

UNIVERSITE DE NANTES

MENTION TRES HONORABLE
avec félicitations du Jury

FACULTE DE MEDECINE

Année 2006

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE NANTES - Santé	
SUDOC	
COTE	06 NANT 014M
LOC.	EXCLU
HOR.	

N° 7G106/13

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine générale

par

Cédric Andrieu

Né le 26 décembre 1975 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 15 mai 2006

RAPPORT DE L'ACTIVITE DE SOS MEDECINS SAINT-NAZAIRE PENDANT LA PERMANENCE DES SOINS AU COURS DE L'ANNEE 2005

Président : Monsieur le Professeur Gilles Potel

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Marc Bailleul

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....p 7

PREMIERE PARTIE : Description de la permanence des soins (PDS) et des associations SOS Médecins en France et à Saint-Nazaire.....p 9

Chapitre 1 : la PDS : aspect législatif et organisation locale.....p 10

- A. Définitions.....p 10
- B. Textes de loi applicables.....p 11
- C. Organisation de la PDS en Loire-Atlantique :.....p 12
 - 1. Généralités.....p 12
 - 2. Démographie.....p 13
 - 3. Sectorisation.....p 15
 - 4. Effecteurs de la PDS.....p 15
- D. Spécificité du secteur urbain de Saint-Nazaire et de la presqu'île guérandaise.....p 17

Chapitre 2 : SOS Médecins France.....p 19

- A. Historique.....p 19
- B. SOS Médecins France en 2005.....p 20
- C. Organisations des associations SOS Médecins :.....p 20
 - 1. Aspects juridiques et administratifs.....p 20
 - 2. Cahier des charges.....p 21
- D. Rôles de SOS Médecins.....p 24

Chapitre 3 : SOS Médecins Saint-Nazaire.....p 26

- A. Historique.....p 26
- B. Administratif et fonctionnement.....p 26
- C. Réception et traitement des appels.....p 27
- D. Les communes couvertes par SOS Médecins Saint-Nazaire.....p 31
- E. Evolution de l'activité de SOS Médecins Saint-Nazaire.....p 32

DEUXIEME PARTIE : Analyse de l'activité de SOS Médecins Saint-Nazaire en 2005 pendant la PDS.....p 33

Chapitre 1 : Méthodologie.....p 34

Chapitre 2 : Résultats.....p 35

A. Généralités :	p 35
1. Répartition des appels au cours et en dehors de la PDS.....	p 35
2. Répartition temporelle des appels.....	p 36
3. Provenance des appels.....	p 39
4. Catégories de motifs d'appel pendant la PDS.....	p 40
5. Principaux symptômes d'appel.....	p 41
6. Principaux diagnostics posés.....	p 42
7. Répartition géographique des appels.....	p 43
8. Devenir des patients.....	p 46
B. Analyse des appels provenant du Centre 15 pendant la PDS :	p 47
1. Répartition journalière des appels du Centre 15.....	p 47
2. Catégorie de motifs d'appel provenant du Centre 15.....	p 47
3. Principaux symptômes des appels du Centre 15.....	p 48
4. Principaux diagnostics des appels du Centre 15.....	p 49
5. Devenir des patients adressés par le Centre 15.....	p 50
C. Analyse des hospitalisations :	p 51
1. Nombre d'hospitalisations.....	p 51
2. Catégories de motifs d'appel entraînant une hospitalisation.....	p 52
3. Principaux symptômes entraînant une hospitalisation.....	p 53
4. Principaux diagnostics entraînant une hospitalisation.....	p 54

TROISIEME PARTIE : Discussion	p 55
A. Sur la notion d'urgence.....	p 56
B. Sur les résultats :.....	p 57
1. Sur l'activité globale.....	p 57
2. Sur le sexe ratio et l'âge des patients.....	p 58
3. Sur la répartition temporelle des appels.....	p 58
4. Sur la provenance des appels.....	p 61
5. A propos des symptômes.....	p 62
6. A propos des diagnostics.....	p 63
7. A propos des appels du Centre 15.....	p 64
8. A propos des hospitalisations.....	p 65
C. Sur les perspectives de l'association SOS Médecins Saint-Nazaire.....	p 67
CONCLUSION	p 69
ANNEXES	p 71
BIBLIOGRAPHIE	p 92

ABREVIATIONS

- AC/FA : Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire
- AMUEL : Association de Médecine d'Urgence de l'Estuaire de la Loire
- AMU : Aide Médicale Urgente
- AIT : Accident Ischémique Transitoire
- AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins
- CIM : Classification Internationale des Maladies de l'OMS
- CISP : Classification Internationale des Soins Primaires
- CMU : Capacité de Médecine d'Urgence
- CODAMU-PS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la PDS
- FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
- GROG : Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- InVS : Institut national de Veille Sanitaire
- OAP : Œdème Aigu du Poumon
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PDS : Permanence Des Soins
- RIAP : Relevé Individuel d'Activité Professionnelle
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- SCI : Société Civile Immobilière
- SCM : Société Civile de Moyen
- SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- TS : Tentative de Suicide
- VSAB : Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés
- WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

Actuellement, la Permanence Des Soins (PDS) est une des priorités gouvernementales de santé publique comme en attestent les différents articles, rapports et décrets publiés ces dix dernières années.¹⁻⁵

Elle se définit par l'organisation mise en place par les professionnels de santé pour répondre aux demandes de soins dits « non programmés ».

Ces demandes, qu'elles correspondent à des urgences médicales vraies ou à des urgences dites « ressenties », sont de plus en plus nombreuses et ont comme principale conséquence l'engorgement des Services d'Accueil des Urgences avec plus de dix millions de passages par an aux Urgences en France.⁶ Ce chiffre pourrait atteindre 22 millions en 2020 si la tendance actuelle se poursuit.⁷

Cette PDS s'organise en France autour de plusieurs acteurs de soins tels les médecins libéraux, les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU), les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), et des associations de permanence des soins comme SOS Médecins.

Comme le dit C. Descours, sénateur honoraire, dans son rapport sur la permanence des soins remis en janvier 2003 à Monsieur Jean-François Mattei, alors ministre de la santé³ : *« l'organisation devra être adaptée aux spécificités locales ; l'organisation pourra donc varier d'un secteur à l'autre au sein du même département. »*

Dans la communauté urbaine de Saint-Nazaire, la PDS est essentiellement assurée par l'association SOS Médecins Saint-Nazaire, bien ancrée dans le paysage médical nazairien depuis sept ans.

Nous allons donc définir dans une première partie ce qu'est la PDS et les textes de loi qui la régissent, puis nous étudierons l'histoire et l'organisation de SOS Médecins France,

répondant à un cahier des charges bien défini, et enfin les spécificités de SOS Médecins Saint-Nazaire.

Dans une seconde partie, nous analyserons l'activité de SOS Médecins Saint-Nazaire en 2005 au cours de la PDS en s'attardant plus spécifiquement sur la provenance, les catégories de motifs d'appel selon la CISP (Classification Internationale des Soins Primaires), les symptômes d'appel, les diagnostics posés et enfin le devenir des patients. Nous détaillerons particulièrement les appels provenant du Centre 15, puis les appels entraînant une hospitalisation.

Enfin, dans une troisième partie, nous discuterons de la pertinence de tous ces résultats, du rôle essentiel de la structure concernant la PDS, et des éventuelles évolutions à apporter à la structure SOS Médecins Saint-Nazaire afin de répondre au mieux aux demandes de la population et aux autorités de tutelle.

PREMIERE PARTIE

DESCRIPTION DE LA PERMANENCE DES SOINS ET DES ASSOCIATIONS SOS MEDECINS EN FRANCE ET A SAINT-NAZAIRE

Chapitre 1

La Permanence des Soins : aspect législatif et organisation locale

A. Définitions :

Les définitions de l'urgence médicale sont multiples, le Pr A. Steg la définissait comme « *un phénomène qui touche à la santé, qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète le patient ou son entourage.* »¹

Classiquement sont différenciées les « urgences vraies » et les « urgences ressenties ». Une urgence vraie (ou objective) met en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et nécessite une intervention médicale rapide. Une urgence ressentie correspond à une situation vécue comme urgente par l'appelant ou les proches, quelle que soit la réalité objective de son état de santé.

Qu'elle soit vraie et/ou ressentie, la notion d'urgence implique une demande de soins inopinés et par conséquent une réponse médicale adaptée au degré « a priori » de l'urgence.

L'organisation mise en place par les professionnels de santé pour répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés à cette demande de soins dits non programmés (urgence vraie ou ressentie) définit la **permanence des soins**. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20 heures à 8 heures en semaine, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, les samedis après-midi.

La permanence des soins est à distinguer de l'Aide Médicale Urgente (AMU) qui peut être définie par le dispositif mis en place par les services des Urgences et du SAMU pour apporter une aide médicale immédiate aux personnes victimes d'un accident ou d'une affection brutale et inattendue susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel.

B. Textes de loi applicables : ⁷⁻¹⁴

La Permanence des Soins repose essentiellement sur les textes de loi du **code de déontologie médicale** (articles 9 et 77), **du code pénal** (article L 223-6 qui fait part de l'obligation de porter assistance à toute personne en danger), et **du code de la santé publique** (notamment l'article L 6325-1 qui édicte que « *les médecins participent dans un but d'intérêt général à la permanence des soins dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en conseil d'état* ») et sur les décrets suivants :

_ le décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du code de déontologie médicale ; il édicte qu' « *il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent* », le conseil de l'ordre pouvant accorder des exemptions compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé et/ou de ses conditions d'exercice,

_ le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003,

_ le décret n° 2005-328 du 7 avril 2005.

Ces deux derniers décrets insèrent dans le code de la santé publique les articles R 730 à R 736 relatifs aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifient le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

Ils édictent deux principes importants :

- celui du volontariat, décrit dans l'article R 733 : « *les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.* »

- celui de la régulation, décrit dans l'article R 732 : « *l'accès au médecin de la permanence des soins fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU. 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 SAMU.* »

Enfin, l'avenant n° 4 à la convention nationale du 14 Avril 2005¹³ organise les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, et fixe notamment les modalités de rémunération.

En résumé, la PDS est une mission d'intérêt général à laquelle les médecins participent sur la base du volontariat (il appartient toutefois au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de s'efforcer, en cas d'absence ou de carence de volontaire, de compléter les effectifs et en cas d'échec, de saisir le préfet qui procèdera alors aux réquisitions nécessaires). Elle est assurée en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux de vingt heures à huit heures les jours ouvrés et les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et/ou par des associations de PDS comme SOS Médecins. L'accès à ces médecins doit faire l'objet d'une régulation préalable par le Centre 15 et/ou par des centres d'appels de PDS sous réserve que ceux-ci soient interconnectés avec le Centre 15.

Enfin, les modalités d'organisation départementale font l'objet d'un cahier des charges arrêté par le préfet après avis des CODAMU-PS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins), cahier des charges dans lesquels on retrouve la sectorisation des départements.

C. Organisation de la PDS en Loire-Atlantique :

1. Généralités :

La PDS est bien définie par l'arrêté du 22 décembre 2005 signé par les préfets de la région des Pays de la Loire et de la Loire-Atlantique, qui porte approbation du cahier des charges fixant les conditions d'organisation de la PDS en médecine ambulatoire.¹⁵

Ce cahier des charges, élaboré après avis du CODAMU-PS, précise les principes d'organisation et les conditions de mise en œuvre de la PDS dans le département ; il définit une organisation territoriale qui est fondée sur un découpage du département en secteurs

géographiques. Il se réfère bien évidemment au cadre légal et réglementaire rappelé au paragraphe précédent.

2. Démographie : ¹⁶⁻¹⁷

Avec 3,2 millions d'habitants au recensement de 1999, soit 5,5 % de la population totale française, la région des Pays de la Loire est la cinquième région de France par son poids démographique derrière l'Ile-de-France, la région Rhône-Alpes, la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur et le Nord-Pas-de-Calais.

La densité en habitants au km² est inférieure au niveau national (103 contre 110). Néanmoins, on observe d'importantes disparités départementales, la densité la plus forte étant de 172 habitants au km² en Loire-Atlantique.

Le département de la Loire-Atlantique a une superficie de 6815 km² et une population de 1 134 266 habitants en 1999 (en constante augmentation puisqu'elle a été estimée en 2003 à 1 174 120) répartis sur 221 communes.

	Loire-Atlantique	Pays de Loire	France métropolitaine
Superficie (en km ²)	6 815	32 082	544 000
Nombre de communes	221	1 502	36 565
Population 1999	1 134 266	3 222 061	58 518 748
Population 2003 *	1 174 120	3 312 473	59 634 980
Taux de variation annuelle 1999-2003	0,87 %	0,69 %	0,47 %
Densité (hab/km ²)	172	103	110

Source : INSEE

* Estimation localisée de population

Ce taux de croissance annuelle, bien supérieur au taux national, s'explique largement par un solde migratoire positif (0,49 %) du fait de l'attractivité du pôle Nantes/Saint-Nazaire.

La répartition par tranche d'âge est la suivante (pourcentage par classe d'âge au 1^{er} janvier 2003)

	Loire-Atlantique	Pays de Loire	France métropolitaine
0 à 4 ans	6,7 %	6,5 %	5,15 %
5 à 9 ans	6,3 %	6,1 %	6,2 %
10 à 14 ans	6,5 %	6,4 %	6,55 %
15 à 19 ans	6,8 %	6,6 %	6,72 %
20 à 24 ans	7 %	6,6 %	6,34 %
25 à 54 ans	42,1 %	41,2 %	43,02 %
55 à 59 ans	5,5 %	5,4 %	4,76 %
60 à 64 ans	4 %	4,2 %	4,66 %
65 à 74 ans	8,1 %	8,8 %	8,96 %
75 à 84 ans	5,5 %	6,1 %	5,24 %
85 ans et plus	1,6 %	1,9 %	2,41 %

Source : INSEE

Le département ne fait pas exception au constat national : l'augmentation de la population est en effet associée à un vieillissement de celle-ci.

L'indice de vieillissement (nombre de personne de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) au 1^{er} janvier 2003 est de 57,9 en Loire-Atlantique, 65,3 dans les Pays de Loire et 63,4 pour la France.

Quant à l'espérance de vie dans le département, elle est actuellement de 74,8 ans pour les hommes et de 83,3 ans pour les femmes, légèrement inférieure à la moyenne nationale qui est de 76,7 ans pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes.

3. Sectorisation :

Le département est découpé en 52 secteurs médicaux (cf. Annexe 1), chaque secteur pouvant regrouper plusieurs communes, et possède huit CAPS (Centres d'Accueil et de Permanence des Soins) (cf. Annexe 2). En ce qui concerne la permanence des soins, chaque commune est rattachée à un secteur et a donc sa propre organisation.

4. Effecteurs de la PDS :

Les effecteurs de la permanence des soins sont différents selon les secteurs ; on distingue :

** les médecins libéraux :*

Fin novembre 2004, le département dénombrait 1340 médecins généralistes (densité : 114 pour 100 000 habitants, soit un pour 877 habitants) et 947 médecins spécialistes. La répartition par âge et par sexe en avril 2004 des médecins du département laisse entrevoir que 65 % de l'effectif est âgé de moins de 50 ans avec une féminisation importante de la profession.

Moins de 30 ans	0,7 %
30 à 39 ans	25 % dont 53% de femmes
40 à 49 ans	38,6 % dont 41 % de femmes
50 à 59 ans	31 % dont 30 % de femmes
60 à 64 ans	4 % dont 21 % de femmes

65 ans et plus	0,65 %
----------------	---------------

** les associations :*

- l'AMUEL 44 (Association de Médecine d'Urgence de l'Estuaire de la Loire) qui représente les médecins généralistes libéraux. Elle reçoit et actualise les tableaux de garde.
- les associations SOS Médecins Nantes et Saint-Nazaire.

** les CAPS (Centres d'Accueil et de Permanence des Soins) (cf. Annexe 2) :*

Ils sont au nombre de neuf et couvrent une centaine de communes rurales. Ils offrent un lieu physique clairement identifié vers lequel la population se déplace (sauf cas exceptionnel). Le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) finance le matériel et les frais de fonctionnement de la structure. Parfois, les communautés de communes participent au financement. Ce sont les médecins généralistes des différentes communes qui assurent des consultations de 20 heures à 23 heures en semaine ainsi que le dimanche.

** les centres hospitaliers :*

On distingue : trois services d'accueil d'urgence (Nantes, Chateaubriand et Saint-Nazaire), deux UPATOU (Unités de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences) qui se situent à Ancenis et aux Nouvelles Cliniques Nantaises, un SAMU à Nantes avec moyens hélicoptérés, un SMUR à Chateaubriand et un SMUR à Saint Nazaire.

** les entreprises de transports sanitaires :*

On dénombre 77 sociétés d'ambulance.

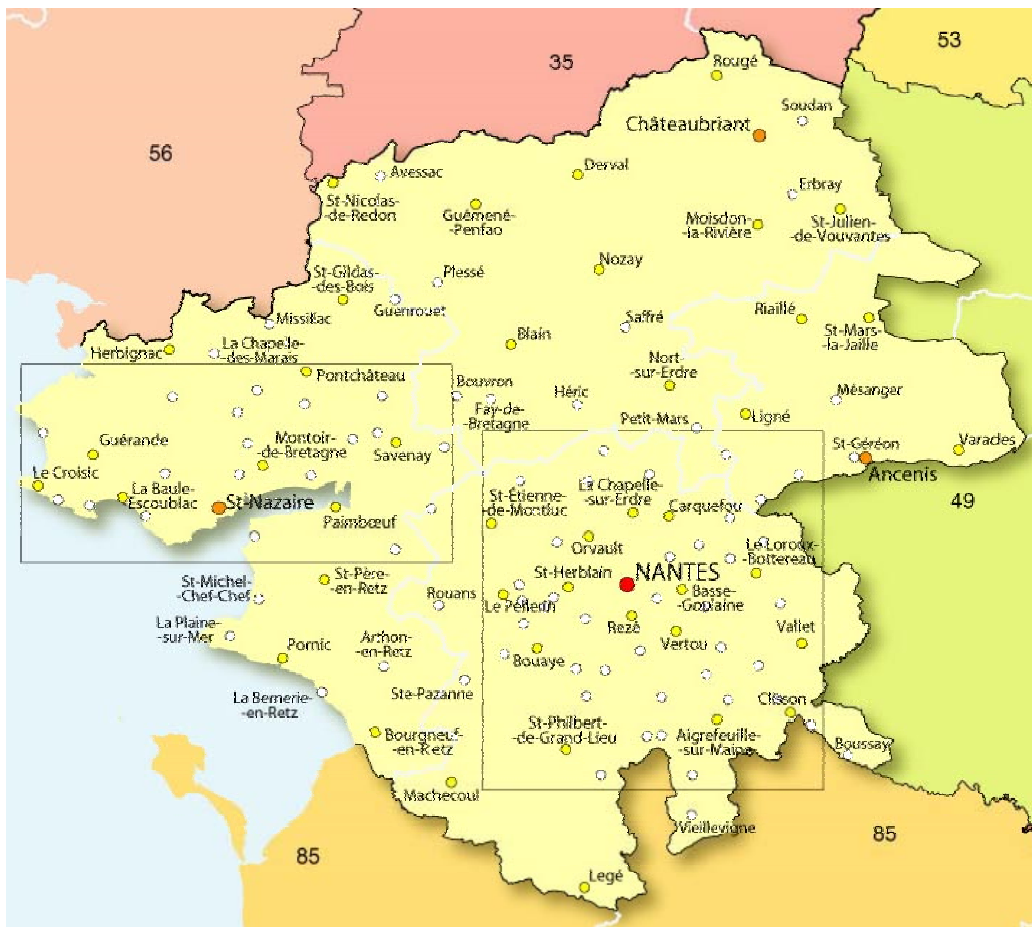
** les pharmacies :*

On en compte 446 soit une pour 2610 habitants.

** les infirmiers libéraux :*

Ils sont 703 en activité soit une densité de 60 pour 100 000 habitants ou un pour 1667 habitants.

D. Spécificité du secteur urbain de Saint-Nazaire et de la presqu'île guérandaise :





Le secteur urbain de Saint-Nazaire comprend environ 138 778 habitants répartis sur 228 km² ; sa spécificité est le doublement du nombre d'habitants en période estivale.

Le nombre de médecins généralistes est de 133 à la fin de l'année 2005 (soit une densité d'un médecin pour mille habitants) qui se répartissent de la façon suivante (cf. tableau ci-dessous) :

Ville	Nombre d'habitants	Nombre de médecins généralistes	Nombre d'habitants pour 1 médecin
Saint-Nazaire	68 616	58	1 183
La Baule	16 416	23	713
Guérande	14 296	13	1 099
Pornichet	9 967	15	665
Trignac	7 092	6	1 182
Montoir-de-Bretagne	6 368	5	1 273
Le Pouliguen	5 401	3	1 800
Saint-Joachim	3 849	4	962
Saint-André-des-Eaux	3 647	3	1 215
Saint-Malo-de-Guersac	3 126	3	1 042
Total	138 778	133	1043

En ce qui concerne la PDS, nous noterons qu'il n'existe pas de CAPS. La quasi totalité de la PDS est assurée par SOS Médecins Saint-Nazaire, excepté sur la commune de Pornichet où deux médecins assurent la PDS une nuit par semaine, sur la commune de La Baule où un cabinet est ouvert quelques week-ends et sur la commune de Guérande où des consultations sont assurées le samedi de 17 h à 19 h et le dimanche de 10 h à 12 h et de 18 h à 19 h.

Sur les communes de Saint-Nazaire, Trignac et Montoir, seule l'association SOS Médecins assure la PDS.

Chapitre 2
SOS Médecins France ¹⁶

A. Historique :

L'association SOS Médecins fut créée le 20 juin 1966 ¹⁷ par le Dr Marcel Lascar, jeune médecin généraliste du XI^{ème} arrondissement de Paris, suite à un fait tragique concernant l'un de ces patients. Ce dernier décéda d'une crise cardiaque à son domicile un samedi après-midi faute d'avoir pu joindre un médecin.

Paradoxalement, le Dr Lascar relate : « *le week-end précédent, en butte à une fuite d'eau dans ma baignoire, j'avais été dépanné dans le quart d'heure par SOS Dépannage... Je me suis dit que les coronaires d'un homme valaient quand même mieux qu'un simple tuyau de plomb.* »

Fort de cette constatation, il créa alors, en partenariat avec SOS dépannage qui lui fournissait le local avec le standard téléphonique et trois voitures avec radiotéléphone, une société privée (SOS Médecins) regroupant huit amis médecins afin d'assurer des visites à domicile 24 h sur 24.

A l'époque où le SAMU n'existait pas (premier SAMU de France effectif le 5 juillet 1968), ce concept fut révolutionnaire et son succès immédiat.

Depuis, SOS Médecins France compte 70 associations (cf. Annexe 3).

B. SOS Médecins France en 2005 :

Trente-neuf ans plus tard, SOS Médecins est le premier réseau d'urgence et de permanence des soins en France.

Il compte 70 associations réparties sur le territoire (métropole et Outre-Mer) et un millier de médecins ayant une vocation d'urgentiste disponibles 24h/24.

Ces associations réalisent 2,5 millions d'interventions par an dont 25% la nuit, les dimanches et jours fériés.¹⁶

SOS Médecins est présent dans la plupart des moyennes et grandes villes françaises en métropole ainsi qu'en Martinique (Fort-de-France), à la Réunion et en Polynésie (Tahiti).

Ce modèle se retrouve aussi à l'étranger où des associations similaires ont vu le jour en Belgique, en Suisse, en Espagne, en Angleterre et en Grèce pour l'Europe, ainsi qu'au Maroc, en Tunisie, au Canada et au Japon pour le reste du monde.

C. Organisation des associations SOS Médecins :

1. Aspects juridiques et administratifs :

Toutes les associations sont régies par la loi du 1^{er} janvier 1901 ; elles sont regroupées depuis octobre 1982 au sein de la fédération SOS Médecins France présidée actuellement par le Dr Patrick Guérin (président de SOS Médecins Nantes) et obéissent au même cahier des charges.

La plupart de ces associations fonctionnent dans le cadre d'une Société Civile de Moyen (SCM) permettant de mettre en commun les moyens d'exercice (matériel médical, secrétariat, moyens de communications, locaux et voitures). Certaines associations fonctionnent également avec une Société Civile Immobilière (SCI). Les médecins d'une

même association sont tous membres permanents de la SCM (et de la SCI pour ceux qui en bénéficient).

Comme la plupart des médecins généralistes installés en cabinet, les médecins de SOS Médecins sont tous conventionnés avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Au sein de chaque association sont élus un président, un trésorier et un secrétaire qui se réunissent de façon régulière afin de gérer l'association.

Malgré l'adhésion à SOS Médecins France, chaque association reste indépendante dans sa gestion, son mode de fonctionnement, et financièrement.

2. Cahier des charges :

Le nom SOS Médecins en France est garant d'une certaine notoriété publique, et nécessite donc une homogénéité de la réponse médicale ainsi qu'une cohérence de toutes les associations SOS Médecins.

Cette homogénéité est obtenue par le respect d'un cahier des charges, spécifique pour l'urgence et la permanence des soins, indispensable pour porter le nom SOS Médecins et regroupant 7 conditions :

** Standard téléphonique ouvert 24h/24 et 365 jours par an :*

Le malade qui, en situation de détresse, appelle SOS Médecins est assuré de trouver une réponse à sa demande quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit. Il est évident que cette partie du cahier des charges réalise un des grands piliers du système SOS Médecins puisqu'il était le premier objectif du Dr Lascar en 1966.

Les standardistes sont formés à la prise d'appels urgents, encadrés par un médecin présent au standard ou immédiatement joignable et transmettent les appels en fonction de la gravité de ceux-ci. A tout moment, ils peuvent faire appel au médecin afin qu'il effectue la visite ou qu'il donne un conseil téléphonique préalablement à la visite.

L'évolution des structures s'oriente vers des standards groupés sur des sites ciblés permettant un regroupement de moyens sur des plates-formes performantes (téléphonie couplée à l'informatique, sécurisation des systèmes d'alimentation et de données, ou de cartographie).

** Médecins thésés, expérimentés et rodés à l'urgence :*

Tout médecin d'une association SOS Médecins doit être thésé et inscrit à l'Ordre des Médecins (dérogation est faite aux remplaçants qui peuvent ne pas être thésés mais doivent être inscrits à l'Ordre en tant que tels).

Une solide pratique de la médecine d'urgence et une bonne connaissance de la médecine générale sont requises. Une formation en médecine d'urgence dans un SAMU ou une Capacité d'Aide Médicale Urgente (CMU anciennement CAMU) sont des critères essentiels pour le recrutement.

** Moyens diagnostiques et thérapeutiques :*

L'étude des pathologies les plus souvent rencontrées a conduit à définir une liste de matériels que le médecin doit posséder à bord de son véhicule. Ainsi les praticiens disposent d'un ensemble diagnostique et thérapeutique optimal au chevet du malade.

En plus de l'équipement habituel de tout médecin (stéthoscope, tensiomètre, otoscope...), cet ensemble se compose :

- d'un électrocardiogramme,
- d'une trousse de petite chirurgie (sutures et pansements divers),
- d'un nécessaire à perfusion avec des solutés,
- d'une bouteille d'oxygène avec un nébulisateur,
- de tests diagnostiques rapides (bandelettes urinaires, glycémie capillaire),
- d'un nécessaire de ventilation manuelle,
- d'un oxymètre de pouls,
- d'un détecteur de monoxyde de carbone (CO).

** Disponibilité des médecins :*

L'autre grand pilier du cahier des charges de l'association est la disponibilité permanente des médecins sur la zone géographique couverte par l'association, avec la spécificité de pouvoir prendre en charge plusieurs urgences simultanément sur la même commune.

Ces médecins sont donc totalement disponibles lors de leurs gardes pour assurer une réponse rapide aux demandes de soins.

** Intervention rapide :*

Tous les médecins sont équipés de radiotéléphones, de récepteurs mobiles, de téléphones portables et/ou de pocket PC (type PDA, Pocket Digital Agenda) ce qui leur permet d'être joints rapidement et si besoin d'être détournés de leur destination en cas de visite très urgente.

Suivant les associations, les médecins travaillent avec leur voiture personnelle ou avec les voitures de l'association ; celles-ci doivent être blanches, avec des signalétiques bleues portant l'inscription SOS MEDECINS et possédant un gyrophare et une sirène (ces voitures ne font pas partie des structures officielles d'urgence bénéficiant à ce titre de cette débanalisation).

Cette débanalisation des voitures permet au médecin de réduire le temps de trajet en cas d'urgence grave, et à l'appelant de repérer plus facilement et rapidement le médecin lors de son arrivée dans certains lotissements ou cités.

** Bilan d'intervention :*

Chaque intervention bénéficie d'un compte-rendu informatisé qui permet une meilleure traçabilité des actes et décisions prises par le médecin.

Celui-ci contient les informations suivantes :

- horaires de prise d'appel, d'arrivée sur les lieux et de fin d'intervention,
- constantes hémodynamiques et points importants de l'examen clinique,
- actes médicaux réalisés sur place (électrocardiogramme, nébulisation, injections...),
- diagnostic retenu et conduite à tenir proposée.

La sauvegarde informatique de toutes ces données présente plusieurs intérêts :

- elle permet de créer un dossier médical pouvant servir lors d'une prochaine visite à un autre praticien,
- il s'agit d'une véritable sources de données épidémiologiques,
- elle peut constituer une source de preuves lors d'une plainte ou d'un éventuel procès (l'évolution actuelle des mœurs et de la justice oblige le praticien à prendre un maximum de précautions).

** Autonomie financière :*

Les différentes associations SOS Médecins ne reçoivent aucune aide des pouvoirs publics, leur financement est entièrement assuré par les praticiens de l'association.

Chaque médecin sociétaire partage les frais de fonctionnement (standard, locaux, matériel médical...) avec ses associés sous forme de charges mensuelles.

D. Rôles de SOS Médecins :

Le rôle principal de chaque association est évidemment d'assurer une permanence des soins et notamment des soins d'urgence dans la ville où les médecins exercent. Ils constituent un maillon essentiel du réseau médical d'urgence et de PDS.

Afin de garder une spécificité d'urgence et de ne pas empiéter sur l'activité traditionnelle des cabinets de ville, les structures SOS Médecins se refusent à pratiquer

certaines actes comme les vaccinations, les renouvellements d'ordonnances, le suivi des maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète...) ainsi que la réalisation des différents certificats médicaux (sport...). Ces restrictions d'activité permettent de réintégrer les éventuels patients abusant du système dans un schéma classique de relation avec le médecin traitant.

L'autre rôle de ces structures, beaucoup moins connu, consiste à participer à de nombreuses études épidémiologiques en France. En effet, SOS Médecins France s'est dotée d'une cellule épidémiologique grâce à la saisie informatique de toutes les interventions qui constitue une base de données statistiques importante.

L'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) et les GROG (Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe) utilisent ces données pour la surveillance de certaines pathologies et épidémies. Depuis la création des GROG en 1984, SOS Médecins France participe au réseau sentinelle, chaque association donnant son relevé d'activité hebdomadaire. Cela permet de prévoir l'apparition de la grippe 15 jours à 3 semaines à l'avance.

Très récemment, en décembre 2005, une convention de partenariat avec l'InVS (Institut de Veille Sanitaire), établissement national de santé publique chargé de surveiller en permanence l'état de santé de la population, a été établie.

Enfin, sur le plan scientifique, SOS Médecins France a créé il y a très peu de temps une commission scientifique dont l'objectif est d'harmoniser les pratiques et de colliger ou mettre en place des études au niveau national.

Chapitre 3

SOS Médecins Saint-Nazaire

A. Historique :

SOS Médecins Saint-Nazaire a été créée en novembre 1997 par cinq médecins généralistes (Dr Michel Blanche, Dr Patrice Mondot, Dr Marc Bailleul, Dr Thierry Guyon, Dr Yann Lebiavant).

Depuis, l'association n'a fait que s'agrandir pour compter en 2005 douze médecins titulaires (dont une seule femme), trois remplaçants à temps complet (dont une femme) qui devraient intégrer la structure en 2006, et trois remplaçants occasionnels.

La particularité de ces médecins est d'être relativement jeune (moyenne d'âge inférieure à 40 ans) et de posséder une expérience dans le domaine de la médecine d'urgence (les trois-quarts possèdent la CMU, d'autres ont été assistants dans des services d'urgence hospitalière et/ou de SAMU).

On peut noter qu'aucun d'entre eux ne possède de cabinet ; leur activité professionnelle est exclusivement consacrée au bon fonctionnement de SOS Médecins Saint-Nazaire (pas de cumul SOS Médecins/cabinet de ville).

B. Administratif et fonctionnement :

SOS Médecins Saint-Nazaire est une association régie par la loi du 1^{er} janvier 1901 qui fonctionne par l'intermédiaire d'une SCM (Société Civile de Moyen) et qui adhère à la fédération nationale SOS Médecins France par son respect du cahier des charges.

Cette SCM emploie deux secrétaires à mi-temps et une aide-ménagère ; elle loue par ailleurs une maison dans laquelle se trouvent le bureau des secrétaires et le logement des médecins de garde. Chaque médecin installé possède une part égale de la SCM.

En 2005, le président du bureau est le Dr Marc Bailleul, le vice-président est le Dr Johan Cailleau, le trésorier est le Dr Thierry Guyon et le secrétaire est le Dr Yann Lebiavant.

Comme dans toutes associations, les réunions de bureau auxquelles participent les autres membres ont lieu tous les deux mois et permettent de faire le point sur l'activité, sur le rapport financier et de discuter des éventuels problèmes passés ou à venir.

La structure est organisée de la façon suivante (cf. Annexe 4 : emploi du temps d'un mois type) : tout d'abord, nous avons distingué quatre créneaux horaires qui se définissent ainsi :

- G = Garde, de 8 h 30 à 8 h 30 le lendemain.
- J = Jour, de 8 h 30 à minuit.
- N = Nuit, de 18 h 30 à 8 h 30 le lendemain.
- PJ = Petit Jour, de 8 h 30 à 18 h 30.

Les médecins se répartissent ensuite ainsi selon les jours de la semaine :

- samedis, dimanches et jours fériés : 3 médecins de Garde, 1 de Jour
(+ 1 de Petit Jour en période épidémique)
- semaine : 2 médecins de Garde, 1 de Jour, 1 de Nuit

Des temps de repos indispensables pour un bon exercice sont assurés la journée et la nuit pour chacun des médecins de garde (G).

C. Réception et traitement des appels (cf. Annexe 5) :

Le centre de réception et de traitement des appels est un outil essentiel de la structure ; il fait partie du cahier des charges et doit être ouvert 24h/24 et 365 jours par an.

Le centre d'appel de SOS Médecins Saint-Nazaire se situe à Grigny dans l'Essonne (91) et regroupe 16 associations de différentes villes de France ; il s'agit du *medi'call center* rejoint par SOS Saint-Nazaire en 2000. Le numéro de téléphone est le 08 26 46 44 44.

Tous les appels sont réceptionnés par ce centre délocalisé. Un médecin effecteur référent joignable en permanence est à la disposition de la secrétaire pour tout appel remarquable.

Ces appels sont alors priorisés et attribués au médecin en tenant compte du degré d'urgence et de la géolocalisation du médecin grâce à l'outil cartographique du centre d'appel.

La gestion des appels est informatisée et basée sur le logiciel MCC Mission ; elle comprend plusieurs phases :

** Réception et transcription des appels :*

La prise d'appel est facilitée par l'aspect directif du mode de saisie, permettant de structurer le dialogue avec le patient ; la vitesse de saisie étant obtenue par deux points :

- recherche systématique d'un précédent appel à partir du numéro de téléphone du patient ou de son nom, avec réaffichage à l'écran de ses coordonnées,
- aide à la saisie de toutes les données codifiées par des fenêtres.

Sont ainsi notés les coordonnées précises du patient (nom, prénom, sexe, âge, adresse exacte, numéro de téléphone, maison ou immeuble, code d'accès ou interphone, étage, numéro de porte...), les renseignements médicaux (motifs d'appel, antécédents du patient) ainsi que la provenance de l'appel (particulier, Centre 15, Pompiers, Police, médecin traitant, infirmière à domicile ou en institution...).

Les signes et/ou symptômes exposés par le patient (ou par l'appelant se trouvant à proximité du patient) sont transformés en codes : ce codage utilise la CISP¹⁸ (Classification Internationale des Soins Primaires), outil de la WONCA (organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques des médecins généralistes et des médecins de famille).

La CISP, publiée pour la première fois en 1987 en anglais, a été conçue pour décrire la demande de soins et l'activité médicale en soins primaires et est compatible et transcordable avec la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies de l'OMS).

Il s'agit d'une classification combinant 17 chapitres, somatiques et psychosociaux, désignés par une lettre complétée de deux chiffres (de 01 à 99) permettant de détailler les motifs de contact et les diagnostics. (cf. Annexes 6 et 7)

J. Humbert ¹⁹ considère que « *la CISP semble répondre, au mieux de l'existant, à ce pragmatisme orienté vers le patient et sa demande, tout en restant compatible avec des outils beaucoup plus exhaustifs mais complexes et plutôt orientés médecin, tels que la CIM 10.* »

** La régulation médicale :*

Elle est « protocolisée » et intervient à deux niveaux : régulation par les standardistes et régulation par le médecin et/ou le Centre 15. Certains motifs d'appels sont traités en priorité car jugés urgents (cf. Annexe 8), ces appels sont alors soit redistribués sur le Centre 15, soit entraînent une visite immédiate par le médecin de SOS.

Cette régulation par le standard de SOS Médecins, reconnue officiellement depuis le décret du 7 avril 2005,¹³ est rendue possible par la convention de partenariat signée le 29 septembre 2005 entre le SAMU de France et SOS Médecins France qui fait part d'une interconnexion téléphonique entre les standards des deux structures.¹⁹

Localement, un cadre conventionnel précisant les modalités de coopération entre le SAMU de Nantes et les associations SOS Médecins Nantes et Saint-Nazaire a été entériné en octobre 2005.²⁰ Il fait part de la mise en place d'une ligne téléphonique directe et prioritaire qui permet de basculer immédiatement les appels de chaque centre d'appels de SOS Médecins vers le SAMU, et inversement, en fonction de la nature de l'appel. Cette interconnexion permet au médecin de SOS de demander l'avis du médecin régulateur du SAMU de Nantes sur l'intervention en cours (médecin qui déclenchera ou non l'équipe médicale de Saint Nazaire), et permet par ailleurs à la régulation du SAMU de transmettre un appel nécessitant une visite médicale urgente. Enfin, il peut permettre une conférence téléphonique à trois.

** La transmission des appels (cf. Annexe 9) :*

Les appels sont attribués au médecin par degré d'urgence puis par secteur géographique, et sont envoyés au médecin sur son Pocket PC par Internet via le GPRS.

La gestion informatique des visites se décompose en trois phases :

- l'acquittement : le médecin doit confirmer la bonne réception de l'appel aux standardistes. Cette tâche doit être effectuée dans la minute.
- l'arrivée sur les lieux : elle permet de localiser le médecin, de noter son heure d'entrée au domicile du patient et de connaître son délai approximatif de disponibilité selon la pathologie prise en charge.
- la disponibilité : dès que le médecin quitte les lieux ; elle permet d'attribuer une nouvelle visite.

Ces trois tâches sont effectuées par le médecin qui reçoit la visite par simple pression tactile sur son Pocket PC, sans qu'il y ait nécessité d'une relation téléphonique.

Mention particulière est faite pour les appels urgents (délai court demandé par le SAMU ou motif d'appel urgent (cf. Annexe 8)), et pour lesquels les standardistes ont trois possibilités :

- attribuer l'appel à un médecin disponible,
- en l'absence de médecin disponible, détourner le médecin le plus proche du lieu d'intervention (la visite prévue lui est reprise et l'appel urgent lui est attribué),
- si tous les médecins sont engagés sur des appels urgents, le Centre 15 se charge de trouver un autre effecteur (SMUR, VSAB, ambulance privée, etc.).

Ces visites dites urgentes apparaissent en rouge sur le Pocket PC du médecin.

Les autres appels, dits de PDS, sont attribués en fonction de l'heure d'appel (le but étant de réduire au maximum le temps d'attente de la personne malade) et de la localisation des différents médecins sur le terrain (afin d'éviter de trop longs déplacements) ; ils apparaissent en bleu.

Enfin, les conseils téléphoniques apparaissent en jaune.

Nous notons également que, pour des raisons de sécurité, les régulatrices appellent le médecin par téléphone après 30 minutes passées sur les lieux afin de s'assurer du bon déroulement de la visite.

Le géopositionnement (via le GPS) permet aux standardistes de localiser en un clin d'œil visites et médecins. Il est très peu utilisé par les médecins de SOS Médecins Saint-Nazaire par choix de l'association.

Enfin, il existe une possibilité de transmettre un compte-rendu de la visite au médecin traitant par Internet via le Pocket PC.

D. Les communes couvertes par SOS Médecins Saint-Nazaire :

Ville	Nombre d'habitants	Superficie (en km²)
Saint-Nazaire	68 616	46,79
La Baule	16 416	22,19
Guérande	14 296	81,44
Pornichet	9 967	12,67
Trignac	7 092	14,38
Montoir-de-Bretagne	6 368	36,79
Le Pouliguen	5 401	4,39
Saint-Joachim	3 849	86,22
Saint-André-des-Eaux	3 647	24,71
Saint-Malo-de-Guersac	3 126	14,62
Total	138 778	344,10

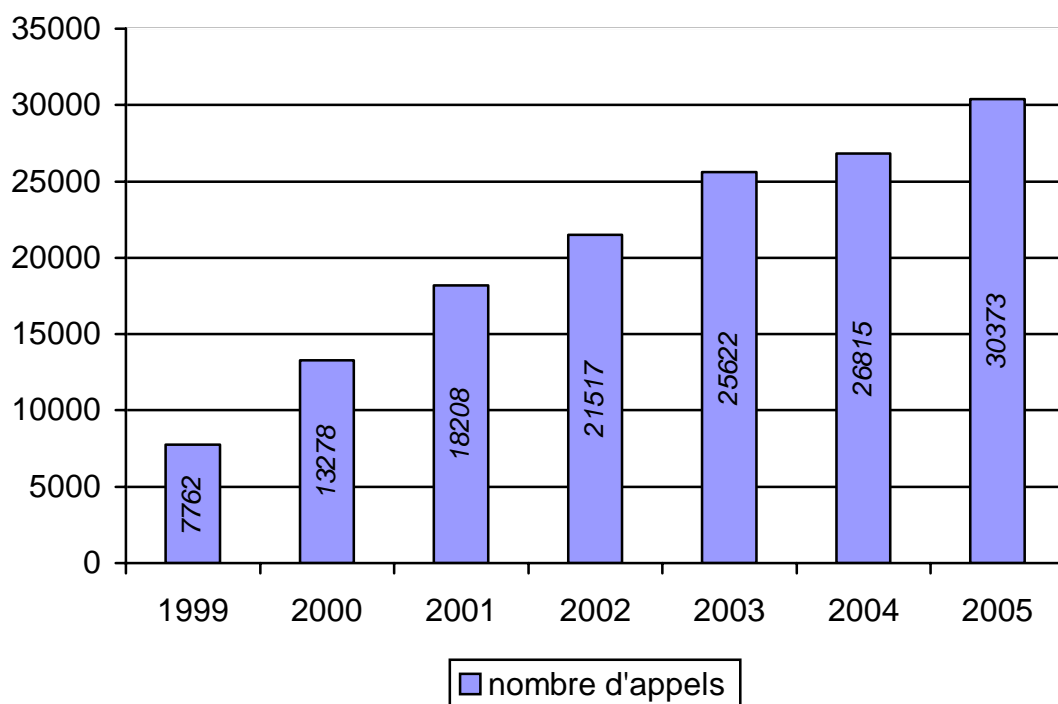
SOS Médecins intervient, outre sur Saint-Nazaire, dans neuf communes limitrophes, ce qui représente un territoire d'une superficie d'environ 340 km² et une population globale de 138 778 habitants en période normale, et estimée à plus de 300 000 en période estivale.

Le nombre d'habitants par communes et la superficie de celles-ci sont résumés dans le tableau ci-dessus.¹⁵⁻¹⁶

E. Evolution de l'activité de SOS Médecins Saint-Nazaire :

A la fin de l'année 1999, soit environ un an après sa création, SOS Médecins Saint-Nazaire avait géré 7762 appels. En 2005, l'association a répondu à plus de 30 000 appels (30 373 exactement).

L'histogramme ci-dessous illustre l'augmentation constante et quasiment linéaire de l'activité de l'association depuis sa création.



DEUXIEME PARTIE

ANALYSE DE L'ACTIVITE DE SOS MEDECINS SAINT-NAZAIRE PENDANT LA PERMANENCE DES SOINS

Chapitre 1 : **Méthodologie**

Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective sur l'ensemble de l'année 2005.

Nous avons étudié tous les appels arrivant au standard médical de SOS Médecins Saint-Nazaire du 1er janvier au 31 décembre 2005.

Je rappelle que ces appels sont traités de façon informatique par les standardistes du *médi'call center* situé dans l'Essonne (cf. Première Partie).

Cette première saisie informatique permet de colliger un certain nombre d'informations : date d'appel, horaires, coordonnées du malade, motif d'appel qui est alors codifié selon la CISP (cf. Annexes 6 et 7). Cette codification va nous permettre de classer les appels selon le motif d'appel, puis d'étudier plus en détail les symptômes motivant l'appel.

Toutes ces informations sont envoyées au secrétariat de SOS Médecins Saint-Nazaire et sont traitées par un logiciel informatique (my SOS manager) qui va permettre d'approfondir chaque dossier en ajoutant pour chaque visite le diagnostic posé par le médecin, les gestes réalisés sur place et le devenir du malade.

Ces items sont complétés le lendemain de chaque garde par les secrétaires de SOS Médecins Saint-Nazaire qui reprennent les données inscrites par les médecins en temps réel après chaque visite dans un tableau récapitulatif (cf. Annexe 10).

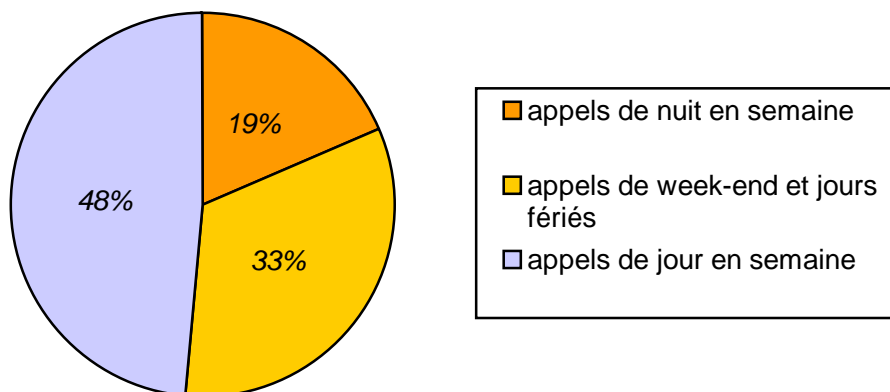
Cette double saisie informatique (l'une par le standard de SOS Médecins au *médi'call center* puis l'autre par les secrétaires à Saint-Nazaire) nous a permis de récupérer toutes les données nécessaires à notre rapport d'activité.

Chapitre 2 :

Résultats

A. Généralités :

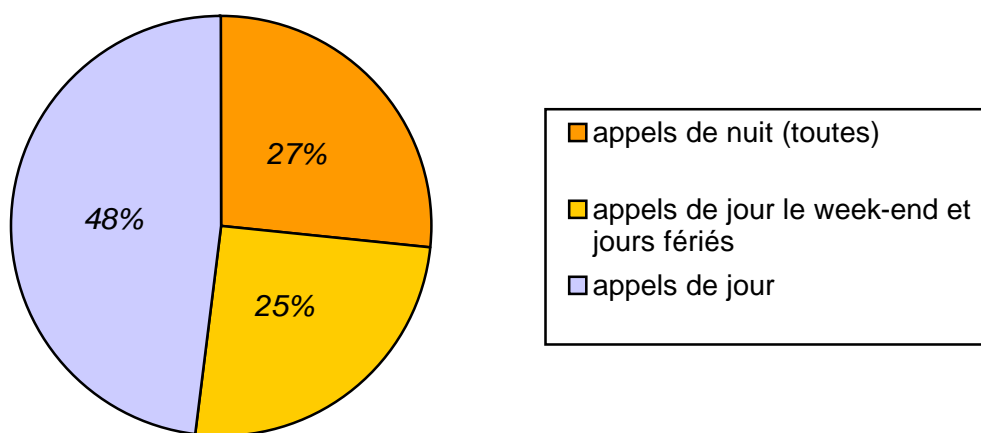
1. Répartition des appels au cours et en dehors de la PDS :



En 2005, SOS Médecins Saint-Nazaire a répondu à 30 373 appels dont 15 614 pendant les horaires de PDS et 14 759 en dehors de la PDS.

L'activité de PDS représente donc 52 % de l'activité de l'association ; nous pouvons noter que l'activité de week-ends et jours fériés représente à elle seule 33 % de l'activité totale.

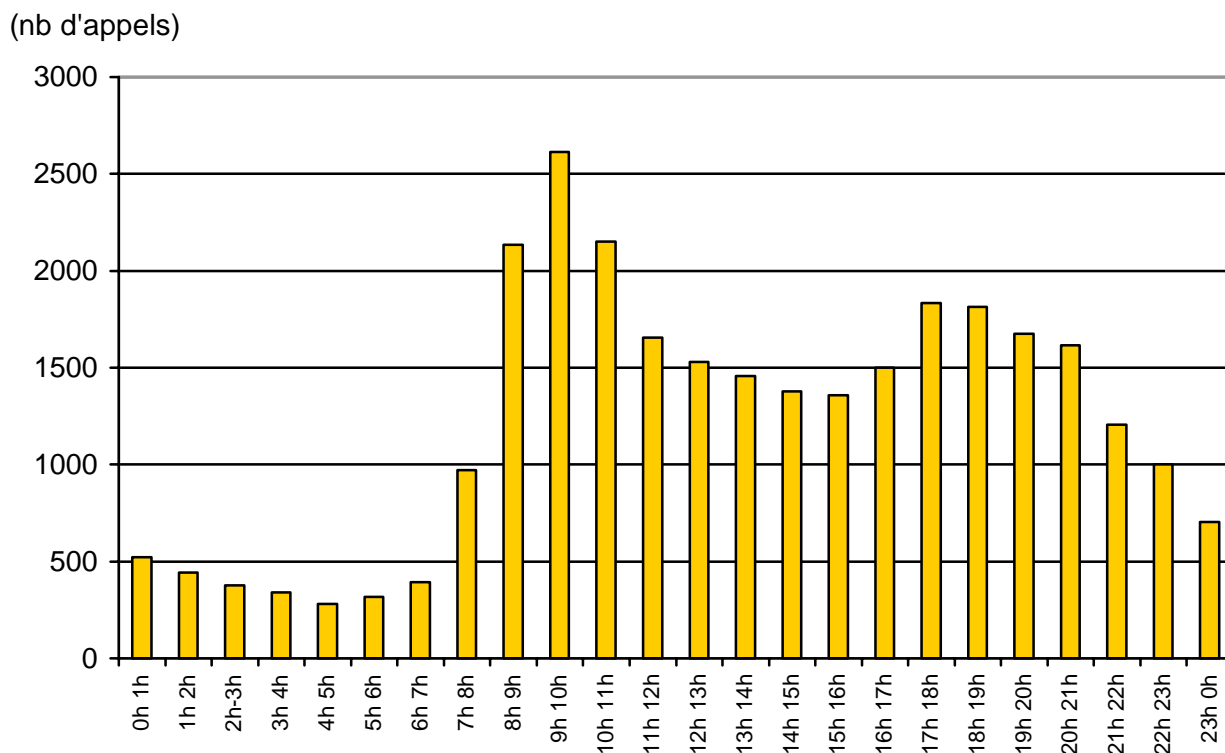
En incluant les nuits du samedi et du dimanche aux autres nuits de la semaine, nous nous rendons compte que l'activité nocturne représente 27 % de l'activité totale.



De même, l'activité de week-ends et jours fériés de jour représente un quart de l'activité de l'association et pratiquement la moitié de l'activité de PDS.

2. Répartition temporelle des appels :

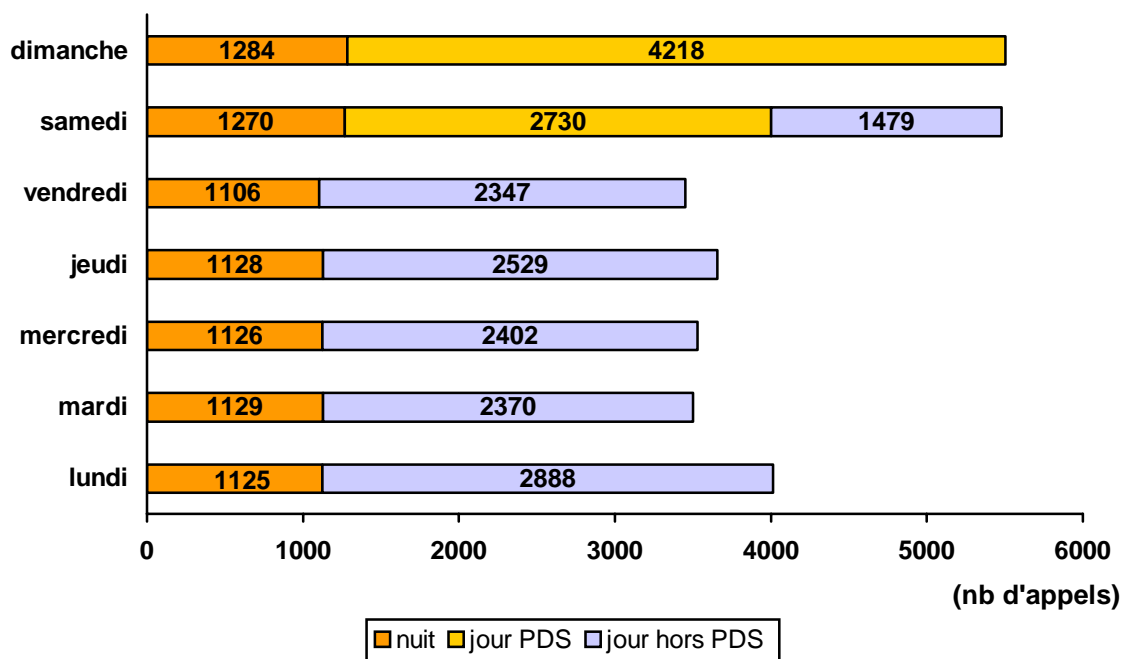
a. Par tranches horaires :



Nous distinguons aisément un premier pic d'appels matinal entre 8 h et 11 h et dans une moindre importance un second pic en soirée entre 17 h et 21 h. Remarquons également la faible proportion des visites entre minuit et 7 h du matin.

b. Par jour :

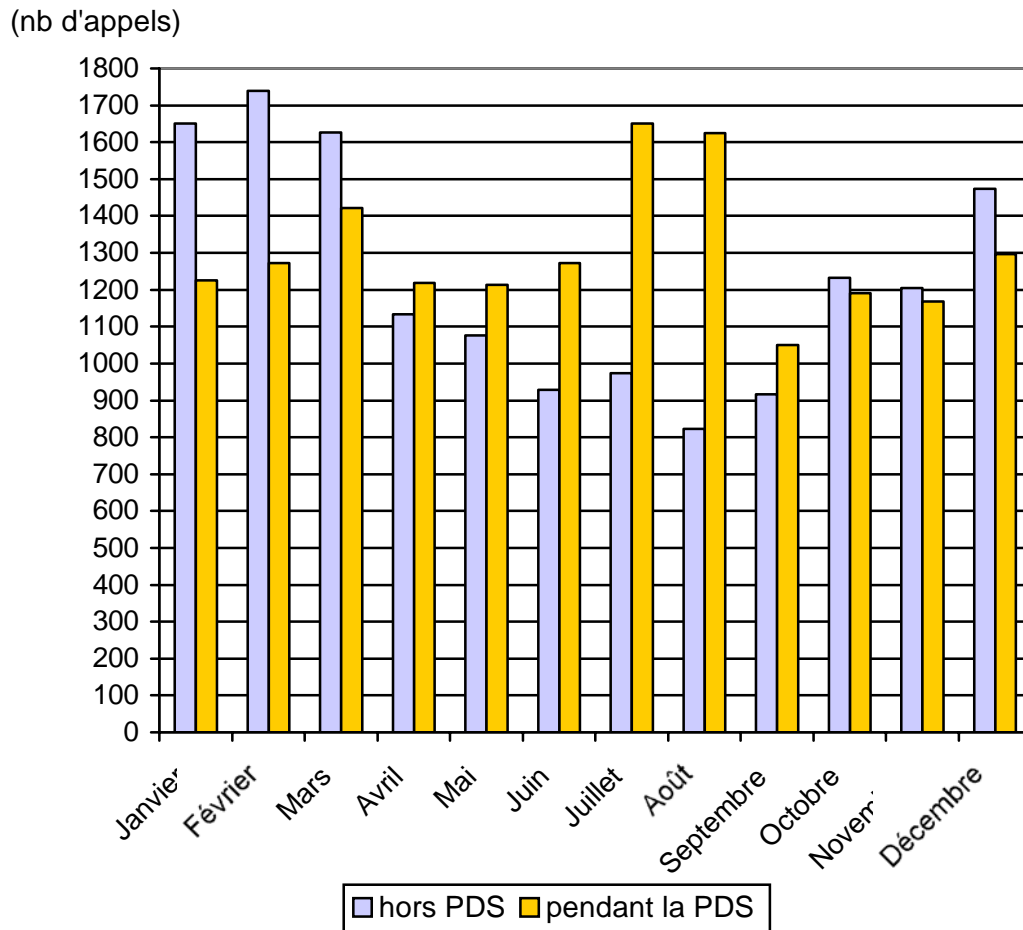
Nous rappelons que le samedi matin est considéré comme un jour ouvré et ne fait donc pas partie de la PDS.



Nous remarquons très logiquement que l'activité diurne est largement supérieure le week-end par rapport aux jours de semaine, mais nous notons également une légère augmentation des appels de nuit les samedis et dimanches. Les appels de jour de dimanche représentent 13,9 % de l'activité totale et 27 % de l'activité de PDS, ceux du samedi après-midi représentent 9 % de l'activité totale et 17,5 % de l'activité de PDS.

Chaque nuit en semaine représente environ 3,7 % de l'activité totale et 7,2 % de l'activité de PDS. Enfin, les nuits de samedi et dimanche représentent chacune environ 4,2 % de l'activité totale et 8,2 % de l'activité de PDS.

c. Par mois :



Nous pouvons remarquer que l'activité, pendant la PDS, est significativement plus importante pendant les mois d'été (juillet et août), ainsi qu'en mars et en décembre, dans une moindre mesure. Remarquons a contrario une diminution globale de l'activité de PDS en septembre.

En revanche, en dehors des horaires de PDS, les appels sont moins nombreux pendant les mois d'été, et plus nombreux pendant les mois d'hiver.

3. Provenance des appels :

Provenance	Particuliers	Centre 15	17	Médecins traitants	Autres	Total
Les jours de semaine	12155 (40,01 %)	1200 (3,94 %)	326 (1,07 %)	56 (0,18 %)	1023 (3,36 %)	14759 (48 %)
La PDS	12445 (40,97 %)	2228 (7,33 %)	407 (1,33 %)	2 (0,006 %)	531 (1,74 %)	15614 (52 %)
Total	23800 (80,98 %)	3428 (11,27 %)	732 (2,4 %)	58 (0,19 %)	2354 (5,1 %)	30373 (100 %)

(entre parenthèses : pourcentage par rapport au nombre total d'appels)

Les appels proviennent en grande partie de particuliers puisqu'ils représentent plus de 80 % des appels de l'association. On note une légère différence entre les jours de semaine et la PDS : en effet, ces appels provenant de particuliers représentent 78,8 % des appels pendant la PDS et 83,3 % des appels en semaine.

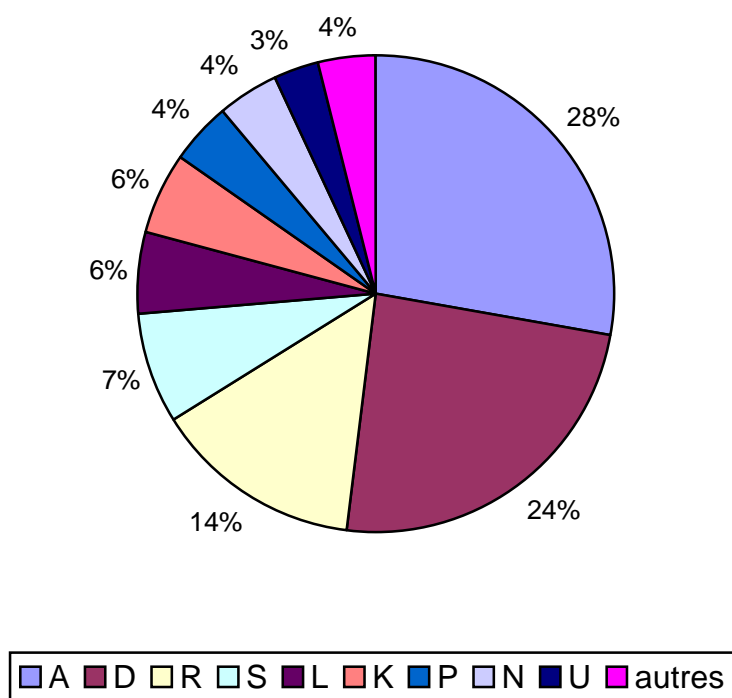
L'autre grande partie des appels provient du Centre 15 qui est responsable d'un peu plus de 11 % des appels totaux avec une nette prédominance de ces appels pendant la PDS : en effet, ces appels représentent 14 % des appels pendant la PDS contre 8,2 % en dehors.

Pendant la PDS, nous notons que plus de 94 % des appels sont issus de particuliers et du Centre 15. Le reste des appels provient de la Gendarmerie (il s'agit des gardes à vue) et de structures telles que les cabinets infirmiers, des pharmacies, des hôtels ou des lieux publics comme les clubs de plage, les piscines, les grandes surfaces, la capitainerie du port, etc.

Il est intéressant de voir que 56 médecins traitants ont fait appel à la structure en dehors de la PDS contre 2 seulement pendant la PDS et il s'agissait d'un samedi après-midi.

4. Catégories de motif d'appel pendant la PDS :

Lors de la prise d'appel par les standardistes, chaque motif d'appel est classé dans une catégorie selon la CISP (cf. Annexes 3 et 4).



Les deux principales catégories de motif d'appel sont représentées par la catégorie A (générale et non spécifique) avec 28% des appels, et par la catégorie B (digestif) avec 24% des appels.

Nous notons que 14 % des appels entrent dans la catégorie R (respiratoire), 7 % dans la catégorie S (cutanée) et 6 % dans les catégories K (cardio-vasculaire) et L (ostéo-musculaire).

Nous détaillerons dans le paragraphe suivant les véritables symptômes d'appels.

5. Principaux symptômes d'appel :

Classification par ordre décroissant des quinze premiers symptômes d'appel pendant et hors PDS.

Pendant la PDS			Hors PDS		
Symptômes d'appel	Nombre de cas	CISP	Symptômes d'appel	Nombre de cas	CISP
1. Fièvres	2334 (15 %)	A 03	1. Fièvres	2529 (17,2 %)	A 03
2. Douleurs abdominales	1655 (10,6 %)	D 01 D 02	2. Douleurs abdominales	1181 (8 %)	D 01 D 02
3. Vomissements	1149 (7,35 %)	D 10	3. Toux	1125 (7,6 %)	R 05
4. Toux	690 (4,45 %)	R 05	4. Eruptions cutanées	444 (3 %)	S 07
5. Eruptions cutanées	490 (3,13 %)	S 07	5. Vertiges	412 (2,8 %)	N 17
6. Douleurs thoraciques	437 (2,8 %)	K 01	6. Malaises	390 (2,65 %)	A 06
7. Gardes à vue	420 (2,68 %)	Z 09	7. Vomissements	362 (2,45 %)	D 10
8. Malaises	357 (2,28 %)	A 06	8. Diarrhées	333 (2,25 %)	D 11
9. Vertiges	354 (2,26 %)	N 17	9. Gardes à vue	310 (2,1 %)	Z 09
10. Diarrhées	271 (1,73 %)	D 11	10. Douleurs thoraciques	274 (1,85 %)	K 01
11. Plaies	261 (1,68 %)	S 18	11. Plaies	162 (1,1 %)	S 18
12. Dyspnée ; sifflements	218 (1,39 %)	R 02 R 03	12. Angoisse	135 (0,9 %)	P 74 P 75
13. Angoisse	173 (1,1 %)	P 74 P 75	13. Dépression ; TS	132 (0,88 %)	P 76
14. Décès	156 (1 %)	A 96	14. Dyspnée ; sifflements	112 (0,75 %)	R 02 R 03
15. Dépression ; TS	145 (0,9 %)	P 76	15. Décès	96 (0,65 %)	A 96

(entre parenthèses : pourcentage par rapport au nombre d'appels pendant et hors PDS)

6. Principaux diagnostics posés :

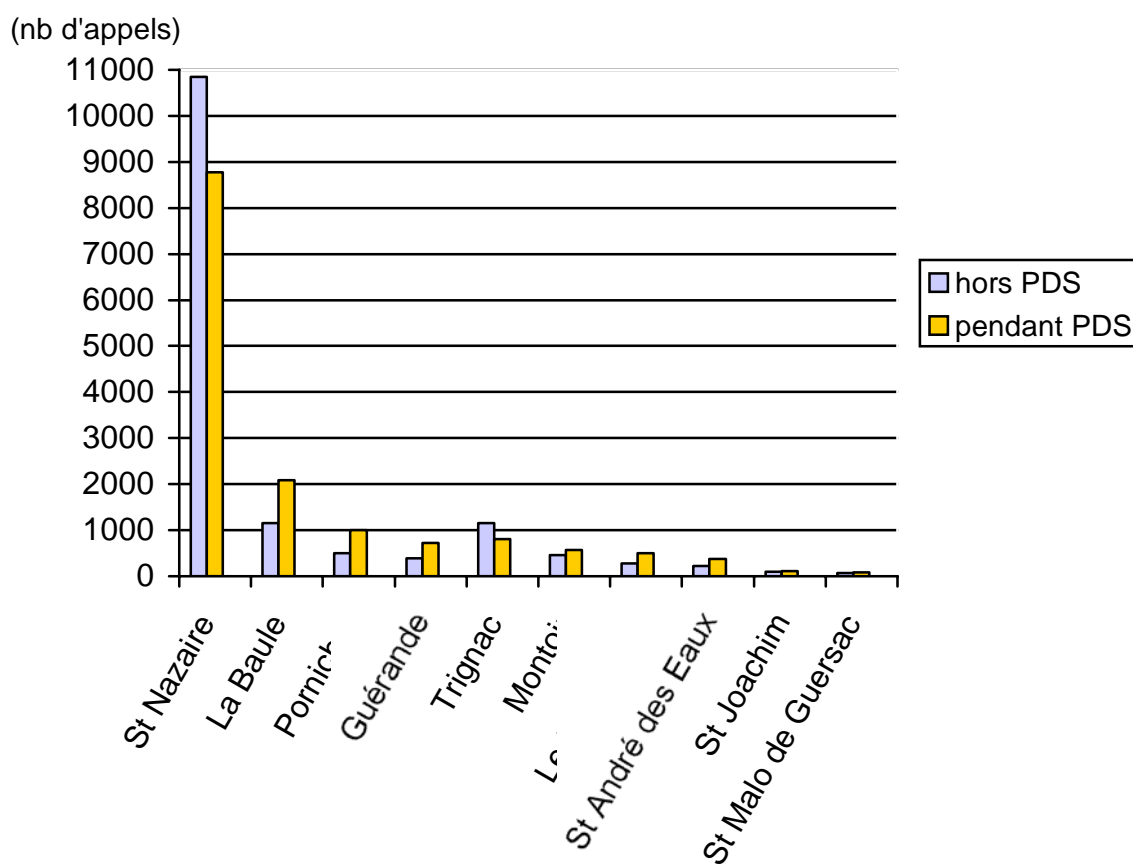
Classification par ordre décroissant des quinze premiers diagnostics retenus par le médecin pendant et hors PDS.

Pendant la PDS			Hors PDS		
Pathologies	Nombre de cas	CISP	Pathologies	Nombre de cas	CISP
1. Gastroentérites aiguës	1400 (9 %)	D 73	1. Rhumes ; Rhinites ; Pharyngites	1528 (10,5 %)	R 74
2. Otites moyennes aiguës	966 (6,2 %)	H 71	2. Angines	971 (6,6 %)	R 76
3. Rhumes ; Rhinites ; Pharyngites	879 (5,6 %)	R 74	3. Bronchites ; Bronchiolites	970 (6,6 %)	R 78
4. Angines	861 (5,5 %)	R 76	4. Gastroentérites aiguës	940 (6,35 %)	D 73
5. Angoisse ; Spasmophilie	686 (4,4 %)	P 74 P 75	5. Otites moyennes aiguës	747 (5 %)	H 71
6. Bronchites ; Bronchiolites	647 (4,15 %)	R 78	6. Gripes	611 (4,13 %)	R 80
7. Gripes	504 (3,22 %)	R 80	7. Angoisse ; Spasmophilie	403 (2,73 %)	P 74 P 75
8. Douleurs abdominales	489 (3,13 %)	D 99	8. Eruptions virales ; Viroses	386 (2,61 %)	A 77
9. Gardes à vue	420 (2,68 %)	Z 09	9. Gardes à vue	312 (2,11 %)	Z 09
10. Laryngites	411 (2,63 %)	R 77	10. Laryngites	311 (2,1 %)	R 77
11. Plaies	301 (1,92 %)	S 18	11. Douleurs abdominales	279 (1,89 %)	D 99
12. Asthme	299 (1,91 %)	R 96	12. Plaies	270 (1,82 %)	S 18
13. Eruptions virales ; Viroses	288 (1,84 %)	A 77	13. Fièvre isolée	267 (1,8 %)	A 03
14. Cystites	255 (1,63 %)	U 71	14. Pneumopathies	228 (1,54 %)	R 81
15. Fièvre isolée	238 (1,52 %)	A 03	15. Dépression ; TS	179 (1,21 %)	P 76

(entre parenthèses : pourcentage par rapport au nombre d'appel pendant et hors PDS)

7. Répartition géographique des appels :

a. Par ville :



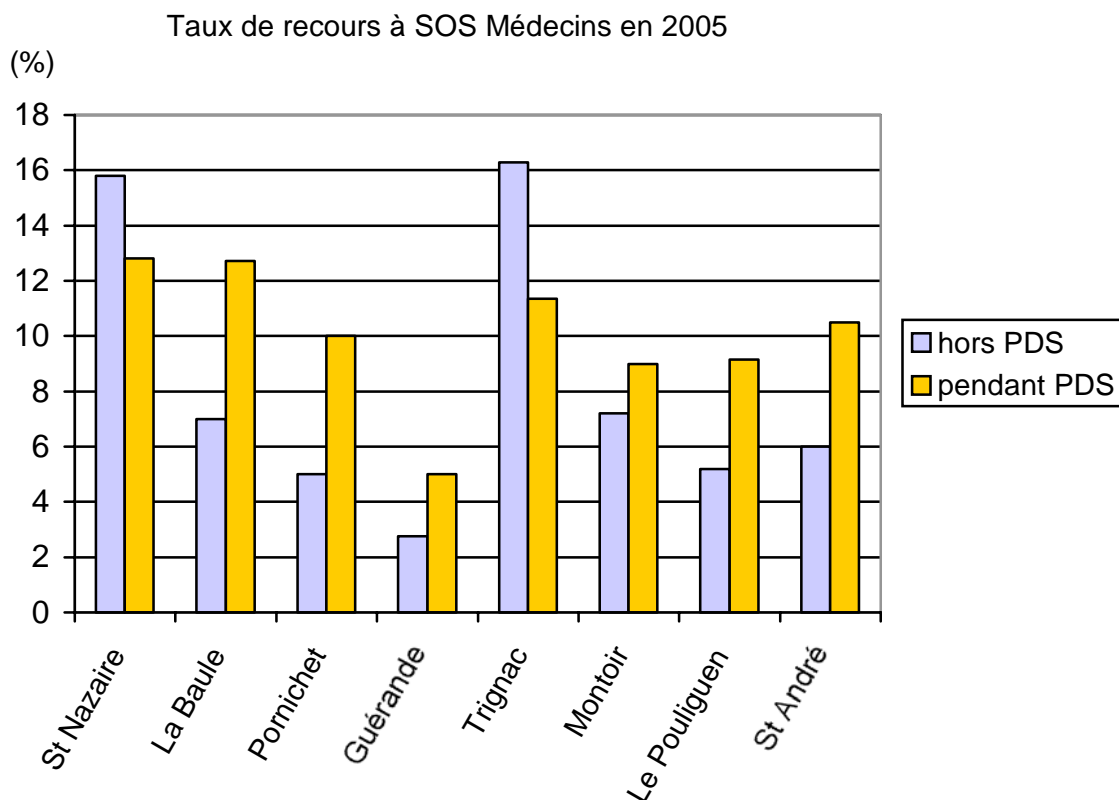
La plus grande partie de l'activité se situe sur Saint-Nazaire, que ce soit pendant ou en dehors de la PDS puisque les visites effectuées dans cette ville représentent 65 % de l'activité de l'association.

Il est intéressant de remarquer que sur La Baule, Guérande, Le Pouliguen et Pornichet, l'activité pendant la PDS est plus importante qu'en dehors de la PDS.

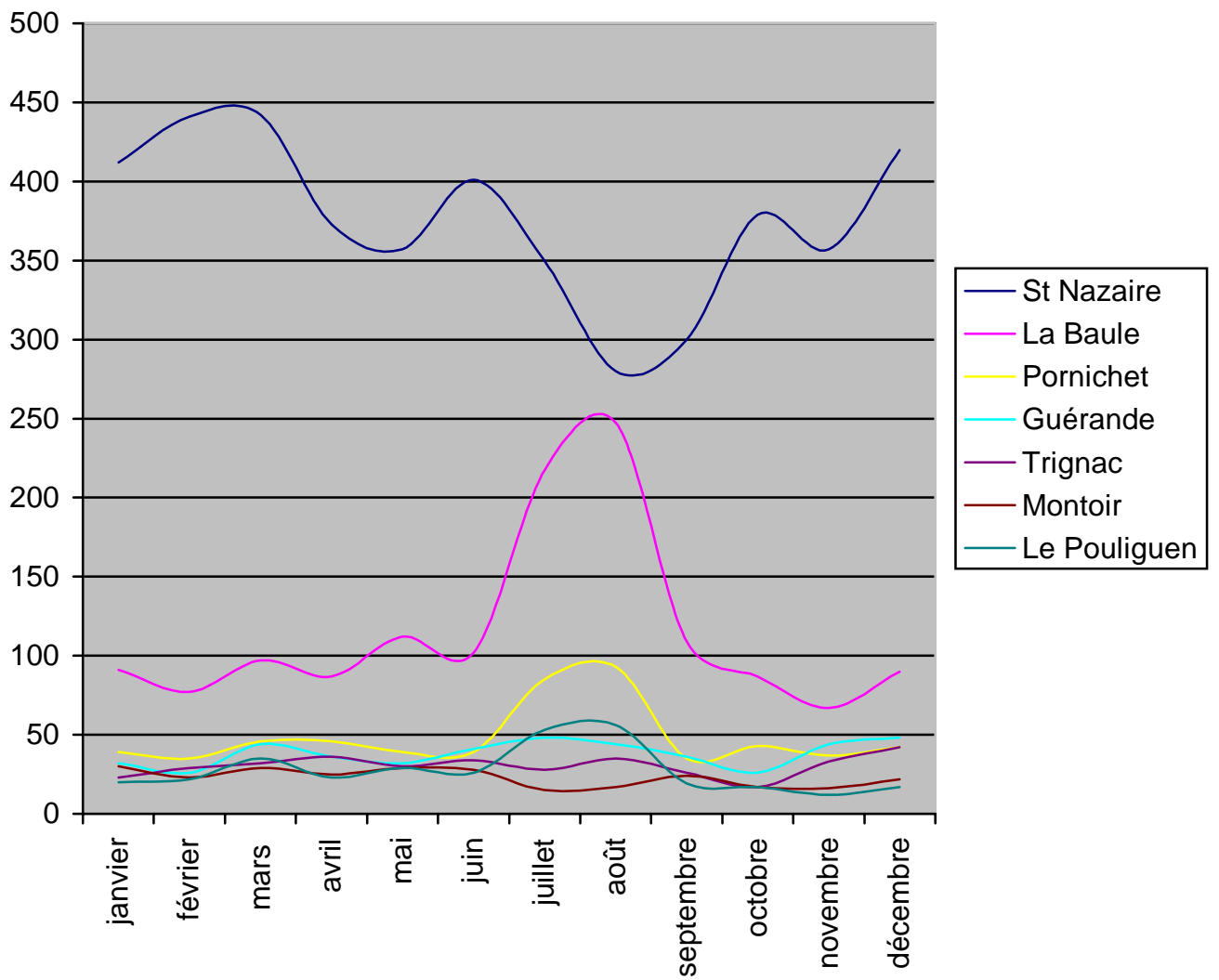
En ce qui concerne Saint-Joachim et Saint-Malo-de-Guersac, les visites sont certes moins nombreuses mais ce résultat sur l'année 2005 est tronqué puisque SOS Médecins ne se déplace sur ces communes que depuis mars 2005.

Si nous rapportons maintenant le nombre d'appels au nombre d'habitants de chaque ville pendant la PDS, nous nous rendons compte que ce taux est sensiblement le même pour chaque ville (excepté sur Guérande), il est d'environ 10 %. Un habitant sur 10 a donc contacté SOS Médecins pendant la PDS en 2005.

En revanche, en dehors de la PDS, ce taux est beaucoup plus important sur Saint-Nazaire et Trignac, où plus de 15 % des habitants ont eu recours à l'association, alors que ce taux se situe entre 3 et 6 % sur les autres communes.



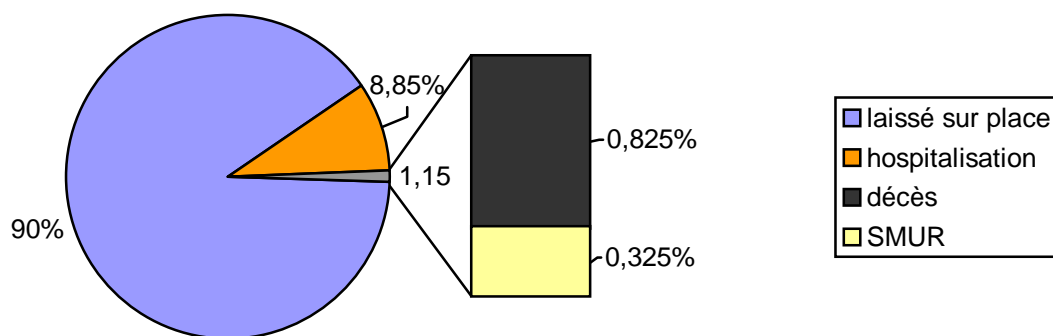
b. Par mois de l'année et par ville pendant la PDS :



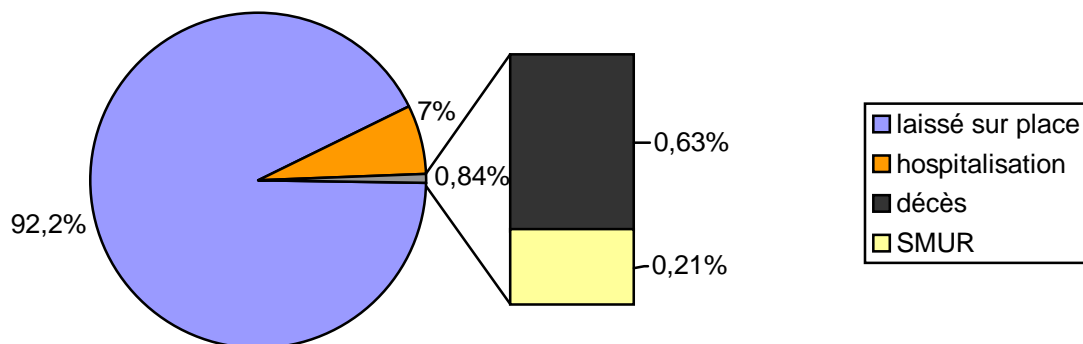
Nous remarquons la très nette augmentation des appels en juillet et août dans les villes de La Baule, Pornichet et Le Pouliguen alors que nous constatons parallèlement une forte diminution des appels provenant de Saint-Nazaire.

8. Devenir des patients :

a. Pendant la PDS :



b. Hors PDS :



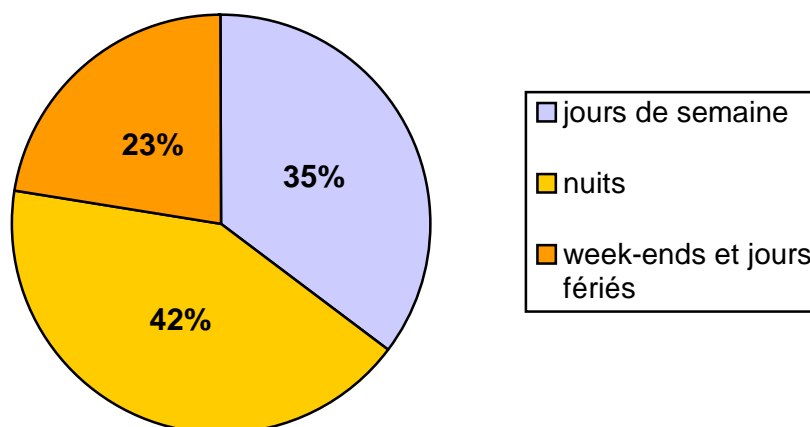
Nous pouvons remarquer que davantage de patients sont hospitalisés durant la PDS qu'en dehors, et que durant cette même période, le recours au SMUR est plus important, ce qui laisse entendre une gravité plus importante des pathologies.

90 % des patients vus en visite par les médecins de SOS Médecins pendant la PDS sont laissés à domicile.

B. Analyse des appels provenant du Centre 15 pendant la PDS :

1. Répartition journalière des appels du Centre 15 :

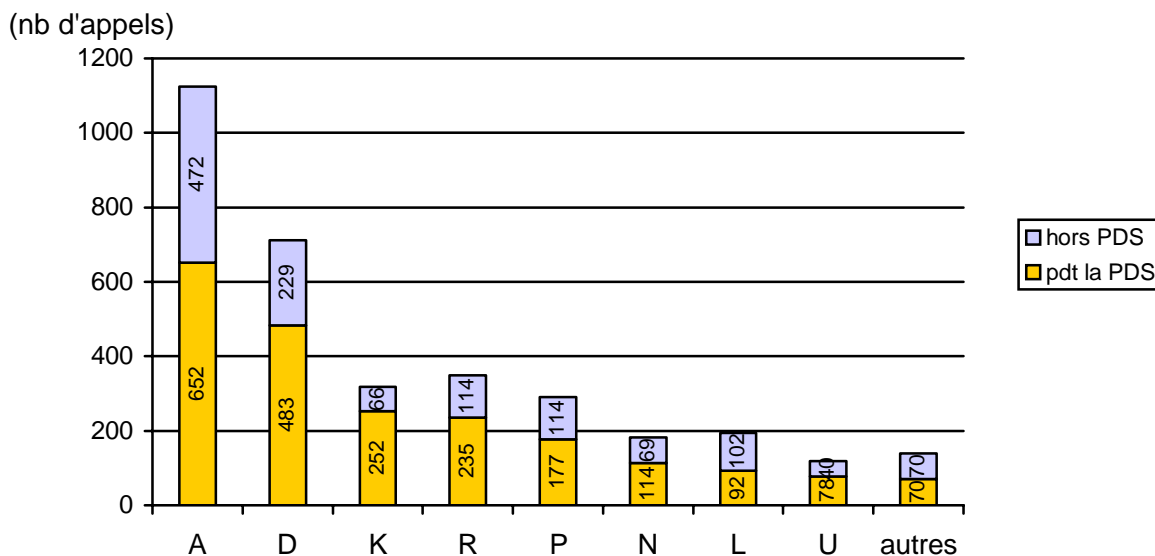
En 2005, le Centre 15 a fait appel à un médecin de SOS Médecins Saint-Nazaire 3428 fois. 1200 appels ont été enregistrés pendant les jours de semaines et **2228** la nuit, le week-end ou les jours fériés (soit pendant la PDS). Les appels provenant du Centre 15 pendant la PDS représentent donc **65%** de la totalité des appels provenant du Centre 15.



Si nous comparons maintenant les appels provenant du Centre 15 par rapport à la totalité des appels reçus au standard de SOS Médecins, nous remarquons qu'ils représentent 14,3 % de l'activité de PDS contre 8,1 % en dehors de la PDS.

2. Catégories de motifs d'appel des appels provenant du Centre 15 :

Nous avons étudié les catégories de motifs d'appel provenant du Centre 15 toujours selon la classification CISP. Nous pouvons voir sur ce diagramme que les catégories A et D représentent plus de la moitié des motifs d'appel ; nous verrons plus loin qu'il s'agit des fièvres et des douleurs abdominales.



3. Principaux symptômes des appels provenant du Centre 15 :

Classification par ordre décroissant des dix premiers symptômes des appels provenant du Centre 15 pendant la PDS.

Symptômes	Nombre de cas	CISP
1. Fièvres	330 (14,8 %)	A 03
2. Douleurs abdominales	322 (14,5 %)	D 99
3. Malaises	297 (13,3 %)	A 06
4. Douleurs thoraciques	190 (8,5 %)	K 74
5. Vomissements	144 (6,4 %)	D 10
6. Plaies	128 (5,7 %)	S 18
7. Angoisse ; Spasmophilie	98 (4,4 %)	P 74 P 75
8. Dépressions ; TS	90 (4 %)	P 76
9. Dyspnée ; Sifflements	80 (3,6 %)	R 02 R 03
10. Décès	72 (3,2 %)	A 96

(entre parenthèses : pourcentage par rapport au nombre total d'appels provenant du 15)

Près de 15 % des patients adressés par le Centre 15 ont comme symptôme une fièvre, 14,5 % se plaignent de douleurs abdominales et 13,5 % de malaises. Les douleurs thoraciques

ne se trouvent qu'en quatrième position et ne représentent que 8,5 % des symptômes dont se plaignent les patients adressés par le Centre 15.

Nous pouvons noter la présence des plaies en sixième position avec 5,7 % des symptômes, et l'importance des plaintes psychiatriques, avec les angoisses et dépressions en septième et huitième positions. Nous remarquons enfin que les dyspnées ne se situent qu'en neuvième position et ne représentent que 3,6 % des appels adressés par le Centre 15. Enfin, 3,2 % des appels provenant du Centre 15 concernent un décès.

4. Principaux diagnostics des appels du Centre 15 :

Classification par ordre décroissant des quinze premiers diagnostics posés par les médecins suite aux appels provenant du Centre 15 pendant la PDS.

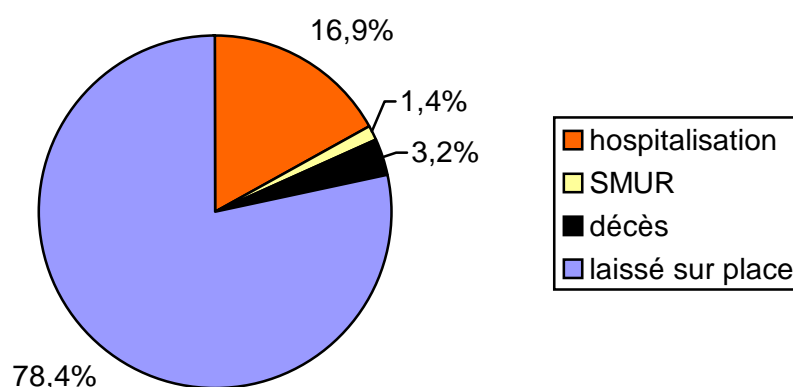
Pathologies	Nombre de cas	CISP
1. Angoisse ; Spasmophilie	242 (10,85 %)	P 74 P 75
2. Plaies	238 (10,65 %)	S 18
3. Gastroentérites aiguës	183 (8,2 %)	D 73
4. Malaises vagues	163 (7,3 %)	A 06
5. Douleurs abdominales	132 (5,9 %)	D 99
6. Rhumes ; Rhinopharyngites	115 (5,15 %)	R 74
7. Dépressions ; Tentatives de suicide	101 (4,55 %)	P 76 P 77
8. Angines	96 (4,3 %)	R 76
9. Otites moyennes aiguës	96 (4,3 %)	H 71
10. Bronchites ; Bronchiolites	95 (4,26 %)	R 78
11. Asthme	88 (3,95 %)	R 96
12. Laryngites	85 (3,81 %)	R 77
13. Angor ; Infarctus du myocarde	83 (3,72 %)	K 74 K 75
14. Eruptions virales	80 (3,6 %)	A 76
15. Décès	72 (3,2 %)	A 96

(entre parenthèses : pourcentage par rapport au nombre total d'appels provenant du Centre 15)

Les principaux diagnostics sont bien entendus étroitement corrélés aux symptômes d'appel : nous retrouvons les pathologies digestives et psychiatriques (gastroentérites aiguës et douleurs abdominales totalisant 14,1 % des diagnostics et angoisses, spasmophilie, dépressions et tentatives de suicide totalisant 15,4 % des diagnostics) en premières positions, puis les pathologies infantiles et/ou infectieuses (angines, otites, bronchites, bronchiolites, rhino-pharyngites, etc.).

Notons particulièrement la place importante des plaies (10,6 % des diagnostics), et a contrario la faible part des pathologies cardio-vasculaires (angor et infarctus du myocarde représentant 3,7 % des diagnostics) et respiratoires.

5. Devenir des patients adressés par le Centre 15 :



Nous voyons donc que 17 % des appels provenant du Centre 15 entraînent une hospitalisation pendant la PDS contre 7,62 % d'hospitalisation en dehors des appels du Centre 15 toujours pendant la PDS.

Seuls 1,5 % des patients adressés par le Centre 15 vont nécessiter l'intervention d'un SMUR après passage du médecin de SOS Médecins, ce qui traduit une bonne régulation.

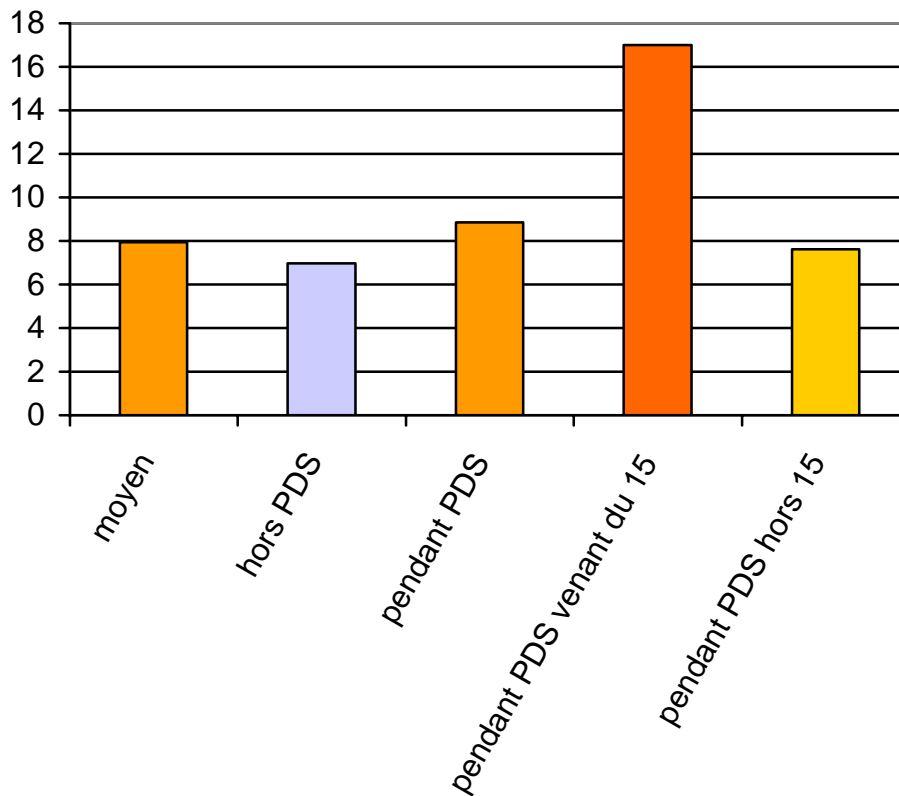
Enfin, nous retrouvons les 3,2 % de décès ayant motivé l'appel.

C. Analyse des hospitalisations :

1. Nombre d'hospitalisations :

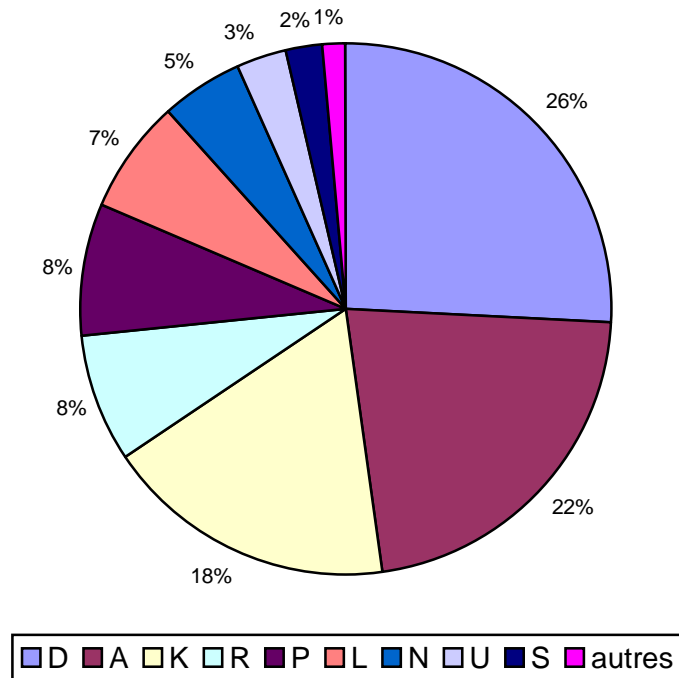
En 2005, les médecins de SOS Médecins Saint-Nazaire ont hospitalisé 2411 patients, dont 1383 pendant les horaires de PDS soit plus de la moitié (57,36 %).

Taux d'hospitalisation (%)



Le taux d'hospitalisation moyen est de 7,93 % sur l'année 2005 (2393 sur 30373). Il est de 8,85 % au cours de la PDS (1383 sur 15614) contre 6,96 % hors PDS (1028 sur 14759). Rappelons que, pendant la PDS, le taux d'hospitalisation est de 17 % (357 sur 2163) lorsque les appels proviennent du Centre 15 et de 7,62 % lorsque les appels proviennent d'autres sources que le Centre 15 (particuliers, Police, médecins traitants, etc.).

2. Catégories de motifs d'appels entraînant une hospitalisation :

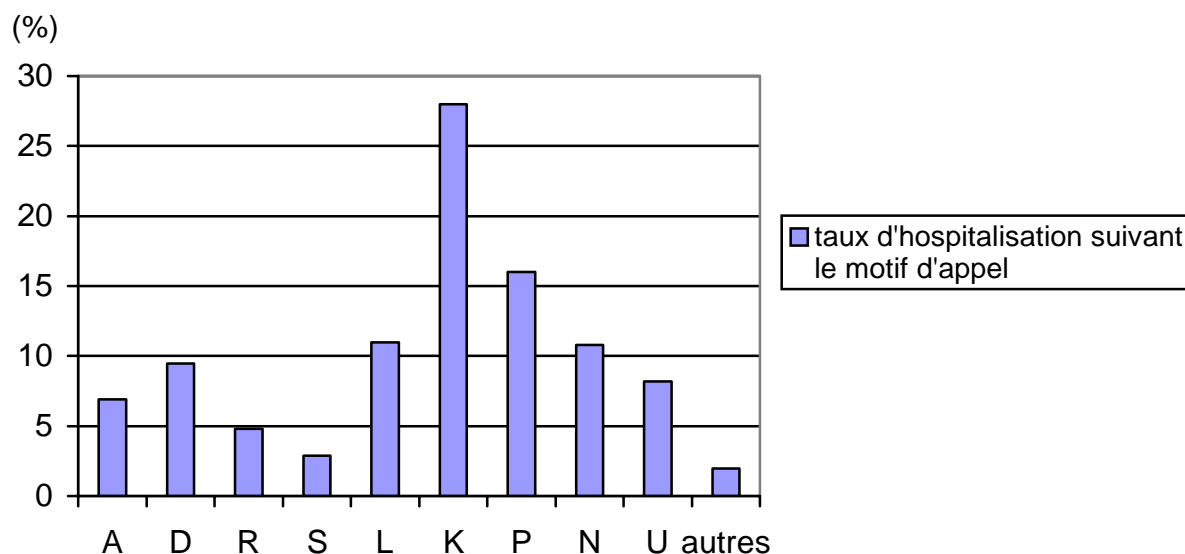


Nous constatons que 26 % des hospitalisations pendant la PDS sont le fait d'une pathologie digestive, 22 % d'une pathologie de catégorie A (générale et non spécifique), et enfin 18 % d'une pathologie cardio-vasculaire.

8 % seulement des hospitalisations font suite à un motif d'appel respiratoire et 8 % également à un motif d'appel psychologique ou psychiatrique. Enfin, nous pouvons noter le faible pourcentage d'hospitalisation faisant suite à un appel des catégories U (urologique) et S (cutanée).

Si nous regardons maintenant le taux d'hospitalisation suivant chaque motif d'appel pendant la PDS, nous constatons que celui-ci est très important dans la catégorie K puisque 28 % des patients appelant pour une cause cardio-vasculaire vont être hospitalisés. Il l'est également dans le domaine psychiatrique où 17 % des patients sont hospitalisés.

En revanche, le taux d'hospitalisation pour des problèmes cutanés ou respiratoires est très faible (inférieur à 5 %), comme le montre l'histogramme ci-après.



3. Principaux symptômes entraînant une hospitalisation :

Classification par ordre décroissant des dix premiers symptômes entraînant une hospitalisation pendant la PDS :

Symptômes	Nombre de cas	CISP
1. Douleurs abdominales	258 (18,6 %)	D 01 D 02
2. Douleurs thoraciques	209 (15,1 %)	K 74
3. Malaises	152 (11 %)	A 06
4. Fièvres	149 (10,7 %)	A 03
5. Vomissements	90 (6,5 %)	D 10
6. Vertiges	70 (5 %)	N 17
7. Dépression ; TS	61 (4,4 %)	P 76
8. Dyspnée ; sifflements	40 (2,9 %)	R 02 R 03
9. Plaies	38 (2,7 %)	S 18
10. Toux	35 (2,5 %)	R 05

(entre parenthèses : pourcentage par rapport au nombre total d'hospitalisations pendant la PDS)

Ce sont donc les douleurs abdominales qui entraînent le plus grand nombre d'hospitalisations puisqu'elles représentent 18,6 % des hospitalisations ; nous retrouvons ensuite les douleurs thoraciques responsables de 15 % des hospitalisations, puis les malaises et les fièvres responsables respectivement de 11 % et 10,7 % des hospitalisations.

Ces quatre symptômes représentent à eux seuls 55% des hospitalisations.

4. Principaux diagnostics entraînant une hospitalisation :

Classement par ordre décroissant des quinze premiers diagnostics entraînant une hospitalisation pendant la PDS :

<i>Pathologies</i>	Nombre de cas	Taux d'hospitalisation	CISP
1. Angor ; Infarctus du myocarde	156 (11,3 %)	97 %	K 74 K 75
2. Douleurs abdominales	149 (10,7 %)	30 %	D 99
3. AVC ; AIT	143 (10,3 %)	99 %	K 89 K 90
4. OAP ; Insuffisance cardiaque	111 (8 %)	86 %	K 77
5. Dépressions ; Tentatives de suicide	94 (6,8 %)	60 %	P 76 P 77
6. Pneumopathies	87 (6,3 %)	40 %	R 81
7. Malaises	67 (4,8 %)	30 %	A 06
8. Asthmes	51 (3,7 %)	16,6 %	R 96
9. Pyélonéphrites	50 (3,6 %)	45 %	U 70
10. AC/FA ; Troubles du rythme cardiaque	47 (3,4 %)	95 %	K 78 K 80
11. Bronchites ; Bronchiolites	45 (3,2 %)	7,5 %	R 78
12. Plaies	38 (2,7 %)	12,5 %	S 18
13. Phlébites ; Suspicion d'embolie pulmonaire	35 (2,5 %)	70 %	K 93 K 94
14. Coliques néphrétiques	35 (2,5 %)	20 %	U 95
15. Agitation ; Délires	34 (2,4 %)	60 %	P 04 P 72

(entre parenthèses : pourcentage par rapport au nombre total d'hospitalisations au cours de la PDS)

TROISIEME PARTIE

DISCUSSION

Ce rapport d'activité n'a d'autre prétention que de présenter une « photographie » d'une association de PDS (SOS Médecins Saint-Nazaire) concernant son organisation interne, les moyens mis en œuvre pour ses interventions, la nature de son activité médicale et son organisation avec les autres acteurs de la PDS.

A . Sur la notion d'urgence :

Avant de commencer la discussion sur l'analyse des résultats et de voir les perspectives de SOS Médecins Saint-Nazaire, il nous semble intéressant d'apporter quelques éléments sur la notion d'« urgence ». Si l'on se réfère au dictionnaire Larousse, urgence signifie « caractère de ce qui est urgent, c'est-à-dire qui ne peut être différé, qui doit être fait, décidé sans délai ».

En effet, définir la notion d'urgence n'est pas simple, tant cette notion sous-entend des interprétations différentes, que l'on se place du côté du patient, du médecin généraliste ou du médecin urgentiste. Pour le médecin urgentiste, l'urgence n'est-elle pas d'abord vitale ? Pour le médecin généraliste, n'est-elle pas un soin non programmé qui interrompt son activité ? Pour le patient, l'urgence n'est-elle pas synonyme de rapidité d'intervention ? ²¹

C'est pourquoi, ces dernières années, de nombreuses définitions se sont succédées et nous sommes passés de l'urgence « vraie » ou « objective » à l'urgence « ressentie »¹ puis aujourd'hui à la notion de « demande de soins non programmés ».³

Actuellement, l'urgence peut être définie de la façon suivante : « tout ce qui est ressenti par le patient comme exigence de soins ne pouvant souffrir de retard. Cela inclut tous les phénomènes qui touchent à la santé, qui surviennent de façon brutale et inattendue et qui surprennent, à tort ou à raison, le patient et/ou son entourage. »²²

Dans cette conception, les critères de gravité médicale ne sont pas une source de discrimination. L'urgence n'est plus considérée comme une détresse vitale mais doit répondre en réalité à toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée, quelle que soit la gravité du problème. Nous rejoignons le Pr Louis Lareng²³ qui écrivait que l'urgence est considérée par les usagers comme « un produit de consommation dont la disponibilité devient un droit ».

B. Sur les résultats :

1. Sur l'activité globale :

Nous notons une progression constante du nombre d'interventions depuis sept ans qui résulte de trois principaux phénomènes :

- une meilleure connaissance de l'existence de la structure par la population de Saint-Nazaire et de sa presqu'île (SOS Médecins Saint-Nazaire assurant la quasi totalité de la permanence des soins),

- l'élargissement du territoire sur lequel SOS Médecins intervient (passant de cinq commune en 1999 (Saint-Nazaire, Trignac, Montoir, Pornichet, La Baule) à dix communes en 2005),

- une modification de l'état d'esprit d'une majorité de la population qui souhaite une réponse rapide, complète et de qualité²³⁻²⁴ concernant les demandes en soins de santé, tout comme pour d'autres services. Comme en attestent les écrits récents du Conseil de l'Ordre : « les usagers témoignent d'exigences nouvelles et désirent un service disponible rapidement à toute heure pour répondre très souvent à une inquiétude plus qu'à une urgence. »²¹⁻²⁵

Cette augmentation annuelle de l'activité, retrouvée dans les bilans de toutes les jeunes structures SOS Médecins, comme à Cherbourg,²⁶ Tours,²⁷ ou Annecy,²⁸ laisse penser que cette association répond à un besoin médical pour les patients dans le secteur urbain de Saint-Nazaire, même s'il est vrai que l'offre crée la demande. Le renouvellement de la patientèle est

important puisqu'une étude du CNEH ²⁹ du printemps 2002 révélait que 46 % des patients visités faisait appel à SOS Médecins pour la première fois.

2. Sur le sexe ratio et l'âge des patients :

Nous n'avons pas pu définir le sexe ratio des patients faisant appel à SOS Médecins en raison d'une carence au niveau de notre système informatique local. Nous allons donc améliorer celui-ci en demandant à l'informaticien ayant créé notre logiciel d'exploitation ((My SOS Manager) de remédier à ce défaut .

Pour les mêmes raisons, nous ne pouvons avoir les renseignements concernant les différentes tranches d'âge des patients faisant appel à SOS Médecins.

Cependant, d'après les RIAP (Relevé Individuel d'Activité Professionnel) de chaque médecin d'SOS Médecins Saint-Nazaire, le pourcentage de visites effectuées pour les enfants de moins de 15 ans et demi est de 35 %, celui des visites pour les personnes de plus de 70 ans est de 13 %. Ces deux résultats sont assez proches de ceux de l'étude réalisée par la DREES en 2006 ³⁴⁻³⁵ qui retrouve que les enfants de moins de treize ans représentent 22 % de la clientèle vue en urgence et que les personnes de plus de soixante-dix ans représentent 15,3 % de l'activité.

3. Sur la répartition temporelle des appels :

Dans un premier temps, ces parties laissent apparaître plusieurs éléments essentiels quant à la place de SOS Médecins dans la PDS :

a. l'importance de l'activité de week-end :

En effet, plus d'un tiers (33 %) de l'activité totale se situe les samedis et dimanches (jours et nuits confondus) et un quart (25 %) a lieu en journée le samedi après-midi et le dimanche.

b. l'importance de l'activité nocturne :

Elle représente plus d'un quart (27 %) de l'activité totale et un peu plus de la moitié de l'activité de PDS. Si nous regardons la répartition horaire des appels, nous nous rendons compte que l'activité nocturne se situe principalement entre 20 h et minuit voire une heure du matin et entre 7 h et 8 h le matin.

En découpant la nuit selon les critères de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), les visites entre minuit et 6 h du matin représentent donc 14,6 % de l'activité de PDS et 30 % de l'activité nocturne.

c. l'existence de deux pics d'activité, le matin de 8 h à 11 h et le soir de 18 h à 21 h :

Cette répartition horaire est similaire à celle retrouvée dans l'étude de la DREES, en 2004, sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale et dans les services d'urgence hospitaliers.³³

Le pic matinal correspond probablement à des événements médicaux apparus en soirée ou pendant la nuit et que les patients ont géré en attendant le lendemain matin, événements nécessitant aux yeux du malade une prise en charge rapide à laquelle ne peut répondre le médecin traitant au petit matin.

Le pic du soir s'expliquerait par les contraintes sociales et environnementales des patients ; il correspond à la sortie du travail, aux heures où les parents vont chercher leurs enfants à l'école ou à la crèche, et enfin à une plage horaire où il est devenu très difficile d'obtenir un rendez-vous dans un cabinet médical.

d. la variation saisonnière :

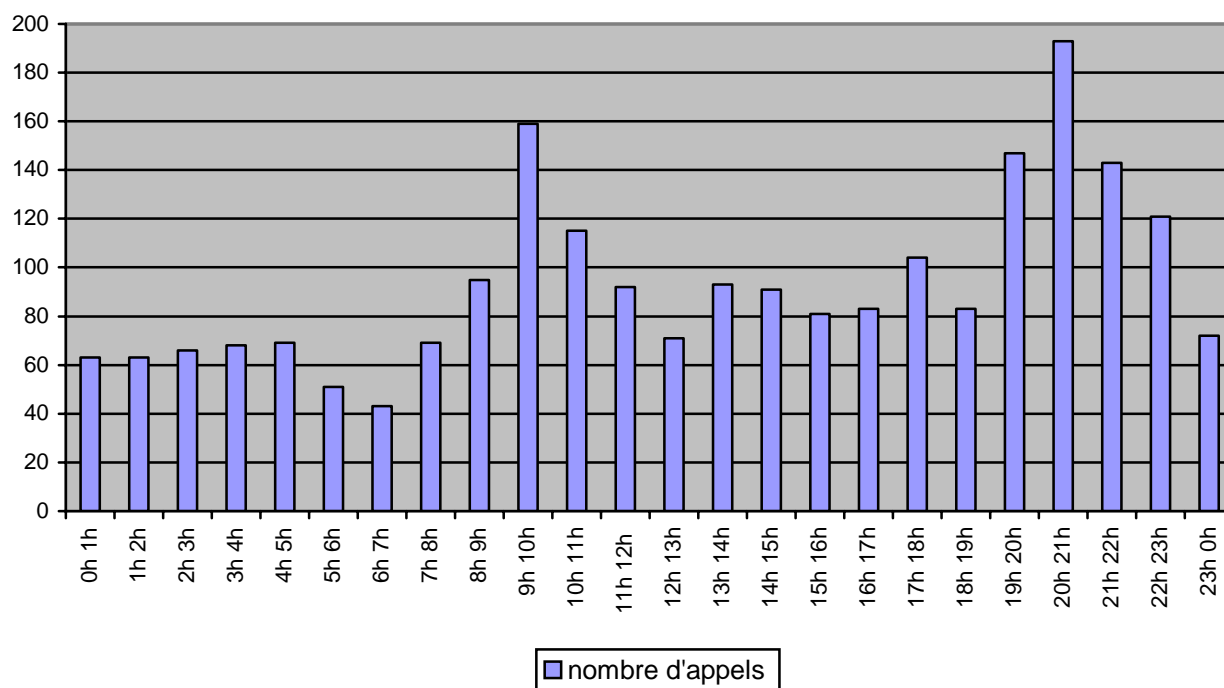
Dans un second temps, nous notons des disparités du nombre des visites selon les mois de l'année et selon les villes. L'importante hausse d'activité hivernale que ce soit pendant ou hors PDS, est la conséquence des différentes épidémies virales (grippes, gastroentérites...) qui laissent le malade dans un état d'asthénie intense nécessitant le plus souvent le déplacement du médecin à son chevet.

En ce qui concerne la PDS, la hausse de l'activité en mars est secondaire à l'épidémie de gastroentérites aiguës de l'année 2005.

Nous notons enfin la forte activité de PDS aux mois de juillet et août qui est une des particularités locales et qui résulte de deux phénomènes :

- la forte augmentation de population l'été essentiellement sur les communes de Pornichet, La Baule, Le Pouliguen et Guérande entraînant une demande accrue de soins médicaux. (cf. schémas pages 38 et 45)
- ces soins s'effectuent principalement en soirée et en début de nuit en raison du mode de vie de cette population principalement vacancière qui profite de la « journée de plage » et/ou d'activités estivales diverses.

L'histogramme ci-dessous à propos de la répartition horaire des appels du 21 juin 2005 au 21 septembre 2005 sur les communes sus-citées illustre bien ce phénomène :



On ne peut pas dire, au vu du schéma p 44, que la population d'une ville est plus « consommatrice » que l'autre ; en effet, le taux de visite par habitant est sensiblement identique pendant la PDS excepté sur la commune de Guérande, ce pourquoi nous ne voyons pas d'explication évidente (meilleure éducation des patients ? moins bonne connaissance de la structure ?).

4. Sur la provenance des appels :

Nous pouvons voir que la part d'appel provenant d'un médecin traitant est très basse voire inexistante (0,186 % des appels avec 0,006 % pendant la PDS).

Or, l'étude du CNEH (printemps 2002)²⁹ révèle que 34 % des patients ont connu SOS Médecins par le SAMU-Centre15, 30 % par les proches ou la famille, 14 % par les médecins traitants et les 22 % restant par la presse, la gendarmerie, les pharmaciens, l'hôpital...

Dans notre rapport d'activité, les appels provenant des médecins traitants sont sous-estimés. En effet, lorsqu'ils orientent leur patient vers SOS Médecins, la plupart d'entre eux laissent le patient appeler lui-même le standard ; l'appel est alors enregistré comme provenant d'un particulier. Ce n'est que lors de la visite que nous apprenons que c'est bien le médecin traitant qui est à l'origine de la demande de soins.

Il existe une ligne téléphonique spécifique mise à disposition par le standard de SOS Médecins pour les médecins traitants qui voient ainsi leurs appels traités en priorité ; cette ligne téléphonique semble sous-utilisée car méconnue par le corps médical malgré une note d'information qui leur a été adressée. Cette constatation est surtout valable en dehors de la PDS car nous rappelons que sur le secteur d'activité de SOS Médecins, la PDS est assurée dans sa quasi-totalité par l'association.

Il nous est donc impossible actuellement de connaître la proportion exacte d'appels provenant des médecins traitants mais il semble que l'étude du CNEH soit plus proche de la vérité.

Les appels provenant du Centre 15 représentent à peine 12 % des appels de l'association SOS Médecins et les deux tiers concernent les horaires de PDS. Là aussi, ces chiffres sont probablement légèrement sous-estimés car certains médecins du Centre 15 transmettent directement les coordonnées du standard de SOS Médecins au patient qui appelle de lui-même.

Les appels provenant du Centre 15 sont beaucoup plus importants pendant la PDS qu'en dehors (66 % des appels du Centre 15 le sont pendant la PDS). Ceci montre la bonne coopération entre le Centre 15 et la structure SOS Médecins et l'importance de cette structure pendant la PDS. En 2005, d'après le rapport d'activité du Centre 15 de Nantes, sur le secteur d'activité de SOS Médecins Saint-Nazaire, l'effectif des appels arrivant au Centre 15 et nécessitant une visite médicale est assurée à 94 % par SOS Médecins.

5. A propos des symptômes :

Les résultats obtenus font part d'une forte ressemblance entre les symptômes d'appels pendant et hors PDS avec la large prédominance des fièvres et des douleurs abdominales.

Ces résultats sont à interpréter avec beaucoup de précaution car il existe un biais lors de la saisie informatique.

En effet, les standardistes notent les symptômes décrits par le patient en les classant par ordre d'importance à leurs yeux mais la classification CISP prend en compte la plainte principale. Or, cette plainte « principale » pourra être différente selon le récit du patient et/ou le jugement de la standardiste. Par exemple, une femme de 25 ans se plaint de douleurs abdominales, de diarrhées et de vomissements depuis 2 jours ; le symptôme retenu lors de la classification que nous utilisons sera le premier noté, en l'occurrence douleur abdominale (si cette femme a insisté sur ce symptôme ou si la standardiste l'a ressenti comme tel).

On peut alors déduire de cette interprétation les principales causes d'inquiétude de la part du patient qui correspondent donc aux fièvres et aux douleurs abdominales, puis aux vomissements, toux, éruptions cutanées et douleurs thoraciques.

Alors que les otites moyennes aiguës occupent une place importante dans notre activité, il est intéressant de remarquer l'absence du symptôme douleur d'oreille dans notre classification. En pratique, l'enfant ne se plaint pas d'avoir mal à l'oreille mais pleure le plus souvent, pleurs qui amènent les parents à prendre la température : ils appellent alors le médecin pour fièvre.

6. A propos des diagnostics :

Si nous nous intéressons maintenant aux diagnostics retenus, nous pouvons remarquer que la majorité des personnes vues en visite souffre d'une affection somatique aiguë, avec une part prépondérante occupée par les gastroentérites aiguës et les différentes pathologies infantiles infectieuses (otites, infections virales rhinopharyngées et angines). Ces dernières pathologies répondent le plus souvent au symptôme fièvre ou toux, deux des principaux symptômes rencontrés au cours de la PDS et qui inquiètent les parents. N'oublions pas effectivement que 30 % des visites sont effectuées pour des enfants et adolescents de moins

de 15 ans. La dernière étude de la DREES d'avril 2006 ³⁴ conclut que « neuf visites sur dix d'un médecin appartenant à SOS Médecins ou aux Urgences Médicales de Paris sont motivées par une affection somatique touchant, dans 35% des cas, des enfants de moins de 15 ans ».

Il nous semble important de noter l'absence de la petite traumatologie dans l'activité principale de PDS de SOS Médecins Saint-Nazaire à l'exception des plaies (qui représentent 1,92 % de l'activité de PDS). A noter d'ailleurs que 45 % de ces plaies sont issues des appels provenant du Centre 15 d'après nos résultats. Les différentes études ^{5, 32-33} réalisées sur le plan national montrent bien que la traumatologie, les plaies et blessures ainsi que les douleurs sont les principaux motifs médicaux de recours aux Services d'Urgences.

L'étude de la DREES d'avril 2006 ³⁴ retrouve que les trois quarts de l'activité « urgente » des médecins libéraux sont liés à des problèmes somatiques non traumatiques, contrairement aux services d'urgences hospitaliers dans lesquels la traumatologie représente plus de 45 % de l'activité.

Ce recours hospitalier semble motivé d'une part par la sensation qu'a ou non le patient du niveau de gravité de son problème médical avec la plupart du temps la notion de douleur (ce qui va le conduire au SAU à partir du moment où il se sent en « état d'urgence »), d'autre part par la présence d'un plateau technique (radiologies, immobilisations, avis chirurgical immédiat) qui va permettre une réponse immédiate complète et rapide à son problème médical.²²

Nous voyons ainsi que la plupart des diagnostics posés par SOS Médecins Saint-Nazaire, structure de PDS à vocation urgentiste, sont assez similaires pendant et hors PDS et peuvent ne pas être considérés comme urgents aux yeux de certains médecins et/ou administrations mais le sont aux yeux des malades. Il est alors licite de se poser les questions de savoir si la société est plus inquiète qu'auparavant, comme le laisse penser le Conseil de l'Ordre,²⁷ ou si l'on évolue vers une société plus exigeante en matière de soins et de santé comme en témoigne le recours aux soins dans le secteur libéral qui, comme pour les SAU, a augmenté de 31 % ces dix dernières années.³³

Remarquons la présence dans la liste des principaux diagnostics des gardes à vue qui représentent 2,5 % de l'activité de PDS (et 5 % de l'activité totale), ce qui confirme la bonne coopération entre la structure SOS Médecins et les forces de l'ordre (Gendarmerie, Police) et qui symbolise la notion de service d'utilité publique d'une telle structure dans le département.

7. A propos des appels du Centre 15 :

Ces résultats montrent que le SAMU Centre 15 travaille en collaboration avec les médecins de SOS lorsque la situation médicale ne semble pas vitale (comme pour les symptômes fièvres et douleurs abdominales qui représentent près de 30 % des symptômes d'appels provenant du Centre 15), ou lorsque le médecin régulateur a besoin d'un premier bilan médical (c'est par exemple le cas pour les douleurs thoraciques et les malaises qui représentent 22 % des symptômes d'appels provenant du Centre 15 et qui vont nécessiter, outre un examen clinique, la réalisation d'un électrocardiogramme afin d'en rechercher une origine cardiaque).

Dans l'analyse des symptômes, nous remarquons la part importante de la psychiatrie (angoisse, spasmophilie, dépression et tentatives de suicide) qui représentent 8,5 % des symptômes d'appels provenant du Centre 15 et qui posent le problème de la régulation téléphonique au cours de laquelle il semble difficile de juger du degré de détresse d'un patient ou de son entourage. Nous notons une bonne corrélation entre ces appels et les diagnostics posés, puisque les angoisses constituent le diagnostic le plus fréquent des appels provenant du Centre 15. Cette part psychiatrique souligne bien l'état de santé actuel de la population, qui souffre beaucoup d'angoisse et de dépression, dont la prise en charge ne peut être différée lors d'un accès de détresse ou de panique.

Il nous semble important également de relever la place des plaies, qui représentent quasiment 11 % des appels provenant du Centre 15 pendant la PDS (rappelons que 45 % des plaies traitées par les médecins de SOS Médecins sont adressées par le Centre 15). Cela nous semble être le résultat d'une inquiétude accrue de la part des patients devant une plaie, qui est souvent synonyme de saignement ; cette inquiétude entraînerait alors un appel vers le SAMU. Une autre explication réside dans la méconnaissance par les patients de la possibilité de traiter une plaie à domicile, et notamment de réaliser des sutures.

Enfin, les autres diagnostics posés sont semblables à ceux posés d'une manière générale, tous appels confondus, avec principalement les pathologies gastro-intestinales et infectieuses infantiles.

8. A propos des hospitalisations :

Nous rappelons que le taux moyen d'hospitalisation en 2005 est de 7,93 %, semblable aux résultats retrouvés chez d'autres structures SOS Médecins en France, comme à Annecy où le taux moyen d'hospitalisation en 2003 était de 7,32 %³¹ ou à Cherbourg où le taux moyen d'hospitalisation en 1999 était de 7,69 %.²⁸

Nous remarquons par ailleurs un taux d'hospitalisation légèrement supérieur pendant la PDS (8,85 %) qu'en dehors, là aussi proche des résultats de l'étude de la DREES d'avril 2006³⁴ sur les recours aux médecins urgentistes de ville, dans laquelle le taux d'hospitalisation est de 8 % pendant la PDS, ce qui laisse supposer une plus grande gravité des appels au cours de la PDS, et une nécessité d'avoir recours à des examens complémentaires qui ne sont pas réalisables en urgence pendant la PDS en ville (cabinets de radiologie et laboratoires fermés).

C'est pourquoi nous retrouvons comme principaux symptômes les douleurs abdominales, les douleurs thoraciques et les malaises.

De même, nous avons noté un taux d'hospitalisation largement supérieur (17 %) lorsque les appels proviennent du Centre 15, ce qui laisse supposer là aussi une gravité plus importante des pathologies rencontrées. Cela veut dire d'une part, que les patients ont bien ressenti la gravité de la situation, et d'autre part, que le Centre 15 reste aux yeux de la population le centre d'urgence de référence.

En regardant maintenant les diagnostics des patients hospitalisés, les problèmes cardiaques, psychiatriques et digestifs représentent une part très importante de ces hospitalisations (environ 60 %).

L'hospitalisation pour pathologies cardio-vasculaires (environ 40 % des hospitalisations) s'explique aisément par la gravité de celles-ci (angor, infarctus, AVC, AIT, OAP, insuffisance cardiaque, malaises, troubles du rythme, embolie pulmonaire) : en effet, près de 100 % des angors, infarctus, AVC et AIT ont été hospitalisés pendant la PDS en 2005, et environ 90 % des OAP et troubles du rythme vus en 2005 pendant la PDS.

Les douleurs abdominales représentent un fort pourcentage des hospitalisations, non pas du fait de leur gravité (30 % de celles-ci ont été hospitalisées en 2005), mais du fait de leur importance en nombre. L'hospitalisation de ces pathologies abdominales relève de la difficulté de traiter la douleur à domicile et de la nécessité d'avoir recours à des examens complémentaires en urgence tels une radiographie de l'abdomen et un bilan biologique.

Quant à la psychiatrie (9 %), il est évidemment recommandé d'hospitaliser toutes les tentatives de suicide, il semble en effet bien difficile et dangereux de laisser à domicile une personne seule dépressive, et il paraît nécessaire d'avoir l'avis du psychiatre sur l'état de santé mental des personnes délirantes et/ou agitées.

Enfin, il faut noter que les médecins de SOS Médecins hospitalisent très peu de problèmes respiratoires, notamment les asthmes (16,6 % seulement des asthmes ont été hospitalisés pendant la PDS en 2005) du fait de la possibilité de réaliser à domicile des aérosols de broncho-dilatateurs et de délivrer de l'oxygène, ce qui permet d'éviter une hospitalisation dans bon nombre de cas.

Afin d'étayer toutes ces données, il serait intéressant de réaliser une étude prospective sur les hospitalisations effectuées par les médecins de SOS Médecins, afin de mieux connaître la motivation de ces hospitalisations et surtout le devenir de ses patients.

C. Sur les perspectives de l'association :

Suite à ce travail, nous nous sommes rendus compte que le recueil des données pourrait être simplifié grâce à une meilleure utilisation de l'outil informatique.

Tout d'abord, nous essaierons de sensibiliser les médecins à utiliser leur Pocket PC de façon optimale afin de faire disparaître le support papier et donc d'optimiser les renseignements concernant l'examen clinique, les gestes réalisés sur place et le devenir du malade (SMUR, hospitalisation...).

D'autre part, il nous semble intéressant d'envoyer le compte-rendu de la visite au médecin traitant par e-mail afin d'améliorer le suivi du patient, et ce en temps réel.

Enfin, il faut continuer à travailler sur l'interconnexion informatique avec le Centre 15 de façon à ce qu'elle soit effective le plus rapidement possible et dans des conditions optimales d'utilisation.

Concernant l'activité médicale, il semble licite de proposer une alternative à la visite et se pose alors la question de l'ouverture d'un centre de consultations de médecine générale qui aurait un double intérêt :

- Répondre à la demande de nombreux patients prêts à se déplacer vers un médecin mais qui appellent SOS Médecins faute de cabinet de consultation ouvert.
- Répondre à la demande des pouvoirs publics qui souhaitent une diminution du nombre de visites (qu'ils estiment « non justifiées » et trop « coûteuses »).

CONCLUSION

La Permanence Des Soins, mission de santé publique, qui se définit comme la réponse médicale aux demandes de soins dits non programmés, est assurée sur le secteur urbain de Saint-Nazaire principalement par la structure SOS Médecins Saint-Nazaire.

Cette association, créée en 1997, voit son activité totale s'accroître d'année en année avec en 2005 une activité de PDS qui représentait 52 % de l'activité globale.

Cette constatation résulte premièrement d'une demande de soins non programmés en constante augmentation de la part des usagers, demande non satisfaite par les cabinets de ville, et qui est en partie secondaire à un changement de mentalité des français concernant la notion d'urgence. Les pathologies ainsi prises en charge sont principalement des affections aiguës somatiques avec une part importante de la pédiatrie.

Deuxièmement, nous remarquons dans l'activité la notion de mission d'intérêt général à laquelle répond SOS Médecins Saint-Nazaire comme en atteste la présence des actes médico-légaux (gardes à vue et certificats de décès) qui représentent 4 % de l'activité de PDS (7 % de l'activité totale) ainsi que sa place privilégiée comme effecteur du Centre 15 qui est à l'origine de 7,5 % de son activité de PDS (11,5 % de l'activité totale).

Enfin, SOS Médecins Saint-Nazaire répond également aux demandes résultant de l'AMU comme le montre la gravité des pathologies hospitalisées.

Le nouveau dispositif de PDS, qui n'est pas efficace et fiable sur l'ensemble du territoire français d'après le dernier rapport de l'IGAS-IGA de mars 2006,⁴ est acceptable sur le secteur d'activité de SOS Médecins Saint-Nazaire.

Se posent alors plusieurs questions concernant la structure :

- Cette association doit-elle prendre en charge de nouveaux secteurs ? (c'est le souhait de plusieurs médecins dans les communes du sud de la Loire comme à Saint-Brévin)
- Doit-on envisager une telle organisation sur l'ensemble du département dans le but de répondre aux demandes du SAMU-Centre 15 ?
- Doit-on mettre en place un centre de consultation ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. STEG A, Rapport sur la médicalisation des urgences, Commission nationale de restructuration des urgences, 17 septembre 1993.
2. BARRIER G, Rapport sur la prise en charge préhospitalière des urgences, Cahiers d'anesthésiologie, tome 43, n° 4, 1995, p 401 à 412.
3. DESCOURS C, Rapport du groupe de travail opérationnel sur la PERMANENCE DES SOINS, remis à Mr MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le 22 janvier 2003.
4. Rapport IGAS n° 2006 029 et IGA n°006-07-02 sur l'évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire (consultable sur Internet : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000321/0000.pdf>)
5. BAUBEAU D, DEVILLE A, JOUBERT M, FIVAZ C, GIRARD, LE LAIDIER S, Le passage aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés, DREES, Etudes et Résultats n° 72, juillet 2000.
6. PIGANEAU K, Dix millions de patients passeront par les urgences en l'an 2000, Le quotidien du médecin, 2000-02, 6650.
7. Ordre national des médecins, Code de Déontologie Médicale, Edition juillet 2001.
8. Code Pénal, Edition 2006, DALLOZ (103eme édition).
9. Code de la santé publique, Edition 2005, DALLOZ (19eme édition).
10. 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),

publié au Journal Officiel, le 16 septembre 2003 (consultable sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2003/03-38/a0382997.htm>).

11. Décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, publié au Journal Officiel le 16 septembre 2003 (consultable sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2003/03-38/a0382998.htm>).

12. 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), publié au Journal Officiel le 8 avril 2005 (consultable sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANH0521313D>).

13. Avenant n° 4 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005, signé le 22 avril 2005 et approuvé par arrêté du 26 mai 2005, publié au Journal Officiel le 1 juin 2005.

14. Cahier des charges fixant les conditions de la permanence des soins en médecine ambulatoire en Loire-Atlantique

15. INSEE, recensement de population de mars 1999 et estimation locale de population 2004-2005.

16. Répartition par âge de la population au 01/01/2003 en Pays de Loire (http://www.pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/doc_stat/dsstpl2005_fichiers/dsstpl05.pdf).

17. LASCAR M, J'ai créé SOS Médecins, Impact Médecin, 10/1994, n° 251, p 49.

18. Site Internet : <http://www.sosmedecins-france.fr>.

19. JAMOUILLE M, ROLAND M, HUMBERT J, BRULET JF, Traitement de l'information médicale par la Classification Internationale des Soins Primaires deuxième version (CISP 2), Care Edition, Bruxelles, 2000.

20. HUMBERT J, HIDIER J, L'urgence au quotidien en médecine de famille, étude descriptive à l'aide de la CISP, La revue du praticien, médecine générale, tome 13, n° 465 du 7 juin 1999, 1152-1158.

21. Convention de partenariat entre le SAMU de France et SOS Médecins France signée le 29 septembre 2005 (consultable sur Internet : www.fhf.fr/file.php?tb=dos_article&at=id_article&px=fic1&id=1076)

22. GENTILE S, AMADEI E, BOUVENOT J, DURAND A-C, BONGIOVANNI I, HARO J, GIRAUD C, SAMBUC R, Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie, Santé Publique 2004, volume 16, n° 1, pp 63-74.

23. Rapport pour la Conférence des Présidents des Unions Régionales de Médecins en Exercice Libéral, « LIVRE BLANC », Organisation de la permanence des soins en médecine libérale, juillet 2001.

24. LARENG L, Définitions de l'urgence médicale, Médecines d'urgence, 1999-12, 21(6).

25. GENTILLE S, BONGIOVANI I, DELAROZIERE JC, STRINGE D, SAMBUC R, L'organisation et la prise en charge des urgences : vers la mise en œuvre d'un réseau, Journal d'Economie Médicale, 2001-09/2001-10 ; 19(5-6) : 371-380.

26. DANET F, BREMOND M, ROBERT D, Les urgences, questions au système de santé, Etudes, revue de culture contemporaine, mai 2004, vol 400, n° 5, pp 599-610.

27. LUCAS J, CNOM, L'exercice médical face à la permanence des soins. Rapport sur la commission nationale permanente adopté lors des assises du conseil national de l'ordre des médecins du 23 juin 2001.

28. DEMOOR C, SOS Médecins Cherbourg : sa place dans la prise en charge des urgences extra-hospitalières et la permanence des soins, Thèse de médecine, Cherbourg, 15 novembre 1999.

29. CNEH : DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), Evaluation et comparaison de six expérimentations de prise en charge des urgences, Rapport d'étude, août 2002
30. MELCHIOR G, Activité 2000 de SOS Médecins Tours, sa place dans l'agglomération, Thèse de médecine, Tours, mai 2000.
31. MARION GALLOIS S, Place de SOS Médecins dans la permanence des soins du bassin Annecien, thèse de médecine, septembre 2003, université de LYON.
32. BAUBEAU D, CARRASCO V, les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale, DREES, Etudes et Résultats, n° 212, 2003
33. BAUBEAU D, CARRASCO V, Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, DREES, Etudes et Résultats, n° 215, janvier 2003.
34. GOUYON M, LABARTHE G, Les recours urgents ou non programmés en médecine générale, DREES, Etudes et Résultats n° 471, mars 2006.
35. GOUYON M, Les recours aux médecins urgentistes de ville, DREES, Etudes et Résultats, n° 480, avril 2006

Annexe 2 : Centres D'Accueil et de Permanence des Soins de Loire-Atlantique (au 22 octobre 2005)

Lieu d'implantation	Communes rattachées
ANCENIS (505)	Ancenis, Anetz, Belligné, La Boissière du Doré, Bonnoeuvre, Bouzillé, Champtoceaux, La Chapelle-St-Florent , La Chapelle-St-Sauveur, Drain, Freigné , Le Fresne-sur-Loire, Le Fuilet, Landemont, Liré , Maumusson, Mésenger, Montrelais, Pannecé, Le Pin, Pouillé les Coteaux, Riaillé, La Roche Blanche, La Rouxière, St-Christophe-La-Couperie, St-Florent-Le-Viel , St-Géréon, St-Herblon, St-Laurent-des-Autels , St-Mars-La-Jaille, St-Sauveur-de-Landemont , St-Sulpice-des-Landes, Teillé, Trans-sur-Erdre, Varades, La Varenne
BOUAYE (508)	Bouaye, Brains, Cheix-en-Retz, La Montagne, Le Pellerin, Pont-St-Martin, Port-St-Père, St-Aignan-de-Grandlieu, St-Jean-de-Boiseau, St-Léger-les-Vignes, St-Mars-de-Coutais, Ste-Pazanne
CHATEAUBRIANT (503)	Armaille, Carbay , Chateaubriant, Erbray, Ercé-en-Lamée , Fercé, Issé, Juigné-les-Moutiers, La Chapelle Glain , Le Grand Auverné, Le Petit Auverné, Louisfert, Moisdon-la-Rivière, Noyal-sur-Brutz, Pouancé , Rougé, Ruffigné, Sion-les-Mines, Soudan, Soulvache, St-Aubin-des-Chateaux, St-Julien-de-Vouvantes, St-Michel-et-Chanveaux , St-Vincent-Des-Landes, Villepot
CLISSON (502)	Aigrefeuille-Sur-Maine, Le Bignon, La Chapelle-Heulin, Château-Thébaud, Clisson, Geneston, Gorges, La Haie-Fouassière, Haute-Goulaine, Maisdon-Sur-Sèvre, Monnières, Montbert, Mouzillon, Le Pallet, La Planche, La Regrippière, Romouillé, St-Fiacre-Sur-Maine, St-Hilaire-de-Clisson, St-Lumine-de-Clisson, Vallet, Vieillevigne

<p>LA ROCHE BERNARD (504)</p>	<p>Ambon, Arzal, Asserac, Berric, Billiers, Camoel, Damgan, Ferel , Herbignac, La-Chapelle-des-Marais, La Roche Bernard, Le Guerno, Marzan, Muzillac, Nivillac, Noyal, Pontivy, Peaule, Penestin, Questembert, St Dolay, St Lyphard, Surzur, Trehillac</p>
<p>NANTES Agglo (501)</p>	<p>Basse-Goulaine, Bouguenais, Indre, La Chapelle-sur-Erdre, Nantes, Orvault, Rez é, St-Herblain, St-Sébastien-sur-Loire, Ste Luce-sur-Loire, Sautron, Les Sorrinières, Thouaré-sur-Loire, Vertou</p>
<p>PONTCHATEAU (510)</p>	<p>Besné, Crossac, Drefféac, Guenrouet, Missillac, Pontchateau, Quilly, Severac, St Gildas-des-Bois, St Joachim, St Malo-de-Guersac, Ste Anne-sur-Brivet, Ste Reine-de-Bretagne</p>
<p>LOIRE ET SILLON CAPS OUEST ATLANTIQUE (511)</p>	<p>Coueron, Cordemais, Le Temple de Bretagne, Sautron, St Etienne de Montluc, St Herblain, Vigneux de Bretagne</p>
<p>SUD LOIRE VENDEE (506)</p>	<p>La chevrolière, Corcoué-sur-Lorgne, Fresnay-en Retz, Legé, Machecoul, La Marne, Paulx, Pont-st-Martin, St-Colomban, St-Etienne-de-Mer-Morte, St-Mem-le-Tenu, St-Philbert-de-Grand-Lieu, Touvois</p>

*En gras : commune hors département

Annexe 3 : Les différentes associations SOS Médecins en France métropolitaine et Outre-Mer.

- . Aix-en-Provence
- . Amiens
- . Annecy
- . Antibes
- . Auxerre
- . Avignon
- . Besançon
- . Biarritz, Bayonne
- . Bordeaux
- . Bourges
- . Brest
- . Caen
- . Cannes
- . Chalon-sur-Saône
- . Chambéry
- . Cherbourg
- . Clermont-Ferrand
- . Deauville
- . Dijon
- . Douai
- . Dunkerque
- . Essonne
- . Fréjus, Saint-Raphaël
- . Gardanne, Trets
- . Grenoble
- . Hauts de Seine
- . Le Mans
- . Lille
- . Lorient
- . Lunel
- . Lyon
- . Marseille
- . Martinique
- . Melun
- . Menton
- . Montpellier
- . Nancy
- . Nantes
- . Nevers
- . Nice
- . Nîmes
- . Oise
- . Orléans
- . Paris
- . Pas-de-Calais
- . Pau
- . Perpignan
- . Quimper
- . Reims
- . Rennes
- . Réunion (la)
- . Rouen
- . Saint Etienne
- . Saint-Nazaire
- . Seine-Saint-Denis
- . Sens
- . Strasbourg
- . Tahiti
- . Torcy
- . Toulon
- . Toulouse
- . Tours
- . Troyes
- . Val d'Oise
- . Val de Marne
- . Vannes
- . Yvelines

Annexe 6 : Les 17 chapitres de la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP)

A :	Problèmes généraux et non spécifiques
B :	Sang, organes hématopoïétiques et appareil immunitaire (rate, moelle osseuse) (<i>Blood, sang</i>)
D :	Digestif
F :	Œil
H :	Oreille (<i>Hearing, audition</i>)
K :	Circulatoire
L :	Ostéo-articulaire (Locomotion)
N :	Neurologie
P :	Psychologie
R :	Respiratoire
S :	Peau (<i>Skin, peau</i>)
T :	Endocrinologie, métabolisme, nutrition
U :	Urologie
W :	Grossesse, planning familial (<i>Woman, femme</i>)
X :	Génital féminin (chromosome X)
Y :	Génital masculin (chromosome Y)
Z :	Problèmes sociaux

Annexe 7 : Classification CISP des différents symptômes et pathologies

A	Abcès dentaire	D 82		Gastrite	D 93
	AEG (Altération de l'Etat Général)	A 05		Gène respiratoire	R 02
	Aérophagie	D 99		Gorge (douleur)	R 21
	AIT (Accident ischémique transitoire)	K 89		Grippe	R 80
	Allergie	A 92	H	HTA (Hypertension artérielle)	K 25
	Allergie contact	S 88		Hématome	S 16
	Allergie médicament	A 85		Hypotension	K 88
	Angine	R 76	I	Impétigo	S 84
	Angoisse	P 74		IDM (Infarctus du myocarde)	K 75
	Angor	K 74		Insolation	A 88
	Asthénie (fatigue)	A 04		Insuffisance cardiaque	K 77
	Asthme	R 96	L	Laryngite	R 77
	AVC (Accident vasculaire cérébral)	K 90		Lumbago	L 84
B	Bronchite, Bronchiolite	R 78	M	Malaise	A 06
C	CCB (certificat coups et blessures)	Z 25		Migraine	N 89
	Céphalée de tension	N 95		Myalgie	L 18
	Cervical (plainte)	I 83	N	Névralgie cervico-brachiale	L 83
	Cholécystite	D 98	O	OMA (Otite Moyenne Aiguë)	H 71
	Chute	A 29		OAP (Œdème Aigu du Poumon)	K 77
	Colique néphrétique	U 95	P	Pancréatite	D 99
	Colique hépatique	D 98		Parkinson	N 87
	Colopathie fonctionnelle	D 93		Pharyngite	R 74
	Conjonctivite	F 70		Phlébite	K 94
	Conseil téléphonique	U 08		Piqûre d'insecte	S 12
	Constipation	D 93		Plaie	S 18
	Coup de chaleur	A 88		Pneumopathie	R 81
	Courbatures	L 18		Pneumothorax	R 99
	Cruralgie	L 86		Polyarthrite	L 99
	Cystite	U 71		Pyélonéphrite	U 70
D	Décès	A 96	R	Rétention aiguë d'urine	U 08
	Dépression	P 76		Réquisition	Z 09
	Déshydratation	T 11		Rhinite, Rhume	R 74
	Diabète	T 89	S	SCA (Syndrome Coronarien Aigu)	K 75
	Diarrhée	D 11		Scarlatine	A 99
	Diverticulite	D 99		Sciatique	L 86
	Douleur abdominale	D 99		Sinusite	R 75
	Douleur cervicale	L 83		Spasmophilie	P 75
	Douleur intercostale	L 04		Syndrome viral	A 77
	Douleur pariétale	L 04	T	TS (Tentative de Suicide)	P 77
	Douleur thoracique	K 74		Tendinite	L 87
	Dysménorrhée	X 02		Toux	R 05
	Dysurie	U 01		Trachéite	R 77
E	Effet secondaire médicament	A 85		Traumatisme cervical	L 82
	Embolie pulmonaire	K 93		TC (Traumatisme Crânien)	N 80
	Epanchement pleural	R 82		Trauma membre inférieur	L 73
	Epilepsie	N 88		Trauma membre supérieur	L 72
	Eruption virale	A 76	U	Urticaire	S 98
	Examen normal	A 97	V	Varicelle	A 72
	Extrasystole	K 80		Vertige	N 17
F	Fièvre	A 03		Virose	A 77
G	Gastroentérite aiguë	D 73		Vomissement	D 10
	Garde à vue	Z 09		Vulvite	X 84

Annexe 8 : Motifs d'appels entraînant une visite « rouge » urgente et immédiate

- Toutes visites à la demande du SAMU nécessitant un délai rapide
- Ne répond pas, toujours inconscient
- Malaises avec perte de connaissance
- Malaises sans perte de connaissance
- Est tombé, ne se relève pas
- Douleurs dans la poitrine
- Douleurs intenses (colique néphrétiques, testicules...)
- Saignements de nez
- Plaies saignantes
- Vomit du sang
- Sang dans les selles
- Hémorragies génitales, règles importantes
- Ne respire plus
- Gènes respiratoires spontanément signalée
- Toux sifflantes, toux rauques
- Asthme
- Crises convulsives
- Troubles de conscience chez un diabétique
- Suicide
- Prise de médicaments
- Troubles du comportement, agitation, crise de nerf
- Brûlures importantes

Titre de Thèse :

RAPPORT DE L'ACTIVITÉ DE SOS MÉDECINS SAINT-NAZAIRE PENDANT LA PERMANENCE DES SOINS AU COURS DE L'ANNÉE 2005.

RESUMÉ

SOS Médecins France, créé en 1966 par le Dr Lascar, regroupe actuellement 70 associations sur le territoire français et constitue le principal réseau libéral de permanence des soins.

La permanence des soins se définit par la réponse des professionnels de santé aux demandes de soins dits non programmés ; elle répond à de nombreux textes de lois et décrets et voit ses modalités d'organisation en constante évolution ces dernières années.

Sur le secteur urbain de Saint-Nazaire, la PDS est assurée en majeure partie par SOS Médecins Saint-Nazaire, créée en 1997, qui réalise en 2005 plus de 50 % de ses visites en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, et qui assure 97 % de l'effectif du Centre 15 sur son secteur d'activité.

Lorsque les appels proviennent des particuliers, les pathologies somatiques aiguës non traumatiques, notamment des pathologies infantiles infectieuses, prédominent. Il faut y ajouter la psychiatrie et les plaies lorsque les appels émanent du Centre 15.

Enfin, l'analyse des hospitalisations montre le rôle essentiel de cette structure dans la prise en charge des patients dont le pronostic vital est menacé à court ou moyen terme (visites relevant de l'AMU).

MOTS-CLES

SOS Médecins. Permanence Des Soins. Urgence.