEFS : Permanence des soins- Demande de soins non programmés – Régulation médicale – Urgences – Médecine générale – SOS Médecins

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX