

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 14 juin 2017 à Poitiers
par **Monsieur Thomas VRIGNAUD**

Devenir des patients ayant bénéficié d'un conseil médical en nuit profonde par
la régulation de médecine libérale
Etude rétrospective de janvier à avril 2016 au sein du SAMU centre 15 du
CHU de Poitiers

Composition du Jury

Président :

Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres :

Madame le Professeur Virginie MIGEOT

Monsieur le Professeur Bertrand DEBAENE

Monsieur le Docteur Alain BAUDIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Emmanuel BLOTTIAUX



LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, gônécologie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMÓZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphane
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiolthérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino-Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A notre Président de jury,
Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse ;
Nous vous remercions pour vos précieux conseils ;
Nous vous exprimons notre gratitude et notre plus profond respect.

A Madame le Professeur Virginie MIGEOT,

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury ;
Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse admiration.

A Monsieur le Professeur Bertrand DEBAENE,

Nous vous sommes profondément reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail ;

Soyez assuré de toute notre gratitude et de notre haute considération.

A Monsieur le Docteur Alain BAUDIER,

Vous avez répondu en grand nombre à notre sollicitation ;
Soyez ici remercié de votre participation à ce travail.

A notre Directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Emmanuel BLOTTIAUX,

Tu as initié puis accompagné ce projet avec une grande attention ;
Ton soutien a été précieux ;
Je te prie de trouver ici mes sincères remerciements et la marque de mon
profond respect.

Aux chefs du service SAMU-Centre 15,

Vous avez pris part à notre travail de manière toute naturelle ;
Nous vous exprimons notre profonde gratitude.

A tous mes amis,

Pour leur soutien.

A Laure-Eva,

Pour son dévouement et ses connaissances.

A ma soeur Audrey,

Tu me montres la voie.
Merci pour ton réconfort.

A mes parents,

Pour les sacrifices faits pour moi.
Pour votre patience, et votre amour.

A Fanny,

Pour ton amour, ta patience et ta disponibilité.

PLAN

REMERCIEMENTS	4
PLAN	10
GLOSSAIRE	12
1 INTRODUCTION	13
2 RAPPELS	14
2.1 Définitions	14
2.2 Le fonctionnement de la PDSA	15
2.2.1 Le tableau de garde	15
2.2.2 La régulation médicale libérale	15
2.2.3 La sectorisation	24
2.2.4 Historique, financement et limites de la PDSA	25
2.2.5 La PDSA et la régulation médicale dans la Vienne (86)	25
2.2.6 Le cadre juridique	26
2.2.7 Les recommandations sur le suivi des patients après une régulation médicale	27
3 PRÉ-ÉTUDE	29
4 MATERIELS ET METHODES	30
4.1 Type d'étude	30
4.2 Objectif de l'étude	30
4.3 Population étudiée	30
4.3.1 Critères d'inclusion	30
4.3.2 Critères d'exclusion	31
4.3.3 La période d'étude	31
4.4 Recueil de données	31
4.4.1 Les différents types de conseils donnés par la médecine libérale	32
5 RESULTATS	33
5.1 Généralités	33
5.2 Caractéristiques des appelants	33
5.2.1 Composition échantillon	33
5.2.2 Description de la population	33
5.2.3 Procédure de rappel	34
5.3 Motifs d'appel	34
5.4 Les conseils médicaux	35
	10

5.4.1	Décisions	35
5.4.2	Evolution clinique du patient	36
5.5	Critères de satisfaction	36
5.6	Décision lors du rappel	37
5.7	Décision des patients	37
6	Discussion	39
6.1	Les perdus de vue	39
6.2	La population de l'étude	39
6.3	Evolution clinique	39
6.3.1	Evolution favorable	39
6.3.2	Evolution défavorable	40
6.4	La prescription médicamenteuse téléphonique	41
6.5	Le taux de satisfaction	41
6.6	La procédure de rappel	42
6.7	Le numéro unique	42
7	CONCLUSION	44
8	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
9	ANNEXES	48
9.1	Annexe 1 : Les principaux textes législatifs régissant la permanence des soins	48
9.2	Annexe 2 : Historique de la PDSA en France	61
9.3	Annexe 3 : La PDSA et la démographie médicale	66
9.4	Annexe 4 : Financement de la permanence des soins ambulatoires	67
9.5	Annexe 5 : Sectorisation de la PDSA dans la Vienne	69
9.6	Annexe 6 : Feuille de rappel initiale	70
9.7	Annexe 7 : Feuille de rappel adaptée après pré-étude.	71
9.8	Annexe 8 : Les cas d'évolution défavorable	72
9.9	Annexe 9 : Proposition de protocole de rappel des patients après conseil de la régulation médicale en nuit profonde	76
10	RESUME	78
11	SERMENT	79

GLOSSAIRE

PDS = Permanence Des Soins

PDSA = Permanence Des Soins Ambulatoires

HAS = Haute Autorité de Santé

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

AMU = Aide Médicale d'Urgence

CODAMUPS-TS = Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires

ARS = Agence Régionale de Santé

CDOM = Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

SAMU = Service d'Aide Médicale d'Urgence

MR = Médecin Régulateur

ARM = Assistant de régulation médicale

DRM = Le Dossier de Régulation Médicale

CNIL = Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DU = Diplôme universitaire

DG ARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

CNAMTS = Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNOM = Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPS = Carte Professionnelle de Santé

APPS86 = Association des Praticiens pour la Permanence des Soins de la Vienne

SFMU = Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR = Service Médical d'Urgence Régional

PMT = Prescription Médicamenteuse Téléphonique

CRRA = Centre de Réception et de Régulation des Appels

HPST = Hôpital, Patients, Santé et Territoire

AMPP = Aide Médicale Permanente à la Population

MEAH = Mission d'expertise et d'audit hospitalier

CODAMU = Comité Départementale de l'Aide Médicale Urgente

MRS = Mission Régionale de Santé

URCAM = Union Régional des Caisses d'Assurance Maladie

EGOS = Etats Généraux de l'Organisation de la Santé

INSEE = Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

FIR = Fond d'Intervention régional

AIT = Accident Ischémique Transitoire

VPPB = Vertiges Positionnels Paroxystiques Bénins

1 INTRODUCTION

La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) désigne le dispositif sanitaire qui permet aux citoyens, pour des soins non programmés, de recourir dans des maisons médicales à un praticien lorsque le cabinet du médecin traitant a fermé ses portes.

Ces consultations sont régulées par un médecin libéral au sein du centre 15.

Le suivi des patients ayant bénéficié d'un « simple » conseil sans mise en œuvre de moyens après régulation est recommandé par la haute autorité de santé (HAS) (1).

Cette thèse a pour but d'évaluer le devenir des patients régulés par la médecine libérale au sein du centre 15 du CHU de Poitiers et ayant reçu un conseil médical sans mise en œuvre de moyens, en nuit profonde (00h00-08h00) après la fermeture des maisons médicales.

Les appels en nuit profonde sont à considérer comme des appels plus difficiles à appréhender avec une patientèle particulière.

A cet effet, toutes les personnes ayant reçu un conseil de la part de la régulation libérale en nuit profonde sont rappelées dès le lendemain matin et réévaluées.

L'objectif in fine est de discuter de la pertinence de rendre pérenne un rappel systématique de tous les conseils donnés en nuit profonde.

2 RAPPELS

2.1 Définitions

L'aide médicale d'urgence (AMU) est pour la première fois définie par un décret en 1986. Le rôle des centres de régulation des appels est d'assurer une écoute médicale permanente, afin de déclencher dans le délai le plus rapide la meilleure réponse à la nature de l'appel. L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelques endroits qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.

La PDSA désigne le dispositif sanitaire permettant aux citoyens de recourir à un praticien en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux ou centres de santé. Elle revêt le caractère d'un service public assuré sur la base du volontariat par des médecins libéraux de premiers recours. Elle est la réponse à tout moment à une demande en situation d'urgence réelle ou ressentie présentée par un patient sur un territoire donné.

Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS) à l'échelon du département veille à la qualité de la distribution de l'AMU, à l'organisation de la PDSA et à son ajustement. Son organisation au niveau régional est sous l'autorité de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

La permanence des soins a été définie en 2003 par le sénateur honoraire, Charles Descours. « *La permanence de soins est l'organisation mise en place par les professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmées exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence de médecin traitant* » (2).

Selon l'HAS, la régulation médicale est "un acte médical pratiqué au téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) par un médecin

régulateur”.

L'augmentation constante des demandes de soins non programmés et la diminution de la démographie médicale de premier recours nécessitent de développer, de faciliter et de sécuriser l'activité de régulation médicale. On peut ajouter que la permanence des soins s'applique en tout lieu géographique. De plus l'objectif est bien de réguler la demande, c'est-à-dire d'avoir la gestion la plus raisonnée en termes de coût économique et d'encombrement des salles de consultations des urgences et des cabinets.

2.2 Le fonctionnement de la PDSA

La PDSA s'articule autour de 3 axes principaux : la participation des médecins à la garde sur la base du volontariat, la régulation et la sectorisation.

2.2.1 Le tableau de garde

La participation des médecins au système de gardes doit être effective sur tout le territoire, cependant les modalités d'organisation peuvent être différentes d'un département à l'autre. Elle repose sur le volontariat des médecins libéraux en conformité avec la réglementation nationale **(3)**.

La permanence des soins est organisée collectivement sous la responsabilité de la profession afin de pallier aux éventuelles carences liées au volontariat. Cette charge est sous la responsabilité du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM). Elle est assurée par des médecins libéraux, par des médecins salariés des centres de santé, ou par toute autre catégorie de médecin ayant conservé une pratique clinique et dont la capacité est attestée par le CDOM.

2.2.2 La régulation médicale libérale

La PDSA assure à la fois la régulation des appels des patients ainsi que leur prise en charge pour les situations évaluées qui nécessitent une réponse médicalisée. En effet, elle réoriente les demandes dont les réponses peuvent être apportées par le médecin traitant dans le cadre d'une consultation programmée.

La régulation médicale des appels est donc le pivot de la PDSA. Son accès est régulé préalablement par le SAMU-Centre 15 ou par une plate-forme de régulation médicale ayant passé convention et interconnectée avec le SAMU-Centre 15.

Le contexte de régulation médicale des appels a été défini comme étant la prise en charge des appels pour des demandes de soins non programmés dans le cadre d'une organisation dédiée à la prise en charge de ces appels.

Selon l'HAS, la régulation médicale est « *un acte médical pratiqué au téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) par un médecin régulateur. L'acte médical est une décision médicale qui implique la responsabilité individuelle du médecin. Cette décision s'appuie sur l'ensemble des éléments dont dispose le médecin. Sa finalité est d'apporter au patient le juste soin et de ne pas lui faire perdre de chance. La régulation médicale a pour but de déterminer et de déclencher dans les meilleurs délais la réponse médicale adaptée à chaque situation. L'acte de régulation médicale repose, chaque fois que cela est possible, sur un entretien singulier entre le médecin et le patient lui-même. À défaut, il s'appuie sur un entretien entre le médecin et une personne aux côtés du patient* » (1).

2.2.2.1 Les différents protagonistes de la régulation médicale

La fonction de médecin régulateur (MR) est, pendant la période où elle est assurée, exclusive de toute autre fonction. Au moins un médecin régulateur est en permanence en fonction, pour traiter les appels reçus par un centre de régulation médicale. Le médecin régulateur est responsable des réponses apportées à tous les appels.

L'assistant de régulation médicale (ARM) participe à l'acte de régulation médicale sous la responsabilité du médecin régulateur. L'appel est réceptionné par l'ARM dont le rôle est d'assister le médecin régulateur.

L'acte de régulation médicale nécessite l'intervention du médecin régulateur. Il peut s'agir d'un entretien médical direct avec l'appelant ou de la prise en compte et de la validation en temps réel d'une information transmise par l'ARM.

L'acte de régulation médicale s'organise selon les étapes suivantes :

- recueil d'informations et échange avec l'appelant ; cet échange est fait de préférence directement entre le patient lui-même (ou, à défaut, l'appelant) et le médecin régulateur ; cet échange est conduit avec méthode et il est engagé le plus rapidement possible ;
- décision prise ou validée par un médecin régulateur ;
- mise en œuvre de la décision ;
- suivi médical et opérationnel du déroulement des interventions ou des suites des conseils donnés ;
- prise en compte du bilan de l'effecteur ; orientation du patient ; préparation de l'accueil du patient.

La régulation médicale est assurée par :

- des médecins urgentistes formés qui traitent prioritairement les appels relatifs à l'AMU
- des médecins généralistes formés qui assurent la régulation médicale des appels dits de PDSA et en nuit profonde.

La régulation se fait dans les centres ayant vocation à recevoir des appels d'AMU et au moins un médecin régulateur urgentistes est présent en permanence.

La participation des médecins généralistes à la régulation médicale apporte une complémentarité des compétences professionnelles notamment pour la régulation médicale de la PDSA.

2.2.2.2 Les différentes orientations après régulation médicale (1)

2.2.2.2.1 Principales orientations

- Conseil médical sans mise en œuvre de moyens, constituant une prescription médicale. Le conseil médical est consigné dans le dossier de régulation médicale du patient. Il est toujours précisé à l'appelant de renouveler son appel s'il constate une persistance, une reprise ou une aggravation des symptômes.

- La prescription médicamenteuse par téléphone est une prescription médicale à distance. En pratique cela correspond à trois situations : la rédaction et la transmission d'une ordonnance écrite ; la prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale ; l'adaptation d'un traitement.
- Orientation du patient vers une consultation médicale : Si le médecin régulateur estime que le patient nécessite une consultation médicale sans attendre un rendez-vous différé avec son médecin traitant, qu'il n'est pas en détresse vitale et qu'il peut se déplacer. Les coordonnées du lieu de consultation ainsi que les heures d'ouverture, les modalités d'accès, sont indiquées à l'appelant. Le centre de régulation médicale s'assure au préalable que le patient a les moyens de se rendre sur le lieu de consultation.
- Intervention d'un effecteur médical sur place : Si le médecin régulateur estime que le patient nécessite une consultation médicale sans attendre un rendez-vous différé avec son médecin traitant, qu'il n'est pas en détresse vitale et qu'il ne peut pas se pas se déplacer. Lorsqu'un acte médical auprès du patient s'avère nécessaire et en l'absence d'une détresse vitale, le médecin régulateur a recours soit au médecin traitant, soit à un médecin généraliste de proximité, soit à un médecin de la permanence des soins ambulatoire. Le médecin régulateur s'assure du suivi de l'intervention s'il le juge nécessaire.

2.2.2.2.2 Après concertation avec le médecin régulateur du SAMU

- Recours à un transport sanitaire en ambulance : Si le médecin régulateur juge que l'état du patient ne nécessite pas l'intervention immédiate d'un médecin auprès de lui mais que son état clinique requiert un transport allongé et/ou sous surveillance, vers une consultation, une structure des urgences ou, plus généralement, un établissement de santé.
- Recours aux sapeurs-pompiers; Si le médecin régulateur juge que l'état du patient nécessite l'intervention d'une équipe de secouristes afin de prendre en charge, sans délai, une détresse vitale suspectée ou avérée, ou de pratiquer, en urgence, des gestes de secourisme. Il est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe.

- Envoi d'une équipe médicale mobile d'urgence et de réanimation : Si le médecin régulateur juge que l'état du patient nécessite l'intervention d'une équipe médicale mobile d'urgence et de réanimation, en cas d'urgence vitale avérée ou suspectée, ou pour toute situation relevant des missions de santé publique des équipes médicales mobiles d'urgence et de réanimation. Parallèlement, un moyen non médical, sanitaire ou de secours situé à proximité est simultanément envoyé, pour apporter les premiers secours ou les premiers soins, chaque fois que cela est nécessaire et possible.

2.2.2.2.3 La prescription médicamenteuse téléphonique

Selon l'HAS (4), deux types de situations peuvent amener le médecin régulateur à délivrer une prescription médicamenteuse par téléphone :

- les demandes de soins non programmés nécessitant un conseil médical ou thérapeutique en dehors des urgences vitales immédiates ou urgences vraies nécessitant un examen médical immédiat ;
- l'adaptation en urgence d'une prescription médicamenteuse préalable lorsque le médecin traitant n'est pas joignable.

La prescription médicamenteuse peut concerner un médicament présent dans la pharmacie familiale du patient, l'adaptation d'un traitement lorsque le médecin traitant n'est pas joignable ou bien nécessiter la rédaction d'une ordonnance et la dispensation du médicament par un pharmacien. Les recommandations précisent également :

- les informations indispensables à recueillir avant de prescrire ;
- l'information et la vérification de la bonne compréhension de la prescription par l'appelant ;
- les mentions obligatoires et les mentions complémentaires recommandées à faire figurer sur l'ordonnance si une ordonnance est rédigée ;
- la coordination avec le pharmacien pour l'obtention du médicament ;
- les moyens afin d'assurer la traçabilité de l'entretien téléphonique et la confidentialité du transfert de l'ordonnance ;
- le suivi médical de la prescription et notamment la transmission de l'information par le patient à son médecin traitant.

Concernant la téléprescription chez l'enfant, la HAS émet des restrictions : en dessous de 1 an, il est recommandé de privilégier l'examen médical.

2.2.2.3 Le dossier de régulation médicale (DRM)

Le DRM doit contenir, si possible :

- Le motif de recours, les besoins, les attentes et les souhaits exprimés par le patient, les coordonnées du médecin traitant ;
- Le résumé de l'observation médicale ;
- Les signes de gravité ;
- Les hypothèses diagnostiques ;
- La mention de l'adhésion du patient à la prise en charge proposée ou la transcription de son choix ;
- La prescription du médecin régulateur datée et signée ;
- Les modalités de suivi prescrites par le médecin régulateur ;
- Le suivi de la prise en charge et les bilans des effecteurs ;
- La destination du patient ;
- La procédure de clôture du dossier ;
- Les noms du régulateur et de l'ARM, des effecteurs, les heures (de l'appel, de la prise de décision, de l'intervention).

Les conversations téléphoniques et radiophoniques au sein du centre de régulation médicale sont enregistrées afin de sécuriser la saisie initiale des informations, servir de support pour la formation professionnelle continue, alimenter la démarche qualité, analyser d'éventuels litiges et développer la recherche scientifique.

Pour assurer l'accès ultérieur au DRM d'un patient par un médecin régulateur, le centre de régulation médicale s'organise en interne avec les moyens dont il dispose, ou développe un réseau de transmission d'informations. Il favorise des partenariats formalisés avec d'autres centres de régulation médicale, des centres d'appels et les effecteurs avec lesquels il est en contact régulier, conformément au Code de déontologie médicale et aux règles établies par la CNIL.

2.2.2.4 Formation des acteurs de la régulation médicale

L'HAS insiste sur la nécessité d'une formation spécifique initiale et continue pour les médecins régulateurs. L'expérience de la pratique de la médecine d'urgence et/ou de la PDSA ainsi que la connaissance de l'environnement géographique et sanitaire sont utiles pour exercer la régulation médicale **(1)**.

Pour les médecins généralistes libéraux, il existe le Diplôme Universitaire (DU) de régulation médicale qui se déroule sur une année et qui permet l'acquisition des bases élémentaires de la communication interpersonnelle, l'utilisation de tous les outils de télécommunications utiles à la régulation médicale ainsi que l'apprentissage de la régulation dans le respect de la déontologie et des contraintes techniques liées à cet acte.

2.2.2.5 Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2016 **(5)**

2.2.2.5.1 Sur le terrain

Fin 2016, en France, la régulation médicale comptait 2 666 médecins régulateurs libéraux. La régulation libérale s'est maintenue dans l'ensemble des départements où elle était présente. Des départements n'en disposent toujours pas comme la Guyane, Mayotte, la Lozère et les Ardennes.

La France est divisée en 1 616 territoires de permanence des soins ambulatoires en soirée de semaine. Ils étaient au nombre de 1 631 fin 2015, et de 3 770 début 2003. 7% des territoires de permanence des soins sont ainsi dépourvus d'effecteurs.

La participation des médecins libéraux est effective dans la quasi-totalité des départements.

Quand elle est organisée au sein des Centres 15, la régulation médicale est l'occasion d'un travail en commun entre médecins hospitaliers et médecins libéraux. Si les uns interviennent dans le cadre de l'AMU et les autres dans celui de la PDSA,

la coopération dans la prise en charge des appels est une réalité quotidienne.

Concernant la régulation en nuit profonde, 31,7% des départements n'ont pas de régulation libérale et ce chiffre ne diminue pas depuis 2015.

La régulation du samedi matin poursuit son développement avec 6 nouveaux départements l'ayant mise en place en 2015 pour faire face à la difficulté pour les patients de trouver un cabinet pouvant les accueillir. Bien que ce ne soit pas prévu par le décret organisant la PDSA, un certain nombre de médecins et d'ARS réclament "une organisation de permanence des soins ambulatoire le samedi matin de 8h à 12h étant donné la fermeture de nombreux cabinets médicaux". Une régulation le samedi matin est proposée dans 42 départements.

Il existe 31 conseils départementaux qui indiquent un arrêt complet de l'effectif en PDSA à minuit sur l'ensemble de leur département. Approximativement 69 % s'arrêtent de fonctionner à minuit (contre 67 % en 2015 et 61 % en 2014). Dans les 31% restant, la nuit profonde est maintenue dans les secteurs urbains où des associations de type SOS Médecins sont établies (Gironde, Savoie, Haute-Corse, Cher, Oise, Somme, Aube, etc.).

L'arrêt de la garde en nuit profonde est cependant un processus qui s'étend inexorablement sur les territoires.

Ailleurs, un certain nombre d'ARS ont mis en place une nouvelle organisation dans laquelle la sectorisation de 20h à minuit laisse la place à une effectif mobile sur des grands territoires où les médecins sont censés assurer la permanence des soins pendant la nuit profonde.

Au 31 décembre 2016, il existe 452 lieux d'effectif fixe de la permanence des soins. Ce nombre est en légère progression (443 en 2015). Les lieux d'effectif fixe couvrent 31 % des territoires de permanence des soins. Dans 49 départements, l'accès à ces sites d'effectif n'est pas régulé systématiquement en amont et les patients peuvent s'y rendre directement.

2.2.2.5.2 Le numéro unique

Soixante six départements, dont la Vienne, possèdent le 15 comme numéro

d'appel unique et 34 départements utilisent un numéro d'appel à 4 ou 10 chiffres (Rhône, Seine-Maritime, Vendée, Eure, Meurthe-et-Moselle, Landes, Maine-et-Loire, Vosges, Allier, Creuse, Haute-Corse, Isère, Mayenne, Haut-Rhin, Seine-Maritime, Yonne, etc.).

La loi du 26 janvier 2016 (n°2016-41) de modernisation de notre système de santé, en son article 75, prévoit de mettre en place un numéro unique de permanence des soins ambulatoires, dont le CNOM a obtenu la gratuité **(6)**.

Par décret du 22 juillet 2016, il est précisé que le numéro choisi par chaque DG ARS (15 ou 116 117) sera inscrit aux cahiers des charges régionaux, tout en prévoyant que les associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appels interconnectées avec le 15 demeureront accessibles via leurs numéros spécifiques à condition qu'elles assurent une régulation médicale des appels **(7)**.

Une instruction du ministère de la santé du 24 novembre 2016, présente l'état d'avancement du déploiement du numéro national de permanence des soins ambulatoires, les étapes à mettre en œuvre au niveau régional, ainsi que le calendrier de mise en service du numéro 116117 et de la campagne de communication qui l'accompagnera. Il est prévu une mise en œuvre opérationnelle du 116117 dans 3 régions pilotes (Corse, Normandie, Pays de la Loire) à compter de janvier 2017 et le décret du 11 avril 2017 prévoit un déploiement sur l'ensemble du territoire le 15 janvier 2018 **(8)**.

L'implication des médecins reste fragilisée par des facteurs déjà décrits précédemment, comme :

- Une activité souvent intense en dehors des horaires de PDSA ;
- Une démographie médicale déclinante ;
- Une pyramide des âges inversée ;
- Un manque d'intérêt des jeunes diplômés pour l'exercice libéral ;
- Une reconnaissance encore insuffisante de la mission de service public qu'ils assurent ;
- Et, dans certains cas, l'absence de réponse à leurs attentes en matière d'organisation et de financement.

La régulation médicale permet d'assurer l'information et le conseil, voire la prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale ; l'orientation du

patient vers un praticien effecteur ambulatoire sans nécessité de recours à un plateau technique, dans un délai compatible avec la sécurité du patient (plusieurs heures en général), vers des organisations adaptées ou encore le renvoi d'appel vers le médecin régulateur du centre 15.

La PDSA doit assurer une réponse tous les jours, de 20h00 à 8h00, les dimanches et jours fériés de 8h00 à 20h00 ; et lorsque le besoin de la population le justifie, le samedi à partir de midi, le lundi précédant un jour férié, le vendredi et le samedi suivant un jour férié.

Afin d'élargir la base des possibles volontaires, le CNOM a obtenu de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qu'elle mette à disposition des médecins non installés (remplaçants exclusifs, retraités et salariés) susceptibles de participer à la permanence des soins, en leur nom propre, des feuilles de soins et/ou des carte professionnelle de santé (CPS) assurant les services de la télétransmission.

2.2.3 La sectorisation

La PDSA est organisée dans le cadre départemental. Le département est divisé en secteurs arrêtés par le directeur général de l'ARS **(9)**.

La taille du secteur (infra départemental) doit permettre un exercice normal pour l'activité du médecin (en tenant compte de critères tels la distance, la densité des médecins et de la population, les volumes d'actes). Ce territoire choisi doit permettre une réponse rapide et adaptée.

L'organisation des médecins sur ces secteurs doit s'adapter aux situations locales, en prenant en compte le nombre de médecins, la taille du secteur, la présence ou non de maisons médicales de garde ou d'autres modalités de fonctionnement.

Le développement des maisons médicales de garde peut répondre à certaines attentes de la population tout en sécurisant l'exercice par les professionnels, mais elles ne peuvent être la seule réponse au sein d'un territoire.

La territorialisation des départements en secteurs et les modes d'organisation des médecins doivent pouvoir être identifiés par la population afin d'encourager à un meilleur accès aux soins en limitant à la fois le déplacement des médecins et les recours abusifs.

Cette organisation a pour vocation de permettre aux usagers d'accéder aux soins que leur état nécessite et de bénéficier d'une prise en charge spécialisée adaptée à leur besoin, notamment la prise en charge des pathologies aiguës, du vieillissement et des maladies chroniques, conforme aux exigences de qualité et de sécurité des soins, tout en prenant en compte l'exigence d'un volume d'activité suffisant et d'un environnement adapté.

2.2.4 Historique, financement et limites de la PDSA (**Annexe 1, 2, 3, 4**)

2.2.5 La PDSA et la régulation médicale dans la Vienne (86)

La PDSA est assurée en semaine de 20h à minuit, le samedi de midi à minuit et les dimanches et jours fériés de 8h à minuit.

Elle est réalisée par des médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre des médecins et la sectorisation se fait en 8 secteurs (**Annexe 5**). Les effecteurs se situent dans des maisons de santé. Leur accès est régulé par le centre 15.

La régulation libérale pendant la PDSA est assurée par des médecins généralistes volontaires (un médecin en semaine, deux le samedi après-midi et trois les dimanches matins et jours fériés) qui travaillent avec des ARM formés par le SAMU et qui orientent les appels.

En dehors des horaires de PDSA, de minuit à 8h, un médecin régulateur libéral assure une garde téléphonique en nuit profonde pour des appels relevant de la PDSA.

En Vienne (86), c'est le seul système permettant d'être mis en relation avec un effecteur, il n'existe pas d'autres organisations, telle que SOS médecin contrairement à d'autres départements comme la Charente-Maritime.

Les médecins généralistes participant à la régulation médicale se regroupent au sein de l'APPS 86 (Association des Praticiens pour la Permanence des Soins de la Vienne).

Les chiffres du SAMU Centre 15 du CHU de Poitiers en 2016 sont :

- 150 851 appels, avec création de 82 211 DRM (dossiers de régulation médicale), comprenant 51 812 DRM SAMU et 30 399 DRM de la PDSA. 37% des DRM sont des dossiers gérés par la PDSA ;
- concernant la PDSA, 19 678 (64,7%) des DRM se terminent par un conseil, 8 024 (26,4%) orientent le patient vers un médecin généraliste de garde, et 52 (0,2%) engagent un SMUR ;
- 54,7% des conseils donnés le sont par la PDSA ;

En 2016 la régulation médicale libérale de minuit à 8h rassemble 5 445 décisions de régulation libérale soit une moyenne de 15 par nuit ;

- dans 82% des cas (n = 4 466) la décision de régulation est un conseil, soit une moyenne de 12 conseils par nuit ;
- concernant les conseils donnés, 9,5% des patients (n = 518) ont bénéficié d'une deuxième décision dans la même période sur rappel du patient lui même ;
- les dimanches de minuit à 8 heures sont les jours qui fournissent le plus de conseils (17 conseils par nuit en moyenne) ;
- Les périodes entre minuit et 1 heure toutes journées confondues sont les périodes qui accordent le plus de conseils (2 à 3 conseils par heure en moyenne).

Au CHU de Poitiers le logiciel de régulation utilisé est Centaure 15.

2.2.6 Le cadre juridique

Le cadre législatif de la régulation médicale date de 1987 avec le décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions du SAMU centre 15.

L'article L.6314-2 du code de santé publique de l'article 49 de la loi HPST du 21 juillet 2009 prévoit que « *L'activité du médecin libéral assurant la régulation des appels au sein d'un service d'aide médicale urgente hébergé par un établissement*

public de santé est couverte par le régime de la responsabilité administrative qui s'applique aux agents de cet établissement public. Ce même régime s'applique dans le cas où, après accord exprès de l'établissement public en cause, le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile » (9).

L'activité de régulation médicale par téléphone en dehors de tout examen clinique expose à des risques particuliers (risque pénal) (10).

Il appartient en conséquence à l'établissement hospitalier de couvrir la responsabilité encourue par le médecin libéral participant à la régulation du centre 15.

2.2.7 Les recommandations sur le suivi des patients après une régulation médicale

Dans son article de 2009, M. Giroud insiste sur l'importance d'un « *suivi systématique, par exemple une heure après, des cas pris en charge par un simple conseil permet de rattraper une incompréhension, de saisir une évolution inattendue et de réévaluer la situation* » (11).

Selon la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), « *le rappel et le suivi des patients répondent aux recommandations. L'objectif est d'améliorer le service rendu aux usagers du Samu centre 15, et de sécuriser la régulation médicale* ». Il est également rapporté que ces procédures de rappel précoce sont déjà mises en place dans certains Samu centre 15 et que « *le taux de deuxième régulation y est inférieur à 2%* » (12).

L'HAS en 2011 indique que « *les appels de régulation médicale font l'objet d'un suivi* » (1). En effet, « *en cas d'intervention d'un effecteur, le suivi est assuré par liaison téléphonique ou informatique entre le centre de régulation médicale et l'effecteur et qu'en cas de seul conseil médical, le suivi est effectué par téléphone auprès du patient ou de son entourage, selon des modalités que le médecin régulateur définit et mentionne dans le dossier de régulation médicale. Dans le cas où un suivi ne lui semble pas nécessaire, le médecin régulateur le précise de façon*

explicite ».

Il est précisé que « *ce suivi est effectué par le centre de régulation médicale (MR ou ARM) ».*

Il est précisé également que « *dans tous les cas, il est nécessaire de préciser au patient qu'en cas d'aggravation ou de persistance des symptômes, il devra reprendre contact avec le centre de régulation médicale et/ou ultérieurement avec son médecin traitant et que le dossier n'est clôturé qu'après avoir eu l'assurance que la prise en charge du patient a bien été relayée et/ou est terminée ».*

3 PRÉ-ÉTUDE

Une pré-étude est réalisée du 14/12/15 au 31/12/15. Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique et observationnelle.

L'objectif est de rappeler les patients ayant bénéficié d'un conseil en nuit profonde par la régulation de médecine libérale.

Le rappel est réalisé le lendemain matin par un médecin du SAMU (la garde du médecin libéral se terminant à 8h).

126 patients sont inclus.

31 ne répondent pas lors du rappel, soit 24,6%.

Les moins de 3 ans représentent 26,9% des appelants répondant lors du rappel, et les plus de 75 ans 11,9%.

La réalisation de cette pré-étude nous a permis d'adapter les caractéristiques de la feuille de recueil de données lors du rappel (**Annexe 6**).

La feuille de recueil de données initiale comportait l'identité du patient, l'heure d'appel en nuit profonde, le numéro de DRM, l'âge du patient, ainsi que le motif d'appel et le conseil donné. Puis un cadre se situait en bas de page pour y mettre le commentaire lors du rappel du lendemain matin.

Suite à cette pré-étude, nous avons secondairement adapté la feuille de recueil de données. En effet, nous avons rajouté l'heure du rappel, ainsi qu'une case satisfaction en bas de page, puis un cadre de rédaction concernant le nouveau conseil et/ou nouvelle décision.

La case satisfaction concernait la satisfaction de la prise en charge globale et en aucun cas la qualité du premier conseil. Elle était évaluée individuellement par le médecin du SAMU, sans critère précis pré-établis. La question ne devait jamais être posée directement.

4 MATERIELS ET METHODES

4.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude mono-centrique, rétrospective, quantitative, observationnelle, se déroulant au sein de la régulation du SAMU centre 15 du CHU de Poitiers en Vienne sur la période du 01/01/2016 au 01/04/2016 concernant les appels régulés par un médecin libéral en période de nuit profonde (entre minuit et 8h), toute période confondue.

4.2 Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude est d'évaluer le devenir des patients régulés par la médecine libérale, ayant reçu un conseil médical sans mise en œuvre de moyens, en nuit profonde (minuit à 8h) au SAMU centre 15 du CHU de Poitiers.

4.3 Population étudiée

4.3.1 Critères d'inclusion

La procédure de rappel concerne l'ensemble des appels entre minuit et 8h reçus au SAMU-centre 15 régulé par la médecine libérale et ayant bénéficié d'un conseil médical sans mise en oeuvre de moyens.

Tous les matins, le médecin SMUR de l'équipe 2 qui seconde le médecin régulateur effectue une requête pour avoir la liste de tous les conseils donnés entre minuit et 8h. Puis il rappelle toutes les personnes, et ré-ouvre le dossier de régulation médical. En cas d'absence de réponse de la part du patient, un message est laissé sur la boîte vocale en indiquant de rappeler le centre 15.

4.3.2 Critères d'exclusion

Les appels régulés par le médecin du SAMU ne sont pas pris en compte. Les appels pris en charge par la PDSA (médecin libéral) et aboutissant à une autre orientation que le conseil médical ne sont pas comptabilisés. Les appels en nuit profonde concernant les patients décédés ne sont pas pris en compte.

4.3.3 La période d'étude

L'étude s'étend du 01/01/2016 au 01/04/2016 afin de faire une évaluation confondant jours fériés, périodes de vacances, week-ends et jours de semaine.

4.4 Recueil de données

L'ensemble des appels régulés par le SAMU centre 15 de la Vienne est recueilli à l'aide du logiciel Centaure 15. Pour tout appel, un DRM est créé par un ARM à l'aide du logiciel CENTAURE 15 (âge, sexe, nom du patient et de l'appelant si différent, adresse, motif d'appel, numéro de téléphone).

Lors du rappel par le médecin régulateur, les données récupérées sont inscrites sur la feuille questionnaire prévue à cet effet (**Annexe 7**). Cette feuille questionnaire est imprimée le matin et va contenir :

- Numéro de dossier ;
- Date ;
- Nom, prénom et date de naissance ;
- Heure d'appel dans la nuit ;
- Conseil reçu au cours de la nuit ;
- Nouvel interrogatoire ;
- Modification ou non de la prise en charge en fonction de l'évolution du patient ;
- Satisfaction.

Les appelants bénéficiant de conseils médicaux sont rappelés le lendemain afin d'évaluer l'évolution clinique, un rappel est réalisé systématiquement en cas de non

réponse au premier rappel dans un délai maximum de 12 heures. En cas de non réponse à deux tentatives de contact, la procédure est stoppée et un message est laissé.

4.4.1 Les différents types de conseils donnés par la médecine libérale

Après analyse de la pré-étude. Les conseils médicaux sont répartis en 7 sous catégories :

- Mesures hygiéno-diététiques seule ;
- Mesures hygiéno-diététique et consultation médecin traitant ;
- Prescription médicamenteuse téléphonique seule ;
- Prescription médicamenteuse et voir médecin traitant ;
- Consultation médicale en dehors des heures de garde ;
- Consultation aux urgences ;
- Consultation avec un médecin généraliste de garde.

Les données recueillies lors du nouvel appel sont :

- La recherche de signes de gravité en lien avec une évolution défavorable ;
- La persistance de symptômes en lien avec la demande initiale ;
- Si le patient a suivi le conseil donné, sinon pourquoi et avec quelles conséquences ;
- Puis une recherche de solution avec la décision ou non, par le médecin régulateur d'adapter le conseil donné dans la nuit en fonction de l'évolution du patient.

Il n'existe à aucun moment d'évaluation qualitative subjective du conseil reçu dans la nuit.

5 RESULTATS

5.1 Généralités

Sur la période du 01/01/2016 au 01/04/2016, nous avons noté 1 101 appels destinés au régulateur de médecine libérale, toute période confondue (semaine, week-end, vacances, jours fériés), en nuit profonde, avec comme décision de la part du régulateur de médecine libérale de donner un conseil, sans déploiement de moyens.

On constate que 73,1% des patients (n= 805) ont répondu, et 283 personnes n'ont pas répondu lors du rappel le lendemain, soit 25,7%.

Du fait d'un faux numéro enregistré lors de l'appel initial 13 personnes n'ont pu être contactées.

Toutes les feuilles recueillies étaient exploitables.

5.2 Caractéristiques des appelants

Nous avons pu établir des sous-groupes chez les appelants. Avec une population pédiatrique, les moins de 6 ans, ainsi que les moins de 3 mois, une population gériatrique, supérieure à 65 ans, puis une population active entre 25 et 65 ans.

5.2.1 Composition échantillon

L'étude porte sur 1 101 rappels, réalisés selon la procédure de rappel. Ces rappels sont effectués par un médecin régulateur du SAMU centre 15 du CHU de Poitiers auprès des patients eux-mêmes.

5.2.2 Description de la population

- La majorité des patients sont des femmes : 60% ;
- 37,2% (n = 410) des appels concernent la population pédiatrique des moins de 6 ans dont 21,2% (n = 233) pour des enfants de moins de 3 ans, et 1,3% (n = 14) pour des nourrissons de moins de 3 mois ;

- 13,7% (n = 151) des appels concernent la population dite gériatrique (> 65 ans), dont 9,9% (n = 15) pour des personnes entre 75 ans et 80 ans et 45% (n = 68) de plus de 80 ans ;
- La population active, c'est-à-dire les 25-65 ans représentent 28,2% (n = 311) des appelants.

5.2.3 Procédure de rappel

Concernant la procédure de rappel à destination des patients, les perdus de vue représentent 25,7% (n = 283) des appels :

- 25,8% (n = 73) dans la population pédiatrique dont 2,12% (n = 6) chez les moins de 3 mois ;
- 38,2% (n = 108) dans la population active ;
- 8,5% (n = 24) dans la population gériatrique.

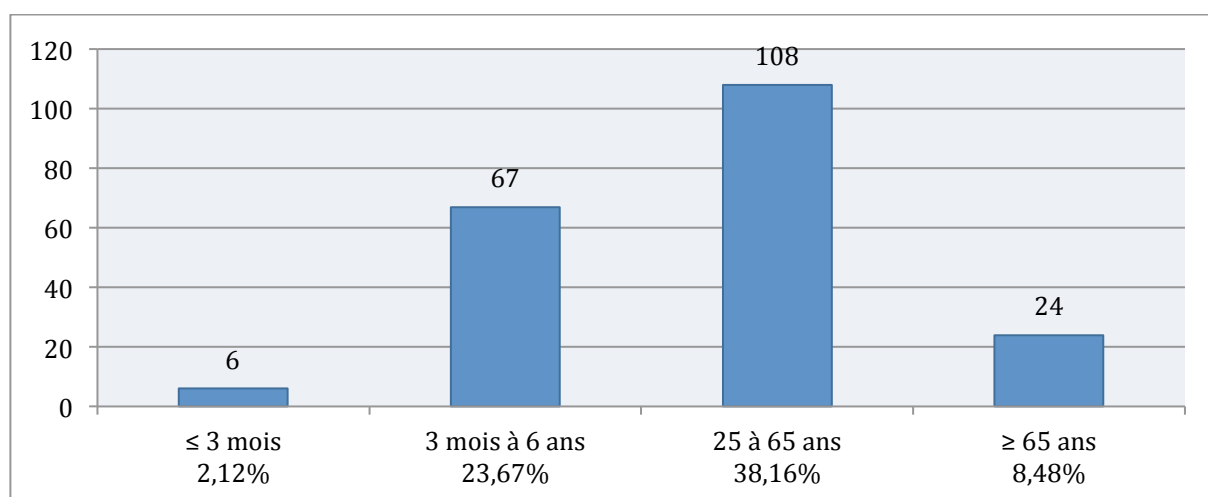


Schéma 1 : Description de la population perdue de vue

5.3 Motifs d'appel

Nous avons utilisé le thésaurus afin de classer les différents motifs d'appel.

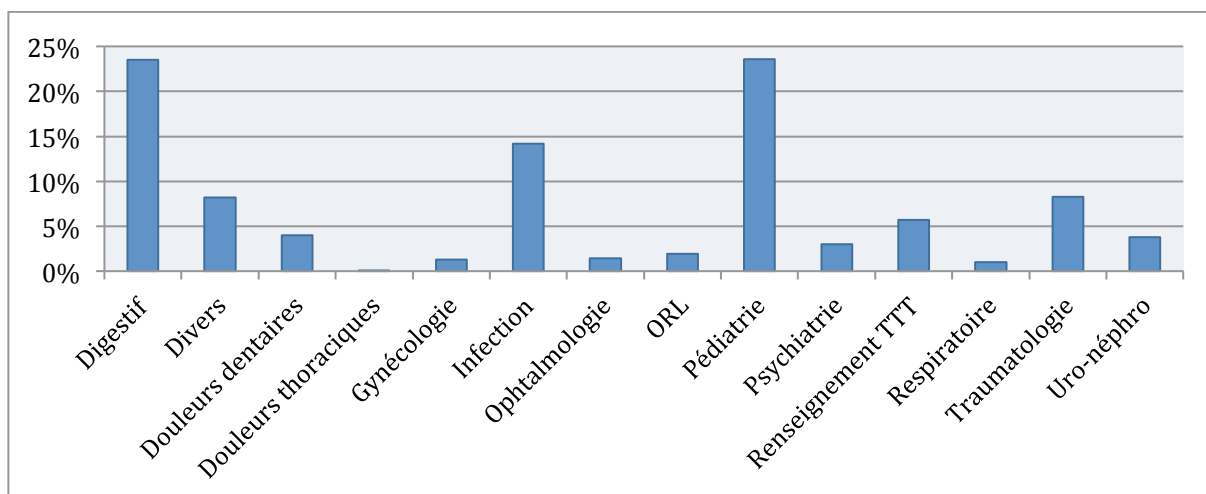


Schéma 2 : Répartition des motifs d'appel

Les deux principaux motifs d'appel pour la PDSA en nuit profonde sont la pédiatrie (24%), et les motifs en lien avec des troubles digestifs (24%).

5.4 Les conseils médicaux

5.4.1 Décisions

Sur l'ensemble des 1 101 décisions prises au cours de la période d'étude, on remarque deux types de décisions prédominantes :

- la prescription médicamenteuse téléphonique seule, qui a contribué à apporter une réponse dans 24% des cas.
- la prescription médicamenteuse téléphonique (PMT) associée à une consultation avec un médecin généraliste en dehors des horaires de la permanence des soins, dans 36% des conseils donnés.

On constate que le patient n'est orienté vers le médecin généraliste de garde le lendemain seulement dans 2% (n = 29) des cas, et 13,5% (n = 146) des patients ont reçu comme conseil de consulter directement aux urgences, sans délais.

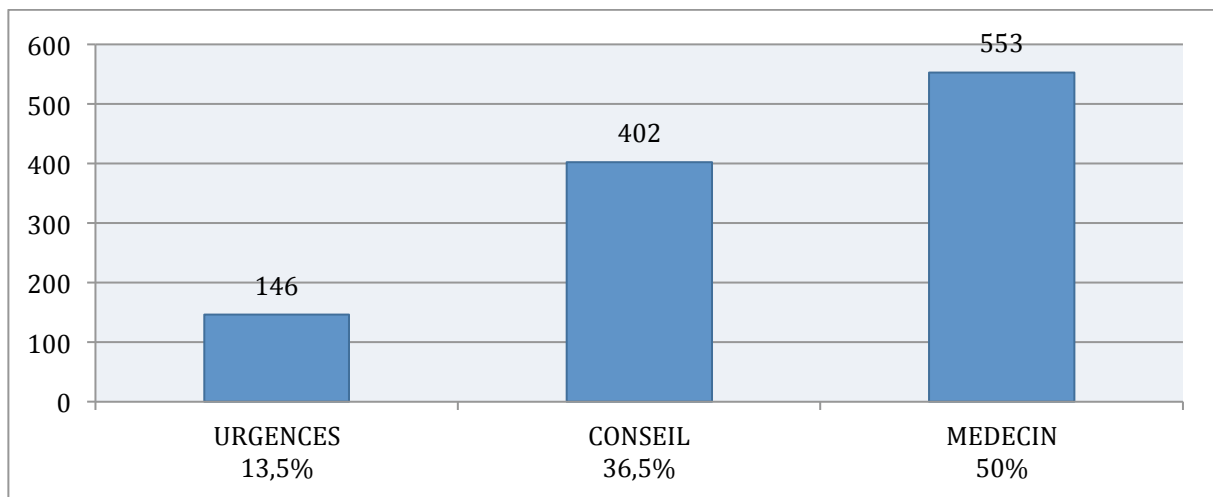


Schéma 3 : Répartition par type de conseil

5.4.2 Evolution clinique du patient

Afin d'évaluer l'évolution clinique, les patients sont rappelés le lendemain et ré-interrogés en fonction des symptômes initiaux décrits dans le DRM.

On constate des signes d'amélioration clinique décrits par les patients dans 82 % des cas.

5.5 Critères de satisfaction

Suite à la réalisation de la pré-étude nous avons également évalué la satisfaction des patients concernant le suivi proposé.

Outre l'évaluation de l'efficacité des conseils délivrés, une évaluation du degré de satisfaction est menée auprès des patients interrogés. Cette évaluation reste tout à fait subjective, selon le ressenti du régulateur et l'expression de sa satisfaction par le patient. Aucun critère n'a été utilisé.

On remarque que indépendamment de l'évolution clinique du patient, 88,6% (n = 713) des appelants ont fait part de leur satisfaction globale.

Nous avons ensuite évalué la satisfaction des appelants en fonction de l'évolution

clinique du patient. Le nombre de patient non satisfait est plus élevé dans le groupe ayant une évolution défavorable que dans le groupe jugeant son évolution favorable (17% vs 10%). Et inversement on aura un pourcentage plus élevé de patient satisfait (90%) dans le groupe avec une évolution favorable, que dans le groupe avec une évolution défavorable (83%).

5.6 Décision lors du rappel

Lors du rappel le lendemain, on constate que le conseil donné en nuit profonde par le médecin libéral de la PDSA, n'a pas été modifié par le médecin régulateur du SAMU dans 97,5% des cas.

Dans 2,5% (n = 20) des cas, le conseil a été modifié du fait d'une évolution défavorable de l'état de santé du patient (**Annexe 8**).

Sur les 20 cas ayant évolué défavorablement :

- la population représentée est de 10 femmes et 10 hommes ;
- La modification de conseil lors du rappel concerne pour 45% (n = 9) des cas la population pédiatrique ;
- Concernant le motif d'appel, dans 45% des cas (n = 9), il s'agit d'un problème digestif ;
- Concernant la modification de conseil, dans 80% (n = 16), le conseil donné sera de consulter aux urgences et dans 10% (n = 2) des cas de consulter le médecin de garde le lendemain ;
- Enfin, on constate que dans 20% des cas (n = 4), la modification de conseil initial s'est conclue par une hospitalisation, deux en neurologie pour accident ischémique transitoire, une hospitalisation en pédiatrie pour déshydratation, et une en gastro-entérologie pour déshydratation.

5.7 Décision des patients

On constate que dans seulement 1,5% des cas (n = 15), les patients n'ont pas suivi le conseil donné et ont eu recours à une solution autre.

Sur ces 15 patients n'ayant pas suivi le conseil :

- ils sont 53% (n = 8) à s'être rendu aux urgences alors que le conseil initial était dans les 8 cas de consulter le médecin traitant le lendemain. 2 patients avaient moins de 6 ans. Les motifs de consultations aux urgences étaient du ressort de l'ORL pour 4 patients, 2 pour dorsalgie, 2 pour des manifestations digestives. Aucune consultation n'a abouti à une hospitalisation ;
- trois patients sur les 15 n'ayant pas suivis le conseil initial ne sont pas allés aux urgences comme préconisé par le médecin régulateur. Dans deux tiers des cas les symptômes avaient disparus et ils allaient consulter leur médecin traitant. Le troisième était dans la salle d'attente de son médecin traitant pour crise d'asthme aiguë légère ;
- quatre patients ne sont pas allés voir leur médecin traitant comme conseillé initialement. Deux n'était plus symptomatique, un ne voulait pas voir le médecin remplaçant et se sentait mieux. Le dernier qui présentait des douleurs testiculaires n'avait pas encore pris rendez-vous mais allait le faire.

6 Discussion

6.1 Les perdus de vue

On remarque qu'ils sont plus nombreux dans la population des 25-65, c'est-à-dire dans la population active. En effet ceci peut s'expliquer par deux choses principalement. Le fait que les parents appellent pour la population pédiatrique principalement. Et dans un second temps que cette part de la population étudiée est sur son lieu professionnel aux horaires de rappel.

6.2 La population de l'étude

Ces résultats interpellent. En effet la population gériatrique représente le plus faible pourcentage d'appelant alors qu'elle correspond à une population polypathologique, avec des nombreux traitements. Les appels concernant cette tranche de la population sont en fait dirigés vers le médecin régulateur du SAMU en première intention.

La population possédant le pourcentage le plus élevé d'appelant correspond à la population pédiatrique liée entre autre à l'anxiété générée par les symptômes d'un enfant, ou d'un nourrisson, d'autant plus en nuit profonde **(13)**.

Dans ce contexte il reste important d'informer les populations sur l'offre de soins, ainsi que sur les motifs d'appels justifiant un recours aux soins d'urgence.

6.3 Evolution clinique

6.3.1 Evolution favorable

Dans 97,5% des cas (n = 798), une deuxième régulation n'a pas été nécessaire.

6.3.2 Evolution défavorable

2,5% (n = 20) des rappels évalués ont nécessité une modification du conseil du fait d'une évolution clinique défavorable.

L'évolution clinique dans le cadre d'un conseil téléphonique n'est pas prévisible, et le suivi systématique des cas pris en charge par un conseil permet de rattraper une incompréhension, de saisir une évolution inattendue et de réévaluer la situation, d'où l'importance d'une réévaluation rapide, comme recommandée par l'HAS **(1)** et le SFMU **(12)** :

- La modification de conseil lors du rappel concerne pour 45% (n = 9) des cas la population pédiatrique. Ce chiffre est élevé mais non statistiquement significatif ($p = 0.22$) si on compare le groupe "conseils donnés à la population pédiatrique" et le groupe " nouveaux conseils donnés à la population pédiatrique". La proportion élevée d'évolution défavorable concernant la population pédiatrique, s'explique du fait du nombre d'appels importants pour la pédiatrie, de difficultés de la part des parents à évaluer la gravité, avec des situation d'urgences ressenties pouvant être à l'origine d'incompréhension, et les particularités de l'expression de la symptomatologie pédiatrique. La régulation médicale d'un enfant ne peut être calquée sur celle d'un adulte, et comporte des particularités, notamment avec l'examen médical téléphonique consistant à écouter le patient parler et l'entendre respirer. Face à l'angoisse des parents, il reste important de rechercher les signes de gravité (position dans laquelle se trouve l'enfant, signes de lutte, coloration). Il faut faire confiance aux parents qui savent identifier une rupture avec un état antérieur **(11)**.
- Dans 45% des cas (n = 9) évoluant défavorablement, il s'agit d'un problème digestif. Les pathologies digestives et leurs évolutions sont difficilement prévisibles. La description téléphonique est difficilement interprétable et le médecin doit prendre sa décision sur des critères objectifs en recherchant des signes de gravité par un interrogatoire médical conduit avec méthode. La douleur abdominale ou pelvienne constitue une situation fréquente et aspécifique de consultation. Elle peut constituer le premier signe de complications graves. Le médecin régulateur caractérise la douleur

(localisation, mode d'apparition, circonstance de survenue) et précise les signes associés (métrorragie, fièvre et transit).

- Concernant la modification de conseil, dans 80% (n = 16), le conseil donné sera de consulter aux urgences et dans 10% (n = 2) des cas de consulter le médecin de garde.
- Dans 20% des cas (n = 4), la modification de conseil initial s'est conclue par une hospitalisation, deux en neurologie pour accident ischémique transitoire, une hospitalisation en pédiatrie pour déshydratation, et une en gastro-entérologie pour déshydratation.

6.4 La prescription médicamenteuse téléphonique

Dans 24% des cas on constate que le conseil donné correspondait à une PMT, ce chiffre correspond à celui retrouvé dans l'étude PMT3 en 2008 avec 22% des appels pour la médecine générale qui se concluent par une PMT. Ce chiffre élevé montre l'importance d'évaluer la balance bénéfice-risque, en permanence **(13)**.

6.5 Le taux de satisfaction

Le taux de satisfaction est excellent avec 87% de taux de satisfaction. Cependant, on peut critiquer notre évaluation de la satisfaction.

En effet, notre évaluation de la satisfaction était purement subjective, sans critères précis, et laisser à la libre interprétation du médecin régulateur du SAMU lors du rappel. Nous n'avons pas créé de questionnaire précis de rappel, et le médecin rappelant le lendemain concluait à la satisfaction du patient en son libre arbitre. La question de la satisfaction du patient n'était pas directement posée (ce n'était pas notre objectif principal).

Il s'agit d'un biais de méthodologie, que l'on aurait pu atténuer en réalisant un questionnaire de rappel, plus précis, et en choisissant éventuellement des mots ou des formulations énoncés par le patient.

Le fait de poser directement la question au patient ne nous paraissait pas judicieux, créant ainsi un biais d'orientation.

6.6 La procédure de rappel

La pré-étude réalisée en décembre 2015 nous a permis d'améliorer notre questionnaire ainsi que son contenu. En effet nous avons décidé de rajouter l'heure de rappel, la case concernant la satisfaction, ainsi que le motif d'appel en fonction du thésaurus.

Afin d'obtenir une étude puissante, dans le but d'obtenir une procédure de rappel pertinente pouvant servir de base par la suite, et toujours dans un objectif d'amélioration, nous nous sommes appuyés sur une population importante de patients inclus.

Aussi nous avons initialement fixé le nombre de patients à inclure à 500, mais afin de rendre l'étude puissante nous nous sommes basés sur une période donnée, plutôt que sur un nombre de patients fixe.

Aussi, concernant la période d'étude, nous avons décidé de faire une analyse toute période confondue, afin de limiter au maximum les biais de sélection. Ainsi tous les appels en nuit profonde pour la PDSA étaient comptabilisés, week-ends, comme jours fériés, périodes de vacances ou jours de la semaine.

Tous les médecins régulateurs libéraux ont été prévenus par un message sur le logiciel Centaure.

6.7 Le numéro unique

Il apparaît souhaitable, toujours dans une logique d'efficacité et d'organisation, d'unifier le numéro d'appel pour le public.

Actuellement, 66 départements possèdent le 15 comme numéro d'appel unique et 34 départements utilisent un numéro d'appel à 4 ou 10 chiffres.

Devant la multiplicité des numéros existants d'un département à un autre, un numéro unique pour joindre un médecin de garde est actuellement en train d'être

développé, et son déploiement national est prévu pour janvier 2018 selon le décret n° 2017-522 du 11 avril 2017 modifiant le décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 **(7)** relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires. Il s'agit du 116 117, un numéro d'appel unique, national et gratuit pour joindre un médecin de garde de la PDSA. Ce numéro est un numéro européen et existe déjà dans certains pays, comme l'Allemagne.

Avoir un numéro d'appel unique est indispensable : il doit être ancré dans les mémoires, afin de ne pas avoir à chercher en cas de besoin, il doit être simple à retenir. En effet, dans de nombreuses situations, il peut y avoir une urgence sous évaluée ou potentielle.

Ce numéro a pour but de soulager le 15, numéro conservé pour les urgences graves, joignable 7j/7 et 24h/24.

Dans certaines régions ce numéro sera basculé directement sur le centre 15 en fonction des spécificités et particularités locales.

7 CONCLUSION

La permanence des soins est indissociable de la régulation médicale. En effet cette dernière est au centre d'un dispositif dont l'objectif est de permettre un accès juste aux soins.

Notre étude sur 3 mois a montré que 2,5% des patients ayant bénéficié d'un conseil donné en nuit profonde par la médecine libérale ont évolué défavorablement et ont dû bénéficier d'un nouveau conseil par le médecin du SAMU.

87,5% des patients rappelés étaient satisfaits de la démarche de suivi.

C'est dans cet objectif d'optimisation et de sécurisation de l'acte de régulation médicale que doit s'inscrire la procédure de rappel et qu'un protocole de rappel des patients après conseil de la régulation médicale libérale en nuit profonde a été proposé à l'APPS 86 (**Annexe 9**).

La mise en place d'un protocole similaire serait tout à fait adapté aux patients ayant reçu un conseil, en journée, et pendant les horaires de la PDSA, mais également lorsque le conseil initial est donné par un médecin régulateur du SAMU.

L'objectif plus global serait d'intégrer au SAMU Centre 15 des critères de haute fiabilité organisationnelle (**14**).

8 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Haute Autorité de Santé – Recommandations de bonne pratique – Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale – Argumentaire – Mars 2011 [Internet]

2- Descours C, Honoraire S. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Ministère de la santé [Internet]. 2003 ; Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf

3- Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) | Legifrance [Internet]

4- Haute Autorité de Santé - Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale [Internet]

5- Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2016 – Ordre National des Médecins

6- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016

7- Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires | Legifrance [Internet]

8- Décret n° 2017-522 du 11 avril 2017 modifiant le décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoire | Legifrance [Internet]

9- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009. article L.6314-2 du code de santé publique

10- Corege D, Samu 71 (2007), Le risque médico-légal de la régulation médicale. Congrès Urgences. Paris. SFMU 2007.

11- Giroud M. La régulation médicale en médecine d'urgence. Réanimation. déc 2009;18(8):737-41.

12- Penverne Y, Jenvrin J, Debierre V, Martinage A, Arnaudet I, Bunker I, et al. Régulation médicale des situations à risque. In: Conférence Congrès Urgences Paris

[Internet]. 2011 [cité 14 mai 2017]. p. 1015–1033. Disponible sur: http://www.amiform.com/web/documentation-regulation-medicale-liberale/089_penverne.pdf

13- Desmettre, T., Jenvrin, J., Freysz, M. et al. Ann. Fr. Med. Urgence (2013) 3: 14. doi:10.1007/s13341-012-0255-4

14- Desmettre, T. Ann. Fr. Med. Urgence (2014) 4: 4. doi:10.1007/s13341-013-0398-7

15- Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. 95-1000 sept 6, 1995.

16- Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>

17- Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2003-880 sept 15, 2003.

18- 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 la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) | Legifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006051504>

19- GRALL DJ-Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences [Internet]. Juillet; 2015. Disponible sur: http://www.snphpu.org/files/20150727_20150706RapportTerritorialisationdesUrgences.pdf

20- N° 1205 - Rapport d'information de M. Philippe Boënnec déposé par la délégation de l'Assemblée nationale à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1205.asp>

21- Rapport de mission par Philippe RITTER « Mission de préfiguration de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux » (ANAP). Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2008. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-mission-par-philippe-ritter-mission-de-prefiguration-de-l-agence>

22- N° 697 - Rapport d'information de M. Yves Bur déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales,

en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les agences régionales de santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0697.asp>

23- RAPPORT LARCHER 2008 - Recherche Google. [cité 14 mai 2017].

24- Code de la santé publique - Article R4127-47. Code de la santé publique.

25- Code de la santé publique - Article R4127-77. Code de la santé publique.

26- Bilan démographique 2016 | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>

27- Consommation de soins et de biens médicaux en 2015 | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2384340#tableau-Donnes>

28- Atlas de la démographie médicale 2015 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>

29- Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins - IRDES [Internet]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>

30- Bessière S. La féminisation des professions de santé en France: données de cadrage. *Revue française des affaires sociales*. 2005;(1):17–33.

31- Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. *Questions d'économie de la santé*. 2009;(144)

32- Atlas de la démographie médicale 2016. [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

33- Le fonds d'intervention régional (FIR) [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2015. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fond-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regional-fir>

34- Atlas de la démographie médicale 2016. [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

9 ANNEXES

9.1 Annexe 1 : Les principaux textes législatifs régissant la permanence des soins

9.1.1 Le code de déontologie médicale (15)

En France, la déontologie médicale est réglementée par un code de déontologie établi par le décret n°95-1000 du 6 septembre 1995, et le Conseil de l'Ordre des Médecins chargé du respect de ces dispositions (art.1 du décret). Ce code s'impose à tout médecin. On retrouve deux articles abordant le thème de la permanence des soins, et constituant, avant 2003, la seule base juridique de la PDS :

- L'article 47 stipulant que « 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 en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ». Le médecin ne participant pas à la PDS doit donc s'assurer de la bonne prise en charge de ses patients.
- L'article 77 dit que « Dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux gardes de jour et de nuit ». Cependant le décret 2003-881 du 15 septembre 2003 modifie cet article pour l'adapter à la nouvelle organisation de la PDS. Le caractère obligatoire de la participation à la PDS est délaissé au profit d'un système basé sur le volontariat des médecins généralistes. Le nouvel article 77 (article R 4127-77 du code de la Santé Publique) est ainsi formulé : « Il est du devoir du médecin de participer à la PDS dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».

La mise en place d'une permanence des soins sur la base du volontariat ne remet pas en cause l'application de l'article 47. Des lors, le médecin non volontaire doit, au titre du principe de continuité des soins, s'assurer que ses patients seront bien pris en charge.

9.1.2 Le code de santé publique (16)

On retrouve également de nombreux articles dans le code de santé publique, toujours dans un objectif d'harmoniser les pratiques et consolider cet édifice qu'est la PDSA.

- Les articles R6311-1 et R6311-2 traitent des “services d'aide médicale urgente”, dans “les délais les plus rapides”, de “l'écoute médicale permanente” et de s'assurer de la “disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient” ;
- L'article R6311-6 afin de “ répondre dans les délais les plus brefs aux demandes d'aide médicale urgente, les centres de réception et de régulation des appels mentionnés à l'article L. 6112-5 sont dotés d'un numéro d'appel téléphonique unique” ;
- L'article R6311-8, modifié par Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 - art. 3, rappelant que les CRRA permettent, grâce au numéro d'appel unique, de garantir en permanence l'accès immédiat de la population aux soins d'urgence et la participation des médecins d'exercice libéral au dispositif d'aide médicale urgente. Les médecins libéraux participent à la régulation au sein du service d'AMU organisée par le directeur général de l'agence régionale de santé en dehors des périodes de permanence des soins définies à l'article R. 6315-1, si les besoins de la population l'exigent ;
- L'article R6311-13 rappelle que les médecins, inscrits au tableau de permanence mentionné à l'article R. 6315-2, restent disponibles et tiennent le CRRA informés du début et de la fin de chacune de leurs interventions ;
- L'article R6313-1, modifié par Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 - art. 1

Dans chaque département, un CODAMUPS, veille à la qualité de la distribution de l'AMU, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional défini à l'article R. 6315-6 ;

- Article R6313-1-1, créé par Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 - art. 1 renseigne sur la composition du CODAMUPS ;
- L'article R6313-4, modifié par Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 - art. , indique le rôle du CODAMUPS, qui évalue chaque année l'organisation de la permanence des soins et propose les modifications qu'il juge souhaitables dans le cadre du cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- L'article R6315-1, modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 214 indiquant que « La PDSA prévue à l'article L. 6314-1 est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20h à 8h les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins. La PDSA peut, en outre, être organisée, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, pour tout ou partie des secteurs du département : Le samedi à partir de midi ; le lundi lorsqu'il précède un jour férié ; le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié. Cette permanence est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le comité départemental mentionné à l'article R. 6313-1 ». La notion de sectorisation des départements est également évoquée dans cet article.
- L'article R6315-2 rappelle qu'un « tableau nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins mentionnés à l'article R. 6315-1 qui sont volontaires pour participer à cette permanence ou par les associations qu'ils constituent à cet effet. Ce tableau est transmis, au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins qui vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice ».
- L'article R6315-3, modifié par Décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 - art. 2 JORF 28 déc. 2006 notifie que « l'accès au médecin de permanence fait

l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le service d'aide médicale urgente. Toutefois, l'accès au médecin de permanence peut également être assuré par des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le service d'aide médicale urgente." Il est également indiqué que "la participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du service d'aide médicale urgente peut être organisée en dehors des périodes de permanence des soins définies à l'article R. 6315-1, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée ».

- L'article R6315-4, confirme que « les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat ».
- L'article R6315-5 permet au « médecin de permanence d'intervenir auprès du patient par une consultation ou par une visite ».
- L'article R6315-6, modifié par Décret n°2012-271 du 27 février 2012 - art. 2 indique que « les principes d'organisation de la permanence des soins font l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

9.1.3L'évolution des textes de loi de 2003 à ce jour : du rapport Descours à la loi HPST

9.1.3.1Le rapport Descours de janvier 2003 (2)

Un rapport dirigé par le sénateur honoraire Charles Descours, rend ses conclusions le 22 janvier 2003 et constitue une base dans l'organisation de la PDS des médecins d'exercice libéral, et va déterminer les modifications à entreprendre pour refondre le système de la PDS en France.

Ce groupe de rapport est constitué des différents syndicats des médecins libéraux et hospitaliers, de représentants de l'Etat, de l'Assurance maladie et des usagers.

Leur mission est de définir la mission de permanence des soins et d'analyser les obligations déontologiques qui lui sont associées ainsi que de définir les solutions susceptibles d'être mises en œuvre pour garantir un égal accès aux soins.

Ce rapport met en avant les difficultés rencontrées pour répondre aux besoins de soins non programmés et essaye de promouvoir un système cohérent qui tienne compte des besoins réels de la population, des caractéristiques géographiques, de la démographie médicale et des dispositifs de PDS pré-existants.

Tout d'abord, ce rapport modifie l'article 77 du code de déontologie médicale qui stipulait que la participation à la PDS était un devoir pour tout médecin. Celle-ci base désormais la participation des médecins à la PDS sur le volontariat. "Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent."

Ensuite, le deuxième point important de ce rapport est l'apparition des médecins libéraux dans "la régulation des demandes de soins non programmés." Celle-ci doit être unique, centralisée par un numéro unique d'appel, le 15, le siège du centre 15 constituant le centre de régulation au sein duquel médecins libéraux et hospitaliers travaillent en collaboration.

Enfin le troisième point important concerne la sectorisation des zones de garde, des départements. Le maillage du territoire devant être le plus efficace pour une réponse adaptée. Les médecins s'organisent sur ses secteurs pour établir un tableau départemental de permanence.

Le CODAMU (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et des transports sanitaires) devient ainsi le CODAMUPS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des transports sanitaires et de la Permanence des Soins) pour inclure l'utilisateur. Il a pour mission d'évaluer les besoins et de valider les modes d'organisation proposés par chaque groupe d'acteur. Il élabore le cahier des charges fixant les modalités d'organisation de la régulation. Il évalue régulièrement l'organisation de la PDS et peut proposer des modifications éventuelles.

9.1.3.2 Décret 2003-880 du 15 septembre 2003 et circulaire n°

857/DHOS/01/2003 du 12 décembre 2003 (17)

Il s'agit de l'aboutissement de l'ensemble des réflexions émises jusqu'à maintenant et aboutissent au premier texte officiel instaurant les modalités de la nouvelle PDS.

La sectorisation :

Chaque département est divisé en secteur de soins, dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques et en tenant compte de l'offre de soins existante, par arrêté préfectoral.

Un effecteur, le médecin libéral, doit être présent dans chaque secteur en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés de 8h à 8h le lendemain par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres. Cela va permettre de diminuer le nombre de médecin libéraux de garde par département, et donc de diminuer la fréquence des gardes par médecin.

Cette permanence est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le comité départemental.

Le tableau départemental nominatif :

Dans chaque secteur un tableau départemental nominatif des médecins de permanence est élaboré pour trois mois minimum par les médecins qui sont volontaires pour participer à cette permanence ou par les associations qu'ils constituent. Ce tableau est transmis, au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins qui le transmet à son tour dans les dix jours au moins avant sa mise en œuvre au préfet, au SAMU, aux médecins concernés entre autres.

La régulation médicale des appels provenant de la PDSA :

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable. Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.

A la demande du médecin chargé de la régulation médicale, le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou, le cas échéant, par une visite.

Un cahier des charges départemental fixe les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation. L'arrêté du 12 décembre 2003 complète ce décret en précisant la sectorisation de la PDS en fonction des besoins

ainsi que les moyens de coordination entre les médecins régulateurs et les médecins effecteurs.

Rôle des hôpitaux locaux dans la PDSA :

Ces derniers peuvent proposer des locaux ou une aide paramédicale aux effecteurs, pour la mise en place des maisons médicales de garde.

9.1.3.3 Loi 2004-810 du 13 août 2004

C'est la loi fondatrice des Missions Régionales de Santé (MRS). Les MRS sont constituées de l'ARS et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).

La Mission régionale de santé formule des propositions aux préfets pour l'organisation de la permanence des soins.

9.1.3.4 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 (18)

Il est rappelé dans ce décret :

Complémentarité des acteurs de soins.

Passage obligatoire par la régulation médicale dans le but d'aboutir à une consultation ou une visite.

La création possible d'un centre d'appel des associations de permanence des soins pour accéder au médecin de permanence. Ce centre doit être en interconnexion avec le centre 15 et doit faire l'objet d'une convention avec le SAMU, approuvée par le CODAMUPS

Des adaptations locales peuvent être apportées dans les cahiers des charges départementaux, et pourront prévoir l'adaptation des secteurs et des horaires de permanence selon les périodes de l'année.

Les MRS ne joueront qu'un rôle d'instance consultative, leurs propositions devant être validées par le CODAMUPS.

L'avenant n° 4 de la convention médicale nationale organisant les rapports entre

médecins libéraux et l'assurance maladie est paru au Journal Officiel du 1er juin 2004. Elle prévoit une participation de l'assurance maladie à la rémunération de la régulation médicale (3C/h pour les médecins libéraux y participant). On note également la prise en compte de la place des spécialistes et urgentistes d'établissements privés dans l'organisation de la permanence des soins.

9.1.3.5 Le rapport Grall d'août 2007 (19)

Ce rapport met en évidence les difficultés croissantes rencontrées dans l'organisation de la PDSA. Il décrit l'usure progressive du volontariat et la croissance inexorable des dépenses, sans contrepartie d'efficacité.

L'accès aux soins est inégal. La mauvaise répartition des professionnels sur le territoire, malgré les aides accordées pour l'installation en zone déficitaire, et les évolutions du corps sociétal influent sur la bonne marche de la permanence des soins.

Souhaitant remettre le patient au coeur du système, et en vue d'établir un dispositif permettant de répondre de façon adaptée à la demande non programmée d'aide médicale de la population sur l'ensemble du territoire, le docteur Grall propose alors une série de préconisations. Le rapport envisage une approche nouvelle du système de permanence des soins en mettant l'accent sur trois priorités : la réforme des structures, la régulation, et le volontariat.

Il propose une nouvelle organisation, homogène, assurant un accès permanent à un médecin tout en restant économe en temps médical et sans redondances. Il préconise donc le décloisonnement des offres de soins libérale et hospitalière en créant une articulation visible entre elles par la création de points fixes de garde, idéalement placés à proximité des services d'urgence, et de régulations mixtes, libérales et hospitalières. Il souhaite maintenir une régulation sur la base du volontariat. Il insiste sur la nécessité d'informer et de responsabiliser la population.

9.1.3.6 Le rapport Boennec d'octobre 2008 (20)

Le rapport Boennec reprend la ligne directrice du rapport Grall avec la création des ARS. Il confirme la nécessité d'une mise en commun des moyens libéraux et hospitaliers. Il affirme la nécessité de mettre fin aux garde en nuit profonde, d'où l'importance d'une dissociation des périodes de la PDSA avec un basculement

systématique de celle-ci vers les établissements de santé en nuit profonde. La modification de la gouvernance du système de santé par la création des ARS est l'opportunité ré-organiser la PDS en mettant un terme aux divisions organisateur/financeur et médecine libérale/hospitalière. Il propose d'unifier le pilotage de la PDS sous l'égide de l'ARS en fondant les multiples sources de financement de la PDS et l'AMU en une unique enveloppe et en mutualisant les ressources humaines et matérielles de la PDS et de l'AMU en fonction d'un unique schéma régional. Ce rapport insiste également sur l'enjeu d'une formation des jeunes médecins à l'exercice de la médecine de premier recours pour mieux les mobiliser. Les principes d'information et de responsabilisation de la population sont repris dans un objectif de rationalisation des comportements en matière de permanence des soins.

9.1.3.7 La loi HPST du 21 juillet 2009 (9)

La loi HPST "hôpital, patients, santé, territoires" a été élaborée à l'issue d'un long processus de concertation et d'échanges.

De novembre 2007 à avril 2008, les EGOS (Etats généraux de l'Organisation de la Santé) se penchent sur la répartition des professionnels de santé sur le territoire et sur leurs missions. L'objectif est de placer l'accessibilité des soins au premier rang des priorités dans la modernisation du système de soins afin de garantir aux citoyens une égalité d'accès aux soins, en améliorant la répartition des professionnels de santé sur le territoire.

Quatre missions menées en étroite collaboration, consacrées respectivement à l'organisation territoriale (mission RITTER), à l'hôpital (mission LARCHER), à la prévention et santé publique (mission FLAJOLET) et à l'organisation de la santé (mission BERLAND PODEUR) sont à l'origine de la création de la loi HPST. L'objectif de ces missions étant d'améliorer la qualité, l'efficience et l'accès aux soins pour tous.

Le rapport Ritter (21)

Ce rapport va concerner la création des ARS. Les enjeux de sa mission vont être la nécessité d'un pilotage unifié au niveau régional permettant de mieux adapter les politiques aux spécificités territoriales, un renforcement du caractère préventif des politiques de santé sur un territoire, pour une meilleure réponse aux besoins locaux,

mais également le renforcement de la territorialisation des politiques de santé et la réorganisation de l'offre de soins de santé primaires

Les ARS seront chargées d'organiser la permanence des soins, la garde ambulancière, la garde pharmaceutique et la garde dans le secteur dentaire. L'ARS doit disposer à la fois du pouvoir de décision (le CODAMUPS doit être placé auprès de l'ARS) et de financement (fixation des astreintes, financement de la régulation, financement des maisons médicales de garde notamment). Elles seront chargées également de répartir et structurer l'offre de soin sur le territoire.

Le rapport Bur (22)

Il est constaté un cloisonnement important entre la médecine de ville, l'hôpital et le médico-social, qui nuit à l'efficacité du système. A cela s'ajoute la complexité du système de répartition des compétences entre l'État et l'assurance maladie, qui se répercute à l'échelon régional où l'on trouve actuellement une répartition des compétences complexe entre l'ARH, l'assurance maladie et la DRASS.

Il doit en effet y avoir une profonde cohérence entre l'organisation des ARS et la répartition générale des compétences entre l'Etat et l'assurance maladie, notamment en matière de régulation des dépenses de santé.

Le présent rapport décrit les deux principaux scénarios de réforme envisageable :

Soit les ARS cumulent les fonctions de planification de l'offre de soins et de régulation des dépenses de santé, intégrant les services compétents de l'assurance maladie : cela simplifierait radicalement le pilotage du système, au risque que les ARS soient accaparés par leur activité de planification au détriment de la recherche des gains d'efficacité ;

Soit les ARS se concentrent sur les fonctions d'organisation de la prévention et de l'offre de soins, en dialogue avec un organe régional de l'assurance maladie aux missions recentrées sur la régulation des dépenses.

Le rapport Larcher (23)

Le rapport Larcher, sur l'évolution des missions de l'hôpital, apparaît en avril 2008. Il est en majorité porté sur l'organisation territoriale, le pilotage de l'hôpital et l'assouplissement de son statut, la contractualisation de membres du personnel, la permanence des soins et les urgences, les maisons de santé et l'hôpital local, l'enseignement et la recherche.

Un de ses objectifs est d'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.

Il insiste sur le développement d'une offre coordonnée de proximité par la poursuite des travaux relatifs aux centres et maisons de santé; et la prise en compte du rôle des hôpitaux locaux dans le développement de ces centres et maisons de santé. Il convient de distinguer les soins non programmés qui pourraient relever d'une prise en charge ambulatoire et ceux qui impliquent une hospitalisation, qui appellent une meilleure coordination entre acteurs.

La commission a tout particulièrement souhaité insister sur le devoir que constitue, pour les médecins de ville, la participation à la permanence des soins.

Elle recommande :

D'investir les futures ARS d'une mission d'organisation globale de l'offre de soins non programmés.

De réguler le recours aux urgences : régulation et transport. L'importance d'une régulation conjointe et si possible sur un même lieu pour le SAMU et la permanence des soins ambulatoires doit être réaffirmée, comme la nécessité de mieux informer la population sur le dispositif. Le développement des outils de télécommunication et systèmes d'informations permettant un basculement des systèmes de gestion extrahospitalières doit être également soutenu. L'organisation des transports sanitaires doit être programmée en même temps que la répartition territoriale des sites hospitaliers de prise en charge des urgences. Cela doit aussi contribuer à un meilleur recours à l'offre de soins ambulatoire pour les personnes privées de moyens de transport.

De mutualiser l'organisation de la prise en charge des soins non programmés au niveau territorial. Cela implique de rechercher, lorsque cela est possible, une coopération public-privé. Les contraintes liées à la permanence, le vieillissement de certains praticiens et leur nombre limité dans certains territoires plaident en faveur d'une mutualisation des gardes et des astreintes entre les praticiens des différents établissements.

D'adapter l'organisation de la prise en charge des soins non programmés à l'hôpital. En effet des modalités d'accès direct aux services hospitaliers sans passage par les urgences pour des pathologies ou des publics spécifiques doivent également être organisées : notamment pour les unités neurovasculaires et cardiologique quand le diagnostic a été posé au cours de l'intervention médicale.

La loi HPST (9)

Le projet de loi est présenté le 22 octobre 2008 par Roselyne Bachelot au conseil des ministres. La loi paraît au journal officiel du 22 juillet 2009.

La PDSA est une mission de service public, inscrite dans la loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009, dont l'objectif est de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermetures habituelles des cabinets.

L'article 36 de cette loi concerne l'accès à tous à des soins de qualité. Il comporte notamment la création de l'article L4130-1 du code de la santé publique, précisant les missions du médecin généraliste de premier recours et notamment sa participation à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L6314-1.

Les dispositions de l'article 49 de la loi n° 2009-584 du 21 juillet 2009, dite HPST (article L.6314-1), réforment la permanence des soins, dont l'efficience a parfois été contestée. La loi HPST réaffirme que la permanence des soins est une mission de service public c'est une mission de service public. Elle ajoute qu'elle est assurée en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins libéraux et ceux des centres de santé. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y participer selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé.

La loi réorganise les modalités de régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'AMU accessible sur l'ensemble du territoire et par un numéro téléphonique national .

9.1.3.8La loi santé du 26 janvier 2016 (6)

Le décret du dimanche 24 juillet 2016 vient en application de l'article de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, qui vise à mettre fin à la coexistence d'une multiplicité de numéros d'appels.

"La régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est

accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente", dispose la loi, qui laisse le soin au directeur général de chaque ARS de faire ce choix pour sa région.

Si le directeur général de l'ARS opte pour le 15, "l'accès à la régulation téléphonique de permanence des soins ambulatoires reste toutefois accessible par le numéro national de permanence des soins".

La loi précise que la régulation "est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec le 15 dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels".

Le numéro attribué pour la PDSA par le décret est le 116 117. Il devait entrer en vigueur au 24 janvier 2017, puis en avril 2017, mais ne le sera qu'en janvier 2018

Désormais, "l'accès au médecin de la permanence des soins ambulatoires fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national, par le numéro national de permanence des soins (116 117) ou par le numéro national d'aide médicale urgente (15)".

Actuellement, seuls trois régions (Corse, les Pays de la Loire et la Normandie) expérimentent le numéro d'appel unique gratuit (116117), qui devrait entrer en vigueur pour l'ensemble de la France le 15 janvier 2018.

9.2 Annexe 2 : Historique de la PDSA en France

9.2.1 La PDSA avant 2003

9.2.1.1 Quelques dates importantes

- 6 février 1979 : Création des Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA), dans le but de recevoir les appels du public, d'assurer la coopération entre structures hospitalières et extrahospitalières, entre service public et médecine privée.
- 6 janvier 1986 : Création des Comités Départementaux de l'Aide Médicale d'Urgence (CODAMU), qui sont chargés d'organiser l'AMU au niveau départemental.
- 30 novembre 1987 : Décret définissant la composition du CODAMU
- 16 décembre 1987 : Décret déterminant les mission du SAMU et officialisant le 15 comme numéro d'appel unique. Ce décret précise également la participation des médecins libéraux à la CRRA.
- 28 décembre 1988 : Circulaire affinant la définition de l'organisation du SAMU, placé sous l'autorité du centre hospitalier. Les CRRA font parti intégrante du SAMU.
- Février 1992 : Circulaire faisant référence à un souhait d'une véritable organisation en réseau de l'AMU, avec la participation des médecins libéraux au cabinet.

9.2.1.2 Cadre juridique

Avant 2003, la PDSA ne bénéficie pas d'un cadre juridique précis. Elle est très hétérogène sur tout le territoire.

Selon l'article 47 du code de déontologie médicale, « *quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. 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* » **(24)**.

Certains praticiens, en accord avec cet article, prennent en charge eux-mêmes la suite de soins de leur propre patientèle restant joignables 7j/7 et 24h/24.

D'autres regroupés en secteurs, sous l'égide du Conseil Départemental de l'Ordre, constituent des tableaux de garde chaque mois afin de proposer un service de permanence de soins la nuit, le dimanche et les jours fériés conformément à l'article 77 du code de déontologie médicale **(25)**. Cet article explique que « *la permanence des soins est un devoir de tout médecin de participer aux service 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* ».

Cette organisation très hétérogène sur l'ensemble du territoire atteint ses limites devant une demande de soins toujours croissante, un déclin de la démographie médicale et un changement du mode d'exercice des praticiens conduisant aux changements de la permanence des soins.

9.2.2 Les limites de cette organisation de la PDSA

9.2.2.1 Augmentation de la demande de soins

La population française est une population vieillissante et en constante augmentation. On comptait 58,3 millions d'habitants en 1996 dont 15,2% de plus de 65 ans, aujourd'hui on compte 66,99 millions d'habitants, dont 12,85 millions de plus de 65 ans soit 19,2% de la population **(26)**. La croissance de la population associée à son vieillissement a entraîné une explosion de la consommation de soins et de biens médicaux avec un coût annuel passant de 98 milliards d'euros en 1995 à 194,6 milliards en 2015 **(27)**.

On note également un changement des comportements de la population avec un acte médical se banalisant et à présent considéré comme un simple service dans une société de consumérisme et une nécessité de l'immédiat, de l'instantané et une certaine exigence, tant sur les délais que sur la qualité, ne laissant aucune place à

l'interrogation. L'expression des besoins a changé et le taux de recours au médecin a augmenté.

9.2.2.2 Evolution de la démographie médicale

Au début des années 70, les pouvoirs publics ont assisté à une augmentation rapide du nombre de médecins, menant à réguler l'offre de soins ambulatoire par l'instauration d'un *numerus clausus* en 1978. Permettant dans un premier temps une stabilisation puis à partir de 2007, un déclin de la démographie médicale au niveau des effectifs en médecine générale. Le nombre de médecin généraliste est passé de 64 778 en 2007 à 58 104 en 2015, soit une baisse 10,3%, et une baisse de 6,8% est à prévoir pour les années 2015-2020 **(28)**.

On assiste également à une féminisation du corps médical. En 2008, 39% des médecins généralistes sont des femmes. Et la féminisation va s'accroître encore davantage avec 52% de médecins femme prévu à l'horizon 2025 alors qu'elle était de 42,4 % en 2014. Actuellement, dans certaines facultés, le taux d'étudiantes est de 64 % **(29)**.

Une féminisation de la profession ayant conduit les praticiennes à choisir des rythmes de travail salariés et à temps partiel plus en accord avec les rôles sociaux et familiaux que les femmes s'assignent.

La féminisation de la profession entraîne une diminution du temps médical en raison des congés maternités mais surtout des tâches quotidiennes de la vie de famille, lesquelles sont encore essentiellement effectuées par les femmes, comme le démontre des études récentes **(30)**. Cette réalité mérite toutefois d'être modulée en fonction des générations, les médecins du sexe masculin revendiquant de plus en plus une vie personnelle participative sans interférence avec leur vie professionnelle. Pour les nouvelles générations de médecins, le sentiment général est que les conditions d'exercice professionnel ne doivent plus retentir sur la qualité de vie.

De plus, la modification du comportement des jeunes médecins, qui désirent massivement vivre en ville, creuse les écarts de densité entre les zones rurales et les zones urbaines. Ainsi la densité des nouveaux médecins généralistes s'installant en zone rurale isolée est trois fois plus faible que celle des pôles urbains. Cette désaffection pour le mode d'exercice libéral se fait au profit du secteur hospitalier ou pour le mode d'exercice salarial.

Confronté à une population âgée et dépendante qui reste à son domicile le plus longtemps possible, le médecin doit consacrer une grande partie de son temps à la coordination des soins entre les différents professionnels de la santé (infirmiers, kinésithérapeutes etc.). L'exercice solitaire et individuel de la médecine se raréfie, au profit des cabinets de groupe **(31)**.

Il n'est pas rare actuellement, notamment en zone rurale, de voir partir en retraite des médecins généralistes sans même avoir trouvé de remplaçant. De plus, de nombreux médecins généralistes ont des difficultés à trouver un remplaçant, aussi bien pour les week-ends que pour les congés, si bien que pendant ces périodes les cabinets restent fermés.

La démographie médicale suit directement les modifications de la démographie française. D'après l'INSEE, 95 % de la population française vit sous l'influence d'une ville et 5% dans de petites communes rurales ou petites villes. Par ailleurs, le lieu d'installation des MG est lié entre autres, à la profession du conjoint et à un souhait de cadre de vie adapté à l'ensemble de la famille (réseau de transport développé, activités socio-culturelles variées, éducation des enfants etc.).

La durée moyenne de travail d'un médecin généraliste varie entre 52 et 60 heures par semaine en 1999, en France **(32)**.

Le 15 novembre 2001, débute la grève des gardes de nuit par les médecins généralistes. Les conditions d'exercice de la médecine ont changé au cours des dernières années en raison de l'évolution technologique, des exigences grandissantes des malades et des contraintes exercées par les caisses d'assurance-maladie. Ils revendiquent une revalorisation des honoraires des consultations et des visites, mais surtout une amélioration des conditions de travail en garde.

Annoncée pour une durée illimitée à compter du 15 novembre 2001, la grève a été largement suivie. Devant l'encombrement des CRRA du SAMU et pour réduire l'afflux des patients aux urgences des hôpitaux, de nombreux préfets ont procédé à des réquisitions autoritaires. Pour protester contre ces procédés, le mouvement de grève s'est durci et a été étendu à partir du 7 décembre 2001 aux gardes des week-ends et des jours fériés.

A l'époque un médecin généraliste effectue en moyenne une garde de nuit par

semaine, au cours de laquelle il reçoit les appels. S'y ajoutent les gardes de week-end, en moyenne une toutes les sept semaines. Elles se déroulent du samedi midi au lundi matin 8 heures, et comportent donc deux nuits. Aucune de ces gardes ne donne lieu à un repos compensateur. Alors que les médecins urgentistes se voient appliquer la semaine de 48h avec récupération obligatoire le lendemain des gardes de nuit, les médecins généralistes n'ont aucune reconnaissance de la pénibilité de leur travail.

La charge de travail que ces gardes engendrent conduit un certain nombre de praticiens à demander la fin de leur obligation. Refusant massivement le principe des gardes obligatoires, ils ont demandé que soit abrogé l'article 77 du Code de déontologie médicale qui prévoit que la participation au service de garde est « un devoir pour tout médecin ».

Une large majorité de médecins refuse le principe des gardes obligatoires et souhaite que soit mis en place un système fondé sur le volontariat avec rémunération de l'astreinte. Les caisses d'assurance-maladie considèrent que la permanence des soins est une mission de service public dont le financement revient à l'État. Les revendications des médecins concernent la revalorisation de leur travail par une augmentation des honoraires à 23 euros ainsi que la mise en place d'une permanence des soins libérale.

La recherche d'une sortie de crise conduite par les ministres de la Santé les années suivantes, sera à l'origine de la revalorisation des honoraires de la consultation aussi bien en journée que pendant les gardes, puis débouchera sur une réforme de l'organisation de la permanence des soins.

9.3 Annexe 3 : La PDSA et la démographie médicale

D'après le conseil national des médecins, la démographie médicale sur la période s'étalant de 2007 au 1^{er} janvier 2016 est stable **(33)**. Cependant le nombre de médecin retraité est en très forte hausse, avec une augmentation de plus de 87%. La chute devrait se poursuivre avec le départ d'un médecin sur quatre à l'horizon 2025. Le mode d'exercice reste stable avec un équilibre entre les médecins libéraux et les médecins salariés.

Concernant les pratiques, on note une hausse de 17% des médecins inscrits à l'ordre exerçant une activité de remplaçant.

Il est à noter qu'au 1^{er} janvier 2016, les médecins inscrits en activité régulière au tableau de l'Ordre sont âgés en moyenne de 51,3 ans. Les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 27,1% des effectifs alors que les médecins âgés de moins de 40 ans représentent 18,6% des effectifs. Les femmes représentent 49% de cette population médicale de médecin en activité régulière.

Devant le vieillissement de la population médicale, et la féminisation de la profession, la permanence des soins se doit d'avoir une organisation et un fonctionnement exemplaire et efficace.

Devant de profondes inégalités de répartition des médecins sur le territoire français et un consumérisme de soins croissant une implication encore plus grande de la régulation médicale dans la PDSA est nécessaire. Son objectif va être de réduire la pénibilité de la garde pour l'effecteur et donc d'augmenter la fréquence des gardes et de rendre plus attractive l'inscription au tableau de garde.

9.4 Annexe 4 : Financement de la permanence des soins ambulatoires

Au 1er mars 2012, la permanence des soins est financée par le fonds d'intervention régional (FIR), créé par l'article 65 de la loi n°2011-1906 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Dans le cadre du vote de l'article 56 de la LFSS pour 2015, le FIR voit ses missions réorganisées en cinq axes stratégiques qui s'inscrivent dans le cadre de la stratégie nationale de la santé **(34)** :

- promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;
- permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- développement de la démocratie sanitaire.

Conformément à la circulaire n°SG/2015/152 du 28 avril 2015, les moyens dédiés dans le cadre du FIR en 2015 doivent plus particulièrement concourir aux projets de restructuration de l'offre de soins dans le cadre du plan triennal 2015-2017. Le renforcement de l'efficacité du système de soins, ainsi que sa transformation progressive afin de le rendre encore plus adapté aux besoins du patient par le développement des prises en charge ambulatoires, constitue une priorité de l'exercice 2015.

Les ressources du FIR sont constituées par une dotation de l'assurance maladie correspondant au sous-objectif ONDAM, une dotation de l'Etat, une dotation de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

Pour 2017, l'enveloppe du FIR est 3,254 milliards d'euros, répartis entre les 17 agences régionales de santé. Le montant des crédits attribués aux ARS est fixé chaque année par arrêté. Les priorités d'utilisation de ces crédits sont détaillées dans

une circulaire. Cette réforme vise à confier aux ARS la gestion budgétaire et comptable du fonds, à l'exclusion des paiements directement versés aux professionnels de santé, et permettre une gestion pluriannuelle des crédits conformément à l'objectif du fonds de mener à bien des opérations de transformation du système de santé.

9.5 Annexe 5 : Sectorisation de la PDSA dans la Vienne



9.6 Annexe 6 : Feuille de rappel initiale

DEVENIR DES PATIENTS REGULES PAR LA MEDECINE LIBERALE
EN NUIT PROFONDE AU CENTRE 15 du CHU de POITIERS
(00h00- 08h00)

N° de Dossier :

Nom :

Prénom :

Heure et date d'appel :

Motif d'appel :

Décision prise/ Orientation donnée :

Nouvel interrogatoire le lendemain/ attitude du patient (ce qu'il a fait, s'il a suivi l'orientation) :

Décision prise après rappel du patient :

9.7 Annexe 7 : Feuille de rappel adaptée après pré-étude.

DEVENIR DES PATIENTS REGULES PAR LA MEDECINE LIBERALE
EN NUIT PROFONDE AU CENTRE 15 du CHU de POITIERS
(00h00- 08h00)

N° de Dossier :

Nom :

Prénom :

Heure et date d'appel :

Motif d'appel :

Décision prise/ Orientation donnée :

Nouvel interrogatoire le lendemain/ attitude du patient (ce qu'il a fait, s'il a suivi l'orientation) :

Décision prise après rappel du patient :

Satisfaction :

9.8 Annexe 8 : Les cas d'évolution défavorable

- Homme de 21 ans appelant initialement pour vomissements simples non fébrile, et ayant reçu comme conseil initial de prendre un traitement symptomatique. Lors du rappel le patient présente toujours des vomissements, mais associés à des diarrhées, une asthénie et une intolérance hydrique et alimentaire : il reçoit comme nouveau conseil de consulter son médecin traitant.
- Garçon de 7 ans présentant des vomissements isolés. Le conseil sera un traitement symptomatique, puis de consulter son médecin traitant ensuite. Lors du rappel les vomissements se sont taris, mais l'enfant présente des douleurs abdominales avec de la fièvre, et une hypotonie : Le nouveau conseil donné est de consulter aux urgences. Il viendra et le diagnostic de gastro-entérite virale sera confirmé, l'enfant regagne son domicile.
- Femme de 19 ans, appelant pour palpitation sans douleur thoracique survenue au décours d'un épisode de gastro-entérite. Le conseil initial sera de consulter son médecin traitant. Lors du rappel, la patiente présente des céphalées, avec des vomissements, sans symptomatologie cardio-respiratoire. Or en reprenant l'interrogatoire la patiente n'a pas de carte vitale, pas de papier.. Le conseil lors du rappel sera de se rendre aux urgences adultes ou le diagnostic retenu sera celui de gastro-entérite aiguë virale.
- Enfant de 2 mois, présentant une éruption cutanée sans fièvre. L'appel a lieu dans la nuit du samedi au dimanche. Le conseil reçu en nuit profonde est de consulter le médecin traitant le lundi. Lors du rappel le nourrisson reste apyrétique, mais la mère décrit une extension de la lésion cutanée, avec un état général conservé. L'enfant est alors adressé au médecin de garde de la permanence des soins.
- Nouveau né de 25 jours présentant une symptomatologie évocatrice d'un reflux gastro-oesophagien quelques secondes après prise du biberon. Le conseil donné initialement sera de respecter des mesures hygiéno-diététiques, à savoir de fractionner les repas, proclive lors du coucher. Lors du rappel le nouveau né est hypotonique, présente maintenant des vomissements avec pâleur motivant un transfert aux urgences. Le poids est stable, l'enfant présente des reflux, il regagnera son domicile.
- Jeune femme de 18 ans présentant des douleurs pelviennes, non latéralisées,

non fébriles, inhabituelles, sans signes fonctionnels urinaires. Il lui est alors conseillé de consulter aux urgences. Lors du rappel, le médecin constate qu'elle ne s'est pas rendue aux urgences, alors qu'il persiste un fond douloureux. Il n'existe pas de signes de gravité, le nouveau conseil donné est de consulter son médecin traitant le lendemain.

- Enfant de 7 mois pour lequel les parents appellent devant signes de rhinite, avec fièvre bien tolérée, avec bonne hydratation. Il y a alors prescription médicamenteuse téléphonique de PARACETAMOL et conseil de consulter le médecin traitant le lendemain. Le rappel rapporte une fièvre à 39°C, un enfant geignard, pâle, hypotonique refusant le biberon. Il est adressé aux urgences pédiatriques.
- Homme de 64 ans sans antécédents cardio-vasculaires, se plaignant de palpitations et d'une sensation de douleur thoracique au repos. Conseil de voir son médecin traitant. Lors du rappel le lendemain matin, le patient décrit toujours une gêne thoracique, s'accompagnant cette fois-ci d'un engourdissement du bras gauche. Le patient reçoit le conseil de venir aux urgences, il sera hospitalisé en neurologie. Un AIT est suspecté.
- Jeune femme de 19 ans, présentant un tableau de VPPB, à qui on conseil de consulter son médecin traitant le lendemain. Lors du rappel, les vertiges persistent avec des vomissements et des chutes avec difficultés à se relever. Il lui est conseillé de se rendre aux urgences.
- Femme de 28 ans, décrivant une éruption cutanée à type d'urticaire sans gêne respiratoire quelques minutes après la prise de sirop antitussif maxilase. Le conseil initial donné est d'arrêter la prise de sirop, puis de prendre un antihistaminique, et de consulter son médecin traitant le lendemain. Lors du rappel, le prurit persiste, associé à une éruption bulleuse des paumes, ainsi qu'à une déglutition difficile. Le nouveau conseil est de se rendre aux urgences.
- Homme de 24 ans présentant des épigastralgies dans les suites d'excès au cours du week-end. Devant un tableau de gastrite, il lui est conseillé de voir son médecin traitant et de s'hydrater. Le lendemain, aucune amélioration, avec des vomissements importants, et un médecin traitant non disponible. Après avoir reçu comme conseil de consulter aux urgences le patient sera hospitalisé en gastro-entérologie.
- Enfant de 7 mois présentant une fièvre isolée depuis 48 heures à qui on

conseille dans un premier temps une prise de PARACETAMOL et une consultation chez le médecin traitant. Lors du rappel le jeune patient a déjà vu son médecin qui prescrit une radiographie pulmonaire. Or entre temps, apparition d'une éruption cutanée, avec asthénie chez un enfant grognon. Il est alors adressé aux urgences. La bandelette urinaire sera négative, la radiographie normale. Le diagnostic d'urticaire d'origine viral est retenu.

- Enfant de 5 ans se plaignant de douleurs abdominales, accompagnées de vomissements, sans intolérance alimentaire. Conseil de réhydratation et de consultation du médecin traitant. Le rappel rapporte un enfant geignard, hypotonique, avec vomissements incoercibles, et prise per os impossible. Il est orienté vers les urgences et sera hospitalisé en pédiatrie.
- Enfant de 2 ans présentant un syndrome viral ORL, avec décision de prescription médicamenteuse téléphonique de PARACETAMOL et de consulter son médecin traitant le lendemain. Lors du rappel, pas d'amélioration, hyperthermie à 39°C, vomissements après quinte de toux, dyspnée sifflante, la décision de modifier le conseil initial est prise, l'enfant est adressé aux urgences. Une radiographie pulmonaire sera réalisée, revenant normal. l'enfant regagnera son domicile avec un traitement symptomatique.
- Homme de 26 ans présentant une plaie du talon post traumatique. Le conseil reçu en nuit profonde est de prendre un antalgique de palier 1 et de consulter son médecin traitant le lendemain. Lors du rappel le patient est très algique et ne peut poser le pied à terre, la plaie est propre. Il lui est alors conseillé de se rendre aux urgences. Il ne viendra pas.
- Enfant de 2 ans, présentant des symptômes de gastro-entérite aiguë virale, à qui on conseille initialement des mesures hygiéno-diététiques, puis une consultation chez le médecin traitant le lendemain. Lors du rappel, intolérance alimentaire, asthénie et vomissements, conduisant aux urgences. Aux urgences, pas de perte de poids notée, la prise per os est possible, retour à domicile.
- Homme de 68 ans, présentant des nausées, des vomissements et des céphalées. Le conseil est une prescription médicamenteuse téléphonique et une consultation chez le médecin traitant. Lors du rappel, le patient ne va pas mieux, il voit son médecin l'après-midi mais il décrit une paralysie faciale gauche. Il est alors adressé aux urgences où il sera hospitalisé en neurologie pour un accident ischémique transitoire.

- Garçon de 10 ans présentant des céphalées après la pratique du vélo. Conseil de prendre du PARACETAMOL et de consulter son médecin. Lors du rappel, l'enfant est asthénique, fébrile à 40°C, avec céphalées persistantes, il lui sera conseillé de se rendre aux urgences. On conclue à un syndrome virale, retour à domicile.
- Homme de 30 ans, présentant des douleurs abdominales en hypochondre droit, apyrétique. Conseil de prendre du PARACETAMOL et de voir son médecin. le lendemain, il est constaté que le patient a présenté trois crises dans la nuit, il est adressé aux urgences. L'examen clinique est normal, une consultation en externe avec un chirurgien viscérale est prise.
- Femme de 80 ans, symptomatologie de gastro-entérite aiguë, recevant comme conseil de prendre un traitement symptomatique, puis de consulter son médecin traitant. Le lendemain, la patiente présente une asthénie marquée, avec des vomissements et une intolérance alimentaire. Le conseil initial est modifié, la patiente se présente aux urgences. Le diagnostic de gastro-entérite aiguë virale est confirmé, sans signes de gravité, elle retourne au domicile.

9.9 Annexe 9 : Proposition de protocole de rappel des patients après conseil de la régulation médicale en nuit profonde



Protocole de rappel des patients après conseil de la régulation médicale en nuit profonde

Entre L'Association des Praticiens pour la Permanence des Soins dans la Vienne

Dont le siège est : 22 allée de la Guérinière – 86000 POITIERS Cedex ;

Représentée par son Président, Monsieur le Docteur TISSERAUD Tartarin Marie-France.

Ci-après dénommée l' « APPS86 » ;

Le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers

Dont le siège est : 2 rue de la Milétrie – CS 90 577 – 86021 POITIERS Cedex ;

Représenté par son Directeur Générale, Monsieur Jean-Pierre DEWITTE.

Ci-après dénommé le « CHU de Poitier » ;

Vu :

- Les recommandations de la HAS de mars 2011 relatives aux modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale ;
- Les recommandations de la SFMU de 2011 ;
- L'article L.6314-2 du Code de la santé publique.

Article 1 : Objet du protocole

L'objet du présent protocole est d'organiser les relations entre l'APPS86 et le CHU de Poitiers afin de permettre une amélioration du suivi des patients. L'objectif est d'améliorer le service rendu aux usagers du SAMU Centre 15 et de sécuriser la régulation médicale.

Article 2 : Professionnels compétents

Le suivi relève de la compétence du centre de régulation médicale. Il peut être effectué par le médecin régulateur ou un assistant de régulation médicale placé sous l'autorité du médecin.

Article 3 : Modalités de suivi du patient

- En cas d'intervention d'un effecteur qu'il soit médecin ou non :

Le suivi du patient se fait par voie téléphonique ou informatique par l'intermédiaire de l'effecteur.

- En l'absence de toute intervention :

Le suivi est effectué directement auprès du patient par voie téléphonique. Ce suivi peut être effectué selon les modalités fixées par le médecin régulateur.

Pour assurer la sécurité du patient, le dossier ne peut être clôturé que lorsque la régulation obtient l'assurance que la prise en charge du patient est terminée ou qu'elle a été relayée le cas échéant.

La procédure de rappel permet de cibler les situations à risque ou à forte plus-value pour le patient. Dans tous les cas, il est nécessaire de préciser au patient qu'en cas d'aggravation ou de persistance des symptômes, il devra reprendre contact avec le centre de régulation médicale et/ou ultérieurement avec son médecin traitant.

Article 4 : Responsabilité du médecin régulateur

La régulation est une activité de service public. En cas de dommage survenu lors de l'activité de régulation le régime de la responsabilité administrative s'applique. Ce régime de responsabilité s'applique aussi bien aux agents de l'établissement qu'aux médecins exerçant à titre libéral.

Article 5 : Procédure de rappel par le SAMU 86-Centre 15

Chaque médecin régulateur, praticien libéral ou hospitalier, est responsable du dossier de régulation médicale et du suivi des patients qu'il a régulé. Le suivi est assuré selon les modalités définies par le médecin régulateur (différé ou immédiat).

Pour les appels après minuit et jusqu'à 8h, en cas de seul conseil médical et sauf mention contraire stipulée par le médecin régulateur dans le dossier, un suivi est assuré systématiquement le lendemain.

A minuit, le médecin régulateur clôture, administrativement, les dossiers de la veille. Le lendemain, après les transmissions, le médecin régulateur hospitalier édite le listing des dossiers de régulation médicale ayant bénéficié d'un conseil médical entre minuit et 8H (Dossiers de PDSA et Dossiers d'AMU).

Tous ces dossiers font l'objet d'un rappel systématique par le médecin du SMUR ou, en son absence, l'ARM. Ces rappels entraînent la réouverture des dossiers médicaux dans Centaure.

En présence d'une aggravation ou d'une persistance des symptômes, l'appel est de nouveau régulé par le médecin régulateur et une nouvelle décision médicale est prise. En fonction de la gravité des symptômes, le patient peut être réorienté vers les urgences ou vers son médecin traitant.

En l'absence d'aggravation de l'état du patient, son évolution favorable ou stable est mentionnée dans son dossier.

En l'absence de réponse, un message téléphonique est laissé et il est proposé au patient de rappeler le centre 15.

Après déroulement complète de la procédure, le listing est émargé puis archivé.

10 RESUME

Devenir des patients ayant bénéficié d'un conseil médical en nuit profonde par la régulation de médecine libérale. Etude rétrospective de janvier à avril 2016 au sein du SAMU centre 15 du CHU de Poitiers.

Pré-requis : La permanence des soins est une mission d'intérêt générale en perpétuelle mouvement. Elle est indissociable de la régulation médicale. En effet cette dernière est le pivot permettant un accès juste aux soins.

Objectif : Cette thèse a pour but d'évaluer le devenir des patients régulés par la médecine libérale, ayant reçu un conseil médical sans mise en œuvre de moyens, en nuit profonde (00h00-08h00) au SAMU Centre 15 du CHU de Poitiers.

Méthode : Étude mono-centrique, rétrospective, quantitative, observationnelle, au sein de la régulation du Centre 15 du CHU de Poitiers du 01/01/2016 au 01/04/2016 concernant les appels régulés par la médecine libérale en nuit profonde, toute période confondue.

Résultats : 1101 ont été recontactés et 73,1% ont répondu. Les moins de 6 ans représentent 37,2% des patients, les plus de 65 ans 13,7%. Les pathologies étaient pédiatriques et digestives essentiellement. Le conseil donné était de consulter un médecin le lendemain dans 50% des cas, d'aller aux urgences dans 13,5% des cas, et une mesure hygiéno-diététique ou médicamenteuse dans 36,5% des cas. Des signes d'amélioration sont décrits dans 82% des cas.

1,5% des patients n'ont pas suivi le conseil donné devant une évolution spontanément favorable.

Une évolution défavorable est constatée dans 2,5% des cas avec une seconde régulation nécessaire ; quatre patients ont été hospitalisés.

87,5% des appelés ont manifesté leur satisfaction d'avoir été rappelés.

Conclusion : La protocolisation du suivi des patients qui bénéficient d'un conseil médical, en particulier en nuit profonde, est une pratique indispensable permettant d'améliorer le service rendu au patient et s'inscrit dans une démarche qualité.

Mots clés : Permanence des soins - Régulation médicale - SAMU Centre 15

11 SERMENT

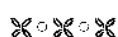


UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

