



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année :2018

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Le centre de réception et de régulation des appels libéraux du
département du Nord en 2017 : profil des appelants sur un audit de
fonctionnement court d'octobre à novembre 2017.**

Présentée et soutenue publiquement le 4 octobre 2018 à 13H30
au Pôle Formation
Par Delphine DUCHATELLE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur WIEL Éric

Assesseurs :

Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe

Monsieur le Docteur CALAFIORE Matthieu

Monsieur le Docteur VOGEL Marc

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur LEFEBVRE Jean-Marc

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

Liste des abréviations

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ARML 59 : Association des Médecins Régulateurs Libéraux du Nord

ARS : Agence Régionale de Santé

ASSUM 62 : Association des Services d'Urgence Médicale du Pas-de-Calais

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

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

CRRAL 62 : Centre de réception et de régulation des appels libéraux du Pas-de-Calais

CRRAL : Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux

FAPS NORD : Fédération des associations de permanence des soins du département du Nord

PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction.....	5
A.	Définition et généralités	5
B.	Fonctionnement de la PDSA	5
C.	Travaux réalisés	6
II.	Le travail spécifique sur le profil socio démographique de l'appelant et l'organisation du CRRAL 59	7
III.	Méthode	8
A.	Type d'étude.....	8
B.	Déroulement du recueil de données.....	8
C.	Codification des données	10
IV.	Résultats	11
A.	Analyse socio-démographique descriptive	11
B.	L'analyse bivariée.....	18
V.	Organisation humaine, administrative et financière DU CRRAL 59.....	23
A.	Généralités	23
B.	Organisation administrative de la régulation libérale dans le Nord.....	24
C.	SOS médecins	28
D.	L'organisation financière du CRRAL 59.....	30
E.	L'organisation Humaine du CRRAL 59.....	32
F.	Un mot sur l'organisation du CRRAL 62.....	33
VI.	Discussion	38
A.	Intérêt de l'étude.....	38
B.	Limites de l'étude.....	38
C.	Analyse des résultats	39
VII.	Conclusion.....	42
VIII.	Bibliographie.....	44

I. Introduction

A. Définition et généralités

La permanence de soins ambulatoires (PDSA) permet de consulter un médecin généraliste, en dehors des horaires d'ouverture habituels des cabinets des médecins traitants. C'est une organisation gérée par les médecins généralistes libéraux permettant la continuité et l'égalité d'accès aux soins sur tout le territoire français, pour chaque patient nécessitant une prise en charge non programmée. Le code de santé publique la reconnaît comme une mission de service public.(1)

Ce dispositif mis en place par les médecins généralistes eux-mêmes, était obligatoire. À sa création, il a concerné tous les jours de la semaine, 24 heures sur 24, sans astreinte, sans régulation. L'article 77 du Code de déontologie médicale précisait que c'était un « devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit » mais que le Conseil Départemental de l'Ordre pouvait « accorder des exemptions, liées à l'âge du médecin, à son état de santé, et, éventuellement, à ses conditions d'exercice. » Depuis 2003, à la suite des grèves des médecins généralistes, leur obligation de participation à la continuité des soins a été abrogée et est donc désormais basée sur le volontariat.

B. Fonctionnement de la PDSA

Ce dispositif couvre les nuits en semaine de 20h à 8h ainsi que les week-ends et jours fériés de 8h à 20h (2). Cependant, environ un tiers des secteurs ne bénéficie pas d'effecteurs après minuit ; les patients sont alors nécessairement orientés vers les services d'urgence hospitaliers ou SOS médecins (3). La PDSA dans le département du Nord couvre les nuits de 20h à minuit. À la suite de considérations budgétaires, il a

été décidé de supprimer l'effectif en nuit profonde. Elle n'est donc dans le Nord plus sous le coup de la PDSA mais assurée par les structures SOS médecins

Son fonctionnement est basé sur l'appel du patient au centre de réception et de régulation des appels libéraux (CRRAL), en composant le 15 ou le numéro spécifique de la PDSA. Le patient est accueilli par un assistant de régulation médicale (ARM). Il s'en suit un entretien avec le médecin régulateur. L'objectif est d'orienter le patient vers la prise en charge la plus adaptée à sa demande. Il peut être choisi de prodiguer un conseil médical, d'envoyer en consultation vers un médecin de garde, en structure fixe ou non, ou aux urgences en mettant à disposition, si nécessaire, une ambulance ou le véhicule des pompiers.

Cette régulation des appels de la PDSA est le plus souvent intégrée aux centres de réception des appels du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) (4). La PDSA est sectorisée et chaque territoire organise un tour de garde entre les médecins généralistes qui est validé par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) (3). Les organismes tels que les maisons médicales de garde ou encore SOS médecins y participent.

C'est l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui gère ce dispositif, en collaboration avec le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUP-TS) (5).

C. Travaux réalisés

L'étude qui suit s'intéresse plus particulièrement au Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux du Nord (CRRAL 59) dans le but de diffuser les résultats aux médecins généralistes du Nord, impliqués ou non dans la PDSA afin de

mieux faire connaître son fonctionnement, ses missions, et son intérêt. Elle permettra peut-être le recrutement de nouveaux médecins généralistes pour la PDSA, en tant que régulateurs ou effecteurs. Les résultats renforceront les statistiques des responsables du dispositif.

Trois axes de travail sur ce thème sont développés :

- le premier décrit le profil des appelants au CRRAL 59 et l'organisation humaine et matérielle du dispositif,
- le deuxième étudie les motifs d'appels des patients et l'orientation qui leur est donnée,
- le troisième fait l'inventaire des maisons médicales de garde du département participant à la PDSA et croise les secteurs qui en sont dotés avec les appels provenant de ces mêmes secteurs.

II. Le travail spécifique sur le profil socio démographique de l'appelant et l'organisation du CRRAL 59

Plusieurs travaux de recherche ont été réalisés sur l'activité de la régulation téléphonique libérale avec une analyse comparative de l'origine de l'appel en zones rurales ou urbaines, l'âge du patient, des moyens engagés (6,7).

Il existe une thèse qui décrit le fonctionnement de la régulation libérale vosgienne, avec ses points forts et ses limites (8). Il n'existe aucune publication sur le CRRAL 59. L'objectif principal de cette étude était de décrire le profil socio-démographique des appelants ayant recours au CRRAL du département du Nord sur un audit de fonctionnement court.

L'objectif secondaire était de décrire l'organisation humaine, matérielle et administrative du CRRAL du département du Nord en 2017.

III. Méthode

A. Type d'étude

Une étude descriptive, prospective, multicentrique, grâce à un audit de fonctionnement court au CRRAL, a été menée d'octobre à novembre 2017 par trois investigatrices.

En suivant un des régulateurs, via double écoute, elle a permis de recueillir 897 appels entrants à la régulation répartis sur 20 jours, entre le vendredi 20 octobre et le dimanche 19 novembre 2017.

Le CRAAL 59 a traité 103.516 appels en 2016. Pour être représentatif de l'activité annuelle du CRRAL 59 de 2016, il fallait comptabiliser au minimum 383 dossiers d'appel pour un risque alpha de 0,95%. Le calcul de l'échantillonnage a été réalisé avec le biostatisticien de l'étude.

B. Déroulement du recueil de données

Pour chaque appel, les données temporelles ont été reportées en matière de date, de semaine ou week-end, d'heure d'appel et différenciant notamment avant ou après 22 heures. Les mentions âge, genre, et ville ont été relevées par l'assistant de régulation médicale (ARM). L'entretien avec le médecin régulateur a permis de recueillir ensuite les caractéristiques de l'appelant (soit le patient lui-même, soit un parent ou un proche), l'ancienneté des symptômes, le recours à un avis médical antérieur, ainsi que le motif d'appel. La fin de l'entretien renseignait l'orientation donnée, après consultation du planning de garde officiel sur Ordigard.

Lorsque cette orientation initiale donnait lieu à un litige de type refus de l'appelant ou

absence de moyen de transport, une orientation secondaire était alors proposée. Par ailleurs, une insuffisance de médecin effecteur sur le secteur de l'appelant déclenchait une procédure dégradée. Ce terme « procédure dégradée » a donc été utilisé pour traduire l'absence de médecin généraliste de garde sur le secteur demandé, alors que celui-ci était requis. Cette procédure dégradée amenait à la recherche de solutions alternatives, pour pallier ce manque et apporter une réponse adaptée au patient.

Pour chaque appel, il a été reporté l'existence ou non d'une structure de garde fixe en soins ambulatoires desservant le secteur demandé. L'accent était donné sur l'implantation des 11 maisons médicales de garde du Nord (MMG). Quand il existait un centre SOS médecins, cela a également été côté afin de prendre en compte toute autre structure fixe pouvant répondre à une demande ponctuelle.

Chaque commune a été répertoriée selon les critères de l'ARS (9) comme faisant partie ou non dans une zone en difficulté.

Un test d'échantillon a été réalisé avant recueil, sur 10 appels pour chacune des investigatrices afin d'évaluer la faisabilité du questionnaire. Quelques modifications ont été apportées pour regrouper les 3 questionnaires en un seul tableau de données et deux colonnes « hypothèse diagnostique » et « rappel d'un même patient » ont été ajoutées.

Les informations ont été directement recueillies à la régulation, grâce à une double écoute de chaque appel régulé, sur une période d'une semaine pour chacune des trois investigatrices. Chacune a rempli elle-même le tableau de données.

C. Codification des données

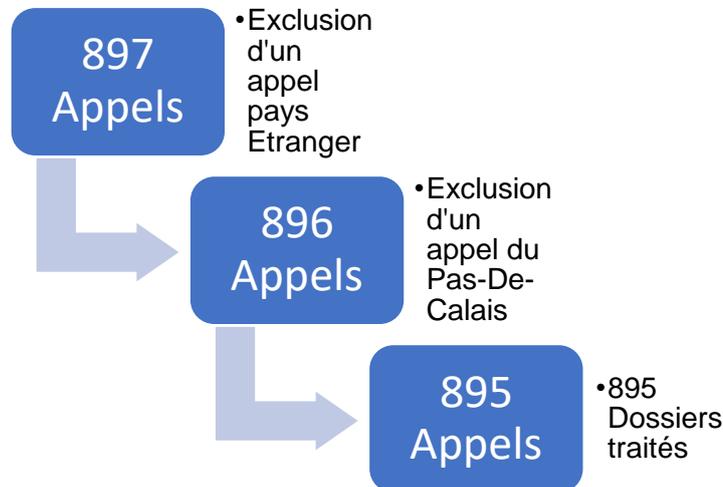
La méthodologie de codification de chaque item a été définie avant recueil. Le tableau était rempli de façon précise et détaillée, amenant à une codification ouverte uniquement sur les items « motifs d'appel » et « hypothèse diagnostique ».

À partir de l'ensemble des motifs d'appels listés, une classification en 26 motifs a été créée. (Annexe 1) Le classement de chacun des motifs d'appels s'est fait par système organique ou topographie de la plainte principale du patient. Certains motifs dont la récurrence n'était pas suffisante ou motif exceptionnel ont été regroupés dans une catégorie globale intitulée « Autre ».

La formulation d'une hypothèse diagnostique par le régulateur à la fin de l'appel n'était pas constante. Ainsi, cet item a tout de même été maintenu considérant l'hypothèse diagnostique déduite par l'impétrante, principalement à partir de la discussion ou de l'hypothèse du régulateur si elle était formulée, et à défaut, sur ses capacités médicales de diagnostics. Toutes les hypothèses diagnostiques ont été répertoriées et classées en 32 cadres nosologiques (Annexe 2).

IV. Résultats

L'étude portait sur 895 dossiers.



Les données recueillies ont été exploitées avec le logiciel Microsoft Excel. Elles ont ensuite fait l'objet d'analyses statistiques grâce au logiciel IBM SPSS Web Report.

Pour cela, l'apport méthodologique du Dr Calafiore sur les outils statistiques a été considérable.

Ceci a permis de bien comprendre l'intérêt et le fonctionnement des test du Khi2 et test de Fisher. Il a ensuite été possible, pour les auteures de réutiliser cet outil pour tenter de corrélér d'autres variables par la mesure de leur indépendance ou non. Une différence entre les 2 groupes était considérée comme statistiquement significative lorsque la p-value (risque d'erreur) était inférieure à 5 %.

Les résultats sont présentés selon l'ordre méthodologique du tableau de recueil.

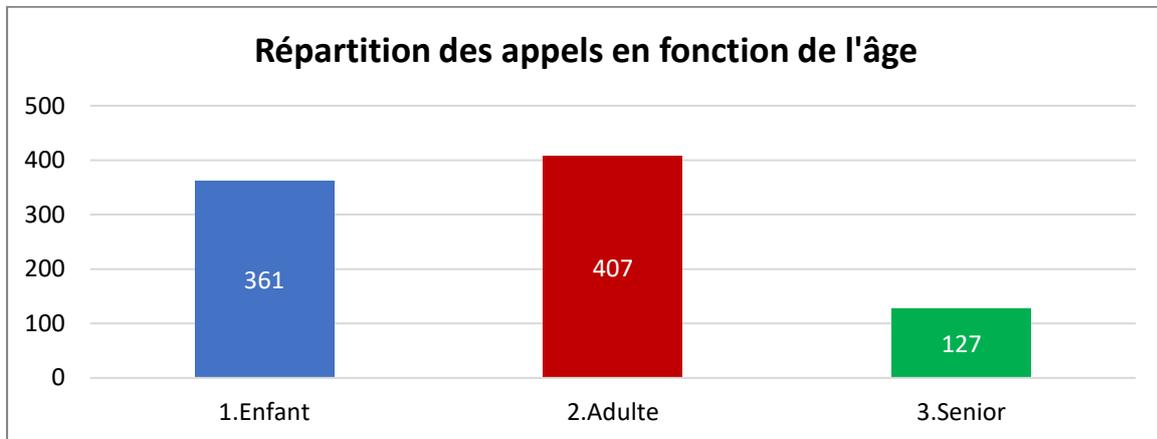
A. Analyse socio-démographique descriptive

1. Age et sexe

La population a été définie de la manière suivante :

- Enfant : < 15 ans

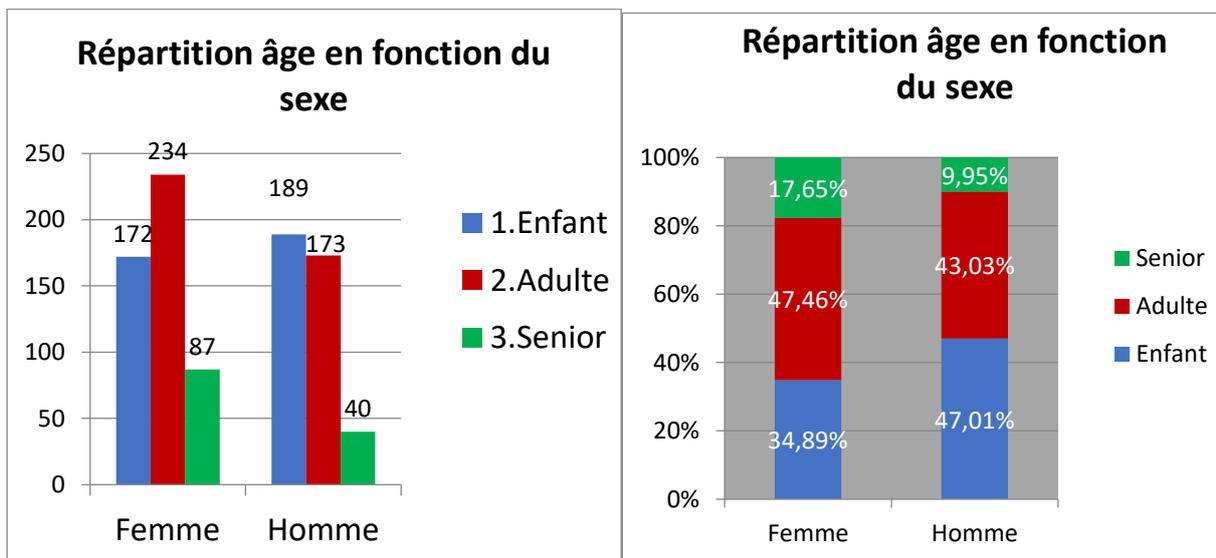
- Adulte : 15 - 65 ans
- Sénior : > 65 ans



La moyenne d'âge des patients était de 29 ans.

Chez les enfants, le pic d'appel se situait entre 2 et 4 ans, totalisant 110 appels (12,29%) dont 41 appels (4,58%) sur 895 concernaient des enfants de 2 ans, 38 appels (4,24%) sur 895 à 3 ans, 31 appels (3,46%) sur 895 à 4 ans

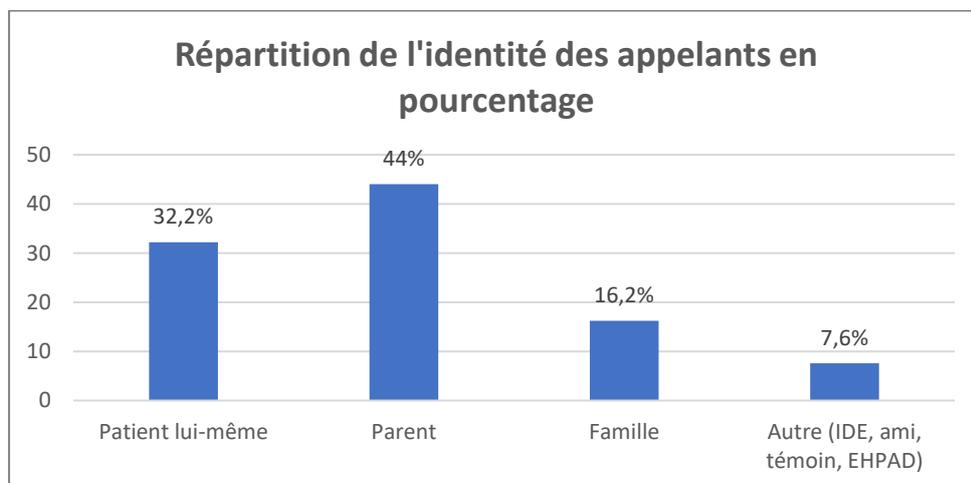
Chez les adultes, le pic d'appel était à 23 ans (2,60%) avec 23 appels sur 895.



La répartition hommes/femmes étaient de 402 (44,9%) hommes contre 493 (55,1%) femmes.

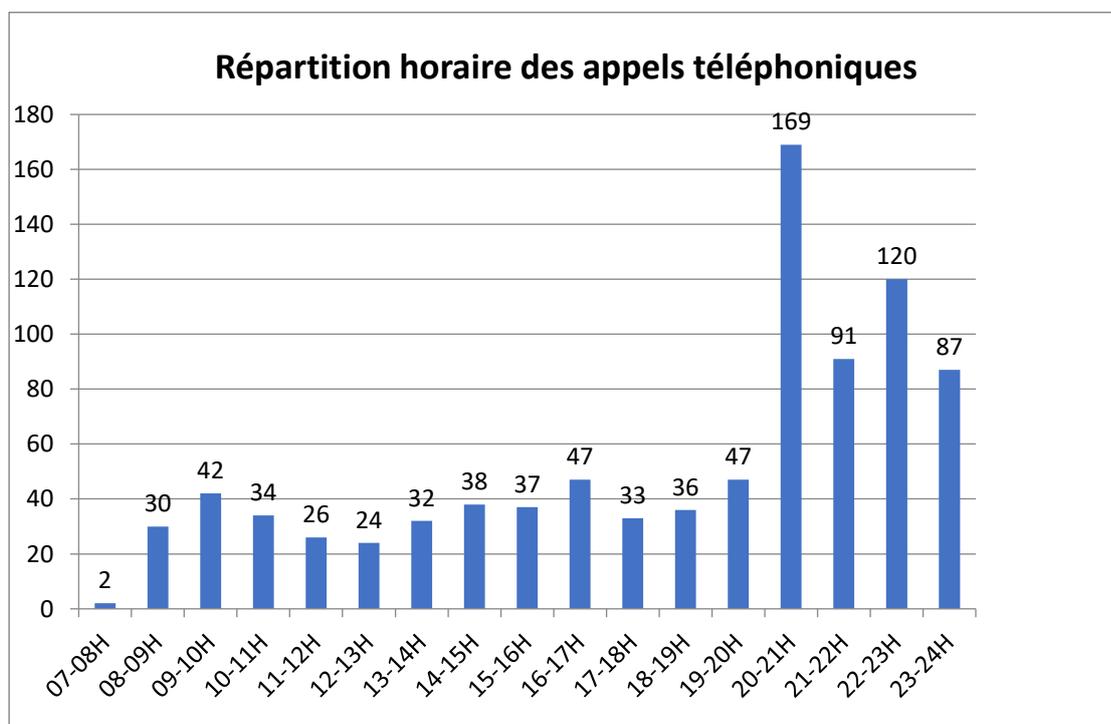
2. L'appelant

- L'appelant principal était le parent d'un enfant, avec 394 appels (44%).



3. Heure

- 52% des appels, soit 467 sur 895 concernaient la tranche horaire 20h-minuit.
- Il y avait deux pics d'appel entre 20h et 21h avec 169 appels (18,8%) sur 895 puis entre 22 et 23h avec 120 appels (13,4%).
- La majorité des (690 - 77%) appels avaient lieu avant 22h.

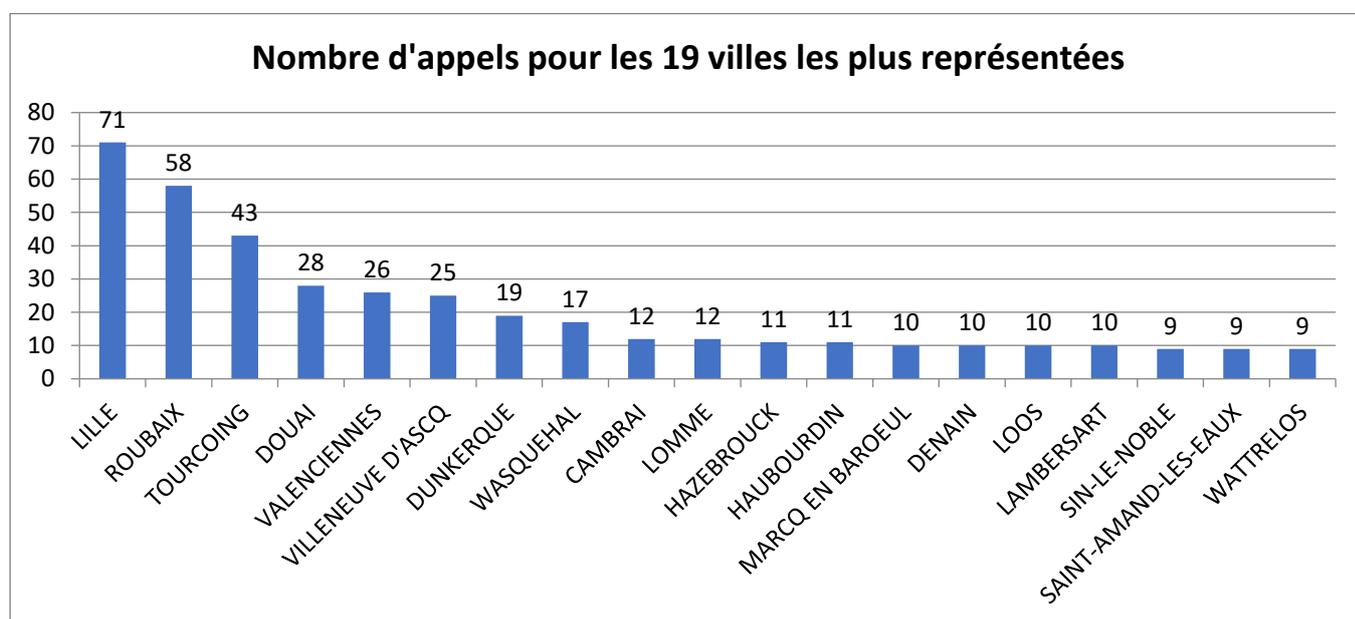


4. Ville

Les appels recensés provenaient de 257 villes et villages du département du Nord.

Les villes qui totalisaient 1% ou plus des appels (9 appels minimums) étaient au nombre de 19.

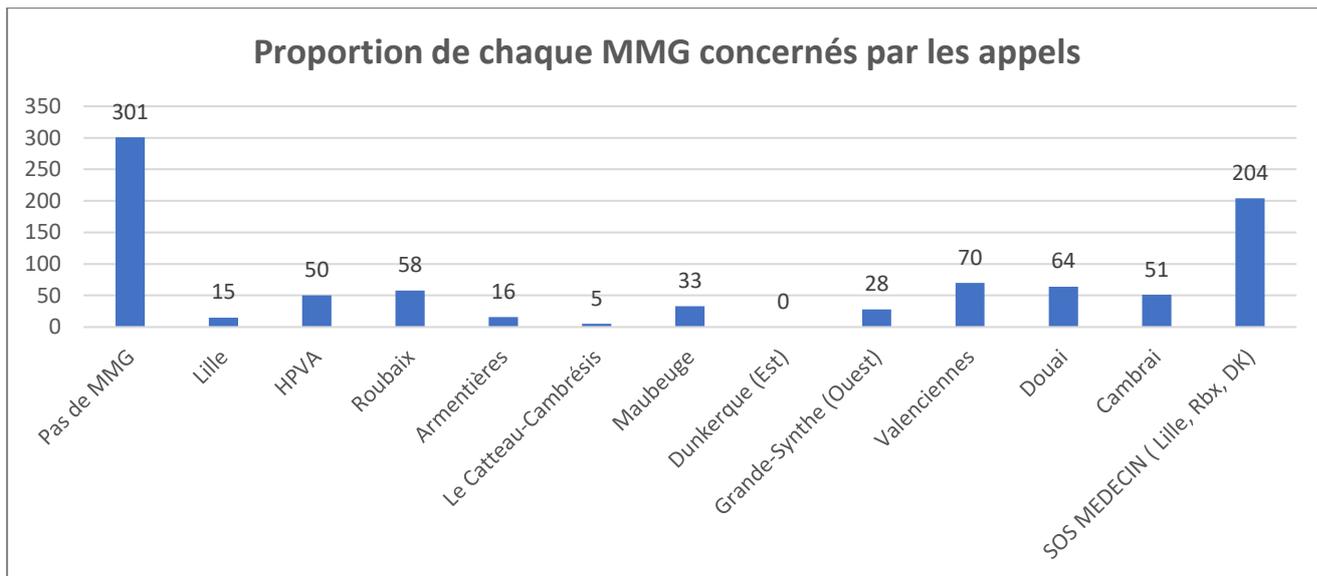
Ces 19 villes étaient à l'origine de 420 (45%) appels au CRRAL 59. Le reste provenaient des 238 autres villes.



5. Maison médicale de garde

- 390 (43,6%) étaient issus de zones dotées de MMG
- 301 (33,6%) appels provenaient de secteurs non dotés d'une MMG,
- 204 (22,8%) venaient d'un secteur doté d'un SOS médecins,

Il n'y avait aucun appel lors de la période de recueil sur le secteur de la maison médicale de Dunkerque EST regroupant Dunkerque centre, Leffrinckoucke, Malo-les-bains, Rosendael, et Tétèghem.

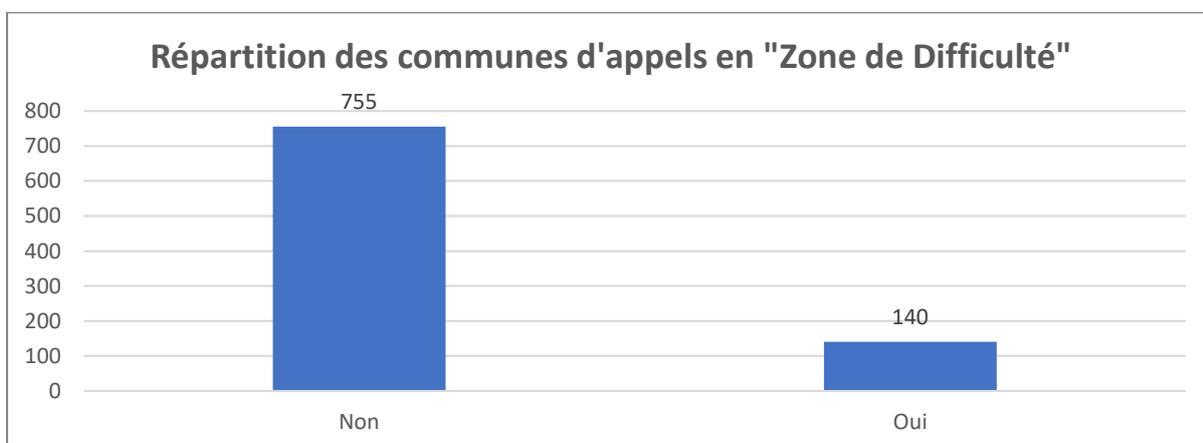


L'étude approfondie des structures médicales de gardes du Nord est réalisée dans le travail de recherche de Hélène Willart.

6. Commune dite « Zone en difficulté » selon l'ARS

La commune d'émission de l'appel était cotée « Zone en difficulté » si elle appartenait aux critères de fragilité et de difficulté selon l'ARS.

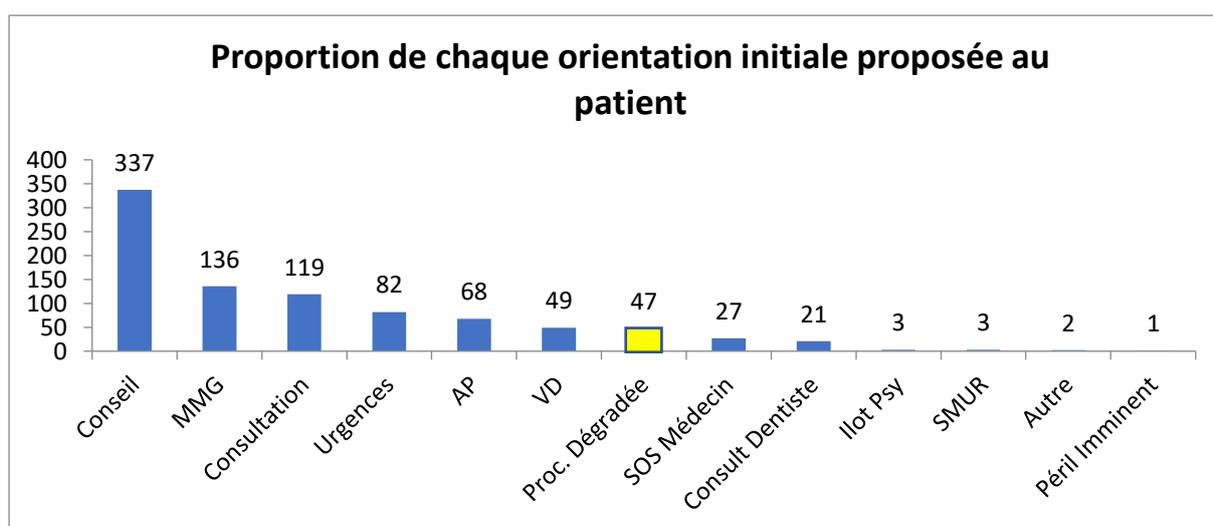
- 755 appels (84,3%) ne provenaient pas d'une zone en difficulté.



7. Durée de la symptomatologie, avis médical antérieur, motif du patient et orientation initiale

L'étude approfondie des motifs d'appels et leurs orientations sont réalisées dans la thèse de Caroline Coche.

- 608 appels (68%) correspondaient à une symptomatologie inférieure à 24 heures.
- 280 appels (31%) à une symptomatologie supérieure à 24 heures.
- 7 appels (1%) n'avaient pas pu être renseigné sur la durée des symptômes.
- 192 appels (27%) avaient reçu un avis médical antérieur (consultation du médecin traitant, passage aux urgences etc...) pour la même symptomatologie.
- 847 appels (94,6%) correspondaient à un motif d'appel somatique.
- 48 appels (5,4%) à un motif d'appel psycho-social.
- 337 appels (37,7%) avaient comme orientation initiale un conseil.
- 136 appels (15,2%) étaient orientés initialement vers la maison médicale de garde du secteur
- 47 appels (5,3%) déclenchaient une procédure dégradée

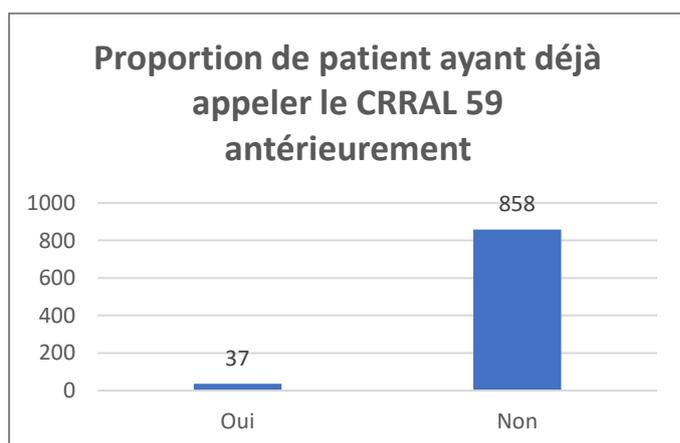


8. Rappel du patient

Cela comprend :

- « Appeleur chronique »
- Les patients ayant appelé le CRRAL plusieurs fois le même jour pour un même motif, afin d'obtenir des informations, d'obtenir une réexplication de la part du médecin, de donner une information au médecin tel que la température, les traitements à domicile
- le rappel peut être effectué à la demande du médecin régulateur, afin de vérifier l'amélioration de l'état de santé de son patient

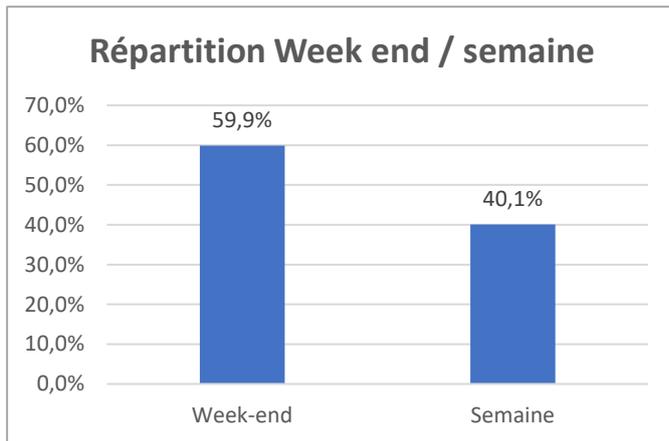
Il y avait 37 rappels (4%) toutes causes confondues.



9. Semaine /weekend

- 536 appels (59,9%) avaient lieu le weekend.
- 359 appels (40,1%) avaient lieu la semaine.

Il n'y avait pas d'effet weekend semaine concernant les appels, chaque investigatrice a reçu en moyenne 4 appels par heure en semaine comme en weekend.



B. L'analyse bivariée

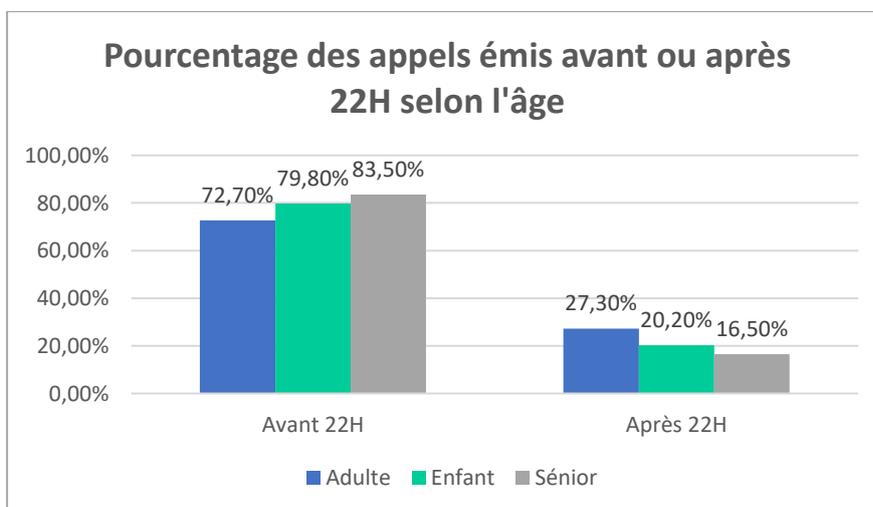
L'investigatrice, au cours de ses différentes séances d'écoute de régulation, avait l'intuition que certains facteurs étaient associés. Ils ont donc été étudiés de façon plus approfondie.

1. Age

L'âge du patient était lié significativement à un appel précoce ou tardif. ($p=0,012$)

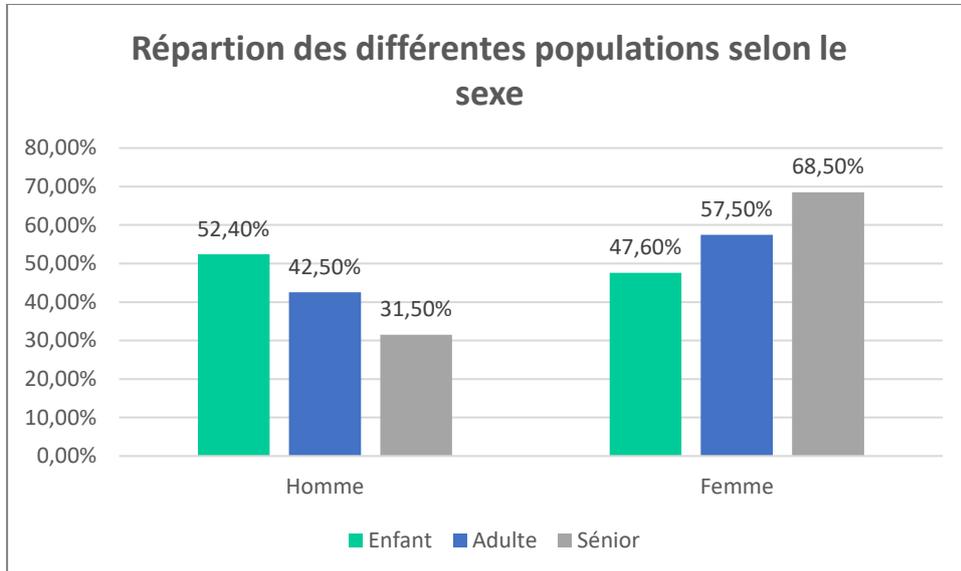
Les appels avant 22 heures concernaient significativement plus la population des séniors que les autres.

Cependant, ces analyses sont à prendre avec du recul, étant donné que la période du recueil de données avait majoritairement lieu avant 22h.



L'âge du patient était statistiquement lié à son genre. ($p < 0,01$)

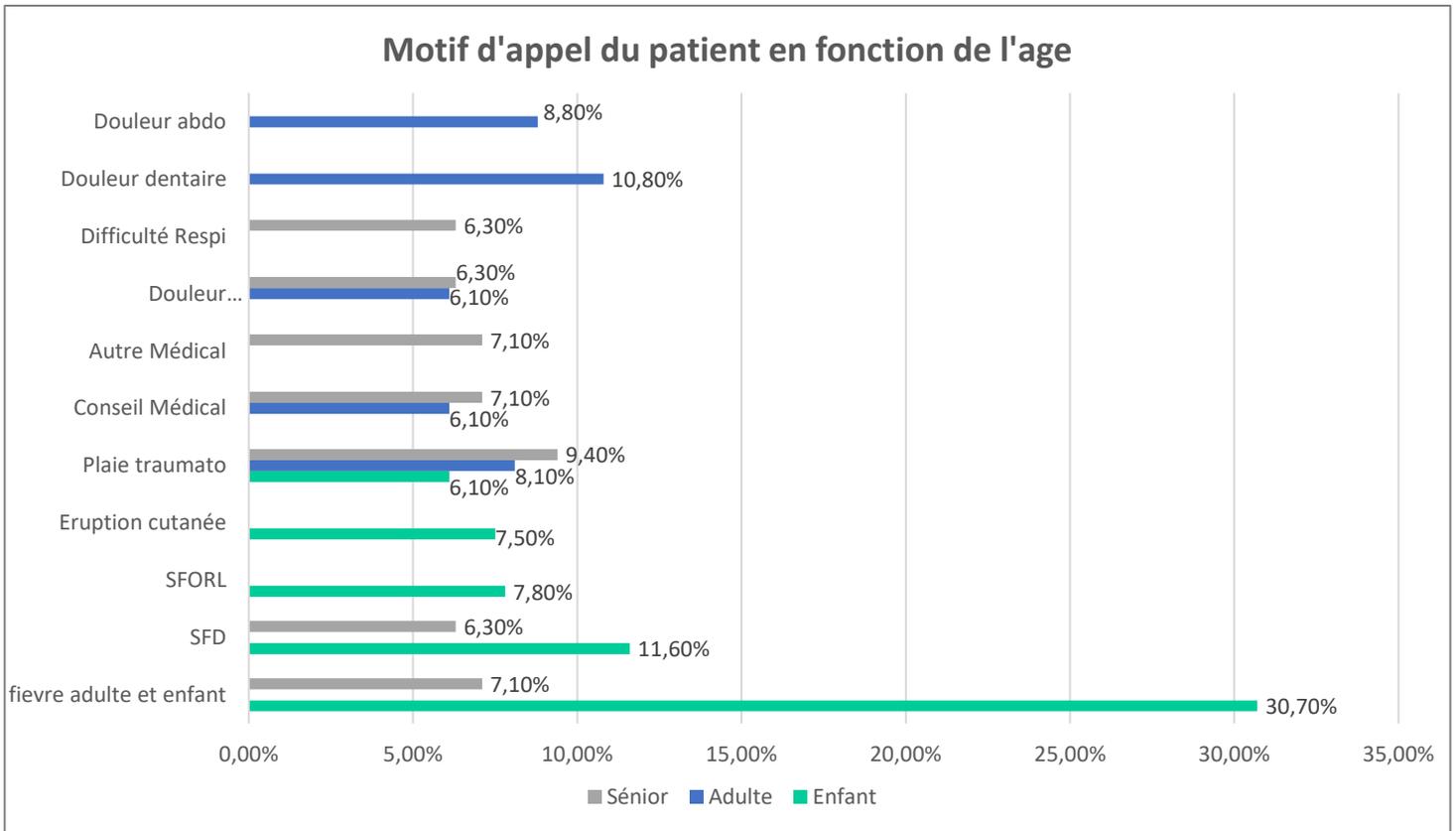
Les femmes appartenait plus fréquemment à la tranche d'âge « sénior », les hommes à celle des enfants.



Le motif d'appel du patient ainsi que l'hypothèse diagnostique de l'investigateur étaient significativement liés à l'âge. ($p < 0,01$)

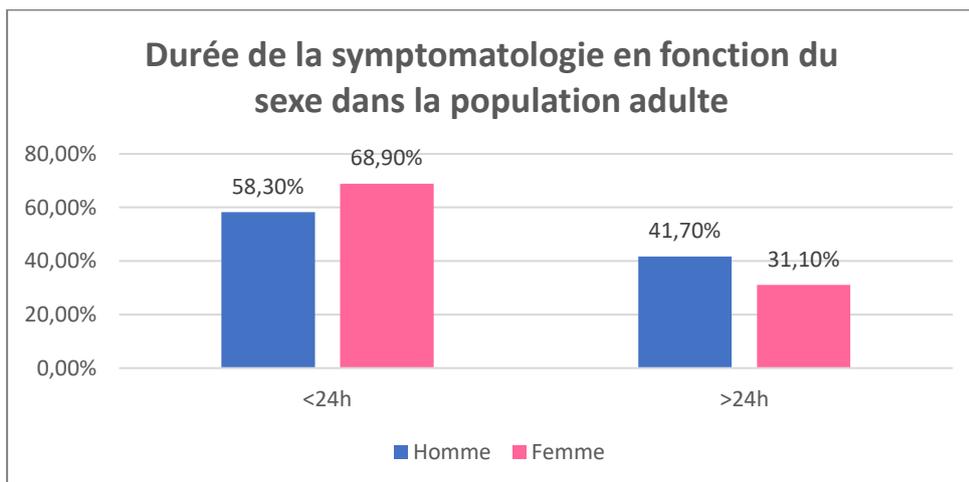
Le motif était :

- Pour les enfants : 99,7% somatique, 0,3% psychosocial
- Pour les adultes : 90,4% somatique, 9,6% psychosocial
- Pour les séniors : 93,7% somatique, 6,3% psychosocial



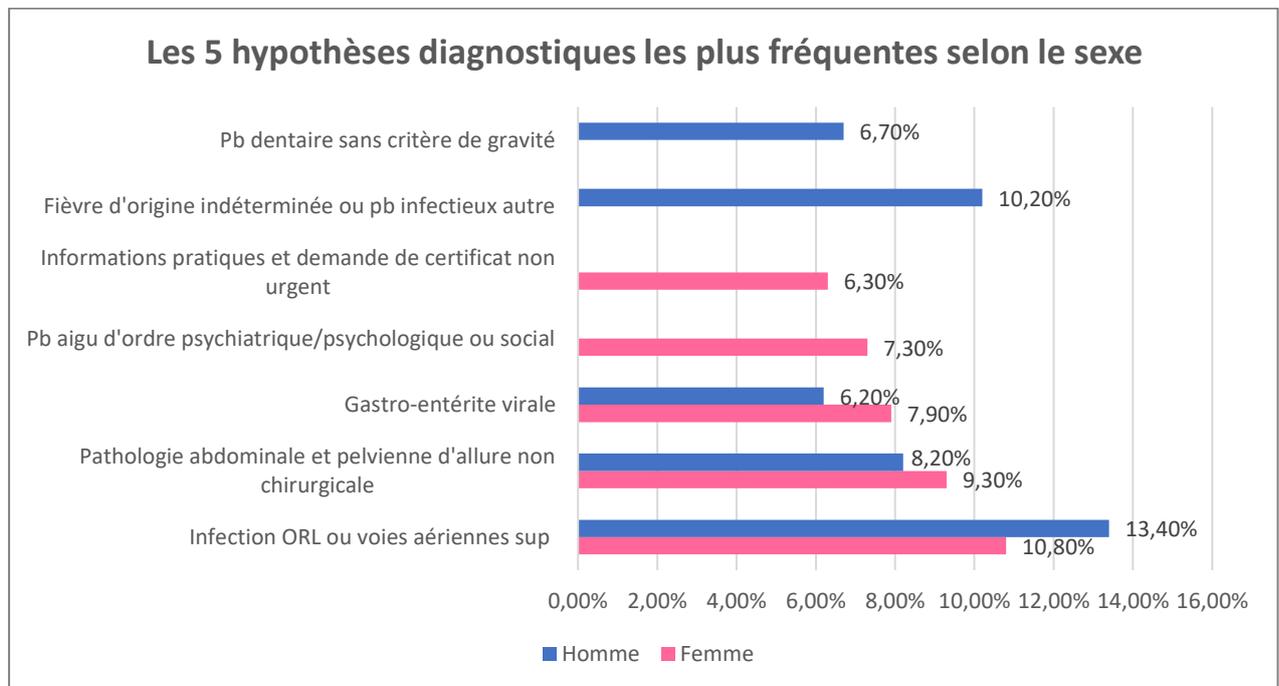
2. Genre

La population masculine adulte et gériatrique décrivait une durée de sa symptomatologie significativement supérieure à 24h. Les femmes prenaient avis avant les hommes. ($p=0,013$, $n=529$) (à l'exclusion de la population pédiatrique).



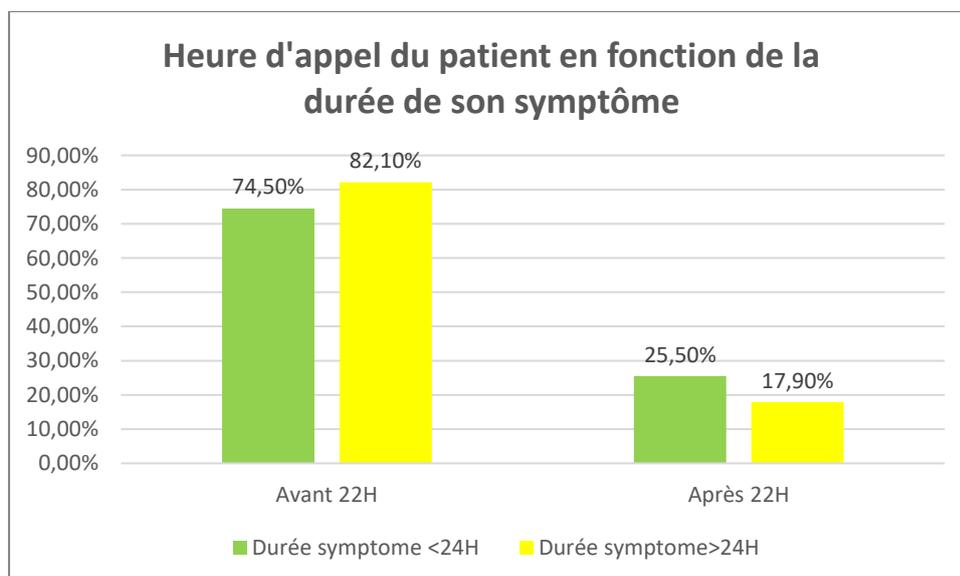
Le fait d'appartenir à l'un ou l'autre des genres, donnait des hypothèses diagnostiques significativement différentes. ($p=0,013$)

Les femmes présentaient plus fréquemment une hypothèse diagnostique psychosociale.



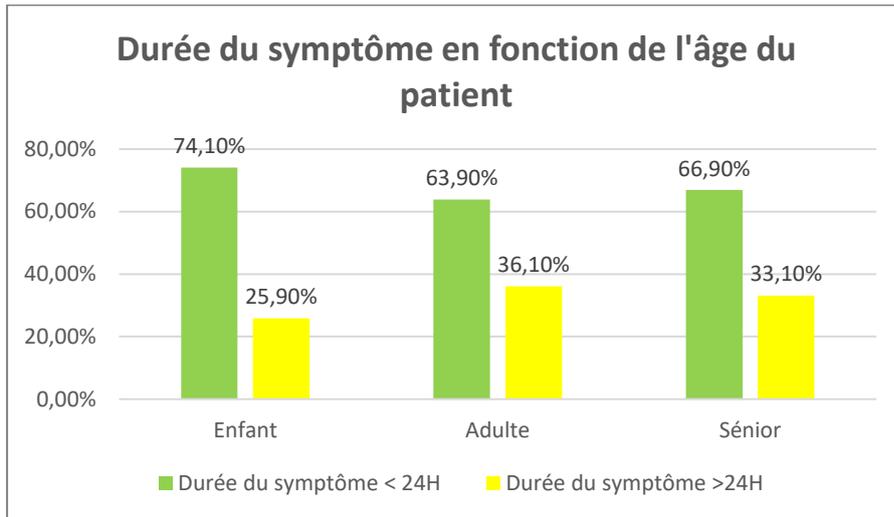
3. Durée des symptômes

- L'heure de l'appel du patient différait significativement selon l'ancienneté son symptôme. ($p=0,012$, $n=888$)



- La durée du symptôme avant l'appel au CRRAL 59 variait significativement en fonction de la population concernée. ($p=0,010$ $n=888$).

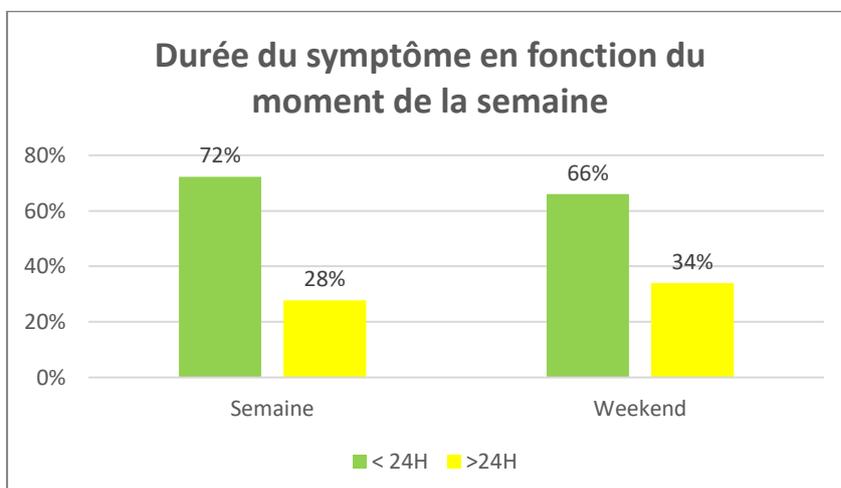
En effet, les appels à visée pédiatrique demandaient plus rapidement un avis. Au contraire, les adultes étaient le groupe tardant le plus à exprimer son symptôme.



- La durée du symptôme variait de manière significative selon le jour de la semaine ($n=888$ $p=0,051$).

La semaine, 257 appels (72%) concernaient une pathologie d'apparition récente.

Le weekend, 181 appels (34%) qui ont des symptômes supérieurs à 24H.



4. Les non significatifs

L'âge du patient ne variait pas en fonction de la commune d'émission de l'appel, zone ou difficulté ou non.

Il n'y avait pas plus d'appels gériatriques et pédiatriques dans les zones sous médicalisées.

Le motif d'appel ne variait pas en fonction de l'heure d'appel. Ainsi, il n'y avait pas plus d'appel à motif psycho-social après 22h.

L'appel en semaine ou weekend des patients ne variait pas selon l'existence ou non d'un avis médical antérieur. Ainsi, il n'y avait pas de lien entre appeler le weekend et le fait que le patient n'ait pas eu d'avis médical antérieur.

De plus, la présence d'un avis médical antérieur ou non, ne variait pas selon la population adulte, gériatrique ou pédiatrique. La population pédiatrique n'avait pas eu plus d'avis médical antérieur que les autres.

La présence d'un avis médical antérieur ne variait pas selon le sexe. Ainsi, les femmes n'avaient pas plus d'avis médicaux antérieurs comme suspecté.

V. Organisation humaine, administrative et financière DU CRRAL 59

A. Généralités

La permanence des soins de ville est assurée par les médecins généralistes libéraux, les médecins salariés des centres de santé, les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins dont SOS médecins ou tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique et dont la capacité est attestée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) (1).

Elle est assurée sur la base du volontariat (2).

Elle s'organise sur le territoire régional divisé en territoire de permanence des soins (1).

Elle est organisée en liaison avec les établissements de santé publics et privés qui peuvent l'assurer en relais de la médecine libérale lorsque l'offre médicale et la demande de soins le justifient (1).

B. Organisation administrative de la régulation libérale dans le Nord

1. Les associations de médecins régulateurs

Il existe une organisation locale propre à chaque département. Il n'existe donc pas d'unité nationale en termes de gestion de la régulation libérale.

L'association « fédération des associations de permanence des soins du département du nord », (FAPS NORD) regroupe les intervenants médecins libéraux de la permanence des soins du département du Nord. Elle associe : les médecins représentant l'ensemble des secteurs de permanence des soins du département du Nord, chargés de l'organisation des tableaux de garde des médecins effecteurs, les médecins coordinateurs des Maisons Médicales de Garde, le médecin président d'association SOS Médecins du département du Nord, les médecins régulateurs libéraux issus des associations participant à la régulation libérale du Nord.

La FAPS Nord gère, depuis décembre 2005, le centre de réception et de régulation des appels libéraux du Nord. Plus précisément, c'est l'association ARML 59 (l'Association des Médecins Régulateurs Libéraux du Nord), présidée par le Docteur Charles Charani, qui assure la régulation libérale. L'association est cours de remodelage.

2. Fonctionnement du centre de régulation départemental du Nord

Le CRRAL 59 se situe dans les locaux des SAMU du Nord (CHRU) sur une plateforme téléphonique située à côté de celle du centre 15 et interconnectée à celle-ci.

L'AMRL 59 est conventionnée avec le CHU de Lille, siège du SAMU Nord.

L'association est responsable de l'élaboration du tableau de permanence des médecins régulateurs libéraux.

Le CRRAL 59 dispose d'un numéro téléphonique dédié intitulé Médi'ligne (03 20 33 20 33).

3. Les horaires et les intervenants de la régulation libérale

Le centre de régulation médicale libéral est composé d'une équipe regroupant des assistants de régulation médicale (ARM) et des médecins régulateurs libéraux qui sont des médecins généralistes volontaires. Ils sont organisés selon les tableaux de permanence suivants.

La semaine

Heure	Nombre de médecins	Nombre d'ARM
20-22H	4	3
22-00H	3	3

Le samedi

Heure	Nombre de médecins	Nombre d'ARM
13-17H	7	6
17-19H	6	6
19-00H	5	4

Il faut noter l'ouverture d'une plage de régulation, le samedi matin, en période hivernale à la demande des médecins libéraux et du SMUR. Pour le moment, il n'existe pas d'extension de ce projet à l'année. (3)

Dimanche et jours fériés

Heure	Nombre de médecins	Nombre d'ARM
08-12H	7	6
12-19H	6	6
19H-00H	5	4

4. La régulation en nuit profonde

La régulation en nuit profonde est définie comme se faisant :

- de 0h à 6h en semaine
- de 0h à 8h le dimanche et les jours fériés

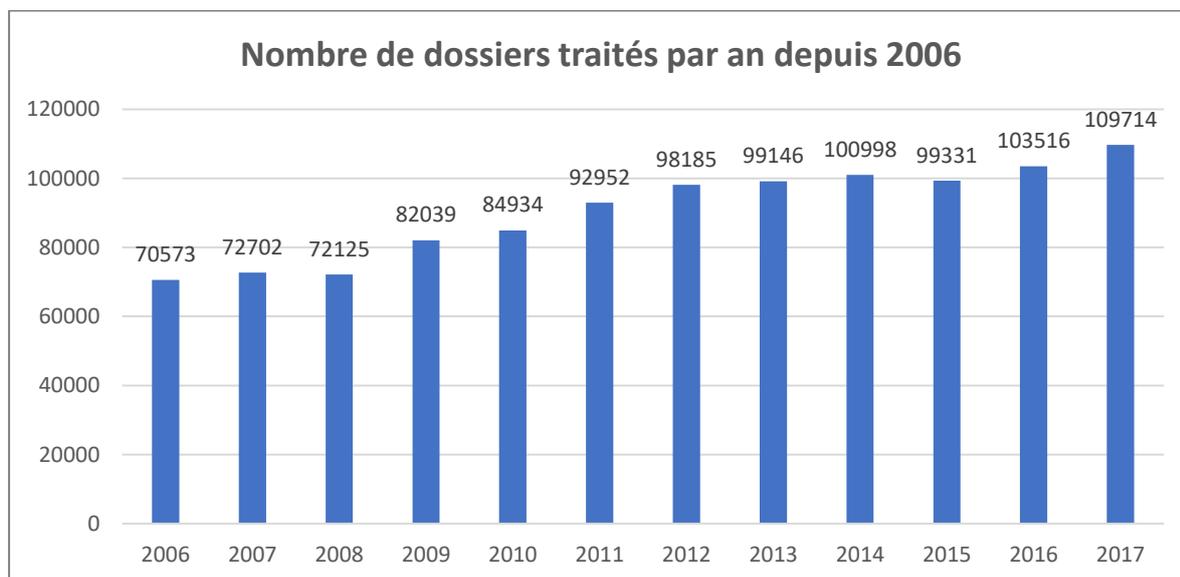
La régulation en nuit profonde est mutualisée entre les deux départements du Nord et du Pas-de-Calais et est assurée par le centre de réception et de régulation des appels libéraux du Pas-de-Calais (CRRAL 62). Cependant, il n'y a pas de médecins effecteurs sur cette plage horaire dans le Pas-de-Calais et les maisons médicales de garde n'assurent aucun acte durant cette tranche horaire.

La régulation est alors assurée par 3 médecins régulateurs libéraux.

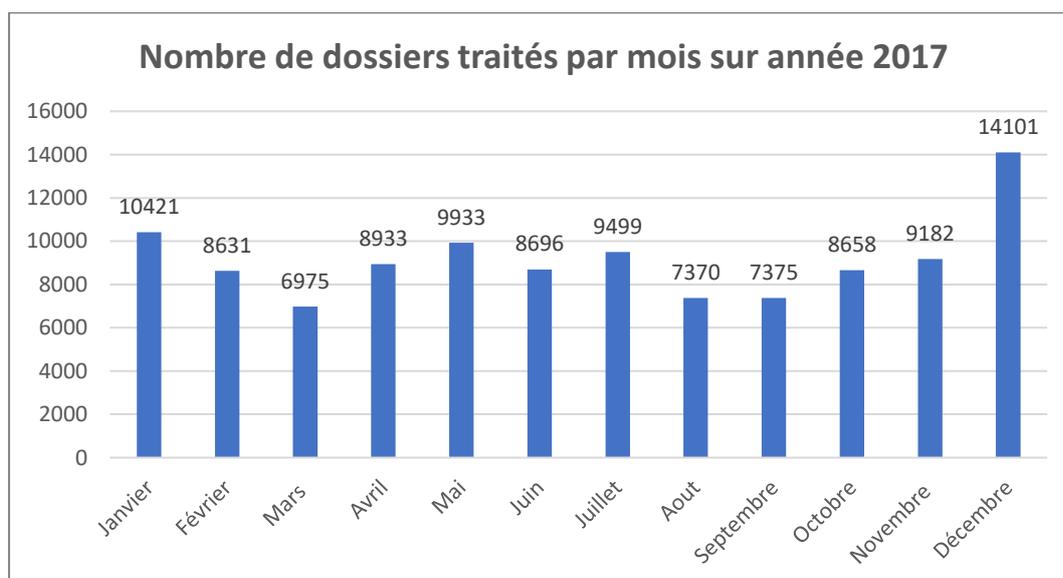
5. Bilan d'activité 2017 du CRRAL 59

Les informations suivantes proviennent des statistiques de l'association AMRL 59, présidée par le Dr Charles Charani.

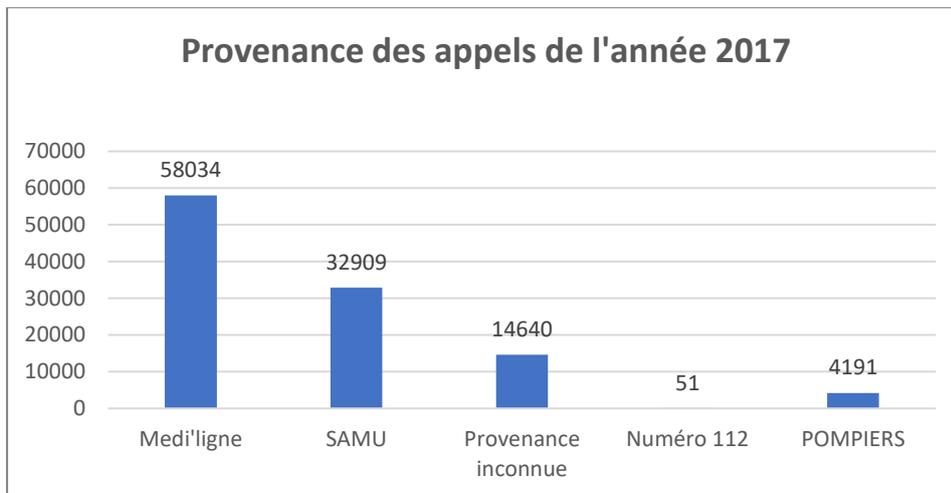
- 109 714 dossiers traités en 2017 par 65 médecins régulateurs libéraux



- Les mois hivernaux sont les plus chargés en appels.



- Les appels proviennent majoritairement de Médi'ligne.



C. SOS médecins

Le département du Nord bénéficie de la présence de l'association SOS MEDECIN, en 3 lieux :

- Lille métropole
- Dunkerque
- Roubaix, Tourcoing, métropole nord

Les informations suivantes ont été obtenues à l'issue d'un entretien téléphonique de juillet 2018 avec le Dr Olivier Berthoud, président de SOS médecins Lille. Ils ne font donc état que de l'organisation de SOS médecins Lille.

1. Organisation humaine de SOS médecins Lille Métropole

L'association comporte 20 médecins associés et 7 ARM. Le découpage horaire est différent pour les ARM et les médecins et est adapté aux besoins. Généralement, 2 ARM sont en poste la journée, et 1 la nuit.

Il n'existe pas de poste de médecin régulateur. Chaque appel est traité par l'ARM et si besoin, un avis médical est émis. Un médecin est désigné, 24h/24 pour être

l'interlocuteur privilégié en cas de difficulté de régulation de la part de l'ARM, de demande de conseil, de nécessité d'échange entre médecins avec le 15. Il réalise ces actes de régulation pendant une intervention, pendant une consultation ou entre deux patients.

Les missions assurées par l'ARM sont moins élaborées que celles qui sont dévolues aux collaborateurs du CRRAL 59, puisque ces derniers ont reçu une formation leur permettant de donner un conseil médical, de transférer l'appel au médecin, de proposer une visite à domicile, une consultation et enfin de transférer l'appel au SAMU. Le nombre de médecin dans la journée varie en fonction de la saison et des besoins. Par exemple, l'hiver 2017-2018 a nécessité la mobilisation de 10 médecins chaque journée de weekend ou jour férié, de 8h à 20h.

Lors d'une même journée de garde, le nombre de médecin effecteur n'est pas fixe. Des médecins intervenant en visite peuvent être demandé en renfort en consultation et inversement.

L'association assure une permanence de soins en nuit profonde, avec régulation et effectation. Ce dernier point est en cours de discussion avec l'ARS pour le prochain cahier des charges de 2018.

2. Bilan d'activité année 2017 SOS médecins Lille Métropole

Tableau 1 : Nombre d'interventions (visite et consultation) SOS MEDECIN LILLE par jour et tranche horaire

Semaine	08-20H	250-500 interventions par jour
Dimanche	08-20H	250-500 interventions par jour
Nuit	20H-00H	30-40 interventions par jour
Nuit profonde	00H-08H00	5-25 interventions par jour

Tableau 2 : Bilan d'activité année 2017 SOS médecins Lille Métropole

C	CF	CMN	CN	CSA	REQ	V	VF	VMN	VN	VSA	ACTES 2017
53680	14053	2344	11554	9078	165	4205	1768	369	2093	902	100211

C : consultations de journée de 8h à 20h

V : Visite

CN : consultations de nuit de 6h à 8h et de 20h à minuit

REQ : réquisition

CMN : consultation de minuit à 6h

CF : consultation dimanche et jours fériés

CSA : consultation du samedi après-midi

3. Conditions d'éligibilité à un poste chez SOS médecins

L'association travaille avec des médecins généralistes, des anciens médecins non réanimateurs des urgences hospitalières. Il n'existe pas de critère exigé pour intégrer SOS médecins ; il faut avoir une pratique fluide en pédiatrie, être prêt à travailler avec des populations fragiles (bénéficiaires de la CMU, AME, ALD, Tutelle, Curatelle, toxicomane, marginaux) et bien s'entendre avec le reste de l'équipe.

D. L'organisation financière du CRRAL 59

L'ARS Hauts-de-France assure le financement de la régulation libérale dans le cadre de la PDSA.

L'ARS a une convention avec la FAPS NORD.

Il est important de savoir que la négociation de la tarification est régionale.

Le montant annuel financé par l'ARS :

Effectation	Régulation
2 226 600 €	1 203 890 €

L'ARS finance les dépenses de fonctionnement des maisons médicales de garde (831 893 euros en 2017 pour les 10 MMG du Nord) ainsi que celles de la plateforme de régulation libérale du Nord (740 000€). Le financement de la plateforme de régulation recouvre les dépenses de la FAPS NORD (casque etc.) et les factures du CHRU de Lille adressées à l'ARS (poste informatique, salaire des ARM, communication téléphonique).

Un nouveau cahier des charges sera publié en août 2018, avec une mise en place en novembre 2018, afin d'uniformiser les rémunérations sur la région Hauts-de-France. Il existera un alignement vers le haut pour les médecins régulateurs afin de gommer les différences avec la Picardie. (4)

1. Forfait de régulation

Pour les médecins ayant une activité libérale le montant du forfait permet de compenser la perte d'activité liée au repos du lendemain et de tenir compte de leurs charges ; pour 1 heure de régulation, le forfait est de 90 € à quelle que soit la période de la permanence des soins.

2. Forfait d'astreinte des effecteurs :

Horaire	Forfait astreinte effecteur
Semaine 20-00H	50 euros
Samedi 12-20H	100 euros
Dimanche et jours fériés 08-20H	150 euros

Pour le lundi ouvré de 8h à 20h, lorsqu'il précède un jour férié, et le vendredi de 8h à 20h, lorsqu'il suit un jour férié, l'indemnisation est de 150 €. Le samedi de 8h à 12h lorsqu'il suit un jour férié est payé 50 €.

3. SOS médecins

La régulation par SOS médecin est reconnue en termes de lieu et d'action, cependant elle ne rentre pas dans les critères de la PDSA régulée.

L'ARS ne finance pas SOS médecins qui est une structure libérale. Elle reverse une astreinte aux médecins de SOS médecins lorsqu'ils sont inscrits au tableau de garde.

4. Les formations

Les formations pour la régulation libérale bénéficient également d'une enveloppe de 23 000€/an.

E. L'organisation Humaine du CRRAL 59

Les informations suivantes proviennent d'un échange téléphonique datant d'août 2018 avec le Dr Charles Charani, président de l'ARML 59.

1. Médecin régulateur

L'association de régulation libérale 59 fonctionne avec un effectif de 65 médecins généralistes régulateurs. Elle n'a pas eu de nouvel adhérent depuis 2016. Une campagne de recrutement aura lieu en fin d'année 2018.

2. Formation

Les médecins généralistes régulateurs bénéficient d'une à deux journées de formation initiale. Le contenu de la formation est dense, et regroupe diverses thématiques comme la gestion des appels, la gradation de l'urgence, les techniques d'écoute et de communication.

3. Condition d'éligibilité à un poste de régulateur eu CRRAL 59

Le médecin généraliste doit au minimum être installé depuis 3 ans.

Il doit présenter un CV au conseil d'administration de l'association. Un vote à bulletin secret détermine si le médecin peut accéder à une formation évaluative ou non. C'est au terme de celle-ci que le médecin est accepté ou non dans l'équipe.

F. Un mot sur l'organisation du CRRAL 62

Les informations suivantes sont extraites des données de l'Association des Services d'Urgence Médicale du Pas-de-Calais (ASSUM 62), transmise par le trésorier adjoint de l'association DR Dubus Pascal.

1. Organisation administrative du CRRAL 62

L'Association des Services d'Urgence Médicale du Pas-de-Calais (ASSUM 62) gère depuis fin 2002 le centre de réception et de régulation des appels libéraux du Pas-de-Calais. Le CRRAL 62 a été mis en place dans les locaux du Centre Hospitalier d'Arras. Dans le Pas de Calais, depuis 2005, le numéro de Médi'ligne est le 03 21 71 33 33.

2. Horaire et nombre des intervenants du CRRAL 62

Au 31 décembre 2017, il y avait 14 médecins régulateurs installés en soins premiers dans le Pas-de-Calais, avec 4 autres du Nord régulateurs depuis la création du CRRAL 62 ; à ceux-ci viennent s'ajouter 11 régulateurs de l'AMRLN 59 actifs pour la nuit profonde.

Il n'y a pas eu, en 2017, de renforcement des plages horaires pendant la période hivernale.

3. Recrutement

Le médecin libéral souhaitant faire de la régulation médicale libérale (CRRAL 62) au sein de la plateforme de régulation du centre15, doit être un médecin généraliste, ou spécialiste en médecine générale, ou remplaçant thésé participant à la permanence de soins ; ils travaillent sur la base du volontariat et sont soumis à l'accord préalable du bureau de l'ASSUM. Après une formation spécifique théorique et pratique (au minimum 2 samedi après-midi ou 2 soirées au CRRAL 62, le médecin régulateur libéral (MRL) est agréé par l'ASSUM 62 après information du conseil l'Ordre des médecins auquel il aura adressé auparavant sa demande.

4. SOS médecins

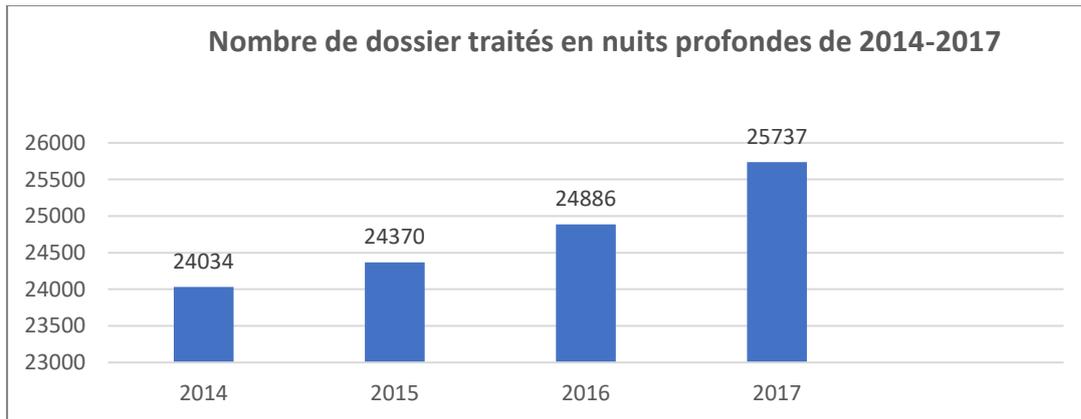
Il n'existe pas d'association de SOS médecins dans de département du Pas-De-Calais.

5. La régulation en nuit profonde

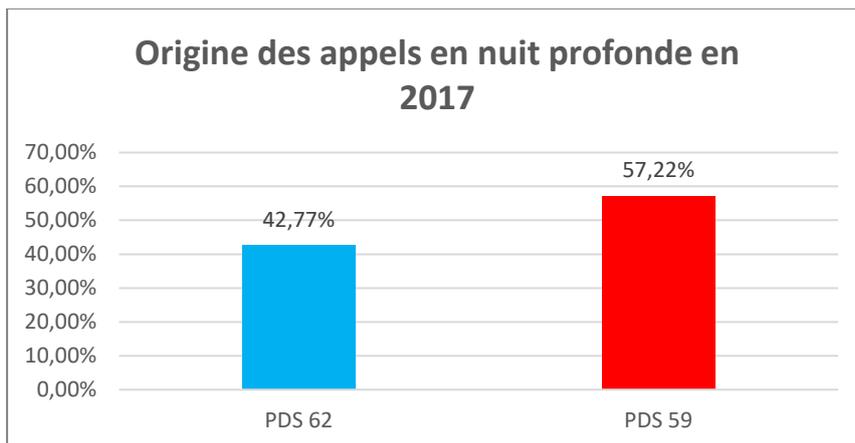
La régulation en nuit profonde est mutualisée entre les 2 départements du Nord et Pas-De-Calais. Le nombre de médecins régulateurs en nuit profonde est de 2.

Cependant, il n'y a pas de médecins effecteurs sur cette plage horaire dans le Pas-de-Calais et les maisons médicales de garde n'assurent aucun acte durant cette tranche horaire.

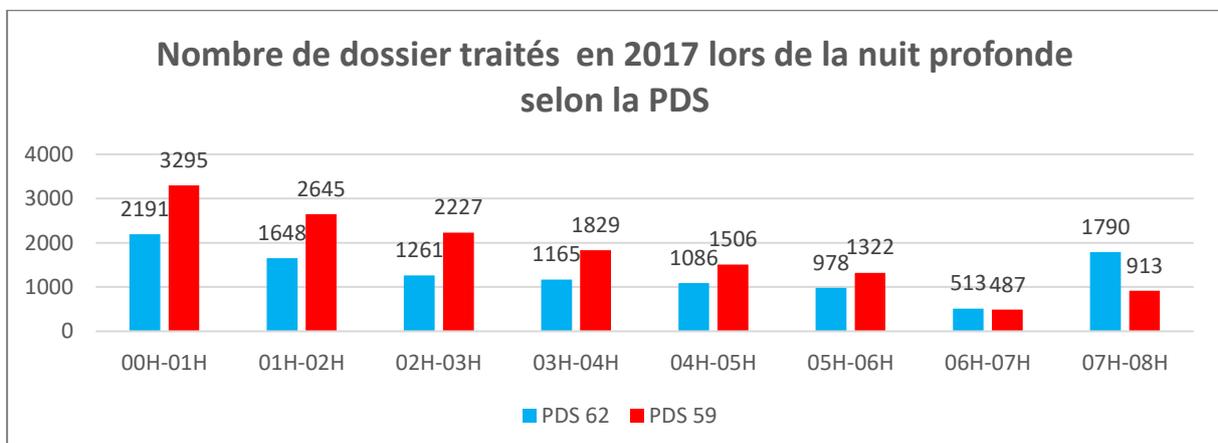
- L'orientation finale la plus fréquente est le conseil médical.



- La régulation en nuit profonde portait dans 57,22% des cas sur le département du Nord.



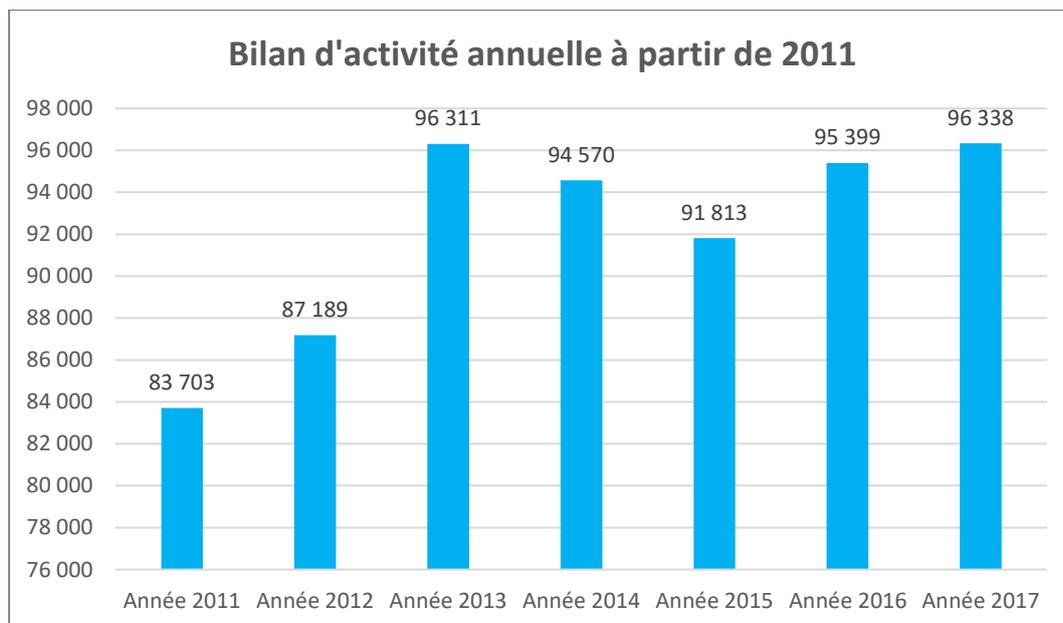
- La tranche horaire de minuit à 1 heure du matin comportait le plus d'appel.



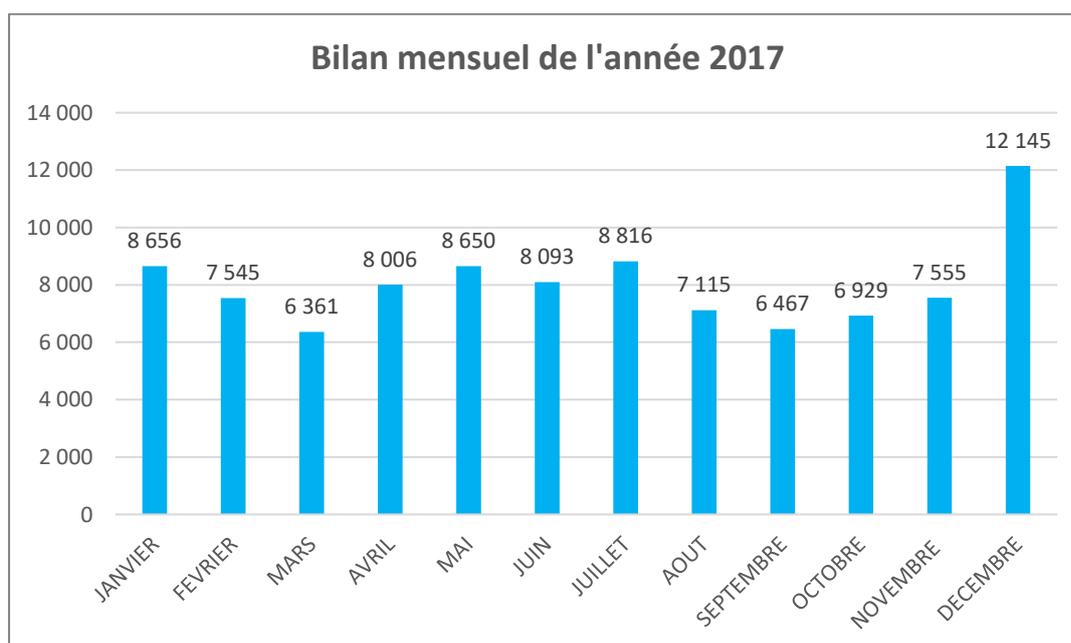
6. Le bilan d'activité du CRRAL 62 en 2017

Le nombre de dossiers traités en 2017 était de l'ordre de 96 338 appels pour la PDS 62 et PDS 59.

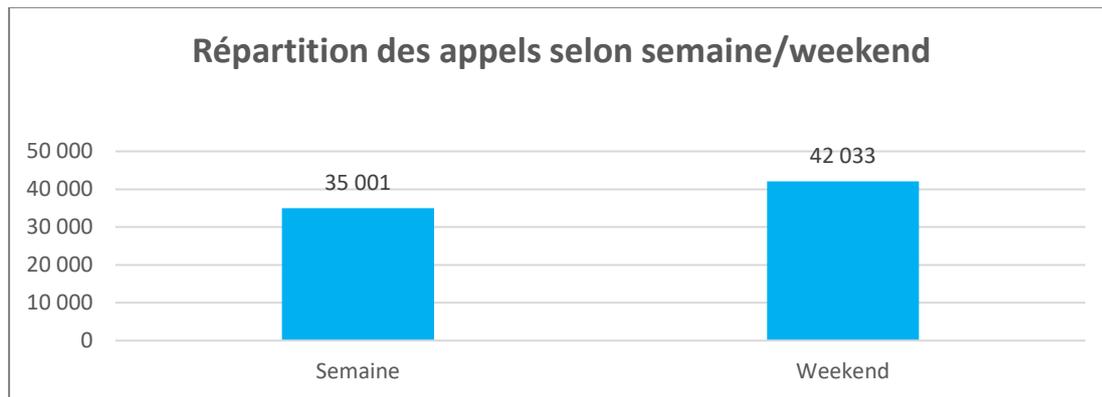
Le nombre d'appels en 2017 pour le département du Pas-de-Calais uniquement, était de 80 996.



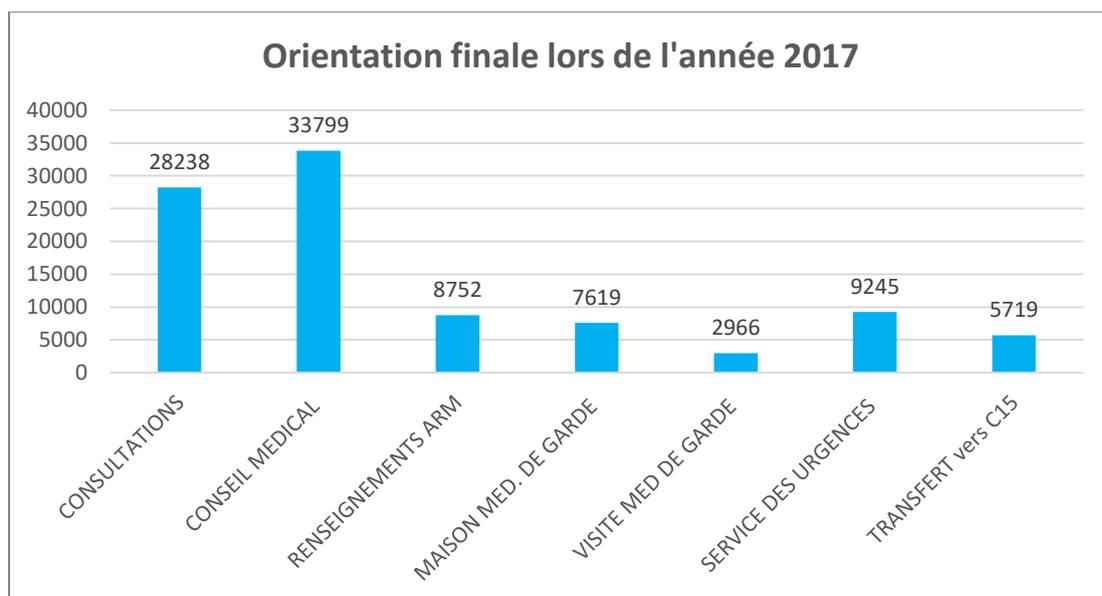
- Le mois de décembre est le plus chargé avec 12 145 appels.



- 42033 appels (54%) sont reçus le weekend



- Le conseil médical reste l'orientation finale la plus fréquente avec 33 799 appels, soit 43,8%



7. Financement du CRRAL 62

Le financement du CRRAL 62 est assuré par l'ARS Hauts-de-France, de manière similaire au CRRAL 59.

Tableau 3 : Montant annuel des financements de l'ARS Hauts-de-France

Régulation	1 524 060 €
Effectation :	1 580 200 €

VI. Discussion

A. Intérêt de l'étude

L'organisation de la PDSA est un sujet d'actualité, dans une région dont la démographie évolue. Peu d'études traitent ce sujet sur le plan national.

Aucun travail de thèse n'a étudié le profil socio-démographique du CRRAL 59, ni son organisation humaine, administrative et financière.

B. Limites de l'étude

La validité externe de cette étude est bonne car notre échantillon est représentatif de la population. En effet, la méthodologie était rigoureuse, elle a été modifiée plusieurs fois durant notre test d'échantillonnage. Tous les appels entrant au CRRAL lors de la période d'inclusion, ont été retenus en dehors de 2 appels.

Elle présente un biais de sélection probable. En effet, les inclusions ont eu lieu pour une partie lors des vacances scolaires, ainsi que sur un weekend de jour férié. En outre, le recueil se déroulant d'octobre à novembre, il pouvait y avoir une épidémie saisonnière modifiant le nombre d'appels. De plus, les investigatrices étaient plus souvent présentes en weekend que semaine.

Le comportement, la sensibilité et les mots des patients, et de fait, leurs réponses pouvaient engendrer un biais de déclaration. La question concernant le motif d'appel pouvait inciter le médecin régulateur à majorer les moyens engagés si la description du symptôme ou sa tolérance était majorée par le patient.

L'autre limite de l'étude provient principalement de la codification du tableau de recueil des données qui crée un biais de classement. En effet, il y a pu exister une variabilité de point de vue de l'investigatrice, tel que sur l'hypothèse diagnostique ou la

hiérarchisation des motifs d'appels. Cependant, des réunions de travail ont permis de limiter ce biais.

La formulation des hypothèses diagnostiques par les investigatrices et leur analyse n'étaient finalement pas retenues dans les 3 travaux réalisés car elles représentaient une trop grande subjectivité.

Le point fort de cette étude réside dans son nombre de dossiers (n=895), qui lui permet d'avoir une importante puissance statistique.

C. Analyse des résultats

1. Les patients

La majorité des appelants sont des adultes, avec une moyenne d'âge de 29 ans. Le sexe féminin est le plus représenté.

L'appelant est le plus fréquemment dissociable du patient, car il s'agit d'un des parents d'un enfant. Le diagnostic territorialisé des Hauts-de-France (10), permet d'obtenir quelques données démographiques. Au 1er janvier 2013, la répartition par grands groupes d'âge souligne une moindre proportion de personnes âgées de 75 ans et plus dans les Hauts-de-France en regard de la moyenne nationale (respectivement 7,9 % et 9,2 %) et une plus grande proportion de moins de 25 ans (32,8 % et 30,3 %). Les territoires de proximité de Lille et de Roubaix - Tourcoing dépassent les 35 % d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes. Avec près de 80 000 naissances en moyenne annuelle sur la période 2009-2015, les Hauts-de-France présentent l'indice conjoncturel de fécondité le plus important des régions hexagonales.

Les 3 villes appelant le plus souvent le CRRAL 59, appartiennent à la communauté urbaine de Lille : Lille, Tourcoing et Roubaix. 84,3% des appels provenaient d'une zone non en difficulté selon l'ARS. Un tiers des appels étaient issus

d'un secteur non doté d'une MMG. À l'inverse, une étude réalisée en Aveyron en 2006 (6) comparant l'activité de la régulation libérale en zone rurale et urbaine rapporte qu'il y avait plus d'appels en zone rurale, ils concernaient une population plus âgée et entraînaient le plus souvent l'intervention du médecin effecteur. La répartition des motifs d'appels montrait des spécificités selon l'âge et l'origine géographique. Il existe donc bien une corrélation avec les spécificités départementales.

Les weekends représentaient 60% des appels totaux reçus. Le premier pic d'appel a lieu lors de l'ouverture de la PDSA (20H) et le second, vers 22H. Une étude réalisée en 2015 en Martinique (11), corrobore ces résultats. En effet, l'analyse a montré une stabilité du nombre d'appels les jours de semaine, et une augmentation le weekend, plus particulièrement le samedi.

2. La régulation libérale du Nord et Pas-De-Calais

Le bilan d'activité annuelle 2017 permet de souligner des similitudes dans les deux régulations.

Le CRRAL 59 a eu 109714 appels, contre 96338 pour le Pas-de-Calais.

L'orientation finale « conseil médical » est la plus pratiquée dans les 2 départements. Il existe une même répercussion de la saison hivernale sur le nombre d'appels, ainsi que la nécessité d'ouvrir des plages de régulation le samedi matin. (12)

La régulation en nuit profonde est mutualisée au niveau du CRRAL 62.

57,22% des appels en nuit profonde sont en provenance du département du Nord. Selon le rapport de CNOM(13), 36 départements n'ont pas de régulation libérale en nuit profonde. Il existe une baisse de l'activité de régulation en nuit profonde sur le plan national. Les causes sont diverses : activité insuffisante pour justifier une régulation libérale selon l'ARS, arrêt à la demande des médecins (12). Sur le plan

national, la mutualisation de la régulation en nuit profonde n'a pas connu d'évolution.

3. Promotion du CRRAL 59

L'un des buts de cette étude est de promouvoir l'activité du CRRAL 59 et son numéro d'appel Médi'ligne.

En 2017, 58034 appels (52,84%) au CRRAL 59 provenaient de la Médi'ligne. Ce chiffre peut s'expliquer par une mésinformation du grand public et des médecins généralistes eux-mêmes. Bien des médecins généralistes, lors d'entretiens informels, n'étaient pas au courant de l'existence d'une régulation libérale.

La loi du 26 janvier 2016 (n°2016-41) de modernisation de notre système de santé, en son article 75, prévoit de mettre en place un numéro unique de permanence des soins ambulatoires, le 116-117. (13) Actuellement, 54 départements possèdent le 15 comme numéro d'appel unique et 34 départements utilisent un numéro d'appel à 4 ou 10 chiffres. 3 régions pilotes peuvent avoir recours au 116-117 (il s'agit des départements de la Corse, de la Normandie et des Pays-de-la-Loire). A l'heure actuelle, aucune information sur les décisions de chaque ARS concernant l'avenir de ce numéro n'est connue.

Dans un travail de thèse (8) réalisé en 2009, interrogeant des patients relevant d'un même secteur de garde dans les Vosges, 13% ne savaient pas qu'il existait un médecin généraliste de garde, 13,2% connaissaient le numéro spécifique de la régulation libérale.

Une des solutions à promouvoir serait une campagne d'information destinée au grand public ainsi que la sensibilisation des futurs médecins à la PDSA et régulation libérale.

VII. Conclusion

Cette étude propose un point de vue général sur le centre de régulation et de réception des appels du Nord ainsi que sur le profil socio-démographique des patients.

Les trois travaux distincts s'appuyaient donc sur des analyses statistiques effectuées sur les données recueillies au CRRAL 59 en 2017. Ils étaient réalisés de manière conjointe et mutualisée par les investigatrices. Ils représentaient une étude globale analysant les trois composantes du dispositif que sont le patient, son profil socio-démographique et son motif d'appel, le médecin régulateur et son choix d'orientation pour le patient et enfin, la corrélation entre la présence d'une MMG sur secteur et la possibilité d'une consultation, autrement dit la pertinence du maillage des MMG.

Les résultats de la première étude montraient que les appels provenaient majoritairement de l'agglomération lilloise. Il concernait les 2 genres sur toutes les tranches d'âge, mais si on constatait un plus grand nombre d'appel pour un adulte de genre féminin.

Pour la deuxième étude concernant les motifs d'appels, ils étaient variés, même si on constatait une majorité d'appels pour de la fièvre, évoluant depuis moins de 24h et n'ayant pas bénéficié d'un avis médical antérieur. L'orientation principale par le médecin régulateur était le conseil téléphonique.

La troisième étude concernant l'impact de l'existence d'une MMG sur l'orientation possible du patient, les résultats confirmaient toute l'importance de la MMG pour remédier au manque de médecins de garde.

Le profil des patients appelant le CRRAL 59 est corrélé à des spécificités du

département du Nord. Le croisement avec les données du CRRAL 62 a permis d'avoir une plus large vision du fonctionnement de la régulation libérale dans le Nord-Pas-de-Calais. Il existe des similitudes de population, de moyen engagé.

La description du fonctionnement de la PDSA via le CRRAL a pour but de vulgariser son existence. Cette étude pourra servir de support informatif aux médecins et ainsi leur permettre de délivrer l'information au patient.

VIII. Bibliographie

1. Code de la santé publique - Article L6314-1. Code de la santé publique.
2. Code de la santé publique - Article R6315-1. Code de la santé publique.
3. CNOM DATA. La permanence des soins, Etat des lieux au 1er janvier 2015 [Internet]. 2015 [cité 20 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnominfographiepds2014.pdf>
4. La permanence et continuité des soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014 [cité 20 juin 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/permanence-et-continuite-des-soins/article/la-permanence-et-continuite-des-soins-l-acces-a-un-medecin-lorsque-les-cabinets>
5. ARS. L'organisation de la permanence et la continuité des soins [Internet]. [cité 20 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/lorganisation-de-la-permanence-et-la-continuite-des-soins>
6. Mazenc Y. La permanence de soins dans L'Aveyron en 2006: étude de l'activité de régulation médicale libérale téléphonique de l'ARMEL, analyse comparative des zones rurales et urbaines [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2007.
7. Reutenauer H. La permanence des soins en médecine générale en Ille-et-Vilaine: les maisons médicales de garde en milieu rural et semi-rural [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2004.
8. Adam A, De Korwin J-D. Enquête de satisfaction sur la régulation médicale libérale vosgienne auprès de la population du secteur de garde de Neufchâteau. France; 2009.
9. ARS Schéma Régional d'Organisation des Soins. Projet Régional de Santé Nord-Pas-de-Calais, Volet ambulatoire, Annexe Zonage [Internet]. [cité 20 juin 2018]. Disponible sur: http://www.nord.gouv.fr/content/download/4390/23790/file/annexe_zonage_jv02.pdf
10. 2017_DiagnosticTerritorialiseDesHautsDeFrance_PRS2_HautsDeFrance.
11. GAUTIER Maxime. ÉTUDE DES PICS D'APPELS EN RÉGULATION DE MÉDECINE LIBÉRALE AU CENTRE 15 DE LA MARTINIQUE DE 2006 À 2013.
12. ARS-Mme Guilloton Isabelle responsable du service accès aux soins non programmés transports sanitaires.
13. Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale du 31 décembre 2017.

ANNEXE 1

Liste des 26 motifs d'appel :

1. Douleur dentaire
2. Céphalée
3. Fièvre
4. Douleur abdominale et/ou pelvienne
5. Signes fonctionnels digestifs : nausées et/ou vomissements, diarrhées, reflux gastro-œsophagien, rectorragie, méléna, constipation...
6. Signes fonctionnels urinaires
7. Problème lié à du matériel médical ou post-opératoire
8. Douleur thoracique
9. Douleur ostéoarticulaire : radiculalgie, rachialgie, douleurs articulaires...
10. Douleur autre : musculaire, testiculaire, névralgie, costale, mollet, fibromyalgie...
11. Signes fonctionnels oto-rhino-laryngologiques (ORL) : odynophagie, otalgie, acouphènes...
12. Toux
13. Difficultés respiratoires : dyspnée, tirage, sifflements, encombrement bronchique...
14. Dermatologie : éruption cutanée, prurit
15. Vertiges, malaise, tremblements, symptômes vaso-moteurs
16. Plaies et traumatologie : plaie, chute, traumatisme de membre et traumatisme crânien, accident domestique, brûlure, piqûre d'insecte ou morsure d'animal, fausse route, corps étranger...
17. Saignement autre : épistaxis, saignement buccal, hématome...
18. Signes généraux autres : asthénie, anorexie, courbatures...
19. Manifestations cardiaques autres : hypertension artérielle, palpitations...
20. Ophtalmologie : œdème palpébral, infection, œil rouge et/ou douloureux, problème de lentilles, sécheresse oculaire...
21. Autre problème d'ordre psycho-social
22. Anxiété, crise d'angoisse
23. Intoxication aiguë (alcool ou stupéfiants)
24. Demande d'ordre administratif : certificat, garde à vue, décès, relevages pompiers...
25. Conseil médical : résultats d'examens complémentaires, traitement, posologie...
26. Problème médical autre

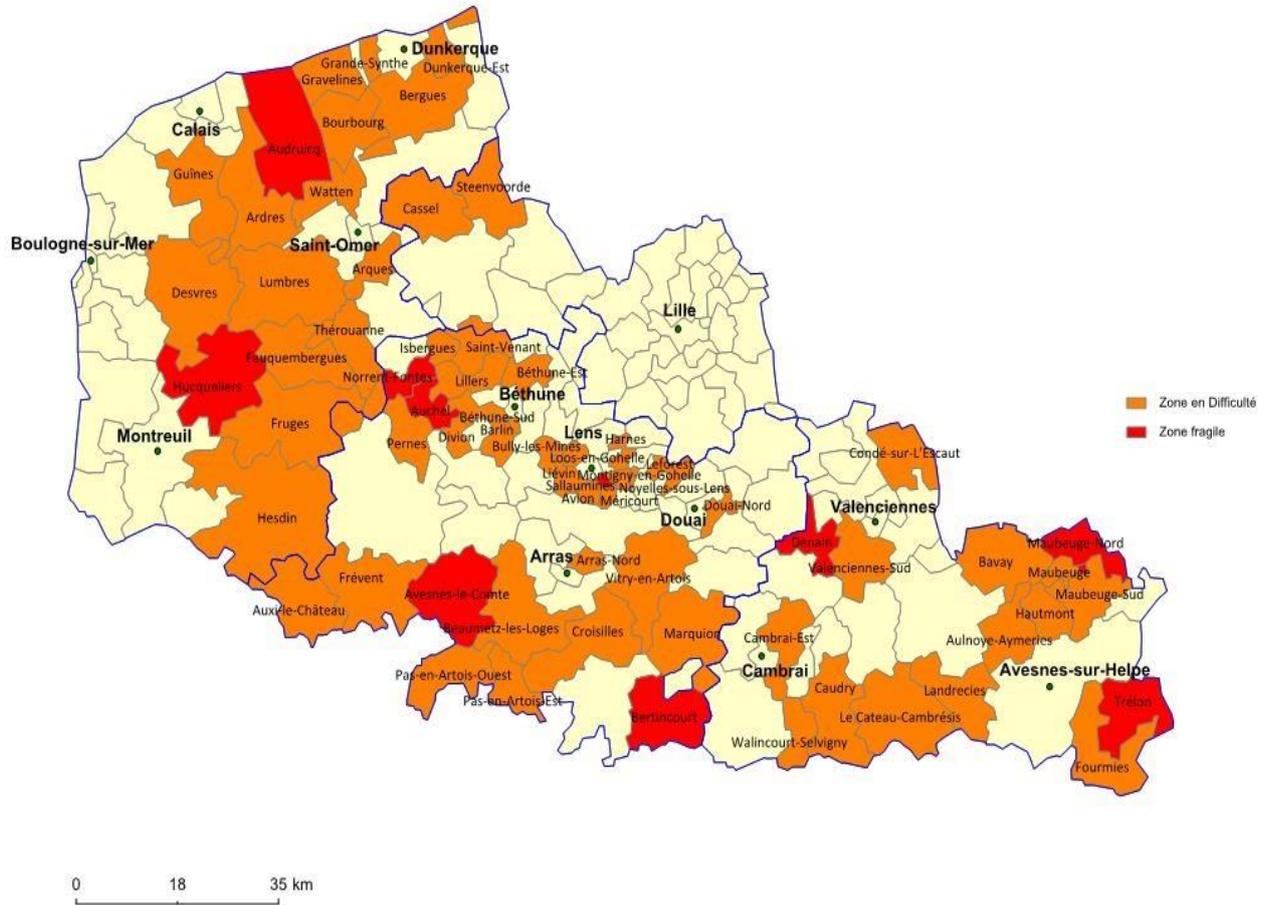
ANNEXE 2

Liste des hypothèses diagnostiques formulées par l'investigatrice :

1. Problème dentaire avec signe(s) de gravité (fièvre, œdème, trismus...), suspicion de cellulite dentaire, abcès...
2. Problème dentaire sans critère de gravité, algie dentaire d'origine indéterminée, problème d'appareillage dentaire, poussée dentaire de l'enfant
3. Pathologie des voies urinaires fébrile ou grave : pyélonéphrite, prostatite, anurie...
4. Pathologie des voies urinaires non fébrile ou sans critère de gravité : cystite, colique néphrétique...
5. Pathologie des organes génitaux : balanite, douleur testiculaire ou œdème testiculaire d'origine indéterminée, problèmes gynécologiques...
6. Fièvre d'origine indéterminée
7. Céphalée d'origine indéterminée
8. Malaise sans précision
9. Gastro-entérite virale
10. Suspicion de tableau abdominal chirurgical urgent : appendicite, péritonite, abcès anal...
11. Pathologie abdominale et/ou pelvienne d'allure non chirurgicale : coliques spasmodiques, reflux gastro-œsophagien, anorexie, intoxication alimentaire, pathologie hémorroïdaire, fissure anale, constipation, diarrhées, colopathie fonctionnelle...
12. Infection ORL ou des voies aériennes supérieures : angine, otite, laryngite, rhinopharyngite, trachéite, sinusite...
13. Infection des voies aériennes inférieures : bronchiolite, bronchite, pneumopathie...
14. Syndrome grippal typique
15. Décompensation d'une pathologie chronique : cardiologie, endocrinologie/diabète, pneumologie, neurologie...
16. Découverte d'une pathologie aiguë : cardiologie, endocrinologie/diabète, pneumologie, neurologie, ORL (vertiges périphériques...)
17. Pathologie ostéoarticulaire : lombosciatique ou cruralgie, lumbago, arthrose, tendinite, gonalgie, coxalgie, rhume de hanche, névralgie...
18. Pathologie post-traumatique : entorse et fracture, lésion méniscale, luxation, douleurs diverses post-traumatiques, traumatisme crânien...
19. Chute sans traumatisme
20. Plaie, morsure, brûlure, épistaxis, saignement, hématome, accident domestique
21. Corps étranger : ingestion, inhalation, intra-oculaire, conduit auditif externe...
22. Pathologie ophtalmologique : conjonctivite, problème de lentilles, sécheresse oculaire...
23. Éruption cutanée non fébrile : prurit, urticaire, eczéma, gale, piqûre d'insecte, impétigo...
24. Éruption cutanée fébrile : roséole, scarlatine, purpura, varicelle, érysipèle...
25. Problème lié à la prise de médicaments ou à des soins post-opératoires ou à du matériel médical : allergie, effet secondaire, surdosage, sonde urinaire...
26. Décompensation d'une pathologie psychiatrique chronique
27. Problème aigu d'ordre psychiatrique ou psychologique ou social : angoisse, agressivité, intoxication alcoolique ou stupéfiants, sevrage...
28. Informations pratiques et demande de certificat non urgent : pharmacie de garde, dentiste de garde, maison médicale de garde, conseil sur un traitement, résultats d'examens complémentaires, certificat coups et blessures, renouvellement d'ordonnance...
29. Décès
30. Pas d'hypothèse diagnostique
31. Interrogatoire non fiable ou impossible
32. Autre

ANNEXE 3

Zones en difficulté et zones fragiles en offre de soins de 1er recours



Source : ARS/DOS/DSEE/Statistiques/LPI/Juin 2015

AUTEUR : Nom : DUCHATELLE

Prénom : Delphine

Date de Soutenance : 04 octobre 2018

Titre de la Thèse : Le centre de réception et de régulation des appels libéraux du département du Nord en 2017 : profil des appelants sur un audit de fonctionnement court d'octobre à novembre 2017.

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Diplôme d'Études Spécialisées Médecine Générale

Mots-clés : Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux du département du Nord (CRRAL 59), PDSA,

Résumé :

Introduction : Le centre de réception et de régulation des appels libéraux du département du Nord et son numéro MEDI'LIGNE sont une entité peu connue par le milieu professionnel médical et le grand public. L'analyse socio démographique des appelants a pour but de diffuser les résultats aux médecins généralistes du Nord, impliqués ou non dans la PDSA, afin de mieux faire connaître son fonctionnement, ses missions, et son intérêt.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, prospective, multicentrique, menée par un audit de fonctionnement court au CRRAL d'octobre à novembre 2017 par trois investigatrices. De ce fait, il existe 3 travaux complémentaires sur des thématiques différentes.

Résultats : La majorité des appelants sont des adultes, avec une moyenne d'âge à 29 ans. Le sexe féminin est le plus représenté. L'appelant est le plus fréquemment dissociable du patient, car il s'agit d'un des parents d'un enfant. Les 3 villes appelant le plus souvent le CRRAL 59, appartiennent à la communauté urbaine de Lille : Lille, Tourcoing et Roubaix. 84,3% des appels provenaient d'une zone non en difficulté selon l'ARS. Un tiers des appels étaient issus d'un secteur non doté d'une MMG. En 2017, 58034 appels (52,84%) au CRRAL 59 provenaient de la médi'ligne. Tous ces éléments sont spécifiques de la population, du niveau de vie, de la répartition géographique des habitants du département du Nord.

Conclusion : Cette étude propose un point de vue général sur le CRRAL 59. Le profil des patients appelant le CRRAL 59 est corrélé à des spécificités du département du Nord. La description du fonctionnement de la PDSA via le CRRAL a pour but de vulgariser son existence. Cette étude pourra servir de support informatif aux médecins et ainsi délivrer l'information jusqu'aux patients.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Pr WIEL Éric

**Assesseurs : Monsieur le Pr BERKHOUT Christophe,
Monsieur le Dr VOGEL Marc,
Monsieur le Dr CALAFIORE Matthieu,
Monsieur le Pr LEFEBVRE Jean-Marc**