

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2017

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RETTORI Marie-Caroline

Née le 29/04/1983 à Saint Mandé

Présentée et soutenue publiquement le : 26/01/2017

**Etude sur la demande de soins durant la Permanence Des Soins
Ambulatoires aux Saintes Maries de la Mer**

Président de thèse : **Professeur MAHE Isabelle**

Directeur de thèse : **Docteur WILMART Franck**

DES de Médecine Générale

Je tiens à adresser mes remerciements :

Au Professeur Mahé qui a accepté de présider ma thèse et m'a permis par ses enseignements et sa patience de passer du statut d'étudiant à celui de médecin lors de mon premier semestre d'internat.

Au Professeur Aubert et au Professeur Budowski pour leur présence dans mon jury et l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail.

Au Dr Javaud pour sa présence et le regard d'urgentiste qu'il portera sur mon travail.

Au Dr Wilmart Franck pour m'avoir transmis ses connaissances médicales et sa passion pour la médecine de campagne, pour m'avoir encadrée et soutenue dans mon travail que ce soit au cabinet lors de mon stage ou dans la direction de ce travail. Merci pour son humanité, sa patience et pour la confiance qu'il a eu en moi.

Je tiens à adresser également mes remerciements :

Au Dr VO qui m'a accueillie aux Saintes Maries de la Mer, m'a guidée dans mes premiers pas de médecin traitant et m'accorde sa confiance. Merci pour sa participation active à ce travail, reflet d'une partie de son activité. Je saurai être digne de prendre sa suite.

Au Dr Alengrin qui, après s'être dévoué à ses patients aux Saintes Maries de la Mer, père des Saintois durant plus de 40 ans, a été contraint d'arrêter son activité et de prendre sa retraite brutalement. Avec bienveillance il a su me confier l'ensemble de ses patients et m'encourager dans mes débuts.

Au Dr Laroussi pour sa participation à ce travail.

Au Professeur Kerbaul, chef de service du SAMU de Marseille qui a accepté de participer à ce travail, avec l'envie commune d'établir un lien professionnel solide entre le SAMU et les médecins généralistes de terrain. Je le remercie de son implication dans ce travail d'étudiante parisienne alors qu'il se trouve déjà très sollicité par les étudiants de Marseille.

Au Professeur Gentile, chef du service Evaluation Médicale du CHU de Marseille, grâce à ses enseignements méthodologiques, son dévouement, sa patience et sa gentillesse, les résultats ont pu être exploités et valorisés.

Au Dr Toesca† qui m'a accueilli à mon arrivée au SAMU et appuyé ma demande auprès du Pr Kerbaul, il a par ailleurs beaucoup aidé à l'isolement des données dont j'avais besoin. Décédé brutalement, je saurai me souvenir de son aide précieuse.

Au Dr Devinat pour sa participation au recueil des données issues des archives du SAMU, pour les beaux tableaux si complets qu'il m'a transmis.

Au Dr Cavalier qui m'a permis de le remplacer en acceptant l'ensemble de mes absences pour la réalisation de ce travail.

Au Conseil de l'Ordre Départemental des Bouches du Rhône qui m'a accueillie et m'a accordée toute sa confiance, pour tout le travail administratif qu'ils ont dû effectuer afin de m'accorder toutes les dérogations nécessaires.

Aux patients, ou plutôt, aux Saintois qui m'ont accueillie à bras ouverts malgré mon jeune âge et mes origines parisiennes. Alors qu'ils perdaient un père, ils m'ont appris à être un médecin traitant, j'espère être à la hauteur de leurs besoins, de leurs attentes, de leur confiance.

A ma Famille :

- Ma maman et mon papa sans qui je ne serais pas là bien sûr, mais sans qui je ne serais pas ce que je suis, grâce à leur amour inconditionnel et leur confiance en moi bien plus que moi-même. Par leur travail, leur courage, leur endurance, leur intelligence, ils m'ont accompagnée sur chaque route que j'ai emprunté, ils ont aplani toutes les difficultés rencontrées avec ces mots qui ont raisonnés en moi toujours « c'est pas grave, ne t'inquiète pas, continue, tu vas y arriver nous en sommes persuadés, nous t'aimons ». Amour, encouragements, rassurance... Vous êtes parfaits, vous méritez votre titre de Docteur aujourd'hui. Bravo et Merci.
- Ma grande sœur Laetitia, pour son amour, pour m'avoir guidée dans l'enfance, pour sa joie de vivre légère et pétillante.
- Ma petite sœur Marie-Antoinette, pour cet amour si fort que nous avons aujourd'hui parce que nous l'avons construit. Son intelligence incroyable et sa force de travail ont été un exemple pour moi et un moteur.

- Mon petit frère Roland, pour son amour, sa douceur, sa délicatesse, son soutien, toutes les attentions naturelles qu'il a, un amour de frère, un homme exceptionnel.
- Mamité, ma grand-mère, mais surtout, ma deuxième maman, pour son amour et sa tendresse qui ont enveloppé mon enfance et que je retrouve toujours. Pour sa force caractère qu'elle a su nous transmettre à toute.

A Helen, pour son amitié, pour ces fou-rire qui ont transformés nos stages d'interne, pour notre travail d'équipe parce que parfois l'avis de deux internes vaut mieux qu'un, pour nos séances Balint entre nous, pour son avis d'urgentiste aujourd'hui, pour sa joie de vivre et sa sérénité.

A Céline, pour son amitié de longue date, sa présence malgré la distance.

A Jennifer et Kaji pour leur amitié et pour ces années de faculté passées ensemble.

A Patrick pour son amour et son soutien dans la préparation de ce travail, pour cette passion du kitesurf que nous partageons, pour toutes ces sessions de kite qui m'ont apportées et m'apporteront toujours l'oxygène et la liberté dont j'ai besoin pour aimer mon travail et être un meilleur médecin.

A Jamy qui égaie et donne de la vie à mes promenades.

Au passé qui a amené ce jour présent, au regard droit devant, à chaque instant, à la vie définitivement.

Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CAP : Centre Anti-Poisons

CCI : Chambre de Commerce et d'Industrie

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

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MCS : Médecins Correspondants du SAMU

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PDS : Permanence Des Soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

UNOF-CSMF : Union Nationale des Omnipraticiens Français-Confédération des Syndicat Médicaux Français

Table des matières

I) INTRODUCTION	8
II) MATERIEL ET METHODE	10
A. Lieu de l'étude.....	11
B. La PDSA sur le secteur des Saintes Maries de la Mer	13
C. Type d'étude	13
D. Le recueil des informations	14
1 Généralités	14
2 Recueil des informations par le médecin généraliste	14
3 Recueil des informations par le centre 15.....	16
4 Traitement statistique des données.....	17
III) RESULTATS.....	18
A. Caractéristiques des dossiers traités par les médecins de PDSA et par le SAMU-centre 15.....	19
1 Activité des médecins de PDSA	19
2 Activité du SAMU-centre 15	20
B. Caractéristiques des dossiers selon leur degré d'urgence	24
1 Les urgences de niveau R1	24
2 Les urgences de niveau R2	25
3 Les urgences de niveau R3	25
4 Les urgences de niveau R4	26
C. Caractéristiques des dossiers traités en été et en hiver	30
Dans le troisième tableau les dossiers traités en été et en hiver sont mis en parallèle.	30
1 Dossiers traités en été (juillet-août).....	30
2 Dossiers traités en hiver (décembre-janvier)	31
IV) ANALYSE ET DISCUSSION	34
A. Points faibles de l'étude : Biais, doublons et dossiers manquants	35
B. Eléments mis en évidence par l'étude	36
1 Comparaison des activités des médecins de PDSA et du SAMU	36
2 Comparaison des dossiers selon le degré d'urgence	39
3 Comparaison des dossiers selon la saison.....	43
C. Avenir de la PSA et propositions des institutionnels.....	46
D. Propositions pour les Saintes Maries de la Mer	49

V) CONCLUSION	51
ANNEXE.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	54
RESUME	57

I) INTRODUCTION

La démographie médicale est une composante fondamentale des problèmes d'accès aux soins qui sont de plus en plus fréquents pour de nombreux patients.

Les missions du médecin généraliste sont définies par un cadre légal. (1)

L'une de ses missions est de participer, sur la base du volontariat, à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) en concertation avec l'ARS (Agence Régionale de Santé).

La PDSA se définit dans un cahier des charges élaboré par chaque ARS en concertation avec les représentants des professionnels de santé après avis du représentant de l'Etat territorial compétent. Elle a pour but d'apporter une réponse aux besoins de soins de la population en dehors des heures d'ouverture habituelles des cabinets médicaux et centres de santé. (1)

La diminution du nombre de médecins généralistes en activité annoncée pour les années à venir par les nombreux départs en retraite et la nouvelle façon d'exercer des jeunes médecins menace la PDSA dans certaines zones dites « fragiles » selon le DRESS. (2)

La PDSA en région PACA est définie par un cahier des charges. (3, 4) Il précise les modalités de régulation, d'organisation et de rémunération de la PDSA sur l'ensemble de la région prenant en compte les particularités de chaque département avec de fortes disparités dans la répartition de l'offre entre les communes.

La région PACA doit prendre en considération plusieurs facteurs particuliers : un niveau élevé d'offre de soins, une répartition très inégale de celle-ci avec des zones rurales isolées d'une part et des zones de montagne ainsi qu'un littoral à forte activité touristique d'autre part. (3)

La commune des Saintes Maries de la Mer est l'unique « zone fragile » du département des Bouches-du-Rhône. (5)

La patientèle des Saintes Maries de la Mer est variée et présente une saisonnalité marquée avec une population pouvant être multipliée par 10. (6)

A ce jour, on ne connaît pas l'activité des médecins durant les gardes de PDSA alors que celles-ci semblent être un frein à l'installation de nouveaux médecins.

Analyser la situation aux Saintes, en particulier l'activité des médecins pendant la PDSA, m'a paru fondamentale pour proposer à partir des données recueillies une éventuelle amélioration de son organisation pour répondre aux besoins du village tout en anticipant les problèmes futurs.

Quelle est la demande en soins urgents auprès des médecins du village et du centre 15 en fonction des saisons? Quelle est l'activité réelle des médecins, quelle charge de travail cela représente, à quelles pathologies et quelles situations d'urgence sont-ils confrontés ?

Quel avenir pour cette activité médicale et comment l'améliorer pour la rendre attrayante et la pérenniser? Comment permettre aux médecins d'exercer sereinement dans ce village magnifique reculé de Camargue qui offre une qualité de vie incomparable, tout en apportant à sa population et aux touristes qui le font vivre une accessibilité et une qualité de soins ?

II) MATERIEL ET METHODE

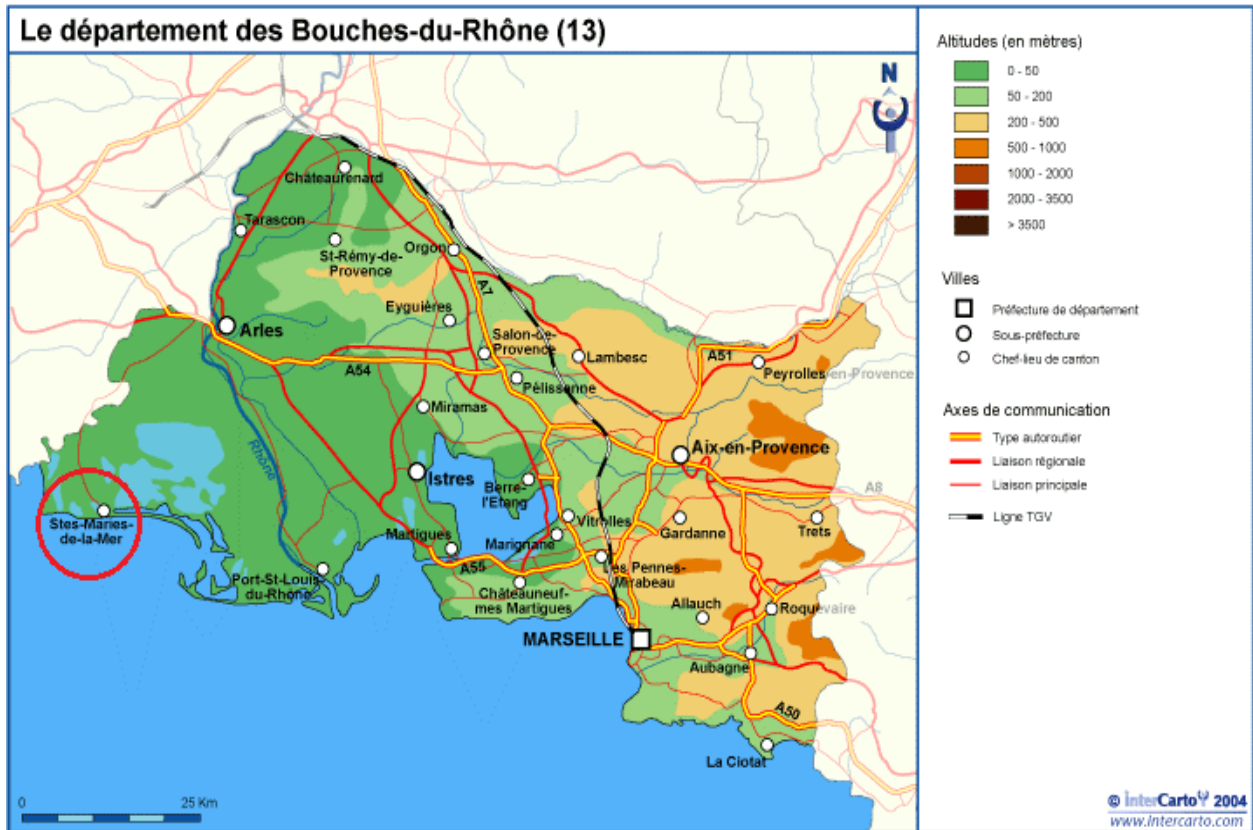
A. Lieu de l'étude

Cette étude porte sur les besoins en soins durant la permanence des soins ambulatoires (PDSA) aux Saintes Maries de la Mer.

Le village des Saintes Maries de la mer est un village situé au cœur du Parc Naturel Régional de Camargue dans le département des Bouches-du-Rhône limitrophe de l'extrémité sud-ouest de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) en France. (7, 8)

(fr.mapsofworld.com, 2015)





La région PACA est, avec 26 060 médecins, la troisième région de France possédant le plus grand nombre d'inscrits à l'Ordre, toutes spécialités confondues, après l'Île de France et la région Rhône-Alpes. (2)

Elle présente la plus forte densité médicale avec 352 médecins pour 100 000 habitants et une densité de médecins généralistes de 106.9 pour 100 000 habitants, soit le deuxième rang pour une moyenne nationale de 88.7 médecins/100 000 habitants. (2)

Le département des Bouches-du-Rhône est le département de la région possédant le plus grand nombre de médecins généralistes avec 2 232 médecins pour 2 022 604 habitants soit une forte densité de 110.4 médecins/100 000 habitants. (2)

La commune des Saintes Maries de la Mer en est l'unique "zone fragile": elle compte deux médecins généralistes pour une population de 2 495 habitants (soit une densité de 80.2 médecins/100000 habitants). Pour mémoire, Les Zones médicales fragiles sont définies par un faible effectif de médecins généralistes et une densité inférieure à la moyenne nationale ou par un groupe de travail en fonction de critères variés : isolement, "désinstallations" récentes ou prévisibles. (2, 3, 4, 9). Le village des Saintes Maries de la Mer fait donc figure d'exception dans une région par ailleurs favorisée.

C'est une zone très touristique: les deux médecins doivent faire face une majoration importante de la demande de soins en fonction des saisons, des périodes de vacances, du climat et du calendrier des traditions "camarguaises" pour la surveillance médicale des arènes. Une présence médicale est nécessaire lors des courses camarguaises, des « taureaux-piscine », des corridas sans mise à mort et lors de certains spectacles où des taureaux sont mis en scène.

Le centre de secours des sapeurs-pompiers le plus proche se trouve au cœur du village, le service d'urgence et l'équipe SMUR les plus proches sont basés au centre hospitalier d'Arles, le Centre 15 se situe dans les locaux du SAMU 13 à Marseille où sont également basés les moyens hélicoptés susceptibles d'intervenir sur les Saintes Maries de la Mer. (8)

B. La PDSA sur le secteur des Saintes Maries de la Mer

Les deux médecins exerçants dans le village se partagent :

-les nuits de mardi, mercredi et jeudi en semaine (aucun des médecins n'est de garde les nuits de lundi et de vendredi en accord avec l'ARS et le conseil de l'ordre afin d'alléger leur charge de travail) ;

-les week-ends et les jours fériés.

Lors des périodes de garde, le téléphone du cabinet est transféré soit directement sur le téléphone portable du médecin (c'est le cas la plupart du temps en journée et parfois certaines nuits) soit sur la messagerie téléphonique du cabinet médical des Saintes qui renvoie sur la régulation libérale (c'est le cas la plupart des nuits), le 15 dans la région PACA (pas de numéro de téléphone spécifique dédié à la régulation pour le moment).

A noter que le cahier des charges de l'ARS prévoit une régulation libérale exclusive lors de la PDSA. Celle-ci est assurée par des médecins régulateurs libéraux dans les locaux du SAMU 13 à Marseille. (4)

En semaine la PDSA prend effet à 20h et se termine le lendemain à 8h.

Les appels reçus entre 20h et 00h et entre 6h et 8h sont classés en appels de "nuit" et ceux reçus de 00h à 6h classés en appels de "pleine nuit".

Le week-end, la PDSA prend effet du samedi 12h au lundi 8h sans interruption.

Les jours fériés sont assimilés à des dimanches, les médecins sont donc joignables dès 8h et durant 24h.

Les vendredis qui suivent un jour férié et les lundis qui précèdent un jour férié peuvent être inclus dans la PDSA par décision de l'ARS en concertation avec l'ordre des médecins.

Les deux médecins se répartissent équitablement les nuits, les week-ends et les jours fériés et transmettent le planning de garde à la plateforme nationale «ORDIGARD» du conseil de l'ordre des médecins (calendrier accessible au SAMU-centre 15 et à l'ARS). (10)

C. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative prospective par recueil de l'ensemble des demandes de soins provenant du secteur de garde des Saintes Maries de la Mer durant les heures de PDSA.

D. Le recueil des informations

1 Généralités

Toutes les demandes ont été prises en compte quel que soit l'intervenant initialement sollicité par le patient:

- appel du SAMU directement par le 15 ou indirectement via le 18 (qui transfère pour régulation médicale au 15) ;
- appel direct sur la ligne du cabinet médical ;
- appel des sapeurs-pompiers de la caserne des Saintes Maries de la Mer ;
- appel de l'infirmière libérale (IDE).

En raison des fluctuations démographiques annuelles l'étude a été réalisée durant deux périodes :

- en été, du 1er juillet au 31 août 2015 où la population peut être multipliée par 10 du fait d'une arrivée massive de touristes ;
- en hiver du 1er décembre 2015 au 31 janvier 2016 où la demande de soins provient essentiellement des habitants du village.

2 Recueil des informations par le médecin généraliste

Afin de connaître exactement le nombre et les caractéristiques des interventions des médecins lors de la PDSA, les deux médecins ont accepté de remplir un questionnaire pour chaque consultation effectuée.

Le questionnaire est constitué de l'ensemble des items nécessaires à cette étude, il a été validé par simple lecture par les deux médecins. Les critères de validations transmis oralement lors d'une réunion préalable étaient sa rapidité et sa simplicité de remplissage.

Il se présente donc sur une seule page, les informations à remplir sont objectives, et obtenues par le médecin dans l'ordre chronologique du déroulement de la consultation. L'offre de "cocher une case" a été privilégiée à la rédaction d'une réponse libre lorsque cela a été possible.

Afin de permettre au médecin intervenant d'exprimer son ressenti sur la consultation, d'expliquer une situation particulière ou le choix du niveau d'urgence la dernière rubrique "votre avis sur cette consultation" a été introduite bien qu'il s'agisse de remarques subjectives. Cf. Annexe

-Les caractéristiques recueillies sont le type (homme, femme, ou enfant) et l'âge. L'anonymat a été respecté.

-Les caractéristiques de l'appel relevées sont : la date exacte (mois, jour, heure) pour identifier les appels reçus en semaine et le week-end et la tranche horaire de l'intervention (matin 8h-12h, après-midi 12h-20h, nuit 20h-00h et 6h-8h ou pleine nuit 00h-6h).

-Le premier interlocuteur contacté par le patient : appel direct du SAMU-centre 15 ou du médecin de PDSA ou encore, le médecin de PDSA est-il sollicité par le SAMU, les sapeurs-pompiers ou les IDE exerçants dans le village.

-La pathologie ou le diagnostic suspecté à l'origine de l'appel est codé grâce à la CIM 10: 10ème version de la Classification Statistique Internationales des Maladies et des problèmes de santé connexes. C'est L'Agence Technique de l'Information sur l'hospitalisation (l'ATIH), établissement public placé sous la tutelle du ministère de la santé, qui est chargé de

l'élaboration et de la maintenance de la version française CIM 10 de l'ICD (International Classification of Diseases) élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1993 et faisant l'objet de mises à jour annuelles. Cette classification a pour but de permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions à des époques différentes, il s'agit donc d'attribuer un code universel à chaque pathologie, chaque problème de santé, chaque symptôme ou chaque plainte. (11)

-Le niveau d'urgence: la classification choisie est celle définie par le SAMU de France :

Niveau d'urgence	Décision de régulation
R1	Urgence vitale patente ou latente imposant l'envoi d'un moyen de réanimation
R2	Urgence vraie sans détresse vitale nécessitant l'envoi d'un médecin de proximité, d'une ambulance ou d'un VSAV dans un délai adapté contractualisé entre le régulateur, l'effecteur et l'appelant
R3	Recours à la permanence des soins, le délai ne constituant pas un facteur de risque en soi, une prescription médicamenteuse d'attente peut être proposée
R4	Conseil médical ou prescription médicamenteuse par téléphone
R5	Impossibilité de déterminer le niveau d'urgence sans intervention du médecin généraliste auprès du patient

-Le devenir des patients :

Devenir des patients	Après régulation par le SAMU ou consultation médicale par le médecin de PDSA
Domicile	Conseil médical délivré
	Ordonnance rédigée
	Geste de suture
	réalisation d'un électrocardiogramme (ECG)
	Intervention des sapeurs-pompiers sans transfert hospitalier. Patient(e) laissé (e) sur place
	Intervention du SMUR sans transfert hospitalier. patient (e) laissé(e) sur place
	Refus de transfert
	Patient décédé(e)
Transfert hospitalier	par le SMUR
	par les sapeurs-pompiers
	par ambulance privée
	en véhicule personnel

-La destination des patients et l'établissement de transfert.

Ces informations ont été regroupées pour chaque période dans un tableau Exel.

3 Recueil des informations par le centre 15

Pour chaque patient, les mêmes informations ont été recueillies que ce soit à partir des questionnaires complétés par les médecins de PDSA ou à partir des données présentes dans les dossiers du SAMU.

Pour le recueil des demandes de soins reçues par le centre 15, monsieur le Pr François-Dominique Kerbaul, chef de service du SAMU-centre 15 de Marseille, a été sollicité. Lors d'un entretien, le projet lui a été exposé.

La comparaison des missions confiées aux médecins effecteurs par le SAMU 13 (analyse de la régulation) avec leur réflexion d'homme de terrain au contact des patients l'a particulièrement intéressé.

Le Pr Kerbaul a permis la récupération et l'analyse des dossiers archivés grâce à la participation du Dr Richard Toesca† et du Dr Jean-Christophe Devinat; ces derniers ont pu isoler les appels en provenance des Saintes Maries de la Mer sur les deux périodes d'étude (été, hiver).

Les items du questionnaire utilisé par les médecins de garde ont été repris pour le recueil des données auprès du SAMU (la pertinence des items ayant été validée par le Pr Kerbaul).

Pour chaque période de l'étude, les données étaient regroupées sous forme d'un tableau Excel avec un numéro pour chaque dossier permettant une recherche ultérieure d'information complémentaire dans les banques de données du SAMU 13.

4 Traitement statistique des données

Après discussion avec le Pr Kerbaul, l'aide de madame le Pr Stéphanie Gentile, chef du service Évaluation Médicale du CHU de Marseille a été sollicitée.

Grâce à son soutien méthodologique, les fichiers Excel ont été retravaillés et regroupés afin d'obtenir un fichier Excel de synthèse statistiquement exploitable.

A l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) les données ont été exploitées (test du χ^2).

Les résultats étaient significatifs pour une valeur de $p < 0.05$.

III) RESULTATS

Notre étude s'est déroulée sur 4 mois.

299 dossiers ont été recensés, dont 93 enfants et 206 adultes (120 âgés de 18 à 59 ans et 76 de 60 ans ou plus).

238 dossiers ont été ouverts en été (108 en juillet, 130 en août) et 61 en hiver (27 en décembre, 34 en janvier).

Les appels se sont répartis de la façon suivante : 105 durant les week-ends et 194 en semaine avec 55 appels reçus le matin, 97 l'après-midi, 100 la nuit et 47 en pleine nuit.

212 patients sont restés à leur domicile. 85 ont été transférés aux urgences. Une patiente a été adressée directement dans un service d'obstétrique et un patient directement admis en service de réanimation.

180 patients ont été pris en charge par le SAMU, 119 patients ont vu le médecin de PDSA.

72 patients ont bénéficié d'un conseil médical.

68 patients ont été transférés par les sapeurs-pompiers ou par une ambulance, 17 ont nécessité l'intervention du SMUR, pour 10 patients, l'intervention simple des sapeurs-pompiers a suffi, 6 dossiers sont restés sans suite, 2 patients ont refusé d'être transférés, pour un patient l'intervention du SMUR a suffi, un patient a été orienté vers le centre anti-poisons, un patient s'est vu réaliser un ECG et un patient a été suturé.

L'hôpital de secteur, le Centre Hospitalier d'Arles, a accueilli 77 patients.

L'hôpital Carémeau (département du Gard), a accueilli 5 patients.

L'hôpital de La Timone, l'hôpital Nord à Marseille, l'hôpital de Martigues, l'hôpital de Salon et le centre hospitalier Gui de Chauillac ont accueilli chacun un patient.

A. Caractéristiques des dossiers traités par les médecins de PDSA et par le SAMU-centre 15

Dans un premier tableau les dossiers traités par les médecins de garde et ceux traités par le SAMU durant les horaires de PDSA sont mis en parallèle.

1 Activité des médecins de PDSA

Les médecins généralistes de garde sont intervenus au total, durant la période d'étude, auprès de 119 patients :

- 43 enfants âgés de moins de 18 ans,

- 28 hommes et 48 femmes dont 37 âgés de 18 à 59 ans et 30 de 60 ans ou plus.

Ils ont vu :

- 99 patients en été (43 en juillet et 56 en août) ;
- 20 patients en hiver (7 en décembre et 13 en janvier).

Les interventions se répartissent de la façon suivante :

- 15 en semaine et 104 le week-end ;
- 34 le matin, 58 l'après-midi, 20 en horaires de nuit et 7 en pleine nuit.

Les médecins ont systématiquement vus les patients :

- 9 ont bénéficié d'un conseil médical, d'une écoute ou de rassurance ;
- 92 se sont vu rédiger une ordonnance ;
- 1 ECG a été réalisé ;
- 1 geste de suture a été effectué.

12 patients ont été transférés aux urgences par ambulance ou par les sapeurs-pompiers et 4 l'ont été par le SAMU.

Au total 103 patients sont donc restés à leur domicile et 16 ont été transférés en structures hospitalières :

- 14 vers l'hôpital d'Arles, hôpital et secteur ;
- 2 vers l'hôpital Carémeau à Nîmes département du Gars : un enfant de 3 ans pour des signes de déshydratations transporté par véhicule personnel et un patient pour SCA (syndrome coronarien aigu) avec nécessité de réalisation d'une coronarographie transporté par le SAMU.

2 Activité du SAMU-centre 15

Le SAMU a été contacté durant la période étudiée lors des horaires de PDSA pour 180 patients.

Ils sont intervenus pour :

- 50 enfants,
- 50 hommes et 80 femmes dont 83 âgés de 18 à 59 ans et 46 de 60 ans et plus.

Il a répondu à 139 appels durant la période estivale (65 en juillet et 74 en août) et 41 durant la période hivernale (20 en décembre et 21 en janvier).

Les appels se sont répartis de la façon suivante :

- 90 en semaine et 90 le week-end ;
- 21 ont été reçus le matin, 39 l'après-midi, 80 pendant les horaires de nuit et 40 en pleine nuit.

Le SAMU :

- a donné 63 conseils médicaux,
- a demandé l'intervention du médecin de garde pour 28 patients,
- encadré les sapeurs-pompiers pour bilan et aide au conseil médical pour 10 patients,
- est intervenu sur place sans transfert pour 1 patient (réduction de luxation de genou),
- a orienté un patient vers le centre anti-poisons,
- a organisé 56 transferts vers une structure hospitalière par ambulance ou par les sapeurs-pompiers,
- a effectué un transfert médicalisé pour 13 patients et 2 patients ont opposé un refus de transfert.

Au total, 109 patients sont donc restés à leur domicile, 69 ont été orientés vers un service d'urgence, une patiente a été transportée dans un service d'obstétrique et un patient en service de réanimation.

L'hôpital de secteur (hôpital d'Arles) a accueilli 63 des patients qui ont fait appel au SAMU, l'hôpital de Carémeau (Gard) a reçu 3 patients régulés par le SAMU et l'hôpital de la Timone (Marseille), l'hôpital Nord de Marseille, l'hôpital de Salon en Provence, l'hôpital de Martigues et le centre hospitalier Gui de Chauliac (Montpellier) se sont vu adresser chacun 1 patient.

Caractéristiques des dossiers traités par les médecins de permanence de soin et par le SAMU

A.	total n=299 (%)	Médecin de PDS 119 (39,8) (%PDS)	SAMU 180 (60,2) (%SAMU)	p
<u>1) Caractéristiques des patients appelants</u>				
Type de patient				p=0,303
Enfant	93 (31,1)	43 (46,2) (36,1)	50 (53,8) (27,8)	
Homme	78 (26,1)	28(35,9) (23,5)	50(64,1) (27,8)	
Femme	128 (42,8)	48(37,5) (40,3)	80 (62,5) (44,4)	

A.	total n=299 (%)	Médecin de PDS 119 (39,8) (%PDS)	SAMU 180 (60,2) (%SAMU)	p
Classe d'âge				p=0,069
1 (<18 ans)	93 (32,2)	43 (46,2) (39,1)	50 (53,8) (27,9)	
2 (18-<60 ans)	120 (41,5)	37 (30,8) (33,6)	83 (62,9) (46,4)	
3 (60 ans et +)	76 (23,3)	30 (39,5) (27,3)	46 (60,5) (25,7)	
<u>2) Répartition temporelle des appels</u>				
Période				
Eté	238 (79,6)	99 (41,6) (83,2)	139 (58,4) (77,2)	
Hiver	61 (20,4)	20 (32,8) (16,8)	41 (67,2) (22,8)	
Mois				p=0,426
juillet-15	108 (36,1)	43 (39,8) (36,1)	65 (60,2) (36,1)	
août-15	130 (43,5)	56 (43,1) (47,1)	74 (56,9) (41,1)	
Mois				p=0,426
décembre-15	27 (9)	7 (25,9) (5,9)	20 (74,1) (11,1)	
janvier-16	34 (11,4)	13 (38,2) (10,9)	21 (61,8) (11,7)	
Semaine/Week-end				p<0,000
Semaine	105 (35,1)	15 (14,3) (12,6)	90 (85,7) (50)	
Week-end	194 (64,9)	104 (53,6) (87,4)	90 (46,4) (50)	
Tranche horaire				p<0,000
Matin	55 (18,4)	34 (61,8) (28,6)	21 (38,2) (11,7)	
Après-midi	97 (32,4)	58 (59,8) (48,7)	39 (40,2) (21,7)	
Nuit	100 (33,4)	20 (20) (16,8)	80 (80) (44,4)	
Pleine nuit	47 (15,7)	7 (14,9) (5,9)	40 (85,1) (22,2)	

A.	total n=299 (%)	Médecin de PDS 119 (39,8) (%PDS)	SAMU 180 (60,2) (%SAMU)	p
<u>3) Devenir des patients</u>				
Décision				p<0,000
Conseil médical	72 (24,1)	9 (12,5) (7,6)	63 (87,5) (35)	
Consultation/ordonnance	120 (40,2)	92 (76,7) (77,3)	28 (23,3) (15,6)	
Sans suite	6 (2)	0	6 (3,3)	
ECG	1 (0,3)	1 (0,8)	0	
SUTURE	1 (0,3)	1 (0,8)	0	
TRANSFERT	68 (22,7)	12 (17,6) (10,1)	56 (82,4) (31,1)	
TRANSFERT SAMU	17 (6)	4 (23,5) (3,4)	13 (76,5) (7,2)	
Centre Anti-Poisons	1 (0,3)	0	1 (0,6)	
Refus de transfert	2 (0,7)	0	2 (1,1)	
INTERVENTION Sapeurs-pompiers	10 (3,3)	0	10 (5,55)	
INTERVENTION SAMU	1 (0,3)	0	1 (0,55)	
Destination				p<0,000
Domicile	212 (70,9)	103 (48,6) (86,6)	109 (51,4) (60,6)	
Urgences	85 (28,4)	16 (18,8) (13,4)	69 (81,2) (38,3)	
Réanimation	1 (0,3)	0	1 (0,5)	
Obstétrique	1 (0,3)	0	1 (0,5)	
Etablissement de transfert				p=0,001
Domicile	212 (70,9)	103 (48,6) (86,5)	109 (51,4) (60,6)	
Centre hospitalier d'ARLES	77 (25,8)	14 (18,2) (11,8)	63 (81,8) (35)	
Centre hospitalier CAREMEAU	5 (1,7)	2 (40) (1,7)	3 (60) (1,7)	
Centre hospitalier LA TIMONE	1 (0,3)	0	1 (0,5)	

A.	total n=299 (%)	Médecin de PDS 119 (39,8) (%PDS)	SAMU 180 (60,2) (%SAMU)	p
Etablissement de transfert				p=0,001
Centre hospitalier de MARTIGUE	1 (0,3)	0	1 (0,5)	
Centre hospitalier de SALON	1 (0,3)	0	1 (0,5)	
HÔPITAL NORD	1 (0,3)	0	1 (0,5)	
Centre hospitalier GUI DE CHAULIAC	1 (0,3)	0	1 (0,5)	

B. Caractéristiques des dossiers selon leur degré d'urgence

Dans un deuxième tableau les dossiers selon le degré d'urgence ont été mis en parallèle.

1 Les urgences de niveau R1

17 dossiers ont été classés R1 (urgences vitales patentées ou latentes imposant l'envoi d'un moyen de réanimation : SMUR).

Ces urgences ont concernés 1 enfant, 9 femmes et 7 hommes dont 9 âgés de 18 à 59 ans et 7 de 60 ans ou plus. Ils se sont répartis de la façon suivante : 12 en été (2 en juillet, 10 en août) et 5 en hiver (2 en décembre et 3 en janvier).

12 des urgences R1 ont eu lieu en semaine et 5 le week-end avec 2 en matinée, 4 l'après-midi, 7 la nuit et 4 en pleine nuit.

16 dossiers R1 ont eu le SAMU comme premier interlocuteur, 1 a eu le médecin de PDSA.

3 des urgences de niveau R1 étaient d'origine neurologique et 8 d'origine cardio-vasculaires.

1 patient est resté à domicile après réduction d'une luxation de genou par le médecin du SMUR, 16 ont été transférés par le SMUR : 1 en service d'obstétrique à l'hôpital Carémeau (Nîmes département du Gard), 1 en réanimation à l'hôpital de la Timone à Marseille, et 14 vers les services d'urgences (10 à l'hôpital d'Arles, hôpital de secteur, 3 à l'hôpital Carémeau à Nîmes et 1 à l'hôpital Nord de Marseille).

2 Les urgences de niveau R2

119 dossiers ont été classés de niveau d'urgence R2 : urgence vraie sans détresse vitale nécessitant l'envoi d'un médecin de proximité, d'une ambulance ou d'un VSAV dans un délai adapté contractualisé entre le régulateur, l'effecteur et l'appelant.

20 concernaient des enfants, 39 des hommes et 60 des femmes dont 57 avaient entre 18 et 59 ans et 40 de 60 ans ou plus.

Il y a eu 91 urgences de niveau R2 en été (49 en juillet et 42 en août) et 28 en hiver (16 en décembre, 12 en janvier). 49 en semaine, 70 le week-end, 13 ont eu lieu le matin, 36 l'après-midi, 46 la nuit et 24 en pleine nuit.

96 des urgences de niveau R2 ont eu le SAMU comme premier interlocuteur, 21 ont contacté les médecins de PDSA par appel direct sur la ligne du cabinet, les sapeurs-pompiers et les IDE ont eu chacun un appel direct.

Parmi les patients ayant présenté une urgence de niveau R2, 3 ont bénéficié d'un conseil médical, 34 se sont vu rédiger une ordonnance après consultation par le médecin de la PDSA, 66 ont été transférés en structure hospitalière par les sapeurs-pompiers ou une ambulance, 2 ont été transférés par le SMUR, 2 ont refusé le transfert, 8 ont bénéficié de l'intervention des sapeurs-pompiers sans être transférés, 1 patient a bénéficié d'un ECG, 1 a été suturé, 1 patient a été adressé au centre anti-poisons et 1 dossier est resté sans suite.

Au total, 69 patients ont été transférés vers une structure hospitalière (65 à l'hôpital d'Arles, 1 à l'hôpital Carémeau à Nîmes, 1 à l'hôpital de Salon en Provence, 1 à l'hôpital de Martigues et 1 au centre hospitalier Gui de Chauliac à Montpellier) et 50 patients sont restés à leur domicile.

3 Les urgences de niveau R3

55 patients ont eu une demande en soins durant la période d'étude classée R3, ces patients ont recours à la permanence des soins, le délai ne constituant pas un facteur de risque en soi, une prescription médicamenteuse d'attente pouvant être proposée.

16 étaient des enfants, 11 hommes et 28 femmes dont 13 âgés de 18 à 59 ans et 22 de 60 ans ou plus.

40 de ces dossiers ont été traités durant l'été (14 en juillet et 26 en août) et 15 en hiver (2 en décembre et 13 en janvier). 4 de ces dossiers ont été traités en semaine et 51 le week-end, 18 le matin, 27 l'après-midi, 7 en nuit et 3 en pleine nuit.

Le SAMU a été le premier interlocuteur pour 15 patients ayant présentés une urgence de niveau R3, les médecins de PDSA pour 39 des patients et les sapeurs-pompiers pour un.

5 de ces patients ont bénéficié d'un conseil médical, 48 se sont vu rédiger une ordonnance après consultation par le médecin de PDSA, 1 patient a été transféré vers une structure hospitalière et 1 patient a bénéficié de l'intervention des sapeurs-pompiers.

Au total, 54 patients sont restés à leur domicile et 1 patient a été transféré par les sapeurs-pompiers aux urgences du centre hospitalier d'Arles.

4 Les urgences de niveau R4

108 dossiers ont été classés R4 (patients pour lesquels un conseil médical ou une prescription médicamenteuse par téléphone peuvent être délivrés), dont 56 enfant, 19 hommes et 33 femmes dont 41 étaient âgé de 18 à 59 ans et 7 de 60 ans ou plus.

95 ont été traités en été (43 en juillet et 52 en août) et 13 en hiver (7 en décembre et 6 en janvier). 40 de ces appels ont eu lieu en semaine et 68 le week-end, dont 22 le matin, 30 l'après-midi, 40 la nuit et 16 en pleine nuit.

Le SAMU a été le premier interlocuteur de 76 des dossiers classés R4, les médecins de PDSA de 30 dossiers et l'IDE de 2.

64 des patients ont pu bénéficier d'un conseil médical, 38 se sont vu rédiger une ordonnance après consultation par le médecin de PDSA, un patient a bénéficié de l'intervention des sapeurs-pompiers et 5 dossiers sont restés sans suite.

Au total, 107 des patients ayants présentés une urgence de niveau R4 sont restés à leur domicile et un patient a été orienté vers les urgences de l'hôpital d'Arles.

Caractéristiques de dossiers selon le degré d'urgence

B.	Total n=299 n(%)	R1 17 (5,7) (%) de R1	R2 119 (39,8) (%de R2)	R3 55 (18,4) (%de R3)	R4 108 (36,1) (%) de R4	p
<u>1) Caractéristiques des patients appelants</u>						
Type de patient						p<0,001
Enfants	93 (31,1)	1 (1) (5,9)	20 (21,5) (16,8)	16 (17,2) (29,1)	56 (60,1) (51,9)	
Hommes	78 (26,1)	9 (11,5) (52,9)	39 (50) (32,8)	11 (14,1) (20)	19 (24,4) (17,6)	
Femmes	128 (42,8)	7 (5,5) (41,2)	60 (46,9) (50,4)	28 (21,9) (50,9)	33 (25,8) (30,6)	
Classe d'âge						p<0,001
1 (<18 ans)	93 (32,2)	1 (1,1) (5,9)	20 (21,5) (17,1)	16 (17,2) (31,4)	56 (60,2) (53,8)	
2 (18-<60 ans)	120 (41,5)	9 (7,5) (52,9)	57 (47,5) (48,7)	13 (10,8) (25,5)	41 (34,2) (39,4)	
3 (60 ans et +)	76 (26,3)	7 (9,2) (41,2)	40 (52,6) (34,2)	22 (28,9) (43,1)	7 (9,2) (6,7)	

B.	Total n=299 n(%)	R1 17 (5,7) (%) de R1)	R2 119 (39,8) (%de R2)	R3 55 (18,4) (%de R3)	R4 108 (36,1) (%) de R4)	p
<u>2) Répartition temporelle des appels</u>						P=0.002
Période						
Eté	238 (79,6)	12 (70,6) (5)	91 (76,5) (38,1)	40 (72,7) (16,8)	95 (88) (40)	
Hiver	61 (20,4))	5 (29,4) (8,2)	28 (23,5) (45,9)	15 (27,3) (24,6)	13 (12) (21,3)	
Mois						p=0,002
juillet-15	108 (36,1)	2 (11,8) (1,9)	49 (41,2) (45,4)	14 (25,5) (13)	43 (39,8) (39,8)	
août-15	130 (43,5)	10 (58,8) (7,7)	42 (35,3) (32,3)	26 (47,3) (20)	52 (48,1) (40)	
décembre-15	27 (9)	2 (11,8) (7,4)	16 (13,4) (59,3)	2 (3,6) (7,4)	7 (6,5) (25,9)	
janvier-16	34 (11,4)	3 (17,6) (8,8)	12 (10,1) (35,3)	13 (26,6) (38,2)	6 (5,6) (17,6)	
Semaine/Week-end						p<0,001
Semaine	105 (35,1)	12 (11,4) (70,6)	49 (46,7) (41,2)	4 (3,8) (7,3)	40 (38,1) (37)	
Week-end	194 (64,9)	5 (2,6) (29,4)	70 (36,1) (58,8)	51 (26,3) (92,7)	68 (35) (63)	
Tranche horaire						p<0,001
Matin	55 (18,4)	2 (3,6) (11,8)	13 (23,6) (10,9)	18 (32,7) (32,7)	22 (40) (20,4)	

B.	Total n=299 n(%)	R1 17 (5,7) (%) de R1)	R2 119 (39,8) (%de R2)	R3 55 (18,4) (%de R3)	R4 108 (36,1) (%) de R4)	p
Tranche horaire						p<0,001
Après-midi	97 (32,4)	4 (4,1) (23,5)	36 (37,1) (30,3)	27 (27,8) (49,1)	30 (30,9) (27,8)	
Nuit	100 (33,4)	7 (7) (41,2)	46 (46) (38,7)	7 (7) (12,7)	40 (40) (37)	
Pleine nuit	47 (15,7)	4 (8,5) (23,5)	24 (51,1) (20,2)	3 (6,4) (5,5)	16 (34) (14,8)	
<u>3) Régulateur</u>						p<0,001
SAMU	203 (67,9)	16 (7,9) (94,1)	96 (47,3) (80,7)	15 (7,4) (27,3)	76 (37,4) (70,4)	
Médecin de PDS	91 (30,4)	1 (1,1) (5,9)	21 (23,1) (17,6)	39 (42,9) (70,9)	30 32,9) (27,8)	
Sapeurs-pompiers	2 (1)	0	1 (50) (0,8)	1 (50) (1,8)	0	
Infirmières libérales	3 (0,7)	0	1 (33,3) (0,8)	0	2 (66,7) (1,9)	
<u>4) Pathologies CIM 10</u>						
G (neurologie)	16 (5,4)	3 (18,8) (17,6)	12 (75) (10,1)	0	1 (6,3) (0,9)	
I (cardio-vasculaire)	21 (7)	8 (38,1) (47,1)	10 (47,6) (8,4)	3 (14,3) (5,5)	0	
<u>5) devenir des patients</u>						
Décision						p<0,001
Conseil médical	72	0	3 (4,2) (2,5)	5 (6,9) (9,1)	64 (88,9) (59,3)	
Consultation/ordonnance	120	0	34 (28,3) (28,6)	48 (40) (87,3)	38 (31,7) (35,2)	

B.	Total n=299 n(%)	R1 17 (5,7) (%) de R1)	R2 119 (39,8) (%de R2)	R3 55 (18,4) (%de R3)	R4 108 (36,1) (%) de R4)	p
<u>5) devenir des patients</u>						
Décision						p<0,001
Sans suite	6	0	1 (16,7) (0,8)	0	5 (83,3) (5,6)	
ECG	1	0	1 (0,8)	0	0	
SUTURE	1	0	1 (0,8)	0	0	
TRANSFERT Sapeurs- pompiers	68	1 (1,5) (5,9)	66 (97) (55,5)	1 (1,5) (1,8)	0	
Centre Anti-Poisons	1	0	1 (0,8)	0	0	
Refus de transfert	2	0	2 (1,7)	0	0	
INTERVENTION Sapeurs- pompiers	10 (3,3)	0	8 (80) (6,7)	1 (10) (1,8)	1 (10) (0,9)	
INTERVENTION SAMU	1 (0,3)	1 (5,9)	0	0	0	
Destination						p<0,001
Domicile	212	1 (0,5) (5,9)	50 (23,6) (42)	54 (25,5) (98,2)	107 (50,6) (99,1)	
Urgences	85	14 (16,5) (82,3)	69 (81,2) (58)	1 (1,2) (1,8)	1 (1,2) (0,9)	
Réanimation	1	1 (5,9)	0	0	0	
Obstétrique	1	1 (5,9)	0	0	0	
Etablissement de transfert						p<0,001
Domicile	212	1 (0,5) (5,9)	50 (23,6) (42)	54 (25,5) (98,2)	107 (50,6) (99,1)	
Centre hospitalier d'ARLES	77	10 (13) (58,8)	65 (84,4) (54,6)	1 (1,3) (1,8)	1 (1,3) (0,9)	

B.	Total n=299 n(%)	R1 17 (5,7) (%) de R1	R2 119 (39,8) (%de R2)	R3 55 (18,4) (%de R3)	R4 108 (36,1) (%) de R4)	p
Etablissement de transfert						p<0,001
Centre hospitalier CAREMEAU	5	4 (80) (23,5)	1 (20) (0,8)	0	0	
Centre hospitalier LA TIMONE	1	1 (5,9)	0	0	0	
Centre hospitalier de MARTIGUE	1	0	1 (0,8)	0	0	
Centre hospitalier de SALON	1	0	1 (0,8)	0	0	
HOPITAL NORD	1	1 (5,9)	0	0	0	
Centre hospitalier GUI DE CHAULIAC	1	0	1 (0,8)	0	0	

C. Caractéristiques des dossiers traités en été et en hiver

Dans le troisième tableau les dossiers traités en été et en hiver sont mis en parallèle.

1 Dossiers traités en été (juillet-août)

238 patients ont fait une demande en soins durant l'été durant la PDSA (108 en juillet et 130 en août). 87 étaient des enfants, 51 des hommes et 100 des femmes dont 93 âgés de 18 à 59 ans et 49 de 60 ans ou plus.

82 appels ont été passés en semaine et 156 le week-end, dont 41 le matin, 81 l'après-midi, 78 la nuit et 8 en pleine nuit.

Le SAMU a été le premier interlocuteur pour 158 patients, le médecin de PDSA pour 75 patients, les sapeurs-pompiers pour 2 patients et les IDE pour 3.

60 patients ont bénéficié d'un conseil médical, 104 se sont vu rédiger une ordonnance à l'issue d'une consultation par le médecin de PDSA, 43 ont été transférés vers une structure hospitalière par les sapeurs-pompiers ou une ambulance, 12 l'ont été par le SMUR, 2 patients ont refusés le transfert, 1 a bénéficié de l'intervention du SMUR sans être transféré, 8 ont bénéficié de l'intervention des sapeurs-pompiers sans transfert, 1 patient a été adressé au centre antipoison, 1 patient a eu un ECG réalisé par le médecin de PDSA et 1 patient a été suturé par le médecin de PDSA et 5 dossiers sont restés sans suite.

Au total, 183 patients sont restés à leur domicile durant l'été, 53 ont été transférés aux urgences (47 au centre hospitalier d'Arles, 2 à l'hôpital Carémeau à Nîmes, les urgences des centres hospitaliers de La Timone à Marseille, de Salon en Provence, de Martigues et de Gui de Chauliac à Montpellier se sont vu chacun adressés 1 patient), une patiente a été adressée en service d'obstétrique à l'hôpital Carémeau (Nîmes) et un patient en réanimation à l'hôpital Nord de Marseille.

2 Dossiers traités en hiver (décembre-janvier)

61 patients ont effectué une demande en soins durant la PDSA pendant l'hiver (27 en décembre et 34 en janvier). 6 étaient des enfants, 27 hommes et 28 femmes dont 27 âgés de 18 à 59 ans et 27 âgés de 60 ans ou plus.

23 appels ont été passés en semaine et 38 le week-end dont 14 le matin, 16 l'après-midi, 22 la nuit et 9 en pleine nuit.

Le SAMU a été le premier interlocuteur de 45 patients et les médecins de PDSA de 16 patients.

12 patients ont bénéficié d'un conseil médical, 16 se sont vu rédiger une ordonnance à l'issue d'une consultation par le médecin de PDSA, 25 ont été transférés vers une structure hospitalière par les sapeurs-pompiers ou une ambulance, 5 l'ont été par le SMUR, 2 patients ont bénéficié de l'intervention des sapeurs-pompiers sans être transférés et un dossier est resté sans suite.

Au total, 29 patients sont restés à leur domicile, 32 ont été transférés (30 aux urgences de l'hôpital d'Arles et 2 aux urgences de l'hôpital Carémeau à Nîmes).

Caractéristiques des dossiers traités en été et en hiver

C.	total n=299 (%)	ÉTÉ 238 (79,6) (%) en été)	HIVER 61 (20,4) (%) en hiver)	p
<u>1) Caractéristiques des patients appelants</u>				
Type de patient				p<0,001
Enfant	93 (31,1)	87 (93,5) (36,5)	6 (6,5) (9,8)	
Homme	78 (26,1)	51 (65,4) (21,4)	27 (34,6) (44,3)	
Femme	128 (42,8)	100 (78,1) (42)	28 (21,9) (45,9)	
Classe d'âge				p<0,001
1 (<18 ans)	93 (32,2)	87 (93,5) (38)	6 (6,5) (10)	
2 (18-<60 ans)	120 (41,5)	93 (77,5) (40,6)	27 (22,5) (45)	
3 (60 ans et +)	76 (23,3)	49 (64,5) (21,4)	27 (35,5) (45)	

C.	total n=299 (%)	ÉTÉ 238 (79,6) (%) en été	HIVER 61 (20,4) (%) en hiver	p
<u>2) Répartition temporelle des appels</u>				
Semaine/Week-end				
Semaine	105 (35,1)	82 (78,1) (34,5)	23 (21,9) (37,7)	p=0,635
Week-end	194 (64,9)	156 (80,4) (65,5)	38 (19,6) (62,3)	
Tranche horaire				
Matin	55 (18,4)	41 (74,5) (17,2)	14 (25,5) (23)	p=0,577
Après-midi	97 (32,4)	81 (83,5) (34)	16 (16,5) (26,2)	
Nuit	100 (33,4)	78 (78) (32,8)	22 (22) (36,1)	
Pleine nuit	47 (15,7)	38 (80,9) (16)	9 (19,1) (14,7)	
<u>3) Régulateur/1er interlocuteur</u>				
SAMU	203 (67,9)	158 (77,8) (66,4)	45 (22,2) (73,8)	p=0,549
Médecin de PDS	91 (30,4)	75 (82,4) (31,5)	16 (17,6) (26,2)	
Sapeurs-pompiers	2 (1)	2 (0,8)		
Infirmières libérales	3 (0,7)	3 (1,3)		
<u>4) Devenir des patients</u>				
Décision				
Conseil Médical	72 (24,1)	60 (83,3) (25,2)	12 (16,7) (19,7)	p=0,069
Consultation/ordonnance	120 (40,2)	104 (86,7) (43,7)	16 (13,3) (26,2)	
Sans suite	6 (2)	5 (83,3) (2,1)	1 (16,7) (1,6)	
ECCG	1 (0,3)	1 (0,4)		
SUTURE	1 (0,3)	1 (0,4)		
TRANSFERT Sapeurs- pompiers	68 (22,7)	43 (63,2) (18,1)	25 (36,8) (41)	
TRANSFERT SAMU	17 (6)	12 (70,6) (5)	5 (29,4) (8,2)	

C.	total n=299 (%)	ÉTÉ 238 (79,6) (%) en été	HIVER 61 (20,4) (%) en hiver	p
<u>4) Devenir des patients</u>				
Décision				p=0,069
Centre Anti-Poisons	1 (0,3)	1 (0,4)	0	
Refus de transfert	2 (0,7)	2 (0,8)		
INTERVENTION Sapeurs- pompiers	10 (3,3)	8 (80) (3,4)	2 (20) (3,3)	
INTERVENTION SAMU	1 (0,3)	1 (0,4)		
Destination				P<0.001
Domicile	212 (70,9)	183 (86,3) (76,9)	29 (13,7) (47,5)	
Urgences	85 (28,4)	53 (62,4) (22,3)	32 (37,6) (52,5)	
Réanimation	1 (0,3)	1 (0,4)		
Obstétrique	1 (0,3)	1 (0,4)		
Etablissement de transfert				p=0,001
Domicile	212 (70,9)	183 (86,3) (76,9)	29 (13,7) (47,5)	
Centre hospitalier d'ARLES	77 (25,8)	47 (61) (19,7)	30 (39) (49,2)	
Centre hospitalier CAREMEAU	5 (1,7)	3 (60) (1,3)	2 (40) (3,3)	
Centre hospitalier LA TIMONE	1 (0,3)	1 (0,4)		
Centre hospitalier de MARTIGUE	1 (0,3)	1 (0,4)		
Centre hospitalier de SALON	1 (0,3)	1 (0,4)		
HOPITAL NORD	1 (0,3)	1 (0,4)		
Centre hospitalier GUI DE CHAULIAC	1 (0,3)	1 (0,4)		

IV) ANALYSE ET DISCUSSION

A. Points faibles de l'étude : Biais, doublons et dossiers manquants

Lors de cette étude, tous les patients ayant été pris en charge par le SAMU et le médecin de garde, apparaissent dans les données recueillies au SAMU et dans les questionnaires remplis par les médecins de PDSA. Deux dossiers ont donc été créés pour ces patients.

Les biais principaux de cette étude sont ceux inhérents au recueil de données par questionnaires et par fiches remplies par les régulateurs du SAMU. L'évaluation du niveau d'urgence, la prise en charge et les décisions peuvent ainsi différer selon le médecin intervenant, qu'il soit effecteur ou régulateur.

Selon les données du SAMU 13, 28 patients auraient été adressés au médecin de garde durant la PDSA alors que dans les questionnaires remplis, 23 patients seulement leurs auraient été adressés.

Les médecins de PDSA ont fait appel au SAMU à l'issue de 4 consultations. 2 patients ont été transportés par le SMUR, un par ambulance et un par les sapeurs-pompiers.

Parmi les questionnaires remplis, 4 de ceux qui auraient été transférés par le SAMU au médecin ne sont pas retrouvés dans les archives du SAMU :

- Le 07/07 à 20h30 un questionnaire est rempli pour une patiente de 73 ans atteinte de fièvre, diarrhée et malaise, cependant à son arrivée, le médecin de garde est informé par la logeuse de la patiente que celle-ci a été conduite par les sapeurs-pompiers aux urgences à 18h50. Ce dossier n'apparaît donc pas dans les données recueillies auprès du SAMU car il n'a pas été traité durant les heures de PDSA (en semaine, la garde commençant à 20h)

Pour les 3 dossiers suivants après vérification personnelle dans les archives du SAMU 13, aucune explication n'a été trouvée pour justifier leur absence dans les données recueillies.

- Le 14/07 à 9h30 le médecin de garde serait intervenu auprès d'un homme de 62 ans pour un lumbago sans dossier retrouvé au SAMU

-Le 05/08 à 6h30 un questionnaire est complété pour un homme de 50 ans atteint d'une colique néphrétique

- Le 15/08 à 8h30 pour un enfant de 9 ans avec une rhinopharyngite.

D'après les données recueillies auprès du SAMU, 9 des patients pour lesquels le SAMU aurait demandé l'intervention du médecin de garde ne sont pas retrouvés dans les questionnaires remplis :

-Le 14/07 à 9h26 : fièvre chez un enfant de 13 ans,

- Le 14/07 à 9h54 : céphalées chez un enfant de 11 ans,

-Le 31/07 à 1h21 : douleurs abdominales chez une femme de 34 ans,

- Le 31/07 à 1h47 : intoxication alimentaire chez un enfant de 9 ans,

- Le 05/08 à 2h17 : vomissements chez une femme de 28 ans (Le 05/08 un questionnaire est complété par le médecin de PDSA pour son intervention auprès d'une femme de 28 ans à 2h30 mais le médecin indique avoir été contacté par les sapeurs-pompiers et non par le SAMU),
- Le 05/08 à 23h45 : métrorragies chez une femme enceinte de 37 ans,
- Le 15/08 : douleurs lombaires chez un homme de 70 ans,
- Le 03/12 à 20h03 : fièvre et polypnée chez un homme de 27 ans,
- Le 30/01 à 13h38 : certificat de décès d'un homme de 67 ans.

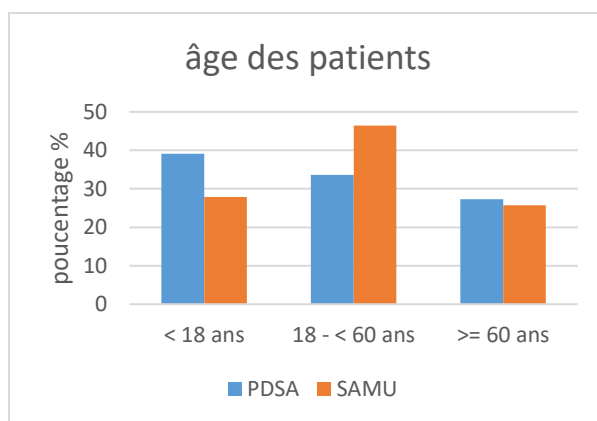
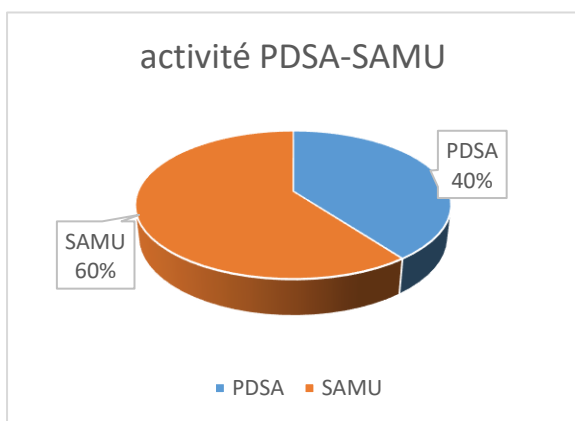
Pour ces dossiers l'hypothèse la plus probable est l'oubli de remplir le questionnaire par le médecin de garde.

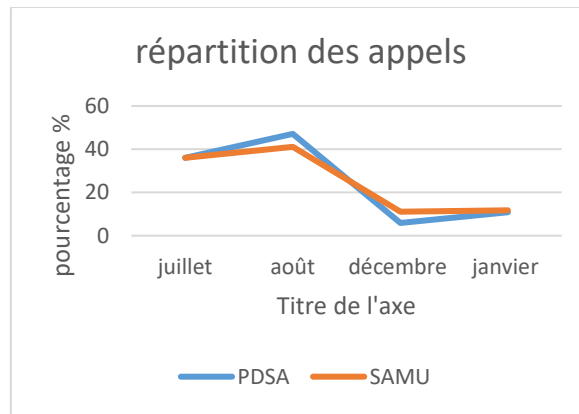
B. Éléments mis en évidence par l'étude

1 Comparaison des activités des médecins de PDSA et du SAMU

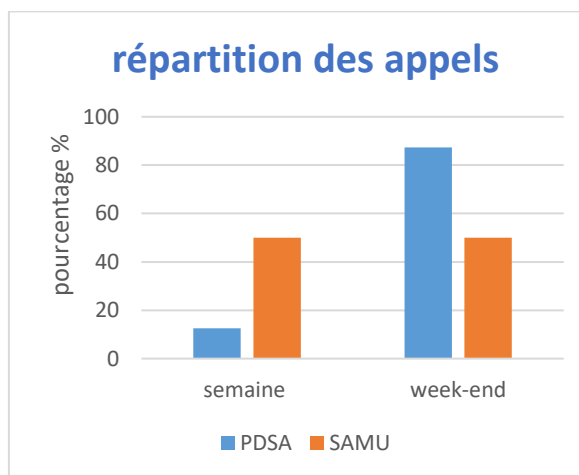
Durant la période d'étude le SAMU a traité 180 dossiers contre 119 pour les médecins de PDSA, un résultat qui peut paraître étonnant, très certainement par une sous-utilisation de la régulation du fait des particularités locales, le médecin de PDSA conservant le téléphone.

Les patients pris en charges par le SAMU et les médecins de PDSA ne présentent pas de différence significative ($P=0.064$), et ne se répartissent pas de manière différente sur les 4 mois de l'étude ($p=0.426$).



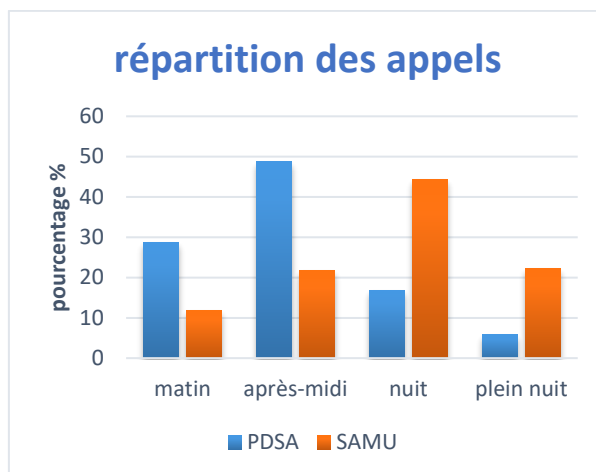


Les appels en semaine et le week-end se répartissent de façon différente pour le SAMU et la PDSA



- **L'activité de la PDSA** est significativement plus importante le week-end (87.4% des patients vu le week-end contre 12.6% en semaine) ($p < 0.001$). Cela s'explique par le fait qu'en semaine, les cabinets médicaux sont ouverts durant la journée, la PDSA n'étant présente que pour les urgences de la nuit et de la pleine nuit.
- **L'activité du SAMU** n'est pas significativement différente, en semaine et le week-end, elle est strictement identique. L'absence de majoration d'activité le week-end peut s'expliquer par le fait que les médecins de PDSA aux Saintes Maries de la Mer n'utilisent pas la régulation du SAMU en journée, avec un transfert du téléphone du cabinet directement sur leurs téléphones portables.

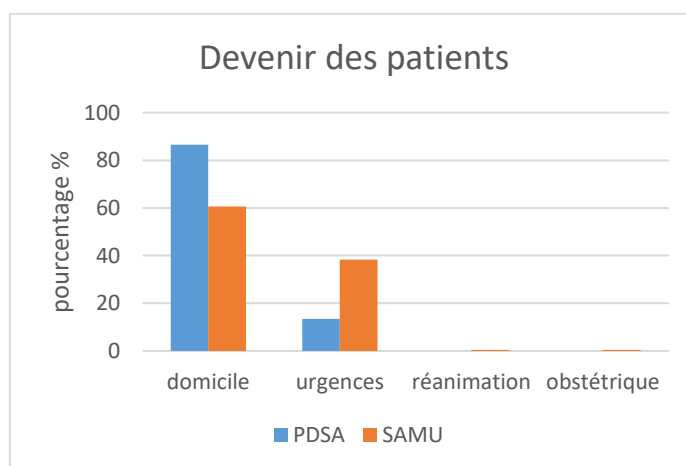
Il existe également une différence significative dans la répartition des appels selon la tranche horaire entre ceux traités par le SAMU et ceux traités par les médecins de PDSA ($p < 0.001$).



La majorité de l'activité de la PDSA se situe en journée avec 28.6% des appels le matin et 48.7% des appels l'après-midi soit 77.2% des appels contre 22.8% la nuit et pleine nuit avec 20 patients vu la nuit et seulement 7 en pleine nuit.

Le SAMU, lui, a reçu la majorité de ses appels en nuit (44.4%) et pleine nuit (22.2%) soit 66.6% des appels contre 33.4% des appels en journée.

Il y a une différence significative dans le devenir des patients selon qu'ils aient été pris en charge par les médecins de PDSA ou par le SAMU ($p < 0.001$).



Les patients ayant eu recours au médecin de PDSA sont restés à domicile dans 86.6% des cas bénéficiant d'un conseil médical, d'une consultation avec rédaction d'une ordonnance, d'un ECG ou de points de suture, dans 13.4% des cas ils sont transférés aux urgences soit par les sapeurs-pompiers soit par le SMUR.

Les patients ayant appelé le SAMU sont restés à leur domicile dans 60.6% des cas. Le conseil médical est largement utilisé par le SAMU (35% des décisions) par rapport aux médecins de PDSA (7.6% des décisions), cela s'explique par

l'existence de recommandations par l'HAS sur du conseil médical par téléphone. Par ailleurs contrairement à une régulation directe par le médecin de la PDSA, l'enregistrement de la conversation téléphonique par le SAMU favorise ce type de régulation. (HAS, 2011), (HAS, Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale, 2009)

Les médecins de PDSA mis à part pour les 9 dossiers non retrouvés, ont systématiquement examiné les patients, aucun conseil médical n'a été donné par téléphone.

15.6% des appels reçus par le SAMU ont donné lieu à l'intervention du médecin de garde.

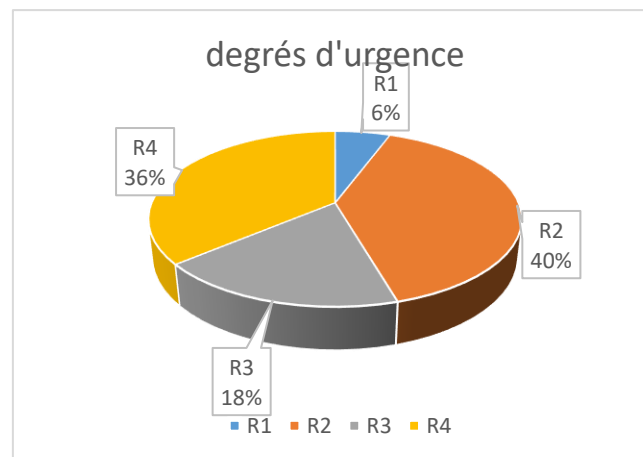
5.5 % des appels reçus par le SAMU ont donné lieu à l'intervention simple des sapeurs-pompiers sans transfert hospitalier.

38.3% des patients ayant eu recours au SAMU ont été transférés vers un service d'urgences. De façon significative, les patients qui ont appelé le SAMU ont été plus souvent adressés aux urgences que les patients ayant eu recours directement au médecin de PDSA (13.4%) ($p < 0.001$).

L'hôpital d'Arles reste la destination principale des transferts.

2 Comparaison des dossiers selon le degré d'urgence

Durant la période d'étude, les urgences de niveau R1 ont été au nombre de 17, il y a eu 119 dossiers classés R2, 55 classés R3 et 108 classés R4. On remarque peu d'urgences vitales.



Rappel de la classification des degrés d'urgence dans la régulation, mis en place par SAMU de France dès 2004, revue en 2009:

4 niveaux d'urgence pour les décisions du médecin régulateur:

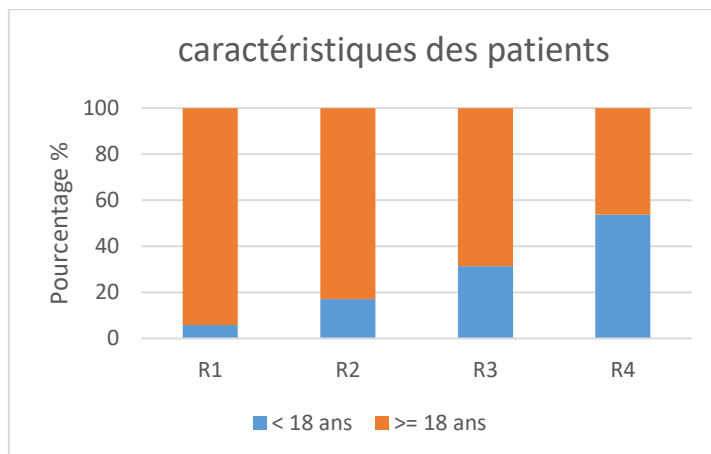
R1 = urgence vitale patente ou latente imposant l'envoi d'un moyen de réanimation (SMUR)

R2 = urgence vraie sans détresse vitale nécessitant l'envoi d'un médecin de proximité, d'une ambulance ou d'un VSAV dans un délai adapté contractualisé entre le régulateur, l'effecteur et l'appelant

R3 = recours à la permanence des soins, le délai ne constituant pas un facteur de risque en soi, une prescription médicamenteuse d'attente peut être proposée

R4 = conseil médical ou prescription médicamenteuse par téléphone

Les caractéristiques des patients diffèrent significativement selon le degré d'urgence ($p < 0.001$).

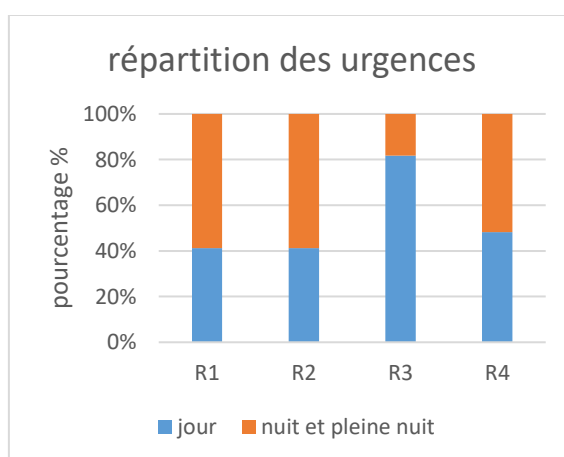
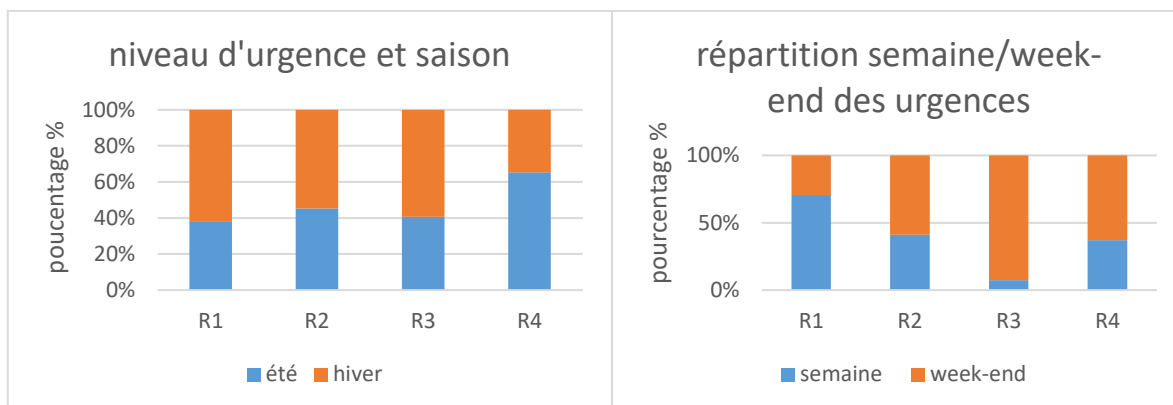


Les urgences de niveau R1 sont en majorité composées d'adultes (94,1%), seul 1 patient de moins de 18 ans a été classé R1 : un jeune de 17 ans avec luxation de genou qui a bénéficié de l'intervention du SMUR avec réduction de la luxation sur place sans hospitalisation secondaire. Elles sont constituées majoritairement de pathologies cardio-vasculaires et neurologiques.

Les R2 sont composés en grande majorité d'adultes (83.2%) de même que les urgences de niveau R3 en moindre importance (70.9%).

Par contre les dossiers classés R4 concernent majoritairement des enfants (53,8%).

Il existe une différence significative dans la répartition des appels selon le degré d'urgence selon la saison ($p=0.002$) et dans la semaine ou au cours de la journée ($p<0.001$).



Une part plus importante d'urgences de niveau R4 l'été, elles représentent 40% des appels contre seulement 21.3% l'hiver.

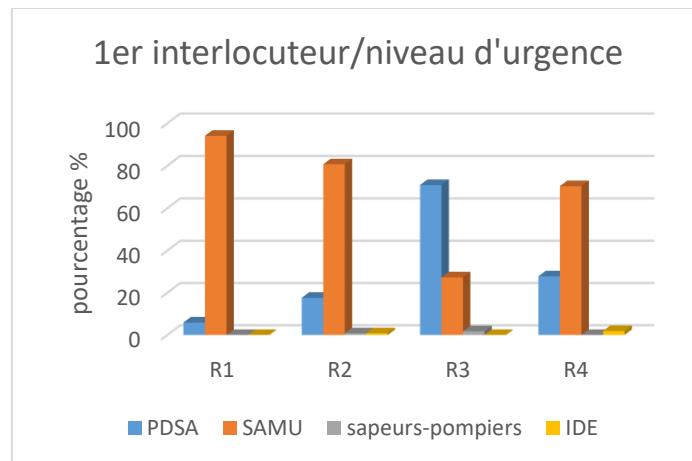
Cela s'explique par l'affluence touristique en relative bonne santé. En hiver on observe en proportion plus de R1, R2 et R3.

Les urgences de niveau R1 ont eu lieu en semaine pour 70.6% des cas contre 29.4% le week-end, les R2, R3 et R4 principalement le week-end dans respectivement 58.8%, 92.7% et 63% des cas.

Cela s'explique par le fait que durant la semaine, les médecins généralistes ont leurs cabinets ouverts en journée et sont donc disponibles pour les consultations de moindre degré d'urgence.

Pour ce qui est de la répartition dans la journée, les R1 ont lieu principalement en nuit (41.2%) et pleine nuit (23.5%) soit 64.7% des cas, de même que les R2 avec 58.9% des cas en nuit et pleine nuit. Les R3 ont lieu dans 81,8% des cas en journée et les R4 se répartissent de la même façon la journée et la nuit.

Le niveau d'urgence a une influence significative sur le 1^{er} interlocuteur contacté par le patient (p<0.001).

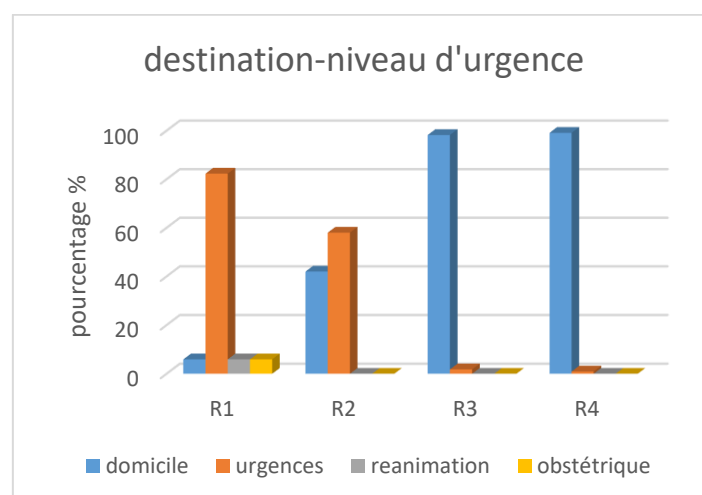


Les urgences de niveau R1 et R2 sont directement réglées par le SAMU dans respectivement 94.1 et 80.7% des cas.

Inversement, les patients présentant des urgences de niveau R3 appellent directement le médecin de PDSA dans 70.9% des cas.

Les R4 par contre sont majoritairement réglés par le SAMU : 70.4% contre 27.8% pour les médecins de PDSA. Ce résultat est biaisé de façon importante par le fait que les médecins de PDSA sont intervenus auprès de l'ensemble des patients les ayant sollicités, très peu de conseils médicaux simples ont été donnés avec la plupart du temps la réalisation d'une consultation et la rédaction d'une ordonnance et la classification R3 attribuée.

Il y a évidemment une relation significative entre le niveau d'urgence et le devenir des patients (p<0.001).



99.1% des R4 et 98.2% des R3 sont restés à domiciles.

Le dossier classé R4 pour lequel il a été indiqué un transfert hospitalier concerne une femme de 30 ans ayant contacté le SAMU à 23h10 le 13 août (en semaine) pour des douleurs abdominales épigastriques récidivantes, le dossier a été classé SS (sans suite) mais l'orientation vers les urgences apparait ainsi que l'établissement de transfert (CH d'Arles). De façon générale l'ensemble des dossiers SS du SAMU ont été classés R4 dans mon étude ce qui explique cette incohérence entre le degré d'urgence attribué et le devenir de la patiente.

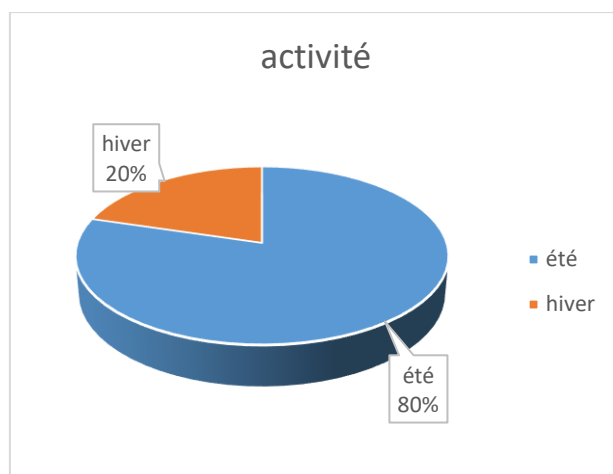
Le patient R3 ayant été adressé aux urgences est une femme de 76 ans ayant appelé le SAMU le 05/01 à 20h49 pour laquelle il est mentionné dans le dossier l'impossibilité de joindre le médecin de garde et la maison médicale, la patiente a donc été conduite aux urgences par les sapeurs-pompiers.

Une majorité des R2 sont adressés aux urgences, 58% des cas alors que 42% sont restés à domicile dont deux patients par refus de transfert. On remarque que seuls deux patients ont été transférés par le SMUR, les sapeurs-pompiers ont effectué les autres transferts. Il est intéressant de constater que l'intervention des sapeurs-pompiers et la communication de leur bilan au SAMU ont permis à 8 patients de rester à domicile (chutes, traumatismes légers, épistaxis, sensation de malaises ou encore agitation).

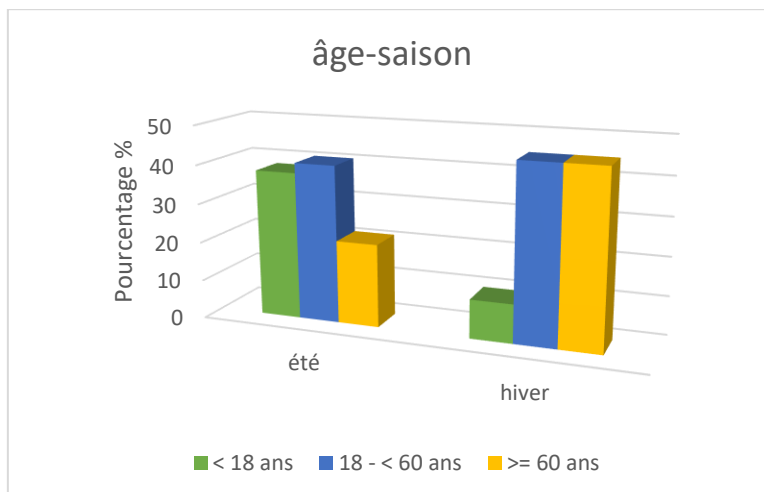
94.1% des R1, soit 16 patients, ont été orientés vers une structure hospitalière (urgences, réanimation ou service d'obstétrique) seul un patient est resté à domicile après intervention du SMUR, il s'agit d'un patient de 17 ans le 10/08 à 22h57 qui a bénéficié d'une réduction de luxation du genou droit.

3 Comparaison des dossiers selon la saison

Il y a une augmentation importante des demandes en soins durant l'été avec 238 dossiers traités durant les mois de juillet et août contre seulement 61 en décembre et janvier. Soit **un taux d'accroissement de la demande de 290%** de dossiers traités en été.



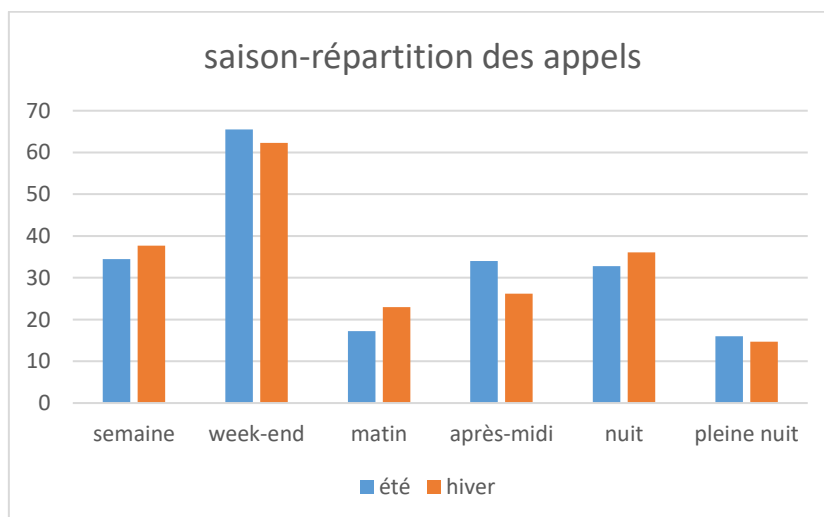
Il existe une différence significative entre les patients de l'hiver et ceux de l'été ($p < 0.001$).



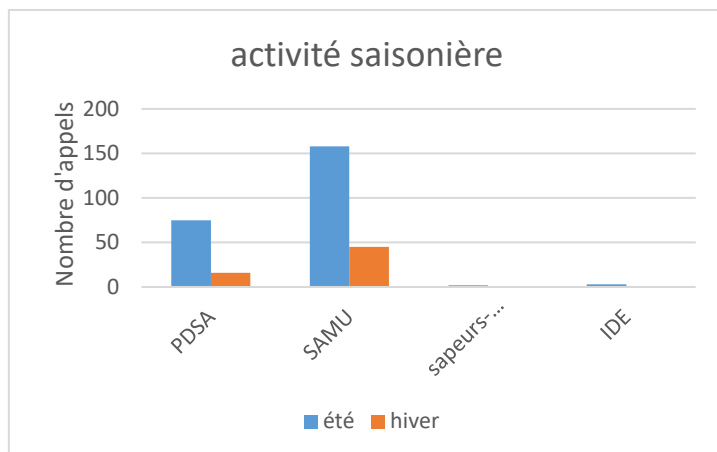
Ils sont plus âgés en hiver : 45% des patients ont 60 ans ou plus alors que l'été ils ne représentent que 21.4% de la patientèle, 45% des patients ont entre 18 et 59 ans, contre 40.6% en été et seulement 10% d'enfants l'hiver alors qu'ils représentent 38% de la patientèle l'été.

Cela s'explique par une population touristique de moyenne d'âge inférieure à celle du village avec beaucoup d'enfants.

Il n'y a pas de différence significative dans la répartition temporelle des appels entre l'été et l'hiver, que ce soit pour les appels passés en semaine ou le week-end ($p = 0.635$) ou selon la tranche horaire, les appels se sont répartis de façon similaire ($p = 0.577$).



Il n'y a pas de différence significative non plus dans la répartition des appels l'été ou l'hiver entre le SAMU et le médecin de PDSA (p=0.549).

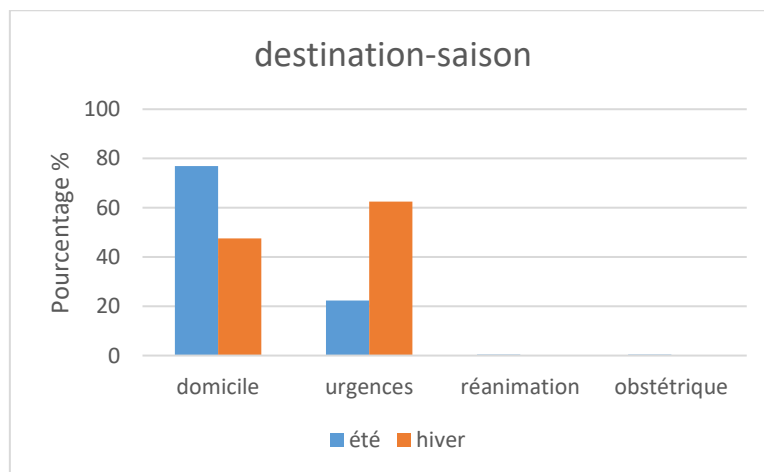


Le médecin de PDSA a été le premier interlocuteur pour 75 patients en été et seulement 16 en hiver soit un taux d'accroissement de 369%.

Le SAMU a régulé 158 appels en été et seulement 45 en hiver soit un taux d'accroissement de 251%.

Aucun appel n'a été régulé par les infirmières libérales ou les sapeurs-pompiers durant l'hiver

Il y a une différence significative dans le devenir des patients entre l'hiver et l'été (p<0.001).



Il y a une proportion plus importante de patients transférés vers les urgences de l'hôpital de secteur en hiver avec 49.2% des patients orientés vers l'hôpital d'Arles en hiver, contre 19.7% l'été.

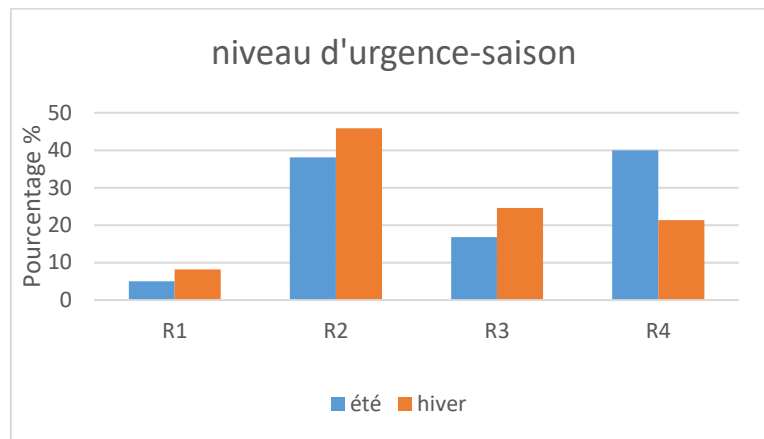
Une proportion plus faible de patients est restée à domicile en hiver: 47.5% des patients contre 76.9% en été.

Cela s'explique par deux aspects :

-la patientèle est plus âgée (population de 60 ans et plus significativement plus importante en hiver) ($p < 0.001$),

-les pathologies prises en charge sont de degré d'urgence significativement plus grave en hiver avec plus de R1 (8% contre 5% en été), R2 (45.9% contre 38.1% l'été) et R3 (24.6% contre 16.8% l'été) et moins de R4 (21.3% contre 40% en été) ($p = 0.002$).

La demande en soins urgents durant les heures de PDSA est donc moins importante l'hiver mais le degré d'urgence est plus grave.



C. Avenir de la PSA et propositions des institutionnels

Pour évaluer l'état actuel de la PDSA, analyser les difficultés et prévoir son évolution afin d'apporter des solutions aux problèmes actuels, un état des lieux a été réalisé par le conseil de l'ordre au 31 décembre 2014, il a été publié en avril 2015. (12)

L'assemblée nationale a également établi un rapport sur l'organisation de la permanence des soins présenté le 03 juin 2015. (13)

Il est reconnu dans ces deux rapports que la permanence des soins mise en place en 2002 est globalement assurée mais se trouve sur le déclin par la baisse du nombre de médecins effecteurs.

Si pour le moment les deux tiers des départements affichent un volontariat supérieur à 60%, avec une diminution globale faible, il existe de fortes disparités selon les territoires :

- 20% des départements présentent un désengagement significatif avec parfois plus de 10% de baisse des effectifs,
- 20% des départements présentent une hausse significative des effectifs allant jusqu'à une augmentation de plus de 10%.

Le rapport parlementaire s'alarme de cette baisse précisant qu'en 2005 dans deux tiers des départements 85% des généralistes étaient volontaires pour participer à la PDSA. Cependant cette baisse ne se trouve pas être la résultante de la simple diminution du volontariat mais aussi le fait d'une baisse du nombre global de médecins généralistes qui, parfois se retrouvent en nombre trop restreint pour assurer la PDSA sur des territoires de plus en plus vastes.

Depuis sa création la PDSA a vu modifier :

- ses effectifs, avec une baisse du nombre d'effecteurs et leur regroupement en maisons médicales ;
- son organisation, avec la mise en place d'une régulation libérale et des territoires qui se trouvent de plus en plus étendus.

Devant la baisse des effectifs et du volontariat plusieurs mesures ont été prises afin d'alléger la charge de travail des médecins et encourager les volontaires :

-La mise en place d'une régulation libérale de plus en plus présente et utilisée avec pour certains départements l'attribution d'un numéro distinct du 15,

-Le développement de maisons médicales de gardes offrant une structure fixe pouvant accueillir les patients,

-L'abandon de la garde à partir de minuit dans de très nombreux départements,

-La rémunération de l'astreinte en accord avec l'ARS tenant compte des contraintes inhérentes à chaque territoire de garde.

Malgré toutes ces mesures des difficultés actuelles et à venir persistent

- l'évolution de la démographie médicale laisse à penser que la baisse des effectifs va continuer, rendant impossible le maintien de la PDSA dans certains secteurs,

-la diminution du nombre de nouvelles maisons médicales du fait de la fragilité financière de ces structures,

-l'absence d'organisation spécifique pour la rémunération des actes médico-administratifs, tels que la délivrance de certificats de décès ou les examens médicaux pendant les gardes à vue,

-l'utilisation de la régulation médicale libérale qui plafonne à environ 60% des actes par méconnaissance du grand-public du fait d'un manque de communication. L'absence d'organisation précise, avec pour certains département un numéro qui reste commun au numéro d'urgence, le 15 ou l'existence d'autres numéros disponibles cela ne faisant qu'accroître la confusion pour les patients : les sapeurs-pompiers au 18, SOS médecins ou d'autres associations de médecins. Alors que 60 à 80% des appels aboutissent à la délivrance d'un conseil médical sans nécessité de consultation, visite ou transfert médical on peut penser qu'une plus grande utilisation de la régulation permettrait de diminuer l'activité des médecins effecteurs,

-l'arrêt des gardes après minuit avec le renvoi systématique des patients aux urgences (67% des territoires s'arrêtent de fonctionner à minuit au 31 décembre 2014 contre 55% en 2012) sans que la régulation ne soit pour autant renforcée (1/3 des départements ne disposent pas de régulateur libéraux en nuit profonde). Les limites de la régulation libérale apparaissent donc du fait de la typologie de la population rencontrée en médecine générale : le médecin, par son examen clinique peut diagnostiquer des pathologies graves souvent au stade débutant avec des signes peu spécifiques qui ne pourraient être décelés sur entretien téléphonique aussi précis soit-il. On peut par ailleurs s'interroger sur l'utilité d'une régulation libérale en absence d'effecteur,

-le coût de la PDSA qui augmente malgré la diminution du nombre d'actes imputables essentiellement compte tenu du budget attribué à la régulation médicale,

-les inégalités territoriales et sociales avec une disparité dans la PDSA qui suit les disparités de répartition des médecins généralistes sur le territoire mais aussi d'outre-mer et dans certains quartiers dits « sensibles ». Les personnes en détention ou les personnes résidentes en EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) subissent de nombreux transferts dans les services d'urgences du fait de l'absence de personnel paramédical ou médical d'astreinte.

Des propositions ressortent alors de l'état des lieux effectué par le conseil de l'ordre et du rapport parlementaire pour l'amélioration de la PDSA :

-une réforme du pilotage national et territorial des PDSA est proposée pour permettre l'évaluation et donc la diffusion des « bonnes pratiques » et permettre d'analyser les incidents et d'y apporter des réponses appropriées ;

-pour palier à la baisse des effectifs de médecins volontaires une nouvelle loi pourrait permettre aux étudiants, aux médecins remplaçants et aux médecins salariés de participer aux tableaux de garde. La sensibilisation des étudiants à cette mission de santé publique se ferait par la création d'un module de formation spécifique ;

-pour que la régulation libérale soit connue du grand-public et utilisée, un numéro unique national va entrer en vigueur en application de la loi sur la « modernisation du système de santé » votée le 26/01/2016. Ce numéro sera le 116117 mis en place au plus tard le 24/01/2017. La régulation libérale restera joignable par le numéro d'urgence « 15 » jusqu'au 1^{er} janvier 2020 avec obligation avant 8 août 2018 pour les ARS de modifier les cahiers des charges pour y inscrire le numéro national de régulation libérale. Déjà en place en Allemagne et en Grande Bretagne il doit par la suite être effectif dans l'ensemble des pays de l'Union Européenne ;

-Une amélioration de la structure de l'offre de soins est à apporter avec l'encouragement de l'implantation de maisons médicales de gardes mais avec une préparation minutieuse par l'intervention de l'ensemble des acteurs concernés : médecins libéraux, structures hospitalières voisines et ARS, afin de pérenniser ces installations et de permettre un accès au plateau technique (imagerie et biologie). La régulation pouvant être améliorée notamment en développant la télé-prescription en améliorant les interconnexions informatiques. Une amélioration de la prise en charge des personnes hébergées en EHPAD doit intervenir mais aucune mesure concrète n'est proposée pour ce faire dans le rapport ministériel. Le Conseil de l'Ordre, au vu de différentes expérimentations, suggère la présence d'une astreinte d'infirmiers diplômés d'état avec une meilleure gestion par le médecin traitant des protocoles personnalisés et des prescriptions anticipées pour une meilleure prise en charge aux heures de PDSA des personnes en EHPAD (actuellement 85% des EHPAD ne disposent d'aucune présence infirmière la nuit) ;

-le rapport ministériel préconise d'étendre le périmètre de la PDSA aux kinésithérapeutes et aux transports afin de permettre aux patients de rallier la pharmacie de garde à l'issue de la consultation ou de l'avis et de la télé-prescription du médecin régulateur sans que les questions des effectifs disponibles et du financement ne soient abordées (Il est déjà difficile en dehors des horaires de PDSA d'avoir accès à une ambulance, un VSL ou un taxi) ;

-l'indemnisation de l'établissement d'un certificat de décès durant les heures de PDSA doit être effective après reconnaissance de cet acte par l'assurance maladie ;

-les Conseils de l'Ordre départementaux ayant une excellente connaissance des effecteurs et des territoires de PDSA, une collaboration avec les ARS est nécessaire pour la mise en place et la modification des PDSA et permettre d'anticiper les difficultés à venir ;

-l'arrêt des gardes en nuit profonde peut paraître une mesure incitative favorisant le volontariat si la décision est prise en concertation avec les médecins effecteurs. Il peut avoir l'effet inverse si cet arrêt est décrété de façon arbitraire dans un objectif purement économique. Dans certains secteurs l'activité en pleine nuit est faible mais réelle pour des populations rurales isolées avec un tableau d'astreinte qui fonctionne. L'arrêt des gardes peu rentables sur ces secteurs est mal perçu par les médecins volontaires qui se découragent pour d'autres tranches horaires, comme cela a été souligné le Dr Luc Duquesnel, président de l'UNOF-CSMF au sujet de la suppression des gardes de nuit dans le Nord-Pas-de-Calais et dans la Lorraine. (14)(15)

Plusieurs départements ou régions ont tenté de répondre à ces difficultés avec une organisation particulière de la PDSA :

Dans l'Oise, il n'y a plus aucun effecteur après 20h excepté à Creil où SOS médecin est joignable toute la nuit. Il serait intéressant de connaître l'impact d'une telle décision sur la morbi-mortalité des habitants de ce département. (16)

Dans la région Poitou-Charentes il n'y a pas d'effecteur entre minuit et huit heures. Cependant les médecins généralistes en Charente s'estiment également inutiles sur la tranche horaire 20h-minuit et manifestent leur mécontentement. Une majorité d'entre eux a donc fait une grève prolongée des gardes sur cette tranche horaire en 2016. La préfecture n'ayant pas cédé à la réclamation de la suppression de ces gardes, des réquisitions ont été faites. Outre leur sentiment d'inutilité, la charge de travail que les gardes représentent avec l'impact sur leur qualité de vie a été dénoncée par les médecins généralistes qui ont de plus souligné la faible attractivité de leur activité pour de jeunes médecins désireux de s'installer alors que les départs en retraite se multiplient. (17)

Toujours dans la région Poitou-Charentes, l'établissement d'un certificat de décès à la demande du régulateur est indemnisé 90 euros qui sont ajoutés à l'indemnité d'astreinte. La région est divisée en 15 secteurs dont certains sont prêts à se regrouper pour diminuer le nombre d'astreinte avec un territoire plus vaste soit un rayon de 40km pour l'effecteur. Ces regroupements sont à l'étude. (17)

Dans la région Rhône-Alpes le département de Haute-Savoie a établi des secteurs et des sous-secteurs qui varient en fonction de la saison (hiver : haute saison et été : basse saison), les effecteurs sont d'astreinte pour la plupart jusqu'à 22h avec l'un des plus gros réseaux de médecins correspondants du SAMU regroupant 111 médecins sur 4 départements pouvant intervenir 24h/24 7j/7 à la demande du SAMU régulateur. (18)

D. Propositions pour les Saintes Maries de la Mer

D'après les résultats de notre étude et au vu des bilans établis montrant les difficultés actuelles et à venir pour le maintien de la PDSA, plusieurs propositions peuvent être formulées afin de pérenniser l'activité aux Saintes Maries de la Mer.

L'amélioration de l'organisation de la PDSA dans ce village est un enjeu majeur pour la santé de la population et des touristes, car il semble qu'actuellement elle représente un frein à l'installation de nouveaux médecins alors que les deux seuls médecins en activité se trouvent être proches de la retraite.

Il y a une différence majeure d'activité entre l'été et l'hiver sur le nombre d'intervention, avec une activité très réduite en hiver. En hiver la patientèle est plus âgée avec en proportion plus de transferts vers les structures hospitalières, alors

qu'en été, les touristes amènent peu d'urgences vitales. La nécessité se trouve donc dans l'adaptation du nombre de médecins et des horaires de disponibilité. L'ouverture du tableau de garde aux médecins remplaçants, aux médecins salariés et aux étudiants pourrait apporter un soutien aux deux seuls médecins du village.

L'adaptation saisonnière du tableau de garde pourrait se faire de la façon suivante :

- En été : la population pouvant être multipliée par 10 par affluence touristique, une présence médicale semble nécessaire en journée les week-ends et jours fériés ainsi qu'en première partie de nuit (de 20h à minuit)
- En hiver : l'essentiel de la patientèle se trouve être la population du village, une présence médicale en journée les week-ends et jours fériés paraît nécessaire. La demande étant quasi inexistante en première partie de nuit et en pleine nuit, ces tranches horaires de PDSA pourraient être supprimées.
- En pleine nuit la demande concerne essentiellement des urgences de niveau 1 ou 2, demandes régulées par le centre 15 et dont le transfert en milieu hospitalier est inévitable. Cette demande ne semble pas relever de la PDSA.

On peut penser que l'utilisation de la régulation modifierait l'activité des médecins de la PDSA car les médecins de PDSA contactés directement ont été dans l'obligation d'intervenir alors qu'un conseil médical aurait pu être délivré par le régulateur libéral. Dans le rapport national sur la régulation il apparaît que seuls 60 % des appels reçus par le médecin généraliste lors de la PDSA ont été régulés par le centre 15. Aux Saintes Maries de la Mer, moins de 20 % des interventions du médecin de garde ont été régulées au préalable, ce qui est bien inférieur à une moyenne nationale déjà trop faible. La garde doit donc être régulée par le centre 15 actuellement mais prochainement, comme dans tout le territoire français par le 116117.

Cette étude révèle clairement que le niveau d'urgence conditionne l'interlocuteur initial, il paraît donc nécessaire d'instaurer un travail d'équipe entre le SAMU et les médecins du village notamment pour les urgences de niveau R1 et R2. On note que le SAMU appelé directement pour ces degrés d'urgences ne sollicite pas l'intervention du médecin présent le plus proche. Cette absence prive le patient et les équipes de secours (sapeurs-pompiers) d'une aide médicale proche et technique dans l'attente du transport. Le SAMU durant l'étude a contacté le médecin de PDSA pour intervenir auprès de 2 urgences de niveau R1 (pour une épistaxis sévère chez un homme de 52 ans et pour une fièvre chez une patiente de 73 ans déjà transférée par les sapeurs-pompiers à l'arrivée du médecin).

Enfin, la situation géographique du village qui le place à plus de 30 minutes de la structure d'urgence la plus proche, le faible nombre d'appel en pleine nuit et le fait que le SAMU soit le premier et essentiel interlocuteur des urgences de niveau 1 nous permet de suggérer la mise en place d'un MCS. Ce statut permettrait alors de répondre à la demande en soins urgents par une prise en charge immédiate et adaptée, en concertation avec le centre 15 dans l'attente du transport médicalisé adapté. Outre une formation médicale initiale et continue avec la mise à disposition du matériel nécessaire à la prise en charge des urgences vitales et une collaboration souhaitée avec le centre 15, ce statut permettrait en nuit profonde une plus grande souplesse sur cette tranche horaire, allégeant ainsi la contrainte du tableau de garde. Cela sous-entend que les médecins du village acquièrent tous les deux le statut de Médecins Correspondants du SAMU et s'entendent pour garantir une présence permanente dans le village plus adaptée à ses besoins.

V) CONCLUSION

La démographie médicale est un enjeu fondamental pour l'égalité des Français face à l'accès aux soins. La diminution du nombre de médecins généralistes en activité régulière annoncée pour les années à venir menace la PDSA dans certaines zones dites « fragiles ». C'est le cas pour le village des Saintes Maries de la Mer qui fait figure d'exception dans la région PACA et où l'organisation de la PDSA dans ce secteur semble être un des freins majeurs à l'installation de nouveaux médecins.

Analyser l'activité des médecins effecteurs et l'ensemble de la demande en soins urgents durant les heures de PDSA auprès des médecins et du SAMU centre 15 de Marseille était donc fondamental pour déterminer les besoins exacts du village et proposer des pistes d'amélioration.

Si sur les 4 mois de l'étude, Les patients pris en charges par le SAMU et les médecins de PDSA ne présentent pas de différences, les appels se répartissent de façon différente en fonction du degré d'urgence et du temps avec une sollicitation du SAMU en priorité pour les urgences vitales et sur les tranches horaires de nuit et de pleine nuit. Le médecin de PDSA est sollicité davantage en journée durant les week-end et jours fériés. Ces résultats sont cependant biaisés par une sous-utilisation de la régulation libérale (20% des appels reçus par le médecin ont été régulés).

Les urgences vitales de niveau R1 et les urgences de niveau R2 concernent essentiellement la population adulte qui fait appel au centre 15 directement et se trouve orientée vers les services d'urgence.

S'il existe une augmentation importante des demandes en soins durant l'été avec un taux d'accroissement de la demande de 290%, les appels se répartissent entre le médecin de PDSA et le SAMU de la même façon en été et en hiver. La patientèle, par contre, diffère selon la saison avec une demande en soins urgent durant les heures de PDSA très importante l'été concernant une patientèle plus jeune avec un niveau d'urgence moins grave. L'hiver la demande est très réduite mais concerne une population plus âgée avec un niveau d'urgence plus grave et, proportionnellement, davantage de transferts hospitaliers.

Ces données appuient donc la possibilité d'une nouvelle organisation de la PDSA, pour répondre aux enjeux de santé publique et aux difficultés démographiques actuelles et à venir dans cette zone fragile.

Les résultats de cette étude suggèrent une meilleure utilisation de la régulation libérale existante, l'adaptation du nombre de médecins et de leurs horaires de disponibilité à la demande saisonnière et l'instauration d'un travail d'équipe entre le SAMU et les médecins effecteurs. Pour les urgences vitales qui ne relèvent pas des missions de la PDSA mais imposent une présence médicale constante, dans ce village situé à plus de 30 minutes de la structure d'urgence la plus proche, la mise en place d'un réseau local de MCS semble le plus adapté.

La révision du cahier des charges définissant la PDSA devra se faire en concertation avec l'ARS PACA, le Conseil de l'Ordre des Bouches-du-Rhône et les médecins effecteurs volontaires aux Saintes Maries de la Mer. Une nouvelle évaluation de cette organisation sera alors nécessaire.

ANNEXE

Questionnaire

QUESTIONNAIRE : PDSA ET PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Date _____ Heure _____

Homme Femme Enfant âge : _____

Appel SAMU Direct portable infirmières pharmacie Pompiers lieu public autre

Appel SAMU : attente de VLM (véhicule léger médicalisé) attente de VSAV (véhicule de secours et d'assistance aux victimes) attente hélicoptère premier avis sans envoi

Motif patient :

Diagnostic de régulation :

R1 (urgence vitale patente ou latente imposant l'envoi d'un SMUR)

R2 (urgence vraie sans détresse vitale nécessitant l'envoi d'un médecin de proximité, ambulance ou VSAV dans un délai adapté contractualisé entre le régulateur, l'effecteur et l'appelant)

R3 (recours à la PDSA, le délai ne constituant pas un facteur de risque en soi, une prescription d'attente peut être proposée)

R4 (conseil médical ou prescription médicamenteuse pouvant être donné par téléphone)

R5 (impossibilité de déterminer le niveau d'urgence sans intervention du médecin généraliste de garde)

Visite à domicile rendez-vous au cabinet

Diagnostic après examen clinique :

Thérapeutique au domicile :

Traitements administrés :

Rédaction d'une ordonnance Oui Non

Transfert hospitalier : Oui Non

Si Oui : véhicule personnel taxi Pompiers Ambulance SAMU

Votre conclusion sur le niveau d'urgence :

R1 R2 R3 R4

Votre avis sur cette consultation

BIBLIOGRAPHIE

1. BACHELOT R. Loi 2009-879 "Hôpital, Patient, Santé et Territoire" (2009 juil 21). Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
2. DRESS. Démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. 2009 fév. Disponible : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
3. ARS PACA. Schéma régional d'organisation des soins. 2013 déc 27. Disponible : <http://www.ars.paca.sante.fr/Organisation-des-soins.108031.0.html>
4. ARS PACA. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires de la région PACA. 2015 avril 01. Disponible: <http://www.ars.paca.sante.fr/Medecins.133290.0.html>
5. ARS. Le Préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Arrêté n°2012051-0001 (2012 fév 20) Disponible: http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Schemas/SROS/Zonage/20022012_arrete_zonage_sros_prs_arspaca.pdf
6. CCI PAYS D'ARLES. Journée terrain#10 Les Saintes Maries de la Mer. 2014 sep 12. Disponible : <http://www.arles.cci.fr/docs/Synth%C3%A8se%20%C3%A9conomique%20web.pdf>
7. Bouches-du-Rhône carte de localisation. 2015. Disponible : <http://fr.mapsofworld.com/france/departement/bouches-du-rhone-location-map.html>
8. Carte des Bouches-du-Rhône version relief. 2004. Disponible : <http://www.mapanddata.com/cartes-illustratives/france/departements/bouches-du-rhone/carte-des-bouches-du-rhone-version-relief.html?page=produits/203/137/carte-des-bouches-du-rhone-version-relief>
9. INSEE. Commune des Saintes-Maries-de-la-Mer (13096) Dossier complet. 2012. Disponible : http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=COM-13096
10. Ordigard gestion des gardes. Disponible : <https://ordigard.ordre.medecin.fr/>
11. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. CIM : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes. 2016 mai 12. Disponible : <http://www.atih.sante.fr/actualites/cim-10-fr-2015-usage-pmsi>
12. Conseil National de l'Ordre des médecins. Enquête du Conseil National de l'Ordre des médecins sur l'état de lieux de la permanence des soins en médecine générale au 31 décembre 2014. 2015 avril 3. Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds2014.pdf>
13. Assemblée Nationale, Lemorton C. Rapport d'information en conclusion de la mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins. 2015 juin 3. Disponible : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2837.asp>
14. EGORA, S. B. B. La mort de la PDS sera lente mais inexorable. 2015 avril 28. Disponible : <http://www.egora.fr/>

15. EGORA, C. L B. Permanence des soins « nous n'avons pas d'utilité le soir ». 2016 mai 03. Disponible : <http://www.egora.fr/>
16. ARS Hauts-de-France. Cahier des charges de la Permanence des soins ambulatoires de la région Picardie. 2012 aout 03. Disponible : <http://www.ars.hauts-de-france.sante.fr/Permanence-des-soins-ambulatoi.150147.0.html>
17. ARS Poitou-Charentes. Arrêté modificatif sur la condition d'organisation de la PDSA Poitou-Charentes. 2015 nov 27. Disponible : <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/La-permanence-des-soins-ambula.128561.0.html>
18. ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Permanence des soins ambulatoires Cahier des charges Rhône-Alpes. 2016 jan 31. Disponible : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/La-permanence-des-soins-ambula.123848.0.html>

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse

Université Paris Diderot – Paris 7

Le Professeur MAHE Isabelle

Date le 31/11/2016



VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot – Paris 7

Professeur Philippe RUSZNIEWSKI



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Philippe RUSZNIEWSKI

Résumé

Etude sur la demande de soins durant la Permanence des Soins Ambulatoires

Aux Saintes Maries de la Mer

Introduction :

La PDSA, mission du médecin généraliste, représente un frein à l'installation de nouveaux médecins. Le village des Saintes Maries de la mer est l'unique zone « fragile » du département des Bouches-du-Rhône.

Objectif :

Connaître et analyser la demande en soins du village pendant la PDSA pour l'adapter et répondre aux besoins présents et à venir.

Matériel et méthode :

C'est une étude observationnelle, prospective, quantitative, par recueil de l'ensemble des demandes de soins provenant des Saintes Maries de la Mer pendant la PDSA en juillet-août 2015 et en décembre 2015 -janvier 2016. Un questionnaire a été rempli par les médecins pour chacune de leur intervention. Les dossiers ont été récupérés auprès du SAMU de Marseille.

Résultats :

299 patients ont été inclus : 238 en été (80%), 61 en hiver (20%), 180 au SAMU et 119 auprès du médecin de PDSA.
-Pour le médecin de PDSA : 87.4% des demandes ont été reçues le week-end, 12.6% en semaine, 77.2% en journée et 22.7% la nuit. 20% des interventions sont régulées au préalable.
-Pour le SAMU : 50% des demandes ont été reçues le week-end, 50% en semaines, 33.4% en journée et 66.6% la nuit.
-Niveaux d'urgences : les urgences de niveau R1 (urgences vitales) représentent 6% des demandes, les R2 (urgence vraie) 40%, les R3 (recours à la PDSA justifié) 18% et les R4 (conseil médical/prescription d'attente) 36%.
-Le SAMU traite 94.1% des R1, 83.2% des R2, 29.1% des R3 et 70.4% des R4.
-Le médecin de PDSA traite 5.9% des R1, 17.6% des R2, 70.9% des R3 et 27.8% des R4.
-En hiver 45% des patients ont plus de 60 ans, 10% moins de 18 ans, 8% de R1, 45.9% de R2, 24.6% de R3 et 21.3% de R4.
-En été, 21.4% des patients ont plus de 60 ans, 38% moins de 18 ans, 6% de R1, 38.1% de R2, 16.8% de R3 et 40% de R4.

Conclusion :

Cette étude met en évidence de nombreux aspects qui incitent à une réorganisation de la PDSA aux Saintes Maries de la Mer : une meilleure utilisation de la régulation, l'adaptation des horaires de présence des médecins en fonction de la variation saisonnière de l'activité, une plus grande coopération entre le SAMU et les médecins effecteurs et la mise en place d'un réseau de MCS pour les urgences vraies et vitales.

Références :

-BACHELOT R. *Hôpital, Patient, Santé et Territoire. Loi 2009-879*. 2009 juil 21. Disponible :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

-DREES. *Démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales*. 2009 fév 23.

Disponible : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t1.pdf>

-ARS PACA. *Schéma régional d'organisation des soins*. 2013 dec 27. Disponible :

<http://www.ars.paca.sante.fr/Organisation-des-soins.108031.0.html>

-Conseil National de l'Ordre des médecins. *Enquête du Conseil National de l'Ordre des médecins sur l'état de lieux de la permanence des soins en médecine générale au 31 décembre 2014*. 2015 avr 3. Disponible :

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds2014.pdf>

Mots clés: médecine générale, parcours de soins, trajectoire du patient, urgences, les Saintes Maries de la Mer.